



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 50  
LERDO DE TEJADA, VER.**

**TIPOLOGIA FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2**

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

**PRESENTA:**

**DR. ERASTO CADENA SOLANO**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 50  
LERDO DE TEJADA, VER.**

**2006**



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.

**TIPOLOGIA FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2**

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

**PRESENTA:**

**DR ERASTO CADENA SOLANO**

**AUTORIZACIONES:**

**DRA. NIDIA HERNANDEZ TRUJILLO  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS**

**DRA. GRACIELA MOTA VELAZCO  
ASESOR DE METODOLOGIA DE TESIS**

**DRA. GRACIELA MOTA VELAZCO  
ASESOR DEL TEMA DE TESIS  
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**DR. RAFAEL RAMOS CASTRO  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION**

**TIPOLOGIA FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2**

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

**PRESENTA:**

**DR ERASTO CADENA SOLANO**

**DR. MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ ORTEGA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM**

**DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA  
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM**

# **TIPOLOGIA FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2**

## INDICE

1.- Marco Teórico.....	6
2.- Planteamiento del problema.....	11
3.- Justificación.....	12
4.- Objetivo general.....	13
5.- Objetivos específicos.....	14
6.- Material y Métodos.....	15
7.- Variables.....	16
8.- Procedimiento.....	17
9.- Consideraciones éticas.....	18
10.- Resultados.....	19
11.- Discusión.....	25
12.- Conclusiones.....	26
13.- Referencias bibliográficas.....	27

## MARCO TEORICO

La tradición analítica de las ciencias exactas determina que para explicar algo hay que fragmentar progresivamente, en partes cada vez más pequeñas, hasta hacer entendible el fenómeno

En su momento se creyó que éste era el método más fiable, haciendo que las Ciencias de la Salud diseccionaran cada vez más el organismo humano (aislándolo además de su entorno vital).

Frente a ésta propuesta surgió la Teoría de los Sistemas con el objetivo de comprender en forma global el funcionamiento de los organismos.

Un conjunto de unidades interrelacionadas entre sí constituye un sistema. Dichos conjuntos tienen sus propias características: medio de comunicación con el exterior, sistema de comunicación interno, límites de permeabilidad variables, diferente nivel de complejidad. Es posible considerar sistemas abiertos y cerrados. La mayoría son abiertos, ya que establecen algún tipo de comunicación con el entorno; en los sistemas cerrados el intercambio sería escaso o prácticamente nulo.

Los sistemas abiertos tienen las siguientes propiedades: la totalidad y su corolario, la no sumatividad; y la homeostasis <sup>1</sup>

En relación al concepto familia, quedará asimilado a los sistemas abiertos, desde cuya perspectiva se definirán sus propiedades, para los fines del presente estudio.

**LA FAMILIA COMO SISTEMA.** Las propiedades de los sistemas abiertos se pueden aplicar a la familia, la cual es considerada más como un todo que como la suma de sus partes (totalidad/no sumatividad), ya que depende de las relaciones entre sus miembros mantiene y no solo de las igualdades de sus miembros.

Cuando uno de los miembros enferma, se ven afectados todos los demás miembros del sistema. Esto es importante, ya que puede complicar ciertos cambios de hábitos, propuestos por el medio para un individuo, al repercutir en el resto de la familia.

La autorregulación de la familia se efectúa de dos maneras: la del crecimiento/cambio frente a la de autorregulación/homeostasis.

Estas dos formas se alternan, señalando el grado de adaptabilidad al sistema, en tanto que la preponderancia de una de ellas, podría anticipar la aparición de alguna crisis. En ocasiones, el sistema apela en busca de la cohesión, a que la enfermedad de uno de los miembros de la familia sea un mecanismo de autorregulación que tienda hacia la estabilidad.

En resumen, la familia es un Sistema Abierto, estable, regulado por reglas y con límites que van desde los muy rígidos hasta los muy difusos, donde cada quien actúa conforme a su propio albedrío; lo cual lleva a la transformación de un modelo de pensamiento lineal de causa-efecto, a un modelo de pensamiento sistémico o de causalidad circular. <sup>1</sup>

### LA FAMILIA

Familia (del latín famulus que significa siervo, la cual a su vez proviene del primitivo famul que se origina de la voz osca famel, esclavo doméstico). f. Conjunto de ascendientes, descendientes y colaterales de un linaje. Grupo taxonómico subordinado al orden, inmediatamente superior a la tribu o subfamilia <sup>2</sup>. De acuerdo a la definición de la ONU, puede entenderse como la interrelación biopsicosocial que media entre el individuo y la sociedad y se encuentre integrada por un número variable de individuos,

unidos por consanguinidad, unión, matrimonio o adopción, desde un punto de vista funcional implica además compartir el mismo espacio físico. 2-12

El estudio de la familia desde la perspectiva médica requiere conocer su estructura y funcionalidad. La primera evalúa la clasificación de la familia y la etapa del ciclo vital a través del genograma.

El genograma, árbol genealógico, pedigree humano o familiograma es una representación gráfica de las principales características e interrelaciones de un grupo familiar. Se representa en forma de diagrama de flujo que permite identificar procesos biológicos, emocionales y sociales de una familia a través de diferentes generaciones. La evaluación de la funcionalidad se apoya en diversas bases teóricas y disciplinas científicas 12

## METODOS EN INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACION FAMILIAR

Observacionales.

Permiten la evaluación de los patrones de interacción familiar. Los métodos e instrumentos que se utilizan en forma observacional proveen solamente de una visión externa del fenómeno.

De auto aplicación

Estos instrumentos proporcionan una perspectiva “interna “de la funcionalidad y son cuestionarios estandarizados que proveen de información individual de los integrantes de una familia, incluyendo percepciones sobre sí mismo, sobre los demás miembros de la familia, sus actitudes, roles, valores, etc. 4

## TIPOLOGIA FAMILIAR

La estructura social global influye por medios de características y valores fundamentales sobre la familia como unidad microsocia. Todo esto enmarcado dentro de la macroestructura, la sociedad en general.

La familia como fenómeno histórico es también considerada como un fenómeno social total, de modo que no puede hablarse teóricamente de la familia en general, sino únicamente de tipos de familia. Tan numerosas como las regiones, las clases sociales y los grupos sociales, y los subgrupos existentes en el interior de la sociedad global. 4

El sistema familiar global se conforma con varias familias interrelacionadas y en donde cada persona es miembro de dos familias, la familia de origen y la familia de procreación. Una característica inherente al ser humano es la tendencia a clasificar todo lo que le rodea, en un afán de simplificar la organización del conocimiento. Al médico familiar le interesa disponer de instrumentos de trabajo adecuados que le faciliten conocer y comprender a las familias que atiende. Es deseable que desde la primera consulta disponga de recursos como el genograma, que permite conocer claramente la composición familiar y otros elementos como el Ciclo Vital , con lo que se tendría una impresión objetiva de la familia, con lo que se podría elaborar una primera hipótesis sobre la dinámica familiar.

## CLASIFICACION

Existe diversidad de puntos de vista. Pero es posible hacerlo tomando en cuenta::

LA ETAPA DEL CICLO VITAL EN QUE SE ENCUENTRE

POR SU DESARROLLO:

Tradicional

Modernas

ENFOQUE DEMOGRAFICO

Urbanas  
Rurales

## SEGÚN LOS LÍMITES EN SU ESTRUCTURA

Amalgamadas o desvinculadas

## CARACTERÍSTICAS DEL JEFE DE LA FAMILIA:

Campesinas, obreras, empelados, profesionistas, etc.

## CLASIFICACION DE LA FAMILIA SEGÚN FACTORES MACROESTRUCTURALES

A) Cultura y Subcultura de las comunidades a las que pertenecen

- a) Indígenas
- b) Rural Tradicional
- c) Urbana

B) ESTRATIFICACION SOCIOECONOMICA Y DE CLASE. Según los niveles de subsistencia y actividad económica

- a) Estrato marginado y subproletaria
- b) Estrato popular proletario
- c) Estrato medio
- d) Estrato elitista de dominio

UBICACIÓN GEOSOCIAL, de acuerdo con:

- a) La región en que habiten
- b) Las redes de relación ecológica que mantengan
- c) Su grado de sedentarismo y marginación

## EN EL CAMPO DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

Se requiere que la familia sea clasificada de tal manera que permita comprender Los parámetros suficientes que en un momento dado permitan incidir en el grado de funcionalidad o disfuncionalidad familiar.

Para ello se necesita conocer sus características demográficas

- a) Composición
- b) Número de miembros
- c) Grado de parentesco
- d) Generaciones que la forman
- e) Presencia de personas sin parentesco

Además las características familiares que resultan de las complicaciones de su desarrollo.

SEGÚN SU CONFORMACION se definen los siguientes tipos:

Familia nuclear, es la que conforma la pareja con hijos. Se caracteriza por los lazos de parentesco legítimos y por el hecho de vivir juntos bajo el mismo techo.

Familia seminuclear (monoparental o uniparental). Familia de un solo padre, ya sea por soltería de la madre (con hijos que pueden ser de un solo padre o de distinto – monogamia serial-, o a consecuencia de complicaciones en el desarrollo familiar, como el fallecimiento (familia contraída), separación o divorcio (familia interrumpida) de la pareja.

Familia extensa (consanguínea asociada). Se mantiene el vínculo generacional, conviviendo en el mismo hogar más de dos generaciones. Incluye la unidad familiar nuclear y uno o más familiares consanguíneos, ya sean verticales, ascendentes (abuelos, tíos, etc.), verticales descendentes (sobrinos) o laterales (hermanos, cuñados) viviendo bajo el mismo techo. La legitimación entre los miembros de la familia es muy importante en éste núcleo familiar.

Familia compuesta. (Ampliada). Puede ser cualquiera de los tipos de familia descritos, incluyendo además a otros miembros sin nexos consanguíneos de filiación (sirvientes, compadres, ahijados, amigos, huéspedes).

Familia múltiple. Son dos o más familias de cualquier tipo que vivan bajo el mismo techo. Pueden ser extensas o compuestas, según haya o no parentesco.

Familia extensa modificada. Se refiere al sistema de redes familiares y sus pautas de ayuda mutua. La consanguinidad tiende a ser más un mero reconocimiento social que una relación estrecha, y éste parentesco, al estar basado en la elección, se torna en amistad.

Equivalentes familiares (sistemas familiares alternos). Grupo de individuos que conviven en un mismo hogar sin constituir un grupo familiar propiamente, como lo hacen las parejas estables de homosexuales, grupos de amigos que viven juntos, etc. Pueden considerarse funcionales si no producen patología individual o grupal y se conservan los parámetros respecto a la dinámica familiar funcional.

Grupo doméstico. En la actualidad existe una gran variedad de organizaciones familiares totalmente distintas a la norma de la familia nuclear, por lo que el concepto de grupo doméstico alcanza su relevancia ante lo restrictivo de la idea de familia en relación con el proceso de salud-enfermedad y de las funciones médicas operativas. Pueden estar conformados por familias tanto nucleares como extensas, compuestas o múltiples.

SEGÚN LAS COMPLICACIONES DEL DESARROLLO FAMILIAR se hace la siguiente tipificación:

Familia interrumpida. Separación o divorcio de los padres.

Familia contraída. Se da por la muerte de algunos de los miembros. Si fallece alguno de los cónyuges, se convierte en una familia seminuclear o semiparental, según su composición.

Familia reconstruida ( familia reestructurada o binuclear). Conformada por una pareja en donde ambos o uno de los cónyuges ha tenido una unión previa, independientemente de los hijos que conciban juntos; por ejemplo, una mujer viuda unida con un hombre divorciado y sus hijos. 12

Ha través del tiempo los cambios sociales determinaron que cambiara el concepto familia, generando otras modalidades que atendieran las necesidades de los miembros, dependiendo del contexto en que se dieron. La familia ha tratado de dar respuesta de diferente manera, siendo la finalidad última producir individuos sanos y productivos para la sociedad.

Por las repercusiones que involucran el sufrimiento individual y familiar, así como el alto costo económico y social, que deteriora la sustentabilidad de los Sistemas Nacionales de Salud, la diabetes mellitas ha sido exhaustivamente estudiada. Epidemiológicamente se ha encontrado que su magnitud en México es de 48 % en los individuos mayores de 35 años. Entre los 20 y 69 años, de 6.7 % . En la población general el 10 % la padece. Constituye la cuarta causa de muerte. 3-7

En consecuencia, la interrelación que se dé entre el paciente diabético y su familia habrá de favorecer o de interferir con su control metabólico y por ende en su calidad de vida y de los seres que forman parte de su entorno.

Sin embargo, a pesar de la enorme importancia de lo antes dicho, se han realizado pocos estudios de investigación que aborden el problema desde el punto de vista de la

estructura y dinámicas familiares, en relación con el control integral del paciente afectado por la diabetes mellitus tipo 2. ( 9)

Es por esto, que el presente trabajo se abocará a investigar cómo incide la tipología de la familia en el paciente diabético y poder hacer algunas recomendaciones que determinen familias competentes.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Hospital General de Zona No. 50 del IMSS, está ubicado en una zona que económicamente ha sufrido una cada vez más preocupante depauperación, principalmente como consecuencia de Tratado de Libre Comercio firmado por nuestro país con Estados Unidos y Canadá. La zona ha sido propicia para el cultivo de la caña de azúcar. Y en la década de los 50s como consecuencia de la política económica del Gobierno Federal en turno, marcada por la industrialización del país, se establecieron dos plantas productoras de azúcar, los Ingenios San Francisco El Naranjal en Lerdo de Tejada y San Pedro en Saltabarranca. El resultado fue bueno, viéndose reflejado en la economía de la región. 17

En la actualidad la producción y comercialización del azúcar pasa por malos momentos, arrastrando consigo toda la estructura macro y microsocioal.

Estando la familia enmarcada dentro de la estructura microsocioal, tiene una diversidad de hábitos y costumbres, de la que dependen las respuestas que se dan al acontecer del diario vivir. Así, las respuestas a las alteraciones organo-funcionales como son las enfermedades crónicas degenerativas, están fuertemente relacionadas con factores económicos, políticos y culturales, que de acuerdo con Viniegra (12) un enfermo crónico es una persona que por su historia (herencia biológica y cultural, multiplicidad de ambientes de los que ha formado parte) y circunstancias (constelación actual de sus relaciones con el medio ambiente) ha llegado a ciertas formas de ser que le ocasionan limitaciones, malestares, sufrimientos y diversos tipos de inconvenientes. En este grupo de enfermedades la diabetes mellitus ocupó en el 2003 el primer motivo de consulta especializada y el tercero en la consulta de medicina familiar, y por sus graves complicaciones tardías y el enorme gasto social que representan constituyen un reto a los conocimientos y habilidades del médico familiar, teniendo como blanco diana el núcleo familiar en sus diferentes aspectos. En este estudio nos ha interesado investigar cuál la tipología familiar y el paciente diabético, porque pensamos que la forma en que se encuentre estructurada la familia puede desempeñar un papel importante en el control de este tipo de pacientes. Surge entonces la pregunta ¿Cuál es la relación entre la tipología familiar y el paciente diabético en el HGZ N° 50 de Lerdo de Tejada, Ver.?

## **JUSTIFICACION**

Este estudio puede ser útil por las características sociodemográficas del padecimiento objeto de estudio en nuestro país, en que dominan patrones culturales caracterizados por malos hábitos alimenticios, falta de espacios recreativos, sedentarismo, toxicomanías, machismo, familias nucleares extensas, tradicionales, promiscuidad, embarazos en adolescentes y una desesperante falta de apego al tratamiento a todos los niveles. Desde distintos ángulos se ha estudiado éste grave problema de salud pública en México y otros países, estando a la vanguardia en latinoamérica la República de Cuba, que se apartó del camino del neoliberalismo y tomó el camino del socialismo, desterrando el analfabetismo, construyendo un sistema de salud de buena calidad, con médicos de la familia que están en los mas apartados rincones del país, con una alimentación adecuada, el fomento del ejercicio, la poca adicción al alcoholismo, tabaquismo y otras toxicomanías, han logrado un buen control del padecimiento en cuestión 15. La comparación viene al caso, porque permite pensar que el control del problema rebasa el ámbito microsocial, resaltando la macroestructura y que es factible que con un fuerte apoyo gubernamental, basado en la múltiples investigaciones, y desde las instituciones del Sector Salud se puede a futuro lograr un control que limite sus invalidantes y/o mortales complicaciones, permitiendo una mejor calidad de vida y el incremento de recursos para las enfermedades emergentes. Esta investigación es un acercamiento más a la problemática para tratar de entender la asociación entre el tipo de familia y el paciente diabético.

## **OBJETIVO GENERAL**

Conocer la relación entre el tipo de familia y el paciente diabético tipo 2 en el HGZ No. 50 en el periodo comprendido de Noviembre del 2005 a Febrero del 2006.

Siendo la familia la célula básica de la sociedad se tratará de definir la relación entre la tipología familiar y el paciente diabético, puesto que el desarrollo y el ciclo vital de la familia conllevan hábitos y costumbres arraigados, que en éste tipo de padecimientos crónico degenerativos dificultan el tratamiento farmacológico y no farmacológico. Frecuentemente se escucha decir a los pacientes que han suspendido el tratamiento farmacológico para “probar” alguna terapia alternativa empírica, también argumentan dificultades económicas para llevar adelante el plan dietético, o falta de tiempo para el ejercicio. Muchos rechazan la insulino terapia, pues según la conseja popular los dejaría ciegos. Conocer el tipo de familia asociado al paciente diabético nos permitiría incidir en su control. Se afirma que, a escala mundial, el siglo XX a sido el del crecimiento de la población y el siglo XXI será el del envejecimiento de ésta, lo cual acarrea consecuencias importantes de orden político, económico, social, y para la salud pública y la medicina. 15

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Conocer la tipología familiar más frecuente en los pacientes diabéticos tipo 2
- Identificar el grado de control de los pacientes diabéticos tipo 2 de acuerdo a glucemia central.

## **MATERIAL Y METODOS**

Diseño: Encuesta descriptiva prospectiva

Lugar: Consulta externa del Hospital General de Zona No. 50, Lerdo de Tejada, Ver.

Tiempo: Noviembre del 2005 a Febrero del 2006.

Población: Pacientes diabéticos tipo 2 del HGZ No. 50

Muestra: Se obtuvo por conveniencia.

Criterios de inclusión:

- Pacientes diabéticos tipo 2
- Asistentes al consultorio no. 4 matutino de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 50, Lerdo de tejada, Ver.
- Pacientes que acepten la entrevista.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con trastornos psiquiátricos
- Pacientes con dificultad para la comunicación

Criterios de eliminación:

- Encuestas incompletas.

## VARIABLES

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Categorías</b>	<b>Escala de medición</b>
Tipología familiar	Son las características que definen las familias de acuerdo a ciertos parámetros	Genograma	<u>Demografía:</u> Rural, urbana, suburbana <u>Composición:</u> Nuclear, extensa y compuesta <u>Desarrollo:</u> Moderna Tradicional <u>Ocupación:</u> profesional, obrera y campesina <u>Fase del ciclo vital:</u> Matrimonio, expansión dispersión, independencia, retiro.	Nominal
Grado de control de Diabetes mellitus tipo 2	Se consideran controlados los pacientes que tienen cifras de glucosa menores de 126 mg/dl	Dato tomado del expediente clínico	Controlado No controlado	Nominal

## **PROCEDIMIENTO**

Previa aprobación del Comité Local de Investigación, se procedió a elaborar el genograma con los pacientes que acudieron a la consulta del HGZ No. 50 en el periodo comprendido entre los meses de Noviembre del 2005 a Febrero del 2006 y que consintieron la entrevista.

Se formularon, a una muestra por conveniencia, diez preguntas abiertas en forma clara, concisa y coherente, por personal previamente adiestrado; siendo excluidos 5 paciente por no cumplir con los criterios correspondientes.

Posteriormente se procedió a tomar las cifras de glucemia central en ayuno del expediente clínico, para anotarlas en la lista de cotejo.

Las repuestas obtenidas se vaciaron en una base de datos para posteriormente obtener los resultados y hacer su análisis por estadística descriptiva.

## **CONSIDERACIONES ETICAS**

Esta investigación se considera de riesgo mínimo de acuerdo al título segundo, artículo 17, párrafo 2 del reglamento de La Ley General de Salud.

## RESULTADOS

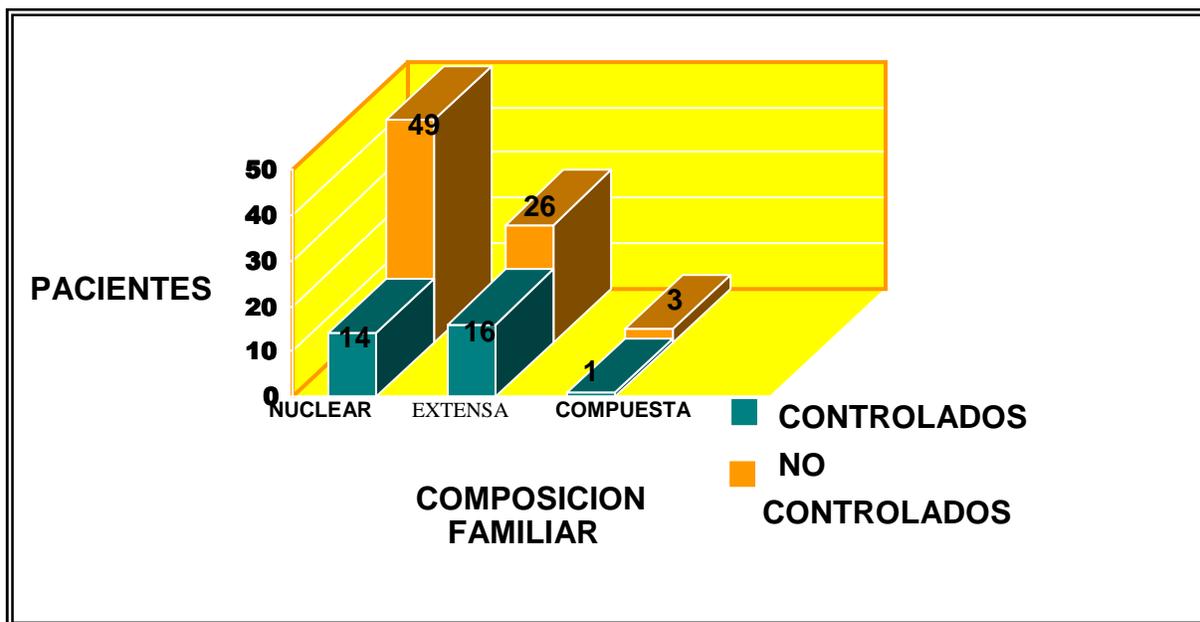
Se estudió un total de 109 pacientes, de los cuáles:

31 pacientes (28%) fueron controlados y 78 pacientes (72%) no controlados.

En cuanto a su composición familiar, los pacientes controlados (n=31), 14 pacientes (45%) fueron de familia nuclear, 16 pacientes (52%) de nuclear extensa y un paciente (3%) de nuclear compuesta.

De los pacientes no controlados (n=78), 49 pacientes (63%) fueron de familia nuclear, 26 pacientes (33%) de familia extensa y 3 pacientes (4%) de familia nuclear compuesta.

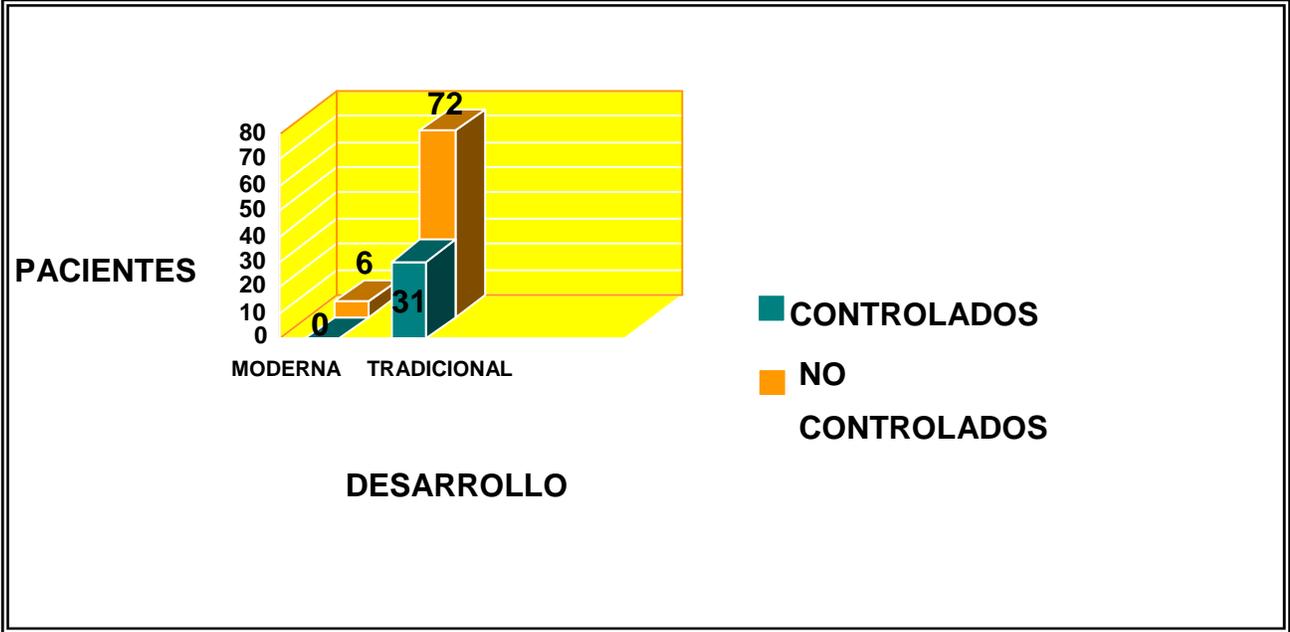
### COMPOSICION FAMILIAR



n= 109

En cuanto a su desarrollo los pacientes controlados 31 pacientes (100%) fueron de familia tradicional y de los pacientes no controlados 6 pacientes (8%) fueron de familia moderna y 72 pacientes (92%) de familia tradicional.

**DESARROLLO FAMILIAR**

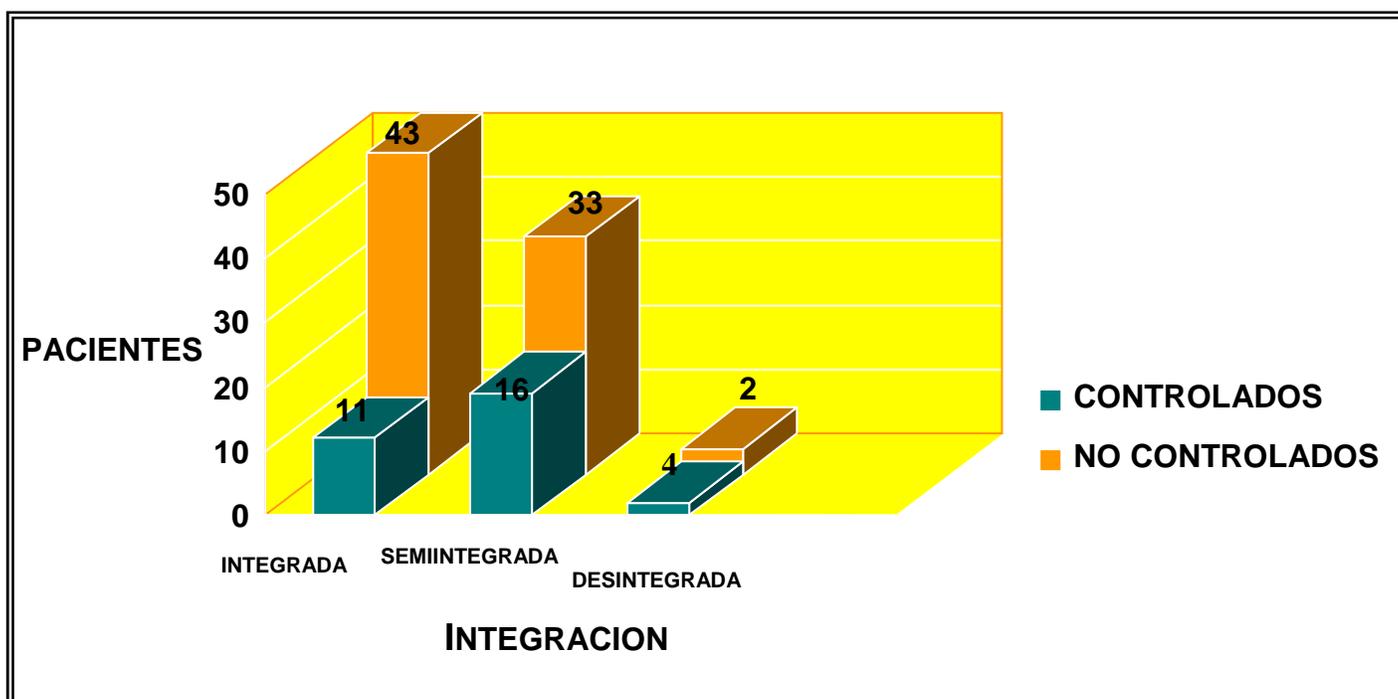


n=109

En cuanto a su integración de los pacientes controlados 11 pacientes (35%) fueron de familias integradas, 16 pacientes (52%) son de familias semiintegradas, 4 pacientes (13%) son de familias desintegradas.

De los pacientes controlados 43 pacientes (55%) son de familias integradas, 33 pacientes (41%) son de familias semiintegradas, y 2 pacientes (3%) de familias desintegradas.

## INTEGRACION FAMILIAR

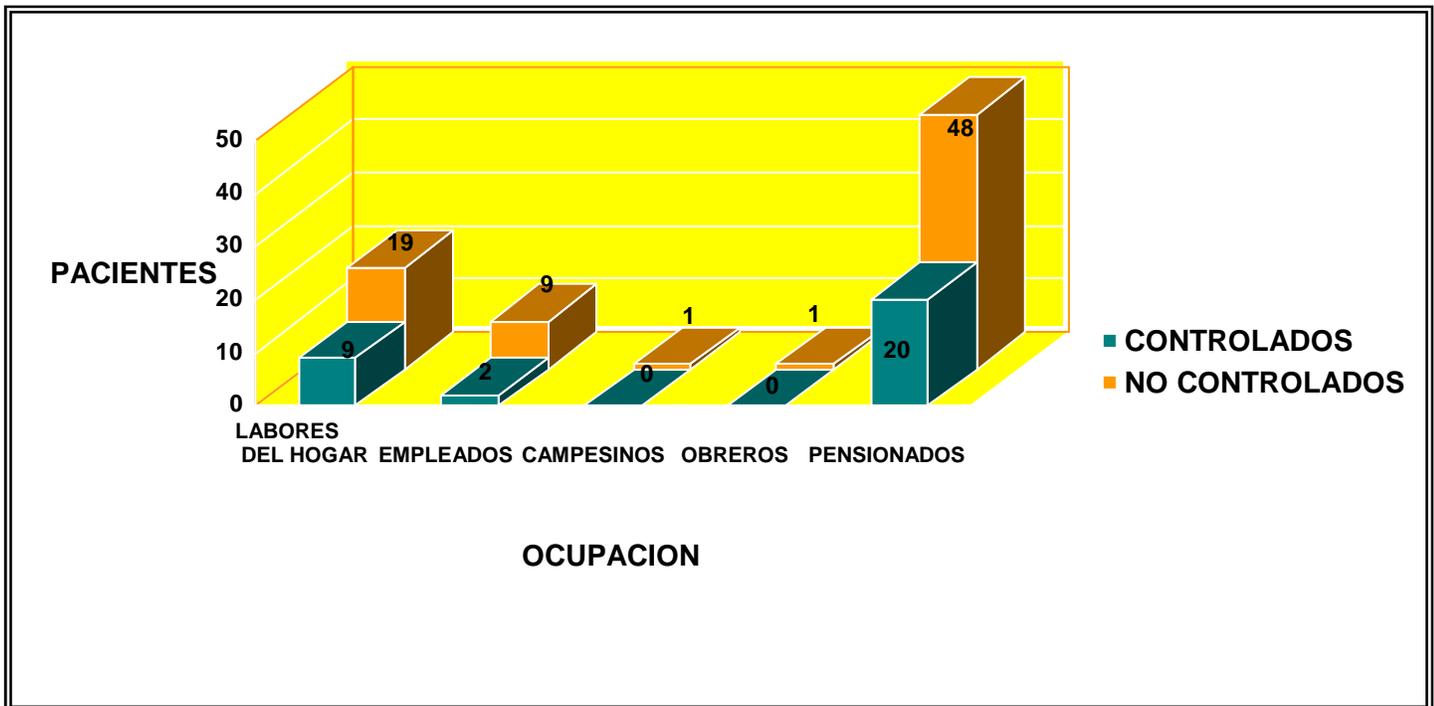


n= 109

En cuanto a su ocupación, de los pacientes controlados 9 pacientes (29%) se dedican a los quehaceres domésticos, 2 pacientes (6%) son empleados, y 20 pacientes (65%) son pensionados.

De los pacientes no controlados 19 pacientes (24%) se dedican a los quehaceres domésticos, 9 pacientes (12%) son empleados, 1 paciente (1%) es campesino, 1% es obrero y 48 pacientes (62%) son pensionados.

### OCUPACION FAMILIAR

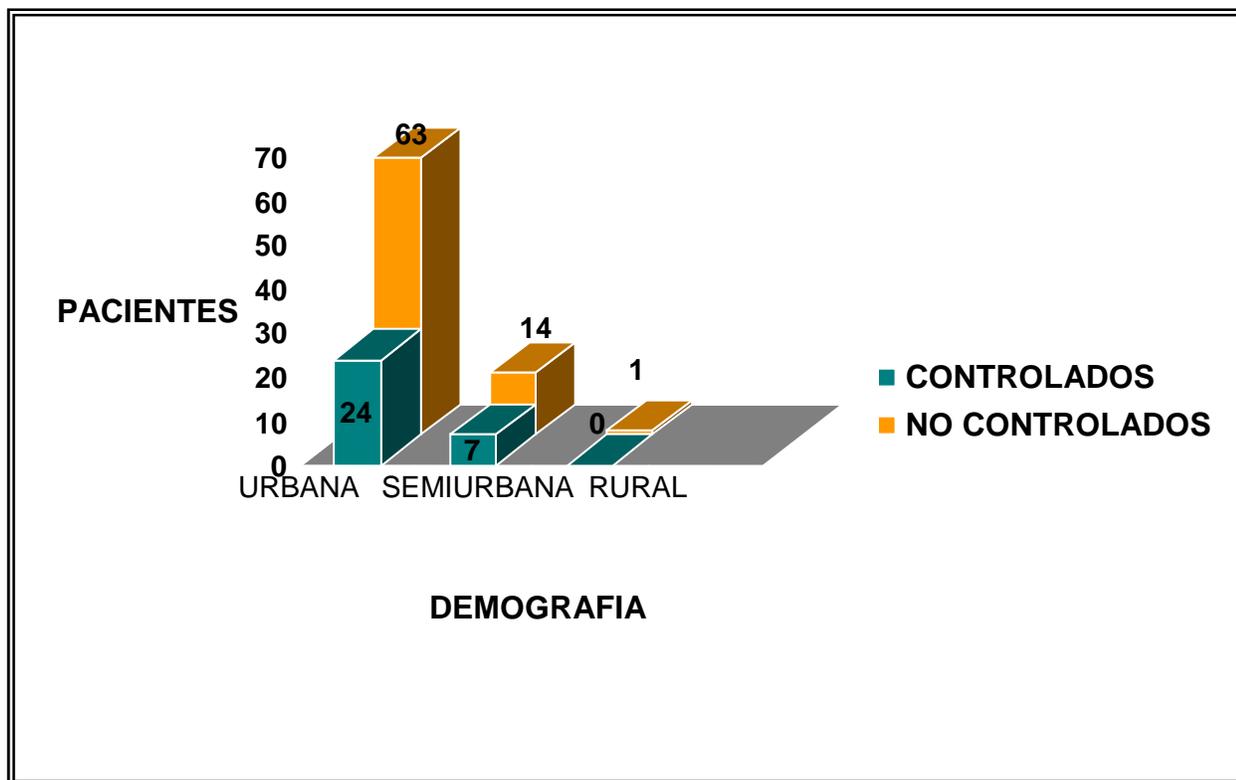


n= 109

En cuanto a su demografía, de los pacientes controlados, 24 (77%) son de tipo urbana, y 7 pacientes (23%) semiurbana.

De los pacientes no controlados, 63 (81%) son de tipo urbana, 14 pacientes (18%) son de tipo semiurbana, 1 paciente (1%) rural.

### DEMOGRAFIA FAMILIAR

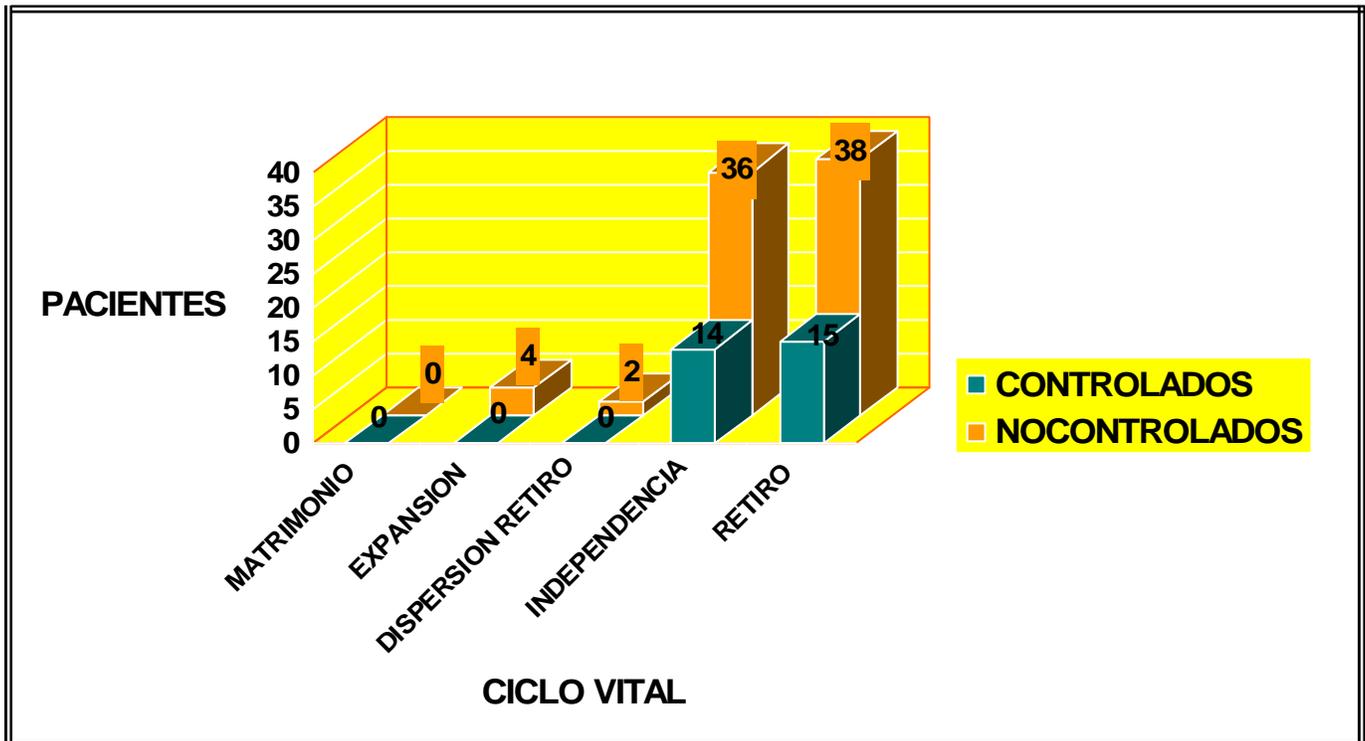


n= 109

En cuanto a su ciclo vital, de los pacientes controlados, 14 pacientes (45%) se encuentran en fase de independencia, 17 pacientes (55%) se encuentran en fase de retiro.

De los pacientes no controlados, 2 pacientes (4%) pertenecen a familias en fase de expansión, 2% a fase de dispersión, 36 pacientes (46%) a fase de independencia y 38 pacientes (49%) a fase de retiro.

### CICLO VITAL DE LA FAMILIA



n= 109

	CONTROLADOS		NO CONTROLADOS	
<b>COMPOSICION:</b>				
NUCLEAR	14	12,84%	49	44,95%
NUCLEAR EXTENSA	16	14,67%	26	23,85%
NUCLEAR COMPUESTA	1	0,91%	3	2,75%
<b>DESARROLLO:</b>				
MODERNA:	0	0%	6	5,50%
TRADICIONAL	30	27,52%	73	66,97%
<b>INTEGRACION:</b>				
INTEGRADA	11	36,36%	43	54,95%
SEMINTEGRADA	16	57,58%	33	40,66%
DESINTEGRADA	2	6,06%	4	4,39%
<b>OCUPACION:</b>				
QUEHACERES DOMESTICOS:	9	8,25%	19	17,43%
EMPLEADOS	2	1,83%	9	8,25%
CAMPESINOS	0	0,00%	1	0,91%
OBREROS	0	0,00%	1	0,91%
PENSIONADOS	20	18,34%	48	44,03%
<b>DEMOGRAFIA:</b>				
URBANA	24	22,01%	63	57,79%
SEMIURBANA	7	6,42%	14	12,84%
RURAL	0	0,00%	1	0,91%
<b>DINAMICA:</b>				
FUNCIONAL	18	16,51%	40	36,69%
DISFUNCIONAL	15	13,76%	36	33,02%
<b>CICLO VITAL DE LA FAM:</b>				
MATRIMONIO	0	0,00%	0	0,00%
EXPANSION	0	0,00%	4	3,66%
DISPERSION	0	0,00%	2	1,83%
INDEPENDENCIA	14	12,84%	36	33,02%
RETIRO-MUERTE	15	13,76%	38	34,86%
NUMERO DE FAMILIAS CONTROLADAS: 77			FAM. NO CONTROLADAS: 32	

## DISCUSION

Hay estudios que reflejan la transición epidemiológica en nuestro país, con disminución de las enfermedades infecciosas y aumento de las crónicas degenerativas, entre ellas la diabetes mellitus tipo 2, Por lo que se impone el conocimiento de su estructura por el Médico Familiar para el desarrollo de habilidades y destrezas para el manejo del padecimiento, teniendo en cuenta que el 47.50% de los pacientes no controlados se encuentran en las fases terminales del Ciclo Vital Familiar, y que son dependientes emocional y económicamente de la sociedad. 10

Desde el año 1995 se estableció que para señalar indicadores que faciliten evaluar a las familias en riesgo de enfermar, el análisis familiar debería incluir criterios demográficos: fundamentalmente el tamaño y composición de la familia, la cual puede ser promotora de salud o enfermedad en sus integrantes, por lo que parte de las habilidades que el médico familiar debe desarrollar es la detección de factores de riesgo de disfunciones familiares, o bien su detección y tratamiento oportuno por lo tanto es necesario desde la primera entrevista, contar con recursos como el genograma y otros elementos como ciclo vital familiar que permitan tener una impresión objetiva de la familia y faciliten la elaboración de una primera hipótesis sobre la dinámica familiar. 4

La estructura influye en el control del paciente tipo 2 y en este estudio el porcentaje más elevado de no controlados recae en familias nucleares. Isabel de la A. Valadéz habla del “aislamiento” de la familia nuclear (no sólo del sistema de parentesco sino también del mundo laboral) y del acercamiento y dependencia entre sus miembros, así como del poco intercambio de apoyo de la red de parentesco. 6 La nuclearización de la familia moderna urbana, término acuñado recientemente, limita a la familia para ofrecer a estos pacientes el apoyo emocional adecuado. Asimismo se ha dicho que la familia extensa tiene como aspecto fundamental la ayuda mutua, incluyendo a los parientes enfermos. Así, se ha mencionado que se presta más apoyo para el control de una enfermedad nueva dentro de la familia y que deja de brindarse ayuda cuando, después de vivir varios años con un paciente diabético, perciben que su conducta no alterará el curso de la enfermedad; es decir no hay remisión. Es algo que también se da en las familias integradas. 7

La presencia de la enfermedad en un gran número de familias, ocasiona problemas debido a que inducen cambios de comportamiento, con una mayor dependencia de los demás.

También se ha estudiado que sin el apoyo de la familia para sus cuidados, el apego al tratamiento farmacológico y no farmacológico y la toma de decisiones, el paciente no da la importancia a su propia asistencia.

Asimismo, la proporción considerable de madres no controladas que se dedican a los quehaceres domésticos y por ende son dependientes económicamente, y con relaciones sociales limitadas, desarrollan desapego al tratamiento, debido a que se dedican al cuidado de la familia, y creen alcanzar su control metabólico con el concurso mínimo o nulo de la familia. 21

La visión sistémica de la familia nos ayudará a comprender que las relaciones que se dan entre los diferentes miembros tienen una causalidad circular, es decir, nadie es culpable y nadie es víctima. Todos, paciente y familia, juegan el mismo juego desempeñando cada uno su papel. El enfoque por parte del profesional desde ésta perspectiva favorecerá una posición neutral en su trabajo a la hora de decidir abordar e intervenir cualquier sistema familiar en particular. El interés por el estudio sistemático y

científico de la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso salud y enfermedad con el cual el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo.. Un individuo con diabetes se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre a los integrantes de la familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud; la respuesta que le brinden influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica.15-16

A fin de puntualizar los aspectos más importantes del estudio de la tipología familiar y diabetes mellitus, se hace a continuación una descripción de lo encontrado en la clasificación de la familia y del ciclo de vida familiar.

De acuerdo a los resultados obtenidos la pertenencia del paciente no controlado en su mayoría, a una familia nuclear, tiene que ver con la tendencia de la familia a una nuclearización y a un aislamiento de las familias de origen, disminuye las posibilidades de obtener los recursos necesarios para su control, al tiempo que produce un sentimiento de soledad, llegando en ocasiones a la depresión, con lo que pierde fuerza el espíritu de lucha para enfrentarse a la enfermedad, las familias nucleares extensas muestran un control similar a las nucleares controladas, en tanto que las no controladas extensas se ubican por debajo de las nucleares, lo que hace ver que en regiones sociodemográficas como la del estudio, confluyen los apoyos de las familias de origen, así como de las redes sociales..

También es notoria la supremacía de las familias nucleares no controladas sobre las controladas, lo que podría deberse al elevado número de pacientes diabéticos pertenecientes a familias nucleares, lo que podría poner en tela de juicio que el hecho de pertenecer a una familia nuclear garantiza el control.

\* En cuanto al desarrollo predomina la familia tradicional, en su mayoría no controlada, lo que probablemente se explique por factores sociodemográficos, pues siendo los padres analfabetas o casi analfabetas, con ocupaciones malremuneradas, desean mejores condiciones de vida para sus hijos, lo que implica invertir en educación buena parte de sus magros ingresos, incremento de la jornada laboral y consecuentemente desapego al tratamiento, principalmente no farmacológico (dieta y ejercicio). 17, 18,19.

En cuanto a la integración, es muy relevante la diabetes no controlada en familias integradas. Aquí se ha mencionado por Valadez que después de mucho tiempo de convivir con un pariente diabético, cuando surge una enfermedad nueva en otro familiar, abocan sus atenciones en este, descuidando al paciente crónico. En el caso de la diabetes con su alta prevalencia en el adulto mayor perteneciente a familias nucleares o nucleares extensas, que están correlacionadas con familias integradas o semiintegradas, en donde se comporta siguiendo el patrón cultural propio de las familias con un desarrollo tradicional característico. Aquí también se hace evidente que la pertenencia a familias integradas no necesariamente determina el control de la diabetes, invocando presuntamente hábitos y costumbres como agentes causales.

En la ocupación, referida a los sectores productivos contemplados en éste estudio, los pacientes diabéticos no controlados fueron mayoría. La preeminencia de la diabetes en personas de la tercera edad, como sucede en la mayoría de los casos, corrobora la etapa transicional por la que atraviesa nuestro país con la disminución de las enfermedades infecciosas y el aumento de las crónicas degenerativas, y el respectivo aumento del gasto social 10. En los quehaceres domésticos las pacientes no controladas fueron mayoría y es importante por tratarse de mujeres económicamente dependientes, que por atender al núcleo hacen a un lado la atención de su

padecimiento, lo cual las hace más vulnerables. Se encontró también que los pensionados no controlados duplican a los controlados.

Demográficamente tienen primacía los diabéticos no controlados habitando en el medio urbano, como un probable efecto de la migración del campo a la ciudad en busca de mejores condiciones de vida, teniendo que adaptarse al patrón cultural correspondiente, debiendo adoptar un nuevo estilo de vida, propicio para un descontrol, con sus graves complicaciones.

Los resultados de la evaluación del Ciclo Vital Familiar en este estudio muestran en el rubro de independencia primacía de los no controlados, contrariamente a lo esperado, pues supuestamente se entra a una etapa de estabilidad emocional y económica. Sin embargo en la región del estudio, no se pierden los nexos entre los padres y los hijos, cuando éstos se separan, y continúan siendo blancos de las preocupaciones paternas, recibiendo diferentes clases de apoyo, que merman la susodicha estabilidad. La enfermedad per se, mas sus complicaciones tardías sobretodo, afectan la estabilidad del núcleo familiar, al mismo tiempo que éste afecta en mayor o menor cuantía el grado de control de la enfermedad.

El hecho de que la mayoría de los pacientes controlados y no controlados en el Ciclo Vital Familia se encuentren en la fase de retiro, magnifica la resistencia a nuevos hábitos alimentarios, pues las experiencias emocionales, las costumbres y la cultura determinan ésta conducta negativita. Se considera que aproximadamente la mitad de los pacientes diabéticos podrían controlarse con una dieta adecuada. 6

El predominio de los pacientes no controlados en la fase de retiro obedece a la salida de los hijos, la limitación física, la aparición de enfermedades crónicas o las propias de la edad, además de otros eventos críticos como el síndrome del nido vacío, la jubilación o la muerte, crean inestabilidad que puede alterar el grado de control del padecimiento.

## CONCLUSIONES

El presente estudio concluye que la tipología familiar y la diabetes mellitus tipo 2 tienen una relación en que la familia juega un papel de vital importancia en el control del paciente diabético tipo 2, y que el paciente influye también en la homeostasis familiar, por lo que conocer la tipología juega un papel muy importante para contribuir al control de la enfermedad crónica en general y en la diabetes en particular, debido a que esta forma de organización social (la familia) es la red social más cercana al paciente, la que le brindará apoyo, haciendo que cumpla con las indicaciones médicas, información, asistencia, seguridad, por lo que se considera determinante en el control adecuado del paciente. Sin desdeñar, claro, todo el entramado social como eje rector de las diversas formas de organización de los individuos. La salud del grupo familiar se configura en una trama compleja de condiciones socioeconómicas, culturales, ambientales, genéticas, psicológicas y relacionales que se definen a escala microsocia en el contexto del hogar y que se expresan en el modo particular en que la familia provee experiencias potencializadoras de salud, asume en forma constructiva y creativa las exigencias que devienen de cada etapa de desarrollo biopsicosocial de sus integrantes y de la vida social. 15

Numerosas investigaciones han estudiado el concepto familia desde diferentes ángulos, ya sea en su unicidad o en relación con los padecimientos que dañan la salud del ser humano como ente social, con una familia de origen y una familia de procreación. El conjunto de esas investigaciones han dado como fruto un conocimiento más amplio de las características de la familia.

Aquí se ha pretendido establecer una relación entre la tipología familiar y la diabetes mellitas encontrándose que la mayoría de los pacientes incluidos pertenecen a familias nucleares, tradicionales, integradas, urbanas, pensionadas, en fase de retiro y que en su mayoría se catalogaron como no controlados 77 casos. Hubo 32 familias controladas. Se registró un importante grado de analfabetismo y baja escolaridad, predominantemente en las mujeres.

El estudio "Estructura Familiar y factores de riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial" 9 no encontró diferencia estadísticamente significativa al relacionar los datos de factor de riesgo cardiovascular en el portador de HAS con la estructura familiar. En otro estudio relacionado con el anterior (González-Alfonso A.) caracterizó la participación familiar y la relación médico-familia, la disfuncionalidad familiar y el apoyo deficiente al hipertenso estuvieron asociados al descontrol de la hipertensión arterial.

Otros trabajos recopilados: "Propuesta de una clasificación de la familia con base en su composición" 4. – "Salud-Competencia de las familias" 5 – "Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético" 6 – "Perfil de la Familia del Diabético, características sociodemográficas y clínicas" 7 – "Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria" – "Perfil del Paciente Diabético en una Unidad de Medicina Familiar de la Ciudad de México. Todos son trabajos enfocados al estudio de la familia en su interrelación y los factores que la ligan de alguna manera con las enfermedades crónico-degenerativas.

Hoy en día la gente busca y requiere de un cuidado integral más centrado en las personas que en los problemas, de alta calidad y más comprensiva, que sustituya aquella atención fragmentaria e impersonal que hace del ser humano un "objeto" de estudio y no un "sujeto" de análisis y que es producto en múltiples ocasiones de

conductas reduccionistas. El quehacer médico es una interacción entre gente, en que la simpatía y la comprensión deben ser dispensadas pródigamente; la recompensa será encontrada en ese personal lazo de unión, la más grande satisfacción de la práctica médica.

...

## ANEXOS

### HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

FOLIO:  
No. DE AFILIACION:  
EDAD:  
SEXO:  
ESCOLARIDAD:

#### CARACTERISTICAS FAMILIARES:

COMPOSICION: NUCLEAR  
EXTENSA  
COMPUESTA

DESARROLLO: MODERNA  
TRADICIONAL

INTEGRACION: INTEGRADA  
SEMIINTEGRADA  
DESINTEGRADA

OCUPACION: OBRERA  
CAMPESINA  
EMPLEADA  
PROFESIONISTA

DEMOGRAFIA: URBANA  
RURAL

CICLO VITAL: MATRIMONIO  
  
EXPANSION  
  
DISPERSION  
  
INDEPENDENCIA  
  
RETIRO

CIFRA DE LA ÚLTIMA GLUCEMIA:

DIABETES:                    PACIENTE CONTROLADO                    PACIENTE NO CONTROLADO

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Teoría General de los Sistemas Aplicada a la Familia. EL MEDIO INTERACTIVO-Capitán Haya, 60 28020 Madrid, España.
- 2.- PAC MF-1 Programa de Actualización Continua en Medicina Familiar. Colegio Mexicano de Medicina Familiar, A.C. Libro 1 . 1ª Ed. 1999
- \*\*3.- Gómez Víctor y col. Índice de hiperglucemia como indicador del control de la diabetes mellitus. Rev Med del IMSS 2002; 40 (4): 281-284.
- 4.- Monroy-Caballero C y cols, Propuesta de una clasificación de la familia con base en su composición- BUSCAR FUENTE EN INTERNET.
- 5.- Quiroz-Pérez y cols. Diabetes tipo 2 . Salud-competencia de las familias. Rev Med del IMSS 2002; 40 (3): 213-220
- 6.- Valadéz-Figueroa I de la A. y cols. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente . Salud Pública de México. 1993 ; 35 ( 5) PAGINAS
- 7.-Gil-Alfaro I. y cols. Perfil de la familia del diabético: características sociodemográficas y clínicas. Arch de Med Fam 2002; 4 (3); 95-98
- 8.- Moreno-Altamirano L. Epidemiología y diabetes. Revista Facultad de Medicina UNAM (COMPLETAR REFERENCIA)
- E
- 9.- Huerta-Vargas D. y cols. Estructura familiar y factores de riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial. Arch en Med Fam. 2005: 7 (3) 87-92
- 10.- Vázquez-Martínez J.L. y cols. Diabetes mellitus en población adulta del IMSS. Rev Med del IMSS 2006 44 (1): 13-26
- 11.- Mendoza- Solís y cols. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiares en atención primaria. Archd de Med Fam 2006; 8. (1) 27-32.
- 12.- Méndez-López D.M y cols. Disfunción Familiar y control del paciente diabético tipo 2. Rev Med del IMSS 2005; 42 (4): 281-284
- 12.- Estructuras Familiares. ONUSIDA. Programa conjunto de las naciones unidas sobre el VIH-SIDA
- 13.-Guerrero- Pupo J.C. y cols. Evaluación de aspectos biopsicosociales en el adulto mayor.. Departamento de Salud Pública . Facultad de Ciencias Médicas “Mariana Grajales Coello” 2003; VOL, NUM Y PAGES
- 14.- Gómez Víctor y col. Índice de hiperglucemia como indicador del control de la diabetes mellitas. Rev. Med. IMSS 2002; 40 (4): 281-284

15.- Louro-Bernal I. Modelo de Salud del grupo familiar. Escuela Nacional de Salud Pública. Rev Cubana Salud Pública 2005; 31 (4): PAGINAS

16.- Sánchez-G P. y cols. Clasificación campesina de tierras y su relación con la producción de caña de azúcar en el sur de Veracruz. Tierra Latinoamericana, Universidad Autónoma de Chapingo, México 2000; 20 ( 4): 356-369

17.- Ley General de Desarrollo Social (decretada el 20/01/2004)- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Secretaría General. Secretaría de Servicios Parlamentarios. Dirección General de Bibliotecas. Capítulo VI. De la definición y Medición de la Pobreza. Artículos 36 y 37.

18.- Reglamento de la Ley General de Desarrollo Social. Nuevo reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de enero de 2005

19.- Boltvinik Julio. La Pobreza en México. 1. Metodología y evolución. Salud Pública de México. 1995; 37 ( 4): 288-297

