



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO.
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACION.**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA.**

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 53 ZAPOPAN JALISCO.

**EL APOYO FAMILIAR Y LA PERCEPCION DE SATISFACCION FAMILIAR
EN EL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2 Y SU INFLUENCIA EN EL CONTROL
GLUCEMICO**

TESIS DE POSGRADO

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

PRESENTA:

DRA. IRMA GUADALUPE GUTIERREZ VILLANUEVA

ZAPOPAN JALISCO

2007

**EL APOYO FAMILIAR Y LA PERCEPCION DE SATISFACCION FAMILIAR
EN EL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2 Y SU INFLUENCIA EN EL CONTROL
GLUCEMICO**

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



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO.**



PRESENTA:

DRA. IRMA GUADALUPE GUTIERREZ VILLANUEVA

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

DRA. PRISCILA MIREYA JIMENES ARIAS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR 53. ZAPOPAN JALISCO.

DRA. PRISCILA MIREYA JIMENES ARIAS
ASESORA METODOLOGICA DE TESIS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR 53. ZAPOPAN JALISCO

DR. ALBERTO JAVIER GUTIERREZ CASTILLO
ASESOR DE TEMA DE TESIS
CORDINADOR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS GENERALES
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 53 ZAPOPAN JALISCO.

DR. ALBERTO JAVIER GUTIERREZ CASTILLO
CORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 53 ZAPOPAN JALISCO.

ZAPOPAN JALISCO

2007

**EL APOYO FAMILIAR Y LA PERCEPCION DE SATISFACCION FAMILIAR
EN EL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2 Y SU INFLUENCIA EN EL CONTROL
GLUCEMICO**

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

PRESENTA:

DRA. IRMA GUADALUPE GUTIERREZ VILLANUEVA

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. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR 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
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DEDECATORIA

A MI PADRE. EL SR MIGUEL ANGEL GUTIERREZ MEDRANO.

Con todo mi amor, aunque ya no esta en este mundo, su presencia siempre esta conmigo en mi mente y en mi corazón, admiro su ejemplo de fortaleza y superación aun en situaciones adversas, lo cual me motiva en mi vida diaria y siento que es como un ángel que me protege y me ayuda.

**A MI FAMILIA. MI ESPOSO JAIME ALBERTO AVELAR GONZALEZ Y MIS
DOS HIJOS, AXEL BARUC Y OMAR ALI AVELAR GUTIERREZ.**

Con todo mi corazón, mi cariño y amor, por su apoyo y comprensión en estos tres años de mi desarrollo profesional, por su paciencia y tolerancia al tener que adaptarse a los frecuentes cambios de planes por mis actividades académicas. Y en ocasiones desplazar ese tiempo que les dedicaba de convivencia, ayuda en sus tareas, y diversión. Trataré de compensárselos, ahora.....LOS AMO.....GRACIAS.

AGRADECIMIENTOS

A MIS ASESORES

El Dr. Alberto Javier Gutiérrez Castillo. Jefe de Enseñanza de la Clínica U.M.F. 53 Zapopan Jalisco. Coordinador estatal de la especialidad de Medicina Familiar semipresencial convenio IMSS/UNAM. Delegación Jalisco.

Por su dedicación, interés y capacidad para transmitirnos sus conocimientos. Por compartirnos sus experiencias en el campo de la medicina familiar. Por su especial ayuda y apoyo en momentos críticos.

Por su apoyo incondicional para la realización del presente proyecto de investigación, que fue realizado durante la residencia de la especialidad semipresencial de medicina familiar.

La Dra. Priscila Mireya Jiménez Arias. Maestra de la residencia semipresencial de medicina familiar convenio IMSS/UNAM. en la U.M.F. 53 Zapopan Jalisco.

Por su dedicación, interés y esfuerzo entregado día a día para transmitirnos su conocimiento, por poner especial interés en estar a la vanguardia de la información medica mas novedosa para transmitírnosla así como los diferentes métodos didácticos que utilizaba para hacer sus clases mas amenas y mas comprensibles.

Por su apoyo incondicional para la realización del presente proyecto de investigación, que fue realizado durante la residencia de la especialidad semipresencial de medicina familiar.

Le deseo lo mejor en su nueva etapa como jefa de enseñanza.

A MIS COORDINADORES Y MAESTROS DE LA RESIDENCIA.

Dr. Alberto Javier Gutiérrez Castillo
Dra. Priscila Mireya Jiménez Arias.
Dr. Agustín Roberto Barrera Parraga
Dra. Maria Refugio Vargas Zambrano
Dr. Sergio Alberto Trujillo Álvarez

Por su apoyo, interés y esfuerzo, así como el aporte de sus conocimientos y experiencias durante el desarrollo de la especialidad de medicina familiar.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INDICE GENERAL

III	MARCO TEORICO	8
IV	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
V	JUSTIFICACION	16
VI	OBJETIVOS	17
	• GENERAL	
	• ESPECIFICOS	
VII	HIPOTESIS	17
VIII	METODOLOGIA	18
	• TIPO DE ESTUDIO	
	• POBLACION LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	
	• TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	
	• CRITERIOS DE INCLUSION NO INCLUSION Y	
	• EXCLUSION.	
	• VARIABLES	
	• METODO PARA CAPTAR LA INFORMACION	
	• CONSIDERACIONES ETICAS	
IX	RESULTADOS	24
	• ANALISIS ESTADISTIISTICOS	
	• TABLAS	
X	DISCUSION	31
XI	CONCLUSIONES	32
XII	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	33
XIII	ANEXOS	35

MARCO TEORICO

Desde el final del siglo XIX, la concepción de familia ha cambiado, y ha generado necesidades de atención a las que la sociedad ha dado respuesta mediante movimientos, como el trabajo social, la reforma sexual de la posguerra, la educación de la vida familiar, la creación de la profesión de consejero matrimonial, el establecimiento de la terapia sexual, el desarrollo de la psiquiatría social y de la terapia familiar. La finalidad es obtener una armonía familiar que produzca individuos sanos y productivos para la sociedad.¹

Las características de la familia cobran especial interés ante padecimientos como la diabetes mellitus. Si bien se ha profundizado en la etiología diagnóstica y tratamiento de las complicaciones de la DM, pero son pocas las incursiones en los aspectos psicosociales y su relación con la enfermedad. Estas últimas se han enfocado a determinar cuál sería el reforzador del apego al tratamiento, su repercusión en la personalidad o en el desempeño global; de igual forma también ha sido abordada la relación entre el funcionamiento familiar y el control de la enfermedad.¹

En estudios realizados en familias de pacientes diabéticos tipo 2 se ha visto que en aquellas con jefes de familia afectados por esta enfermedad, la pareja resuelve la problemática producida por la enfermedad, las actitudes asumidas por los pacientes de acuerdo con su grupo étnico, como se identifica el cuidado de la diabetes de acuerdo con la educación proporcionada a las familias latinas, las características de las familias y su manejo de la enfermedad, en donde se comprueba que cada una trata de diferente manera las emociones provocadas por la diabetes, además que existen diferencias en el cuidado otorgado al enfermo dependiendo de su género.¹

La Diabetes Mellitus, es una enfermedad crónica degenerativa, (caracterizada por una anomalía endocrina causada por combinación de resistencia a la insulina e insuficientes concentraciones de esta hormona, lo cual causa hiperglucemia), es de distribución mundial, y se ha incrementado alarmantemente en México, constituyéndose en un asunto de preocupación en Salud Pública; en la encuesta nacional de salud 2000 tuvo una prevalencia de 10.8%. En el Instituto Mexicano del Seguro Social la DM ocupa el segundo lugar de motivo de demanda de consulta en Medicina Familiar y el primer lugar en la especialidad troncal.

En comparación con individuos sanos, los picos y elevaciones prandiales y post-prandiales de glucosa en los diabéticos son más altos, y tienen un mayor tiempo de retraso; esto se relacionó recientemente observando que según la severidad de los picos de glucosa durante los alimentos son el grado de alteraciones y complicaciones tardías. Como sabemos, las complicaciones de la diabetes, involucran a la circulación micro y macro vascular.

En la microvasculatura dichas complicaciones incluyen: retinopatía, disfunción renal, daño al sistema nervioso, mayor riesgo de aterogénesis y

episodios cerebro vasculares, hipertensión, menor vaso dilatación y consecuentemente un aumento de enfermedades vasculares periféricas.²

Uno de los principales defectos de la atención del paciente diabético es la falta de inducción hacia un estilo de vida y una actitud que mejoren el control de la enfermedad, lo cual solo se puede lograr mediante estrategias educativas. No obstante los logros químicos y tecnológicos para controlar la glicemia, para el paciente diabético, aún es frustrante , enfrentar un cambio completo en la alimentación habitual, en la capacidad de satisfacerse por este medio y en el estilo de vida, por ejemplo, al tener que realizar un ejercicio para el cual nunca se sintió dispuesto. Entre las etapas psicológicas de negación, ira y negociación por las que suele atravesar el paciente antes de aceptar la enfermedad, existen grandes agujeros negros en los que permanece –a veces por años o de los que nunca se sale- antes de pasar a la aceptación, en la que es capaz de lograr un mejor control. El tratamiento del diabético debe de incluir en orden de importancia: educación, alimentación, ejercicio y medicación; orden comúnmente invertido. El conocimiento acerca de la enfermedad y su aplicación por el paciente y su familia, amplía el interés en el tratamiento y magnifica la cooperación con el médico.³

El concepto de la educación del diabético no es nuevo: en 1857 Apollinaire Bouchardat, la promovía junto con las pruebas urinarias diarias y la reducción de peso, como las piedras angulares del tratamiento de la diabetes.

El hecho de que la DM aun sea la causa más frecuente de ceguera, amputación e insuficiencia renal crónica, es inaceptable ante el nivel de avance tecnológico y científico y esto solo refleja la falta de motivación del paciente para mantener su tratamiento. Dado que el origen de las complicaciones se finca en el descontrol crónico, es evidente la insuficiente labor de convencimiento en el consultorio y la necesidad de un esfuerzo mayor para la educación tanto del paciente y de su familia como del médico, y la formación de educadores en diabetes.³

Existen estudios en donde se asocia la disfunción familiar, con mayor frecuencia de descontrol en el paciente diabético.⁴

La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro haciendo que funcione bien o mal como unidad. En la dinámica familiar normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás. En cambio las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas.⁴

Actualmente se reconoce la existencia de varias fuentes potenciales de apoyo en la atención a la enfermedad. Algunos estudios destacan el papel preponderante de la familia, e incluso afirman que la mayoría de los enfermos crónicos reciben y prefieren los cuidados y el apoyo de esta fuente más que de cualquier otra.

En el control del paciente diabético intervienen variables psicosociales que influyen en las fluctuaciones de la glucemia. El paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de la familia, y a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia terapéutica.⁴

El Apgar familiar tiene considerables ventajas como instrumento de medición de funcionamiento familiar, por su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación, mediante el cual se identifica el grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar.⁴ Este es uno de los primeros instrumentos elaborados por un médico familiar. Smilkstein publicó el Apgar Familiar en 1978 con la finalidad de obtener datos que reflejaran el punto de vista de sus pacientes en relación con la situación funcional de sus familias. El acrónimo Apgar fue seleccionado para dar al instrumento mayor credibilidad ante los médicos quienes podrían asociarlo fácilmente con la escala de Apgar para evaluar a los neonatos. El Apgar Familiar se elaboró con base en cinco elementos o constructos esenciales: adaptabilidad, compañerismo, desarrollo, afectividad y resolución. El puntaje obtenido en el test sugiere el grado de funcionalidad familiar, clasificándolas en altamente funcional, moderadamente disfuncional y severamente disfuncional.⁵ El Apgar Familiar tiene una consistencia interna (alpha de Cronbach 0.80) y confiabilidad demostrada mediante test-retest.⁶

La escala de calificación incluye tres categorías de respuesta, y se calificarán de la siguiente manera: Casi siempre (2 puntos), algunas veces (1 punto), casi nunca (0 puntos). La máxima puntuación de la suma de las respuestas son 10.

Identificando el grado de percepción de satisfacción familiar. Una calificación de 7 a 10 puntos sugiere altamente satisfecho, una calificación de 4 a 6 puntos sugiere moderadamente satisfecho, una calificación de 0 a 3 puntos sugiere que se trata de una percepción pobremente satisfecha. El Apgar Familiar tiene una consistencia interna (alpha de Cronbach 0.80) y confiabilidad demostrada mediante test-retest.⁵

Puesto que la Diabetes Mellitus requiere un manejo cotidiano independiente, al proporcionado por el médico, es necesario que todo diabético perciba su propia conducta como parte de la responsabilidad en el control de la enfermedad y que las personas de su entorno otorguen el apoyo adecuado para lograr los objetivos del tratamiento.

Un individuo con diabetes se encuentra todos los días, ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre hacia los integrantes de la familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud; la respuesta que le brinden influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica.⁴

Un estudio realizado en una clínica de Medicina Familiar, en el cual se incluyeron 63 familias, reportaron el perfil de familias con Auto percepción de disfunción familiar: concluyéndose que la familia disfuncional presenta dificultad para adaptarse, así como para resolver problemas y conflictos (6), por lo que se concluye que es necesario realizar acciones de apoyo para incrementar la salud familiar e individual.⁷

En otro estudio de 200 familias, identificaron sus características generales, y sociodemográficas, mediante la utilización de la cédula básica de identificación familiar, así como las características clínicas de los jefes de familia diabéticos., Y aunque la convivencia de la familia con los miembros diabéticos era alta, el apoyo familiar fue escaso. Se encontró asociación entre el diabético descontrolado y el encontrarse en fase de ciclo vital familiar correspondiente a independencia o retiro. Por lo que concluyeron que para el control de la diabetes mellitus tipo 2 conviene considerar no únicamente al paciente sino a toda su familia, debido al alto riesgo que enfrenta y por el invaluable apoyo que debe ofrecer a sus miembros.⁸

Es de primordial importancia estudiar a la familia del paciente crónico en general y del diabético en particular, puesto que es la red más cercana al paciente. La familia se constituye en el primer grupo de apoyo que deberá brindar el soporte necesario para cumplir la prescripción médica, a mantener conductas de salud, así como para procurar información asistencia y aliento durante la enfermedad. Así el apoyo familiar es determinante en el control adecuado del paciente.⁸

Se estudiaron los pacientes diabéticos de una unidad de medicina familiar, para determinar el perfil epidemiológico. Se revisaron 4,444 expedientes de pacientes con DM 2 para establecer el perfil del paciente diabético.⁹ El perfil mostró antecedentes familiares, sedentarismo, obesidad y comorbilidad. La complicación mas frecuente fue la nefropatía, en segundo lugar la neuropatía. El tiempo de evolución de la DM con predominio menor de 10 años ofrece una oportunidad para aplicar estrategias preventivas para mejorar la calidad de vida y los costos de la atención médica.⁹

Otro de los factores que pueden influir en la adherencia terapéutica del paciente diabético tipo 2 son sus ideas o creencias sobre la enfermedad así como las de su familia. Las ideas populares sobre la diabetes se van construyendo en la historia personal de los sujetos, cuando el paciente busca entender lo que le pasa en función de su contexto, situación familiar y vivencias dentro del grupo social en que vive. La importancia de las ideas, explicaciones y valoraciones que tienen los enfermos sobre su padecimiento y las formas de atención, ha sido reconocida por diversos investigadores de enfermedades crónicas.¹⁰

Se realizó una investigación con pacientes diabéticos tipo 2 e hipertensos que tuvieron descontrol del padecimiento donde los objetivos principales fueron lograr la adherencia terapéutica, y como consecuencia el control del padecimiento. Los resultados mostraron una mayor adherencia al tratamiento en el grupo experimental y un mejor control del padecimiento. Se comprobó que el programa educativo fomentó el conocimiento, el cual por sí solo no es determinante para modificar el estilo de vida, ya que para lograr este cambio es necesario también incidir en las creencias relacionadas con las conductas comprendidas en la adhesión al tratamiento (dieta, ejercicio y control de peso).¹¹

Se concluye que la intervención psicológica aplicada solamente al grupo experimental (modificación de creencias, control de las emociones y auto cuidado) marcó la diferencia en los resultados, al facilitar la adherencia al tratamiento y el control del padecimiento.¹¹

El curso y el desenlace de las enfermedades crónicas están influenciados por variables sociales y emocionales; estos factores pueden tener un efecto decisivo en la manera en que la enfermedad se desarrolla, y en el grado de impedimento y adaptación del individuo y la familia a dicha enfermedad. Así en cada fase del padecimiento –diagnóstico, etapa crónica y estado terminal- todo necesitan cumplir con tareas especiales y requerirán de diferentes estrategias para su más adecuado enfrentamiento y asimilación. El individuo y su familia deben de integrar de manera lenta el diagnóstico, su significado, curso y desenlace, así como seguir adelante para ocuparse de las tareas del enfermo en fase crónica, y de las complicaciones incapacitantes de la Diabetes Mellitus. La familia tendrá que balancear la imagen del paciente, viéndolo ahora como sano pero con la posibilidad de que enferme de nuevo, debe de permitir que el paciente tenga sus viejos roles y responsabilidades dentro de la organización familiar hasta el punto que le sea posible desempeñarlos de acuerdo con su grado de invalidez.¹²

Es necesario que la familia del paciente diabético sea flexible, es decir que desarrolle una organización para enfrentar los momentos de crisis familiar, mientras que mantiene otra para cuando la enfermedad se mantiene bajo control. Los cambios en la familia dependerán, por tanto, de las características propias de la misma, de la etapa del ciclo vital en que se encuentran, de la etapa del desarrollo que esté viviendo el individuo que padece la enfermedad, y la red de apoyo familiar con que cuenten.¹²

Otro estudio de 80 sujetos con diagnóstico de HAS se asignaron 40 pacientes en cada grupo para determinar la asociación entre apoyo familiar y apego al tratamiento., se consideró como casos a los pacientes con apego y como controles a los pacientes sin apego al tratamiento. Se concluyó que el apego se vincula de forma significativa con el apoyo que los familiares otorgan al enfermo.

Los pacientes tienen un mayor grado de apego al tratamiento cuando reciben apoyo familiar, de lo que se desprende la necesidad de dirigir acciones de intervención, orientadas al mejoramiento del entorno familiar, independientemente de las características de la familia.¹³

Los factores que pueden influir en que el enfermo sea incapaz de seguir un esquema terapéutico, son diversos y complejos, e incluyen aspectos: a) propios del enfermo (culturales, conductuales, económicos); b) del entorno social (apoyo familiar, apoyo de amigos, ambientales, accesibilidad a los servicios de salud, geográficos) y c) factores imputables al médico o al centro de atención médica (relación médico paciente, satisfacción del usuario fecha de admisión al servicio).¹⁴

Según Sackett el cumplimiento terapéutico de un enfermo es la medida en que el comportamiento del paciente coincide con la prescripción de

medicamentos, dieta y cambios en el estilo de vida. Y la falta del cumplimiento terapéutico implica el no acatar las especificaciones o restricciones que el médico ha señalado.¹⁴

En un trabajo realizado por McFarlane se ve que en contraste con la población general, en los prisioneros se aprecia un apego total al tratamiento y un control metabólico excelente probablemente originado por la rigidez de la prisión, ausencia de alcohol y la obligación de seguir el régimen dietético indicado por el médico.¹⁴

Factores del entorno social:

Apoyo de familiares y amigos: Es probable que la mayor dificultad encontrada por un enfermo diabético sea el rechazo o aislamiento de su núcleo social y familiar. Por lo tanto cuando en estos núcleos existe la aceptación del padecimiento y la idea de apoyo al enfermo, a este se le facilitará el apego terapéutico. El apoyo brindado por los familiares, es distinto al apoyo que los amigos pueden darle. Garay Sevilla analizo a un grupo de 200 adultos de clubes de diabéticos no insulina-dependientes, encontrando que la adherencia al tratamiento se asocia con el apoyo social, la edad del cónyuge y el control conductual.¹⁴

Entre las causas por las que los pacientes pueden no adherirse al tratamiento se encuentran; la falta de visibilidad de la enfermedad que tanto para los demás como para el enfermo mismo, no resulta muy contundente y, por lo tanto no se "justifica" jugar el papel de enfermo ni, tampoco, asumir el cumplimiento de un plan terapéutico.

Durante la consulta, el paciente (y sus familiares) pudieran estar tan ansiosos y preocupados que presentan serias barreras mentales para recibir y procesar la información acerca de su condición y de los requerimientos para sus cuidados.¹⁵

El cuidado y las medidas de control de un paciente diabético exigen un apoyo importante del grupo familiar que lo auxilie en la vigilancia de la enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas. El apoyo familiar es clave en el control metabólico de la enfermedad al propiciar un efecto favorable para reducir el estrés y mejorar el cumplimiento del tratamiento. Dicho apoyo se relaciona con las funciones básicas de ayuda y ajuste a las demandas del ambiente. Se halla integrado por empatía, estímulo, información, ayuda material y expresiones de participación.¹⁶

Generalmente se reconocen tres tipos de apoyo: 1) el emocional, definido como sentimientos de ser amado y de pertenencia, intimidad, el poder confiar en alguien, y la disponibilidad de alguien con quien hablar; el tangible o instrumental, que se ha determinado por prestar ayuda directa o servicios; 3) y el informal, proceso en el cual las personas buscan información consejo o guía que les ayude a resolver sus problemas, éste no es fácil separarlo del emocional. Por lo tanto el apoyo informacional y el tangible pueden considerarse como apoyo emocional.¹⁶

Un instrumento validado para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2 clasifica en 3 categorías de: alto, medio y bajo, de acuerdo con la puntuación obtenida de este, donde las áreas que explora se dividen en cuatro subescalas: 1) conocimientos sobre medidas de control; 2) conocimiento sobre complicaciones; 3) actitudes hacia el enfermo; 4) actitudes hacia las medidas de control. Los rangos para cada categoría se determinan con base en el intervalo, que se calcula con el valor de la puntuación máxima 255 menos el valor de la puntuación mínima 51 entre las tres categorías (intervalo de 68). Se determina de la siguiente manera: apoyo familiar bajo, puntuaciones entre 51 y 119; apoyo familiar medio, entre 120 y 187; y apoyo familiar alto, entre 188 y 255.¹⁶

La condición de cronicidad puede evolucionar a situaciones de estrés crónico en el sistema, que no solo impactan el funcionamiento de la familia, sino también la evolución de la propia enfermedad. Durante todo este proceso de enfermedad, la familia sufre al igual que el paciente, y se pueden generar cambios catastróficos dentro del seno familiar.¹⁷

La eclosión de la enfermedad en la familia genera una serie de desajustes en la manera de convivir y funcionar por parte de sus miembros, lo que conlleva a un procesamiento de la información relacionada con la enfermedad, a la cual se le añaden valores costumbres y definiciones tanto del significado de la enfermedad en sí misma, como de las necesidades que tiene la familia para enfrentarla. En función de este proceso se generan una serie de respuestas adaptativas que pueden ser funcionales o disfuncionales, que pudieran llevar a mayor estrés en la familia y a una crisis todavía más severa.¹⁷

Se ha considerado las respuestas adaptativas de la familia para enfrentar la enfermedad; no solo la familia puede afectar de manera positiva o negativa la evolución de la enfermedad, es ésta quien de forma directa afecta cada una de las esferas: afectiva, física económica y social de la familia, produciendo entonces un círculo vicioso, que hace mas severa la crisis y dificulta su manejo.¹⁷

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es evidente que las complicaciones y costos del tratamiento para la diabetes mellitus va en aumento y que repercute a todos los niveles; económico, social y emocional.

Cuando en la dinámica familiar la expresión de los resultados de sus interacciones se establecen de una manera armónica, en donde cada individuo que compone a la familia tiene muy claro su papel, así como su relación psicoafectiva, se dice que se comporta como una familia funcional. Por otra parte a los desajustes o desequilibrios en la dinámica familiar se les ha denominado como familia disfuncional. Más aún, cuando estos desequilibrios o falta de armonía se dan en el seno familiar, pueden llegar a provocar las denominadas crisis y hay que medir la relación donde se encuentra la pauta que conecta a la patología con la construcción de la enfermedad.

Podemos considerar que una familia es funcional cuando cumplen con sus tareas, cuando la interacción es generadora de salud, y le permite movilidad a dicho sistema familiar, al interior y en su entorno.

La familia puede constituir una fuente de apoyo y cariño, esto significa que la familia desempeña un papel fundamental en la salud de los individuos.

En el consultorio No.24 de la UMF No.53 en el turno vespertino, se cuenta con una adscripción de población de 3 018 derechohabientes en total, de estos, el 4.04% (122) son diabéticos tipo 2 ya en control.

De aquí la importancia de conocer **¿Sí el alto grado de percepción de satisfacción familiar facilita el apoyo de la familia al paciente diabético tipo 2 mejorando su control glucémico?**

JUSTIFICACIÓN

Debido al alto índice de morbi-mortalidad por Diabetes Mellitus, que es una enfermedad crónica degenerativa, de distribución mundial, la cual se ha incrementado alarmantemente en México constituyéndose en un asunto de preocupación en Salud Pública, y a que en la encuesta nacional de enfermedades crónicas de 1993 refieren una prevalencia de 7.2 %¹⁸ y en la encuesta nacional de salud 2000 una prevalencia de 10.8%¹⁸, se tratan de buscar alternativas para lograr un mayor apego del paciente diabético al tratamiento, una de ellas es el enfoque de la familia para determinar cual sería el papel reforzador de esta mediante el apoyo a su enfermedad y el impacto en el control glucémico.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social la DM ocupa el segundo lugar de motivo de demanda de consulta en Medicina Familiar^{9,19,20} y el primer lugar en la especialidad troncal^{9,20}; constituye la principal causa de ingreso y egreso hospitalario e incide de forma significativa en la tasa de mortalidad; de 32.8 por cada 100,000 derechohabientes en 1986, pasó a 50.9 en 1999⁹. Su mortalidad promedio diaria es de 40 pacientes a nivel nacional⁹. En el 2001 representó 11% del total de muertes registradas.¹⁸

El hecho de que la DM aun sea la causa más frecuente de ceguera, amputación e insuficiencia renal crónica²¹, es inaceptable ante el nivel de avance tecnológico y científico y esto refleja falta de motivación del paciente para mantener su tratamiento³. Dado que el origen de las complicaciones se finca en el descontrol crónico es evidente a necesidad de un esfuerzo mayor tanto del paciente y de su familia como coadyuvante facilitador en el apego del paciente diabético a su tratamiento y lograr así un mejor control metabólico para evitar o disminuir las complicaciones agudas y crónicas limitando las secuelas de estas y así disminuir la mortalidad las y elevar la calidad de vida.

Es de primordial importancia estudiar a la familia del paciente diabético puesto que es la red social más cercana al paciente. La familia se constituye en el primer grupo de apoyo que deberá brindar el soporte necesario para cumplir la prescripción médica, a mantener conductas de salud, así como para procurar información, asistencia y aliento durante la enfermedad. Así el apoyo familiar es determinante en el control adecuado del paciente diabético.⁸

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Evaluar el apoyo familiar y la percepción de alto grado de satisfacción familiar al paciente Diabético tipo 2 como coadyuvante para un mejor control glucémico.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- a) Evaluar la percepción de satisfacción familiar de los pacientes diabéticos tipo 2.
- b) Valorar si el apoyo familiar esta relacionado con el adecuado control glucémico del paciente diabético tipo 2.
- c) Determinar si el grado de percepción de satisfacción familiar, va de acuerdo con el apoyo de la familia en el paciente diabético tipo 2.

HIPÓTESIS.

H1.- El alto grado de percepción de satisfacción familiar actúa como facilitador en el apoyo de la familia al paciente diabético tipo 2, y por consiguiente a un mejor control glucémico.

H0.- El alto grado de percepción de satisfacción familiar y el apoyo de la familia al paciente diabético tipo 2 son indiferentes al control glucémico de este.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO.

Transversal comparativo

UNIVERSO DE TRABAJO.

En el consultorio No.24 de la UMF No.53 en el turno vespertino, se cuenta con una adscripción de población de 3 018 derechohabientes en total, de estos, el 4.04% (122) son diabéticos tipo 2 ya en control. El estudio se llevo a cabo con todos los pacientes diabéticos tipo 2 y sus familias que acudieron a control durante los meses de agosto septiembre y octubre del 2006 adscritos al consultorio No. 24 Turno vespertino de la U.M.F. 53 del IMSS, Zapopan Jalisco. Contando con un universo total de 122 pacientes diabéticos tipo 2.

Acudieron a control un total de 90 pacientes durante los meses de agosto septiembre y octubre del 2006 de los cuales se descartaron 20. porque 4 se negaron a contestar la encuesta, 5 eran de reciente diagnostico y no se alcanzaron a completar las tres glucemias requeridas, 1 por deceso durante el estudio, 1 caso baja para atención medica y 9 por no estar contestadas las encuestas de manera completa. Por conveniencia fue una muestra de 70 pacientes.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.

La población se dividió en dos grupos: uno se valoró como grupo de estudio: aquellos pacientes en los que se detectó alto grado de percepción de satisfacción familiar; y como grupo testigo: aquellos en los que no se detectó alto grado de percepción de satisfacción familiar (mediante cuestionario se Apgar familiar).

Se analizó en estos dos grupos el grado de apoyo familiar al paciente diabético tipo 2 (mediante instrumento para evaluar apoyo familiar al paciente diabético tipo 2) para ver si este corresponde con la autopercepción que tiene el paciente de satisfacción de su familia.

Se valoró el control glucémico de estos pacientes (mediante glucemias centrales en ayuno) considerando el promedio de las tres últimas glucemias obtenidas, y se clasifico como controlados: a los paciente en el rango de 70 a 110; moderadamente descontrolados: con cifras de 111 a 140, y descontrolados: aquellos con cifras mayores a 140 (según guía clínica para el control de diabetes mellitus tipo 2 IMSS).

Y se valoró la relación entre el grado de percepción de satisfacción familiar, y el apoyo familiar al paciente diabético tipo 2, con el control glucémico.

La muestra fue captada de agosto a octubre del 2006.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Se incluirán todos los pacientes diabéticos tipo 2 pertenecientes a la población adscrita al consultorio 24 Turno Vespertino de la UMF 53 del IMSS. Zapopan Jalisco México.
- Se incluirán a las familias de los mismos
- Todos los pacientes diabéticos tipo 2 que acudan a la consulta externa apartir del 01 de Agosto al 30 de Noviembre del 2006.
- Se incluirán pacientes diabéticos tipo 2 conocidos o de reciente diagnóstico.

CRITERIOS DE NO INCLUSION.

- No se incluirán pacientes diabéticos tipo 2 pertenecientes al consultorio 24 TV. de la clínica 53 del IMSS con perdida de expediente o datos de laboratorio extraviados.
- No se incluirán pacientes diabéticos tipo 2 pertenecientes al consultorio 24 TV. de la clínica 53 del IMSS que no deseen ingresar al proyecto de investigación

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Se excluirán del estudio a aquellos pacientes diabéticos tipo 2 pertenecientes al consultorio 24 Turno Vespertino de la UMF 53 del IMSS que no contesten las encuestas de una manera completa.

VARIABLES.-

Variable dependiente.-

a) Apoyo familiar global es la ayuda que proporciona la familia al paciente diabético en la vigilancia de la enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas. Mediante instrumento para evaluar apoyo familiar al paciente diabético tipo 2 con los siguientes grados según la puntuación obtenida:

- Apoyo familiar bajo: puntuaciones entre 51 y 119.
- Apoyo familiar medio: entre 120 y 187.
- Apoyo familiar alto: entre 188 y 255

b) Control glucémico es la cantidad de glucosa en la sangre central medida en mg. por dl. y tomada en ayuno al paciente diabético para el programa de control. Mediante glucemias centrales; se realizó promedio de las últimas tres glucemias obtenidas, clasificando a los pacientes en:

- Controlados:
aquellos pacientes que se encontraron con cifras de 70 a 110 mg/dl.
- Moderadamente descontrolados:
en el rango de 111 a 140 mg/dl.
- No controlados:
aquellos con cifras mayores a 140 mg/dl.

Variable independiente.-

a) Grado de Percepción de satisfacción familiar, es el nivel de funcionalidad familiar que el paciente percibe respecto a su familia, en el que se mezclan sentimientos comportamientos y expectativas personales. Mediante Apgar Familiar: calificando los grados de acuerdo a la calificación obtenida en el test.

- Altamente satisfechos: una calificación de 7 a 10 puntos.
- Moderadamente satisfechos: de 4 a 6 puntos.
- Pobremente o escasamente satisfechos: de 0 a 3 puntos

PROCESAMIENTO DE DATOS

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	TRATAMIENTO ESTADISTICO
CONTROL DE GLUCEMIA²²	Cantidad de glucosa en sangre	Cuantitativa	Diabético: CONTROLADO cifras de 70 a 110 mg/dl. MODERADAMENTE DESCONTROLADO de 111 a 140 mg/dl. NO CONTROLADO cifras mayores a 140 mg/dl. ²²	Proporciones t. de student
PERCEPCION DE SATISFACCION FAMILIAR	APGAR FAMILIAR: ⁵ Instrumento para evaluar el grado de percepción de satisfacción familiar mediante adaptabilidad compañerismo desarrollo afectividad y resolución.	Ordinal	PACIENTE ALTAMENTE SATISFECHO: de 7 a 10 puntos. MODERADAMENTE SATISFECHO: de 4 a 6 puntos. ESCASAMENTE SATISFECHO; de 0 a 3 puntos. ⁵	Porcentajes Prueba de χ^2
APOYO FAMILIAR	INSTRUMENTO PARA EVALUAR APOYO FAMILIAR AL DIABÉTICO TIPO 2: ¹⁶ Mediante medidas de control y complicaciones (apoyo informacional) y actitudes hacia el enfermo (apoyo tangible)	Cualitativa y Ordinal	APOYO FAMILIAR BAJO: puntuaciones entre 51 y 119. APOYO FAMILIAR MEDIO: entre 120 y 187. APOYO FAMILIAR ALTO: entre 188 y 255. ¹⁶	Porcentajes Prueba de χ^2

Variables intervinientes.-

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	CONDICION DE MEDICION	TRATAMIENTO ESTADISTICO
EDAD	La que refirió	Cuantitativa	Intervalo	Medida de tendencia central. Porcentaje y frecuencia
GENERO	Masculino o femenino	Cualitativa	Nominal	Porcentajes χ^2
OCUPACIÓN	La que refirió	Cualitativa	Nominal	Wilcoxon
TIEMPO DE DX. DE LA DIABETES	Tiempo transcurrido a la fecha en que se diagnostico la diabetes	Cuantitativa	Nominal	Porcentajes χ^2
ESTADO CIVIL	Soltero, casado, unión libre, divorciado, viudo, separado	Cualitativa	Nominal	Porcentajes χ^2
ESCOLARIDAD	La que refirió en años de estudio	Cuantitativa	Intervalo	Medida de tendencia central. Porcentaje y frecuencia

CONSIDERACIONES ETICAS.

Debido a que en esta investigación participan seres humanos se realizará consentimiento informado por escrito.

Los procedimientos propuestos en esta investigación están de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud y con la declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 1989 y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica.

Además se hará una declaración por escrito en donde se especifique que se respetarán cabalmente los principios contenidos en el código de Nuremberg, La Declaración de Helsinki, La enmienda de Tokio, El Informe Belmont, y El Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos.

RESULTADOS

Tabla 1
DISTRIBUCION DE LA MUESTRA POR SEXOS

Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Masculino	32	45,7	45,7	45,7
Femenino	38	54,3	54,3	100,0
Total	70	100,0	100,0	

GRAFICO I
masculino/femenino

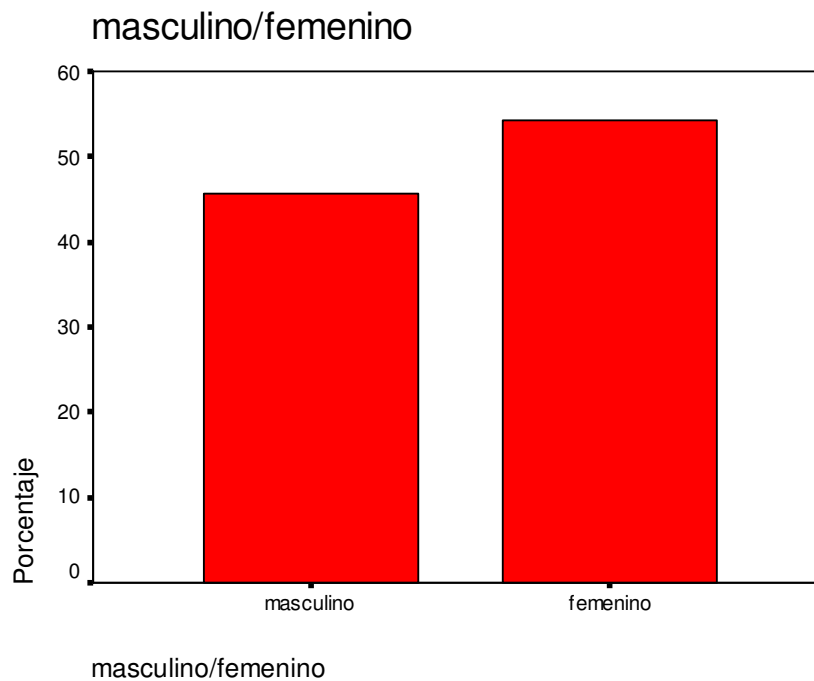


TABLA 2 . ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje
CASADO	46	65,7
DIVORCIADO	2	2,9
UNION LIBRE	8	11,4
VIUDO	10	14,3
SEPARADO	4	5,7
TOTAL	70	100,0

TABLA 3. EDAD, ESCOLARIDAD Y AÑOS DE CONOCERSE DIABETICO

	Edad	Escolaridad	Años de evolucion
N	70	70	70
Moda	62.26	4.81	9.91
Mediana	63.00	4.00	8.00
Moda	59(a)	0	7
Rango	60	18	24
Minimo	23	0	1
Maximo	83	18	25

TABLA 4. OCUPACION

	Frecuencia	Porciento
Obrero	9	12.9
Empleado	10	14.3
Profesionista	2	2.9
Comerciante	5	7.1
Pensionado	1	1.4
Desempleado	30	42.9
Hogar	70	100.0
Total		

TABLA 5. GLUCEMIA EN GRAMOS

	Frecuencia	Porcentaje
Controlado	24	34,3
Moderadamente descontrolado	14	20,0
No controlado	32	45,7
Total	70	100,0

TABLA 6 . VALORES DE APGAR

	Frecuencia	Porcentaje
Altamente disfuncional	19	27,1
Moderadamente disfuncional	12	17,1
Funcional	39	55,7
Total	70	100,0

TABLA 7 .APOYO FAMILIAR

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	19	27,1
Medio	16	22,9
Alto	35	50,0
Total	70	100,0

TABLA 8 .GLUCEMIA EN GRAMOS / APOYO FAMILIAR

Glucemia en gramos	Apoyo familiar			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Controlado	0	0	24	24
Moderadamente descontrolado	1	3	10	14
No controlado	18	13	1	32
Total	19	16	35	70

TABLA 8-B.GLUCEMIA EN GRAMOS / APOYO FAMILIAR
Pruebas estadísticas.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	55.832(a)	4	.000
Likelihood Ratio	72.988	4	.000
Linear-by-Linear Association	45.639	1	.000
McNemar-Bowker Test	2.248	3	.522
N of Valid Cases	70		

TABLA 9. GLUCEMIA EN GRAMOS / APGAR FAMILIAR

		Apgar valores			Total
		Altamente disfuncional	Moderadamente disfuncional	Funcional	
Glucemia en gramos	Controlado	0	1	23	24
	Moderadamente descontrolado	1	1	12	14
	No controlado	18	10	4	32
Total		19	12	39	70

TABLA 9-B GLUCEMIA EN GRAMOS / APGAR FAMILIAR
Pruebas Estadísticas

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	45.376(a)	4	.000
Likelihood Ratio	54.324	4	.000
Linear-by-Linear Association	36.974	1	.000
McNemar-Bowker Test	.792	3	.851
N of Valid Cases	70		

TABLA 10 . APGAR VALORES /APOYO FAMILIAR

apgar valores		Apoyo familiar			Total
		Bajo	Medio	Alto	
	Altamente disfuncional	18	0	1	19
	Moderadamente disfuncional	1	10	1	12
	Funcional	0	6	33	39
Total		19	16	35	70

TABLA 10-B APGAR VALORES /APOYO FAMILIAR. Pruebas estadísticas.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	89.747(a)	4	.000
Likelihood Ratio	90.395	4	.000
Linear-by-Linear Association	54.099	1	.000
McNemar-Bowker Test	5.571	3	.134
N of Valid Cases	70		

DISCUSION

En el consultorio No.24 de la UMF No.53 en el turno vespertino, se cuenta con una adscripción de población de 3 018 derechohabientes en total, de estos, el 4.04% (122) son diabéticos tipo 2 ya en control.

Existen estudios en donde se asocia la disfunción familiar, con mayor frecuencia de descontrol en el paciente diabético.⁴ Lo cual corresponde con el estudio realizado ya que se presentó la misma asociación

Actualmente se reconoce la existencia de varias fuentes potenciales de apoyo en la atención a la enfermedad. Algunos estudios destacan el papel preponderante de la familia, e incluso afirman que la mayoría de los enfermos crónicos reciben y prefieren los cuidados y el apoyo de esta fuente más que de cualquier otra. .⁴

En el control del paciente diabético intervienen variables psicosociales que influyen en las fluctuaciones de la glucemia. El paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de la familia, y a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia terapéutica.⁴

Un individuo con diabetes se encuentra todos los días, ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre hacia los integrantes de la familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud; la respuesta que le brinden influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica.⁴

En otro estudio de 200 familias, concluyeron que para el control de la diabetes mellitus tipo 2 conviene considerar no únicamente al paciente sino a toda su familia, debido al alto riesgo que enfrenta y por el invaluable apoyo que debe ofrecer a sus miembros.⁸ ya que como vemos en este estudio va relacionado directamente tanto con el alto grado de auto percepción familiar y un mejor control glucémico.

Es de primordial importancia estudiar a la familia del paciente crónico en general y del diabético en particular, puesto que es la red más cercana al paciente. La familia se constituye en el primer grupo de apoyo que deberá brindar el soporte necesario para cumplir la prescripción médica, a mantener conductas de salud, así como para procurar información asistencia y aliento durante la enfermedad. Así el apoyo familiar es determinante en el control adecuado del paciente.⁸

En relación al estudio realizado los resultados del mismo corresponden con los de la literatura revisada y citada.

Los pacientes tienen un mayor grado de apego al tratamiento cuando reciben apoyo familiar,¹³ lo cual se comprueba de manera significativa en el estudio en el cual se observa un mejor control glucémico en los pacientes que tienen un alto grado de apoyo familiar. Y se concluye en este estudio que el apoyo familiar va correlacionado con la autopercepción de satisfacción familiar y a su vez ambos con el control glucémico .

CONCLUSIONES

Se concluye que el estudio es significativo demostrando que existe relación entre el alto grado de percepción de satisfacción familiar, y el apoyo familiar alto al paciente diabético tipo 2, con el adecuado control glucémico.

Es de primordial importancia estudiar a la familia del paciente diabético puesto que es la red social más cercana al paciente. La familia se constituye en el primer grupo de apoyo que deberá brindar el soporte necesario para cumplir la prescripción médica, a mantener conductas de salud, así como para procurar información, asistencia y aliento durante la enfermedad. Así el apoyo familiar es determinante en el control adecuado del paciente diabético.⁸

La familia puede constituir una fuente de apoyo y cariño, esto significa que la familia desempeña un papel fundamental en la salud de los individuos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Quiroz PJR, Castañeda LR, Ocampo BP. Diabetes Mellitus tipo 2, Salud-Competencia de las familias. Rev. Med. IMSS 2002. 40 (3): 213-220.
- 2.- Islas A SA, Revilla MMC, García AH. Diabetes Mellitus. Enfoques patológicos Modernos para una epidemia mundial. Rev. Med. Int. de Méx. 2001. 17 (3): 163-168.
- 3.- Zúñiga GS, Islas AS. Educación del paciente diabético. Un problema ancestral. Rev. med IMSS 2003. 38 (3): 187-191.
- 4.- Méndez LDM, Gómez LVM, García RME, Pérez LJH, Navarrete EA. Disfunción Familiar y control del paciente Diabético tipo 2. Rev. Med. IMSS 2004. 42 (4): 281-284.
- 5.- Smilkstein GMD. The family APGAR: A Proposal for a Family Function Test and its Use by Physicians. The journal of family practice 1978. 6 (6): 1231-1239.
- 6.- Gómez CFJ, Irigoyen CA, Ponce RER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Rev. Arch. Med. Fam. 1999. 1 (2): 45-57.
- 7.- Tovar GC, Irigoyen CA y cols. Autopercepción de disfunción familiar en un grupo de familias de la Ciudad de México. Rev. Arch. de Med. Fam. 2003. 5 (3): 92-95.
- 8.- Gil AI, Pérez HC. Perfil de la familia del diabético: Características Sociodemográficas y Clínicas. Rev. Arch. de med. Fam. 2002. 4 (3): 95-98.
- 9.- Corona HM, Bautista SL. Perfil del paciente diabético en una unidad de Medicina Familiar en la Ciudad de México. Rev. Arch. de Med. Fam. 2004. 6 (2): 40-43.
- 10.- Afganis JEN. Ideas populares acerca de diabetes y su tratamiento. Rev. med. IMSS 1998. 36 (5): 383-387.
- 11.- Jáuregui JJT, De La Torre SA, Gómez PG. Control del padecimiento en pacientes con Diabetes tipo 2 e Hipertensión Arterial: Impacto de un programa multidisciplinario. Rev. med. IMSS 2002. 40 (4): 307-318.
- 12.- Velasco ML, Julián SJF. La Diabetes Mellitus y la familia. Libro: Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, Historias y creencias). Ed. manual moderno primera edición 2001. : 203-204: 215-219.
- 13.- Marín RF, Rodríguez MM. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Rev. Salud pública de México 2001. 43 (4): 336-339.
- 14.- Olmedo CVH, Campos DLVG, Ortega DA. Falta de adherencia al tratamiento en el enfermo diabético: un problema de salud pública. Rev. Fac. Med. UNAM 1998. 41 (2): 76- 81.
- 15.- Bialik DSR. La adherencia terapéutica desde una perspectiva antropológica. Rev. Arch. de Neurocién. (Méx.) 2003. 8 (1): 46-51.
- 16.- Valadez FI, Alfaro AN, Centeno CG, Cabrera PC. Diseño de un instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2. Rev. Med. Investigación en salud 2003. 3 (V).
- 17.- Fernández OMA. El impacto de la enfermedad en la familia. . Rev. Fac. Med. UNAM 2004. 47 (6): 251-254.

- 18.- García de Alba GJE, Salcedo RAL, Covarrubias GV, Colunga RC, Mike NME. Diabetes Mellitas Tipo 2 y ejercicio Físico. Resultados de una intervención. Rev Med IMSS 2004; 42 (5):395-404.
- 19.- Rodríguez MR, López CJM, Munguía MC, Hernández SJL, Martínez BM. Validez y consistencia del instrumento FANTASTIC, para medir estilo de vida en diabéticos. Rev. Med IMSS 2003: 41 (3) :211-220.
- 20.- Rodríguez MR, Magdalena TME, Munguía MC, Hernández SJL, Casas DLTE. Factores de los médicos familiares asociados al control glucémico de sus pacientes con diabetes mellitas. Rev. Gac. Méd. Méx. 2003. 139(2):112-117.
- 21.- Velázquez MO, Lara EA, Tusie LMT, González CHA. Prevención primaria de la diabetes: una necesidad para el siglo XXI. Rev. Med Int. Méx. 2001. 17 (1): 24-35
- 22.- Oviedo MMA, Espinoza LF, Reyes MH, Trejo yPJA, Gil VE. Guía Clínica para el diagnóstico y manejo de la diabetes mellitas tipo 2. Guías de práctica clínica para medicina familiar. IMSS. Ed. Manual moderno Pág. 131 -153.

ANEXOS.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO DE INVESTIGACION EL ALTO GRADO DE PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN FAMILIAR COMO COADYUVANTE EN EL APOYO A PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 ADSCRITOS AL CONSULTORIO 24 TURNO VESPERTINO DE LA U.M.F. NO. 53 DEL I.M.S.S. Y SU INFLUENCIA EN EL CONTROL GLUCEMICO.

Constancia de recepción del formulario.

En el día de la fecha..... he recibido del Dr.....el presente formulario conteniendo información del estudio de investigación, en el que me ha propuesto participar como parte del mismo, dándome una amplia explicación de sus riesgos y beneficios esperados en el presente estudio, y aclarando que en el momento en que yo decida puedo abandonar dicho estudio si a mi me parece conveniente, sin que esto afecte la atención que recibo del instituto. Luego de leer en mi casa detenidamente con mis familiares esta información, he sido citado_(a) el día..... Para que me sean aclaradas todas mis dudas.

Lugar y fecha Titulo de la investigación..... Registrado ante el Comité Local de Investigación Médica con el número..... El objetivo de este estudio es..... Se me ha explicado que mi participación consistirá en..... Y por lo tanto, declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, siendo los que a continuación se mencionan.....El investigador principal me ha dado la certeza que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio, así como todo lo relacionado con la privacidad que mi persona merece serán manejados de manera confidencial. También existe el compromiso a mantenerme informado y actualizado con respecto a los avances o retrocesos que se generen en el estudio, aunque esto implique un cambio en la decisión de permanecer como participante del estudio.

Espacio para anotar dudas o preguntas

Autorización (consentimiento) Habiendo recibido este formulario con tiempo suficiente para su estudio y aclarado satisfactoriamente todas mis dudas, mi firma al pie certifica que doy voluntariamente mi autorización (consentimiento) para participar en el estudio de investigación..... llevada a cabo por el doctor..... Investigador principal del mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del investigador

Nombre y firma testigo

Nombre y firma testigo

Nombre y firma del familiar o apoderado en caso necesario:

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE APGAR FAMILIAR

- El APGAR familiar es un cuestionario que consta de cinco preguntas
- Mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida en familia
- Constituye un instrumento de utilidad para determinar si la familia es un recurso para el paciente o si más bien contribuye a su enfermedad.
- El cuestionario está elaborado de tal modo que puede ser contestado por todo tipo de familias.
- Mientras mayor sea el número de individuos a quienes se aplique, más completa será la visión que se pueda tener del funcionamiento del sistema familiar (mayores de 15 años).

COMPONENTES DEL APGAR FAMILIAR

- ADAPTABILIDAD
- PARTICIPACION
- CRECIMIENTO
- AFECTO
- RESOLUCION

	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando alguna cosa me está afligiendo			
Estoy satisfecho con la manera como mi familia discute temas de común interés y resuelve los problemas junto conmigo			
Yo encuentro que mi familia acepta mis peticiones de ocuparme de una nueva actividad o hacer cambios en mi estilo de vida			
Estoy satisfecho con la forma como mi familia expresa afecto y la respuesta que tienen ante mis sentimientos, tales como enojo, tristeza y amor			
Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo pasamos juntos			

CALIFICACION

- 00-03 PUNTOS: DISFUNCIÓN SEVERA
- 04-06 PUNTOS: DISFUNCIÓN MODERADA
- 07-10 PUNTOS: FAMILIA FUNCIONAL

Si la funcionalidad o disfuncionalidad se encuentra en más de un miembro de la familia, el calificativo se otorga a todo el grupo.

ANEXO 3

INSTRUMENTO PARA EVALUAR APOYO FAMILIAR AL DIABETICO TIPO 2.

A = Siempre D = Rara vez	B = Casi siempre E = Nunca	C = Ocasionalmente	A	B	C	D	E
1.- El diabético descontrolado llega a tener gangrena en los pies			5	4	3	2	1
2.- El diabético debe en su casa medirse la azúcar en la sangre			5	4	3	2	1
3.- Son comunes las infecciones en los diabéticos			5	4	3	2	1
4.- La preparación de los alimentos del enfermo diabético es realizada por:							
a) El paciente mismo			1	2	3	4	5
b) El cónyuge			5	4	3	2	1
c) La hija/o mayor			5	4	3	2	1
d) Otra persona			1	2	3	4	5
5.- La administración de la medicina al paciente diabético es realizada por:							
a) El paciente mismo			1	2	3	4	5
b) El cónyuge			5	4	3	2	1
6.- Usted está de acuerdo que para mantenerse en control el enfermo diabético tiene que:							
a) Tomar sus medicinas			5	4	3	2	1
b) Llevar su dieta			5	4	3	2	1
c) Hacer ejercicio			5	4	3	2	1
d) Cuidar sus pies			5	4	3	2	1
e) Cuidar sus dientes			5	4	3	2	1
7.- Le ayuda a su familiar a entender las indicaciones del médico			5	4	3	2	1
8.- Cuando su familiar enfermo come más alimentos de los indicados, usted:							
a) Le recuerda el riesgo			5	4	3	2	1
b) Le retira los alimentos			1	2	3	4	5
c) Insiste tratando de convencerlo			5	4	3	2	1
d) Insiste amenazándolo			1	2	3	4	5
e) No dice nada			1	2	3	4	5
9.- Se da cuenta cuando a su familiar se le olvida tomar su medicina			5	4	3	2	1

10.- Considera que es problema preparar la dieta de su familiar diabético: a) Porque no sabe b) Porque no le gusta c) Porque le quita tiempo d) Porque cuesta mucho dinero	5 4 3 2 1 5 4 3 2 1 5 4 3 2 1 5 4 3 2 1
11.- Que hace usted cuando su familiar diabético suspende el medicamento sin indicación médica: a) Le recuerda b) Le insiste tratando de convencerlo c) Le lleva la medicina d) Lo regaña e) Nada	5 4 3 2 1 5 4 3 2 1 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 1 2 3 4 5
12.- Pregunta al médico sobre las diferentes combinaciones de alimentos para su familiar	5 4 3 2 1
13.- Considera necesario que el diabético acuda al dentista	5 4 3 2 1
14.- Motiva a su familiar a hacer ejercicio (caminar)	5 4 3 2 1
15.- El ejercicio físico baja la azúcar	5 4 3 2 1
16.- A los enfermos diabéticos puede bajárseles la azúcar	5 4 3 2 1
17.- La azúcar en la sangre debe medirse antes de los alimentos	5 4 3 2 1
18.- Procura tenerle a su familiar diabético los alimentos que requiere a sus horas	5 4 3 2 1
19.- Cuando el paciente tiene cita con el medico para su control, usted: a) Lo acompaña b) Le recuerda su cita c) Está al tanto de las indicaciones d) No se da cuenta	5 4 3 2 1 5 4 3 2 1 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5
20.- Conoce las dosis de medicamento que debe de tomar su familiar	5 4 3 2 1
21.- Platica con el médico acerca de la enfermedad y de las indicaciones que le dieron a su familiar	5 4 3 2 1
22.- ¿Su familiar diabético toma alguna otra cosa para su control aparte del medicamento? a) Tes b) Homeopatía c) Remedios caseros	1 2 3 4 5 1 2 3 4 5 1 2 3 4 5

23.- Considera necesario para el cuidado de los pies del diabético:	
a) El uso de calzado adecuado	5 4 3 2 1
b) El uso de talcos	5 4 3 2 1
c) El recorte adecuado de uñas	5 4 3 2 1
d) Que evite golpearse	5 4 3 2 1
24.- Su familiar diabético se encuentra en la casa solo	5 4 3 2 1
A = Siempre B = Casi siempre C = Ocasionalmente D = Rara vez E = Nunca	

INSTRUMENTO PARA EVALUAR APOYO FAMILIAR AL DIABÉTICO TIPO 2

Para la calificación de cada proposición (ítem) se utiliza el método de escalonamiento de Lickert o escala de puntos sumativos, con cinco alternativas de respuesta en cada una de ellas las cuales van del uno al cinco (de negativo a positivo respectivamente). El instrumento da una puntuación global de todas las áreas.

Las áreas que explora se dividen en cuatro subescalas:

- 1) conocimientos sobre medidas de control;
- 2) conocimiento sobre complicaciones;
- 3) actitudes hacia el enfermo;
- 4) actitudes hacia las medidas de control.

Los rangos para cada categoría se determinan con base en el intervalo, que se calcula con el valor de la puntuación máxima 255 menos el valor de la puntuación mínima 51 entre las tres categorías; intervalo de 68.

De acuerdo con la puntuación obtenida en el instrumento, el apoyo familiar global es clasificado en categorías de:

- Apoyo familiar alto: entre 188 y 255.
- Apoyo familiar medio: entre 120 y 187
- Apoyo familiar bajo: entre 51 y 119.