

11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO 64



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E
INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33
EL ROSARIO

**ASOCIACION ENTRE LOS DIFERENTES ESTILOS DE
AFRONTAMIENTO CON EL NIVEL DE CONTROL DE
GLUCEMIA EN SUJETOS CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 33**

**TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DRA. MARIA GUADALUPE PALACIOS MARTINEZ**

Asesor: Dr. Raymundo Rodríguez Moctezuma



IMSS

MEXICO, D. F.

2003

A



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.

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 33 EL ROSARIO**

**ASOCIACIÓN ENTRE LOS DIFERENTES ESTILOS DE AFRONTAMIENTO
CON EL NIVEL DE CONTROL DE GLUCEMIA EN SUJETOS CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #33**

DRA. MARÍA GUADALUPE PALACIOS MARTÍNEZ

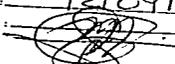
ASESOR. DR. RAYMUNDO RODRÍGUEZ MOCTEZUMA

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo académico.

NOMBRE: Palacios Mtz Ma.

Guadalupe

FECHA: 12/09/03

FIRMA: 

B

A MI PADRE:

**Con respeto y mucho cariño por haberme apoyado durante
mi carrera profesional y por que siempre estubo
ahi cuando necesite de su ayuda.
Gracias por ser mi Padre.**

A SAUL:

**Gracias Saúl porque si tú no hubieras estado conmigo en los momentos
más difíciles de la especialidad pude haber desfalecido, gracias
por tu paciencia y por el tiempo que no pude estar contigo
cuando más me necesitaste, recuerda que mis triunfos
también son tuyos.**

A MIS ABUELITOS Y A MI QUERIDA MADRE:

**Se que donde quiera que se encuentren estarán orgullosos por
mis triunfos y se también que su presencia y su recuerdo
me han ayudado a cumplir mis metas, gracias
por estar siempre conmigo.**

A MIS HERMANOS:

**Gracias por quererme y comprenderme en los momentos
difíciles, su apoyo y su cariño han sido fundamentales
para terminar la especialidad. Gracias**

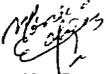
A MI PROFESOR RAY:

**Gracias Ray porque sin tu apoyo, comprensión y cariño no
hubiera podido realizar con éxito mi tesis.**



Vo. Bo.

Dr. Rodolfo Arvizu Iglesias.
Jefe de Educación e Investigación Médicas de la Unidad de Medicina Familiar #33 El Rosario



Vo. Bo.

Dra. Mónica Enríquez Neri.
Profesora Titular del curso de Especialización en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar #33 El Rosario



Vo. Bo.

Dra. María del Carmen Morelos Cervantes.
Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar #33 El Rosario



Vo. Bo.

Dr. Raymundo Rodríguez Moctezuma.
Maestro en Investigación Clínica del Hospital General Regional # 72
Asesor de Tesis



Dra. Palacios Martínez María Guadalupe
Residente de tercer año de Medicina Familiar
De La Unidad de Medicina Familiar # 33



SUBDIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

INDICE

INTRODUCCIÓN	4
FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL METABOLICO EN DIABETES MELLITUS.....	5
FAMILIA	5
CLASIFICACION DE LA FAMILIA	6
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
OBJETIVO GENERAL	15
OBJETIVOS ESPECIFICOS	16
TIPO DE ESTUDIO	16
MATERIAL Y METODO	17
RESULTADOS	18
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	30
CONCLUSIONES	31
BIBLIOGRAFÍA	32

INTRODUCCION.

La diabetes mellitus es una enfermedad crónico-degenerativa con tendencia ascendente a nivel mundial, que afecta aproximadamente a 140 millones de habitantes y de no aplicarse medidas de intervención adecuadas, este número puede duplicarse en los próximos 10 años.

En México, la encuesta nacional de Enfermedades Crónicas, realizada en 1993, reportó una prevalencia de 6.8 %. Su incidencia se calcula en 180 mil casos nuevos cada año y es causa de 36 mil defunciones en el mismo período de tiempo.^{5,6}

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, la diabetes mellitus ocupa el segundo lugar como motivo de consulta en Medicina Familiar y el primer lugar en la consulta de especialidades. Sus complicaciones agudas y crónicas son una de las principales causas de internamiento hospitalario e inciden en forma significativa en la tasa de mortalidad.

Desde finales de los años setenta, se ha promovido el cambio de un modelo curativo a otro preventivo basado en la promoción a la salud. Sus objetivos implican el cambio de actitudes de los estilos de vida nocivos y de los estilos de afrontamiento que pueden estar relacionados con las causas de enfermedad y muerte así como el mal control de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas.¹

En unidades de medicina familiar el nivel glucémico promedio es de 192 mg/dL lo que explica la alta frecuencia de complicaciones crónicas derivadas de la enfermedad, siendo los factores más frecuentes para dicho nivel de control, los relacionados con el bajo conocimiento de la enfermedad, y la actitud del paciente hacia ella.

En el control de paciente diabético intervienen múltiples variables, entre ellas las relacionadas a aspectos psicosociales que influyen en las fluctuaciones de la glicemia, como pueden ser los estilos de afrontamientos. El paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia y a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia terapéutica.

En virtud de que la diabetes requiere de un manejo multidisciplinario cotidiano además del manejo farmacológico, es necesario que todo paciente con diabetes perciba su propia conducta como parte de la responsabilidad en el control de la enfermedad, y que las personas de su entorno otorguen el apoyo adecuado para lograr los objetivos del tratamiento.

FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL METABOLICO EN DIABETES MELLITUS.

La diabetes es un proceso que afecta al ser humano considerándolo como una unidad biopsicosocial haciendo que el individuo reaccione de acuerdo al o las áreas (biológica, social y psicológica) que lo conforman y que son afectadas por la enfermedad⁸. Los principales factores que afectan al individuo son:

- a) Complicaciones relacionadas con la enfermedad.
- b) Trastornos de la personalidad y manejo de las emociones.
- c) Alteraciones en el ámbito familiar
- d) Relaciones interpersonales.
- e) La educación.
- f) El nivel socio económico
- g) El conocimiento de la enfermedad por parte del paciente.

El paciente con diabetes al enfrentarse a su enfermedad que muestra características propias de la cronicidad presenta una serie de alteraciones en su homeostasis que afectan entre otras áreas a la de su personalidad.

FAMILIA

La Medicina familiar como disciplina holística hace énfasis en la atención de la familia como unidad integral, en donde el Médico Familiar tiene una responsabilidad continua con relación a la salud, sin limitantes de edad, género, órgano o sistema afectado por la enfermedad.

La familia es un grupo de seres humanos quienes viven bajo el mismo techo subordinados a un bien superior común conservando la responsabilidad de los miembros a mantener dicho grupo en relación armónica con ellos mismos y con la sociedad en la que viven, además de auto brindarse apoyo emocional, físico y económico de acuerdo a sus características propias y en un sistema natural abierto en donde las acciones de cada uno de sus miembros producen reacciones en los otros y en el mismo, es decir que si se identifican síntomas en uno de los miembros de la familia, a él se le considera como paciente identificado y sus síntomas son como un recurso para mantener el sistema.^{9,10}

CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA.

La familia es una unidad microsocial totalmente dependiente de la estructura social y global de la cual recibe sus características y valores fundamentales. En su estructura y en su dinámica refleja las peculiaridades y la problemática de la sociedad en general, que es la macroestructura, por tanto es importante clasificar a la familia, de tal manera, que permita comprender los parámetros suficientes que pueden incidir en el grado de funcionalidad familiar.^{9 10}

En un intento de clasificar a la familia se han adoptado diferentes puntos de vista, que varían de región en región y de tiempo en tiempo. Estos son los siguientes:

EN BASE A SU ESTRUCTURA O COMPOSICIÓN:

- **NUCLEAR:** Esta formada por la pareja con o sin hijos. Se caracteriza por los lazos de parentesco legítimo y por el hecho de vivir juntos bajo el mismo techo. Nuclear extensa más de 4 hijos.
- **EXTENSA:** (consanguínea asociada) Conviven en el mismo hogar más de 2 generaciones, es decir la familia nuclear y uno o más familiares consanguíneos como: abuela, tíos, sobrinos, cuñados, etcétera. Viven bajo el mismo techo.
- **COMPUESTA:** Puede ser cualquiera de las ya mencionadas más otro miembro sin nexo consanguíneo ni de filiación como: sirvienta, compadre, ahijados, etcétera.

EN BASE A SU DESARROLLO:

- **MODERNA:** Cuando la madre trabaja.
- **TRADICIONAL:** Cuando el padre es el único que aporta a la economía familiar.

EN BASE A SU DEMOGRAFÍA:

En relación con la cantidad de habitantes en un lugar determinado.

- **URBANA.**
- **SUBURBANA.**
- **RURAL.**
- **INDÍGENA.**

EN BASE A SU INTEGRACIÓN:

Si cumplen o no con sus funciones básicas que la sociedad espera de ellos.

- **INTEGRADA:** En la cual los cónyuges viven y cumplen sus funciones de modo adecuado.

- SEMI INTEGRADA: En la cual los cónyuges viven juntos pero no cumplen sus funciones.
- DESINTEGRADA: Es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación o abandono.

EN BASE A SU TIPOLOGIA

Esta característica está dada según la ocupación de uno o ambos cónyuges.

- CAMPESINA.
- OBRERA.
- PROFESIONAL.
- SUBEMPLEADA.

Existen otras clasificaciones de la familia que sirven para clasificar a la familia de acuerdo a su funcionalidad o disfuncionalidad.

CLASIFICACIÓN TRIAXIAL DE LA FAMILIA

Es un sistema que estudia la compleja naturaleza de las disfunciones familiares, agrupándolas en 3 ejes. La importancia de este sistema de clasificación radica en la visión multidimensional que se obtiene de la disfuncionalidad familiar.¹⁰

Eje I: Aspectos del desarrollo de la familia: y se encarga de sus dimensiones históricas o longitudinales.

- A) Disfunciones del desarrollo: Se registran disfunciones que ocurren como resultado de la dificultad o incapacidad de la familia para manejar adecuadamente las situaciones difíciles por las que atraviesa en determinado momento la familia.
- B) Complicaciones y variaciones del desarrollo.

Eje II: Disfunciones en subsistemas familiares (transversal) En este se registran las relaciones disfuncionales entre 2 o más miembros de la familia, se enfoca a la atención en problemas en los subsistemas de la familia. Se identifican principalmente miembros de la familia en los que la disfunción puede ser rastreada.

- A) Disfunciones en el sistema conyugal. El principal sitio de disfunción se origina en el matrimonio, los 2 esposos pueden funcionar en forma adecuada por

separado, pero como pareja pueden tener conflictos inconscientes y necesidades neuróticas, las cuales pueden dispersar y envolver a toda la familia.

- B) Disfunción en el subsistema padre-hijo: Los problemas se concentran en el sistema de interacción padre-hijo.
- C) Disfunción en el subsistema de los hermanos (fraterno): Este se observa entre los hermanos, aunque estos problemas se pueden extender y afectar otros miembros de la familia. Esta patología se puede manifestar como rivalidad excesivamente destructiva, sobre identificación entre hermanos, o con coalición contra los padres.

Eje III: Disfunción de la familia como sistema: En este eje quedan comprendidas aquellas disfunciones que conciernen a toda la familia como grupo o sistema.

- A) Disfunciones estructurales y funcionales: Aquí se examinan varios aspectos de la estructura familiar o función tales como organización, integración, división de roles, comunicación, atmósfera emocional o cumplimiento de los deberes.
- B) Disfunciones sociales: En esta la disfunción familiar es vista como la manifestación de copiar el estilo familiar en relación con otras familias.

Entre otras de las que más se emplean es la Calificación de Víctor Chávez quien evalúa.

- 1) Evaluación socio dinámica del subsistema conyugal.
- 2) Evaluación socio dinámica del subsistema parental.
- 3) Evaluación socio dinámica del subsistema fraternal.
- 4) Evaluación del ámbito psicológico o psicosocial de los integrantes de la familia.
- 5) Evaluación integral de la familia a través del ámbito social, socio dinámico y psicológico.

Dentro de los factores que influyen en el control de los pacientes con diabetes en nuestra población, se encuentran las características con las cuales el enfermo y su familia entienden y hacen frente al padecimiento y que están influenciadas por aspectos de tipo emocional y social, que repercuten en el ámbito biológico del individuo. A estos se les conoce como "Los estilos de afrontamiento" que evidentemente se relacionan con el resultado en las enfermedades y con la calidad de vida del paciente. Los estilos de afrontamiento serán ampliamente explicados en el apartado de los antecedentes científicos. ¹

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

Los estilos de afrontamiento consisten en un conjunto de respuestas conductuales aprendidas que resultan efectivas para disminuir el grado de "arousal" (esto quiere decir como el paciente evalúa la importancia personal de lo que esta ocurriendo y esta evaluación se convierte en la base para la aparición de la reacción emocional) mediante la neutralización de una situación peligrosa o nociva.

El afrontamiento activo es un mediador importante en los cambios cardiovasculares regulados por el sistema nervioso simpático. ¹

Una medición del afrontamiento como proceso debe: 1) hacer referencia a pensamientos, sentimientos y actos específicos y no a los informes de un individuo de lo que podría o quería hacer; 2) ser examinada en un contexto específico, y 3) ser estudiada en diferentes periodos de tiempo, de modo que pueda observarse los cambios en los pensamientos, sentimientos y actos como consecuencia de las demandas y evaluaciones del entorno.

Por tanto, ¿Cómo podemos evaluar el afrontamiento?, y no parece de utilidad preguntar al individuo <¿Cómo lo afronto?>, porque el significado de la pregunta puede resultar confuso y dar múltiples interpretaciones.

Por ejemplo: si preguntáramos a los enfermos <¿Cómo afrontó usted el diagnóstico de cáncer?> el paciente respondería la pregunta pero no quedaría claro a cual de las muchas fuentes de estrés inducido por el cáncer se estaba refiriendo. Podría estar pensando en la ambigüedad sobre su recuperación y supervivencia, en el dolor, en los efectos colaterales de la intervención quirúrgica o del tratamiento de quimioterapia, en los problemas que la enfermedad origina en las relaciones con los amigos y con la familia, en las amenazas que significa para la carrera profesional o las obligaciones con la familia y para las esperanzas en el futuro, en la pérdida de la dignidad, en los cambios súbitos en la sensación del control personal y en una mayor conciencia de mortalidad, y todo esto se podría preguntar cualquier enfermo que pueda presentar cualquier enfermedad crónica-degenerativa como sería en el caso de la Diabetes Mellitus.

Es importante alejarnos de las evaluaciones globales y dirigirnos a otras específicas, de modo que podamos determinar qué es lo que está afrontando. Debemos determinar las múltiples demandas existentes en una situación estresante y evaluar el afrontamiento con respecto a las demandas y a los cambios que van sufriendo a medida que pasa el tiempo. También es importante alejarnos de las evaluaciones de

estilos o rasgos generales de afrontamiento que abarquen períodos prolongados de tiempo y situaciones distintas y que tal vez sea n más útiles para la predicción de las consecuencias a largo plazo.

También es cuestionable que la mayoría de las personas sepan lo que están haciendo para afrontar las situaciones. Además, es raro que tengamos la oportunidad de observar a las personas afrontando situaciones de la vida real como consiguió Bethesda en sus estudios sobre los padres de niños enfermos de leucemia que afrontaban la muerte inminente de sus hijos

Lo que podemos hacer para evaluar el afrontamiento es hacer que los sujetos reconstruyan situaciones estresantes recientes y describan lo que pasaron, sintieron e hicieron. Este es el método de evaluación básica que se ha realizado en diversas investigaciones. El análisis factorial de los modos de afrontamiento parece distinguir factores dirigidos a la resolución del problema (desarrollo de estrategias cognitivas y conductuales como son conseguir varias soluciones, buscar información y realizar un plan de acción y seguirlo), y factores dirigidos a la emoción, que incluyen la búsqueda de apoyo social emocional, el distanciamiento, la vitación, la acentuación de los aspectos positivos de la situación y el auto reproche.^{1,2}

Los estilos de afrontamiento se ha estudiado desde hace mucho tiempo y en diversos contextos, ante autocontrol de pérdida, amenaza y desafío (McCrae, 1982), matrimonio, paternidad, asuntos financieros y trabajo (Illfeld, 1980), autocontrol juvenil, estrés laboral (Dewe, Guest y Williams, 1978), acontecimientos vitales estresantes (Billings y Moos, 1982).

Stone y Neale presentan un planteamiento nuevo, ocho categorías o estilos de afrontamiento: *Confrontativo, Distanciamiento, Autocontrol, Apoyo Social, Responsabilidad, Escape-evitación, Solución de problemas, Reevaluación positiva.*

Una vez que estos se han familiarizado con las categorías y con sus significados, se les pregunta si harían o pensarían algo que encajara con alguna de las categorías a la hora de hacer frente a los problemas cotidianos.

La importancia de esto es que los diversos planteamientos para la medición de los procesos de afrontamiento que se han desarrollado y aplicado, aumentan la posibilidad de averiguar la relación entre éstos y las consecuencias adaptativas a corto y a largo plazo.

La mayoría de las investigaciones sobre afrontamiento hasta el momento han insistido en los rasgos o estilos globales, utilizando instrumentos de medida como el Defense

Mechanism Inventory de Gleser y Ihilevich (1969), el Coping Operations Preferente Inventory (Schtz, 1967) y los ítems del California Psychological Inventory para la medición del afrontamiento y de las conductas consideradas de defensa (Joffe y Naditch, 1977).

Vickers y Hervig (1981) compararon los tres planteamientos anteriores y encontraron que tenían poca convergencia y poca validez discriminatoria en la identificación de los tres estilos de afrontamiento: negación, aislamiento y proyección. A éstas podríamos añadir las mediciones ubicuas de represión-sensibilización o represión-aislamiento, para las que existen tres planteamientos principales de medición proyectiva (Gardner y colaboradores 1959; Goldstein, 1959, Levine y Spivack, 1964), que carecen también de una correlación suficiente como para considerar que evalúan el mismo concepto. Por último, tenemos aún otra escala derivada de la Attributes of Psychosocial Competence Scale de Lyler y Pargament, aunque los expuestos no son todos los planteamientos sobre medición de afrontamiento centrados en los conceptos de rasgo o de estilo, reflejan los esfuerzos realizados en esta línea.

Los factores psicosociales en la diabetes mellitus se han identificado como posiblemente implicados en el origen de la enfermedad y en el curso de la misma, como influencia relevante a través de respuestas psicobiológicas de estrés o bien el estilo de afrontamiento ante la enfermedad modificando las conductas del paciente frente a su padecimiento. ^{4,6}

El manejo integral del paciente diabético requiere de tomar en cuenta el contexto familiar en que se desenvuelve, ya que se han encontrado relaciones entre disfunción familiar y el control glucémico. Es necesario favorecer la aceptación del padecimiento e identificar si existe alguna patología psiquiátrica como los trastornos afectivos y de ansiedad, cuyo manejo se asocia a la mejoría de la calidad de vida y la adherencia del paciente al tratamiento.

El concepto de afrontamiento ha tenido importancia en el campo de la psicología durante más de 40 años. Durante los años 1940 y 1950 significó un concepto organizativo en la descripción y en la evaluación clínica y, actualmente constituye el centro de toda una serie de psicoterapias y de programas educativos que tienen como objetivo *desarrollar recursos adaptativos*, por tanto podría decir que el estilo de afrontamiento se refiere a las respuestas conductuales aprendidas que resultan adecuadas para disminuir el grado de ansiedad ante una situación peligrosa o nociva y enfrentar la situación.

Menninger identifica 5 órdenes o recursos reguladores, clasificados de acuerdo con el nivel de desorganización interna que indican, en el punto más alto, que se cuentan las estrategias necesarias para reducir las tensiones causadas por las situaciones que condicionan ansiedad en el curso de la vida diaria. Estas estrategias se llaman *recursos de afrontamiento* y entre ellos se incluyen el autocontrol, el humor, el llanto, blasfemar, lamentarse, discutir, pensar y liberar la energía de una u otra forma. Sin embargo, si tales estrategias se utilizan inapropiadamente o de forma extrema, entonces pierde su categoría de recursos de afrontamiento y se convierten en síntomas que indican un cierto grado de descontrol de desequilibrio.¹³⁷

Un estilo de afrontamiento difiere de un rasgo, principalmente en grado y, generalmente, representa formas amplias, generalizadas y abarcadoras de referirse a los tipos particulares de individuo tales como el poderoso o el que carece de poder, el amigable o el hostil. Los rasgos que hacen referencia a las propiedades de las que dispone el individuo para determinar en determinadas clases de situaciones, tienen generalmente un espectro menos amplio.

El afrontamiento como proceso se define como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Y tiene 3 aspectos principales:

1. El que hace referencia a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa o hace, en contraposición con lo que éste generalmente hace, o haría en determinadas condiciones.
2. Lo que el individuo realmente piensa o hace. Los pensamientos y acciones de afrontamiento se encuentran siempre dirigidos hacia condiciones particulares.
3. Este significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose. *Por tanto el afrontamiento es un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe de contar con estrategias, digamos defensivas, y en otros con aquellos que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno.*

El afrontamiento tiene 2 funciones primordiales:

1. Manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación (afrontamiento dirigido al problema).
2. Y regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (afrontamiento dirigido a la emoción).

Ambos influyen uno al otro y ambos pueden potenciarse o interferirse.

El modo de afrontamiento de un individuo viene determinado por los recursos que dispone (como la salud y la energía física), las creencias existenciales (como la fe en Dios), las creencias generales sobre el control, los compromisos que tiene una propiedad motivacional que puede ayudar al afrontamiento, los recursos para la solución del problema, las habilidades sociales, el apoyo social y los recursos materiales.

Los esfuerzos para ejercer control sobre las situaciones son sinónimo de afrontamiento. Aunque ha sido aceptable que el afrontamiento per se cambia a lo largo de la vida, no ha sido demostrada empíricamente.

El conocimiento actual sugiere que las fuentes de estrés cambian a medida que el individuo envejece y como consecuencia de ello, el afrontamiento también puede variar para poder atender las nuevas demandas.

Esta ampliamente aceptado que el estrés, la emoción y el afrontamiento son factores causales en la enfermedad somática.

Los estilos realizados sobre afrontamiento sugieren que los distintos estilos se hallan relacionados como resultados específicos sobre la salud. Las tres vías por las que el afrontamiento puede afectar a la salud son: frecuencia, intensidad, duración y tipo de reacciones neuroquímicas al estrés, la utilización de sustancias nocivas y la obstaculización de una conducta adaptativa en relación con la salud / enfermedad.

En la literatura no encontramos los tipos de estilos de afrontamiento que se presentan en sujetos con diabetes mellitus, ni si existe asociación de dichos estilos con el nivel de control glucémico que el paciente presenta.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El conocimiento del estilo de afrontamiento de los sujetos enfermos, sobre todo en aquellos que padecen enfermedades de larga evolución con alta co-morbilidad asociada como es la diabetes mellitus es muy importante, en función de que puedan ser susceptibles de tratamiento que afecten en forma positiva el resultado de su enfermedad y con ello la disminución de las complicaciones que se producen.

En términos generales el médico familiar realiza acciones de tipo farmacológico principalmente y en menor o nula medida acciones dirigidas a la modificación de las actitudes y emociones que se relacionan con la forma en que el paciente afronta la enfermedad.

Se considera al individuo como un ente bio-psico-social, en donde el médico familiar debe de incidir obligadamente en las tres áreas, para proporcionar un tratamiento integral que permita mejorar la calidad de vida del enfermo.

Es por tanto de gran relevancia el abordar objetivamente los aspectos psicológicos que tienen influencia en los procesos biológicos de los sujetos con enfermedades de gran prevalencia y de alto costo tanto social como económico.

¿Cuáles son los factores demográficos que se asocian al estilo de afrontamiento de la enfermedad en sujetos con diabetes mellitus?

¿Existe relación entre los diferentes estilos de afrontamiento con el nivel de control glucémico en una población de pacientes con diabetes mellitus de la UMF 33 "El Rosario"?

OBJETIVOS

GENERAL

Determinar los estilos de afrontamiento de una población de pacientes diabéticos tipo 2, que se atienden en la U.M.F. 33 "El Rosario".

ESPECÍFICOS

1. Determinar la asociación entre los diferentes estilos de afrontamiento con variables como: edad, género, tiempo de evolución y tipo de familia a la que pertenece el paciente con diabetes mellitus.
2. Determinar la relación que existe entre los estilos de afrontamiento con el nivel de control de glucemia en los sujetos con diabetes mellitus tipo 2 en la UMF 33 "el Rosario".

TIPO DE ESTUDIO

Estudio transversal descriptivo

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión.

1. Sujetos con diabetes mellitus tipo 2 adscritos a la U.M.F. 33 "El Rosario".
2. Ambos sexos entre las edades de 30 a 75 años.
3. Que sepan leer y escribir.
4. Que estén adscritos a la unidad por un período no menor de 6 meses.

Criterios de exclusión.

1. Sujetos con diabetes secundaria.
2. Embarazadas y con diabetes tipo 1.
3. Sujetos que no completen el 100% de los ítems del instrumento.
4. Sujetos que no cuenten con por lo menos tres determinaciones de glucemia, en los últimos 6 meses.
5. Sujetos que decidan abandonar el estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Posterior a la revisión, aprobación y registro del proyecto de investigación por la coordinación del programa de residencia de Medicina Familiar, se solicitó por medio de los conductos institucionales, permiso a los Médicos Familiares de por lo menos 5 consultorios del turno matutino de la UMF 33 "El Rosario" para la aplicación del cuestionario sobre estilos de afrontamiento, y la realización de un genograma seleccionando al azar, a pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que cumplieron los criterios de inclusión.

Se consideró un tamaño poblacional de 1,950 pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 de la UMF 33 "El Rosario" con una frecuencia esperada de estilo de afrontamiento Escape-Evitación de un 60% con un mínimo aceptable de 50% y considerando un nivel de confianza de 95% se establece una muestra mínima de 92 pacientes. Cálculo realizado por medio del paquete estadístico Epi Info versión 6.

La colección de la información se realizó durante toda la semana en los diferentes consultorios del turno matutino y en las salas de espera de la unidad, en donde se les invitó personalmente a los pacientes.

Los datos se capturaron en una base de datos computacional en el programa Excel para Windows versión 2000, y posteriormente se analizaron en el paquete estadístico SPSS V 10 para Windows

El instrumento para medir estilos de afrontamiento es un cuestionario claro, que consta de 67 preguntas a las cuales tenían que responder el sujeto con: no de ninguna manera, a veces, frecuentemente y siempre, de acuerdo a la pregunta que se formulaba, posteriormente se les dio una calificación para su evaluación; hubo dificultad para su contestación en algunas preguntas, sin embargo la tesista encargada, estuvo presente en la aplicación del 100% de todos los cuestionarios disminuyendo las dudas y aclaro problemas en la contestación.

Los datos referentes al paciente como edad, género, tiempo de evolución y nivel de control glucémico, fueron registrados de los expedientes clínicos, las últimas 3 determinaciones de glucemia, en los últimos 6 meses.

No se consideraron problemas de índole ético que fueran transgredidos en el presente estudio, sin embargo se garantizó la total confidencialidad de los datos obtenidos y del anonimato de cada paciente participante, el cual solo se conoció por los investigadores del estudio y para fines exclusivamente de identificación.

RESULTADOS

El estudio se realizó en 105 pacientes de los cuales, 54 fueron del sexo femenino y 51 del sexo masculino con edades comprendidas entre 36 y 84 años de edad, comprendidas en un periodo del 1° de Febrero al 1° de Agosto del 2001.

El género que predominó fue el femenino con 51.4% el sexo masculino con 48.6% (cuadro 2, gráfica 2)

De acuerdo a los intervalos de edad correspondió entre 30 a 40 años a 4 pacientes, de 41 a 50 años 11 pacientes, de 51 a 60 años 27 pacientes, de 61 a 70 años 40 pacientes, y más de 71 años 23 pacientes, con una media de edad de 62 años y DE 10.2 (Cuadro 3, gráfica 3)

De acuerdo al tiempo de evolución, 58 pacientes se encontraban entre 1 y 10 años, 31 pacientes entre 11 a 20 años, 13 pacientes entre 21 y 30 años y 3 pacientes con 31 o más años de evolución (Cuadro 4, gráfica 4) Con un rango de uno y 35 años de evolución con una media de 12.07, y una DE 8.2 (Cuadro 1, gráfica 2A).

De los 105 pacientes, 77 eran tratados con hipoglucemiantes orales del tipo de las Sulfonilureas, (Glibenclámda) 15 pacientes con insulina y 13 pacientes con otros medicamentos como Acarbosa, (Cuadro 5 , gráfica 5)

De acuerdo a los tipos de familia se reportaron 47 pacientes con familia nuclear integrada, 5 pacientes con familia nuclear desintegrada, 32 pacientes con familia extensa integrada, 17 pacientes con familia extensa desintegrada, un paciente con familia compuesta integrada y 3 pacientes con familia compuesta desintegrada (cuadro6, gráfica 6)

Se evaluó la co-morbilidad familiar, encontrándose que 81 pacientes no presentan ningún familiar con enfermedades crónicas degenerativas o cualquier otra de trascendencia con un porcentaje de 77.1%, 17 pacientes presentaron familiares con diabetes mellitus con un porcentaje de 16.2%, 5 pacientes presentaron otras enfermedades como alcoholismo, hipertensión, hipercolesterolemia, hiperuricemia con un porcentaje de 4.8% y solo 2 paciente presentaron más de un familiar con diabetes mellitus con un porcentaje de 1.9%. (Cuadro 7, gráfica 7)

Con lo que respecta a los estilos de afrontamiento (EA), los resultados fueron los siguientes:

En el (EA) confrontativo se reportó una frecuencia de 12 pacientes EA distanciamiento fueron 9 pacientes, EA Autocontrol fueron 15 pacientes, EA Apoyo Social fueron 26 pacientes EA Responsabilidad fueron 5 pacientes, EA Escape – Evitación solo fue un paciente, EA Solución de problemas fueron 7 pacientes, EA Reevaluación positiva fueron 29 pacientes.

Los niveles de glucosa reportados fueron los siguientes:

Se reporto un nivel minimo de glucosa de 99 mg/dL y un máximo de 258 mg/dL, con una media de 148, y DE 35.77.

Para evaluar la asociación entre los diferentes estilos de afrontamiento y los niveles de glucemia se consideró para la calificación de cada estilo, un punto de corte a nivel de cuartil 75 en cada uno de los diferentes estilos de afrontamiento, el resultado fue el siguiente Para el EA 1 confrontativo la mediana de glucemia fue de 150 mg/dL por arriba del punto de corte y de 147 mg/dL por debajo de éste. Para el EA 2 Distanciamiento la mediana una glucemia por arriba del punto de corte fue 151 mg/dL y 147 mg/dL por debajo Para el EA 3 Auto-control la mediana de glucemia fue 156 mg/dL por arriba y 145 mg/dL por debajo del punto de corte. Para el EA 4 Apoyo Social la mediana una glucemia fue de 144 mg/dL y 150 mg/dL respectivamente. Para el EA 5 Responsabilidad la mediana una glucemia fue de 154 mg/dL y de 146 mg/dL Para el EA 6 Escape-Evitación la mediana fue de 155 mg/dL y de 145 mg/dL respectivamente. Para el EA 7 Solución de problemas la mediana fue de 148 mg/dL, para ambas Para el EA 8 Reevaluación positiva la mediana de glucemia fue de 156 mg/dL y de 146 mg/dL respectivamente (Cuadro 17 y 18).

TABLA 1. Características descriptivas de la muestra estudiada y de la calificación obtenida por el instrumento en cada uno de sus dominios.

	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESV. EST.
EDAD	36	84	62.6857	10.2219
EVOL	1	35	12.0762	8.2505
PGLC	99	258	148.65	35.77
EA1	25	164	96.7429	32.3803
EA2	42	177	101.1143	25.6400
EA3	21	184	104.3810	31.5669
EA4	0	257	105.8381	42.2322
EA5	0	171	103.3429	26.8288
EA6	0	242	76.8286	35.1252
EA7	26	175	105.7238	25.7579
EA8	44	208	126.4571	31.4716

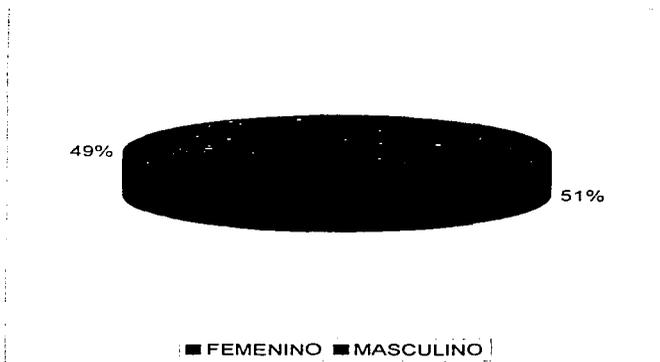
FUENTE. Base de datos obtenido de los cuestionarios aplicados a los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar #33 "El Rosario".

TABLA 2 Diferencia por género de la muestra estudiada

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENIO	54	51.4
MASCULINO	51	48.6

FUENTE. Base de datos obtenido de los cuestionarios aplicados a los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar #33 "El Rosario".

GRAFICA 1 Diferencias por género de la muestra estudiada.



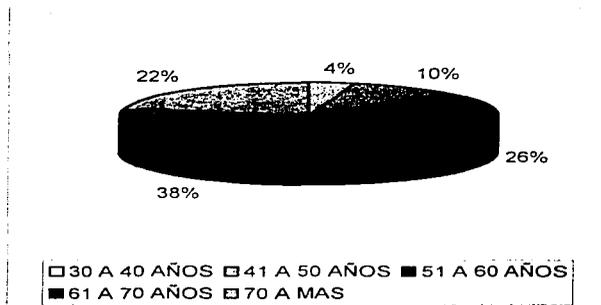
FUENTE. De la Tabla 2 Diferencia por género de la muestra estudiada.

TABLA 3 Diferencia por grupo de edades de la muestra estudiada.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
30 A 40 AÑOS	4	--
41 A 50 AÑOS	11	10.5
51 A 60 AÑOS	27	25.7
61 A 70 AÑOS	40	38.1
70 A MAS	23	21.9
TOTAL	105	100

FUENTE. Base de datos obtenido de los cuestionarios aplicados a los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar #33 "El Rosario".

GRAFICA 3 Diferencia por grupo de edades de la muestra estudiada.



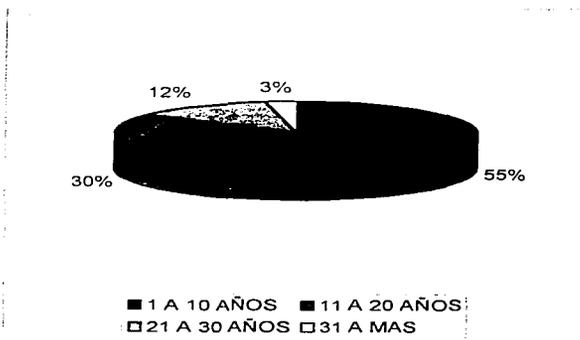
FUENTE. De la Tabla 3 Diferencia por grupo de edades de la muestra estudiada.

TABLA 4 Diferencia de la evolución por grupo de años de la muestra estudiada.

EVOLUCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 A 10 AÑOS	58	55.2
11 A 20 AÑOS	31	29.5
21 A 30 AÑOS	13	12.4
31 A MAS	3	2.9
TOTAL	105	100

FUENTE. Base de datos obtenido de los cuestionarios aplicados a los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar #33 "El Rosario".

GRAFICA 4 Diferencia de la evolución por grupo de años en la muestra estudiada.



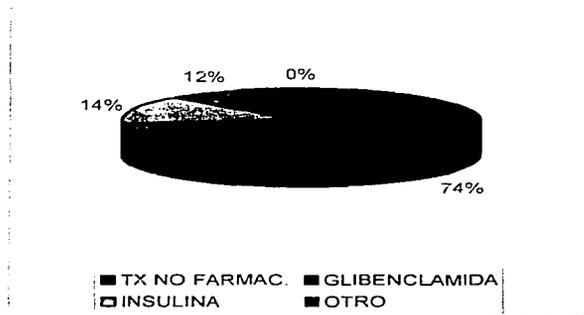
FUENTE. De la Tabla 4 Diferencia de la evolución por grupo de años en la muestra estudiada.

TABLA 5 Diferente tipos de tratamientos en la muestra estudiada.

TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TX NO FARMAC.	0	0
GLIBENCLAMIDA	77	73.3
INSULINA	15	14.3
OTRO	13	12.4
TOTAL	105	100

FUENTE. Base de datos obtenido de los cuestionarios aplicados a los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar #33 "El Rosario".

GRAFICA 5 Diferentes tipos de tratamientos en la muestra estudiada.



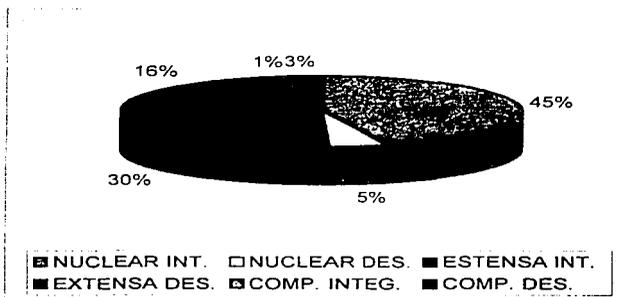
FUENTE. TABLA 5 Diferente tipos de tratamientos en la Muestra estudiada.

TABLA 6 Diferentes tipos de familias en la muestra estudiada.

TIPO FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NUCLEAR INT.	47	44.8
NUCLEAR DES.	5	4.8
EXTENSA INT.	32	30.5
EXTENSA DES.	17	16.2
COMP. INTEG.	1	1.0
COMP. DES.	3	2.9
TOTAL	105	100

FUENTE. Base de datos obtenido de los cuestionarios aplicados a los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar #33 "El Rosario".

GRAFICA 6 Diferentes tipos de familias en las muestra estudiada.



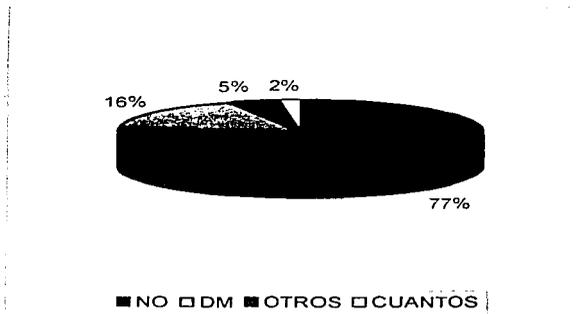
FUENTE. TABLA 6 Diferentes tipos de familias en la muestra estudiada.

TABLA 7 Diferencia de la co-morbilidad familiar en la Muestra estudiada.

CO-MORBILIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	81	77.1
DM	17	16.2
OTROS	5	4.8
CUANTOS	2	1.9
TOTAL	105	100

FUENTE. Base de datos obtenido de los cuestionarios aplicados a los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar #33 "El Rosario".

GRAFICA 7 Diferencia de la co-morbilidad familiar de la muestra estudiada.



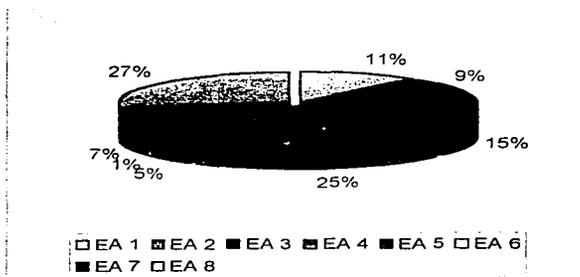
FUENTE. TABLA 7 Diferencia de la co-morbilidad familiar en la Muestra estudiada.

TABLA 8 Frecuencia por EA (Estilo de Afrontamiento) en la muestra estudiada.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EA 1	12	11.4
EA 2	9	8.6
EA 3	16	15.1
EA 4	26	24.8
EA 5	5	4.8
EA 6	1	1
EA 7	7	6.7
EA 8	29	27.6
TOTAL	105	100.00

FUENTE. Base de datos obtenido de los cuestionarios aplicados a los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar #33 "El Rosario".

GRAFICA 9 Frecuencia por EA (Estilo de Afrontamiento) de la muestra estudiada.



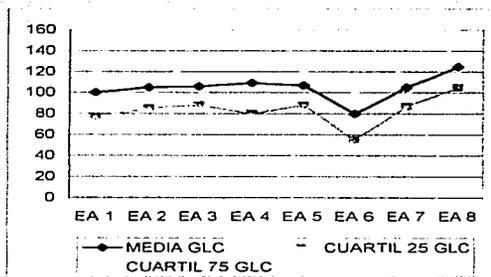
FUENTE. TABLA 8 Frecuencia por EA.

TABLA 17 Representación de la media, cuartil 25 y cuartil 75 de los niveles de glucosa para cada EA (estilos de afrontamiento)

	MEDIA GLC	CUARTIL 25 GLC	CUARTIL 75 GLC
EA 1	100	77	120
EA 2	105	85	114
EA 3	106	88	125
EA 4	109	80	135
EA 5	107	88	121
EA 6	80	55	100
EA 7	105	87	124
EA 8	125	105	144

FUENTE. Base de datos obtenido de los cuestionarios aplicados a los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar #33 "El Rosario".

GRAFICA 17 Representación de la media, cuartil 25 y cuartil 75 de los niveles de glucosa para cada EA (estilos de afrontamiento)



FUENTE. TABLA 17 Representación de la media, cuartil 25 y cuartil 75 de los niveles de glucosa para cada EA (estilos de afrontamiento)

**TABLA 18 Diferencia máxima y mínima de niveles de glucosa
Para cada EA (Estilo de Afrontamiento)**

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	CUARTIL 75
EA 1	150 147
EA 2	151 147
EA 3	156 145
EA 4	144 150
EA 5	154 146
EA 6	155 145
EA 7	148 148
EA 8	156 146

FUENTE. Base de datos obtenido de los cuestionarios aplicados a los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar #33 "El Rosario".

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados del presente estudio muestran que en una población heterogénea se pueden observar diferentes estilos de afrontamiento que los pacientes utilizan para atender diferentes demandas y tener mayor beneficio en el control de su glucemia.

Con respecto al género se estudiaron 54 mujeres y 51 hombres, con un promedio de edad de 62 años y con 12 años de evolución como promedio de ser diabéticos, muestran estilos de afrontamiento diversos reportándose para el EA (Estilo de Afrontamiento) confrontativo 12 pacientes, para el EA distanciamiento 9, para el EA Auto-control 16, para el EA Apoyo social 26, para el EA Responsabilidad 5, para el EA Escape-evitación 1 para el EA Solución de Problemas 7 y para el EA Reevaluación positiva fueron 29, llamando la atención la poca frecuencia del estilo escape evitación (que se ha descrito en la literatura como la prevalete en enfermedades de larga evolución) reportándose en este estudio solo un paciente, esperándose que se presentara el 60%, predominando el EA Reevaluación positiva con 29 siguiéndole el EA Apoyo social con 26, lo cual podría explicar en nuestra muestra el tiempo de evolución promedio de los pacientes estudiados, que son mayor de los reportados en otros ámbitos y que excede los 9 años de diagnóstico y que el conocimiento actual sugiere que la fuente de estrés cambia a medida que el individuo envejece y como consecuencia de ello también cambian los estilos de afrontamiento para poder atender las nuevas demandas. Lo anterior se menciona con relación a que se ha observado que la ansiedad que genera la enfermedad se ve disminuida a mayor edad con una mejor adaptación a ella y por lo tanto mostrando estilos de afrontamiento más benéficos para hacer frente al padecimiento como es en el caso de la Reevaluación positiva, pensando que los pacientes con más de 9 años de evolución se preocupan más por su salud, son personas más maduras, piensan positivamente, tiene fe en que algo nuevo va a suceder, valoran lo que es importante y cambian algo de su vida, como se observo con las respuestas de los pacientes al resolver el cuestionario que se les aplico.

Así mismo se observó diferencia en cuanto a los niveles de glucemia, se ha reportado que en las Unidades de Medicina Familiar los pacientes presentan niveles de glucemia de 192 mg/dL como promedio y en este estudio la muestra presenta una glicemia media de 148 mg/dL indicando que son pacientes controlados y que son promedios menores a mayor calificación de los estilos de afrontamiento presentando entonces mayores beneficios, es decir que para el EA Reevaluación positiva que fue el que predomino se observaron niveles de glucemia como máxima 156 mg/dL y como mínima 146 mg/dL y para el EA Escape-Evitación fue de 148 mg/dL como máximo y como mínimo 146 mg/dL y así respectivamente para cada EA; no se observa una asociación estadísticamente significativa, muy probablemente por falta de tamaño de muestra y estar cometiendo por lo tanto un error tipo beta en los resultados.

Otra causa que podría explicar la falta de asociación entre los estilos de afrontamiento y el nivel de glucemia lo constituyen el nivel promedio de glucemia observada en la muestra, que también por la edad promedio de los sujetos fue menor que la esperada para una población en la que la presencia de sujetos más jóvenes hubieran mostrado niveles de glucemia más extremos.

Por otro lado se observó que la mayoría de los pacientes se encuentran controlados con hipoglucemiantes orales del tipo de las Sulfonilureas (glibenclamida), siguiéndole la insulina, y ningún paciente con dieta esto quiere decir que la mayoría de la población diabética de la Unidad de Medicina Familiar #33 se encuentran controlados con fármacos.

Es importante mencionar que para un manejo integral y un buen control del paciente diabético se requiere de tomar en cuenta el contexto familiar en el que se desenvuelve

ya que se ha encontrado relación entre disfunción familiar y descontrol de los pacientes diabéticos, en este estudio se reportaron 47 pacientes con familia nuclear integrada, 32 con familia extensa integradas y compuesta integrada solo una, reportándose solo 25 pacientes con familia desintegradas, pudiéndose observar que los pacientes que tienen familias integradas tiene mayor apoyo para lograr los objetivos del tratamiento y control del paciente.

También es importante mencionar que en este estudio se observo que de los 105 pacientes estudiados solo 81 no presentó familiares con enfermedades crónico-degenerativas y que 17 si tienen algún familiar con diabetes mellitus lo cual llama la atención ya que como sabemos la diabetes mellitus es una enfermedad con gran carga genética por lo que es importante hacer hincapié en los niveles de prevención primaria sobre todo en los factores de riesgo modificables que puedan contribuir a la presencia temprana de esta.

En conclusión Podemos decir que el Estilo de Afrontamiento que predomino en este estudio fue el de Reevaluación Positiva, y que los estilos de afrontamiento que se observaron en una muestra de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF #33 "El Rosario" son los considerados benéficos para hacer frente a la enfermedad y en términos generales se ven emparejados con los niveles de glucemia promedio relativamente bajos, respecto a otras poblaciones y a la edad y el tiempo de evolución del padecimiento.

Esto quiere decir que en el control del paciente diabético intervienen diversos factores que influyen en las fluctuaciones de la glucemia como son los Estilos de Afrontamiento, y que el paciente percibe la enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia y de su misma persona percibiendo su conducta como parte de la responsabilidad del control de su enfermedad.

Se requiere de continuar explorando el área de la evaluación psicológica en sujetos con Diabetes Mellitus como un elemento susceptible de modificación en beneficio del curso de padecimientos de larga evolución como son las enfermedades crónico degenerativas.

Es importante tomar en cuenta los EA en los pacientes diabéticos, aunque las investigaciones que se tienen sobre ellos son pocos, podemos decir que los EA influyen de alguna manera en el control glucémico como se pudo observar en este estudio, estos hacen referencia a los pensamientos, sentimientos y actos de los pacientes los cuales pueden cambiar en diferentes periodos de tiempo como consecuencia de las demandas y evaluaciones del entorno.

Para nosotros los médicos familiares es muy importante tomar en cuenta los EA, ya que es él el que esta en contacto con el paciente, no olvidando que el paciente es un ser humano que siente y piensa, y que para él es muy importante su recuperación, y su supervivencia, así como el dolor o las complicaciones que esta enfermedad le pueda ocasionar a largo plazo y sobre todo las disfunciones familiares que se puedan presentar a futuro ya que todo esto produce estrés en el paciente, por tanto no debe de olvidar como ayudar al paciente a afrontar su enfermedad y como hacerlo, lo cual podría ser reconstruyendo situaciones estresantes recientes y que describan lo que esta pasando, lo que sintieron o hicieron y determinar los factores o EA que puedan influir en el descontrol metabólico modificando así las conductas o bien conseguir ayuda a otro nivel, buscar información y realizar un plan de acción y seguirlo, ya que el paciente confía en su médico y él puede ayudar a desarrollar recursos adaptativos o EA adecuados para disminuir el grado de ansiedad ante la enfermedad y regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (afrontamiento dirigido a la emoción).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Lázaro. Estrés y Procesos cognitivos.
2. Martha R Rodríguez-Morán, MC. Jesús Fernando Guerrero-Romero, M.C. Importancia del apoyo familiar en el control de la glicemia. Salud Publica de México vol.39 no.1 enero-febrero de 1997.
3. Linda S. Griffith, M.S.W. Life and social support in diabetes: association with glycemic control. Intl. J. Psychiatry in Medicina, vol. 20(4) 365-372, 1990.
4. Enrique Rodrigo Jiménez. Depresión en el paciente diabético hospitalizado en el servicio de medicina interna. Medicina Interna de México. Vol. 15(1) 11-15.
5. Paula M. Trief, PHD. Family Environment, Glycemic Control, and the Psychosocial Adaptation of Adults With Diabetes. Diabetes Care vo.21(2) 241-245 February 1998.
6. Leticia Robles. Las fuentes de apoyo de los individuos con Diabetes. Salud Publica de México. Mayo -Junio de 1995.Vol.37(3):1-15
7. Felipe Vázquez E. Aspectos psicosociales de la diabetes mellitus. Revista Medica IMSS (México) 1994(32):267-270.
8. Fernando Lolas S. Perspectivas biopsicosociales sobre la enfermedad crónica. Salud Mental Vol11(3):19-23 Septiembre 1988
9. Irigoyen CA. Diagnostico Familiar. Medicina Familiar Mexicana 5ª edición 1996.
10. José L. Huerta. PAC MF- 1 Estudio de la Familia. 1997-1999