



"PERCEPCION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR



EN LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES DIABETICOS DEL CONSULTORIO 5

TURNO VESPERTINO DEL HGZ C/UMF No.9 DEL IMSS EN CIUDAD

GUZMAN, JALISCO."

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

OSCAR MANUEL GOMEZ JIMENEZ

AUTORIZACIONES

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

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

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



Universidad Nacional
Autónoma de México

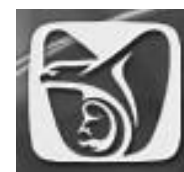


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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
FACULTAD DE MEDICINA**

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD ACADEMICA
HGZ No. 9 CIUDAD GUZMAN, JALISCO**

*“PERCEPCION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LAS FAMILIAS DE
LOS PACIENTES DIABETICOS DEL CONSULTORIO 5 TURNO VESPERTINO
DEL HGZ C/UMF No.9 DEL IMSS EN CIUDAD GUZMAN, JALISCO.”*

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

PRESENTA:

OSCAR MANUEL GOMEZ JIMENEZ

CIUDAD GUZMAN, JALISCO.

2007

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

OSCAR MANUEL GOMEZ JIMENEZ

AUTORIZACIONES:

DR. RAFAEL BUSTOS SALDAÑA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS

DR. RAFAEL BUSTOS SALDAÑA
ASESOR DE METODOLOGIA DE TESIS.

DR. RAFAEL BUSTOS SALDAÑA.
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DR. RAFAEL BUSTOS SALDAÑA
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION



AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi esposa Susana que con su dedicación a logrado en mi ser una persona integra, a mi hija Vanessa que con su amor he puesto mi mirada en el amor. A mis maestros que colaboraron en mi formación y a todas las personas que de una u otra forma colaboraron en mi especialidad.

A mis hermanos muy especialmente ya que esta tesis de familia logren construir un entorno como personas integras.

ÍNDICE

<u>CAPITULO</u>	<u>PAGINAS</u>
INTRODUCCIÓN	6
REFERENTE TEORICO	8
JUSTIFICACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	34
OBJETIVOS	38
METODOLOGIA	39
RESULTADOS	46
DISCUSION	56
CONCLUSION	60
SUGERENCIAS	64
BIBLIOGRAFIA	67
ANEXOS	69

INTRODUCCION

La diabetes mellitus (DM) es un problema de salud que afecta entre el 2 y el 5 % de la población mundial, en número de casos nuevos que se dan a conocer todos los años aumenta rápidamente, a medida que asciende el promedio de vida del hombre, cambia su manera de vivir y los medios de detección de la enfermedad, por tanto, la prevalencia futura se vislumbra avasalladora y provoca gran cantidad de muertes anualmente.

La dinámica de interrelación que se establece entre la familia y el individuo diabético es uno de los factores determinantes del control metabólico de este paciente en particular, los que han descrito que los diabéticos con un medio familiar favorable, aumentan significativamente su conocimiento sobre la enfermedad, reducen el estrés y mejoran la realización del tratamiento.

Con el fortalecimiento de la atención primaria, las técnicas educativas no sólo van dirigidas al individuo, sino también a la comunidad y a la familia, motivados por mejorar la educación al diabético que se ha detectado como un problema de salud en nuestra área; objetivo de mostrar técnicas educativas dirigidas a la familia sobre el control de la diabetes mellitus.

El interés por el estudio sistemático y científico de la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad con el cual el individuo deja de ser visto como este exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, mucho de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo.

En 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 contar con el apoyo de los demás.

REFERENTE TEORICO

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 su familia y a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia terapéutica⁷.

La diabetes mellitus tipo 2 constituye un problema de Salud Pública en México, con una prevaencia en zonas urbanas y en zonas rurales. Es una de las enfermedades crónicas que mayor atención y erogación demanda. El principal problema de la diabetes mellitus es la presencia de complicaciones metabólicas, vasculares y neurológicas relacionadas con el grado de control metabólico. El interés por el estudio sistemático y científico de la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso de salud 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 individuo⁷.

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 unidad⁷.

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 conductas y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas⁷

El apgar familiar tiene considerables ventajas como instrumento de medición del 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. 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 terapéutica⁷.

Se considera que el paciente diabético está controlado cuando los resultados de las mediciones de las variables reportaron las siguientes cifras:

Glucemia en ayuno ≤ 120 mg/dl⁷.

Colesterol total ≤ 150 mg/dl⁷

Triglicéridos <150 mg/dL⁷.

Tensión arterial $\leq 130/85$ mm Hg.⁷

Uno de los campos de acción de la educación para la salud se circunscribe al enfermo, nivel hospitalario, ambulatorio y en el hogar, a efecto de lograr su participación activa, sobre todo aquellas enfermedades que requieren de un tratamiento prolongado, haciéndose imprescindible la cooperación de familiares o allegados⁸.

El mundo occidental enfrenta constantes cambios, por lo que la familia requiere adaptarse a la sociedad transformándose al mismo tiempo; precisamente por las dificultades transicionales, la tarea psicosocial de la familia de apoyo a sus miembros adquiere más importancia que nunca, ya que solo la familia puede transformar y al mismo tiempo mantener una continuidad suficiente. En las sociedades capitalistas periféricas, la familia funciona cada vez menos como unidad de producción y más como unidad reproductiva, no únicamente desde el punto de vista biológico, con patologías genéticas y gineco-obstétricas, sino también económicas, que con fenómenos de salud enfermedad relacionados con el consumo familiar, como la alimentación, vivienda y saneamiento ambiental⁸.

El conocimiento de la función familiar, la tensión percibida, y el hacer frente pueden ser útiles al médico de cabecera en el cuidado de adultos con diabetes Mellitus puesto que estos parámetros psicosociales sean asociados al objetivo y percibida en el control glucémico.⁹

La dinámica de interrelación que se establece entre la familia y el individuo diabético es uno de los factores determinantes del control metabólico de este paciente en particular, como reportan Karlsson y Romero Castellanos los que han

descrito que los diabéticos con un medio familiar favorable, aumentan significativamente su conocimiento sobre la enfermedad, reducen el stress y mejoran la realización del tratamiento ¹⁰.

En la dinámica familiar incluye determinante que uno de los integrantes tenga una enfermedad crónica y demande mayor atención. ¹¹

Frecuentemente existe dificultad de adaptación a acontecimientos vitales estresantes relacionados con etapas de transición en la vida de la persona. Entre los recursos de apoyo social el mas importante es la familia, por lo que los trastornos en su dinámica pueden incrementar la probabilidad de que alguno de sus miembros presente dificultad de adaptación. ¹¹

La disfunción familiar en principio es un problema de interrelación consigo mismo y con las estructuras sociales, condición compleja porque requiere modificaciones estructurales y adaptativas respecto a valores sociales, aspectos económicos, sexuales, religiosos, etc. La interacciones entre miembros de la familia pueden ser negativas o positivas, cuando se dan las segundas proveen sensación de bienestar y de apoyo que permiten mantener el soporte emocional como vehículo de socialización. En su conjunto determinan las características de la dinámica familiar e influyen directamente en los cuidados que se otorguen al enfermo. ¹¹

El diagnóstico del grado de salud psicodinamica y familiar por medio de la evaluación de funciones familiares permite dar orientación para conservar la integridad familiar, la salud física, la coherencia y el afecto, con el fin de mantener el lo posible el núcleo familiar en una homeostasis biológica y psicoafectiva para generar acciones tendentes a cumplir las funciones vitales que se espera de ellas.

¹¹

Equidad generacional. Adecuado desempeño de las funciones entre los distintos miembros de la familia. ¹¹

Transición cultural. Aprendizaje del sentido de pertenencia, de la lengua, higiene, costumbres y formas de relación. ¹¹

Socialización y control social. Compromiso para evitar la proliferación de conductas socialmente no aceptables. ¹¹

EL APGAR FAMILIAR EN EL CUIDADO PRIMARIO DE SALUD ¹²

La familia como sistema juega un papel importante no sólo en el proceso generador de alteración de la salud sino en su proceso de rehabilitación¹².

Esto depende de si la familia es disfuncional o, por el contrario, es funcional, y cuenta con unos recursos adecuados de soporte social¹².

El Apgar familiar como una respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia, con un instrumento que se diligencia por sí mismo, que es entendido fácilmente por personas con educación limitada y que en muy poco tiempo se puede completar¹³.

Se diseñó para el uso potencial de personas en distintos estratos socioeconómicos y en diversos contextos socioculturales¹⁴.

Es capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes importantes de la función familiar¹⁵

Sus parámetros se delinearon sobre la premisa que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar¹²:

1. Adaptación
2. Participación
3. Ganancia o crecimiento
4. Afecto
5. Recursos

El objetivo fundamental de este tipo de herramientas es disponer de información válida y fiable que oriente sobre un determinado problema

psicosocial, en el caso de los médicos de atención primaria una posible disfunción familiar ¹²

PARTE I

	Casi siempre	Algunas veces	Difícil
1-. ME SIENTO SATISFECHO CON LA AYUDA QUE RECIBO DE MI FAMILIA CUANDO TENGO ALGUN PROBLEMA?			
2-.ESTOY SATISFECHO CON LA FORMA COMO MI FAMILIA DISCUTE POR IGUAL LOS ACUERDOS Y LA TOMA DE DECISIONES?			
3-. ENCUENTRO QUE MI FAMILIA ACEPTA MIS DESEOS PARA NUEVAS ACTIVIDADES Y CAMBIOS EN MI ESTILO DE VIDA?			
4.-ESTOY SATISFECHO CON LA FORMA EN QUE MI FAMILIA EXPRESA AFECTO Y RESPONDE A MIS SENTIMIENTOS DE TRISTEZA, AUNGUSTIA Y AMOR?			
5-. ESTOY SATISFECHO CON LA CANTIDAD DE TIEMPO QUE PASAMOS JUNTOS MI FAMILIA Y YO?			

Cada pregunta se puntúa sobre una escala de likert, dando un valor de 0 a 2, obteniendo al final un índice entre 0 y 10.

Sus autores proponen clasificar a las familiar en normofuncionales (7 - 10 puntos), moderadamente disfuncionales (4 – 6 PUNTOS) y gravemente disfuncionales (0 - 3PUNTOS).

LA FAMILIA COMO RECURSO EN ATENCIÓN PRIMARIA ¹⁶

El enfoque de la atención sanitaria orientado a la familia incluye y amplía el tradicional enfoque biomédico. En la práctica cotidiana los médicos y las enfermeras de Atención Primaria están tratando con pacientes que padecen enfermedades pero que se relacionan, participan y viven en un contexto más amplio: la familia. Pero no sólo atienden enfermedades; los usuarios les plantean problemas complejos, muchos de ellos expresados mediante vagos síntomas físicos sin poder ser explicados por la ciencia médica, porque su origen está en las dificultades que la persona consultante tiene con su entorno vital y donde la familia juega un papel central. . ¹⁶

Una de las premisas básicas del modelo biopsicosocial afirma que los diversos subsistemas (el biológico, el individual, el familiar, el comunitario, etc.) mantienen una relación de influencia recíproca de tal forma que afectan tanto a la salud como a la enfermedad. La experiencia clínica apoya la hipótesis que sostiene que las familias influyen en la salud de sus miembros y a su vez se ven influenciadas por ellas¹⁶.

Es evidente que la práctica clínica que combina el enfoque biológico con el familiar aumenta sus recursos y eficacia. Para acercarnos al enfoque de la familia en la actividad asistencial hemos de tener en cuenta las siguientes premisas¹⁶:

1. Este tipo de abordaje se basa en el modelo biopsicosocial, concediendo a los factores de esta índole una importancia similar en la salud y la enfermedad a la de los factores biomédicos (la causa de la tuberculosis es un bacilo, aunque la espectacular reducción de esta enfermedad se debió a la mejoría de las condiciones sociales). Engel sitúa a la enfermedad en el centro de un marco más amplio que implica múltiples sistemas¹⁶.
2. El foco principal de la atención sanitaria es el paciente considerado en su contexto familiar, lo cual no significa enfrentar el enfoque individual con el familiar, sino entender a la persona como entidad biológica y emocional, explorando los factores familiares para ver hasta que punto inciden en la génesis de la enfermedad¹⁶.

La familia es la fuente principal de las creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud, las tensiones que sufre a través de su ciclo evolutivo se pueden manifestar como síntomas, los cuales pueden ser la expresión de procesos adaptativos del individuo y ser mantenidos por las conductas familiares, como describe Minuchin¹⁶. Por último, éstas son un adecuado recurso de apoyo para el tratamiento de la enfermedad.

3. El paciente, la familia y el profesional sanitario son corresponsables de los procesos asistenciales, como proponen Doherty y Baird¹⁶ sustituyendo el enfoque "diálectico" (profesional-individuo) por el "triangular" (profesional-individuo-familia), estando bien documentado por la experiencia el papel de la familia en el cumplimiento de los tratamientos¹⁶.

4. El profesional es una parte integrante del sistema, no está ajeno a él, así se ha podido observar que la manera de interaccionar del médico con el paciente y su familia pueden mejorar o agravar el proceso de la enfermedad y, cambiando la forma de actuación del profesional, como se ha visto en el ejemplo inicial, se puede interactuar de otra forma y obtener mejores resultados¹⁶.

ABORDAJE FAMILIAR^{17,18}

A lo largo del ciclo vital familiar surgen distintos acontecimientos que actúan afectando la homeostasis familiar y que exigen mecanismos de adaptación para su recuperación. Dichos mecanismos adaptativos dependerán para su éxito de la existencia de una correcta función familiar.^{17,18}

Uno de los acontecimientos vitales estresantes que obliga a una readaptación de la homeostasis familiar es la aparición de una enfermedad crónica en uno de los miembros del sistema. Ante el diagnóstico de un trastorno como la diabetes mellitus, con su condición de cronicidad y que exige modificaciones en los hábitos y el modo de vida de uno de los miembros, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar la homeostasis amenazada^{17, 18}

El factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevas normas

y a veces nuevos papeles. Con estos cambios adaptativos aparecen nuevos riesgos para otros miembros de la familia, lo que puede afectar a su vez al familiar enfermo^{17, 18}. Esto es especialmente frecuente en el caso de niños y adolescentes afectados por la diabetes mellitus.^{17,18}

El sanitario que atiende de una forma integral y desde una concepción biopsicosocial, a la persona con diabetes mellitus, debe conocer todos aquellos factores familiares que influyen de forma directa en la adherencia a las medidas terapéuticas recomendadas para su control.

Estos vienen definidos por:

GENOGRAMA FAMILIAR: nos informa acerca de la estructura de la familia y de su evolución y su configuración. Actual.

PATOPSIKOBIOGRAMA: en el que constaran todos los acontecimientos tanto biológicos como psicosociales que han ido configurando el itinerario vital del paciente^{17, 18}.

FUNCION FAMILIAR: utilizando los Tests validos para ello.

El enfoque familiar le ayudará al profesional medico de familia a dar respuestas tanto a las necesidades del paciente como de su familia. En el caso de los pacientes crónicos degenerativos, su enfermedad requiere una adaptación de toda la familia a la nueva situación. Ello conlleva en ocasiones situaciones de conflicto y a veces de enfermedad de otros miembros si el personal medico no está atento a ello.

En este trabajo se comentan algunas de las situaciones frecuentes en la práctica de la atención primaria en las que se pueden realizar un abordaje de familia en su

A. Estructura familiar:

Etapa de desarrollo familiar, tipo de familia, por su integración, por su composición.

B. Así como la funcionalidad de familia e Instrumentos de Evolución de la Funcionalidad de Familia. ¹⁹

I. DISFUNCIONES FAMILIARES¹⁹

Por su frecuencia y complejidad, la disfunción constituye un reto para el médico familia. Tanto por la precisión diagnóstica como la orientación psicodinámica e integradora que existe en el tratamiento.

Una familia funcional es aquella en la cual se infiere la existencia de un fuerte sentido de pertenencia, afecto maduro y sólido, así como una actitud positiva para resolver los retos que deben superar la familia, actuando con una clara definición de los aspectos jerárquicos, con límites precisos, alianzas productivas, flexibilidad para el desarrollo y la autonomía, preocupada por brindar un continuo apoyo y adaptabilidad a las demandas afectivas y sociales de sus miembros, tanto en las demandas internas como externas. ¹⁹

DIEZ SON LOS ASPECTOS PRIMORDIALES QUE CARACTERIZAN A LAS FAMILIAS FUNCIONALES¹⁹:

- 1-. Comparten responsabilidad.
- 2-. Organización flexible.
- 3-. Procuran capacitarse y adaptarse para resolver problemas.
- 4-. Activan unidos sus recursos.
- 5-. Altos niveles de interacción.
- 6-. Adecuada comunicación en los subsistemas.
- 7-. Múltiples y variados contactos dentro y fuera del sistema familiar primario.
- 8-. Fomentan el desarrollo personal.
- 9-. Estimulan un grado de autonomía.
- 10.-Capacidad para solicitar ayuda.

Son múltiples los enfoques para evaluar la funcionalidad de familia, y entre ellos tenemos:

1.- Velazco y col. (1994) evalúan la funcionalidad de familia a través del cumplimiento de las funciones familiares. ¹⁹

Ya que la familia tipo trata de conservar su integridad, salud física, coherencia y afecto, haciendo uso de sus recursos intelectuales, morales y económicos, entre otros, a fin de mantener el núcleo familiar en una homeostasis biológica y psicoafectiva.

La evaluación de las funciones familiares indica que función esta deteriorada y cual requiere de la intervención del medico familiar, conforme el establecimiento de un plano terapéutico que debe incluir estrategias individuales y familiares, así como determinar tiempo y pronostico de la intervención.

De acuerdo a la importancia y trascendencia para la familia asignaron una puntuación en una escala de 0 a 100 a la cuala-cuantificación del cumplimiento adecuado de las funciones, como sigue:

TIPO DE FAMILIA	PUNTUACION ASIGNADA
Cuidados y protección	20
Afecto	35
Socialización	17
Status	15
Reproducción	13
TOTAL	100

1-. CUIDADOS Y PROTECCIÓN. Durante la infancia y en la niñez temprana los seres humanos son incapaces de defenderse por si mismo. Dependen totalmente de los demás en cuanto al alimento, el vestido, y la protección. Además, a medida que llega la vida adulta todos los individuos experimentan episodios de enfermedad, incapacidad y dependencia.

Durante este tiempo la familia asume la responsabilidad del cuidado y protección de sus miembros. La familia es responsable de satisfacer las

necesidades esenciales del ser humano para su subsistencia. Alimento, salud, vivienda, vestuario y en general todo lo que contribuye a su bienestar. Si la familia responde adecuadamente a estas responsabilidades que al principio deben ser sometidas por el padre y madre y en el desenvolvimiento de la dinámica familiar, los hijos mayores y otros familiares que conviven en el mismo hogar, contribuye al crecimiento y desarrollo armónico de los hijos. No hay duda que contribuir solo a la supervivencia física, no es suficiente para lograr que la propia dinámica familiar y social vaya presentando al individuo a lo largo de su existencia.¹⁹

2-. AFECTO. La familia debe llenar las necesidades afectivas de sus miembros, porque las respuestas de un individuo a otro proporcionan las recompensas básicas de la vida familiar. La seguridad afectiva es la base para el desarrollo armónico de la personalidad y procede de la alianza de una pareja consciente y funcional capaz de fijarle al hijo una imagen de familia sobre la cual el ha de estructurar la suya posteriormente., hasta donde sea posible. De tal manera que constituya una conducta gratificante para el grupo familiar.

Fromm (1978) afirma que el acto de amar comprende la expresión de dar y llevar consigo cuatro elementos básicos comunes a todas las clases de amor: cuidado, responsabilidad, respeto y conocimiento, que son interdependientes y conforman un síndrome de actitud propio de la persona madura. Las necesidades de afecto de los padres son tan importantes para la salud familiar como las necesidades de afecto de los niños.¹⁹

3-.SOCIALIZACION. Los hijos son los nuevos reclutas de la sociedad. Su desarrollo social depende de la adquisición de aquellos elementos de la cultura que son necesarios para la participación competente en la vida social. Hoy, como en el pasado, la familia es el medio primario para transmitir la cultura de generación en generación. También sirve como vinculo entre el individuo y la comunidad principal. La socialización de los hijos se realiza de acuerdo con las pautas culturales del grupo familiar y de la sociedad.

En la mayoría de las sociedades pertenecientes a la cultura occidental, se espera que la familia ocupe el primer lugar entre los agentes de socialización y que constituya la vía mas segura e idónea para transmitir normas y costumbre propias de la sociedad a la cual pertenece según el estado social, pero se dan diferencias en la manera de la familia interpretar las pautas culturales de cada sociedad. Sin embargo, en los primeros años de vida de los hijos, la familia es casi el único agente socializador. ¹⁹

4.-POSICION SOCIAL. STATUS. La estructura de una sociedad es una red intrínseca de roles y diferentes status sociales. En alguna forma los individuos deben ubicarse dentro de estos status y motivarse a desempeñar los roles apropiados. Muchos de nuestros status adscritos, incluyen nuestras identidades nacionales, étnicas, raciales, religiosas, de clase y de comunidad se derivan de la pertenencia a la familia. Aun en sociedades como la de Estados Unidos, que insisten muchísimo en la igualdad de oportunidades y en el avance basado en los meritos, la familia juega una parte critica en facilitar(o limitar) la movilidad social de sus miembros. Según el estrato social a que pertenecen, la familia tiene una determinada posición social, un acceso definido a los servicios sociales y también un estilo de vida que le es común con las otras familias de su estrato. ¹⁹

5-. LA REPRODUCCION. La reproducción de la especie humana es vital e imprescindible para la revitalización de la sociedad y para que la familia asegure, por medio del proceso de socialización de los nuevos miembros, la permanencia de las instituciones sociales de común beneficio. Igualmente, corresponde ala familia proporcionar a los hijos los modelos adecuados para el desarrollo de su identidad sexual. Porque es en el seno de la institución familiar, donde se aprenden las características propias de cada uno de los sexos, a través de la identificación con las figuras parentales. En la medida en que los padres tengan claras las funciones que les corresponden en sus respectivos papelas, podrán transmitirle a sus hijos los elementos estructurales básicos para el desarrollo de su identidad sexual, con clara precisión de las diferencias de cada sexo y de sus

papeles correspondientes. Diversos autores coinciden en afirmar que la identidad sexual se gesta, fundamentalmente, en torno a la vivencias del niño con sus progenitores., del modo como percibe el hijo la relación de la pareja y como esta pareja se vincula con el. Lo que permite afirmar que los modelos de hombre y mujer transmitidos por los padres en el mensaje actitudinal, son los que van a conformar realmente la identidad de este ser. Cabe destacar que la conducta sexual también es determinada por la influencia sociocultural: valores, costumbres, tradiciones, religión y en general, todas las manifestaciones culturales que operan como portadores de ideas y crean modelos del ser social masculino y del ser social femenino.

Los criterios de severidad del daño son:

Rango negativo	Grado de Disfunción	Tratamiento
Menor de 14 puntos	Normal	No necesario
Entre 15 y 20 puntos	Leve	Conveniente
Entre 21 y 30 puntos	Moderada	Necesaria
Mayor de 30 puntos	Severa	Indispensable.

Se ha identificado un patrón de comportamiento y organización en las familias que cursan con disfunción moderada, que tienen dos modalidades (Velazco, 1994). En una prevalece la lucha por el poder y se denomina modelo de dominio-sumisión, coexisten las coaliciones y el afecto se modifica frecuentemente. En el modelo conflictivo niegan estar en crisis, no perciben la necesidad de ayuda médica y por ende son refractarios al estímulo o indicación de someterse a tratamiento.; este tipo familiar particular representa un problema de abordaje. ¹⁹

En el siguiente cuadro se especifica el patrón de organización de cada uno.

MODELO DOMINIO-SUMISION	MODELO CONFLICTIVO
Reacción Estereotipada ante la	Reacción estereotipada ante la

angustia	angustia
Aparentan control de la situación	Magnifican el conflicto
Frecuentemente existe un Liderazgo democrático.	Tendencia a la cronicidad del conflicto
Coalición parenteral para mantener el poder	Padres en lucha permanente por el poder.
Afecto disminuido o enmascarado	Se utiliza la manipulación
Se propicia un chivo expiatorio	Niegan conflictos
Sin capacidad de negociar(solucionar problemas)	No perciben la necesidad de ayuda

Es frecuente en el patrón de organización de la disfunción familiar severa encontrar un padre excesivamente dominante, psicótico o limítrofe. Estas familias tienen un prototipo de comportamiento caótico, negativa y con carencia afectiva, negación de la problemática; con frecuencia son familias generadoras de delincuentes y de individuos sin capacidad social.

OTROS INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.¹⁹

Se conoce que el funcionamiento familiar influye en la aparición y descomposición de las enfermedades crónicas es en nuestro caso de la Diabetes mellitus tipo 2 y en las conductas de riesgo a la salud y es en el grupo familiar donde se establecen las bases del proceso salud-enfermedad. No existe entre los especialistas dedicados al estudio de la familia un criterio uniforme en cuanto a las categorías que se deben utilizar para medir el funcionamiento familiar, y de esta manera tenemos diferentes cuestionarios. Es importante señalar que con estos cuestionarios no se obtiene una evaluación objetiva de la función familiar, **sino que se determina el grado de satisfacción** que percibe el encestado con respecto a la función de la familia. No mide, pues, la disfunción familiar en si misma, y por esta

razón, en la medida que conozcamos la percepción de mas miembros familiares, mejor podremos conocer la función familiar. ¹⁹

TEST DE PERCEPCION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FF-SIL¹⁹.

Dolores de la Cuesta Freijomil y colaboradores, en 1996, elaboraron un FF-SIL para determinar las categorías, que a su juicio son las que evalúan el funcionamiento familiar.

1.- Cohesión.: Unión familiar física y emocional el enfrentar diferentes situaciones y en la forma de decisión de las tareas cotidianas.

2.- Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

3.-Comunicación: Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.

4.-Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y normas, ante una situación que lo requiera.

5-. Afectividad: capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

6-. Rol: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

7-. Permeabilidad: capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones

FACES III¹⁹

El test FACES III es la tercera versión en una serie de escala de FACES desarrolladas para evaluar las dos mayores dimensiones del modelo circunflejo (cohesión y adaptabilidad familiar).¹⁹

El FACES se ideó para ser administrado a las familias a través de todo el ciclo de vida, desde parejas recién casadas sin hijos, hasta parejas en fase de retiro.

Idealmente, el FACES III debe ser administrado a todos los miembros de la familia, que esten capacitados para responder. ¹⁹

Este instrumento está diseñado para obtener la funcionalidad familiar de acuerdo a un ideal y como la perciben cada uno de los miembros. La discrepancia entre lo ideal y lo percibido ayuda a identificar su nivel de satisfacción con la funcionalidad familiar cotidiana.

En el FACES III se van a correlacionar las dimensiones de Cohesión y Adaptabilidad. ¹⁹

COHESION. Se define como el vinculo emocional que los miembros de la familia tienen unos con respecto a otros. Algunos de los conceptos específicos o variables que pueden ser usados para diagnosticar y medir la dimensión de cohesión familiar son: vínculo emocional, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, y recreación.

Hay cuatro niveles de cohesión, donde se hipotétiza que el nivel central de cohesión (separado y conectado) hacen una función familiar optima. Y los extremos, desvinculado y amalgamado, son generalmente vistos como problemáticos. ¹⁹

	DESVINCULADA 1 2	SEPARADA 3 4	CONECTADA 5 6	AMALGAMADA 7 8
VINCULO EMOCIONAL	Extrema separación emocional. Falta de lealtad Familiar	Separación Emocional. Limitada cercanía. Ocasionalmente Lealtad familiar	Cercanía Emocional. Alguna separación Lealtad familiar Esperada.	Extrema cercanía emocional. Poca separación Lealtad familiar demandada
COMPROMISO FAMILIAR	Muy bajo Compromiso o Interacción. Respuesta afectiva Infrecuente.	Compromiso Aceptable. Se prefiere Distancia personal. Alguna respuesta	Compromiso Enfatizado Distancia personal Preferida Interacción afectiva	Muy alto Compromiso Fusión y Sobredependencia. Alta respuesta

		Afectiva	alentadas	Afectiva y control
RELACION MARITAL	Alta separación Emocional Limitada cercanía.	Separación emocional. Alguna cercanía.	Cercanía emocional Alguna separación.	Extrema cercanía Fusión Limitada separación.
RELACION PADRES-HIJOS.	Rígidos límites Intergeneracionales. Baja cercanía Padres-hijos.	Claros límites Intergeneracionales. Alguna cercanía Padres-hijos.	Claros límites Intergeneracionales. Alta cercanía Padres-hijos.	Falta de limites Intergeneracionales Excesiva cercanía Padres-hijos.
	Muy baja	Baja a moderada	Moderada a alta	Muy alta

Adaptabilidad Familiar. Se define como la facultad de un sistema familiar o marital para cambiar su poder de estructura, relación de roles y reglas de los pacientes en respuesta al estrés situacional y de desarrollo.

Hay cuatro niveles de adaptabilidad¹⁹.

	RIGIDA		ESTRUCTURADA		FLEXIBLE		CAOTICA	
	1	2	3	4	5	6	7	8
LIDERAZGO (control)	Liderazgo Autoritario Padres muy controladores		Liderazgo Principalmente Autoritario aunque Con algunos rasgos igualitarios		Liderazgo Igualitario Con cambios fluidos		Liderazgo limitado y/o errático. Control parenteral insuficiente	

DISCIPLINA	Autocrítica. Estricta, con Consecuencias rígidas, sin Atenuaciones.	Algo democrática Consecuencias predecibles. Raros atenuantes.	Usualmente democrática. Consecuencia s negociadas Algunas atenuantes.	Laissez.Faire inefectiva. Consecuencias inconsistentes. Muchos atenuantes.
NEGOCIA- CIONES	Negociaciones limitadas. Decisiones impuestas por los padres	Negociaciones Estructuradas. Decisiones hechas Por los padres	Negociaciones flexibles Decisiones hechas Por acuerdos	Negociaciones Interminables. Decisiones impulsivas
ROLES	Repertorio limitado. Roles definidos estrictamente. Rutinas no cambiables.	Roles estable, pero pueden ser compartidos.	Roles compartidos. Cambios fluidos en los roles.	Falta de claridad en los roles , Inversión y transferencia de roles Pocas rutinas.
REGLAS	Reglas no cambiables. Reglas estrictamente Establecidas	Poco cambio en las reglas Reglas firmemente Establecidas	Algún cambio En las reglas Reglas flexibles Establecidas	Frecuente cambio en las reglas Reglas inconsistenteme nte establecidas
	MUY BAJA	BAJA A MODERADA	MODERADA A ALTA	MUY ALTA

Así como la cohesión, en esta dimensión esta hipotetizado que los niveles centrales de adaptabilidad (estructura y flexible) son más conductivos a la

funcionalidad familiar, y los extremos (rígidos y caóticos) son los más problemáticos para las familias

Se evalúa las actitudes e información sobre la enfermedad, sus complicaciones, y medidas terapéuticas.¹⁹

Para esto se realizó una estimación de diabéticos que están controlados, funcionalidad decimos que una familia es normofuncional cuando es capaz de cumplir las tareas que le están encomendadas, de acuerdo con la etapa del <ciclo de vida> en que se encuentre.

Y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo o entorno.

Al hacer estudio de la funcionalidad familiar conviene aclarar algunas confusiones semánticas entorno a familia sana o familia enferma.

familia normofuncional o disfuncional.

Con los dos 2 primeros hacemos referencia de salud familia, <salud< estado de salud de los miembros que la conforman de la familia

APOYO FAMILIAR.¹⁷

Para comprender mejor la manera de adaptarse las familias a las enfermedades crónicas, se propone el modelo de Hill que contempla de forma global las distintas características de la propia enfermedad así como los recursos que posee la familia para enfrentarse a la crisis y el particular significado de la enfermedad para la familia.^{22, 23}

ENFERMEDAD CRONICA¹⁷

A. Gravedad

Curación.

Incapacidad.

Medidas terapéuticas.

RECURSOS. ¹⁷

B. Capacidad organizativa.

Cohesión

Apoyo social.

Red social.

SIGNIFICADO DE LA ENFERMEDAD PARA LA FAMILIA. ¹⁷

C. Creencias

Experiencias previas frente a la diabetes.

Cambios y alternativas.

DIABETES MELLITUS

Definición ²⁰

El grupo de alteraciones metabólicas caracterizadas por la hiperglucemia resultante de un defecto en la secreción de insulina, en la acción insulínica o de ambas se denomina diabetes *mellitus*.²⁰

Su marcador común es la glucemia, pero este simplemente refleja una situación puntual del momento, que es la resultante de los alimentos ingeridos, la producción hepática de glucosa, la síntesis, liberación y acción de la insulina, la interacción de otras hormonas relacionadas con el metabolismo de los hidratos de carbono, la utilización periférica de insulina –principalmente en músculo, adipocito y otros tejidos sensibles a la misma–, y la entrada de la glucosa a la célula con su posterior utilización para la producción de energía.²⁰

La glucemia es simplemente un dato que necesitará de un enfoque clínico para definir qué tipo de diabetes presenta el paciente y cuál es el tratamiento adecuado para cada individuo.²⁰

CLASIFICACIÓN ²⁰

Diabetes tipo 1

Inmunomediada

Idiopática

Diabetes tipo 2

Otros defectos específicos

Defectos genéticos de la función de la célula beta

Defectos genéticos en la acción de la insulina

Enfermedades del páncreas exócrino

Endocrinopatías

Inducidas por drogas o químicos

Infecciosa

Formas poco comunes mediadas inmunológicamente

Otros síndromes genéticos asociados algunas veces con diabetes *mellitus*

Diabetes gestacional

Posibilidades de presentación del paciente en el consultorio:

- Niño, joven o adulto
- Con diabetes conocida o como hallazgo de la consulta
- Compensado clínicamente o con síntomas manifiestos de la enfermedad
- Delgado, normopeso, obeso o con pérdida de peso sin dieta responsable de la disminución
- Con patologías o situaciones asociadas (neoplasias, corticoterapia, embarazo, etc.)

Suele interpretarse que en los niños, la diabetes es tipo 1, o sea, insulín dependiente, porque estadísticamente es lo más frecuente. Pero debe tenerse en cuenta que se está produciendo un crecimiento importante de la diabetes tipo 2 en niños, hecho que se quedan dos grupos de pacientes que no son diabéticos pero que tampoco pueden ser considerados normales en lo que al metabolismo de los hidratos de carbono se refiere. Son los pacientes que presentan glucemia en ayunas alterada y los que tienen intolerancia a la glucosa. Estos tienen una mayor predisposición a evolucionar a la diabetes (son relacionados con la obesidad y los cambios de hábitos de vida de la época actual)²⁰

También es frecuente considerar a un adulto como diabético tipo 2 o, como se lo denominaba con anterioridad, no insulinodependiente. Para dicho diagnóstico debemos tener en cuenta la clínica, el fenotipo del paciente y el laboratorio que aporta. En un adulto delgado o que ha perdido peso, es muy probable que prevalezca el déficit de secreción de insulina sobre la insulinorresistencia, por lo que este paciente puede favorecerse con el uso de insulina mientras que los hipoglucemiantes orales resultarán inapropiados para su tratamiento.²⁰

El estudio químico de la orina es importante en un paciente con hiperglucemia: mayor de 300 mg/dl, si además de la previsible glucosuria presenta cetonuria, este dato será casi definitorio para pensar que corresponde a un diabético tipo 1, que es la diabetes que tiende a la acidosis. Si bien dicho diagnóstico es muy probable, también debemos recordar que algunos diabéticos tipo 2 pueden presentar cetoacidosis diabética, por lo que debemos relacionarlo con la clínica²⁰

Criterios de diagnóstico²⁰

Síntomas de diabetes asociado a una glucemia casual superior a 200 mg/dl. La glucemia casual es definida como aquella que se toma en cualquier momento del día sin importar el tiempo transcurrido desde la última comida realizada.

Glucemia en ayunas superior o igual a 126 mg/dl (el ayuno debe ser de 8 horas).

Glucemia mayor o igual a 200 mg/dl a las dos horas de la prueba oral de tolerancia a la glucosa (POTG) (tabla 1).

Tabla 1. Nivel de glucemia y diagnóstico

	Normal	Glucemia en ayunas alterada	Intolerancia a la glucosa	Diabetes
--	--------	-----------------------------	---------------------------	----------

0 minutos	< 110 mg/dl	110-125 mg/dl	< 110 mg/dl	> 126 mg/dl
120 minutos	< 140 mg/dl	< 140 mg/dl	140-199 mg/dl	> 200 mg/dl

La POTG se realiza con una carga de glucosa de 75 gr, disuelta en agua.

JUSTIFICACION Y PLANTEAMIENTO DEL

PROBLEMA

JUSTIFICACION

La diabetes es la principal causa de demanda de consulta externa en instituciones públicas y privadas y uno de los principales motivos para la hospitalización. Es más frecuente en el medio urbano (63%) que en el rural (37%) y mayor en mujeres que hombres.

La esperanza de vida de un individuo diabético es de dos tercios de la esperada; los pacientes con complicaciones crónicas tienen el doble de posibilidades de morir que la población general.

Es actualmente una de las enfermedades no transmisibles más comunes a escala mundial. Es una de las cinco primeras causas de muerte en la mayoría de los países desarrollados y es una epidemia de alcances considerables en muchos países en desarrollo y recientemente industrializados. La diabetes mellitus sin duda constituye uno de los mayores retos de salud pública del siglo XXI. ¹

La prevalencia de la diabetes mellitus continua en ascenso en todo el mundo como consecuencia de una serie de factores, entre los que deben mencionarse la mayor longevidad de la población, el progresivo incremento de la obesidad y el sedentarismo entre diversos grupos sociales, motivados mayormente por inadecuados estilos de vida. ² La OMS (Organización Mundial de la Salud) estimó que en ámbito mundial en 1985 existían 30 millones de personas con Diabetes, para 1995 esta cifra creció a 135 millones y para el año 2025 se calcula que será de 300 millones. El aumento será del 40% en los países desarrollados y 70% en los países en vías de desarrollo. ²

La diabetes mellitus tipo 2 también participa en el fenómeno de transición epidemiológica. Así, la información más reciente procedente del Instituto Nacional de Diabetes Mellitus de los Estados Unidos. ¹ muestra que la prevalencia de DM-tipo

2 global en 1990 fue del 4.9%, mientras que para el año 2002 fue de 6.2%. Sin embargo entre la población blanca no hispana la prevalencia en el 2002 es del 7.8%. En la población afro-americana no hispana es del 13% y en la población hispana/latinoamericana es del 10.2%. En México la prevalencia global de Diabetes Mellitus tipo 2 en 1993 según la ENEC fue del 8.2%, mientras que en ENSA 2000 se reporta 10.7%.²

TRASCENDENCIA

El impacto de la Diabetes Mellitus tipo 2 sobre la mortalidad en México ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas, hasta llegar a ocupar en 1997 el tercer lugar en la mortalidad general con una tasa de 38.0 defunciones por 100.000 habitantes; así se ha mantenido hasta el año 2000 cuando se presentaron 46,614 defunciones con una tasa de 46.8 defunciones por 100.000 habitantes., pero en países como EUA en 1999 el 19%., de todas las muertes en la población mayor de 25 años se atribuyó a esta causa. ²

La diabetes mellitus, como parte de los factores de riesgo cardiovasculares, es uno de los puntos más importantes de la agenda sanitaria de México, ya que el aumento de la prevalencia y sus complicaciones se suman a los elevados costos (directos e indirectos) para la sociedad y los gobiernos. Está presente en todas las poblaciones del mundo y existen pruebas epidemiológicas que señalan que, sin programas eficaces de prevención, detención y control, la diabetes mellitus seguirá extendiéndose a escala mundial. ²

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud, la diabetes mellitus es la causa más frecuente de polineuropatía y alrededor del 50% de las personas con Diabetes Mellitus presentan alteraciones neuropáticas en los 25 años siguientes al diagnóstico. Es responsable de alrededor del 90% de las amputaciones no traumáticas y es la primera causa de insuficiencia renal terminal. La prevalencia de Diabetes mellitus ponderada en la población de 20 a 69 años de edad en el país fue de 10.7% y estuvo directamente relacionada con la edad. Así, fue notable que a partir de los 50 años de edad la prevalencia de Diabetes superó el 20% y, del total de la población con diabetes, el 49.9% tenía glucemia igual o mayor a 200mg/dl. ²

En lo tocante al genero, se observaron diferencias a partir de los 50 años, que fueron mas acentuadas en el grupo de 60 a 69 años en donde su prevalencia fue mayor entre las mujeres (26.9%) que entre los hombres (22.5%).²

De todos los pacientes que cumplieron los criterios para ser diagnósticos como Diabéticos, el 65.9% tenia diagnostico medico previ6 y el resto lo ignoraba, situaci6n que indica retraso en el diagnostico oportuno.

FACTIBILIDAD.

Best de apgar. La familia como sistema juego un papel importante no solo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitaci6n, en la medida en que cumpla con sus funciones b6sicas. El Apgar Familiar es un instrumento dise~nado para evaluar el funcionamiento sist6mico de la familia, y es 6til en la identificaci6n de familias en riesgo³. El instrumento se ha validado en diferentes comunidades norteamericanas, asi6ticas e hisp6nicas, ofrece una correlaci6n alta con pruebas especializadas. La evaluaci6n de las funciones familiares mediante un instrumento como el Apgar familiar es un instrumento 6til para conocer la situaci6n familia y su posible papel en el origen de los conflictos. Por su brevedad, es de gran utilidad.^{4,5}

La factibilidad para lograr aplicar este instrumento los autores considera que este instrumento es v6lido y confiable, son instrumentos que analizan la funci6n familiar como es el Apgar familiar.

El objetivo fundamental de este tipo de herramientas es disponer de informaci6n v6lida y fiable que oriente sobre un determinado problema psicosocial, en el caso de los m6dicos de atenci6n primaria una posible disfunci6n familiar.

VULNERABILIDAD.

La diabetes es una enfermedad para la que existen medidas diet6ticas y de estilo de vida, adem6s de medicamentos, lo que junto a una vigilancia adecuada, su aparici6n y desarrollo de complicaciones se pueden reducir en forma importante. En virtud de que la diabetes requiere de un manejo cotidiano independiente de los

médicos, 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. De ahí que, la importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia en el paciente con DM. (Diabetes mellitus tipo 2)⁶.

El control metabólico del paciente diabético retrasa el inicio de las complicaciones crónicas; así, un tratamiento intensivo que mantiene los niveles de glucemia en ayuno por debajo de los 120 mg/dl. Retardan el inicio de la retinopatía y reduce el riesgo de albuminuria y el desarrollo de neuropatía, por lo que los esfuerzos dirigidos a lograr y sostener niveles de normogluccemia en el diabético constituyen uno de los principales retos en su manejo⁶.

El control de la glucemia, mas que el simple hecho de tomar un medicamento, depende de un conjunto adoptadas frente a la enfermedad, en las que, el tomar los medicamentos, realizar ejercicio y adherirse a la dieta adquieren un papel igualmente preponderante⁶.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Por lo anterior la pregunta de investigación del presente protocolo será:

¿Cuál es la percepción de apoyo familiar que tienen las familias de los pacientes diabéticos del consultorio No. 5 turno vespertino del HGZ C/MF No.9 del IMSS en Ciudad Guzmán, Jalisco?

OBJETIVOS

- **GENERAL:**
- Identificar el apoyo familiar (a través del apgar familiar) que presentan los pacientes diabéticos del Consultorio N °. 5 vespertino de consulta externa de Medicina Familiar del HGZ # 9
- Conocer el Funcionamiento Familiar en las familias de los Pacientes diabéticos del Consultorio N °. 5 vespertino de consulta externa de Medicina Familiar del HGZ # 9

- **ESPECIFICOS:**
- 1. Determinar las características generales de los pacientes.
- 2. Señalar el apoyo familiar a través del apgar familia.
- 3. Identificar el control glucémico de ayuno en los pacientes estudiados

METODOLOGIA

DISEÑO:

Descriptivo, transversal, prospectivo.

UNIVERSO:

Pacientes diabéticos del consultorio No. 5 del turno vespertino adscritos al HGZ/ UMF No. 09 del IMSS en Ciudad Guzmán, Jalisco.

MUESTRA:

- Para realizar el tamaño de muestra se tomo el universo de pacientes adscritos al consultorio No. 5 de Medicina Familiar del HGZ MF No. 09 en Ciudad Guzmán, Jalisco (población general: 3300
- 3% de la población: 100 diabéticos
- 10% de vivir solos: diabéticos
- Muestra: 70 pacientes y sus familias

Teniendo este universo potencial de pacientes diabéticos se calculo el tamaño de muestra tomando en cuenta la fórmula de Keish and Leslie (EPI INFO 6.04), con un nivel de confianza del 95%, una prevalencia esperada de 50% y un error del 10% de la prevalencia, presentando el siguiente tamaño de muestra por la Unidad de Medicina Familiar: 70

CRITERIOS DE SELECCIÓN

INCLUSION

- a) Pacientes diabéticos que acuden a consulta externa.
- b) Pacientes que vive con familiares
- c) Pacientes diagnosticados de antemano como Diabéticos tipo 2 que

se encuentren en la sala de espera de Consulta Externa de Medicina Familiar en el HGZ MF No. 09 IMSS en Ciudad Guzmán, Jal. Adscritos al consultorio No. 5 turno vespertino del HGZ UMF No. 09.

NO INCLUSION

- A) Neurológicamente o psiquiátricamente deficientes para contestar El apgar familiar.
- B) Que voluntariamente no acepte el paciente y/o la familia.
- C) Que durante el periodo de estudio los familiares no se encuentren con el paciente

VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLES	DEFINICION	INDICADOR
SEXO	Genero de registro al imss	MASCULINO Y FEMENINO
EDAD	Antigüedad cronológica	AÑOS
ANTIGÜEDAD	Años de evolución de la diabetes	AÑOS
COMPLICACIONES CRONICAS	Lesiones crónicas ocurridas durante la evolución	RETINOPATIAS. NEFROPATIAS NEUROPATIAS.
ADAPTACIÓN	Es la utilización de los recursos intra y extrafamiliares para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un estrés durante un período de crisis.	CASI SIEMPRE ALGUNAS VECES DIFICIL
PARTICIPACIÓN-PODER	Es la participación en la toma de decisiones y responsabilidades; define el grado de poder de los miembros de la familia.	CASI SIEMPRE ALGUNAS VECES DIFICIL

CRECIMIENTO	Se refiere a la posibilidad de maduración emocional y física, y de autorrealización de los miembros de la familia, por el apoyo mutuo	CASI SIEMPRE ALGUNAS VECES DIFICIL
AFEECTO	Es la relación de amor y atención que existen entre los miembros de la familia.	CASI SIEMPRE ALGUNAS VECES DIFICIL
RECURSOS	Es el compromiso o determinación de dedicar tiempo (espacio, dinero) a los otros miembros de la familia	CASI SIEMPRE ALGUNAS VECES DIFICIL
APGAR FAMILIAR	escala de likert, dando un valor de 0 a 2	NORMOFUNCIONAL MODERADAMENTE DISFUNCIONAL GRAVEMENTE DISFUNCIONAL

PROCEDIMIENTO:

Previo a autorización del Comité Local de Investigación en Salud No. 1306 del Instituto Mexicano del Seguro Social se procedió a pasar al área de consulta externa para la localización de pacientes que se encuentren en consulta.

Localizados los pacientes, se les interrogó con el objeto de identificar si tienen los criterios de selección necesarios para el estudio.

A los pacientes seleccionados se les solicitó consentimiento informado para la realización del trabajo de investigación ANEXO (1).

Una vez autorizada la realización del trabajo por parte de los pacientes se procedió a realizar el interrogatorio mediante un cuestionario, ANEXO (2) aplicado a la familiares de los paciente diabéticos donde se identifican las variables: edad, sexo, antigüedad ,, etc.

RECURSOS MATERIALES.

- A) Hojas blancas: 500
- B) Impresora
- C) Computadora
- D) Cartuchos de impresora
- E) Lápices y plumas
- F) Fotocopias 700

RECURSOS HUMANOS.

- A) Investigador: Oscar Manuel Gómez Jimenez
- B) Asesores: Dr. Rafael Bustos Saldaña

RESULTADOS

INDIVIDUOS ENCUESTADOS

La siguiente tabla nos muestra la frecuencia de individuos encuestados de acuerdo a su condición familiar.

TABLA.1. FAMILIARES ENCUESTADOS.

FAMILIARES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PACIENTE DIABETICO	70	34.0%
FAMILIAR	136	66.0%
TOTAL	206	100%

PERIODICIDAD

La siguiente tabla muestra la frecuencia de la periodicidad

TABLA. 2. PERIODICIDAD DE CITAS. MESES.

PERIODICIDAD EN MESES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	60	85.7%
2	4	5.7%
3	3	4.3%
4	3	4.3%
TOTAL	70	100%

COMPLICACIONES

La siguiente tabla nos muestra la frecuencia de complicaciones

TABLA 3. COMPLICACIONES.

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NEFROPATIA	2	2.85
NEUROPATIA	2	2.85

RETINOPATIA	9	12.85
SIN COMPLICACIONES	57	81.42
TOTAL	70	100.0%

GLUCEMIA BASAL EN AYUNO

La siguiente tabla nos muestra la frecuencia de la glucemia con un promedio de glucosa de 150 ± 60.26 mg/dl

TABLA.4. GLUCEMIA

CIFRAS DE GLUCEMIA MG/DL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
46-96	10	14.3%
105-125	17	24.3%
127-140	15	21.4%
145-170	16	22.9%
176-248	8	11.5%
262-363	4	5.6%
TOTAL	70	100%

EDAD.

El promedio de la edad fue de 60.021 ± 10.47 años para mujeres y 60.636 ± 8.22 años para hombre. (39 a 82 años). $t=0.059$, $p=0.81$

La siguiente tabla nos muestra la frecuencia de edad por grupos.

Tablas 5. EDAD DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS DE ACUERDO AL SEXO

EDAD	F	M	TOTAL
39-50	10	3	13
51-60	13	6	19
61-70	18	12	30
71-80	6	1	7
81 o +	1	0	1
Total	48	22	70

COMORBILIDAD DE LOS PACIENTES DIABETICOS.

En la siguiente tabla la frecuencia de comorbilidad.

TABLA. 6. COMORBILIDAD.

COMORBILIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INFARTO DEL MIOCARDIO	1	1.42
DISLIPIDEMIA	7	10
EPILEPSIA	1	1.42
ARTRITIS REUMATOIDES	1	1.42
HIPERTENSION ARTERIAL	36	51.42
OBESIDAD	20	28.60
OSTEOPOROSIS	1	1.42
SIN ALTERACIONES COMORBIDAS	3	4.30
TOTAL	70	100

ANTIGÜEDAD DE LA DIABETES MELLITUS.

El promedio del tiempo de diagnosticada la diabetes mellitus fue de 10.59 ± 4.95

años

En la siguiente tabla nos muestra la frecuencia del tiempo de diagnosticada la diabetes por grupos

TABLA. 7 .ANTIGUEDAD (años)

ANTIGUEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1- 5	24	34.3%
6-10	22	31.3 %
12-15	6	8.5%
16-20	11	14.7%
21-30	4	5.7%
31-33	3	4.2%
TOTAL	70	100.0%

EL SEXO EN CADA GRUPO ENCUESTADO

En la siguiente tabla nos muestra sexo de cada grupo

TABLA.8. SEXO DE ACUERDO A CADA GRUPO. (PACIENTES Y FAMILIARES)

	PACIENTE	FAMILIAR	TOTAL
F	48	73	121
M	22	63	85
TOTAL	70	136	206

EDAD DE ACUERDO A FAMILIARES:

MEDIA 41.037 ± 17.348 AÑOS

Chi-Cuadr 4.23 , p=0.03970676

La siguiente tabla nos muestra la frecuencia de edad de familiares

TABLA.9. EDAD DE ACUERDO A FAMILIARES DE LOS PACIENTES

EDAD	PACIENTE	FAMILIAR	TOTAL
-20	0	27	27
21-40	2	49	51

41-60	30	37	67
61-70	30	17	47
71-80	7	6	13
Total	70	136	206

p 0.000001 y valor-t8.570565

TIPO DE FAMILIA

EVOLUCIÓN:

4 (5.8%) familias fueron catalogadas como modernas y las 65 (94.2%) restantes fueron tradicionales

DEMOGRAFIA:

Todas las familias estaban asentadas en medio urbano.

EN BASE A SU COMPOSICION

Se encontraron 31 (44.9%) familias extensas y 38 (55.1%) nuclear.

LAS FAMILIAS ENCUESTADAS EN BASE A SU INTEGRACIÓN

Se encontraron 4 familias desintegradas el resto 65 familias integradas.

EN BASE A SU OCUPACIÓN EN LAS ENCUESTA DE LA FAMILIAS

2 campesinas, 62 obreras y 5 profesionales.

RESULTADOS DE APGAR FAMILIAR

SENSACIÓN DE AYUDA DE LA FAMILIA

En la tabla siguiente la frecuencia de respuesta para la sensación de ayuda percibida por los integrantes de las familias

TABLA.12.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIFICIL	2	1.0%
ALGUNAS VECES	7	3.4%
CASI SIEMPRE	197	95.6%
Total	206	100.0%

DISCUSION EN LOS ACUERDOS Y TOMA DE DESICIONES.

La frecuencia de respuesta se hace referencia en la siguiente tabla

TABLA.13.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIFICIL	2	1.0%
ALGUNAS VECES	27	13.1%
CASI SIEMPRE	177	85.9%
Total	206	100.0%

ACEPTACION DE NUEVAS ACTIVIDADES Y CAMBIOS EN

ESTILOS DE VIDA

La frecuencia de respuesta se hace referencia en la siguiente tabla

TABLA.14.:

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIFICIL	6	2.9%
ALGUNAS VECES	8	3.9%
CASI SIEMPRE	192	93.2%
Total	206	100.0%

EXPRESION DE AFECTO Y RESPUESTA A SENTIMIENTOS DE TRISTEZA, ANGUSTIA Y AMOR

La frecuencia de respuesta se hace referencia en la siguiente tabla

TABLA.15.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIFICIL	2	1.0%
ALGUNAS VECES	15	7.3%
CASI SIEMPRE	189	91.7%
Total	206	100.0%

CANTIDAD DE TIEMPO QUE PASAN JUNTOS CON LA FAMILIA?

La frecuencia de respuesta se hace referencia en la siguiente tabla

TABLA.16

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIFICIL	1	0.5%
ALGUNAS VECES	14	6.8%
CASI SIEMPRE	191	92.7%
Total	206	100.0%

CALIFICACION FINAL DEL APGAR FAMILIAR

MEDIA DE 9.529 ± 1.184 puntos

La siguiente tabla la frecuencia del total de apgar

TABLA.11. TOTAL DE APGAR

PROMEDIO DE APGAR(FAMILIARES)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2.00	1	0.5%
5.00	3	1.5%
6.00	1	0.5%
7.00	16	7.8%
8.00	6	2.9%
9.00	10	4.9%
10.00	169	82.0%
Total	206	100.0%

DISCUSION

Uno de los campos de acción de la educación para la salud se circunscribe al enfermo, a nivel hospitalario , ambulatorio y en el hogar, a efecto de lograr su participación activa, sobre todo en aquellas enfermedades que requieren de un tratamiento prolongado, haciendo imprescindible la cooperación de familiares o allegados. ⁽⁸⁾

De allí el incluir y la importancia de este trabajo al incluir familiares de los paciente diabético de la consulta externa en medicina familiar en la Unidad de Medicina familiar. N° 9 I.M.S.S.

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 su familia y a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia terapéutica. ⁽⁶⁾

Para nuestro estudio sobresale el enfoque a la familia en su percepción de su satisfacción tanto del paciente diabético como sus familias.

En virtud que la diabetes mellitus requiere de un manejo cotidiano independiente de los medicos, 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 ⁽⁶⁾.

Así el interés de nuestro protocolo es conocer la percepción de su satisfacción familiar en apoyo al paciente diabético.

El paciente diabético esta obligado a realizar complejos cambios individuales, familiares, laborales y sociales en muchos aspectos de su vida cotidiana; ente esta enfermedad, la cooperación familiar es imprescindible. ⁽¹¹⁾

En la dinámica familiar incluye determinantes que uno de los integrantes tenga una que uno de los integrantes tenga una enfermedad crónica y demande mayor atención. ⁽¹¹⁾

Frecuentemente existe dificultad de adaptación a acontecimientos vitales estresantes relacionados con etapas de transición en la vida de la persona.

Entre los recursos de apoyo social el mas importante es la familia, por lo

que los trastornos en su dinámica pueden incrementar la probabilidad de que alguno de sus miembros presente dificultad adaptación.⁽¹¹⁾

En el apgar familiar que es un instrumento que fue diseñado para evaluar en forma parcial el funcionamiento sistemático de la familia y en este caso nos fue útil para identificar como esta la percepción en la satisfacción familiar de los pacientes diabéticos en nuestra consulta.

La disfunción familiar en principio es un problema de interrelación consigo mismo y con las estructuras sociales, condición compleja porque requiere modificaciones estructurales y adaptativas respecto a valores sociales, aspectos económicos, sexuales, religiosos etcétera. .⁽¹¹⁾

Las interacciones entre los miembros de la familia pueden ser negativas o positivas; cuando se dan las segundas proveen sensación de bienestar y el apoyo que permite mantener el soporte emocional como vehículo de socialización. En su conjunto determinan las características de la dinámica familiar e influyen directamente en los cuidados que se otorguen al enfermo.⁽¹¹⁾

Seguir al grupo estudiado en paciente diabético de consulta externa, número de pacientes estudiados (70) y sus familias con medición de la sensación del funcionamiento familiar a través del Apgar familiar, realizadas a 136 familiares de los 70 diabéticos. Se concluyo en la respuesta de la encuestas realizadas una buena percepción en el funcionamiento familiar, aunque; algunas familias son moderadamente disfuncionales y escasa una familia es gravemente disfuncional.

El diagnóstico del grado de salud psicodinámica y familiar por medio de la evaluación de funciones familiares permite dar orientación para conservar la integridad familiar, la salud física, la coherencia y el afecto, con el fin de mantener el lo posible el núcleo familiar en una homeostasis biológica y psicoafectiva para generar acciones tendentes a cumplir las funciones vitales que se espera de ellas.¹²

Equidad generacional. Adecuado desempeño de las funciones entre los distintos miembros de la familia.¹²

Transición cultural. Aprendizaje del sentido de pertenencia, de la lengua, higiene, costumbres y formas de relación.¹²

Socialización y control social. Compromiso para evitar la proliferación de conductas socialmente no aceptables.¹²

Conocer mas sobre el grupo familiar fue de vital importancia ya que en pocas enfermedades están tan condicionado el éxito terapéutico de la actitud del paciente, la dinámica de la familia y de la relación medico/paciente como en la diabetes.

También es cierto que el impacto de la diabetes sobre el adulto y su familia depende del ciclo vital.

Es importante resaltar la edad entre paciente diabético y familiar hay una diversidad en los grupos encuestados pero mas significativo una media 41.037 ± 17.348 años.

Comparado con un estudio de 300 paciente diabéticos con un intervalo de edad de 27 y 60 años, con un promedio de 49.18 ± 7.2 Años. ⁽⁷⁾

Y aunque ellos dividieron su estudio en dos grupos uno con funcionalidad familiar otro con disfuncion familiar cada uno integrado por 150 pacientes. ⁽⁷⁾

Señalar algunos estudios refieren no hay diferencias en la características sociodemográficas. ⁽⁷⁾

Según un Estudio la representación al tiempo de evolución de la enfermedad, 39.2% tenían menos de 5 años y 60.8% de cinco a diez años de evolución. ⁽⁷⁾

Los grupos de nuestro estudio la característica más frecuentes de antigüedad en promedio del paciente con diabetes mellitus son de 1-5 años 24 (34.3%), 6-10 años 22 (31.3 %) podrían ser atendidos con acciones preventivas. y de 12-20 años 17 (17.7%) y >20 años 7 (9.9%)

Hay pocas familias desintegradas comparadas con un gran número de familias integradas.

Mucha de las familias usuarias en su mayoría son de ocupación obrera, aunque un porcentaje bajo hay profesionales y campesinas.

En las preguntas del apgar familiar en la Adaptación que es la utilización de los recursos intra y extrafamiliares para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un estrés durante un período de crisis nuestra encuesta nos deja claro que si hay una sensación de ayuda tanto del paciente diabético como del grupo familiar

Y continuando con preguntas del apgar la participación-poder en la toma de decisiones y responsabilidades; define el grado de poder de los miembros de la familia hay una cohesión acorde en los diabético y su grupo familiar.

Así como otra pregunta es sobre el Crecimiento que se refiere a la posibilidad de maduración emocional y física, y de autorrealización de los miembros de la familia, por el apoyo mutuo hay aceptación de nuevas actividades y cambios en los estilos de vida en paciente y familiares encuestados.

En la penúltima pregunta la mayoría de la encuestas concluye que si hay afecto en la relación de amor y atención que existen entre los miembros de la familia.

Y concluyendo las preguntas del apgar familiar sobre el soporte concluyen que si hay recursos en el compromiso o determinación de dedicar tiempo (espacio, dinero) a los otros miembros de la familia.

En el apgar familiar que es un instrumento que fue diseñado para evaluar el funcionamiento sistemático de la familia y en este caso nos fue útil para identificar como esta la familia de los pacientes diabéticos. Una familia se encuentra gravemente disfuncional y 4 familias moderadamente disfuncional.

En si generalmente todas las familias se encuentran con una buena función familiar como resultado de estas encuestas.

Conclusiones del grupo estudiado en paciente diabético de consulta externa, numero de pacientes estudiados (70) y sus familias con medición

de la sensación del funcionamiento familiar a través del Apgar familiar, realizadas a 136 familiares de los 70 diabéticos.

Se percibe un buen funcionamiento familiar, aunque algunas familias son moderadamente disfuncionales y escasa una familia es gravemente disfuncional.

En su mayoría en base a su desarrollo son tradicionales y ocupación obreras, familias extensas e integradas.

En superioridad en la 4° y 5° década de la vida. De predominio sexo femenino sobre masculino. Con un promedio de antigüedad de diabéticos entre 1- a 10 años en la gran mayoría

Y una comorbilidad de hipertensión arterial y obesidad. Que se citan mensualmente. Algunos presentan lesiones de complicaciones crónicas con retinopatía, neuropatía y neuropatías.

Con un buen control metabólico mas de un tercio de los paciente estudiados. Contra un pobre control cerca de una quinta parte; al igual que muy pobre control metabólico.

CONCLUSION.

Periodicidad de citas. Resalta que el paciente diabético se cita mensualmente; en nuestra encuesta encontramos, de tal manera se tiene al paciente mas monitoreado para determinar acciones preventivas y educativas en su salud. Ya que esta enfermedad crónica degenerativa como es la diabetes mellitus es de prioridad informarle constantemente al paciente sobre acontecimientos crónicos. Así tener la oportunidad de revisión de pies y ojos. También revisión de control metabólico.

Complicaciones. Las tres grandes lesiones crónicas que nos presentan los paciente diabéticos: retinopatías, nefropatias y neurológicas se presentan constantemente como fases terminales de la diabetes mellitus ya que por su cronicidad, por su prevaecía hace vulnerable al paciente con muchos años, aunados al descontrol metabólico y poca educación para cuidar estos acontecimientos. En nuestra encuesta aparecen también estas complicaciones en determinados paciente de nuestra consulta.

Glucemia basal en cifras recomendadas es una de nuestras metas como medico de atención primaria, el control metabólico vemos que cierto grupo esta ajustado a glucemia optimas para en buen control y algunos otros están descompensados o fuero de control optimo. Nos hace reflexionar sobre la importancia de continuar insistiendo en educación, dietas y añadir o ajustar medicamentos según sea el caso.

La edad en promedio en el paciente diabético resalta la influencia de predominio en el grupo de 60-70 años en casi la mitad de nuestros pacientes diabéticos.

La edad entre paciente diabético y familiar hay una diversidad en los grupos encuestados pero el más significativo de edades de 26-40 años.

A comorbilidad en nuestro paciente diabéticos no podría faltar que la hipertensión arterial es la acompañante principal

Los grupos más frecuentes de antigüedad en promedio del paciente con diabetes mellitus son de 1-5 años y 6-10 años podrían ser atendidos con mayores acciones preventivas.

Generalmente las familias son tradicionales, con un porcentaje bajo de profesionales. Composición hay una división en esta población sobre familias extensas y nuclear.

Hay pocas familias desintegradas comparadas con un gran número de familias integradas.

Mucha de las familias usuarias en su mayoría son de ocupación obrera, aunque un porcentaje bajo hay profesionales y campesinas.

En las preguntas del apgar familiar en la Adaptación que es la utilización de los recursos intra y extrafamiliares para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un estrés durante un período de crisis nuestra encuesta nos deja claro que si hay una sensación de ayuda tanto del paciente diabético como del grupo familiar

Y continuando con preguntas del apgar la participación-poder en la toma de decisiones y responsabilidades; define el grado de poder de los miembros de la familia hay una cohesión acorde en los diabético y su grupo familiar.

Así como otra pregunta es sobre el Crecimiento que se refiere a la posibilidad de maduración emocional y física, y de autorrealización de los miembros de la

familia, por el apoyo mutuo hay aceptación de nuevas actividades y cambios en los estilos de vida en paciente y familiares encuestados.

En la penúltima pregunta la mayoría de la encuestas concluye que si hay afecto en la relación de amor y atención que existen entre los miembros de la familia.

Y concluyendo las preguntas del apgar familiar sobre el soporte concluyen que si hay recursos en el compromiso o determinación de dedicar tiempo (espacio, dinero) a los otros miembros de la familia.

En el apgar familiar que es un instrumento que fue diseñado para evaluar el funcionamiento sistemático de la familia y en este caso nos fue útil para identificar como esta la familia de los pacientes diabéticos. Una familia se encuentra gravemente disfuncional y 4 familias moderadamente disfuncional.

En si generalmente todas las familias se encuentran con una buena función familiar como resultado de estas encuestas.

Conclusiones del grupo estudiado en paciente diabético de consulta externa, numero de pacientes estudiados (70) y sus familias con medición de la sensación del funcionamiento familiar a través del Apgar familiar, realizadas a 136 familiares de los 70 diabéticos.

Se percibe un buen funcionamiento familiar, aunque algunas familias son moderadamente disfuncionales y escasa una familia es gravemente disfuncional.

En su mayoría en base a su desarrollo son tradicionales y ocupación obreras, familias extensas e integradas.

En superioridad en la 4° y 5° década de la vida. De predominio sexo femenino sobre masculino. Con un promedio de antigüedad de diabéticos entre 1- a 10 años en la gran mayoría

Y una comorbilidad de hipertensión arterial y obesidad. Que se citan mensualmente. Algunos presentan lesiones de complicaciones crónicas con retinopatía, neuropatía y neurolopatias.

Con un buen control metabólico mas de un tercio de los paciente estudiados.
Contra un pobre control cerca de una quinta parte; al igual que muy pobre control metabólico.

SUGERENCIAS

La familia como sistema juega un papel importante no solo en el proceso generador de alteración a la salud sino en su proceso de rehabilitación. Esto depende de si la familia es disfuncional, o por el contrario, es funcional y cuenta con unos recursos adecuados de soporte social, de ahí la importancia de que el medico de atención primaria adecue sus conocimientos a este grupo de vital importancia como es la familia de los paciente diabéticos.

La Diabetes Mellitus sitúa al sistema familiar ante una situación nueva e inesperada. Conocer el abordaje de familiar ayuda que su carga emocional ante una enfermedad que no se “cura”; y que precisa tratamiento para siempre, y que con ayuda en los cambios hábitos de vida, cambios reales de adaptación que ello exige para el resto de los miembros de la familia.

Conocer mas sobre el grupo familiar es de vital importancia ya que en pocas enfermedades están tan condicionado el éxito terapéutico de la actitud del paciente, la dinámica de la familia y de la relación medico/ paciente como en la diabetes.

También es cierto que el impacto de la diabetes sobre el adulto y su familia depende del ciclo vital.

A lo largo del ciclo vital familiar surgen distintos acontecimientos que actúan afectando la homeostasis familiar y que exige mecanismos de adaptación para su recuperación dicho mecanismos dependerán para su éxito de la existencia de una correcta función familiar.

El medico de atención primaria que atendiendo de una forma integral y desde una concepción biopsicosocial, a la persona con diabetes mellitus, debe conocer todos aquellos factores familiares que influyen de forma directa en la adherencia a las medidas terapéuticas recomendadas para su control.

A los servidores de la atención a la diabetes.

Como esta entendiendo el Equipo de Salud a la diabetes mellitus? ¿Como la esta enfrentando?

La propuesta de abordar en un proyecto de Atención a la diabetes que construya un abordaje integral y participativo en el primer nivel de atención.

El abordaje multidisciplinario con un programa de atención integral a la diabetes mellitus tipo 2 incluye varios campos disciplinarios representados por un conjunto de profesionales que forman un equipo grupo de trabajo.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

EL MEDICO FAMILIAR. Aumentar conocimientos de medidas de promoción a la salud.

Considerar al paciente y su red de apoyo (familia), cuando menos dos entornos: familiar y en el club de diabéticos.

Debe actualizarse en el diagnostico, manejo y tratamiento en Neuropatía, cardiopatía, retinopatía, vasculopatía, neuropatía.

TRABAJADORA SOCIAL. Fortalecer metodologías educativas.

Conocimiento del concepto psicosocial y cultural de la enfermedad.

Historia natural de la enfermedad en niveles de prevención: promoción y prevención específica (factores condicionantes y determinantes de formas de vida).

Redes de apoyo: familiares y en grupos de autoayuda.

ENFERMERÍA. Actualizar en nuevas tecnologías de cuidados clínicos.

Capacitar en técnicas educativas de autocuidado y ejercicio físico, seguimiento de pacientes, metodología de la investigación, encuentros multidisciplinarios interniveles.

LIDERES DE CLUB DE DIABETICOS. Ampliar funciones a los diabéticos complicados.

Involucrar a la familia del paciente.

Apoyo en el desarrollo de actividades comunitarias

Educación y entrenamiento en la historia natural de la enfermedad y perfiles de factores de riesgo y protección.

Formación en la autogestión individual, familiar y grupal, apoyada y tutoriada en aspecto preventivo de promoción y situaciones de alarma.

PROMOTORES A LA SALUD. Prevención primaria. Aspectos fisiopatológicos de la enfermedad. Coordinación interdisciplinaria.

Se deben formar promotores del mismo club de diabéticos.

DIETOLOGIA. Especificar en su ámbito de acción: mantener glucemia., colesterol tratamiento de la obesidad /sobrepeso/ desnutrición.

SEGUNDO NIVEL.

MEDICO ESPECIALISTA.

Unificar criterios de diagnóstico y tratamiento.

Perfiles de factores de riesgo, manejo de criterios epidemiológicos aplicados a la práctica especializada.

PACIENTE.

Formación de objetivos de un plan nutricional y actividad física.

Conocimiento de tratamiento no farmacológico.

FAMILIAR: Formación en la autogestión familiar apoyada y tutoriada en aspecto preventivo de promoción y situaciones de alarma.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) National Institute of Diabetes & Digestive & Kidney disease. 2000 14 agosto 2006.
disponible en: <http://www.niddk.nih.gov/health/diabetes/pubs/dmstats.htm#7>
- (2) Secretaria De Salud. Epidemiología en México de las Alteraciones de la Glucemia. Acarbosea en el control y Prevención de la diabetes Mellitus Tipo 2 y del Riesgo Cardiovascular. Programa de Acción: Diabetes mellitus. Programa de Salud del Adulto y el Anciano. 2001; 1-13
- (3) Arias C. Liliana, M.D., Herrera Julián A., M.D. El apgar familiar en el cuidado primario de la salud. <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol25No1/apgar.html>
- (4) Campbell TL. Family's impact on health: a critical review. *Fam Syst Med* 1986; 4: 135-323.
- (5) Ramsey C. The relationship between family functioning, life events, family structure, and the outcome of pregnancy. *J Fam Pract* 1986; 22: 521-25.
- (6) Rodríguez-Moran, Guerrero-Romero JF. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. *Sal Publ Mex* 1997; 39:44-47
- (7) Méndez-López D, Gómez-López V. García- Ruiz M. Pérez-López A, Navarrete-Escobar. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. *Rev Med IMSS* 2004; 42(4):281-283
- (8)-. Váladez-Figueroa I. Aldrete-Rodríguez MG, Alfaro- Alfaro N. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo 2. *Sal Publ* 1993; 35: 464-470
<http://www.insp.mx/salud/35/355-5s.html>
- (9) Konen JC, Summerson JH, Dignan MB. Family function, stres, and locus control. relationships to glycemia in adultus with diabetes mellitus. *Arch Fam Med* 1993 Apr; 2(4):393-402
- (10) Valenciaga RJ, González-de la Vega F, Pons BP, Sánchez VO. Repercusión en el control de la diabetes mellitus de una técnica educativa dirigida a la familia... *Rev Cub de Med Gen Inte*, 1995; abril-junio
- (11) Rodríguez AG; Rodríguez AI. Disfuncion familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Rev. Med. IMSS* 2004; 42(2):97-102
- (12) Arias C, Herrera J. El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. *Col Méd* 1994; 25:26-8
<http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol25No1/apgar.html>

13. Campbell TL. Family's impact on health: a critical review. *Fam Syst Med* 1986; 4: 135-323.

<http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol25No1/apgar.html>

(13). Ramsey C. The relationship between family functioning, life events, family structure, and the outcome of pregnancy. *J Fam Pract* 1986; 22: 521-25.

(14) Smilkstein G. The physician and family function assessment. *Fam Syst Med* 1984; 2: 262-78.

<http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol25No1/apgar.html>

(15) Smilkstein G. The family APGAR: A proposal for a family function test and its used by physicians. *J Fam Pract* 1978; 6: 12-31.

<http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol25No1/apgar.html>

(16) I. Yurss. Atención a la familia: otra forma de enfocar los problemas de salud en atención primaria. *Instrumentos de abordaje familiar*. 2006.

<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple9a.html>

(17)-. *Abordaje Familiar* (20 agosto del 2006).

<http://stonehand.com/hh/chao13#GESTATIONALDIABETES>.

(18). University of Massachussets Medical Center. *Diabetes and the Family*.

<http://www.stonehand.com/hh/chap13#GESTATIONAL DIABETES>

(19)-. Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar. *FAMILIOLOGIA*. La Paz, Bolivia 2001: 2-23

(20)-. Merck Sharp and Dome. *Curso Para Médicos Generales. Diabetes Mellitus*. Buenos Aires Argentina 2004: 1-34

(21)- Rodríguez-Moran M. Importancia del apoyo familiar en el control del paciente diabético. *Sal Púb de Méx* 1997; vol. 39:44-47.

ANEXOS 1

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ciudad Guzmán, Jalisco a _____ de _____ 200_

Por medio de la presente acepto mi participación en el trabajo de investigación titulado “La Percepción del funcionamiento familiar en las familias de los pacientes diabéticos “del Consultorio No. 5 turno vespertino del HGZ MF No. 09 del IMSS localizado en Ciudad Guzmán, Jalisco.”. El objetivo de este estudio es determinar“La Percepción del funcionamiento familiar en las familias de los pacientes diabéticos del consultorio No. 5 Turno Vespertino del HGZ MF No. 09 del IMSS en Ciudad Guzmán, Jalisco. Se me ha explicado que mi participación consistirá en: LLENAR Y CONTESTAR EL CUESTIONARIO (FORMATO) .ANEXO 2 Y 3. Declaro que se me ha informado sobre los posibles riesgos que son: incomodidad escasa sobre el formato y aplicación a mi familia.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo que pudiera ser ventajosos a mi tratamiento, así como a responder a cualquier pregunta y aclarar las dudas que plantee acerca de los procedimientos que se lleven a cabo, los riesgos, beneficios, o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

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

El investigador me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente _____

Afiliación_____

Investigador: _____

Testigo _____

Testigo _____

ANEXOS 2

PERCEPCION DE LA SATISFACCION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN NLAS FAMILIAS DEL PACIENTE DIABETICO DEL CONSULTORIO 5 TURNO VESPERTINO.

REPORTE DEL FORMATO

FOLIO:

FECHA:

DIA MES AÑO

DATOS DEL PACIENTE

Fecha de Nacimiento:

DIA MES AÑO

Nombre:

Apellido paterno:

Apellido materno:

TIEMPO DE DX De DM

PERIODICIDAD DE CITA: 1CADA MES 2CADA 2 M 3= CADA 3 M 4= CADA 4 M.

GLUCEMIA CENTRAL MAS RECIENTE 1=80-110 2= 11-139 3=140-200 4=201-500

COMPLICACIONES

CRONICA: 1= RETINOPATIA 2= NEFROPATIA 3= NEUROPATIA

COMORBILIDAD: 1= HTA 2= OBESIDAD 3= DILIPIDEMIA 4=OTROS

ANEXOS 3

CUESTIONARIO DEL APGAR FAMILIAR

APGAR FAMILIAR	Casi siempre	Algunas veces	Difícil
1-. ME SIENTO SATISFECHO CON LA AYUDA QUE RECIBO DE MI FAMILIA CUANDO TENGO ALGUN PROBLEMA?			
2-.ESTOY SATISFECHO CON LA FORMA COMO MI FAMILIA DISCUTE POR IGUAL LOS ACUERDOS Y LA TOMA DE DECISIONES?			
3-. ENCUENTRO QUE MI FAMILIA ACEPTA MIS DESEOS PARA NUEVAS ACTIVIDADES Y CAMBIOS EN MI ESTILO DE VIDA?			
4.-ESTOY SATISFECHO CON LA FORMA EN QUE MI FAMILIA EXPRESA AFECTO Y RESPONDE A MIS SENTIMIENTOS DE TRISTEZA, ANGUSTIA Y AMOR?			
5-. ESTOY SATISFECHO CON LA CANTIDAD DE TIEMPO QUE PASAMOS JUNTOS MI FAMILIA Y YO?			