



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA

H.G.Z No. 3

CD. MANTE, TAMS.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL PACIENTE CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 25,
GONZALEZ, DE ENERO A DICIEMBRE 2006**

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

PRESENTA:

YADIRA GUERRA OLGUIN

MEDICO FAMILIAR

CD. MANTE, TAM.

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 EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 25, GONZALEZ, DE ENERO A
DICIEMBRE 2006**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

YADIRA GUERRA OLGUIN

MÉDICO FAMILIAR

AUTORIZACIONES:

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

DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINACION DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M

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

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 25, GONZALEZ, DE ENERO A
DICIEMBRE 2006**

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

YADIRA GUERRA OLGUIN

MÉDICO FAMILIAR

AUTORIZACIONES:

DR. FELIPE GUARNEROS SÁNCHEZ
PROFESOR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
H.G.Z No. 3.

DR. FELIPE GUARNEROS SÁNCHEZ
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS.

DR. FELIPE GUARNEROS SÁNCHEZ
ENCARGADO DE LA COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN
H.G.Z No. 3

AGRADECIMIENTOS

Como un testimonio de gratitud ilimitada, a mi hijo, porque su presencia ha sido y será siempre el motivo más grande que ha impulsado para lograr esta meta.

Al término de esta etapa de mi vida, quiero expresar un profundo agradecimiento a quienes con su ayuda, apoyo y comprensión me alentaron a lograr esta hermosa realidad.

Sabiendo que no existirá una forma de agradecer una vida de sacrificio y esfuerzo, sientan que el objetivo logrado también es de ustedes y que la fuerza que me ayudó a conseguirlo fue su apoyo.

Gracias a mi madre: por la oportunidad de existir, por su sacrificio en algún tiempo incomprometido, por su ejemplo de superación incansable, por su comprensión y confianza, por su amor y amistad incondicional, porque sin su apoyo no hubiera sido posible la culminación de mi carrera profesional.

Como un pequeño testimonio por el gran apoyo brindado durante los años más difíciles y más felices de mi vida, en los cuales he logrado terminar mi carrera profesional, la cual constituye un aliciente para continuar con mi superación.

Sabiendo que jamás existirá una forma de agradecer en esta vida de lucha y superación constante, deseo expresarles que mis ideales, esfuerzos y logros han sido también suyos y constituye el legado más grande que pudiera recibir. Con cariño, admiración y respeto.

Gracias a Dios

Por permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi vida y lograr otra meta más en mi carrera.

Gracias a mis amigas.

Erika, Gaby, Beda y Yadira, por hacer que cada pedazo de tiempo fuera ameno. No voy a olvidar sus consejos, enseñanzas y ayuda durante el lapso de tiempo que recorrimos juntas en nuestros estudios.

Gracias a mi asesor Dr. Felipe

Por sus consejos, paciencia y opiniones sirvieron para que me sienta satisfecho de la importancia de seguir adelante y concluir con la especialización y terminación del trabajo de investigación.

Gracias a cada uno médicos titulares de las diferentes especialidades

Que participaron en mi desarrollo profesional durante mi carrera, sin su ayuda y conocimientos no estaría en donde me encuentro ahora.

DEDICATORIA

Este trabajo de especialización que representa un esfuerzo por superarme tanto en mi vida profesional como en la personal, se lo dedico:

... a Dios que me da fortaleza espiritual en los momentos difíciles.

... a mi pequeño Rey, el gran amor de mi vida, por haberlo sacrificado durante tres años, pero su inteligencia supo superar las adversidades y valorar todo el esfuerzo.

... muy especialmente con todo mi amor a mi madre, quien me ha enseñado con su ejemplo a rebasar todas las barreras que la vida nos presenta, a querer ser mejor cada día, a entender que no hay nada imposible y que sólo hay que esmerarse y sacrificarse, si es necesario, para lograr las metas que nos planteamos.

... a mis hermanos: Aracely, Elsa, Raúl por acompañarme y su apoyo incondicional en ésta etapa de mi carrera profesional y que como ellos logré la meta.

ÍNDICE

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

MARCO TEÓRICO

JUSTIFICACIÓN

OBJETIVOS (GENERAL Y ESPECÍFICOS)

METODOLOGÍA

RESULTADOS

DISCUSION

CONCLUSION

REFERENCIAS

ANEXOS

BIBLIOGRAFÍA

I. MARCO TEÓRICO

Uno de los principales defectos en la atención del paciente diabético es la falta de inducción hacia un estilo de vida y una actitud que mejoren el control de la enfermedad, lo cual solo se puede lograr mediante estrategias educativas. No obstante los logros químicos y tecnológicos para controlar la glicemia aun es difícil enfrentar un cambio completo en la alimentación habitual y el apoyo de su familia para lograrlo. ¹

La diabetes mellitus es un grupo de enfermedades metabólicas, caracterizadas por una hiperglucemia de defectos en la secreción de insulina, en la acción de insulina o en ambas. ²

La diabetes mellitus constituye un problema de salud pública por ser una enfermedad crónica, a veces incapacitante, que afecta a millones de personas en el mundo. ^{3,4.}

Solo en Latinoamérica, hay alrededor de 15 millones de personas que padecen la enfermedad, estimándose para el 2010 que esta cifra llegará a 20 millones.

La mayoría de los casos de diabetes que se diagnostican en el país presentan la diabetes tipo 2, y es frecuente que muchos de los pacientes con este padecimiento no se den cuenta de su hiperglucemia durante varios años. ⁴

La diabetes mellitus tipo 2 constituye un problema de salud pública en México, con una prevalencia en el norte del país de 9% en las poblaciones urbanas y de 3.2% en las rurales. Actualmente se encuentra entre los 10 primeros lugares de mortalidad. Es una de las enfermedades crónicas que mayor atención y erogación demandan. El principal problema de la diabetes mellitus es la presencia de complicaciones metabólicas, vasculares y neurológicas relacionadas con el grado de control metabólico.⁵

La diabetes mellitus es contemplada como un problema de salud y se establece un alto índice económico y social que conlleva a la disminución en la calidad de vida de los sujetos que la padecen, así como la pérdida de años de vida productiva y años de vida potencial perdidos a consecuencia de las complicaciones crónicas.⁵

A nivel mundial la diabetes mellitus (DM), constituye un problema prioritario de salud, debido a su gran frecuencia y a que conlleva un conjunto de complicaciones agudas y crónicas, que derivan en mayor morbilidad y mortalidad. En México la DM tiene una gran prevalencia, por ello la secretaria de salud ha iniciado un programa nacional denominado Encuesta Nacional de Enfermedades crónicas (ENEC). Se sabe que el impacto de la DM ha aumentado y que existen regiones de la República mexicana que presentan una alta tasa de mortalidad, a pesar de esto, los datos disponibles son parciales y tienen limitaciones de

representatividad y que la información procede de los certificados de defunción los cuales no siempre son generados con los mismos criterios; además con frecuencia reflejan exclusivamente la situación que prevalece en una sola institución.^{6,7}

En publicaciones previas se ha informado que además de una elevada prevalencia de DM en México existe una alta prevalencia de intolerancia a la glucosa IG, condición que confiere un gran riesgo para la DM.⁸

Existe también una alta frecuencia de obesidad, la cual presenta generalmente una distribución de adiposidad que predomina en el segmento superior y es de tipo central; esta distribución de adiposidad está asociada a un mayor riesgo cardiovascular; también se ha demostrado que el perfil de lípidos en sangre tiende a exhibir un nivel alto de triglicéridos.⁹

Valores relativamente altos de colesterol total, coexistiendo con cifras bajas de colesterol HDL, este patrón se asocia con mayor riesgo aterogénico. Por otro lado se ha demostrado que la DM tiende a incrementarse de manera particularmente significativa cuando el comportamiento del grupo social se asemeja al de un estilo de vida urbano y los factores ambientales pueden incrementar por lo menos en un 30 por ciento el riesgo de DM.¹⁰

La transformación económica y social que se está dando en México contemporáneo, lleva anticipar que la prevalencia de la DM y su impacto en la demanda de atención se podrían incrementar en forma significativa, este

estudio tuvo por objeto caracterizar y estimar el impacto que la DM puede tener en la frecuencia de hospitalizaciones.^{11,12}

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, la diabetes fue responsable de 5 % de las consultas de medicina familiar durante 2002; generó 62 745 egresos, lo que representa 3 % del total de los egresos y provocó 17 042 defunciones, equivalente a 18 % del total de las defunciones en la institución.¹³ La diabetes ocupó el primer sitio como causa de muerte en las mujeres y fue responsable del 20 % en este grupo, mientras que en los hombres está ubicada en el segundo lugar y es responsable del 15 % de las defunciones.¹⁴

La elevación de la glucosa en la sangre, se debe a la falta de producción o una deficiencia en la calidad y funcionamiento de la insulina. 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.¹⁵

El interés por el estudio sistemático y científico de la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad con el cual el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo.¹⁵

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. ¹⁵

En un estudio realizado en México, comparando dos grupos, uno con familia funcional y el otro con familia disfuncional. Se reportó que el 80 % de los pacientes pertenecientes a familias funcionales estaban controlados, mientras que el 56 % de los pacientes con familias disfuncionales presentó un control adecuado demostrando el gran valor que tiene la convivencia y apoyo familiar hacia el integrante enfermo; él cual sentirá la voluntad de salir adelante. ¹⁵

La dinámica familiar es un proceso que intervienen interacciones, transacciones, sentimientos, pautas de conducta, expectativas, motivaciones y necesidades entre los integrantes de una familia; este proceso se efectúa en un contexto cambiante, en cada etapa evolutiva familiar y permite o no la adaptación, el crecimiento, desarrollo, madurez y funcionamiento del grupo familiar. ¹⁶

En la dinámica familiar o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le funden 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. ¹⁷

En un estudio descriptivo y transversal realizado en Cuba en 57 familias donde se valoró funcionalidad familiar a través del APGAR, reportando que 41 familias (72%) presentaron disfuncionalidad familiar y 16 familias (28%) funcionalidad familiar. De acuerdo a la estructura familiar, las familias ampliadas presentaron mayor disfuncionalidad 3 familias (75%), sin embargo, la frecuencia de familias en este grupo es muy pequeña para realizar comparaciones con otros grupos estructurales.¹⁷

Algunos estudios destacan el papel predominante de la familia, e incluso afirman que la mayoría de los enfermos crónicos recibe y prefiere los cuidados y el apoyo de esta fuente más que de cualquier otra. En el control del paciente diabético intervienen variables psicosociales que influyen en las fluctuaciones de la glucemia. 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.¹⁸

La familia como sistema juega un papel importante no sólo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas.

El APGAR familiar es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil en la identificación de familias a riesgo. ¹⁸

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

1. Adaptación: capacidad de utilizar los recursos en procura del bien común y la ayuda mutua, y la utilización de los mismos para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazada.

2. Participación: distribución de responsabilidades entre los miembros de la familia, compartiendo solidariamente los problemas y toma de decisiones.

3. Crecimiento: logro de la madurez emocional y física, autorrealización de los miembros de la familia, a través del apoyo mutuo.

4. Afecto: relación de cuidado y amor que existe entre los miembros de la familia.

5. Resolución: capacidad de resolver los problemas del grupo familiar, compartiendo el tiempo, espacio, y dinero entre los integrantes de la familia.^{18,19}

APGAR FAMILIAR

CONCEPTO	CASI SIEMPRE (2 puntos)	ALGUNAS VECES (1 punto)	CASI NUNCA (0 puntos)
Me satisface que pueda recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me perturba.			
Me satisface el modo como mi familia conversa conmigo sobre distintas cuestiones y comparte sus problemas.			
Me satisface que mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida.			
Me satisface cuando mi familia expresa su afecto y responde a mis emociones.			
Me satisface la forma como mi familia y yo compartimos el tiempo.			

Aunque el APGAR familiar se ha validado en varios contextos socioculturales, hay aspectos que se consideran importantes de enfatizar, para su empleo en comunidades latinoamericanas.

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.¹⁹

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.¹⁹

Asimismo se hace con la pregunta sobre soporte de amigos, para incluir: "¿Tiene usted alguna persona, amiga o amigo cercanos, a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?" Antes se planteaba como: "¿Tiene usted algún amigo cercano a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?"²⁰

El interés de conocer sobre la vida, las relaciones interpersonales y el funcionamiento de las familias, valorando la dinámica familiar a través de la satisfacción o insatisfacción de los paciente diabéticos tipo 2. La familia como conglomerado social constituye un grupo primario de fundamental importancia en nuestra sociedad especialmente las familias de nuestros pacientes diabéticos tipo 2 de nuestra unidad de medicina familiar, por su frecuencia y complejidad la disfunción familiar constituye un verdadero reto para el Médico Familiar.²⁰

El aumento en la prevalencia de la diabetes en los usuarios del IMSS se refleja en una demanda creciente de los servicios de atención hospitalaria. Algunas de las causas de prevalencia es la falta de difusión de programas educativos y de control de diabetes secuenciando un bajo autocontrol de los pacientes.

La familia disfuncional se ha definido como aquella que se ve imposibilitada para realizar de un modo adecuado sus funciones familiares, afectando áreas primordiales como la educación y el desarrollo afectivo. La disfunción familiar puede manifestarse a través de un conjunto de respuestas motoras, cognitivas y psicofisiológicas en un intento inicial de adaptación en sus integrantes. La familia disfuncional presenta dificultad para adaptarse, así como para resolver problemas y conflictos. Es necesario realizar acciones de apoyo para incrementar la salud familiar e individual.^{21,22}

La Diabetes Mellitus como causa de morbimortalidad ha ocupado los primeros lugares en el panorama epidemiológico, siendo una causa de prevalencia la falta de programas educativos y de control así como la disfuncionalidad familiar, secuenciando un bajo autocontrol de los pacientes diabéticos. Las personas que padecen diabetes deben enfrentar a diario el desafío de vivir en una sociedad estructurada para satisfacer a las personas sanas.²²

Dentro de los primeros estudios realizados sobre funcionalidad familiar y diabetes mellitus, utilizando el APGAR, se encuentra uno realizado en México, descriptivo, prospectivo con 121 pacientes; de los cuáles el 65.2 % formaban parte de una familia nuclear; el 74.3 % consideran su familia funcional, pero solo 20 (16 %) de los pacientes estaban controlados. Aunque no se hizo una prueba de relación, aparentemente no se encontró que influyera la funcionalidad familiar con el control glucémico del paciente. ²³

En un estudio realizado en México, comparando dos grupos, uno con familia funcional y el otro con familia disfuncional. Se reportó que el 80 % de los pacientes pertenecientes a familias funcionales estaban controlados, mientras que el 56 % de los pacientes con familias disfuncionales presentó un control adecuado.

Demostrando el gran valor que tiene la convivencia y apoyo familiar hacia el integrante enfermo; él cual sentirá la voluntad de salir adelante.

Según García Guillen D. Fundamentos de la bioética los pacientes pueden disfrutar los mismos derechos que el resto de la población, reduciéndose éstos a cuatro:

- ❖ Derecho a la vida.
- ❖ Derecho a la asistencia sanitaria.
- ❖ Derecho a la información.
- ❖ Derecho a una muerte digna. ²⁴

El uso de un instrumento de recolección de información que incluya variables cualitativas del ámbito Psico-Social como el APGAR familiar, con el cual podemos conocer algunas características de la percepción de la funcionalidad familiar, comparándolas con la dimensión biológica del paciente, nos brinda una visión más amplia de la persona y su entorno, lo que nos da a su vez la posibilidad de intervenir en los factores protectores de la salud de esta persona, o relacionar los problemas presentes en algunos sujetos (como su nivel de compensación por ejemplo) con una situación más allá del ámbito farmacológico, tomando en cuenta la dimensión Psico-Social de manera que la visión de la persona sea más integral y de esta manera el enfoque familiar de la atención también se incluya en este tipo de actividades. ²⁵

Las limitaciones del paciente diabético requieren del apoyo de la familia para superar una serie de barreras en su tratamiento (el costo de asumir el papel de paciente, ya sea social, psicológico o económico). Dichas limitaciones también requieren del apoyo familiar para que lo auxilien en la vigilancia de su enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas; sin esta ayuda el paciente quizá no dé la prioridad necesaria a su propia asistencia. ²⁵

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La dinámica familiar se altera desde el momento en que al paciente se le detecta como sospechoso de diabetes mellitus y es mayor el trastorno cuando se confirma el diagnóstico. Se caracteriza principalmente por disfuncionalidad lo que conlleva al descontrol metabólico; generalmente se ve al paciente en forma individualizada, no se valora en forma holística, por lo que se ignora cómo están las relaciones y límites entre cada uno de los integrantes del sistema familiar, y que estén influyendo en el control adecuado del paciente diabético; por ello, es necesario conocer ésta dinámica para poder implementar medidas necesarias para evitar alteraciones o complicaciones posteriores.

Por lo que se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la funcionalidad familiar en los pacientes diabéticos tipo 2 de la unidad de medicina familiar No. 25?

III. JUSTIFICACION

La diabetes mellitus tipo 2 es uno de los principales problemas de salud pública en México, alrededor del 8.2 % de la población de 20 a 69 años, y aproximadamente el 30% de las personas afectadas desconoce que la padece, esto se debe a que el diagnóstico se establece unos ocho años después del inicio de los síntomas. Con una prevalencia en el norte del país de 9% en las poblaciones urbanas y de 3.2% en las rurales. El principal problema de la diabetes mellitus es la presencia de complicaciones metabólicas vasculares y neurológicas relacionadas con el grado de control metabólico.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, la diabetes ocupó el 5 % de las consultas de medicina familiar durante 2002; generó 62,745 egresos, lo que representa 3 % del total de los egresos y provocó 17,042 defunciones, equivalente a 18 % del total de las defunciones en la institución. La diabetes ocupó el primer sitio como causa de muerte en las mujeres y fue responsable del 20 % en este grupo, mientras que en los hombres se ubica en el segundo lugar y es responsable del 15 % de las defunciones. ⁽³⁾

Una de las principales causas de fracaso en el control del paciente diabético tipo 2 y la aparición prematura de complicaciones se debe principalmente a la falta de conocimiento de la enfermedad.

Una de las principales estrategias para combatir la morbimortalidad, es promover

la educación para la salud (autocuidado), encaminado básicamente a mejorar las condiciones de vida de los pacientes y de los integrantes de la familia mediante un buen nivel de conocimiento de su enfermedad incrementando el nivel de participación en el cuidado y preservación de la salud.

La funcionalidad familiar permite identificar la dinámica a través de la satisfacción o insatisfacción del paciente diabético tipo 2. La identificación de los factores que alteran la dinámica familiar cuando se tiene un paciente diabético, son básicas y se puede proporcionar, educación para la salud individual y familiar, de manera adecuada oportuna, bajo consentimiento informado para lograr un mejor control metabólico de los pacientes.

El presente trabajo, está encaminado a conocer la dinámica familiar y funcionalidad de los pacientes diabéticos tipo 2 y de ésta forma modificar los factores encontrados para que con la participación de la familia y el autocuidado del paciente disminuya la incidencia en complicaciones prematuras y descompensaciones de los pacientes diabético.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

1. Determinar la funcionalidad familiar en pacientes con Diabetes Mellitus 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 25 Cd.. González, Tamps.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1.- Determinar la funcionalidad familiar de acuerdo a grupos de edad.

2.- Determinar la funcionalidad familiar de acuerdo a la estructura familiar.

3.- Determinar la tipología familiar.

V. METODOLOGÍA

A). DISEÑO DEL ESTUDIO.

- **Descriptivo**

Por el número de grupos a estudiar.

- **Retrospectivo**

Por la forma en que se recolecta la información.

- **Transversal:**

Por el número de mediciones de las variables.

- **Observacional.:**

Se presencian los fenómenos a estudiar sin intervención de los investigadores.

B). POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DEL ESTUDIO.

Se estudiaron pacientes con diabetes mellitus 2 de la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 25, de González, Tamaulipas, del 1 de Enero al 31 de Diciembre del 2006.

C. TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Para Investigación descriptiva de tipo cuantitativo, se utilizó el siguiente cálculo muestra:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot \sigma^2}{Ne^2 + Z^2 \cdot \sigma^2}$$

N: tamaño de la población, en base a estudio previo = 121

e: nivel máximo de error admitido = 5% (0.05).

Z: Nivel de confianza = 95% (1.96)

δ : varianza poblacional: se toma el valor de 0.5

n: tamaño de la muestra = 90 pacientes.

En base a la fórmula anterior y tomando en cuenta posibles pérdidas en la población, se realizó un muestreo no aleatorizado y secuencial identificándose 100 pacientes para el estudio.

D). CRITERIOS DE SELECCIÓN:

CRITERIOS DE INCLUSION.

1. Pacientes diabéticos tipo 2 adultos que se encuentran en control en la Unidad de Medicina Familiar No 25.
2. Derechohabientes del IMSS que pertenecen a la UMF No. 25 CD González.
3. Pacientes que acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

1. Pacientes que no quisieron participar en el estudio.
2. Pacientes que por alguna limitación funcional física o mental no respondieran a la encuesta.
3. Pacientes que tienen inasistencia por más de dos meses a su control.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

1. Pacientes que contesten en forma incompleta la encuesta.

E). INFORMACIÓN RECOLECTADA.

DEFINICION DE LAS VARIABLES

A. VARIABLE DEPENDIENTE

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Trastorno complejo del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas debido fundamentalmente a una falta relativa o absoluta de secreción de insulina por parte de las células beta del páncreas.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Enfermedad metabólica caracterizada por el incremento de glicemia mayor de 126 mg.

Escala de medición: Nominal.

Categorías:

Controlado (< 126 mg/dl).

Descontrolado (> 126 mg/dl).

Fuente de Información: Laboratorio.

A. VARIABLE INDEPENDIENTE

Funcionalidad familiar.

Definición Conceptual: Conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro, haciendo que funcione bien o mal como unidad.

Definición Operacional: Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, lo cual se medirá a través del APGAR familiar.

Escala de medición: Nominal.

Categorías:

Familia funcional: 7 a 10 puntos

Familia disfuncional: 0 a 6 puntos.

Fuente de información: Encuesta.

F). MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

1. Se identificaron a pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden a cita de control de Medicina Familiar de la Unidad No. 25 de los cuatro consultorios en ambos turnos.
- 2.- Se les explicó en que consiste el estudio, y si aceptan participar en el mismo, dando su consentimiento verbal.
- 3.- Si aceptaron se les aplicó una encuesta de donde se obtuvieron los siguientes datos: edad, ocupación, escolaridad, estructura familiar.
- 4.- Posteriormente se les aplicó el instrumento de medición APGAR para medir funcionalidad familiar.
- 5.- Asimismo, se les solicitó glucosa sérica.
- 6.- Finalmente se analizaron los resultados obtenidos.

G). ANÁLISIS ESTADÍSTICO

1. Se utilizaron frecuencias simples.
2. Medidas de tendencia central como media, mediana, porcentajes.
3. Medidas de dispersión: desviación estándar.
4. Intervalo de confianza del 95 % para la media.

H). CONSIDERACIONES ETICAS

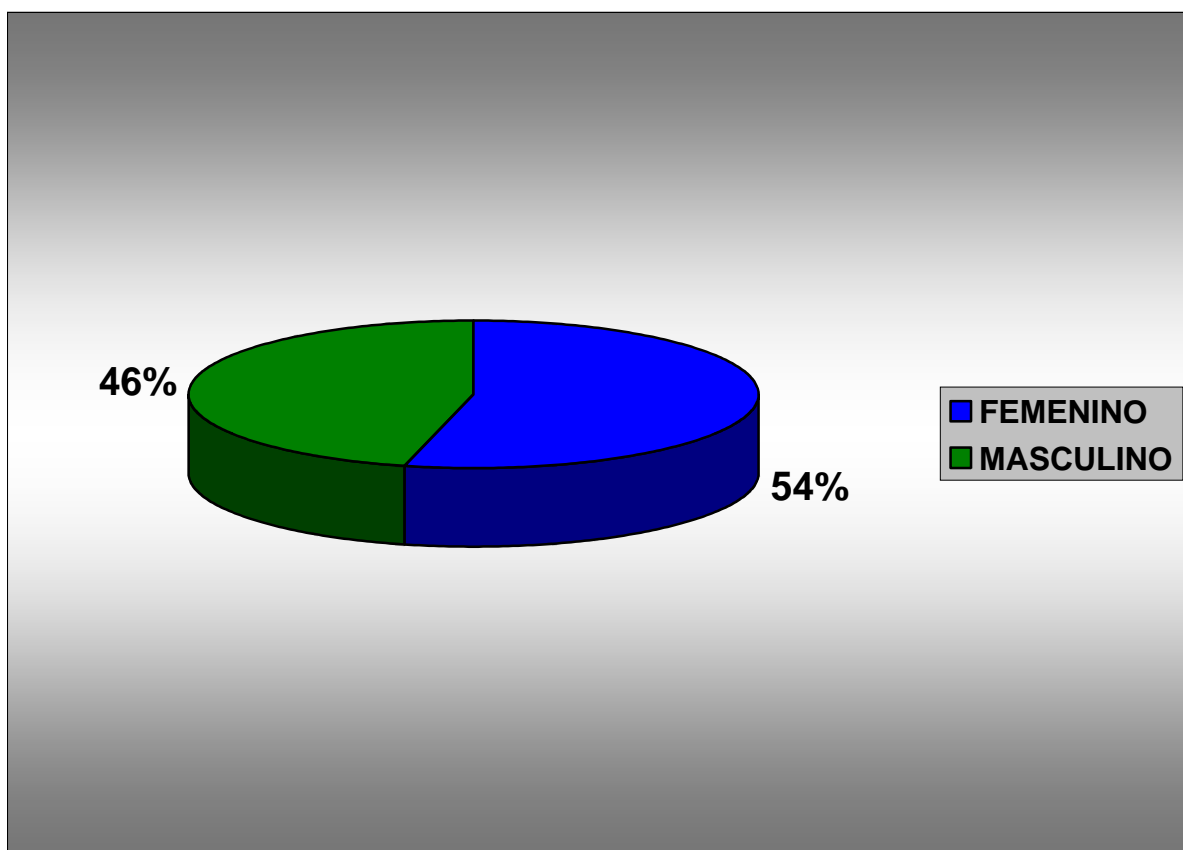
El presente estudio de investigación se registrará bajo las leyes vigentes de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y del Instituto Mexicano del Seguro Social en materia de investigación. Asimismo cumple con las normas establecidas por la Declaración de la Asamblea Mundial del Tratado de Helsinki, Finlandia, y revisiones en Tokio, Hong Kong y Venecia.

No se requiere de carta de consentimiento informado puesto que el estudio es de tipo descriptivo y observacional, de manera que no implica intervención médica o quirúrgica específicamente predeterminadas ni requiere de muestras biológicas como indicadores de condiciones patológicas o definitorias de condiciones clínicas que representen un factor determinante para el desarrollo y desenlace del estudio.

VI. RESULTADOS

Se identificaron 100 pacientes para el estudio; de los cuales 54 (54 %) son mujeres y 46 (46 %) hombres. (Figura 1).

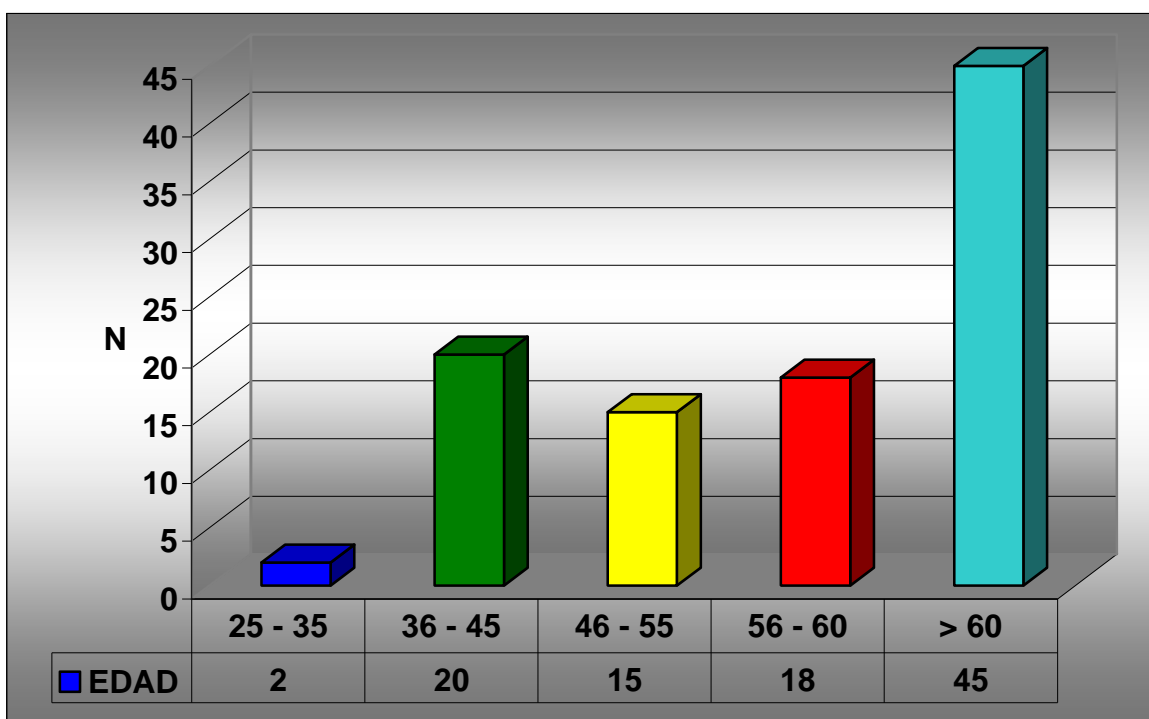
Fig. 1. Distribución de los pacientes por sexo.



Fuente de Información: Encuesta.

La edad promedio general de la población estudiada fue de 58.38 años (Desviación estándar (DE): 13.82; Intervalo de confianza de 95 % (IC₉₅): 31.29 - 85.46), con un rango de edad de 27 a 87 años. Hubo una mayor frecuencia en mayores de 60 años, con 45 (45 %) pacientes; mientras que en el grupo de 25 a 35 años fue del 2 %. (Figura 2).

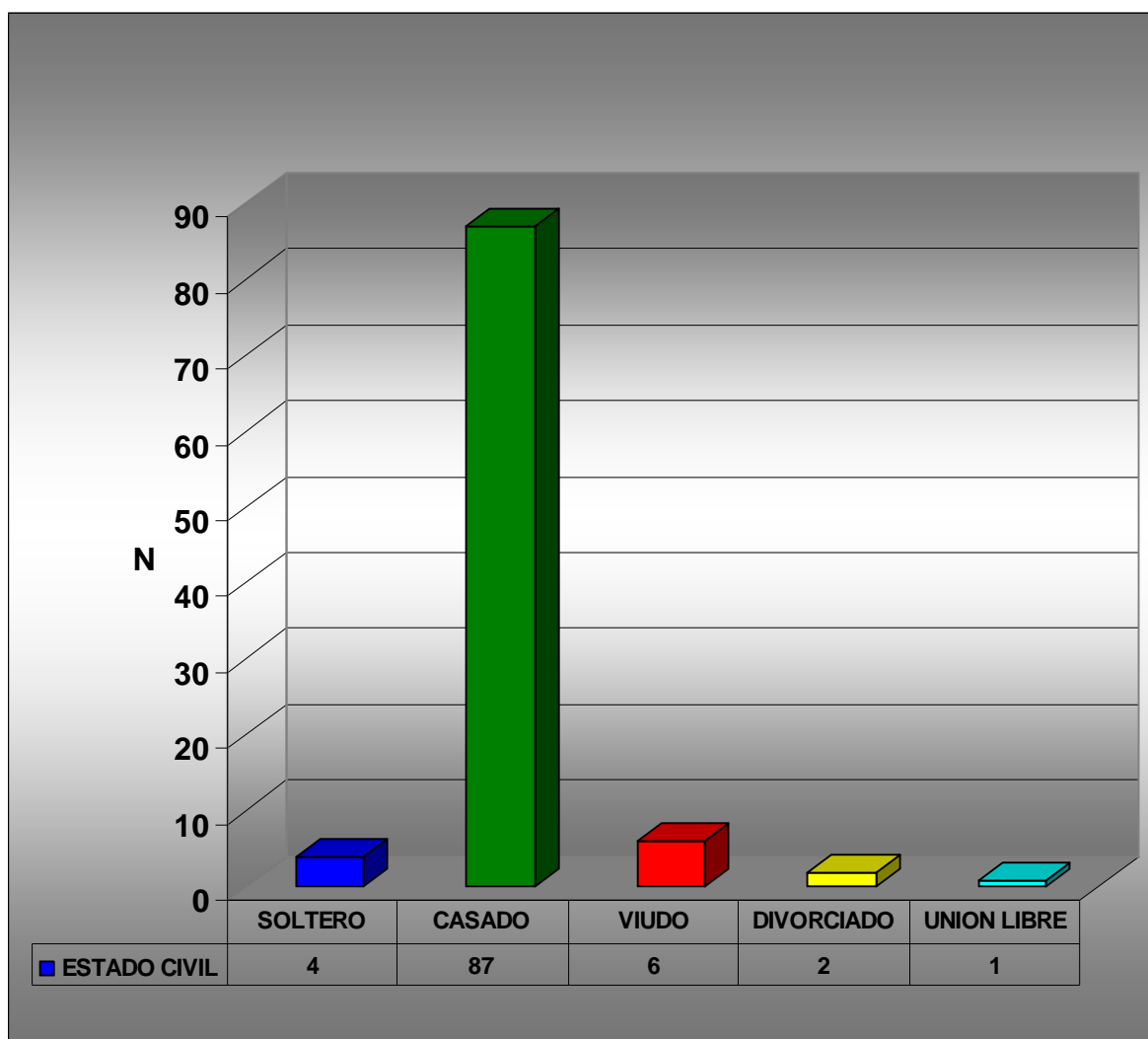
Fig. 2. Distribución de los pacientes por grupos de edad.



Fuente de información: Encuesta.

En relación al estado civil, 87 (87 %) de los participantes están casados, solo se encontraron 4 (4 %) solteros y una persona en unión libre. (Figura 3).

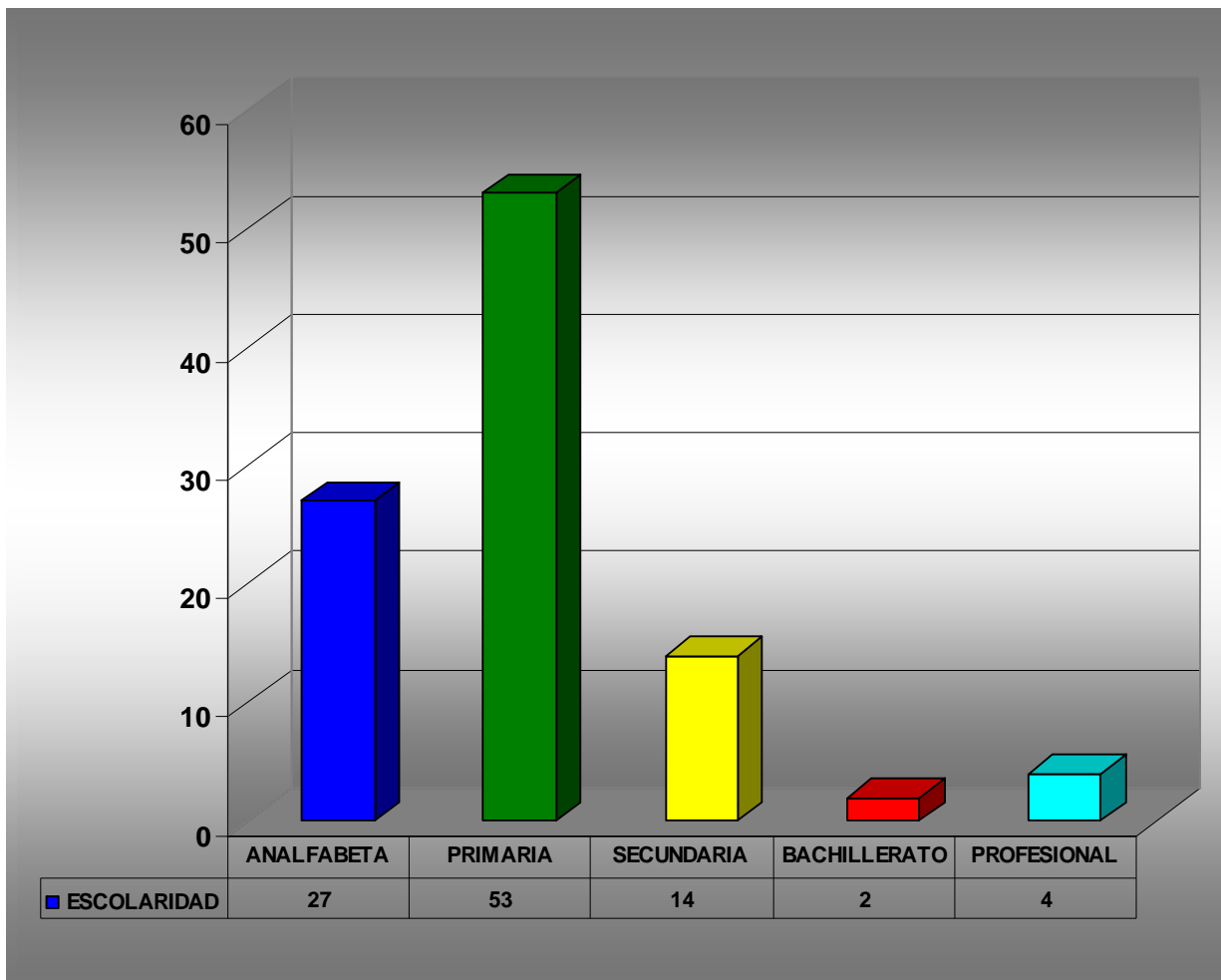
Fig. 3. Distribución de los pacientes por estado civil.



Fuente de información: Encuesta.

En cuanto a la escolaridad, 53 (53 %) refirieron cursar o haber cursado nivel primaria, solo 4 (4 %) alcanzó licenciatura. (Figura 4).

Fig. 4. Distribución de los pacientes por grado de escolaridad.



Fuente de información: Encuesta.

El tiempo de evolución promedio de la diabetes mellitus fue de 9.52 años (Desviación estándar (DE): 6.62; Intervalo de confianza (IC₉₅): de 3.46 - 22.50), con un rango de tiempo de evolución de 1 a 28 años. Hubo una mayor frecuencia entre 10 y 20 años de evolución, 60 (60%), pacientes; mientras que el grupo de 1 a 5 años fue del 5%.

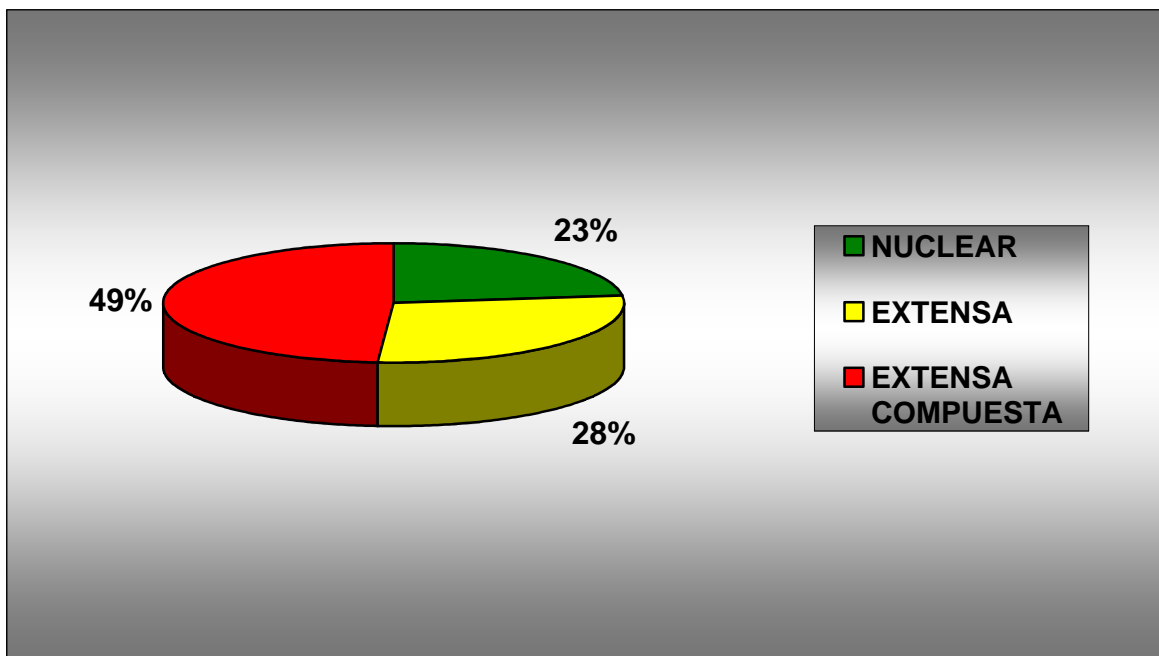
Las glicemias efectuadas en los pacientes se obtuvo un promedio de 182 mg (Desviación estándar (DE): 64.55; Intervalo de confianza (IC₉₅): 56.04 - 309.09), con un rango de glucosa de 90 a 410 mg. Hubo una mayor frecuencia de más de 200 mg de glucosa.

El 69 (69 %) de los pacientes presentó cifras de glucosa por arriba de 126 mg/dl vs un 31 % de pacientes con glucemia controlada.

Estructura Familiar.

En cuanto a la conformación de la familia de los pacientes diabéticos, se encontró que el 49 (49 %) lo constituyen la familia extensa compuesta; mientras 28 (28 %) de familia extensa y 23 (23 %) familia nuclear. (Figura 5).

Fig. 5 Distribución por tipo de familia.



Fuente de información: Encuesta.

En cuanto a los 3 tipos de familia identificados, en todos hubo una mayor frecuencia de pacientes con cifras de glucemia descontrolados.

Cuadro 1. Distribución de acuerdo al tipo de familia y control de diabetes mellitas.

DIABETES MELLITUS	NUCLEAR	EXTENSA	EXTENSA COMPUESTA
CONTROLADA	3	9	11
NO CONTROLADA	20	19	38

En lo referente a la funcionalidad familiar; con el uso del APGAR, se encontró que 67 (67 %) pacientes presentaron disfuncionalidad, de los cuáles, 52 (77.5%) estaban descontrolados. Por otra parte, 33 (33%) pacientes no presentaron disfuncionalidad.

Cuadro 3: distribución de acuerdo a la funcionalidad de la familia.

GLUCEMIA	FUNCIONALIDAD FAMILIAR	
	FUNCIONAL	DISFUNCIONAL
CONTROLADA	8	15
NO CONTROLADA	25	52

VII. DISCUSION

La funcionalidad familiar y el apoyo de la familia comprueba que el ambiente familiar inadecuado, la tensión, mala comunicación y el pobre desempeño de roles y pobres estados afectivos influyen de manera considerable en el control del paciente diabético. Así mismo la edad de nuestros pacientes se manifiesta en la población de más de 60 años y con más de 5 años de evolución lo que también se manifiesta en la falta de control de su glucosa; siendo similar a lo reportado por Méndez DML¹⁵

En cuanto a la estructura familiar, específicamente la tipología, en este estudio se encontró una mayor frecuencia de la familia extensa compuesta, 49 (49 %) familias; diferente a lo reportado por Ortega, Osorio y Fernández¹⁷ en su estudio que encontraron mayor frecuencia de familias nucleares, 39 (68.4 %) familias, y solo un 7 % de familias extensas compuestas, así como también de lo reportado

por Valdés y Alderete, que en su estudio identificaron en mayor porcentaje (65.2 %) familias nucleares.²³

Esto conlleva a problemas frecuentes de tipo económico, falta de atención a la pareja e hijos, necesidad de aumentar la carga laboral en la pareja para solventar los gastos, entre otros.

En lo que respecta a la funcionalidad familiar; se encontraron 67 (67 %) familias disfuncionales, en las cuales el 77.5 % de los pacientes diabéticos pertenecientes a dichas familias estaban descontrolados en sus glucemias. Casi similar a lo reportado por Ortega en un estudio cubano, donde encontró disfuncionalidad familiar mediante el APGAR en 72 % de los pacientes.¹⁷

Aunque Ortega¹⁷ encontró mayor disfuncionalidad en familias extensas compuestas, en este estudio no hubo diferencias en cuanto al tipo de familia. Sin embargo; se encontró mayor descontrol en las cifras de glucosa en aquellos pacientes con familia disfuncional (77.5 %), muy similar al 80 % reportado por Méndez en un estudio realizado en México.¹⁵

La diabetes mellitus es de etiología multifactorial; mientras que en su control adecuado igualmente intervienen una diversidad de factores intrínsecos y extrínsecos. La relación adecuada es necesaria en el sistema familiar, donde cada

uno de los roles y límites que constituyen cada uno de los subsistemas debe estar funcionando en armonía. Una alteración en alguno de estos elementos conllevaría a un desequilibrio del sistema, influyendo en la salud del paciente diabético.

Aunque es un estudio descriptivo con las limitaciones correspondientes, es indudable que para el control adecuado de la diabetes mellitus intervienen una gran diversidad de factores; y no solo la mala calidad de vida que pudiese estar llevando el paciente. El buen funcionamiento familiar, la armonía e interacción entre cada uno de sus integrantes, y sobre todo, en la atención del paciente, cuidando cada uno de las funciones que se debe llevar a cabo en el interior de la familia, contribuyen en gran medida al buen control.

VII. DISCUSION

La funcionalidad familiar y el apoyo de la familia comprueba que el ambiente familiar inadecuado, la tensión, mala comunicación y el pobre desempeño de roles y pobres estados afectivos influyen de manera considerable en el control del paciente diabético. Así mismo la edad de nuestros pacientes se manifiesta en la población de más de 60 años y con más de 5 años de evolución lo que también se manifiesta en la falta de control de su glucosa; siendo similar a lo reportado por Méndez DML¹⁵

En cuanto a la estructura familiar, específicamente la tipología, en este estudio se encontró una mayor frecuencia de la familia extensa compuesta, 49 (49 %) familias; diferente a lo reportado por Ortega, Osorio y Fernández¹⁷ en su estudio que encontraron mayor frecuencia de familias nucleares, 39 (68.4 %) familias, y solo un 7 % de familias extensas compuestas, así como también de lo reportado por Valdés y Alderete, que en su estudio identificaron en mayor porcentaje (65.2 %) familias nucleares.²³

Esto conlleva a problemas frecuentes de tipo económico, falta de atención a la pareja e hijos, necesidad de aumentar la carga laboral en la pareja para solventar los gastos, entre otros.

En lo que respecta a la funcionalidad familiar; se encontraron 67 (67 %) familias disfuncionales, en las cuales el 77.5 % de los pacientes diabéticos pertenecientes a dichas familias estaban descontrolados en sus glucemias. Casi similar a lo reportado por Ortega en un estudio cubano, donde encontró disfuncionalidad familiar mediante el APGAR en 72 % de los pacientes.¹⁷

Aunque Ortega¹⁷ encontró mayor disfuncionalidad en familias extensas compuestas, en este estudio no hubo diferencias en cuanto al tipo de familia. Sin embargo; se encontró mayor descontrol en las cifras de glucosa en aquellos pacientes con familia disfuncional (77.5 %), muy similar al 80 % reportado por Méndez en un estudio realizado en México.¹⁵

La diabetes mellitus es de etiología multifactorial; mientras que en su control adecuado igualmente intervienen una diversidad de factores intrínsecos y extrínsecos. La relación adecuada es necesaria en el sistema familiar, donde cada uno de los roles y límites que constituyen cada uno de los subsistemas debe estar funcionando en armonía. Una alteración en alguno de estos elementos conllevaría a un desequilibrio del sistema, influyendo en la salud del paciente diabético.

Aunque es un estudio descriptivo con las limitaciones correspondientes, es indudable que para el control adecuado de la diabetes mellitus intervienen una gran diversidad de factores; y no solo la mala calidad de vida que pudiese estar llevando el paciente. El buen funcionamiento familiar, la armonía e interacción entre cada uno de sus integrantes, y sobre todo, en la atención del paciente, cuidando cada uno de las funciones que se debe llevar a cabo en el interior de la familia, contribuyen en gran medida al buen control.

VIII. CONCLUSIONES

La dinámica familiar normal o funcional mezcla 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.

Una alto porcentaje de pacientes diabéticos atendidos en la Unidad de Medicina Familiar No 25 presentaron un control inadecuado de su glicemia observando así distintas complicaciones secundarias a su padecimiento principal, reflejo de las dificultades que enfrentan para cumplir adecuadamente su tratamiento.

El bajo nivel educativo puede dificultar el acceso de los pacientes a herramientas que contribuyan a un mejor control y a la comprensión de la naturaleza, curso y complicaciones de la diabetes.

La escasez de recursos económicos se convierte en un obstáculo importante para alcanzar las metas de control adecuado de su glucosa, de manera que mejore su calidad de vida y la reducción de las complicaciones.

Analizando los resultados podemos concluir que las familias ampliadas disfuncionales fueron más frecuentes, lo que hace pensar que en ellas los lazos de consanguinidad tienden a ser más lejanos. La distribución de los roles en ellas es más desordenado y recae generalmente sobre cierta minoría (padres y abuelos) cuando viven con ellos.

El apoyo que recibe el paciente diabético de su familia se convierte en un factor fundamental para lograr el adecuado control de su enfermedad, ya que la familia representa la fuente principal de soporte social, afectivo, económico, educativo y cultural del paciente.

Por lo que es necesario no solo aplicar correctamente los programas ya instaurados para el control del paciente diabético; sino ante los problemas de interacción familiar existentes se debe de realizar un abordaje integral familiar para realizar las intervenciones que ameriten la situación.

Es muy importante que teniendo factores de riesgo importantes para esta enfermedad se realice la detección oportuna a personas mayores de 30 años por lo menos una vez al año, asimismo, la familia debe participar en las acciones de autocuidado para que se detecte con oportunidad y el inicio del tratamiento sea fundamental para el control y evitar complicaciones tempranas.

IX. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Zúñiga SG. La Diabetes Mellitus. Revista Médica del IMSS. 2000. 38(3): 187-191.
- 2.- La aplicación de teorías técnicas de las ciencias sociales a la promoción de la salud. Rev. Panam Salud Publica 1989; 4: 142 - 8.
3. - Zimmet P. "Global and societal implications of the diabetic epidemic". Nature. 2001; 414: 782 - 7
4. - Zimmet P. The NIDDM epidemic: Global estimates and projections a look in the crystal ball. IDF Bulletin, 1995; 40: 8-16. Risk factors. Diabetes Care. 1998:
- 5.-American Diabetes Association. "Economic consequences of diabetes mellitus in the U.S. IN 1977". Diabetes Care. 21: 296 -309.1998.
- 6.- García R, Suárez R. La educación en diabetes en Cuba, retrospectiva de las tres últimas décadas. Rev. Cub Endocrinol 1999; 10(Suplemento): 9-12.
7. - Zimmet P. Globalization, coca colonization and the chronic disease epidemic: can the doomsday scenario be averted?. J Intern Med. 2000: 247: 301-10.
- 8.- Manual de educación sanitaria para equipos de atención primaria . Diabetes Mellitus tipo 2. Novo Nordisk; Pharma; 1995.
9. - Harris M. Diabetes in America: Epidemiology and scope of the problem. Diabetes Care. 1998: 21(Suppl. 3); C11-C14.
10. - Hapener S. Epidemiology of type 2 diabetes: . Risk factors. Diabetes Care. 1998: 21 (Suppl. 3). C3-C6.

11. - Jönsson B. "Revealing the costo of type II diabetes in Europe". Diabetología. 45: S5 S12. 2002.
- 12.- Ibarra CE, Cantù MC. Años de vida Productiva Perdidos por Complicaciones Crónicas de Diabetes Mellitus en Población Económicamente Activa, Revista de Salud Publica y Nutrición. 2003; 4 (2): 1-6.
- 13.- Kuri PM et al. "La Diabetes en México". Secretaría de Salud. México. 2006: 1-5.
- 14.- Vázquez JLM, Gómez HD, Fernández HC. Diabetes mellitus en población adulta del IMSS. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. Rev. Med Inst Méx. Seguro Soc. 2006; 44 (1): 13-26.
- 15.- Méndez DML et al. "Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2". Rev. Med. IMSS 2004. 42 (4): 281-284.
- 16.- Arias LC, Herrera JA. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos en Medicina Familiar. 2005. 7:15-19.
- 17.-Ortega AA, Osorio MAP, Fernández ATV. Diagnóstico del funcionamiento familiar en un consultorio del médico familiar y la enfermera de la familia. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 2003; 19(2): 56-62.
- 18.- Rodríguez JRM et al. Características epidemiológicas de pacientes con diabetes en el Estado de México. Rev. Med. IMSS. 2003. 41(5): 383-392.
- 19.- Varela Ruiz F J. "Disfunción familiar en hiperfrecuentadores de atención primaria". Medicina de familia (and) 2000; 2: 141-144.
- 20.- Tovar-Granada C et al. Auto percepción de disfunción familiar en un grupo de familias de la Ciudad de México. Arch Med Fam. 2003. 5(3): 92-95.

21.- Rodríguez GA, Rodríguez. Disfunción familiar en pacientes con Insuficiencia renal crónica. Rev. Med. IMSS 2004. 42(2): 97 102.

22.- Jáuregui JTJ, de la Torre AS, Gómez GP. Control del padecimiento en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial: impacto de un programa multidisciplinario. Rev. Med. IMSS 2002. 40(4): 307-318

23.-.- González CS. Comparación de variables biomédicas y funcionales (APGAR familiar) en pacientes del programa de salud cardiovascular. Revista Chilena de Medicina. 2006:1-8.

24.- Hernández AY. Derecho Reproductivo y Diabetes Mellitus. Rev. Cubana Endocrinología 2000. 11: (1) 5-6.

25.- Valdés IAF, Aldrete MGR, Alfaro NA. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. Salud Pública Méx. 1993. 35:464-470.

X. ANEXOS

ANEXO I

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS

TIPO 2.

NOMBRE _____

AFILIACION _____ EDAD _____

DOMICILIO _____

EDO. CIVIL _____ ESCOLARIDAD _____ OCUPACION _____

TIEMPO DE EVOLUCION DE DIABETES MELLITUS _____

VIVE SOLO: (SI) (NO)

QUIEN VIVE CON USTED: _____

TIPO DE FAMILIA _____

GLUCEMIA _____

DRA. YADIRA GUERRA OLGUIN

ANEXO II

APGAR FAMILIAR

CONCEPTO	CASI SIEMPRE (2 puntos)	ALGUNAS VECES (1 punto)	CASI NUNCA (0 puntos)
Me satisface que pueda recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me perturba.			
Me satisface el modo como mi familia conversa conmigo sobre distintas cuestiones y comparte sus problemas.			
Me satisface que mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida.			
Me satisface cuando mi familia expresa su afecto y responde a mis emociones.			
Me satisface la forma como mi familia y yo compartimos el tiempo.			

Dr. Gabriel Smilkstein. Universidad de Washington, Seattle. 1978

Cada pregunta consta de tres posibles respuestas: siempre, algunas veces y casi nunca, con valores de 2, 1 y 0 puntos respectivamente. Una vez obtenido el puntaje total, se procedió a la clasificación de funcionalidad familiar:

De 7 a 10 puntos: **familia funcional**. De 0 a 6 puntos: **familia disfuncional**.