



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL DISTRITO FEDERAL

PROYECTO DE INVESTIGACION TITULADO

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 EN UNA UMF DEL
IMSS”**

Que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar

P R E S E N T A:

DR. SALVADOR HERNÁNDEZ GONZÁLEZ

Médico Residente del Curso de Especialización en Medicina Familiar
Matricula: 98362489
Unidad de Medicina Familiar No. 94
Camino San Juan de Aragón no 235 Casas Alemán. CP 07580 GAM
Teléfono: 57672799 Ext. 226
Email:

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

DR. GUILLERMO ARROYO FREGOSO

Coordinador Clínico De Educación e Investigación en Salud UMF No. 94
Domicilio: Camino Viejo San Juan de Aragón 234.
Casas Alemán GAM.
TEL: 57672977
E-mail: Guillermo.arroyo@imss.gob.mx

Lugar donde se realizo el estudio: Unidad de Medicina Familiar No. 94 Camino San Juan de Aragón no 235 Casas Alemán. CP 07580 GAM



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.

ÍNDICE

Contenido	Página
Resumen	1
Introducción	2
Marco teórico	3
Planteamiento del problema	10
Pregunta de Investigación	11
Justificación	12
Objetivos	13
Hipótesis	14
Metodología	15
Tipo de Estudio	16
Criterios de Inclusión	17
Método de procedimiento para captura de información	18
Procedimiento de Integración de la muestra	19
Variables	20
Instrumento de medición	22
Descripción general del estudio	24
Factibilidad	25
Resultados	26
Tablas y graficas	27
Análisis de resultados	30
Conclusión	31
Cronograma	32
Bibliografía	33
Anexos	36

RESUMEN

Antecedente: Identificar la funcionalidad familiar en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 es de gran importancia, ya dicha enfermedad al tratarse de un padecimiento crónico degenerativo implica cambios para el paciente y su familia. Objetivo General: identificar la funcionalidad familiar en los pacientes diabéticos tipo 2 inscritos al programa DIABETIMSS en la UMF 94 del IMSS. Material y métodos: Dentro del estudio se incluyeron a 100 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 registrados dentro del programa DIABETIMSS en la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del IMSS a quienes se les aplicó el instrumento del APGAR familiar. El estudio es de tipo observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. Resultados: Se identificó que la mayoría de los pacientes correspondían al género femenino y su edad se ubica entre los 40 y 80 años. En cuanto a la funcionalidad familiar obtenida con la aplicación del APGAR familiar esta se ubicó en familias funcionales, con un porcentaje elevado de familias con disfunción leve. Conclusiones: los pacientes diabéticos incluidos en el programa de DIABETIMSS tienen familias funcionales y en menor medida familias con disfunción leve y disfunción moderada, lo cual representa la necesidad del Médico Familiar para intervenir oportunamente y fomentar las redes de apoyo en las familias funcionales, así como identificar los factores de riesgo que condicionan la disfuncionalidad leve y moderada que presentan el resto de pacientes.

Palabras clave:

APGAR Familiar, Funcionalidad familiar, Diabetes Mellitus. DIABETIMSS.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónico-degenerativa que afecta principalmente a la población adulta, con un alto índice de morbi-mortalidad así como de ingresos hospitalarios derivados de las complicaciones que puede originar, causando en muchos casos discapacidad, o dependencia de un apoyo familiar lo cual puede llegar a repercutir en el funcionamiento familiar. En nuestro contexto la familia es el principal apoyo que reciben estos pacientes, y al estar en contacto con el paciente de manera obligada presentan una repercusión en la funcionalidad de toda la familia no solo del paciente. Eso a su vez determina en gran medida el tipo de control que llevará el paciente diabético y la forma en la cual afrontará su enfermedad.

Por tal motivo es importante identificar el funcionamiento familiar del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2 en la UMF 94 del IMSS en especial de los pacientes inscritos al programa de DIABETIMSS. El estudio fue de tipo descriptivo, cuantitativo, prospectivo y transversal. Como instrumento para la recaudación de la información se utilizó el APGAR familiar, el cual se aplicó a 100 pacientes diabéticos tipo 2 inscritos al programa de DIABETIMSS en la Unidad de Medicina Familiar 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se identificó que la mayoría de los pacientes correspondían al género femenino y su edad se ubica entre los 40 y 80 años. Aplicar el APGAR familiar a los pacientes diabéticos tipo 2 se puede considerar como en una necesidad y prioridad del Médico Familiar para conocer la funcionalidad familiar en la cual se desenvuelven para intervenir en busca de beneficios para un buen control del paciente pues al identificar la funcionalidad familiar del paciente diabético Tipo 2 se hace necesario implementar medidas educativas, formativas y asistenciales que permitan mejorar la funcionalidad familiar en dichos pacientes con el fin de lograr un mejor control de la enfermedad así como evitar las complicaciones y secuelas que implica.

MARCO TEORICO CONCEPTUAL.

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), es un síndrome heterogéneo en el que existe la elevación de la glucemia¹. Los síntomas clásicos de la DM se deben a la propia hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, visión borrosa e infecciones recurrentes, aunque en la mayor parte de los casos sobre todo en las fases iniciales de la DM2 el paciente se encuentra asintomático.

EPIDEMIOLOGÍA

El problema es grave, solamente de pacientes diagnosticados existen más de 171 millones de enfermos en el mundo y si se considera que la mitad de los que padecen esta enfermedad lo saben², se estima que esta cifra sería del doble en el mejor de los casos, esta magnitud del problema es lo que mantiene en constante presión a los sistemas de salud, ya que además del gran problema existente está previsto que antes del año 2030 existirán a nivel mundial más de 280 millones de personas con esta enfermedad³. La atención de esta enfermedad cuesta a los sistemas de salud hasta el 15% del total de sus recursos y los costos derivados de las consecuencias en pérdida de productividad y competitividad es lo que hace que estas pérdidas sean considerables.

En México entre las enfermedades crónicas degenerativas la DM2 muestra el ascenso más importante en los últimos años. Actualmente ocupa el primer lugar como causa de muerte en mujeres y el segundo en hombres. La mayor parte muere antes de los 60 años o presentan alguna discapacidad antes de esa edad. Los pacientes diabéticos en México viven en promedio 20 años con la enfermedad; este padecimiento se presenta entre los 35 y 40 años. Anualmente se registran alrededor de 300 mil personas diabéticas y fallecen 40 mil aproximadamente⁴. Por cada diabético que muere se detectan 13 nuevos casos de enfermedad. La mortalidad por Diabetes Mellitus es mayor en los estados del Norte que en los del Sur, los del Centro tienen un comportamiento intermedio y el Distrito Federal se comporta como los Estados del Norte, es más frecuente en los grupos sociales con estilo de vida urbano.

FACTORES DE RIESGO.

Entre los factores de riesgo se encuentran antecedentes familiares de DM en 1er grado consanguinidad, sobrepeso (IMC ≥ 25 Kg/m²), edad superior a 45 años, pertenencia a

ciertos grupos étnicos, diabetes durante el embarazo o un recién nacido más de 4,5 Kg, presión arterial >140/90 en adultos, niveles de triglicéridos ≥ 250 mg/dl y/o de chdl ≤ 35 mg/dl, síndrome de ovario poliquístico, acantosis nigricans, inactividad física habitual, historia de enfermedad vascular⁵.

FISIOPATOLOGÍA

La alteración fisiopatológica inicial en el desarrollo de la DM2 es la resistencia insulínica. En un principio el páncreas contrarresta esta situación, aumentando la secreción de insulina para conservar la glucemia. Conforme pasa el tiempo la célula beta fracasa en su función, observándose primero una hipoinsulinemia relativa en relación a los niveles glucémico, para finalmente concluir en una evidente insulinopenia. Paralelamente, y de manera sucesiva, se asiste primero a la presencia de una intolerancia a la sobrecarga oral de glucosa y después a la presencia de una hiperglucemia basal.

ANATOMIA PATOLOGICA

En un 96% de individuos con DM2 se observa a nivel de islotes pancreáticos un depósito de sustancia amiloide de carácter fibrilar (rojo Congo), existiendo invaginaciones de las membranas celulares, repletas de fibrillas amiloides. Se confirma asimismo la existencia de fibrosis a nivel de los citados islotes y del tejido exocrino. En cuanto al volumen celular, existe una moderada reducción de la masa de células beta en los islotes (20-30% de casos). Las células A pueden estar discretamente aumentadas en número, reflejándose esta situación por la presencia de hiperglucagonemia no suprimible por hiperglucemia o insulina⁶. Las células D pueden estar numéricamente incrementadas.

MANIFESTACIONES CLINICAS.

La Diabetes Mellitus tipo 2 puede manifestarse clínicamente de las siguientes formas:

- Presencia de sintomatología cardinal diabética (poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso).
- Aparición de descompensación metabólica aguda.
- Diagnóstico de complicaciones micro angiopáticas (retinopatía o neuropatía).
- Presencia de complicaciones macro angiopáticas (cardiopatía isquémica, accidentes vasculo-cerebrales o vasculopatía periférica).

- Existencia de patologías sugestivas del acompañamiento de diabetes (obesidad, dislipidemia, hipertensión arterial, antecedentes de macrosomía).

COMPLICACIONES AGUDAS

Comprenden, principalmente, la presencia de: estado hiperosmolar, cetoacidosis diabética e hipoglucemias secundarias a tratamiento de la diabetes con drogas insulinosecretagogas y/o insulina. La cetoacidosis diabética no suele aparecer en el curso de la diabetes tipo 2, salvo en circunstancias de acentuado estrés (cirugía, traumatismo, sépsis, infarto de miocardio).

COMPLICACIONES CRÓNICAS

Pueden desarrollarse manifestaciones de complicación específicas tales como nefropatía, retinopatía y neuropatía. El pie diabético es la complicación de la DM con mayores implicaciones económicas⁷. La aterosclerosis, en su localización miocárdica, cerebral, vascular periférica o renal es la complicación más frecuente en el diabético tipo 2, y la causa principal de mortalidad. La cardiopatía isquémica (CI) es la responsable del 75% de las muertes en la DM2. La Arteriopatía periférica (AP) afecta a más del 20% de los diabéticos tipo 2 y su presencia aumenta el riesgo de amputación y muerte cardiovascular⁸.

DIAGNÓSTICO

Criterios diagnósticos de la Diabetes Mellitus

1. Síntomas de diabetes más una glucemia casual mayor o igual a 200 mg/dl (11,1 mmol/l). Casual es definido como en cualquier momento del día sin respetar el tiempo desde la última ingesta.
2. Glucosa plasmática en ayuno igual o mayor a 126 mg/dl (7 mmol/l).
3. Glucosa plasmática a las 2 horas mayor o igual a 200 mg/dl (11,1 mmol/l) durante la prueba de tolerancia oral a la glucosa. Este test debería ser realizado como fue descrito por la OMS, usando una carga de glucosa que contenga un equivalente a 75g de glucosa anhidra disuelta en agua⁹.

Existe un grupo intermedio de sujetos cuyo nivel de glucemia no reúnen criterios para diabetes pero es muy alto como para considerarlo normal¹⁰. Este grupo se define de acuerdo a la glucemia de ayuno, en tres categorías:

1. Glucemia en ayuno normal: menor a 110 mg/dl

2. Intolerancia a la glucosa: glucemia en ayuno mayor o igual a 110 mg/dl o menor a 126 mg/dl.
3. Diagnóstico provisional de diabetes: Glucemia en ayuno mayor de 126 mg/dl. (El diagnóstico debe ser confirmado como se describe más arriba)

Las categorías correspondientes cuando se usa la prueba de tolerancia oral a la glucosa son los siguientes:

1. Tolerancia normal a la glucosa: cuando a las 2 horas posteriores a la carga presenta glucemia < 140 mg/dl (7,8 mmol/l).
2. Intolerancia a la glucosa: cuando a las 2 horas posteriores a la carga presenta glucemia mayor o igual 140 mg/dl (7,8 mmol/l) y menor a 200 mg/dl (11,1 mmol/l).
3. Diagnóstico de diabetes confirmado: cuando a las 2 horas posteriores a la carga presenta glucosa > 200 mg/dl (11,1 mmol/l).

TRATAMIENTO

El tratamiento de la Diabetes Mellitus abarca los siguientes aspectos:

- a) información y educación diabetológica al paciente.
- b) prescripción de un régimen dietético individualizado.
- c) recomendación de la práctica de ejercicio físico.
- d) administración si es preciso de antidiabéticos orales y/o insulina.

FAMILIA

En toda familia se presenta una dinámica compleja que rige sus patrones de convivencia y funcionamiento. Si esta dinámica resulta funcional, contribuirá a la armonía familiar y proporcionará a sus miembros la posibilidad de desarrollar sólidos sentimientos de identidad, seguridad y bienestar¹¹.

CONCEPTO DE FAMILIA

La familia es una institución que cumple una importantísima función social como transmisora de valores éticos-culturales e, igualmente, juega un decisivo papel en el desarrollo psico-social de sus integrantes. La familia es la que proporciona los aportes afectivos y sobre todo materiales necesarios para el desarrollo y bienestar de sus miembros¹². Ella desempeña un rol decisivo en la educación formal e informal, es en su espacio donde son absorbidos los valores éticos y humanísticos, es también donde se construyen los límites entre las generaciones y son observados los valores culturales.

La familia es una instancia mediadora entre el individuo y la sociedad; es el escenario privilegiado en donde se lleva a cabo el desarrollo de la identidad y el proceso de socialización del individuo, constituye un espacio de vivencias de primer orden. La familia es para el individuo el contexto en donde se dan las condiciones para el desarrollo, favorable y sano, de su personalidad, o bien, por el contrario, el foco principal de sus trastornos emocionales¹³.

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR SALUDABLE

Un funcionamiento familiar saludable es aquel que le posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados, entre los cuales podemos citar los siguientes:

- La satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros.
- La transmisión de valores éticos y culturales.
- La promoción y facilitación del proceso de socialización de sus miembros.
- El establecimiento y mantenimiento de un equilibrio que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital.
- El establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales (la educación para la convivencia social).
- La creación de condiciones propicias para el desarrollo de la identidad personal y la adquisición de la identidad sexual.

Las principales funciones de la familia pueden sintetizarse en:

1. Función biosocial.
2. Función económica.
3. Función cultural y afectiva.
4. Función educativa.

La familia es una institución que se encuentra en constante cambio y evolución, por lo que los objetivos y funciones arriba mencionadas tienden a adecuarse al marco histórico-social dentro del cual se desenvuelve¹⁴.

INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

En las familias funcionales y saludables predominan patrones comunicativos directos y claros. Sus miembros suelen expresar de manera espontánea tanto sentimientos

positivos como negativos, sus iras y temores, angustias, ternuras y afectos, sin negarle a nadie la posibilidad de expresar libre y plenamente su afectividad¹⁵. En las familias saludables predomina, igualmente, un clima emocional afectivo positivo (que indica cómo cada sujeto se siente en relación con los demás y con el grupo en su conjunto), lo cual, unido a los factores antes apuntados, potencia la integración familiar y eleva los recursos de la familia para enfrentar los conflictos, crisis y problemas que pueden presentarse en distintas etapas a lo largo del ciclo vital evolutivo familiar¹⁶.

FAMILIA Y DIABETES

La familia es un sistema en transformación, que mantiene su continuidad y crecimiento a través de un equilibrio dinámico entre homeostasis y cambio¹⁷. La estructura familiar se define como la organización de las interacciones familiares y debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian¹⁸. Cuando se presenta una enfermedad en la familia, se modifica su estructura y dinámica; se alteran las jerarquías, las fronteras, los roles y los estilos de relación, en donde quedan vacíos en las funciones familiares, lo que genera un desequilibrio en la familia. La confrontación de un diagnóstico de una enfermedad crónico degenerativa crea dentro de la familia un nuevo sistema de demandas y restricciones en el comportamiento, con la necesidad de desarrollar otras habilidades y capacidades frente a problemas no conocidos hasta entonces por la familia¹⁹. Cuando se padece una enfermedad crónica y/o degenerativa, como la Diabetes Mellitus, se afectan los dominios del funcionamiento emocional, instrumental y social de la familia (; lo que pondrá a prueba la efectividad de la familia para reorganizarse, adaptarse y utilizar los recursos que estén a su disposición²⁰.

En la actualidad existe una alta incidencia en las enfermedades crónico- degenerativas. Dichos padecimientos ocupan en la población general, los primeros lugares de causa de muerte en México²¹. Dentro de las enfermedades crónicas, la Diabetes Mellitus es una de las más prematuras. Se presenta en etapas de vida productiva, por lo que implica altos costos de atención, invalidez y discapacidad; así como otros como en la calidad de vida individual y familiar.

Los servicios de salud realizan diversas intervenciones frente a la enfermedad. Debido a la falta de prevención y diagnóstico oportuno los retos para brindar atención tanto individual como familiar son mayores²². Las principales intervenciones están enfocadas a dar tratamiento médico, mejorar la calidad de vida del paciente, proporcionar

cuidados y controlar la aparición de complicaciones sin embargo, pocas veces se involucra directamente a la familia²³.

El diagnóstico de Diabetes o la aparición de sus complicaciones, instaura un nuevo acontecimiento estresante en un momento del ciclo vital familiar en el que son necesarios todos los recursos para lograr los cambios adaptativos imprescindibles para que uno de sus miembros padece una enfermedad crónica, es posible que se culpabilice de todos los problemas relacionados a la diabetes, achacando a esta la existencia de una disfunción familiar que dificultará por su parte, en un círculo vicioso, el correcto control de la enfermedad²⁴. El conocimiento por parte del Equipo de Salud que se hace cargo del cuidado de la persona con diabetes, de la estructura de la familia, de su dinámica y funcionamiento, de la etapa del ciclo vital familiar en que se encuentran y de los recursos que movilizan para enfrentarse a las situaciones estresantes, le posibilitará el convertir a la familia en una auténtica Unidad de Cuidados que facilitará el correcto control integral y no solo metabólico de la persona diabética²⁵. Por otra parte le permitirá proteger a la familia de situaciones disfuncionales que puedan ser desencadenadas por la aparición de la enfermedad o de sus complicaciones.

Se realizó una investigación en el año 2005, para determinar la relación entre funcionalidad familiar y presencia de eventos descompensatorios en pacientes crónicos diabéticos controlados en el Centro de Salud Familiar Ultraestación de Chillán. La recogida de datos consistió en la aplicación del Test de APGAR Familiar de Smilkstein a 48 pacientes compensados y 70 descompensados, entre 55 y 64 años de edad. Los resultados fueron que la funcionalidad familiar se asocia significativamente con la descompensación, siendo más susceptibles de descompensarse aquellos sujetos que provienen de familias con funcionalidad moderada o disfunción severa.

En el año 2007 se realizó un estudio descriptivo, correlacional y de corte transversal en 200 pacientes diabéticos tipo 2, atendidos en el servicio de Endocrinología del Hospital Universitario de Los Andes en Venezuela con la finalidad de determinar la funcionalidad familiar, red de apoyo y su relación con los niveles de glicemia. Se aplicó el cuestionario de APGAR FAMILIAR y se encontró que hubo una relación estadísticamente significativa entre edad, tiempo de evolución de la diabetes, control de glicemia y red de apoyo social.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Una de las funciones esenciales de la familia la constituye el prestar apoyo a sus integrantes. En el caso de la aparición de una enfermedad crónica esta función adquiere singular importancia, tanto desde el punto de vista físico como emocional y gracias a ella se pueden resolver situaciones conflictivas que se traducirán en el correcto control de la diabetes, además es también importante que ayuden y motiven al paciente a modificar su estilo de vida así como también contribuyan a conservar una funcionalidad familiar optima para cada uno de los miembros de la familia. Rolland propone un modelo sistémico de la enfermedad, bajo el supuesto de que se crea un sistema complejo a partir de la interacción de la enfermedad con el individuo, la familia y los sistemas biopsicosociales; aborda áreas del funcionamiento familiar en donde se puede evaluar el impacto de la enfermedad crónica.

¿PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN?

¿Cuál es la funcionalidad familiar del paciente diabético tipo 2 en una UMF del IMSS?

JUSTIFICACIÓN

Magnitud: La DM ha alcanzado proporciones epidémicas, afectando al 5,1% de los individuos de 20 a 79 años de edad a nivel mundial, siendo la DM tipo 2 (DM2) responsable de 90% de los casos. En los países más desarrollados la prevalencia de DM2 es alrededor de 6% y este tipo de diabetes, que antes se consideraba como de inicio tardío, hoy se ve en niños desde los ocho años de edad. Entre los adolescentes caucásicos afectados, 4% tiene diabetes y 25% tiene intolerancia a la glucosa. Se ha estimado que entre 200 y 300 millones de personas en todo el mundo cumplirán, al final de esta década, los criterios de la Organización Mundial de la Salud para el diagnóstico de diabetes. La diabetes mellitus ha mostrado un comportamiento epidémico en México desde la segunda mitad del siglo pasado.

Trascendencia: En la actualidad, México es uno de los países con mayor ocurrencia de diabetes mellitus en el mundo. La diabetes es actualmente la primera causa de mortalidad en México y su tendencia muestra un incremento progresivo en los últimos años. En 2008 hubo más de 75 500 defunciones por diabetes en el país, para una tasa de mortalidad de 73.6 en mujeres y de 63.4 en hombres, por 100 000 habitantes. En la población amparada por el Instituto Mexicano del Seguro Social, la mayor institución de seguridad social en el país y que protege casi a la mitad de la población mexicana, la diabetes es la primera causa de mortalidad, de años perdidos por muerte prematura, de años vividos con discapacidad y de años de vida saludable perdidos. En el 2000, la diabetes contribuyó con 13.30% de los años de vida saludables perdidos en el IMSS. Se ha estimado que los costos de la atención a la diabetes en México superan los 300 millones de dólares al año.

Vulnerabilidad: Cuando se padece una enfermedad crónica y/o degenerativa, como la Diabetes Mellitus, se afectan los dominios del funcionamiento emocional, instrumental y social de la familia (; lo que pondrá a prueba la efectividad de la familia para reorganizarse, adaptarse y utilizar los recursos que estén a su disposición.

Factibilidad: El estudio es factible ya que se cuenta con suficientes elementos que hacen posible realizarlo. De ellos tenemos el servicio de Diabetimss, que cuenta con el número suficiente de pacientes Diabéticos que durante doce meses reciben pláticas

relacionadas con la enfermedad y los cuidados necesarios para mantener un adecuado control de la glucosa.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

- Identificar la funcionalidad familiar en pacientes diabéticos tipo 2 inscritos al programa DIABETIMSS en la UMF 94 del IMSS.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar la funcionalidad familiar empleando el instrumento APGAR Familiar, en la población diabética tipo 2 inscrita en el programa DIABETIMSS de la UMF 94 del IMSS.

HIPÓTESIS

Este estudio, por sus características de ser observacional, prospectivo, transversal y descriptivo se realiza sin planteamientos hipotéticos.

SUJETOS, MATERIAL Y METODOS.

Dentro del estudio se incluirán a 100 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 registrados dentro del programa DIABETIMSS en la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se tendrá apoyo en los expedientes electrónicos y físicos de cada paciente, así como en los familiares acompañantes para la obtención de datos por médico de la cédula de identificación y el APGAR familiar.

ÁMBITO GEOGRÁFICO DONDE SE DESARROLLARÁ EL ESTUDIO:

Unidad de Medicina Familiar No. 94 Camino San Juan de Aragón no 235 Casas Alemán. CP 07580 GAM

Dicha unidad cuenta con un total de 25 consultorios de Medicina Familiar, así como un área de Atención Médica Continua, Epidemiología, Medicina preventiva, Salud del Trabajo, Nutrición, Estomatología, Planificación familiar; Laboratorio, Radiología, además cuenta con programas enfocados a la prevención y control de los principales padecimientos que afectan a la población como son: DIABETIMSS, CHIQUITIMSS, SODI, EMI.

El horario de atención de la unidad es en dos turnos: matutino de 08:00hrs a 14:00hrs y vespertino de 14:00 hrs a 20:00hrs, brindando servicio de lunes a viernes con excepción de días festivos.

TIPO DE ESTUDIO:

- Es un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social
- Adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N° 94
- Inscritos al programa de DIABETIMSS
- Con Diagnostico de Diabetes Mellitus Tipo 2
- Que no vivan solos
- Ambos géneros.
- Que acepten participar en el estudio

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes No Derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social
- Pacientes No Inscritos al programa de DIABETIMSS

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Pacientes que habiendo sido aceptados en el estudio decidan no continuar y se retiren voluntariamente
- Pacientes que durante el estudio cambien de unidad de adscripción
- Pacientes que tengan cedula incompleta
- Pacientes que no asistan a sus consultas oportunamente.

UNIVERSO DE TRABAJO.**POBLACIÓN DE ESTUDIO:**

Pacientes diabéticos tipo 2 inscritos en el programa DIABETIMSS de la UMF 94 del IMSS.

TIPO DE MUESTREO:

Serán incorporados al estudio un total de 100 pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 inscritos en el programa de DIABETIMSS, obteniendo la muestra en base a los parámetros estadísticos establecidos, buscando un grado de confiabilidad del 95% y un grado de error del 5% sobre 600 diabéticos inscritos en el programa DIABETIMSS del turno matutino de la UMF 94 del IMSS.

PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA. CÁLCULO DE LA MUESTRA:

El procedimiento para elegir la recolección de la muestra es del tipo no probabilístico y el diseño es el muestreo de casos consecutivos.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Una muestra de 100 pacientes. De acuerdo a la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Nz^2 p q}{i^2 (N-1) + z^2 p q}$$

Donde:

N: Población de diabéticos en la unidad de medicina familiar número 94.

n: Tamaño de la muestra.

p: Prevalencia = 50 %.

q: (1-p) = 50 %.

z: Nivel de confianza elegido.

i: error que se prevé cometer = 2%.

VARIABLES.

Variable Dependiente	Definición conceptual.	Definición operacional.	Tipo de variable.	Unidad de medición.
Funcionalidad familiar.	Capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa	Se valora mediante la aplicación de un instrumento de medición llamado APGAR Familiar.	Cualitativa	Nominal dicotómica <ul style="list-style-type: none"> • Si Funcional • No Funcional
Variable Independiente				
Diabetes Mellitus	Es una enfermedad determinada genéticamente en la que el sujeto presenta alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, de las proteínas y de las grasas y, una relativa o absoluta deficiencia de la secreción de insulina con grados variables de resistencia a esta.	Pacientes que hayan sido diagnosticados como diabéticos tipo 2 y cuyo diagnostico este documentado en el expediente clínico	Cualitativa	Nominal dicotómica <ul style="list-style-type: none"> • Si diabéticos tipo 2 No diabéticos tipo 2

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

Variable	Definición conceptual.	Definición operacional.	Tipo de variable.	Unidad de medición.
Edad	Periodo de vida en años desde el nacimiento	Número de años cumplidos	Discreta Cuantitativa	Años
Género	Condición que determina diferencias con respecto a la reproducción de la especie.	Masculino femenino	Cualitativa Nominal	Masculino femenino
Escolaridad	Nivel académico alcanzado.	Analfabeta Primaria secundaria bachillerato licenciatura	Cualitativa Ordinal	Analfabeta primaria incompleta Primaria completa secundaria bachillerato carrera técnica licenciatura
Estado civil	Situación conyugal civil en cuanto a la sociedad.	Situación en que se encuentra respecto a su pareja.	Cualitativa Nominal	Soltera casada unión libre divorciada (o) viuda (o)

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

El cuestionario APGAR Familiar (Family APGAR) fue diseñado en 1978 por Smilkstein para explorar la funcionalidad familiar. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnership), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutive (resolve).

En comparación con otras escalas similares (CES, McMaster, FACE III, Pless-Satterwhite) presenta la gran ventaja de su reducido número de ítems y facilidad de aplicación. Se encuentra validada en nuestro medio por Bellon y Cols.

Existe una versión recogida por Smilkstein¹⁴ en que se presentan 3 posibles respuestas para cada cuestión. Ésta posee unos índices psicométricos ligeramente superiores, pero sólo se recomienda su uso en investigación. También, se han diseñado versiones para valorar la disfunción en las relaciones con los amigos o en el trabajo (Friends APGAR, Work APGAR).

El APGAR familiar sirve para poner al médico sobre la pista de una posible disfunción familiar, no para diagnosticarla. Para establecer los parámetros por los cuales la salud funcional de la familia pudiera ser medida, se escogieron cinco componentes básicos de la función familiar. Vamos a definirlos:

- **Adaptability (Adaptabilidad):** mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas en situaciones de crisis.
- **Partnership (Participación):** mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo; el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos.
- **Growth (Gradiente de crecimiento):** mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y conducta. Este gradiente evalúa la

capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia.

- **Affection (Afecto):** mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos.
- **Resolve (Resolución):** mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia.

Estos cinco componentes se evalúan a través de una serie de preguntas y miden tanto el ambiente emocional que rodea a nuestros pacientes como también la capacidad del grupo familiar para hacer frente a las diferentes crisis. Se conoce así el funcionamiento de la familia a través de la percepción que un integrante de una familia tiene, del propio funcionamiento familiar.

El APGAR familiar puede aplicarse a diferentes miembros de la familia y en distintos momentos para palpar su variación. Y en determinados momentos también puede ser útil el realizarlo en conjunto, en el transcurso de una entrevista familiar, y conocer "in situ" las opiniones de todos los integrantes del sistema familiar.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Fiabilidad: En la validación española la fiabilidad test-retest es superior a 0.75. Posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0.84).

Validez: En el trabajo original se obtiene un alto grado de correlación (0.80) con el Pless-Satterwhite Family Function Index. El análisis factorial demuestra que se trata de una escala unidimensional, es decir, los 5 ítems miden aspectos del mismo concepto (la disfunción familiar).

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se incorporaron al estudio un total de 100 pacientes con diabetes Mellitus tipo 2, obteniendo la muestra en base a parámetros estadísticos establecidos, buscando un grado de confiabilidad del 95% y un grado de error del 2% sobre 600 diabéticos inscritos en el programa de DIABETIMSS de la UMF 94 del IMSS. En consecuencia se seleccionaron y revisaron 100 expedientes de pacientes a los cuales se les hizo la invitación para informarles e invitarlos a participar en el estudio, ya en la consulta se les aplicó la cédula la cual cuenta con ficha de identificación e instrumento de APGAR familiar modificado, los cuestionarios son entregados a cada paciente para que lo realice en forma personal, excepto en aquellos pacientes que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Marcando cada pregunta con una X en la respuesta deseada. Al sumar los cinco parámetros el puntaje fluctúa entre los 0 y los 20, lo que se interpreta como:

Funcional: 18-20

Disfunción Leve: 14-17

Disfunción Moderada: 10-13

Disfunción Grave: 0-9

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS.

El presente estudio se realizará respetando la Ley General de Salud, en sus artículos 16 a 21 y apegándose a las normas en investigación para el Instituto Mexicano del Seguro Social, respetando la individualidad de cada participante.

El proyecto de investigación se considera con riesgo menor al mínimo, por tratarse de la evaluación de expedientes clínicos y recolecta de datos necesarios sobre aspectos socios demográficos y por otra parte el formato mencionado, de la consulta externa de la UMF 94 del IMSS

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS, FINANCIEROS.

RECURSOS HUMANOS

Médico; Alumno del curso de Especialización en Medicina Familiar con sede en la UMF 94 del IMSS.

Asesor Metodológico.

Médico Familiar de base y Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la UMF 94

RECURSO MATERIALES

- Aula
- Sillas para los participantes
- La cedula e instrumento de APGAR familiar impresos
- Expedientes clínicos (expediente electrónico)
- Equipo de computo
- Material de papelería; hojas, lápices, bolígrafo, etc.

RECURSOS FINANCIEROS:

- El IMSS cuenta con los recursos físicos y humano para la realización del presente proyecto. Los recursos de papelería serán costeados por el investigador principal. No requiere donación adicional para su realización.
- Se cuenta con suficientes pacientes para completar el estudio programado.

- La investigación será con el financiamiento del autor.

RESULTADOS

El estudio se realizó a 100 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2, pertenecientes al programa de DIABETIMSS.

El promedio general de edad de la muestra fue de 61.3 años de edad con un rango de edad de 27 a 86 años. (Cuadro 1). El 61% de la muestra correspondió a pacientes de sexo femenino y el 39% a pacientes de sexo masculino. (Cuadro 2). En cuanto a la escolaridad de la población estudiada, el 4% es analfabeta, el 21% cuenta con primaria completa, el 36% primaria completa, el 18% secundaria, el 15% bachillerato, el 2% carrera técnica y el 4% licenciatura. (Cuadro 3). El estado civil de la población de estudio arrojó que el 4% es soltero (a), el 39% es casado (a), el 39% se encuentra en unión libre, el 9% es divorciado (a) y el 9% es viudo (a). (Cuadro 4).

La percepción del funcionamiento familiar encontrado fue funcional en el 48% de la población, disfunción leve en el 41% de la población, disfunción moderada en el 11%, no se encontró disfunción grave.

CUADROS Y GRAFICAS.

Cuadro 1. Distribución de los pacientes de acuerdo a edad.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0-14 AÑOS	0	0%
15-24 AÑOS	0	0%
25-34 AÑOS	3	3%
35-44 AÑOS	14	14%
45-54 AÑOS	24	24%
55-64 AÑOS	25	25%
65-74 AÑOS	19	19%
75 AÑOS Y MÁS	15	15%
TOTAL	100	100%

Fuente: Cédula de identificación.

CUADRO 2. Distribución de los pacientes de acuerdo a género.

GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	39	39%
Femenino	61	61%
TOTAL	100	100%

Fuente: Cédula de identificación.

TABLA 3. Distribución de los pacientes de acuerdo a escolaridad.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Analfabeta	4	4%
Primaria incompleta	21	21%
Primaria completa	36	36%
Secundaria	18	18%
Bachillerato	15	15%
Carrera técnica	2	2%
Licenciatura	4	4%
TOTAL	100	100%

Fuente: Cédula de identificación

TABLA 4. Distribución de los pacientes de acuerdo a Estado Civil.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERO (A)	4	4%
CASADO (A)	39	39%
UNIÓN LIBRE	39	39%
DIVORCIADO (A)	9	9%
VIUDO (A)	9	9%
TOTAL	100	100%

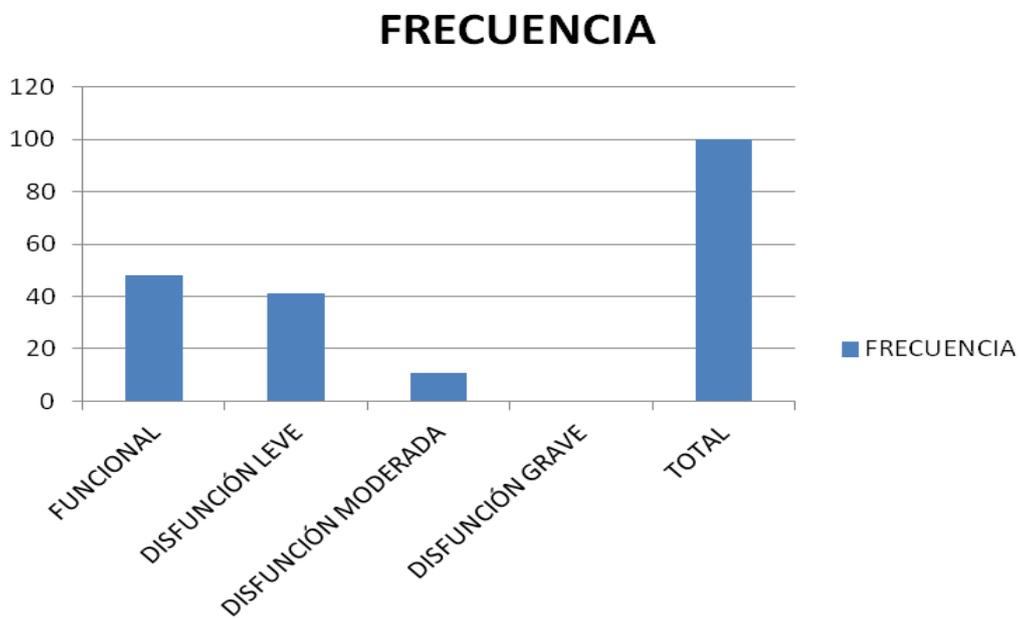
Fuente: Cédula de identificación.

TABLA 5. Distribución de los pacientes de acuerdo a Funcionalidad Familiar.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FUNCIONAL	48	%
DISFUNCIÓN LEVE	41	%
DISFUNCIÓN MODERADA	11	%
DISFUNCIÓN GRAVE	0	%
TOTAL	100	100%

Fuente: Instrumento aplicado

GRÁFICA 5. Distribución de los pacientes de acuerdo a Funcionalidad familiar.



Fuente: Instrumento aplicado

APGAR FAMILIAR	FUNCIONAL		DISFUNCIÓN LEVE		DISFUNCIÓN MODERADA		DISFUNCIÓN SEVERA		TOTAL	
	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%
Masculino	21	21	16	16	2	2	0	0	39	39
Femenino	27	27	25	25	9	9	0	0	61	61
TOTAL	48	48	41	41	11	11	0	0	100	100

TABLA 6. Funcionalidad familiar

en relación a género.

Fuente: APGAR familiar aplicado.

APGAR FAMILIAR	FUNCIONAL		DISFUNCIÓN LEVE		DISFUNCIÓN MODERADA		DISFUNCIÓN SEVERA		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
EDAD										
0-14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15-24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25-34	3	3	0	0	0	0	0	0	3	3
35-44	12	12	2	2	0	0	0	0	14	14
45-54	17	17	6	6	1	1	0	0	24	24
55-64	14	14	11	11	0	0	0	0	25	25
65-74	1	1	17	17	1	1	0	0	19	19
75 y más	1	1	5	5	9	9	0	0	15	15
TOTAL	48	48	41	41	11	11	0	0	100	100

APGAR FAMILIAR	FUNCIONAL		DISFUNCIÓN LEVE		DISFUNCIÓN MODERADA		DISFUNCIÓN SEVERA		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
ESTADO CIVIL										
Soltero (a)	4	4	0	0	0	0	0	0	4	4
Unión libre	19	19	17	17	3	3	0	0	39	39
Casado (a)	14	14	21	21	4	4	0	0	39	39
Divorciado (a)	6	6	2	2	1	1	0	0	9	9
Viudo (o)	5	5	1	1	3	3	0	0	9	9
TOTAL	48	48	41	41	11	11	0	0	100	100

TABLA 7. Funcionalidad familiar en relación a edad.

Fuente: APGAR familiar aplicado.

APGAR FAMILIAR	FUNCIONAL		DISFUNCIÓN LEVE		DISFUNCIÓN MODERADA		DISFUNCIÓN SEVERA		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
ESCOLARIDAD										
Analfabeta	4	4	0	0	0	0	0	0	4	4
Primaria incompleta	11	11	9	9	1	1	0	0	21	21

TABLA 8. Funcionalidad familiar en relación estado civil.

Fuente: APGAR familiar aplicado.

TABLA 9. Funcionalidad familiar en relación a escolaridad.

Primaria completa	22	22	13	13	1	1	0	0	36	36
Secundaria	3	3	11	11	4	4	0	0	18	18
Bachillerato	4	4	7	7	4	4	0	0	15	15
Carrera técnica	1	1	1	1	0	0	0	0	2	2
Licenciatura	3	3	0	0	1	1	0	0	4	4
TOTAL	48	48	41	41	11	11	0	0	100	100

Fuente: APGAR familiar aplicado

ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el presente estudio se ha observado una mayor participación del sexo femenino esto puede ser debido a que la mayor proporción de la población total de pacientes en esta UMF pertenezca a dicho género, así mismo el incremento en este tipo de población se pueda deber a diversos factores como la facilidad de contar con tiempo suficiente para acudir a todas y cada una de las sesiones otorgadas en el programa.

El promedio de la edad estudiada coincide con un incremento de prevalencia que aumenta con la edad sobre todo en adultos de más de 40 años ubicándose a nuestra población en estudio con un predominio mayoritario entre los 45 a 54 años de edad. Esto coincide con la tendencia actual de la epidemiología de la Diabetes Mellitus tipo 2, es de llamas la atención la presencia de pacientes menores de 30 años, lo cual nos indica que es una enfermedad que cada vez se presenta con mayor frecuencia en este grupo de edad.

Es estado civil de la población predominan los casados seguido muy de cerca de la unión libre, muy por detrás se encuentran los estados de soltero, divorciado y viudo. Estos resultados hacen pensar que la mayoría de los pacientes cuenta con una familia que puede funcionar como apoyo o cuidador primario en dichos pacientes, representando un punto a favor al menos en la teoría para un mejor manejo.

La escolaridad de la población se ubica mayormente en primaria completa, esto probablemente está ligado a la edad de los paciente y sus oportunidades de estudio, aunque nos encontramos en una zona urbana aun se presentan casos de pacientes con analfabetismo y muy contados casos de licenciatura, este fenómeno es de vital

importancia pues las medidas de educación para la salud ofertadas en el programa deben ser claras y precisas para que sean de fácil aprendizaje y manejo sobre todo para los pacientes con nivel de escolaridad bajo.

Los resultados que arrojo la aplicación del test de APGAR Familiar en la población de estudio muestra predominio de familiar funcionales, a poca distancia se encuentran las familias con disfunción leve, y una minoría lo representa las familias con disfunción moderada, un buen dato obtenido es la ausencia de familias con disfunción grave, pues significa que la percepción que el paciente tiene sobre la funcionalidad de su familiar ya sea en familia funcional o disfuncional leve es un gran apoyo para lograr con mayor facilidad el control con redes de apoyo familiar que ayuden a tener un mejor control de su padecimiento.

CONCLUSIONES

Los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que están dentro del programa de DIABETIMSS tienen una familia funcional, lo cual resulta benéfico pues facilita la red de apoyo necesarias para enfrentar a una enfermedad crónica degenerativa, que cada día afecta a mayor número de personas a nivel nacional y mundial, que representa un problema de salud pública por los altos costos de su tratamiento y complicaciones y que representa un reto de enfrentar para el paciente y su familia.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94/ CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	MAR- JUN 2011	JUL- DIC 2011	ENERO 2012	FEB 2012	MAR 2012	ABRIL 2012	MAYO 2012	JUN 2012	JUL 2012	AGOST 2012	SEP 2012	OCT 2012	NOV 2012	DIC 2012
Seminario de investigación	P	R												
Selección del tema		P	R											
Búsqueda bibliográfica		P			R									
Realización de marco teórico			P		R									
Solicitud de permiso en el uso de instrumento						P								
Solicitud de revisión por el CLIS							P							
Recolección de muestra							P							
Análisis de resultados										P				
Difusión de la investigación													P	

P=Programado

R=Realizado

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Lopez G. Diabetes Mellitus: clasificación, fisiopatología y diagnóstico. Medwave 2009 Dic; pp 9-12.
- 2.- McPhee S. J.; Ganong, W.F. Fisiopatología Médica: introducción a la medicina clínica. 5ª edición. Capítulo 18 Trastornos del páncreas endócrino. Pp 521-538
- 3.-Pérez b f., Epidemiology and physiopathology of diabetes mellitus type 2. Rev. Med. Clin. Condes - 2009; 20(5) 565 – 571
- 4.- García de los Rios M, Durrutya P. Prevención de la Diabetes Mellitus tipo 2. Rev Med ClinCondes 2009;20(5) 580-587
- 5.-LiceaPuigl M E; Bustamante Teijido M; Lemane Pérez M. Type 2 diabetes mellitus in children and adolescents; clinico-epidemiological, pathogenic and therapeutic aspects. Revista Cubana de Endocrinología. ene-mar2008, Vol. 19 Issue 1, p1-21, 21
- 6.- Campbell R. K Type 2 diabetes: Where we are today: An overview of disease burden, current treatments, and treatment strategies. J Am Pharm Assoc. 2009;49(snppl 1):S3-S9.
- 7.- Sabag-Ruiz, E.; Álvarez-Félix A.; Celiz-Zepeda,S. Complicaciones crónicas en la diabetes mellitus. Prevalencia en una unidad de medicina familiar RevMedInstMex Seguro Soc 2006; 44 (5): 415-4210

- 8.- Andraca Ariza R, Álvarez Cisneros T. Prescripción de agentes orales a pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Guía de tratamiento. Medicina Interna de México enero-febrero 2008 Vol 24, Num 1
- 9.-Rosas Guzmán J, Lyra R, Aguilar-Salinas Carlos A. Treatment of type 2 diabetes in Latin America: a consensus statement by the medical associations of 17 Latin American countries. Rev Panam Salud Publica 28(6), 2010
- 10.- Nathan D. M., Buse J. B., Davidson, M. B. Medical management of hyperglycaemia in type 2 diabetes mellitus: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy. Diabetológica (2009) 52:17–30
- 11.-Ares, P. Psicología de Familia. Una aproximación a su estudio. La Habana: Editorial Félix Varela; 2002.
- 12.- Ferrari, M; Kolostian, S. A importancia da familia. En: Família Brasileira. Sau Paulo: Cortez; 1994, pp. 11-15.
- 13.-McWhinney, I. Medicina de Familia. (2ª edición). Barcelona, España: Mosby/Doyma Libros. 1995.pp 546-476
- 14.- De la Revilla, L. Conceptos e Instrumentos de la Atención Primaria. España: Ediciones Doyma.1994,
- 15.- Roa Evelyn. El Ciclo Vital Familiar y la Prevención de la Violencia Intrafamiliar. Médico Familiar 1998; 6(1):6-9.
- 16.- Rojas, V., Roa, E., Tamiche, T., Velásquez, R. Evaluación psicosocial de las Familias por el equipo de salud. Médico Familiar 2000; 8(1-2): 27-33.
17. Almaza, M. J. J. (2007). IV Congreso Nacional de Psicología. “Estrategias de evaluación e intervención en Psicología”. Impacto del diagnóstico en la familia del paciente. INCAN: México.
18. Arellano, L. J., Velasco, C. M. L., y Luna, P. M. R. (2006). Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. Pax: México.

19. García. R. F. (2007). IV Congreso Nacional de Psicología. "Estrategias de evaluación e intervención en Psico-oncología". La relación médico familia del paciente. INCAN: México.
20. INEGI. (2007). Porcentaje de defunciones generales por sexo y principales causas, 1990 a 2005. Información estadística. Rev. 10 Octubre de 2007. Disponible en <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?>
21. Minuchin, S. (1979). Familias y Terapia Familiar. Barcelona: Gedisa.
22. Rolland, J. (2000). Familias, Enfermedad y Discapacidad. Una propuesta desde la Terapia Sistémica. Barcelona: Gedisa.
23. SSA. (2007). Boletín de Prensa.
24. Velasco, M. L. y Sinibaldi, J. (2001). Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias). México: Manual Moderno.
25. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1978; 6: 1231-9.

ANEXOS

ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado: **“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 EN UNA UMF DEL IMSS”** Registrado ante el Comité Local de Investigación 3515 de la UMF 94 del IMSS en la Delegación Norte del D.F.

El objetivo de este estudio es realizar una investigación clínica, indagar sobre la **“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 EN UNA UMF DEL IMSS”** de la unidad de medicina familiar No. 94 del IMSS.

Declaro que se me ha informado que dicho estudio será con toda la discreción, seriedad, responsabilidad y confidencialidad por el personal que lo realice.

Al participar en el estudio no tiene riesgo para mi salud. Si pertenezco al grupo de estudio, mi participación consistirá en apoyar al médico familiar que realizara el estudio respondiendo adecuadamente el cuestionario que me proporcionará en los momentos que el desee.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi

tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar dudas que le plantee acerca de los procedimientos que se llevan a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo de la Institución.

El investigador principal me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Para cualquier aclaración del presente estudio puede comunicarse al Teléfono: 5767-2977 Ext. 21407 con el Dr. Guillermo Arroyo Fregoso.

México D. F., a _____ de _____ del 2012.

Nombre y firma del entrevistado

Nombre y firma de un testigo

Dr. Guillermo Arroyo Fregoso
Investigador Responsable
Mat. IMSS 9765964
Tel. 5767-2977 Ext, 21407

ANEXO 2.

CEDULA DE IDENTIFICACIÓN

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL PACIETE: _____

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: _____

CONSULTORIO MEDICO: _____

GENERO: (M) (F)

EDAD DEL PACIENTE: _____

ESTADO CIVIL: _____

OCUPACION: _____

RELIGION: _____ AÑO DE DIAGNOSTICO: _____

NIVEL DE ESCOLARIDAD: ANALFABETA___ PRIMARIA COMPLETA___

PRIMARIA INCOMPLETA___ SECUNDARIA ___ TECNICO ___

LICENCIATURA___

ANEXO 3.

APGAR FAMILIAR.

Nombre y apellido: _____

Edad: _____

Instrucción: A continuación veras una serie de preguntas que deberás leer y luego según tu parecer deberás circular la opción de respuesta que más se parezca a como opinas.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2	3	4
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2	3	4
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2	3	4
¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasa juntos?	0	1	2	3	4
¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2	3	4

TOTAL

Puntuación:

Funcional: 18-20

Disfunción Leve: 14-17

Disfunción Moderada: 10-13

Disfunción Grave: 0-9