

11226
48
2ej.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E
INVESTIGACIÓN**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES**

PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADEMICA

Clínica de Medicina Familiar: Dr. Joaquín Cánovas Puchades

ESTUDIO INTEGRAL FAMILIAR EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II

**TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :**

DR. MAXIMINO ESPARZA HERNANDEZ.

Tepic, Nayarit.

1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

201001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ESTUDIO INTEGRAL FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS TIPO II

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

DR. MAXIMINO ESPARZA HERNANDEZ

AUTORIZACIONES


DRA. LAURA ELENA LOMELI GUERRERO.

**ASESOR Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DR. JOAQUIN CANOVAS PUCHADES.**

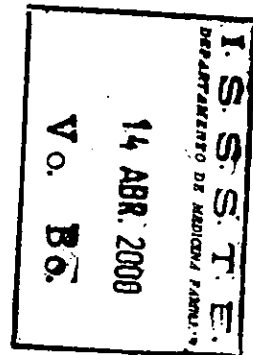

DR. MIGUEL ANGEL HERNANDEZ HERNANDEZ.

ASESOR DE TESIS

**PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U. N. A. M.**


DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO.

**JEFA DE EDUCACION MEDICA CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL ISSSTE.**



TEPIC, NAYARIT. FEBRERO DE 1997

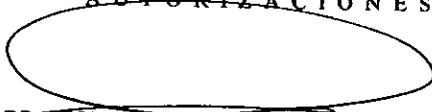


ESTUDIO INTEGRAL FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS TIPO II

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

DR. MAXIMINO ESPARZA HERNANDEZ

A U T O R I Z A C I O N E S :



~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA.~~

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.

FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA.

COORDINACION DE INVESTIGACION

DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.

FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES.

COORDINADOR DE DOCENCIA.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.

U. N. A. M.

INDICE

ANTECEDENTES	Página 6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
JUSTIFICACION	18
OBJETIVOS	20
METODOLOGIA	21
RESULTADOS	24
DISCUSION	29
CONCLUSIONES	32
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	34
ANEXOS	39

TITULO

**Estudio Integral Familiar en Pacientes
Diabéticos Tipo II**

ANTECEDENTES

Definición

La Diabetes Mellitus es la enfermedad endocrina más frecuente, la verdadera incidencia es difícil de determinar por los diferentes criterios diagnósticos que se aplican, probablemente oscila entre el 1 y el 2% de la población si la hiperglucemia después del ayuno es el criterio diagnóstico. Se caracteriza por anomalías metabólicas y complicaciones a largo plazo que afectan ojo, riñones, sistema nervioso y vasos sanguíneos.

Clasificación de la Diabetes Mellitus:

A Primaria:

- 1.- Diabetes Mellitus insulino dependiente (DMID, de tipo I).
- 2.- Diabetes Mellitus no insulino dependiente (DMNID, de tipo II).
 - a) DMNID no obesa (¿DMID de tipo I en evolución?).
 - b) DMNID con obesidad.
 - c) Diabetes juvenil de comienzo en la madurez (DJJM).

B Secundaria:

- 1.- Enfermedades pancreáticas.
- 2.- Alteraciones hormonales.
- 3.- Inducida por fármacos y sustancias químicas.
- 4.- Anomalías de los receptores de insulina.

5.- Síndromes genéticos.

6.- Otros (1).

Epidemiología.

La prevalencia nacional de Diabetes Mellitus es del 21 %, con mayor prevalencia en la zona norte y zona centro (D.F y Estado de México). En el grupo de 60 a 64 años es más frecuente en las mujeres y en el de 65 a 69 años en los hombres. En general predomina la mujer en una relación de 3 : 2 en comparación con los hombres diabéticos (2).

La Organización Mundial de la Salud realizó un estudio entre 1976 - 1991, y refiere que la prevalencia se incrementa con la edad, con un pico máximo en la sexta década de la vida (3).

En nuestro país en 1990 el grupo de 60 años y más llegó a ser del orden de 6.2 %, con más mujeres que hombres y el sexo femenino tiene 32 % más riesgo de enfermar por Diabetes Mellitus, aunque en los hombres la mortalidad es más frecuente (4).

Se estima que actualmente hay en el mundo alrededor de 135 millones de diabéticos, el 25 % del total de casos se concentra en los países del nuevo mundo y México se encuentra en noveno lugar a nivel mundial con 3.8 millones de casos (5). En nuestro país la Diabetes Mellitus es una de las principales causas de morbimortalidad; la diabetes presenta complicaciones metabólicas, vasculares y neurológicas. En la actualidad es la principal causa de amputación de miembros inferiores e insuficiencia renal en los Estados Unidos de Norteamérica (USA) y es principal causa de ceguera en la población económicamente activa. La población de origen mexicano, residente en USA presenta un riesgo 6 veces mayor de presentar insuficiencia renal por nefropatía diabética, en comparación con la población blanca. 41 % del gasto por Diabetes

Mellitus (6% del gasto total en salud) en USA se debe a la hospitalización. En nuestro país las complicaciones renales son la primera causa de hospitalización entre 1985 – 1994 en el Instituto Mexicano del Seguro Social y la neuropatía diabética es la complicación más frecuente seguida de trastornos de la circulación. El grupo ensayo de control y complicaciones de la diabetes (diabetes Control and Complications Trial Research Group) sugiere que el estricto control metabólico es la mejor medida preventiva para evitar complicaciones en tanto se logra disponer de medidas efectivas que prevengan la ocurrencia de la diabetes Mellitus (6).

En España los estudios realizados indican una prevalencia de diabetes entre 2.8 a 3.9 % y se estima una prevalencia total a nivel mundial de un 2 a 6 % de la población.

La mortalidad por Diabetes Mellitus en España representa la tercera causa en mujeres y la séptima en hombres, con una tasa de 23.2 % por 100 mil habitantes; en Europa la tasa oscila entre 7.9 y 32.2 por 100 mil habitantes, siendo la primer causa de muerte el infarto de miocardio (50-60%) (7). En México la DM es la cuarta causa de mortalidad general con una tasa de 32.7 por cien mil habitantes en 1991; La Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus, señala las acciones a realizar en la prevención primaria, secundaria y terciaria (8)

Se da una mayor tasa de mortalidad en los estados del norte (Chihuahua) que en los del sur (Oaxaca), en los estados del centro se observa una mortalidad intermedia y en el D.F. se asemeja a los del norte.

La obesidad y el sedentarismo, contribuyen a aumentar la incidencia y el factor genético es uno de los factores de riesgo más importante para contraer la Diabetes Mellitus. (9).

La retinopatía diabética es la primera causa de ceguera en países industrializados y en España los afiliados a la Organización Nacional de Ciegos Españoles es la tercer causa de deficiencia visual, con un riesgo relativo de perdida de visión 20 veces superior con respecto a la población no diabética (10). En México cerca de 40 % de nuevos ciegos son el producto de la diabetes y el riesgo de ceguera es de 50 a 80 veces superior en comparación con los no diabéticos. En los pacientes diabéticos con 5 a 10 años de evolución se presentan algunos cambios vasculares, de 10 a 15 años un 75% de pacientes presenta posible alteración de retina y por ello se recomienda una exploración de fondo de ojo una vez al año a partir del quinto año de la enfermedad una vez cada seis meses después del 10º año de iniciada la diabetes (11).

La elaboración del Dx situacional de diabéticos tipo II, permite identificar la población en riesgo para la prevención de medidas preventivas primarias. En las familias se debe intensificar las acciones de fomento a la salud, detección y tratamiento oportuno que retarden el desarrollo de complicaciones crónicas, como el síndrome de "autodescuido" y otras complicaciones (12-14).

Cuadro clínico de diabetes insulino dependientes.

Suele iniciar antes de los 40 años, en U.S.A. se observa una incidencia máxima alrededor de los 14 años. El inicio de los síntomas suele ser brusco, con sed, diuresis excesiva, aumento de apetito y perdida de peso, que se desarrolla a lo largo de varios días. En ocasiones la enfermedad se presenta con cetoacidosis que ocurre durante el proceso intercurrente o después de la cirugía.

Diabetes no insulino dependiente.

Inicia en edades intermedias o avanzadas, el paciente muestra de modo típico un exceso de peso, los síntomas inician de forma mas gradual que en la DMID y el diagnostico se efectúa al descubrir una elevación de la glucosa plasmatica. Los niveles en plasma de insulina son normales o elevados, si bien menores de los que cabria predecir para el nivel de glucemia, es decir existe un déficit relativo de insulina.(1).

Criterios Diagnósticos.

Glucosa plasmática ≥ 200 mg/dl en una medición casual de primera vez.

Glucosa postprandial en 2hrs ≥ 200 mg/dl.

Glucosa plasmática ≥ 126 mg/dl en dos mediciones (días) diferentes.

Tratamiento

Agentes orales para diabetes tipo II.

Sulfonilureas. Aprobada por FDA en 1962, la glibenclamida actúa sobre la célula B de los islotes pancreáticos estimulando la producción de insulina y su contraindicación principal es la insuficiencia renal, puede producir efecto antibuse.

Tolbutamida, pertenece a la misma familia pero su potencia es menor, acciones y contraindicaciones similares. Metformin. Agente derivado de las biguanidas su mecanismo de acción es disminuir la resistencia a la insulina, se puede utilizar como monoterapia o combinado con sulfonilurea, se contraindica en insuficiencia renal o acidosis metabólica crónica, se sugiere tener cuidado en pacientes con severa disfunción hepática y estados de hipoxemia y excesivo consumo de alcohol, en estos pacientes se puede desarrollar acidosis láctica. Acarbosa fármaco usado en monoterapia y combinado con sulfonilurea, disminuye la absorción de monosacáridos por el tracto gastrointestinal, su efecto colateral más importante es la flatulencia al usarlo en un lapso de 3 o más semanas. Troglitazone. Primer agente usado en USA. Como droga que sintetiza insulina y es benéfica en pacientes que requieren 30 unidades de insulina y altamente efectiva en combinación con otros agentes orales. La FDA propone que se monitoree la función hepática en los primeros cuatro meses. Medidas generales. Enfatizar reducción de riesgo cardiovascular, control de TA y dislipidemia, dieta, ejercicio, fármacos, terapia familiar, glicemia de control $<$ de 140mg/dl y Hb glucosilada $<$ a 7%. Tratamiento de diabéticos tipo I. Uso regular de insulina rápida e intermedia o lenta según cada caso, ejercicio regular, limitar consumo de alcohol, evitar

en lo posible otras complicaciones, exámenes de glicemia en forma regular, terapia familiar.

Funcionalidad Familiar. Formas en que se manifiesta una familia para mantener la estabilidad de sus miembros a través de diferentes funciones como socialización, comunicación, afecto, roles, cuidado, status económico.

En 1986 nace el modelo de Abordaje Integral de la Salud Familiar que propone estudiar a la familia desde los ámbitos Psicológico, Sociodinámico y social considerando tres momentos diagnóstico pronóstico y manejo. Siempre con la idea de cubrir aspectos de salud que de enfermedad, la calidad de vida que se alcanza promoviendo a la salud es superior a todos los programas de atención médica y rehabilitación (15).

Históricamente los problemas de salud han sido verticales y no han logrado valorar los recursos para la salud existentes en la comunidad, lo que significa que las instituciones le han dado a la comunidad cosas por las que no ha luchado y entonces el recurso para la salud se vuelve intrascendente y poco útil. El objetivo primordial de educar para la salud es cambiar ciertos hábitos y conductas de la población que son riesgosos o dañinos y este es un proceso lento. (16).

Entre la población derechohabiente prevalece una “cultura de enfermedad”, que motiva a demandar servicios médicos, de auxiliares de diagnóstico y prestaciones para desquitar su aportación al Seguro Social, o centros de seguridad social lo que genera un incremento en las demandas de la población. Aquí el médico familiar tiene el reto de adoptar un papel protagónico clave en las prestaciones de los servicios e intervenir en el cambio de esa cultura de enfermedad por una cultura de salud. Lo anterior es solo posible mediante sistemas educativos y asistenciales (17,18).

El médico familiar debe otorgar atención médica primaria integral y continua con la participación del paciente y su familia, administrar los recursos y actividades inherentes

a la atención médica primaria, diseñar programas educativos e investigar con metodología científica problemas de su práctica profesional (19 – 22). Como parte fundamental de este enfoque de atención, es necesario identificar las disfunciones familiares que por su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad, requieren de atención familiar (23).

La comunicación médico paciente es esencial para establecer una relación adecuada y solucionar los problemas de salud. El enfoque comunicacional sugiere abordar al individuo como un todo, como un sistema, en el cual el mal funcionamiento de una de sus partes repercute en el resto (24).

Un paciente con diabetes se dirige casi siempre a su familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud, la respuesta que le brinden influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica y por lo tanto, en el control de la diabetes. Una gran parte de lo que se ha escrito acerca de la familia y la diabetes, se relaciona con diabetes tipo I (insulino dependiente), existe poca información sobre la familia del diabético tipo II y estos ubican a su familia como funcional en el 74.3 % (25).

La ansiedad y depresión son características del patrón de personalidad del paciente diabético, con matrimonios pobremente funcionales hasta en un 28%; las familias que cuentan con un miembro de diabetes suelen funcionar en base a características de excesiva fusión, incapacidad para resolver conflictos, evitación y desviación de éstos a través del enfermo con una excesiva rigidez, propio de lo descrito por Minuchin como “familia psicossomática” (26).

El impacto de la diabetes sobre el adulto y su familia depende de la fase del ciclo vital familiar en que se estableció el diagnóstico, el cual es más frecuente en la cuarta etapa

del ciclo vital, que se inicia cuando los cónyuges tienen alrededor de 50 años y termina aproximadamente a los 65 años. En esta fase de contracción, la marcha de los hijos condiciona una nueva relación con la pareja. La mujer se encuentra generalmente sin el objetivo esencial de su vida que venía constituido por la crianza de los hijos y el esposo revisa su trayectoria vital, enfrentándose con el problema de la jubilación. Conociendo lo anterior el médico familiar deberá convertir a la familia en una auténtica unidad de cuidados que facilite el correcto control integral del paciente diabético (27).

El ciclo vital familiar inicia en la fase de matrimonio y termina en la fase de retiro y muerte (Geyman 1980). En esta última fase cuatro son las circunstancias más difíciles que se han identificado:

- Incapacidad para laborar (por enfermedades crónicas degenerativas).
- Desempleo.
- Agotamiento de los recursos económicos.

Las familias de los hijos casados en fase de expansión, sin posibilidad de proporcionar recursos a los padres; abandonándolos en sus hogares de origen, o recluyéndolos en asilos para ancianos (28, 29).

Irigoyen Coria realizó un estudio en una población de Oaxaca y aplicó el test de evaluación integral de la familia en su ámbito social e hizo la clasificación de la evolución del ciclo vital familiar, con los siguientes resultados: 74.3 % de familias con privación social, 12.1 % de familias con marginación social y solo 13.4 % de familias socialmente integradas (30).

Satir propone investigar cuatro criterios para definir la funcionalidad: Comunicación, autonomía de sus miembros, toma de decisiones y reacción ante las demandas de cambio. Otra corriente se inclina por diagnosticar el grado de salud psicodinámica y

familiar por medio de la evaluación de funciones familiares como : Calidad de la comunicación, relación sexual y reproducción, manejo de conflictos, características del vínculo y roles de los padres.

En familias funcionales las crisis familiares tienen una duración de 5 a 6 semanas y se pueden prolongar por más de 72 semanas si no se da ayuda terapéutica (31).

Los factores psicológicos y sociales de una familia, se convierten en un medio que influye en alguna forma sobre el individuo, ya sea inhibiendo o favoreciendo su desarrollo. Así Ackerman define a la familia como: La unidad básica de desarrollo y experiencia, realización o fracaso y es también el lazo entre salud – enfermedad (32).

La meta principal del funcionamiento familiar es la realización de una variedad de tareas, todas derivadas en gran medida de valores y vivencias que los padres tuvieron en sus familias de origen, de la historia compartida dentro de la propia familia y de las condiciones culturales prevalentes.. En el cuidado de los hijos las tareas familiares incluyen la satisfacción de varios tipos de necesidades : físicas (protección, alimento, habitación y atención a la salud); psicológicas (afecto y estimulación para promover su desarrollo, orientación derivada de la aprobación y disciplina) y sociales (entrenamiento para la vida en familia y en sociedad). En el ejercicio de la Medicina Familiar, el médico debe estar atento a la comunicación conyugal porque existe relación entre discordia conyugal y presencia de problemas psicológicos en el niño, por lo mismo se sugiere realizar algunas formas de entrevista familiar conjunta para explorar: comunicación, toma de decisiones, contexto socioeconómico, grado de escolaridad familiar, ocupación, vivienda, fuentes de ingreso etc. Si se identifica disfunción, el especialista en medicina familiar puede proporcionar orientación relacionada con la salud mental (33).

Actualmente se siguen utilizando diferentes métodos o instrumentos de evaluación de salud e índice de funcionamiento familiar como : Familiograma, retomado por autores de USA como Ackerman y Medalie, instrumento que explora la genética familiar; Índice de funcionamiento familiar introducido en 1973, prueba poco explotada que explora la percepción del entrevistado, sus problemas familiares, roles y expectativas, su desventaja es que no tiene criterios de evaluación cuantitativa; Prueba de Mc Master, es un instrumento confiable el único inconveniente es que se utiliza una prueba estadística muy complicada, por lo que no se ha generalizado su uso; Unidades de Holmes, instrumento propuesto por la Escuela Canadiense de medicina Familiar, mide diferentes grados de ansiedad en la familia, valora factor de riesgo para contraer enfermedad y se mide con puntaje; Apgar Familiar, es un instrumento limitado ya que explora solo la comunicación, afecto, cooperación, crisis familiares y autoestima, su sensibilidad y especificidad es del 60 %.

El presente estudio integral familiar en pacientes diabéticos tipo II, se basa en instrumentos de Abordaje para el estudio integral de la salud familiar propuesto por Chávez Aguilar (34). Este estudio propone tres instrumentos de evaluación:

1. Evaluación del Ambito Social familiar, consta de 8 áreas que son : ocupación e ingresos, Escolaridad, Vivienda, Acceso a servicios de salud, Alimentación, Recreación, Cooperación comunitaria y Autogestión de salud.
2. Evaluación Sociodinámica del Sistema Parental, contempla 5 funciones de gran importancia que son: Comunicación, Afecto, Cuidado, Educación y Autoridad.
3. Evaluación del Ambito Psicológico o Psicosocial, se encuentra compuesta por cinco áreas que son: Ansiedad, Autoestima, Sentimientos de culpa, Umbral a los síntomas y Personalidad.

Cada una de las evaluaciones se califica en forma individual sumando todas sus áreas,

con la idea de tener una visión mas clara del funcionamiento familiar y proporcionar orientación en caso de disfunción familiar en el área o función que se requiera, en especial si consideramos lo siguiente.

¿Cuál es la posibilidad real que tienen los servicios médicos de controlar a los individuos con enfermedad crónico degenerativas como la Diabetes Mellitus Tipo II, cuando no participa la familia?.

Sin duda que responder la pregunta es uno de los grandes retos que existen en la medicina.

El presente trabajo integral probablemente arroje datos de interés desconocidos que sirvan de sustento para nuevas líneas de investigación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el Ámbito Social Familiar en los pacientes diabéticos tipo II en la unidad de medicina familiar en Tuxpan Nayarit del 2 de Septiembre de 1995 al 15 de Octubre de 1996?

JUSTIFICACION

En la U.M.F. de esta localidad, las enfermedades de tipo crónico degenerativas ocupan un lugar importante en la tasa de morbilidad, de un total de 3261 pacientes, según la pirámide poblacional, 62 son diabéticos tipo II y es nula la existencia de diabéticos tipo I, según el diagnóstico situacional de salud.

En el primer nivel de atención, el médico debe ofrecer al paciente una atención holística y está comprometido a interesarse en el enfermo no solo en lo biológico, también en su ambiente familiar, laboral, social y cultural.

La comprensión y atención de los aspectos psicosociales tiene importancia desde dos puntos de vista; primero para eliminar o reducir las barreras que dificultan un control metabólico adecuado y segundo, para favorecer el bienestar mental y social del paciente, es así como nace un gran reto para el médico familiar que es mejorar la calidad de vida y ofrecer atención continua al paciente y su familia. Ante esta nueva alternativa de la medicina es preciso indagar y conocer a fondo al enfermo y su entorno familiar, por ello es de gran importancia investigar la estructura familiar, ciclo vital familiar, familiograma y diagnóstico de salud familiar, en especial en los pacientes con enfermedades crónico degenerativas, como la Diabetes Mellitus Tipo II.

El presente estudio integral en pacientes diabéticos tipo II es factible de realizar en una unidad del primer nivel y en el resto de los niveles de atención, siempre que sea realizado por el médico familiar, el residente en medicina familiar o el profesor de la materia.

No existen muchos trabajos al respecto de estudio integral familiar a pesar de que la literatura existente en esta especialidad de la medicina sugiere el enfoque holístico.

El presente trabajo permitirá anticipar factores de riesgo en estos pacientes de tipo crónico degenerativo.

OBJETIVO GENERAL

Conocer el Ambito Social Familiar de los diabéticos tipo II en la Unidad de Medicina Familiar de Tuxpan Nayarit.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Conocer la clasificación integral de la familia de los pacientes diabéticos tipo II.
- 2.- Determinar las etapas del Ciclo Vital Familiar del paciente diabético tipo II.
- 3.- Determinar el Ambito Social Familiar de los pacientes diabéticos tipo II.
- 4.- Evaluar el Ambito Sociodinamico del Subsistema Parental de los pacientes diabéticos tipo II.
- 5.- Conocer el Ambito Psicológico o psicosocial de los pacientes diabéticos tipo II.

METODOLOGIA

A) TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, Observacional, Prospectivo, Transversal y Abierto.

B) POBLACION, LUGAR Y TIEMPO

Población: de un total de 326 I derechoahientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar, 62 pacientes son diabéticos tipo II, no existen diabéticos tipo I.

Lugar: Tuxpan Nayarit.

Unidad de Medicina Familiar

Tiempo: del día 2 de septiembre de 1995 al 15 de octubre de 1996.

C) TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Muestra no aleatoria por cuotas.

D) CRITERIOS DE INCLUSION, DE EXCLUSION Y ELIMINACION

CRITERIOS DE INCLUSION

I.- Diabéticos tipo II de ambos sexos.

2. Que acudan a consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar y que residan en el área de influencia.
3. Que acepten participar en el estudio.
4. Que vivan en familia.
5. Independientemente del tiempo de evolución de la enfermedad.

CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Diabéticos tipo I.
2. Diabéticos tipo II que no acuda a consulta externa y que radiquen fuera del área de influencia.
3. Que no acepten participar en el estudio.
4. Que no vivan en familia.

CRITERIOS DE ELIMINACION

1. Muerte del paciente en estudio.
2. Abandono de la encuesta por causa impredecible.

E) INFORMACION A RECOLECTAR (VARIABLES DE MEDICION)

VARIABLES	CLASIFICACION
Clasificación integral de la familia en base A su desarrollo.	Cualitativa
Etapas del Ciclo Vital Familiar	Cualitativa
Evaluación del Ámbito Social Familiar	Cuantitativa
Evaluación Sociodinamica del Subsistema Parental.	Cuantitativa
Evaluación del Ámbito Psicológico o Psicosocial.	Cuantitativa

F) METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION

El trabajo se elaboro aplicando instrumento de Abordaje Integral de Salud Familiar(Chávez Aguilar) para evaluar 3 Ambitos: Sociofamiliar, que valora :

I.- Ocupación e ingresos, II.- Escolaridad, III.- vivienda, IV.- acceso a servicios de salud, V.- alimentación, VI.- Recreación, VII.- Cooperación comunitaria y VIII.- Autogestión en salud; Sociodinamico del Subsistema Parental: I.- Comunicación, II.- Afecto, III.- Cuidado, IV.- Educación.

V.- Autoridad y el ámbito Psicosocial: I.- Ansiedad, II.- Autoestima, III.- Sentimientos de culpa, IV.- Umbraí a los síntomas y V.- Personalidad, para determinar la existencia de

marginación social, funcionalidad familiar y funcionalidad del perfil psicológico en escalas independientes.

El estudio se realizó en 50 pacientes diabéticos tipo II, que reunieron los criterios de inclusión, durante 12 meses a partir de noviembre de 1995, por medio de entrevista aplicada por el propio investigador.

Los resultados se expresan con estadística descriptiva.

G) CONSIDERACIONES ETICAS.

De acuerdo con la declaración "Helsinki II", todos los pacientes que participaron lo hicieron con libre consentimiento informado e información de carácter confidencial.

Se consideró a la Ley General de Salud, la cual contempla en su artículo 100 que las investigaciones a realizar deben de ser éticas y científicas, previo consentimiento por escrito del sujeto a investigar.

DESCRIPCION DE RESULTADOS

De los 50 diabéticos en estudio 25 (50%) fueron masculinos y 25 (50%) femeninos, la edad fluctuó entre los 30 y 75 años con un promedio para ambos grupos de 57.8 años.

Al realizar la clasificación integral de la familia en base a su desarrollo se encontró que 41 (82 %) son de tipo tradicional y 9 (18 %) fueron familias modernas.

En el ciclo vital familiar en base al esquema de Geyman se observó en fase de expansión a 2 (4 %), fase de dispersión 2 (4 %), fase de independencia 27 (54 %), fase de retiro y muerte a 19 (38 %).

Se practicó evaluación conjunta de las tres áreas: Sociofamiliar, Subsistema Parental y Psicológica; así 1 paciente (2 %) presentó disfunción en los tres ámbitos ; 4 con disfunción en 2 ámbitos (Sociofamiliar y Psicológico) ; 14 con disfunción Sociofamiliar y 9 pacientes con perfil disfuncional en el área psicológica. (tabla 1, 2, 3 y 4).

En forma individual cada una de las áreas evaluadas quedó de la siguiente forma:

Ambito Socio Familiar. Con marginación social una familia (2 %).

Marginación Ocasional. 36 % de familias.

Familias socialmente integradas. 62 % .

Evaluación Sociodinámica del Subsistema Parental. Quedó como a continuación se describe: 2 % de pacientes con subsistema severamente disfuncional y 98 % de pacientes diabéticos tipo II con subsistema funcional.

Evaluación del Ambito Psicológico o Psicosocial. 28 % de pacientes presento perfil disfuncional y un 72 % presentó perfil funcional.

RESULTADOS.

TABLA I

ESTUDIO DE 50 DIABETICOS SEGÚN FUNCIONALIDAD POR AMBITOS EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR, ISSSTE, NOVIEMBRE DE 1995 A OCTUBRE DE 1996. TUXPAN, NAYARIT.

	FAMILIA FUNCIONAL	%	FAMILIA DISFUNCIONAL	%
AREA SOCIO FAMILIAR	31	62	19	38
SUBSISTEMA PARENTAL	49	98	1	2
PSICOLOGICO	36	72	14	28

Fuente: Encuesta.

TABLA 2

ESTUDIO DE 50 DIABETICOS SEGÚN EVALUACION DEL AMBITO SOCIAL FAMILIAR EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR, ISSSTE.

NOVIEMBRE DE 1995 A OCTUBRE DE 1996. TUXPAN, NAYARIT.

MARGINACION SOCIAL		OCASIONAL MARGINADA		SOCIALMENTE INTEGRADA		TOTAL	
NUM		NUM		NUM		NUM	
	1		18		31		50
%	2	%	36	%	62	%	100

Fuente: Encuesta.

TABLA 3

ESTUDIO DE 50 DIABETICOS SEGÚN EVALUACION SOCIODINAMICA DEL SUBSISTEMA PARENTAL EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR, ISSSTE.

NOVIEMBRE DE 1995 A OCTUBRE DE 1996. TUXPAN, NAYARIT.

SEVERAMENTE DISFUNCIONAL		MODERADA MENTE DISFUNCIONAL		FUNCIONAL		TOTAL	
NUM		NUM		NUM		NUM	
	1		0		49		50
%	2	%	0	%	98	%	100

Fuente: Encuesta.

TABLA 4

ESTUDIO DE 50 DIABETICOS SEGÚN EVALUACION DEL AMBITO PSICOLOGICO
 O PSICOSOCIAL EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR, ISSSTE.
 NOVIEMBRE DE 1995 A OCTUBRE DE 1996. TUXPAN, NAYARIT.

PERFIL FUNCIONAL		PERFIL DISFUNCIONAL		TOTAL	
NUM	36	NUM	14	NUM	50
%	72	%	28	%	100

Fuente: Encuesta.

DISCUSION.

En la clasificación integral de la familia en base a su desarrollo, los resultados encontrados son mayores con lo expuesto por Irigoyen y Colaboradores (28) y Saucedá García (29) los cuales mencionan respectivamente que un 50 y un 52 % de los hogares mexicanos son tradicionales.

El ciclo vital familiar con menor porcentaje en el estudio fue en la fase de expansión, Saucedá García (29) reportó a la mayoría de familias en dicha fase, lo anterior se explica probablemente en base a que este país se encuentra formado por gente joven que inicia una nueva familia. En la fase de independencia existen mas del 50 % de las familias estudiadas, datos similares se encuentran en el boletín de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar (27).

Ámbito Sociofamiliar.

Es el área que refleja el comportamiento familiar y es interesante observar que en la población predomina lo mínimo que debe de tener toda familia. La mayoría de los encuestados no participa de forma voluntaria en los comités de apoyo a la comunidad, ni en autogestión de salud.

En el presente estudio el 62 % de las familias se encuentran socialmente integradas, resultados diferentes a lo investigado por Irigoyen Coria en una comunidad de Oaxaca (30), con solo 13.4 % de familias socialmente integradas.

Las familias que resultaron con marginación social, se caracterizan por baja calidad de la alimentación y ausencia de recreación, lo que refleja en forma indirecta escaso salario económico, similar a lo publicado por INEGI (33). La escolaridad promedio obtenida de las familias, inferior a la media básica, es acorde a lo referido por Valadez Figueroa (25) que reportó a un 74.3 % de familias funcionales y gran número de pacientes analfabetos que obstaculizan el control metabólico.

La cooperación comunitaria y autogestión en salud en la mayoría de encuestados es escasa, lo cual coincide con diversos autores, como Chavez Aguilar (16) que afirma que las instituciones de salud le han dado a la comunidad cosas por las que no ha luchado y entonces el recurso para la salud se vuelve intrascendente y poco útil. Sánchez Luna (17) dice que prevalece entre la población derechohabiente una “cultura de enfermedad” para desquitar su aportación a los centros de seguridad social.

Subsistema Parental.

Las funciones de comunicación, afecto, cuidado y educación fueron positivas en casi la totalidad de los casos; así lo exponen algunos autores como Vázquez (26) que escribió que los mensajes con mejor fortuna son los breves, claros y simples, por su parte Velasco Orellana cita a Satir para definir la funcionalidad familiar en base a: comunicación, autonomía de sus miembros, toma de decisiones y reacción ante la demanda de cambios (31). Saucedo García asevera que en el cuidado de los hijos se incluyen varias necesidades: físicas (protección, alimento, habitación y atención a la salud) y psicológicas (afecto y estimulación) (29).

La autoridad o jerarquía no fue compartida, ni homogénea por varios cónyuges, pero se observa un intercambio en los roles intrafamiliares, permitidos por el jefe en una familia tradicional.

Ámbito Psicológico.

A pesar de que un alto porcentaje de los pacientes diabéticos cuenta con perfil funcional, algunos presentan ansiedad y autoestima baja, con personalidad tipo depresivo, es un resultado parecido a lo investigado por Vázquez y colaboradores y refieren que hasta un 14 % de enfermos con ansiedad se acompañan de trastornos depresivos (26), y pérdida de autoestima por disminución de la actividad sexual.

La enfermedad ocasiona desequilibrios psicológicos y sociales, según lo observado por Chávez Aguilar (24).

Por fortuna los conflictos psicológicos endógenos permanecen en constante equilibrio en la mayoría de pacientes. Todos los enfermos con Diabetes Mellitus Tipo II son capaces de identificar y relacionar síntomas, lo que nos compromete a pensar siempre en problemas de tipo reactivo, secundarios a algún evento de tipo social o familiar.

Los pacientes que presentaron disfunción en alguna de las tres áreas, requerirán de atención o terapia, en el área o parámetro que así lo amerite, tesis propuesta por Chávez Aguilar (34).

CONCLUSIONES

En el grupo de estudio de los pacientes diabéticos tipo II, se logró determinar lo siguiente:

La funcionalidad familiar es en su mayoría satisfactoria.

La mayoría son familias tradicionales.

La mayoría de las familias están desarrollando la cuarta fase del ciclo vital familiar.

En el Ámbito Sociofamiliar la mayoría de las familias son funcionales.

En el Ámbito Sociodinámico del Subsistema Parental, con una excepción, son familias funcionales.

Tres cuartas partes de las familias, en el Ámbito Psicológico, son funcionales.

La evaluación y el manejo integral del paciente y su familia, por parte del médico familiar, redundará en mejor calidad de la atención, a pesar de la marginación social ocasional y el perfil psicológico disfuncional.

Para lograr esta meta es importante que el médico familiar elabore historia clínica completa, diagnóstico de salud e instrumentos de evaluación claramente definidos, que conozca la clasificación integral de la familia, en base a su desarrollo, ciclo vital familiar, demografía, integración y tipología, hacer campañas permanentes de concientización hacia toda la población con fines preventivos de Diabetes Mellitus por todos los medios de comunicación, en los que se establezca el costo al paciente, a la familia, a las instituciones y al país. Si no se lleva esto a la práctica, a mediano plazo la Diabetes Mellitus ocupará la mayor parte de los recursos institucionales de salud.

En futuros trabajos de investigación se requiere trabajar con un grupo de estudio mas significativo, lo que puede ser a nivel regional o estatal, para transpolar los resultados a esta clase de pacientes crónico degenerativos. Para lograrlo se requiere de mayores incentivos a nivel institucional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Foster DW: Diabetes Mellitus. En: Harrison Principios de medicina Interna. Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL (Eds.) Mc Graw-Hill. 13ª Edición. Nueva York. 1994, pp:2281-2305.
- 2.- Castro V, Gómez Dantés H, Negrete Sánchez J, Tapia Conyer R. Las enfermedades crónicas en las personas de 60-69 años. Salud Pública de México 1996; 38: 438-447.
- 3.- Rico Verdín B, Arriaga Pérez M, Gómez Pérez JG, Campos Oregón L, Escobedo de la peña J. Prevalencia de diabetes mellitus y eficiencia diagnóstica del programa de detección oportuna en una unidad de medicina familiar. Rev. Med. IMSS (Méx) 1995; 33:299-305.
- 4.- Ruiz Arregui L, Rivera Márquez JA. Características de la morbilidad en población mexicana de edad avanzada: un análisis de la Encuesta Nacional de Salud 1988. Salud pública de México 1996; 38: 430-437.
- 5.- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. 39ª. Reunión del Consejo Directivo OPS /OMS. Washington D.C.:OPS / OMS. 1996.
- 6.- Escobedo de la Peña J, Rico Verdín B. Incidencia y letalidad de las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes mellitus en México. Salud Pública de México 1996; 38: 236-242.

7.- Boletín Sociedad Andalucía de Medicina Familiar y Comunitaria. España 1996. N° 6.

8.- Norma Oficial Mexicana, para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus en la Atención primaria. México 1994.

9.- Escobedo de la Peña J, Santos Burgoa C. La diabetes mellitus y la transición de la atención a la salud. Salud Pública de México 1995; 37: 37-46.

10.- Boletín de la Organización nacional de Ciegos españoles. Cifras y datos básicos. España 1996. N° I.

11.- Pacheco CR, Díaz G, Arredondo J. Retinopatía diabética. Gaceta Médica de México 1994: 272-273.

12.- Martínez F, Mendiola Segura I, Trujillo Meza L, Díaz Ramírez C, Márquez Vázquez R. Diagnóstico situacional de la diabetes mellitus tipo II en el paciente ambulatorio, hospitalizado y pensionado. Rev. Méd. IMSS (Méx) 1994; 3: 27-31.

13.- Lozano Ascencio R, Frenk Mora J, González Block MA. El peso de la enfermedad en adultos mayores, México 1994. Salud Pública de México 1996; 38: 419-429.

14.- Chávez Aguilar H. El médico familiar en la atención primaria a la salud. Rev. Méd. IMSS (Méx) 1995; 33: 173-176.

15.- Chávez Aguilar V., García Mangas JA. La atención integral en medicina familiar. Rev. Med. IMSS, (Méx) 1995; 33: 167-171.

- 16.- Chávez Aguilar V. Estrategias educativas en la atención primaria a la salud. Rev. Méd. IMSS. (Méx) 1993; 31: 125-128.
- 17.- Sánchez Luna G. El reto actual de la medicina familiar en México. Rev. Méd. IMSS. (Méx) 1994; 32: 355-357.
- 18.- Velazco Orellana R. Reflexiones y pronóstico de la medicina familiar. Rev. Méd. IMSS (Méx) 1992; 30: 275-279.
- 19.- Gómez I. Desarrollo profesional del Médico Familiar Un Punto de vista. Rev. Méd. IMSS (Méx) 1994; 32: 45-46.
- 20.- Mazón Ramírez J., Irigoyen Coria A., Gómez Clavelina F., Landgrave Ibáñez S. La investigación en medicina familiar: limitaciones y alternativas. Rev. Méd. IMSS (Méx) 1993; 33: 223-226.
- 21.- Boletín Médico Familiar. Facultad de Medicina Departamento de Medicina Familiar U.N.A.M. México 1996. N° 18.
- 22.- Grupo Diabetes Boletín Sociedad Andaluza de Medicina Familiar. España 1996. N° 7.
- 23.- López Salamanca S. Actuación del especialista en medicina familiar en la sociedad actual. Rev. Méd. IMSS (Méx) 1995; 33: 317-320.
- 24.- Chávez Aguilar H., Rosiles Baeza M. La relación médico- paciente un enfoque comunicacional. Rev. Méd. IMSS (Méx) 1994; 32: 179-182.

- 25.- Valadez Figueroa I., Aldrete Ramirez MG, Alfaro Alfaro N. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. Salud Pública de México 1993; 35: 464-470.
- 26.- Vázquez EF, Arreola F, Castro MG, Escobedo PJ, Fiorelli S, Gutiérrez C y Col. Aspectos psicosociales de la diabetes mellitus. Rev. Méd. IMSS (Méx) 1994; 32: 267-270.
- 27.- Boletín de la Sociedad Andaluza de medicina Familiar y Comunitaria. Abordaje familiar. España 1996. N° 12.
- 28.- Irigoyen A, Gómez F, Jaime H, Hernández C, Farfán G, Fernández M. y col. Fundamentos de medicina familiar. Editorial de Medicina Familiar Mexicana. México 1995.
- 29.- Saucedo García J. Lineamientos para evaluar la vida en familia. Rev. Med. IMSS (Méx) 1995; 33: 249-256.
- 30.- Irigoyen Coria A, Romero Vázquez R, Medina Nava M. Clasificación de Familias, prioridad a investigar en medicina familiar. Rev. Méd. IMSS (Méx) 1991; 29: 365 -368.
- 31.- Velazco Orellana R, Chávez Aguilar V. La disfunción familiar, un reto diagnóstico-Terapéutico. Rev. Méd. IMSS (Méx) 1994; 32: 271-275
- 32.- IMSS. Delegación Estatal de Nayarit. Jefatura Delegacional de Servicios Médicos. Unidad de Medicina Familiar n° 5. Depto Clínico. Diabetes Mellitus diagnóstico y tratamiento. Tepic, Nayarit (Méx) 1992.

33.-Resultados definitivos tabulados básicos. INEGI Nayarit (Méx) 1995.

34.- Chávez Aguilar V. Instrumentos de abordaje para el estudio integral de la salud familiar. Rev. Mexicana de Medicina Familiar. (Méx) 1988; 3: 47-67.

ANEXO I

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN EVALUACION DEL AMBITO SOCIAL FAMILIAR

A R E A	PARAMETROS	PUNTOS ASIGNADOS
I. OCUPACION E INGRESOS.	- Trabajo y capacitación - Ingresos suficientes	30
II ESCOLARIDAD	- Congruencia cronológica - Rendimiento escolar - Nivel de escolaridad	30
III VIVIENDA	- Hacinamiento - Servicios Públicos - Eliminación de basura - Eliminación de excretas - Fauna doméstica	50
IV ACCESO A SERVICIOS DE SALUD	-Accesibilidad administrativa -- Accesibilidad geográfica - Disponibilidad temporal	30
V ALIMENTACION	- Suficiencia en cantidad - Suficiencia en calidad - Hábitos alimentarios	30
VI RECREACION	- Recreación continua - Recreación y salud - Deporte	30
VII COOPERACION COMUNITARIA	- Cooperación en comités - Cooperación en proyectos. - Reconocimiento comunitario	30
VIII AUTOGESTION EN SALUD	- La familia participa - La familia favorece la organización - La familia promueve la participación	60

Total : 290

0 - 120 PUNTOS: FAMILIA CON MARGINACION SOCIAL

121- 170 PUNTOS: FAMILIA OCASIONALMENTE MARGINADA

171-290 PUNTOS: FAMILIA SOCIALMENTE INTEGRADA.

I OCUPACION E INGRESOS	NO	SI	
a) El trabajo del proveedor es acorde con su preparación.	0	10	
b) Los ingresos cubren las necesidades básicas (alimentación, vestido, vivienda, recreación, salud, etc.) de la familia.	0	20	
II ESCOLARIDAD			
a) La escolaridad de los hijos es acorde con la edad.	0	10	
	BAJO	MEDIO	ALTO
b) El rendimiento escolar de los hijos es en promedio.	0	5	10

	NO	SI
c) La escolaridad promedio de la familia es superior a los 9 años escolares.	0	10
III VIVIENDA		
A) La vivienda es adecuada en relación a dormitorios y personas.	0	10
B) Se dispone de agua potable y luz eléctrica.	0	10
C) La basura se almacena y elimina adecuadamente.	0	10
D) Las excretas se eliminan de manera adecuada.	0	10
E) La fauna doméstica no afecta la salud familiar.	0	10
IV ACCESO A SERVICIOS DE SALUD		
A) La familia tiene derecho a alguna Institución de salud.	0	10
B) El hogar está situado de un modo accesible a servicios de salud.	0	10
C) El horario de trabajo de los padres permite acudir con regularidad al servicio de salud.	0	10

V ALIMENTACION	NO	SI
A) La alimentación es suficiente en Cantidad.	0	10
B) La alimentación es suficiente en calidad (balanceada).	0	10
C) Los hábitos alimenticios son adecuados a las necesidades (desnutrición u obesidad).	0	10
VI RECREACION		
A) La familia tiene actividades recreativas en forma regular.	0	10
B) Las actividades recreativas fomentan la salud.	0	10
C) Los integrantes de la familia realizan algún deporte.	0	10
VII COOPERACION CON LA COMUNIDAD		
A) La familia forma parte de algún comité comunitario o social.	0	10

B) La familia coopera con los proyectos Comunitarios.	0	10
C) La familia tiene reconocimiento social por su labor comunitaria.	0	10
VIII AUTOGESTION EN SALUD		
A) La familia participa activamente en la Conservación de la salud comunitaria.	0	20
B) La familia favorece la organización de la comunidad para mantener la salud.	0	20
C) La familia promueve la participación de otras familias en el fomento a la salud.	0	20

EVALUACION SOCIODINAMICA DEL SUBSISTEMA PARENTAL

FUNCION	PARAMETRO	CALIFICACION.	%
I COMUNICACION	a) Clara	10	30
	b) Directa	10	
	c) Congruente	10	
II AFECTO	a) Manifestaciones físicas	5	20
	b) Convivencia.	5	
	c) Interés en el desarrollo	5	
	d) Percepción de sentimientos	5	
III CUIDADO	a) Higiene personal	3	15
	b) Alimentación	3	
	c) Vestido	3	
	d) Salud	3	
	e) Prevención de daño físicos	3	
IV EDUCACION	a) Escolaridad	5	20
	b) Normas familiares y sociales	5	
	c) Apoyo	5	
	d) Orientación y guía	5	
V AUTORIDAD	a) Compartida	3	15
	b) Racionalidad	3	
	c) Homogeneidad	3	
	d) Coherencia	3	
	e) Aceptación	3	

TOTAL: 100

0 - 40 SUBSISTEMA SEVERAMENTE DISFUNCIONAL

41 - 70 SUBSISTEMA MODERADAMENTE DISFUNCIONAL

71 - 100 SUBSISTEMA FUNCIONAL

EVALUACION SOCIODINAMICA DEL SUBSISTEMA PARENTAL

I FUNCION DE COMUNICACIÓN	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
a) Se expresan claramente los mensajes que intercambian padres e hijos.	0	5	10
b) Cuando los padres desean comunicar algo a los hijos lo hacen en forma directa.	0	5	10
c) Existe congruencia entre la comunicación verbal y analógica	0	5	10
II FUNCION DE AFECTO			
A) Existen manifestaciones físicas de afecto entre padres e hijos.	0	3	5
B) El tiempo compartido con los hijos es mutuamente gratificante.	0	3	5

C) Existe interés por la preparación y desarrollo de los hijos.	0	3	5
D) Considera que los hijos se sienten queridos por los padres.	0	3	5
III FUNCION DE CUIDADO		NO	SI
A) Los hábitos de higiene personal son Adecuados.		0	3
B) La alimentación es suficiente en calidad y cantidad.		0	3
C) El vestido es acorde con las necesidades de niños y padres.		0	3
D) Se cubren en forma adecuada las necesidades de protección específica (inmunizaciones) y tratamiento oportuno.		0	3
E) Se toman medidas adecuadas para prevenir accidentes en los hijos.		0	3
IV FUNCION DE EDUCACION			
A) El nivel de escolaridad es acorde con la edad de los hijos.		0	5
B) Las normas sociales y familiares Transmitidas a los hijos son adecuadas.		0	5

	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
C) Se apoya la realización de proyectos (planes) de los hijos.	0	3	5
D) Existe orientación y guía Respecto a las inquietudes y canalización de los hijos.	0	3	5
V FUNCION DE AUTORIDAD		NO	SI
A) Ambos cónyuges ejercen la función de Autoridad.		0	3
B) La autoridad se ejerce de un modo racional.		0	3
C) La autoridad es asumida homogéneamente por los cónyuges.		0	3
D) La autoridad se ejerce de manera Coherente en relación a la edad de los hijos.		0	3
E) La autoridad se acepta positivamente por los hijos.		0	3

EVALUACION DEL AMBITO PSICOLOGICO O PSICOSOCIAL

A R E A	PARAMETROS	PUNTOS ASIGNADOS
I ANSIEDAD	a) Percepción de la ansiedad. b) Adaptación a la ansiedad. c) Control de la ansiedad d) Descontrol de la ansiedad.	40
II AUTOESTIMA	a) Autoestima elevada b) Autoestima baja c) Pérdida de la autoestima	30
III SENTIMIENTOS DE CULPA	a) Culpa introyectada b) Culpa proyectada c) Culpa asumida	30
IV UMBRAL A LOS SINTOMAS	a) Identifica causas b) Relaciona causas y síntomas. c) Control de síntomas	30
V PERSONALIDAD	a) Depresivo b) Ansioso c) Obsesivo d) Paranoide e) Neurótico	50

TOTAL: 180

0 - 50 PUNTOS: PERFIL FUNCIONAL

50 PUNTOS O MAS: PERFIL DISFUNCIONAL.

EVALUACION DEL AREA PSICOLOGICA (PSICOSOCIAL)

I ANSIEDAD	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
A) Generalmente percibo cuando estoy ansioso.	0	5	10
B) Siento que me he adaptado a la ansiedad elevada.	0	5	10
C) Generalmente controlo la ansiedad con alguna otra actividad o relajación.	10	5	0
D) La ansiedad me descontrola y no soy capaz de controlar mi conducta.	0	5	0
II AUTOESTIMA		NO	SI
A) Pienso que nadie podría realizar mejor que yo mis actividades cotidianas.	10		0
B) Lo que realizo en el trabajo y el hogar podría hacerlo cualquiera.	0		10
C) Pienso que todo lo que hago lo hago mal.	0		10

III SENTIMIENTOS DE CULPA	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
A) Ante los conflictos o problemas siento que tengo toda la responsabilidad.	0	5	10
B) Ante los conflictos o problemas siento que la culpa la tiene la gente que me rodea.	0	5	10
C) Ante los conflictos asumo la parte de responsabilidad que me toca.	10	5	0
IV UMBRAL A LOS SINTOMAS			
A) Identifico la causa de mis síntomas.	10	5	0

B) Relaciono las causas con los síntomas que percibo.	10	5	0
C) Controlo los síntomas abordando las causas que los producen.	10	5	0
V ESTRUCTURA DE PERSONALIDAD			
A) Ante los conflictos me deprimó de manera importante (depresivo).	0	5	10
B) Ante los conflictos me pongo tan ansioso que no sé que hacer (ansioso).	0	5	10
C) Soy obsesivo en las cosas que tengo que hacer (obsesivo).	0	5	10

D) Siento que todo lo hago mal y que a veces me culpan de todo (paranoide).	0	5	10
E) Siento que respondo de un modo exagerado ante los conflictos (neurótico).	0	5	10

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE LLENADO EVALUACION DEL AMBITO SOCIAL FAMILIAR

RESPUESTA	CALIFICACION		
	NO	SI	
TRABAJO Y CAPACITACION.- El trabajo del Proveedor es acorde con su preparación.	0	10	
INGRESOS SUFICIENTES.- Los ingresos Cubren las necesidades básicas.	0	20	
CONGRUENCIA CRONOLOGICA.- La escolaridad de los hijos es acorde con la edad.	0	10	
RENDIMIENTO ESCOLAR.- El rendimiento escolar de los hijos es en promedio.	BAJO	MEDIO	ALTO
	0	5	10
	NO	SI	
NIVEL DE ESCOLARIDAD.- La escolaridad promedio de la familia es superior a los nueve años escolares.	0	10	
HACINAMIENTO.- La vivienda es adecuada en relación a dormitorios y personas.	0	10	
SERVICIOS PUBLICOS.- Se dispone de agua potable y luz eléctrica.	0	10	
ELIMINACION DE BASURA.- La basura se almacena y elimina adecuadamente.	0	10	

ELIMINACION DE EXCRETAS.- Las excretas se eliminan de manera adecuada.	0	10
FAUNA DOMESTICA.- La fauna doméstica no afecta la salud familiar.	0	10
ACCESIBILIDAD ADMINISTRATIVA.- La familia tiene el derecho a alguna Institución de salud.	0	10
ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA.- El lugar está situado de un modo accesible a servicios de salud.	0	10
RESPUESTA	CALIFICACION	
	NO	SI
DISPONIBILIDAD TEMPORAL.- El horario de trabajo de los padres permite acudir con regularidad al servicio de salud.	0	10
SUFICIENCIA EN CANTIDAD.- La alimentación es suficiente en cantidad.	0	10
SUFICIENCIA EN CALIDAD.- La alimentación es suficiente en calidad (balanceada).	0	10
HABITOS ALIMENTARIOS.- Los hábitos alimentarios son adecuados a las necesidades (desnutrición-obesidad).	0	10
RECREACION CONTINUA.- La familia tiene actividades recreativas en forma regular.	0	10

RECREACION Y SALUD.- Las actividades recreativas fomentan la salud.	0	10
DEPORTE.- Los integrantes de la familia realizan algún deporte.	0	10
COOPERACION EN COMITES.- La familia forma parte de algún comité comunitario o social.	0	10
COOPERACION EN PROYECTOS.- La familia coopera con los proyectos comunitarios.	0	10
RECONOCIMIENTO COMUNITARIO.- La familia tiene reconocimiento social por su labor comunitaria.	0	10

EVALUACION SOCIODINAMICA DEL SUBSISTEMA PARENTAL

RESPUESTA	CALIFICACION		
	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
CLARO.- Se expresa claramente los mensajes que intercambian padres e hijos.	0	5	10
DIRECTA.- Cuando los padres desean comunicar algo a los hijos lo hacen en forma directa.	0	5	10
CONGRUENTE.- Existe congruencia entre la comunicación verbal y analógica.	0	5	10
MANIFESTACIONES FISICAS.- Existen manifestaciones físicas de afecto entre padres e hijos.	0	3	5
CONVIVENCIA.- El tiempo compartido con los hijos es mutuamente gratificante.	0	3	5
INTERES EN EL DESARROLLO.- Existe interés por la preparación y desarrollo de los hijos.	0	3	5
PERCEPCION DE SENTIMIENTOS.- Considera que los hijos se sienten queridos por los padres.	0	3	5

RESPUESTA	CALIFICACION		
	NO	SI	
HIGIENE PERSONAL.- Los hábitos de higiene personal son adecuados.	0	3	
ALIMENTACION.- La alimentación es suficiente en calidad y cantidad.	0	3	
VESTIDO.- El vestido es acorde con las necesidades de niños y padres.	0	3	
SALUD.- Se cubren en forma adecuada las necesidades de protección específica (inmunizaciones) y tratamiento oportuno.	0	3	
PREVENCION DE DAÑOS FISICOS.- Se toman medidas adecuadas para prevenir accidentes en los hijos.	0	3	
ESCOLARIDAD.- El nivel de escolaridad es acorde con la edad de los hijos.	0	5	
NORMAS FAMILIARES Y SOCIALES.- Las normas sociales y familiares transmitidas a los hijos son las adecuadas.	0	5	
	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
APOYO.- Se apoya la realización de proyectos (planes) de los hijos.	0	3	5
ORIENTACION Y GUIA.- Existe orientación y guía respecto a las inquietudes y canalización de los hijos.	0	3	5

	NO	SI
COMPARTIDA.- Ambos cónyuges ejercen la función de autoridad.	0	3
RACIONALIDAD.- La autoridad se ejerce de un modo racional.	0	3
HOMOGENEIDAD.- La autoridad es asumida homogéneamente por los cónyuges.	0	3
COHERENCIA.- La autoridad se ejerce de manera coherente en relación a la edad de los hijos.	0	3
ACEPTACION.- La autoridad se acepta positivamente por los hijos.	0	3

EVALUACION DEL AMBITO PSICOLOGICO

RESPUESTA	CALIFICACION		
	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
PERCEPCION DE LA ANSIEDAD.- Generalmente percibo cuando estoy ansioso.	0	5	10
ADAPTACION A LA ANSIEDAD.- Siento que me he adaptado a la ansiedad elevada.	0	5	10
CONTROL DE LA ANSIEDAD.- Generalmente controlo la ansiedad con alguna otra actividad o relajación.	10	5	0
DESCONTROL DE LA ANSIEDAD.- La ansiedad me descontrola y no soy capaz de controlar mi conducta.	0	5	10
		NO	SI
AUTOESTIMA ELEVADA.- Pienso que nadie podría realizar mejor que yo mis actividades cotidianas.		10	0
AUTOESTIMA BAJA.- Lo que realizo en el trabajo y el hogar podría hacerlo cualquiera.		0	10
PERDIDA DE LA AUTOESTIMA.- Pienso que todo lo que hago lo hago mal.		0	10

	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
CULPA INTROYECTADA.- Ante los conflictos o problemas siento que tengo toda la responsabilidad.	0	5	10
CULPA PROYECTADA.- Ante los conflictos o problemas siento que la culpa la tiene la gente que me rodea.	0	5	10
CULPA ASUMIDA.- Ante los conflictos asumo la parte de responsabilidad que me toca.	10	5	0
IDENTIFICA CAUSAS.- Identifico la causa de mis síntomas.	10	5	0
RELACION DE CAUSAS Y SINTOMAS.- Relaciono las causas con los síntomas que percibo.	10	5	0
CONTROL DE SINTOMAS.- Controlo los síntomas abordando las causas que los producen.	10	5	0
DEPRESIVO.- Ante los conflictos me deprimó de manera importante (depresivo)	0	5	10
ANSIOSO.- Ante los conflictos me pongo tan ansioso que no se que hacer (ansioso).	0	5	10
OBSESIVO.- Soy obsesivo en las cosas que tengo que hacer (obsesivo).	0	5	10

60

PARANOIDE.- Siento que todo lo hago mal y que a veces me culpan de todo (paranoide).	0	5	10
NEUROTICO.- Siento que respondo de un modo exagerado ante los conflictos (neurótico).	0	5	10