



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DELEGACION NORTE DEL DF.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 94

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y TIPO DE APOYO PERCIBIDO EN LA
PAREJA CON UN PORTADOR DE DIABETES MELLITUS CON Y SIN
COMPLICACIONES CRÓNICAS.**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

Sara Reyna Maldonado

DIRECTOR DE TESIS:
Dra. Lidia Bautista Samperio

2009





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS.

A Rodrigo y Jimena
Por llenar de luz y amor mi vida.

ÍNDICE

Páginas

Resumen estructurado	2
Marco teórico	4
Antecedentes científicos	19
Planteamiento del problema	22
Objetivos del estudio	23
Hipótesis	23
Variables	23
Diseño del estudio	23
Universo de trabajo	23
Población de estudio	23
Muestra de estudio	23
Determinación estadística del tamaño de la muestra	23
Tipo de muestreo	24
Criterios de selección de la muestra	24
Procedimiento para integrar la muestra	25
Hoja de recolección de datos	25
Descripción del instrumento	27
Descripción del programa de trabajo	29
Análisis estadístico de la información	29
Cronograma de actividades	29
Recursos del estudio	30
Consideraciones éticas	31
Resultados	32
Análisis	44
Conclusiones	48
Sugerencias	49
Bibliografía	50
Anexos	
Anexo 1: Cuadro de variables.	
Anexo 2: Evaluación Triaxial de la Familia	
Anexo 3: Inventario de Apoyo para la Pareja (IAPP)	
Anexo 4: Hoja de recolección de datos.	
Anexo 5: Cronograma.	
Anexo 6: Consentimiento informado.	

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y TIPO DE APOYO PERCIBIDO EN LA PAREJA CON UN PORTADOR DE DIABETES MELLITUS CON Y SIN COMPLICACIONES CRÓNICAS.

Bautista-Samperio Lidia¹ Reyna-Maldonado Sara²
Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Medicina Familiar (UMF) 94.

Antecedentes.

El subsistema conyugal es el eje rector para la funcionalidad familiar, con lo cual potencialmente marca la respuesta del núcleo ante crisis como la diabetes mellitus (DM), y el impacto en la evolución y actitud del paciente ante la misma, sin embargo no se cuenta con evidencia científica de ello.

Objetivo: Determinar las diferencias en el apoyo percibido de acuerdo con la funcionalidad familiar y la presencia o no de complicaciones crónicas en parejas con un miembro portador de diabetes mellitus.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal, ambilectivo y comparativo; en 64 parejas, de 20 a más años de edad, con un integrante portador de DM con y sin complicaciones crónicas, derechohabientes de la UMF. 94, bajo consentimiento informado, sin enfermedad terminal o psiquiátrica. Con aplicación del Inventario de Apoyo para la pareja (IAPP) para la percepción de apoyo; Escala Triaxial de la Familia para funcionalidad. Análisis con estadística descriptiva, ji cuadrada con corrección de Pirie y Hamdem como prueba de hipótesis y para influencia de las variables coeficiente phi.

Resultados: En el grupo de DM con y sin complicaciones se obtuvo 87% y 78% de familias disfuncionales respectivamente. La percepción del apoyo en el grupo sin complicaciones fue positivo en 17(53%) y expresado en 13(41%); en el grupo con complicaciones, apoyo positivo en 18(56%) y expresado en 12(37%), variables universales e intervinientes $p > 0.05$.

Conclusiones: Independientemente de pertenecer a una familia funcional o disfuncional, y presentar o no complicaciones crónicas el tipo de apoyo percibido por el portador de DM es positivo y expresado sin intervenir en ello edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, tiempo de evolución y/o el tipo de complicación presentadas.

Palabra Clave: Funcionalidad familiar, tipo de apoyo de pareja, diabetes mellitus.

¹ Profesor Titular de la Especialidad de la Residencia en Medicina Familiar. UMF. 94. UNAM.

² Residente de 3er grado de Medicina Familiar. UMF. 94

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La familia requiere para su constitución y funcionamiento una interrelación y equilibrio que incluye: vida afectiva, relaciones sexuales, intercambio económico, proyecto vital compartido, concilio valores y desarrollo de pautas de comportamiento que apoyen la acción del otro, sobre todo en la presencia de crisis, ya que se requiere siempre de un reajuste.

Según la OMS, la familia es uno de los grupos fundamentales de la salud, así mismo Valdez-Figueroa,⁽⁴¹⁾ Rodríguez-Moran⁽³⁵⁾ y Castillo⁽³⁶⁾ indican que favorece la curación y rehabilitación de sus integrantes, en la medida que sea capaz de identificar tempranamente los problemas de salud, facilite el cumplimiento del manejo terapéutico y brinde apoyo y seguridad, a través de cumplir sus funciones y adaptarse o superar cualquier crisis esperada (ej. matrimonio) o no como la DM, lo que permite identificar la fortaleza del sistema familiar.

En dicha respuesta se involucran: la etapa del ciclo evolutivo familiar e individual, grado de solidez, nivel socioeconómico, función que cubra la enfermedad para ese grupo en específico, historia familiar y significado social o religioso de la misma. El portador de una enfermedad crónica, entonces tiende a ser etiquetado como “diferente”, por los cuidados requeridos o capacidades perdidas, lo cual determina en diversos grados el impacto en el ámbito individual, familiar y/o social. Aunado a ello la percepción del individuo respecto al apoyo recibido por sus seres queridos, sobre todo su pareja potencialmente puede influir no solo en el estado emocional del enfermo, sino en la adhesión y por ende en la respuesta al manejo terapéutico.

MARCO TEÓRICO

Desde tiempos remotos se considera al hombre como un ser gregario, dando origen a la formación de grupos de personas para hacer frente a los fenómenos naturales de los cuales, él desconocía y de esta manera facilitar su supervivencia, estos grupos evolucionaron hasta lo que hoy en día llamamos familia.⁽¹⁾ Etimológicamente la palabra familia deriva del término famulus que significa siervo, la cual a su vez proviene del primitivo famul, que se origina de la voz osca famel, esclavo doméstico. Sin embargo esta definición de familia ha tenido varias modificaciones, la primera de ellas dada por el Consenso Canadiense que la define como "esposo y esposa con o sin hijos; o padre y madre solo con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo."⁽²⁾ Hasta la época contemporánea se dice que "es una unidad funcional, en donde la actuación de sus miembros debe ser comprendida en relación con la estructura global de la misma; considerada como un sistema de interacción, o mejor aún, de transacción, que imprime en el individuo los sentimientos de identidad e independencia".⁽³⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) comprende como parte de la familia a los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio, otras definiciones mencionan que la familia puede estar formada por una pareja con o sin hijos.⁽²⁾ Algunos sobredimensionan los vínculos conyugales o consanguíneos, otros autores dan mayor peso al elemento cohabitacional y en un tercer grupo se sobre valora el núcleo de relaciones afectivas que establecen los miembros de la familia. Otra definición de familia: Grupo de personas unidas por lazos de parentesco, matrimonio o adopción, que viven en un mismo espacio geográfico y que establecen determinado nivel de relaciones afectivas. Entonces, la familia es un sistema que se encuentra en interacción dinámica, donde lo que le acontece a un miembro de esta afecta al otro y a su vez al grupo.⁽⁴⁾ Tal diversidad nos muestra la complejidad no solo de definirla, sino de entender cual es su dinámica intra y extra familiar.

A través de la historia se han dado múltiples enfoques al estudio de la familia, pero en la década de los setentas, su concepción da un giro trascendental, en donde se conceptúa con una visión sistémica fundada en la Teoría General de sistemas, dándole un abordaje más integral en el estudio de la misma. Recordado que ésta teoría considera a un sistema como un conjunto de elementos en interacción dinámica, donde cada elemento cumple una función con respecto al todo y su función es más que la simple suma de ellos⁽⁵⁾ bajo estas consideraciones, puede decirse entonces que la familia funciona como un gran sistema en donde la movilización o afección de una de sus partes, repercute en todo el sistema mismo; y que a su vez se pueden identificar varios subsistemas que la conforman reconocidos como el filial, fraterno y conyugal, considerado éste último como eje rector. Una de las propiedades que la familia cumple como sistema, es el de mantener el equilibrio y la homeostasis, además de poseer la capacidad de transformación, que indica su dinamismo y la tendencia al cambio y crecimiento, ello implica que se autogobierna, estableciendo sus límites y reglas; no puede vivir

aislada, siempre tendrá relación con otros sistemas, quedando expuesta a diversos grados de estrés constantemente.⁽⁶⁾

El subsistema conyugal se constituye cuando un hombre y una mujer deciden unirse con la intención de formar una familia. Sus cualidades son la complementariedad y la acomodación mutua. Este subsistema puede constituirse en un refugio ante el estrés extremo y es la base para el contacto con otros sistemas sociales. Asimismo, debe desarrollar límites que lo protejan de la interferencia de las demandas y necesidades de otros sistemas o subsistemas; por ejemplo, cuando hay hijos, deben conservar un territorio psicosocial propio para lograr su desarrollo adecuado. Las funciones de dicho subsistema o de la pareja en sí, son: la comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual y toma de decisiones. Después surge el subsistema paterno-filial, el cual da inicio con el nacimiento del primer hijo y con esto surge también la prioridad de reorganizar los límites y las funciones familiares, satisfacer otras necesidades, reorganizar e iniciar el manejo de nuevas relaciones familiares, sin renunciar al apoyo que caracteriza al subsistema conyugal; no es simplemente asumir nuevos roles. Finalmente el subsistema fraterno el cual conforma el entorno social en el que los hijos pueden experimentar relaciones con sus iguales, en él aprenden a negociar, compartir, cooperar y competir.^(2,7)

En el desarrollo de la familia, autores como Estrada,⁽⁸⁾ Huerta y Geyman,⁽²⁾ identifican varias etapas, sin embargo coinciden en que se inicia con la unión de la pareja, la cual a lo largo del ciclo familiar se enfrentan a resolver las tareas o crisis propias de cada una de éstas etapas y aportar todo lo necesario a sus miembros para que estos puedan obtener satisfacción dentro del núcleo familiar; lo que significa que toda familia deberá de cumplir con ciertas funciones las cuales tienen un carácter evolutivo y dinámico en relación con la época y las circunstancias en que se cumplen. Dichas funciones son el cuidado y protección esenciales del ser humano para su subsistencia, el afecto que es la base para el desarrollo armónico de la personalidad procedente de la alianza afectiva de una pareja funcional, la reproducción que proporciona a los hijos modelos adecuados para el desarrollo de la identidad sexual, el socializar como una de las vías más seguras para transmitir las normas y costumbres propias de la sociedad en la cual está inmerso, el pertenecer a una posición social, y además el buen cumplimiento de reglas y normas que permiten mantener con orden y armonía la conducta de todos los miembros dentro del hogar. De acuerdo con la teoría funcionalista, el hablar de una familia normofuncional implica que ésta es capaz de cumplir las tareas o funciones que le están encomendadas, de acuerdo con la etapa del desarrollo en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo, considerándose entonces familia disfuncional, aquella que incumpla todo ello o no pueda ejercer sus funciones básicas.⁽⁹⁾

De manera general Santí,⁽¹⁰⁾ en 1997 y Eguiluz,⁽⁷⁾ recomiendan para medir funcionamiento familiar los siguientes indicadores:

- Cumplimiento eficaz de sus funciones económicas, biológicas, culturales y espirituales, permitiendo el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros.
- Mantener "límites claros" (fronteras psicológicas entre las personas que permiten preservar su espacio vital) de manera tal que no se limite la independencia, ni haya una excesiva individualidad para poder promover así el desarrollo de todos los miembros y no se generen sentimientos de insatisfacción o infelicidad.
- Flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos, o sea, lo que se debe y no se debe hacer, así como las funciones, deberes y derechos de cada miembro del grupo familiar.
- Complementación recíproca en el cumplimiento de las funciones asignadas.
- Adecuación en la jerarquía o distancia generacional que puede darse de una manera horizontal (cuando se tiene el mismo poder) o de una manera vertical (cuando hay diferentes niveles de jerarquía). La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía y cuando la jerarquía se confunde con el autoritarismo.
- Comunicación clara, coherente y afectiva, es decir aquella que permite compartir los problemas y evitar dobles mensajes en la comunicación ya que estos se dan cuando hay conflictos no resueltos en la familia.
- Adaptabilidad, mucho depende de la flexibilidad en la familia, ya que favorece la adaptación a los cambios, ya que la familia tiene la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, a fin de transformar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros. Esta capacidad de adaptación es uno de los indicadores más importantes, no solamente porque abarca todo el conjunto de vínculos familiares, sino también por el hecho de que la familia está sometida a constantes cambios a través de su ciclo evolutivo.

Uno de los instrumentos que se ha usado para medir la funcionalidad o disfuncionalidad de la familia es la evaluación triaxial de la familia fundamentada en estudiar a la familia en tres ejes: El primero representa el aspecto del desarrollo de la familia y tiene que ver con las dimensiones históricas. El segundo se enfoca a los subsistemas en la familia; identifica en donde se localizan los mayores problemas interpersonales dentro de la familia y se basa en un estudio de corte seccional de las funciones familiares. El tercer eje enfoca a la familia como un grupo o sistema.

EJE I. DISFUNCIÓN DEL DESARROLLO

*** Disfunción familiar primaria.**

Se refiere a la disfunción de la pareja como esposa y esposo. Refleja una incapacidad de desarrollo para establecer una relación de pareja compatible, el fracaso para tomar las responsabilidades maritales. Se observa usualmente en las etapas tempranas del matrimonio pero puede perdurar o recurrir en cualquier etapa de la vida familiar.

*** Disfunción relacionada con la crianza de los niños.**

Se presenta con la llegada de los niños a la familia. Los problemas causados por la inadecuada preparación de los padres para hijo pueden estar relacionados con la dificultad para desplazar o movilizar los roles parentales y maritales o estar relacionados con expectativas neuróticas asociadas con el nuevo niño. Pueden presentarse al tiempo del nacimiento del primer niño o con cualquier otro hijo subsecuente.

También puede ser una falla para proporcionar un ambiente psicológico adecuado para la familia en expansión o una dificultad para organizar a la familia como un grupo, o un problema en la reorganización de la familia con varios niños que son mayores.

*** Disfunción en la época de contracción de la familia.**

Se refiere a la falta de preparación o la incapacidad para aceptar la pérdida de un miembro, y la falta para reajustarse a un patrón de vida familiar y manejar la soledad e inseguridad en esta etapa de la vida familiar.

*** Familia interrumpida.**

Se refiere a la crisis familiar asociada con la separación o divorcio de los padres. Los rasgos principales involucrados son la dificultad para manejar la separación y el acercamiento, los problemas para manejar los sentimientos negativos no resueltos asociados con el divorcio y la falla para negociar la custodia de los hijos.

*** Familia de un solo padre.**

Una familia puede manifestar problemas debido a la presencia de un solo padre en la familia. Las dificultades usualmente se centran alrededor del mantenimiento, cuidado y disciplina de los hijos.

*** Familia reconstruida.**

Se refiere a las disfunciones surgidas del establecimiento de una nueva familia, con nuevos padres o hermanos, en los que se plantea una reestructuración de los roles familiares.

*** Familia crónicamente inestable.**

Se refiere a la familia caracterizada por frecuentes cambios y separaciones. Las condiciones prevalentes son falta de consistencia y estabilidad y la vida de los miembros familiares individual y conjuntamente. Pueden presentarse confusiones en la definición de roles y en los límites familiares.

EJE II. DISFUNCIÓN EN LOS SUBSISTEMAS FAMILIARES

La clasificación se centra en los problemas localizados en los subsistemas de la familia, lo que permite identificar a los miembros principales dentro de la familia hacia quienes se puede imputar la disfunción.

DISFUNCIÓN MARITAL

*** Disfunción marital complementaria.**

La relación marital se caracteriza por la combinación de dos personas con conducta patológica complementaria o con problemas de carácter también complementarios. Tal tipo de relación esta desequilibrada debido a sus personalidades conflictivas, sin embargo, frecuentemente esta estable porque necesita ser satisfactoria. Básicamente, la relación es frágil y lábil, fácilmente desequilibrada y patológica por naturaleza. Estas combinaciones complementarias y se pueden subdividir aún más: a) Dominante vs. Sumisa; b) Lejana y fría afectivamente vs. Necesita de afecto; c) Obsesiva compulsiva vs. Histérica; d) Omnipotente y siempre apoyante vs. Dependiente e inútil; e) Sádica vs. Masoquista.

*** Disfunción marital conflictiva.**

La relación marital se caracteriza por la combinación de dos personas que tienen la misma tendencia a controlar y a ejercer poder. Los problemas que surgen resultan de relaciones constantemente competitivas, rivales y conflictivas. A pesar de una situación continuada de tensión y confrontación, la relación entre la pareja continua luchando.

*** Disfunción marital dependiente.**

El matrimonio esta compuesto de dos personas que son mutuamente dependientes, inseguras o emocionalmente inmaduras. Tal relación tiene una vulnerabilidad inherente porque cualquier separación de la pareja puede dar por resultado la incapacidad de uno o ambos para funcionar como individuos.

*** Disfunción marital desvinculada.**

El matrimonio se caracteriza por una interacción disminuida y por una reducción en interés emocional entre la pareja. Sin embargo por razones culturales, sociales y religiosas, es más fácil el mantener el matrimonio. O bien puede continuar una relación apática, indiferente; debido a personalidades extremadamente pasivas que buscan no tener cambios o alteraciones en las rutinas acostumbradas.

*** Disfunción marital por incompatibilidad.**

La relación se caracteriza por la existencia de importantes diferencia en las personalidades, los sistemas de valores, los estilos de vida, frecuentemente, las diferencias en edad son grandes, en educación y profesión de lo que resulta una importante incompatibilidad en los roles de esposo y esposa y en continuo caos e intentos por reajustarse.

DISFUNCIÓN FILIAL

*** Disfunción concentrada en el padre.**

Patología en la que la condición neurótica de un padre interfiere con la habilidad para manejar al hijo. Las patologías expectativas del padre con respecto a su hijo, las identificaciones proyectadas y las relaciones distorsionadas hacia el hijo que parece representar a alguien diferente; las técnicas inapropiadas de educación para la edad del niño; la conducta inadecuada del padre o la madre, o el favoritismo o rechazo del padre.

*** Disfunción ante uno de los hijos.**

La disfunción esta provocada por la patología de un niño. El niño que tiene una alteración bien delineada de tipo orgánico o psicológico, que afecta su crecimiento o desarrollo, y que altera el funcionamiento de la familia.

*** Disfunción en la interacción padre-hijo.**

El punto clave de esta disfunción familiar, es la interacción padre-hijo; como son la sobreprotección de un padre hacia su hijo, el excesivo control que da por resultado un niño inhibido; o las interacciones mutuas hostiles y rechazantes del padre hacia el hijo.

*** Disfunción en el sistema de hijos.**

La perturbación se observa primariamente entre los hermanos aunque tales problemas pueden extenderse e involucrar a otros miembros de la familia. La patología interaccional de los hermanos puede manifestarse como una rivalidad excesivamente destructiva; una sobre identificación o no diferenciación entre hermanos o como coaliciones en contra de uno o ambos padres.

EJE III. DISFUNCIÓN EN EL GRUPO SOCIAL

*** Disfunción socialmente aislada.**

La familia se caracteriza por un excesivo aislamiento de la unidad con poco o ningún contacto de los miembros de la familia extensa. Los miembros están superficialmente integrados en su interior pero prefieren el estilo de vida no integrada con la comunidad como forma de manejar su inseguridad interna.

*** Familia con un tema especial.**

La familia esta dominada por temas, mitos secretos o creencias culturales comúnmente compartidas. El tema familiar usualmente se desarrolla por ambos padres y lo comparte toda la familia. Un miembro de la familia, usualmente el niño, puede ser elegido para ser el "depositario" del tema familiar.

La mejor manera de funcionar para una familia, es aceptar un cambio temporal de papeles. La rigidez de papeles es un signo de patología de la familia. En toda la familia la conducta de un miembro es modelada y modificada por los otros. Cuando las expectativas frente a los miembros de la familia son positivas sirven para modelar papeles adecuados para dar apoyo a los modelos de fracaso y como

estímulo para perseguir mejores metas. Al contrario, en las familias patológicas, cuando las expectativas de las familias a propósito son negativas, sirven para modelar papeles inadecuados, para aumentar la sensación de humillación en los momentos de fracaso y como desaliento cuando el individuo, rodeado de expectativas negativas de la familia, trata de realizar o conseguir fines positivos.⁽¹¹⁾

Si la familia establece estrategias disfuncionales ante las situaciones de cambio, como la rigidez y la resistencia, esto provoca una enquistación de los conflictos y por tanto, aparecen síntomas que atentan contra la salud y el desarrollo armónico de sus miembros.^(10,7)

La familia independientemente de su funcionalidad, está expuesta a momentos críticos; algunos de ellos ocurren como consecuencia del curso natural de la vida e implican perturbaciones y transformaciones en la dinámica de la familia que imperiosamente deben ser encarados, como la muerte de los padres, el nacimiento de un hijo, la enfermedad de algún miembro de la familia. En estos momentos la familia tiene que hacer frente al reto y modifica sus respuestas ante factores estresantes, para ello recurre a sus recursos internos y externos que le permitan adaptarse o superar dicha crisis.

Para dimensionar el significado de la crisis en la familia, recordemos algunas consideraciones que se le han atribuido, así se percibe desde algo negativo, hasta una circunstancia o momento decisivo con dos connotaciones "oportunidad y peligro," y aunque la palabra crisis se vincula con un concepto negativo, en realidad potencialmente representa un momento de oportunidad para generar cambios, que pueden ser desfavorables, pero que se pretende generalmente sean favorables para el individuo y la familia.⁽⁹⁾ Tovar ⁽¹²⁾ menciona que es el modo de enfrentar las pérdidas, los problemas interpersonales o los conflictos internos, sin que esto implique una familia disfuncional. A diferencia de esto, una familia patológica sería aquella en la cual ante una situación de estrés responde aumentando la rigidez de sus pautas transaccionales y de sus límites.⁽⁵⁾

Diversos autores (Tovar, Solórzano)^(12,9) clasifican a las crisis familiares en dos categorías.

a) Crisis normativas, también conocidas como evolutivas, del desarrollo o intrasistémicas. Son aquellas que ocurren como respuesta a las etapas normales del desarrollo, tienen la particularidad de ser predecibles y una de sus características es que marcan un cambio entre cada una de las etapas del desarrollo familiar (matrimonio, nacimiento de un hijo, etc.)

b) Crisis paranormativas, denominadas no normativas, accidentales o intersistémicas. Son situaciones adversas o inesperadas, generadas por estresantes reales, únicos, manifiestos e inesperados, que surgen de fuerzas ajenas al individuo y al ciclo vital de la familia. Las más frecuentes son por adición

o agregación, pérdida o abandono, cambio de status o desmoralización (embarazo no deseado, infidelidad, enfermedad, etc.)^(12,9)

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia se considera una crisis de pérdida o abandono, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros. Este tipo de crisis que enfrenta la familia no son fáciles de encarar y cada una de ellas se superarán de acuerdo a los recursos con los que cada familia cuenta.
(4,9,13,14)

Al respecto se han identificado entre los determinantes del impacto de la crisis en la familia la naturaleza y gravedad del evento desencadenante de la misma (estresor), el significado cognoscitivo que el sistema familiar asigne al suceso, la desorganización estructural y dinámica familiar preexistentes, la presencia o no de trastornos emocionales previos en la familia, los recursos internos y externos con que cuente la familia, las experiencias y la unidad familiar o presencia de crisis simultáneas en varios miembros. Toda crisis ya sea normativa o paranormativa tiene efectos en la totalidad de la familia, estos pueden manifestarse desde cambios en la funcionalidad, ocasionar inestabilidad en el cumplimiento de las normas que marcan las pautas de comportamiento dentro de la familia u alteraciones en los hábitos y costumbres, de tal forma que las metas y valores pueden perder su importancia y de esta manera sufrir modificaciones no planeadas y así perturbar las expectativas de cada individuo, o pueden reactivarse los conflictos no resueltos de crisis aparentemente ya superadas.⁽⁹⁾

De tal manera que las crisis son situaciones que demandan cambios en el sistema familiar y pueden ser favorables para retirar antiguos modelos de interacción poco funcionales, asimilar nuevas formas de organización y contribuir así a la maduración, desarrollo y al crecimiento de la familia.⁽¹²⁾ De forma sucinta, tratando de ejemplificar esto, puede citarse a las enfermedades crónicas no transmisibles, cuyas características son especiales, como su etiología generalmente incierta de comienzo insidioso que cursa con alternancia de periodos de exacerbación y remisión de los síntomas, con la aparición ulterior de complicaciones, tratamiento complejo, comportamiento hacia la cronicidad y progresión;⁽¹⁵⁾ ocasionando una serie de procesos que afectan no sólo al individuo que las padece, sino que da lugar a cambios en el interior de la familia que dependerán de la etapa del ciclo vital en que se encuentre, del momento en la vida del paciente, del lugar que ocupe en el grupo familiar, de la cultura familiar, la comunicación entre los integrantes de cada subsistema, del tipo de respuesta familiar,⁽¹⁴⁾ y de los requerimientos de la enfermedad y su tratamiento; generando frecuentemente una modificación estructural de la familia, por citar un ejemplo en el caso de ser el padre el enfermo, su función parental, generalmente es delegada a otro miembro (esposa o hijo), apareciendo alianzas favorecedoras hacia el enfermo o coaliciones que pueden obstaculizar su tratamiento.⁽²⁾

Entre las estrategias llevadas a cabo para enfrentar y vivir con estas enfermedades, el individuo busca la ayuda y recibe el apoyo no sólo de los

profesionales del área de la salud, sino también y en forma importante y permanente de los miembros más cercanos a él, llámese pareja, familia, amigos, vecinos, etc.⁽¹⁵⁾ De ello se desprende que el afrontamiento de la enfermedad por parte de la familia se puede estructurar en tres fases:

- a) La primera caracterizada por una **desorganización** en la cual, se declara la situación de enfermedad en un miembro de la familia y la toma por sorpresa, en ocasiones la familia sigue negando la enfermedad cuando ya el propio enfermo la ha aceptado. En esta fase, los síntomas de los familiares suelen ser de: miedo, ansiedad, tristeza, preocupación, falta de apetito, insomnio, fatiga, haciendo deletéreo el apoyo que brindan al enfermo y que hace que se deteriore la funcionalidad familiar ó se empeore la disfunción ya existente. Si existe una falta de apoyo entre los cónyuges nos hace sospechar que hay un trasfondo de conflictos interpersonales que se han visto agravados por la nueva situación.
- b) La segunda denominada fase de **recuperación**, se da cuando se han superado el impacto inicial y se va asumiendo la realidad, en éste periodo se busca información, se está en contacto con los profesionales de la salud, están abiertos a buscar distintas posibilidades terapéuticas, se interesan por los cuidados, esfuerzos físicos y se prestan apoyo emocional entre los miembros de la familia.
- c) La última fase es la de **reorganización** en la cual, se estabiliza la nueva situación familiar. Cada uno de los miembros asume nuevos roles si es necesario, manteniendo la participación activa del enfermo. Se está en disposición de solicitar información continuada sobre la enfermedad para entender su evolución y la fase en la que el enfermo se encuentra. Es fundamental que la familia evite que el enfermo se convierta en pasivo, o que viva su enfermedad como "ganancia" haciendo que todos estén pendientes de él. Esta es la fase en la que se requiere ampliar los puntos de apoyo entre los familiares y amigos.⁽¹⁶⁾

Los cónyuges de los pacientes crónicos a menudo experimentan un padecimiento subjetivo mayor que el del propio enfermo. Los profesionales de la salud con frecuencia se centran en la atención al paciente y pasan por alto el sufrimiento del cónyuge, descuidando sus necesidades físicas y emocionales. Teóricamente, si el médico tiene en cuenta las demandas y presiones de la familia además de las del paciente, podrá contribuir a promover un funcionamiento más saludable de todos los afectados. Debido a esto, los elementos que deben ser considerados como parte importante son el tipo de familia al que pertenece el individuo, las redes sociales con las que cuenta (amigos y otros familiares), ya que las circunstancias cambian con la existencia o no de dichas redes, así como la relación afectiva entre sus miembros, considerando que una adecuada interacción familiar favorecerá la dinámica, en cambio una relación precaria propiciará que la enfermedad llegue hasta la disolución de la familia.⁽¹⁷⁾

Desde las últimas dos décadas del siglo pasado, se ha hecho más evidente la manera de como los contactos y los apoyos familiares repercuten en la enfermedad y su desenlace. Se considera que el apoyo es algo similar a un amortiguador del estrés originado por la enfermedad crónica, además de que influye en el desarrollo de las conductas de salud, o de la actitud en el autocuidado y en el apego al tratamiento médico. ⁽¹⁵⁾

El **apoyo** puede definirse como aquellas conductas de relación entre los miembros de la familia, cuya finalidad es promover o mejorar la competencia adaptativa del individuo que necesita o solicita ayuda, sea el cónyuge, hijo, o cualquier elemento de la familia, independientemente que se requiera por un periodo corto o largo. Esta definición destaca el intercambio social que implica la conducta de apoyo, pone especial atención en los recursos específicos de intercambio entre los esposos y da lugar a que el esposo que brinda el apoyo tome ese rol hacia el esposo que lo busca.

Existen otras definiciones aun más precisas de lo que se considera apoyo según Caplan y Killilea (1976) citado por Arellano López en su libro *Terapia Familiar y de pareja*, lo conceptualizan como el comportamiento entre individuos que persigue mejorar la competencia adaptativa de quien requiere soporte, para que pueda enfrentar y manejar mas efectivamente la crisis, los periodos de transición entre las diferentes etapas de la vida, el estrés cotidiano y las tensiones que surgen como consecuencia de las pruebas a las cuales lo enfrenta la vida. Ell, Nishimoto, Mantell y Hamovich (1988) lo conciben como la adecuada percepción de apego o unión entre dos o más individuos. O como menciona Antonucci y Jackson, (1987) es la ayuda que se le da a otros. Emmons y Colby (1995), lo definen como la ayuda que se les brinda a las personas de grupos sociales, del entorno a un individuo y como la ayuda que proveen a la persona sus familiares, amigos, compañeros de trabajo y amistades. Es así como varios autores desde su punto de vista definen la palabra apoyo, en la cual es además una de las fuerzas de la familia, que es entendida como los recursos de la familia (Osion, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen y Wilson, 1989.) ⁽¹⁸⁾

Para hacer más fácil la aceptación de la enfermedad, las redes sociales de apoyo son fundamentales en el curso de una enfermedad como las muestras de empatía, amor y confianza. ⁽¹⁹⁾ Se reconocen cuatro tipos de apoyo que se manifiesta entre la pareja: El apoyo puramente informacional, el apoyo instrumental, el apoyo y compañía y finalmente el de compañía y apoyo moral (denominado de estima.) De estos, los dos primeros pertenecen a la clasificación del estilo de apoyo instrumental, porque proporcionan conocimiento, técnica, método o ayuda al que lo solicita o necesita para que realice una tarea lo mejor posible. En cambio, los dos últimos corresponden a un estilo de apoyo de tipo emocional, porque le proporcionan confort y tranquilidad a la persona que solicita o necesita del apoyo. En México, en el año 2006, Arellano elaboró un instrumento de evaluación del apoyo específicamente en la pareja, el cual denominó *Inventario de Apoyo para la Pareja (IAPP)*, éste se construyó basándose en el concepto de apoyo a partir de una red semántica seleccionando a 60 adultos casados o que contaran con una

pareja, para definir la palabra apoyo con un mínimo de 5 palabras sueltas y jerarquizar estas palabras respecto a cual era la que más definiera apoyo. Se encontraron los siguientes puntajes: de 176 palabras definidoras, 20 tuvieron un valor de peso semántico de 20 como mínimo, por lo que fueron seleccionadas para compararlas con las 25 encontradas en la literatura, resultando que 8 palabras definidoras de la red semántica coincidieron con las de la literatura: ayuda, amor, comunicación, seguridad, amigos, unión (vínculo) y afecto. Estas se obtuvieron mediante la suma de la ponderación de la frecuencia por jerarquización asignada a cada individuo del grupo donde las categorías uno (más cercano al estímulo) son multiplicadas por 10, las categorías dos por 9 y así sucesivamente hasta llegar al ordenamiento 10 que es multiplicada por 1.

Fue aplicado a una muestra de 341 personas, de las cuales 150 fueron hombres, que corresponde al 43.5%, y 191 mujeres, que corresponden a 56.5%. Se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, de donde se obtuvieron 3 factores con valor Eigen o propio mayor que 1. Para el primer factor, denominado apoyo positivo, resultado de 22.574; para el segundo, apoyo expresado, fue de 7.618, y para el tercero, apoyo negativo, fue de 6.400. La varianza acumulada fue de 56.28, en éste se propuso la clasificación en tres categorías o tipos de apoyo:

a) **Positivo**, se define como la ayuda para buscar soluciones que se brinda a la pareja cuando tiene problemas, mediante proporcionarle seguridad, soporte, afecto, amor y mayor comunicación mutua. Alude a aquellas conductas destinadas a dar apoyo emocional al otro miembro de la relación cercana, a través de proporcionarle protección, brindarle seguridad, afecto y amor cuando éste se encuentre en momentos difíciles, aumentado con esto la comunicación entre ellos.

b) **Expresado**, se refiere a aquellas conductas destinadas a ayudar al otro miembro de la relación cercana a buscar solución a sus conflictos, expresándole directamente su afecto, amor, seguridad y soporte, mejorando con esto la comunicación.

c) **Negativo**, se refiere a aquellas conductas destinadas a no apoyar al otro miembro de la relación cercana, cuando este último atraviese por momentos difíciles, por medio de la comunicación hostil, enjuiciamiento, crítica, dureza, evitación, rechazo y/o indiferencia.⁽¹⁸⁾

Como ya ha sido descrito, la familia como cualquier sistema presenta una serie de crisis al interior y exterior de la misma, en las que se involucran aspectos tanto instrumentales como afectivos de la dinámica. De las crisis denominadas paranormativas, una de las más representativas son las enfermedades y especialmente aquellas pertenecientes al grupo de crónico-degenerativas, entre otras causas por su concurrencia, permanencia y progresión, destacando la diabetes mellitus por las múltiples complicaciones inherentes a ella y en consecuencia el gran deterioro al individuo a lo largo de su evolución.⁽²⁰⁾

Según la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000, alrededor de 5.1 millones de personas tienen diabetes mellitus (DM) y es la segunda causa de morbi-mortalidad en el grupo de enfermedades crónicas degenerativas. En México más del 50% de la población entre 20 y 69 años de edad (más de 20 millones) es portadora de alguna enfermedad crónica como Diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial sistémica (HAS), osteoartrosis (OA), etc. y más de la mitad lo desconoce; incluso de aquellos con diagnóstico conocido menos del 50% recibe tratamiento.^(21,22,23)

La diabetes mellitus es una endocrinopatía, que se caracteriza por afectar al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, con el consecuente trastorno del catabolismo de proteínas y grasas. Su etiología es variable dependiendo del tipo específico de la enfermedad: herencia autosómica, dominante o recesiva, cada una de ellas con penetrancia variable, etiologías secundarias debidas a lesión pancreática y la asociada al embarazo. Teniendo como consecuencia una elevación anormal en la glucemia.⁽²⁴⁾

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana (NOM-015-SSA-1994-Diabetes) para el diagnóstico y manejo de la DM, en comparación con el reporte de la ENSA 2000 la prevalencia en México en personas mayores de 20 años de edad, aumentó del 6.7% en 1993, al 7.5 % para el año 2000 y se proyecta que para el 2025 que llegue al 12.3% (11.7 millones)^(25,26)

La American Diabetes Association (ADA): Clinical Practice Recommendation del año 2002, clasifica a la diabetes mellitus desde el punto de vista etiológico en tres grandes rubros: la diabetes tipo 1 (mediada inmunológicamente e idiopática), la diabetes tipo 2 y a otros tipos específicos de diabetes como aquellas por defectos genéticos de la función de las células beta, defectos en la acción de la insulina, enfermedad del páncreas exócrino, endocrinopatías, infecciones, inducida por fármacos, algunas formas incommunes mediadas inmunológicamente, síndromes genéticos que se asocian a la diabetes como Turner, Klinefelter y como último grupo en diabetes gestacional.

Así mismo para su diagnóstico se establecen los siguientes criterios:

- 1) La presencia de síntomas clásicos que incluyen: poliuria, polidipsia y pérdida inexplicable de peso y una glucemia plasmática casual > 200 mg/dl; entendiéndose como cualquier momento durante el día sin guardar relación con el último alimento.
- 2) Una glucemia plasmática en ayuno, entendiéndose este como 8 hrs posterior a la ingesta de alimento, > 126 mg/dl; o bien glucemia > 140 mg/dl a las dos horas después de carga oral de 75 g de glucosa.

En ausencia de hiperglucemia inequívoca, con descompensación metabólica aguda, el diagnóstico debe confirmarse repitiendo la prueba al día siguiente.

Como glucosa normal en ayuno se considera una cifra menor de 100mg/dl, una cifra de 110mg/dl o más hasta menos de 126mg/dl ha sido designada como “deterioro de la glucemia en ayunas” o intolerancia a carbohidratos y de 126mg/dl a más se hará diagnóstico de diabetes mellitus. Intolerancia a la glucosa plasmática cuando a las 2 hrs de poscarga el valor de la glucosa sérica es > de 140mg/dl < de 200mg/dl. ^(27,28)

La diabetes gestacional implica que esta enfermedad es inducida por el embarazo, toda mujer entre las semanas 24 y 28 de gestación deberá realizarse una detección sérica de glucosa, sin estar en ayuno, si una hora después de una carga de 50gr de glucosa por vía oral, se encuentra una glucemia plasmática > de 140mg/dl indica la necesidad de efectuar una prueba diagnóstica complementaria con 100gr de glucosa y determinación sérica 3 hrs posteriores. ⁽²⁹⁾

Es sabido que la DM representa dentro de las enfermedades crónico-degenerativas, la que conlleva en su evolución una serie de complicaciones deletéreas para la vida del individuo. Las complicaciones de la diabetes mellitus se dividen en agudas y crónicas, dentro de estas últimas por su evolución se encuentran las complicaciones micro vasculares que incluyen a la retinopatía y la glomerulopatía, las complicaciones macro vasculares como la aterosclerosis (cardioangioesclerosis, insuficiencia arterial principalmente de las arterias cerebrales y de miembros inferiores), la neuropatía, dermatopatía y pie diabético.

En México, dentro de las más frecuentes y de aparición temprana se encuentra la retinopatía diabética es el problema ocular más serio, esta complicación vascular es altamente específica tanto para la DM1 como la del tipo 2, la prevalencia de la retinopatía esta fuertemente relacionada a la duración de la diabetes y se calcula de sólo el 2%, es la causa más frecuente de pérdida de la vista entre los 30 y 61 años en ambos sexos. ⁽³⁰⁾

En un estudio realizado en Ciudad Obregón Sonora por Sabag-Ruíz (2006) en el IMSS, destaca que en la prevalencia de la retinopatía diabética las cifras oscilan entre 14% para pacientes con menos de 7 años de evolución de la enfermedad y 70% cuando la duración supera los 15 años; en su estudio con 252 pacientes, encontró una prevalencia global de 27.5%, en un periodo de evolución de 10 a 20 años 35.7% y a más de 20 años un 45.8%, con una latencia de complicación en años de 11.5. ⁽²¹⁾

La nefropatía diabética puede comprometer casi cualquier estructura renal, típicamente, después de 10 a 15 años de evolución empieza a aparecer proteinuria, conforme pasa el tiempo, esta se hace más constante, apareciendo disminución progresiva de la función renal, pues es la primera causa de insuficiencia renal crónica en el adulto. ^(30,21) con una prevalencia global de 20.5% y con un periodo de latencia de 13.5 años. ^(21,31,32)

Las complicaciones macro vasculares tales como la cardiopatía isquémica tienen una prevalencia global de 10% y una latencia de complicaciones de 8.4 años, así

como la hipertensión arterial tienen una prevalencia de 67% y un periodo de latencia de complicaciones de 3.2 años, la enfermedad vascular cerebral (EVC) tiene una prevalencia global de 4.4% y latencia de complicaciones de 11.2 años. Es sabido que alrededor del 75% de los diabéticos mueren por enfermedad cardiovascular aterosclerosa.^(21,30)

La neuropatía diabética incluyendo a la mononeuropatía y neuropatía autonómica o visceral tiene una prevalencia de 42.6% y una latencia de complicación a los 13 años de diagnóstico. Los diabéticos de larga evolución, con alteraciones vasculares y pies deformados, son los principales candidatos a desarrollar pie diabético, con una prevalencia global de 10.8% y una latencia de complicaciones a los 13 años de diagnóstico de la enfermedad.^(21,30,33)

La progresión de cada una de las complicaciones crónicas de la diabetes y el deterioro del individuo, tienden hacia la pérdida de su capacidad funcional o autonomía haciéndose manifiesto no solamente en el individuo, sino en la familia y el contexto social del mismo.^(34,35)

En un estudio realizado por Rodríguez-Moran y cols (México, 1997), considera que en los pacientes que cursan con DM el apoyo familiar es vital, la normoglicemia se asocia al apoyo otorgado por la familia, y la información que tienen los familiares respecto a la enfermedad les permite asistir de una mejor forma a sus familiares enfermos.⁽³⁴⁾

En general son los cónyuges y los hijos adultos quienes asumen la responsabilidad del cuidado del paciente crónico; la edad, el sexo, el estado civil o los ingresos económicos del enfermo son variables que influyen en la designación de la persona que proporciona el apoyo; se ha demostrado que las mujeres reciben más apoyo de sus hijos que de sus cónyuges, a diferencia de los hombres, quienes reciben el apoyo de sus esposas hasta en un 80%. En un estudio realizado por Robles-Silva (1995) en 175 sujetos con DM, en Guadalajara Jalisco, se concluyó que el apoyo otorgado por el cónyuge fue más notorio entre parejas de adultos maduros que entre los ancianos, parece que tal afinidad que se advierte podría obedecer a que comparten un conjunto de representaciones y prácticas, entre las cuales se encuentran una serie de compromisos y lealtades entre ellos, incluyendo el cuidado del cónyuge enfermo.⁽¹⁵⁾

El apoyo del sistema familiar hacia el individuo enfermo suele manifestarse en diversas formas, una de ellas incluso puede decirse de seguir medidas preventivas en el mismo núcleo, sin embargo en estudios realizados relacionados al respecto por Castillo y cols, en México, en el año 2005, demostró que a pesar de conocer los factores de riesgo, en promedio 5.3 familiares de un diabético permanecen indolentes a modificar estilos de vida que propician el desarrollo de la DM y que su propio familiar llevaba antes de la presentación de la patología. Puede inferirse entonces que la propia familia es la principal precursora de enfermedad o salud así como de la prevención de las enfermedades, se concluyó que el estilo de vida y los factores de riesgo modificables de los familiares de los pacientes con DM

mantuvieron interés en el paciente enfermo por su hospitalización, pero no se consideró como un riesgo potencial para ellos. Por tal motivo es difícil seguir una mínima educación con enfoque hacia la prevención del desarrollo temprano de la enfermedad en familiares en riesgo. ⁽³⁶⁾

Desgraciadamente el médico y las instituciones de salud, suelen perder de vista las profundas diferencias de nuestra población respecto a las culturas de las que provienen, las nuevas ideas, la percepción de la causalidad, diagnóstico, curso clínico, pronóstico, prevención y tratamiento de la diabetes mellitus. Las estrategias de prevención o tratamiento aceptados y efectivos en ciertas comunidades, pueden ser inaplicables o inaceptables para otras. ⁽³⁷⁾

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

El reconocimiento entonces de que la funcionalidad familiar, favorece la estabilidad de cada uno de sus miembros, así como la disfuncionalidad puede producir síntomas de enfermedad, desencadenar otras crisis, agravar algún trastorno, incidir desfavorablemente en la evolución de cualquier tipo de enfermedad, tratamiento o rehabilitación, puede explicarse a partir de una primera reflexión: desde que el individuo nace hasta que muere, desde que se enferma hasta que se recupera, requiere el apoyo de un grupo primario (la familia), y de éste depende una mejor evolución y más rápida. En el seno familiar se valora la enfermedad, se toman decisiones y se coopera en el tratamiento.

Desde los años 60's, Wynne constata que las familias de pacientes esquizofrénicos presentan alteraciones, observó que las características de un miembro pueden predecirse a partir de las características de otro miembro del mismo núcleo familiar, también se refirió a la relación significativa existente entre las desviaciones de comunicación de los padres en la enfermedad psiquiátrica de los hijos.⁽³⁸⁾ Se dice que los trabajos en las familias deben encaminarse primariamente al estudio del subsistema conyugal como eje rector, ya que aspectos relacionados con el desacuerdo conyugal y sexual, pueden conllevar a divorcios; otros aspectos sería el estudio de familias en las que hay enfermos crónicos, problemas intergeneracionales, alcoholismo, etc. Así por ejemplo por citar a Mella (1979) estudió el papel familiar del alcohólico, constatando que en éstas familias predomina la disfunción. Calderón en 1984 constata que en niños con problemas oncológicos se produce una gran desorganización en el sistema familiar e incide desfavorablemente en su funcionamiento.⁽³⁹⁾ De igual modo se refiere que muchos expertos consideran importante el tratamiento de niños inadaptados a través de trabajos con familias.⁽⁴⁰⁾

Estudios realizados por Valadez-Figueroa, en Guadalajara en el año 1989, en 121 familias, se encontró que solo el 16.5% de los diabéticos están controlados, establece que la estructura familiar influye en el control del paciente diabético, de forma contradictoria las familias nucleares fueron las que reportaron mayor incidencia de descontrol, se aplicó la escala de APGAR familiar destacando la funcionalidad familiar en 74.3% de pacientes que ubican a su familia como funcional y el 78.8% la consideran en el mismo rubro, dicho resultado se relaciona con lo que se conoce como "aislamiento" de la familia nuclear (no sólo del sistema del parentesco sino también del mundo laboral) y del acercamiento y dependencia entre sus miembros, así como del poco intercambio de apoyo con la red de parentesco. Así mismo, la teoría de Lomnitz y Sussman (citado en Figueroa y cols) manifiesta que la familia extensa tiene como aspecto fundamental la ayuda mutua, incluyendo a los parientes enfermos.⁽⁴¹⁾

Rodríguez-Moran en 1997, con base en su estudio en 82 pacientes diabéticos, establece que el apoyo familiar en éste tipo de pacientes es vital, observó que la normo glucemia se asocia al apoyo otorgado por la familia y a la información que

se tiene de la enfermedad, para dicho resultado utilizó el cuestionario Environmental Barriers to Adherence Scales el cual, evalúa la información que tienen los familiares sobre la diabetes y su influencia para otorgar apoyo al paciente, se obtuvo como resultado que el 87.5% de los pacientes en el grupo de casos y 30% en el de los controles consideran el apoyo familiar como útil para el control de su enfermedad, mientras que 12.5% de los casos y el 70% de los controles lo perciben como inútil o indiferente.

La asistencia de los familiares en el control de la glicemia es indispensable, pero todo paciente debe percibir su propia conducta como parte de la responsabilidad en el control de la enfermedad para lograr los objetivos del tratamiento. El control de la glucemia, implica además de lo farmacológico, dieta, ejercicio, y un conjunto de conductas adoptadas frente a la enfermedad, las que adquieren un papel igualmente importante en el control de la enfermedad.⁽³⁵⁾

El apoyo del sistema familiar hacia el individuo enfermo suele manifestarse en diversas formas, por mencionar algunas, el hecho de seguir medidas preventivas en el mismo núcleo familiar, sin embargo en trabajos como el realizado en México por Castillo y cols.⁽³⁶⁾ demostró que a pesar de conocer los factores de riesgo los familiares de pacientes hospitalizados, no modifican sus estilos de vida, concluyendo que puede ser entonces considerada la propia familia generadora o perpetuadora de enfermedad, aunque el estudio señaló que mantuvieron el interés en el enfermo durante su hospitalización. Aunado a ello, desgraciadamente el médico y las instituciones de salud, suelen perder de vista las profundas diferencias de nuestra población respecto a las culturas de las que provienen, las nuevas ideas, la percepción de la causalidad, diagnóstico, curso clínico, pronóstico, prevención y tratamiento de la diabetes mellitus. Las estrategias de prevención o tratamiento aceptadas y efectivas en ciertas comunidades, pueden ser inaplicables o inaceptables para otras,⁽³⁷⁾ con ello puede entenderse la influencia en la bidireccionalidad de la DM en comorbilidad con otras entidades, principalmente relacionada con la Hipertensión arterial sistémica (HAS), así existen reportes en la ENSA que un paciente con HAS tiene 2 veces mayor riesgo de padecer DM, así como un diabético tiene 1.6 veces más riesgo de desarrollar HAS.⁽²⁶⁾

Conforme la epidemiología mundial y nacionalmente señalada, en la UMF. 94 del IMSS, lleva el mismo comportamiento, ya que la diabetes mellitus encabeza el listado de morbi-mortalidad de su población⁽⁴²⁾ y de forma inseparable las complicaciones inherentes a la misma. Un fenómeno preocupante, indistintamente del género, es el establecimiento del diagnóstico de diabetes mellitus en etapas tempranas del ciclo evolutivo del individuo y en consecuencia de la familia, por el impacto que ocasiona. En el 2004; Corona⁽⁴³⁾ reporta en el perfil epidemiológico del diabético (4,444 individuos) a 4,435 (99.8%) clasificados con diabetes mellitus Tipo 2, del total estudiado en 1255 (28.24%) se documentó complicaciones tardías como: Nefropatía (8.1%); Neuropatía (6.9%); Retinopatía (3.8%); Enfermedad coronaria (3.2%); Enfermedad vascular cerebral (1.9%); Pie diabético (1.4%); Retinopatía y nefropatía (1.2%); Nefropatía y neuropatía (1%); Retinopatía y pie

diabético (0.1%) y otras (0.6%), todas ellas devastadoras para cualquier individuo. Actualmente hasta junio del 2007 se tienen una población diabética de 5,554 individuos. En un trabajo de realizado en el IMSS (UMF.94) en el año 2005, en 155 diabéticos en edad geriátrica, portadores de DM tipo 2, se evaluó la funcionalidad familiar (utilizando FACES III), reportando en un 31% familias balanceadas, 57.4 % en rango medio y 11.4% extremas, sin embargo no se tiene reporte de trabajos en que se considere las diferencias entre las diversas complicaciones de la DM, así como enfocados al subsistema conyugal ⁽⁴⁴⁾

Con todo lo anterior es evidente que la tendencia institucional se ve reforzada para la atención al daño. Sin embargo, la recuperación de algunos autores citados respecto a considerar elementos no solamente del individuo, sino del contexto familiar, en donde se desarrolla, posibilita el ampliar la dimensión del impacto en la familia en la conservación del equilibrio del proceso salud-enfermedad.

OBJETIVO GENERAL

Determinar las diferencias en el apoyo percibido de acuerdo con la funcionalidad familiar y la presencia o no de complicaciones crónicas en parejas con un miembro portador de diabetes mellitus atendido en la UMF 94 del IMSS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Identificar la funcionalidad en las familias con un miembro de la pareja portador de diabetes mellitus con y sin complicaciones crónicas.

Identificar el tipo de apoyo percibido por cada uno de los elementos de la pareja portadores de diabetes mellitus con y sin complicaciones crónicas.

Identificar el tipo de apoyo percibido por cada uno de los elementos de la pareja portadores de diabetes mellitus de acuerdo al tipo de complicación crónica.

HIPÓTESIS.

En las familias funcionales con un miembro portador de diabetes mellitus sin complicaciones es mayor la percepción del apoyo positivo y/o expresado, que en aquellas familias disfuncionales con un miembro diabético con complicaciones crónicas.

JUSTIFICACION.

En el 2004, en la UMF. 94, de 4,444 diabéticos reconocidos, ⁽⁴³⁾ el 29% presentaba alguna complicación crónica, para el 2007 el número portadores e DM incrementó a 5,554, en éste mismo año Sánchez ⁽⁴⁴⁾ en su tesis marca que de 155 en edad geriátrica y portadores de enfermedades crónicas, solo el 31% tuvieron familias balanceadas funcionales, siendo en ésta unidad el estudio más reciente respecto a la funcionalidad en pacientes diabéticos, aunque sin relación específica con el apoyo entre subsistemas o adhesión terapéutica.

El Médico familiar no solamente es el primer contacto, sino de manera privilegiada tiene elementos para realizar el abordaje del individuo y su familia en diversos ámbitos, si además se considera que per se la DM propicia cambios estructurales y dinámicos en el individuo y su familia, y que en pos del manejo integral de ésta población, para el profesional de la salud, es importante confirmar como se encuentra la funcionalidad familiar y la percepción de apoyo, los cuales pueden ser potencialmente tomados en cuenta como una barrera o herramienta terapéutica, se justifica la realización de ésta investigación, respetando los aspectos de ética y política institucional, por lo que se propone la siguiente interrogante:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Difiere la percepción del tipo de apoyo de acuerdo con la funcionalidad familiar, y la presencia o no de complicaciones crónicas, en la pareja con un miembro portador de diabetes mellitus?

DISEÑO DEL ESTUDIO.

Observacional analítico, transversal, comparativo y ambilectivo.

UNIVERSO DE TRABAJO.

Derechohabientes diabéticos del IMSS.

POBLACIÓN EN ESTUDIO.

Derechohabientes diabéticos adultos de la UMF. 94 del IMSS.

MUESTRA.

Derechohabientes diabéticos adultos con y sin complicaciones crónicas atendidos en la UMF. 94 del IMSS.

DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Considerando un total de 5,554 pacientes diabéticos, con una prevalencia esperada de del apoyo del 87.5 % y un peor esperado del 30%, en una relación 1:1, con nivel de confianza de 99.9%, y 20 % de pérdidas se tiene un total de 64 diabéticos, siendo 32 sujetos portadores de DMT2 sin complicaciones y 32 con complicaciones crónicas.

TIPO DE MUESTREO.

No probabilístico por intención.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Derechohabiente de la UMF. 94, portador de diabetes mellitus tipo2 con complicaciones (Grupo de estudio) y sin complicaciones crónicas (Grupo control)
- Conviviente con pareja no portadora de DM.
- Cualquier turno.
- Cuento con expediente clínico en la Unidad, sin registro de enfermedad psiquiátrica o terminal.
- De 20 años a más de edad.
- Con nivel mínimo de lectoescritura
- Cualquier tiempo de evolución de la DM.
- Que acepten participar bajo consentimiento informado
- Llenado completo de los instrumentos de recolección de la información.
- Parejas que no se encuentren en proceso de separación.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN: No aplica

PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE LA MUESTRA.

En la sala de espera de la Unidad Médica de estudio, el investigador principal de manera personalizada invitó a los derechohabientes que se encontraban citados en la consulta de medicina familiar para su control por ser portadores de diabetes mellitus tipo 2, previa explicación del objetivo de estudio y forma de participación de ellos y sus parejas, aquellos aceptantes se les proporcionó el formato de consentimiento informado para recabar su rúbrica y se agendó de manera especial para efectos de la investigación una cita con su pareja, independientemente de la establecida con su médico tratante, acordando el horario conforme las necesidades de los participantes, con la finalidad de aplicar los instrumentos de interés propuestos en el estudio.

RESULTADOS.

Con un total de 64 portadores de diabetes mellitus tipo 2 y sus parejas, siendo 32 con complicaciones crónica de la DM y 32 sin ellas, el comportamiento de los datos socio-demográficos (cuadro 1) mostró en el grupo sin complicaciones respecto a la edad una frecuencia mayor en el rango de 50 a 59 años(31.2%), una media de 58.09 años; por género el masculino en 20(62.5%); por escolaridad empate en el nivel de primaria, secundaria y técnico en 8(25%); por estado civil el de casado en 27(84.3%) y finalmente por ocupación dedicados al hogar 13(40.6%).

En tanto que en el grupo con complicaciones por edad se reportó en el rango de 60 a 69 años 19(59.4%), una media de 63.59 años; por género el femenino en 19(59.4%); por escolaridad el nivel técnico en 13(40.6%); por estado civil el de casado en 26(81.2%) y finalmente en ocupación comerciante 13(40.6%).

Cuadro 1. Datos sociodemográficos de la población diabética participante.

VARIABLES		GRUPO SIN COMPLICACIONES		GRUPO CON COMPLICACIONES	
		FREC	%	FREC	%
EDAD	30-49	7	21.9	1	3.1
	50-59	10	31.2	7	21.9
	60-69	9	28.1	19	59.4
	70 ó más	6	18.8	5	15.6
SEXO	Femenino	12	37.5	19	59.4
	Masculino	20	62.5	13	40.6
ESTADO CIVIL	Casado(a)	27	84.3	26	81.2
	Unión Libre	5	15.6	6	18.8
ESCOLARIDAD	Primaria	8	25	4	12.5
	Secundaria	8	25	6	18.8
	Preparatoria	4	12.5	3	9.4
	Técnico	8	25	13	40.6
	Licenciatura	4	12.5	6	18.8
OCUPACIÓN	Hogar	13	40.6	12	37.5
	Comerciante	11	34.3	13	40.6
	Desempleado	4	12.5	4	12.5
	Pensionado	4	12.5	3	9.4

n = 32 diabéticos por cada grupo

Fuente: Total de pacientes diabéticos sujetos de estudio derechohabientes de la UMF. 94 IMSS. Año 2007

De acuerdo a la evaluación de la funcionalidad con el instrumento de Clasificación Triaxial de la Familia, por cada uno de los ejes de análisis, mostró para el Eje I, correspondiente al de Desarrollo de la Familia (cuadro 2), que la disfunción de “Familia interrumpida” obtuvo la frecuencia más alta en ambos grupos, presentándose en el de sin complicaciones en 13(40.5%) y en el de complicaciones crónicas en 10(31.2%)

Cuadro 2. Eje I. Disfunción del Desarrollo de la Familia

*TIPO DE DISFUNCIÓN		GRUPO SIN COMPLICACIONES CRONICAS		GRUPO CON COMPLICACIONES CRONICAS	
		FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
EJE I DISFUNCIONES DEL DESARROLLO	Relacionada Crianza hijos	1	3.1	1	3.1
	Marital en la madurez	5	15.6	2	6.2
	<i>Familia Interrumpida</i>	13	40.6	10	31.2
	Familia Uniparental	0	0	0	0
	Familia Reconstituida	5	15.6	7	21.8
	Familia crónica inestable.	2	6.2	2	6.2

N= 32 parejas por grupo * Considerando que una pareja presento más de una alteración por eje.

Fuente: Resultados de instrumento de Clasificación Triaxial de la familia de diabéticos con y sin complicaciones UMF 94. Año 2007

En el Eje II es decir “El estudio de los subsistemas,” (cuadro 3) se observó en el grupo sin complicaciones una mayor frecuencia en la disfunción relacionada con el padre 7(12.5%); en tanto que en el grupo con complicaciones se registró en la disfunción marital desvinculada en 6(18.7%).

Cuadro 3. Eje II. Disfunción en los sistemas familiares.

*TIPO DE DISFUNCIÓN		GRUPO SIN COMPLICACIONES CRONICAS		GRUPO CON COMPLICACIONES CRONICAS	
		FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
EJE II DISFUNCIÓN EN LOS SUBSISTEMAS FAMILIARES	Marital Complementaria	0	0	0	0
	Marital conflictiva	0	0	1	3.1
	Marital Independiente	0	0	4	12.5
	Marital desvinculada	0	0	6	18.7
	Marital por Incompatibilidad	0	0	1	3.1
	Ante uno de los hijos	2	6.2	3	9.3
	Concentrada en el padre.	7	21.8	3	9.3
	En la interrelación Padre e hijo	1	3.1	0	0
	En los subsistemas de Los hermanos	1	3.1	0	0
	Coaliciones contra los padres.	0	0	0	0
	Rivalidad destructiva	0	0	0	0

N= 32 parejas por grupo * Considerando que una pareja presento más de una alteración por eje.

Fuente: Resultados de instrumento de Clasificación Triaxial de la familia de diabéticos con y sin complicaciones UMF 94. Año 2007

En el eje III (Cuadro 4) “El estudio de la familia como sistema,” se reportó la mayor frecuencia del tipo de disfunción de: “familia con rendimiento disminuido” 4(12.3%); tanto para el grupo sin y con complicaciones, en este último se reporta además disfunción en la familia socialmente aislada con una frecuencia de 4(12.5%).

Cuadro 4. Eje III. Disfunción de la familia como sistema.

*TIPO DE DISFUNCIÓN		GRUPO SIN COMPLICACIONES CRONICAS		GRUPO CON COMPLICACIÓN	
		FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Eje III FAMILIA COMO SISTEMA	<i>Familia con rendimiento Disminuido</i>	4	12.3	4	12.5
	Familia sobre estructurada	2	6.2	2	6.2
	Familia Patológicamente integrada	0	0	0	0
	Familia desvinculada emocionalmente	0	0	0	0
	Familia desorganizada	0	0	0	0
	<i>Familia socialmente Aislada</i>	0	0	4	12.5
	Familia socialmente Desviada	0	0	0	0
	Familia con tema Especial.	0	0	1	3.1

N= 32 parejas por grupo * Considerando que una pareja presento más de una alteración por eje.

Fuente: Resultados de instrumento de Clasificación Triaxial de la familia de diabéticos con y sin complicaciones UMF 94. Año 2007

De acuerdo al número de disfunciones por eje, en ambos grupos se presentó mínimo una disfunción por eje, (cuadro 5) así en el grupo sin complicaciones, para el Eje I: 15 (46.8%); el Eje II 5(15.6%); y el Eje III 7(21.8%) y solo 5(15.6%) tuvo disfunción en dos o tres de los ejes. En tanto que en el grupo con complicaciones también se observó la mayor frecuencia con una disfunción por eje, así en el Eje I:

11(34.3%); Eje II: 7(21.8%); Eje III 8(25%) y en 6(18.7%) con disfunción en los dos o tres de los ejes.

Cuadro 5. Alteraciones conforme a los Ejes de la Clasificación Triaxial.

Eje/ Número de disfunciones		GRUPO SIN COMPLICACIONES.		GRUPO CON COMPLICACIONES.	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
EJE I	UNO	15	46.8	11	34.3
	DOS	5	15.6	6	18.7
	TRES	0	0	2	6.2
	CUATRO	0	0	1	3.1
EJE II	UNO	5	15.6	7	21.8
	DOS	0	0	0	0
	TRES	1	3.1	0	0
	CUATRO	0	0	1	3.1
EJE III	UNO	7	21.8	8	25
	DOS	1	3.1	2	6.2
	TRES	1	3.1	1	3.1

N= 32 parejas por grupo * Considerando que una pareja presento más de una alteración por eje.

Fuente: Resultados de instrumento de Clasificación Triaxial de la familia de diabéticos con y sin complicaciones UMF 94. Año 2007

Para no sobreestimar el dato de la percepción del apoyo de la pareja, en el cuadro 6 se muestra comparativamente la percepción del portador de DM y la de su pareja, igualmente considerando el grupo con y sin complicaciones, así en ambos grupos de los portadores de DM, se observa que es el tipo de apoyo positivo el de una frecuencia mayor, siendo en el de sin complicaciones 17(53.1%) y con complicaciones 18(56.2%) con una $p > 0.05$. En tanto que los datos registrados de sus parejas, en el grupo sin complicaciones el tipo de apoyo fue positivo en 23(71.9%) y en las parejas del grupo con complicaciones el apoyo fue expresado en 15(46.9%), también con una $p > 0.05$

Cuadro 6. Tipo de apoyo percibido por la pareja.

GRUPO DE ESTUDIO		TIPO DE APOYO			TOTAL
		POSITIVO	NEGATIVO	EXPRESADO	
		FREC/%	FREC/%	FREC/%	
PORTADOR DE DM.	No complicados	17 (53.1%)	2 (6.2%)	13 (40.6%)	32
	Complicados	18 (56.2%)	2 (6.2%)	12 (37.5%)	32
PAREJA DEL PORTADOR DE DM.	No complicados	23 (71.9%)	0	9 (28.1%)	32
	Complicados	13 (40.6%)	4 (12.5%)	15 (46.9%)	32
Total:		71	8	49	128

N = 32 parejas por grupo. Fuente: Inventario de Apoyo para la pareja. Diabéticos y sus parejas. UMF 94. Año 2007.

Valor crítico obtenido de Ji cuadrada con corrección de Pirie y Hamdem con un valor de 0.818

***Considerando el apoyo positivo y expresado como un dato global positivo.**

La percepción del tipo de apoyo de acuerdo a la presencia y no de complicaciones de la DM, así como de la funcionalidad o no de la familia muestra (cuadro 7), que predomina en el grupo sin complicaciones, las familias disfuncionales 25(78.1%) y en ellas el tipo de apoyo positivo en 12(37.5%). En tanto en el grupo con complicaciones, también la mayor frecuencia de las familias son disfuncionales 28(87.5%) y el apoyo registrado fue el positivo en 17(53.1%); y en ambos grupos se registró en segundo término el apoyo expresado con 11(34.3%) y 10(31.2%) en el grupo sin y con complicaciones respectivamente, con una $p > 0.05$

Cuadro 7. Funcionalidad familiar y tipo de apoyo percibido en el diabético.

GRUPO DE DIABETICOS Y FUNCIONALIDAD		PERCEPCION DEL TIPO DE APOYO			TOTAL
		POSITIVO	NEGATIVO	EXPRESADO	
GRUPO DE DM SIN COMPLICACIONES	FUNCIONAL P= 0.485	5 (15.6%)	0	2 (6.2%)	7
	DISFUNCIONAL	12 (37.5%)	2 (6.2%)	11 (34.3%)	25
	Total	17	2	13	32
GRUPO DE DM CON COMPLICACIONES	FUNCIONAL	1 (3.1%)	1 (3.1%)	2 (6.2%)	4
	DISFUNCIONAL	17 (53.1%)	1 (3.1%)	10 (31.2%)	28
TOTAL	Total	18	2	12	32
		35	4	25	64

N = 32 sujetos con DM. Valor crítico obtenido de Ji cuadrada con corrección de Pirie y Hamdem con un valor de 0.172

***Considerando el apoyo positivo y expresado como un dato global positivo.**

Fuente: Evaluación del Inventario de apoyo para la pareja y clasificación triaxial, en diabéticos con y sin complicaciones crónicas UMF 94. Año 2007

De manera general en el grupo con complicaciones, considerando 8 sujetos por cada tipo de entidad estudiada, mostró conforme al apoyo percibido (cuadro 8), que fue el tipo positivo en 6(75%) con retinopatía y en 5(62.5%) con neuropatía; El apoyo expresado se presentó en 5(62.5%) en complicaciones vasculares periféricas y 4(50%) con nefropatía; el apoyo negativo en 1(12.5%) empatando aquellos con retinopatía y neuropatía, con una $p > 0.05$

Cuadro 8 Tipo de complicación crónica de DM y tipo de apoyo percibido.

TIPO DE COMPLICACION CRÓNICA.	TIPO DE APOYO PERCIBIDO			TOTAL
	POSITIVO	NEGATIVO	EXPRESADO	
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
NEUROPATÍA	5 (15.6%)	1 (3.1%)	2 (6.2%)	8
NEFROPATÍA	4 (12.5%)	0	4 (12.5%)	8
RETINOPATÍA	6 (18.7%)	1 (3.1%)	1 (3.1%)	8
COMPLICACIONES VASCULARES PERIFÉRICAS.	3 (9.3%)	0	5 (15.6%)	8
TOTAL	8	2	12	32

Phi= 0.449
P: 0.375

Fuente: Inventario de Apoyo para la pareja en pacientes diabéticos UMF 94. Año 2007

Según el tiempo de evolución de la enfermedad (Cuadro 9) en el grupo sin complicaciones en el rango de 5 a 9 años de padecer la DM, se reporta la mayor frecuencia de apoyo positivo en 7(21.8%) seguido del expresado en 6(18.7%).

Cuadro 9 Apoyo y tiempo de evolución de la diabetes sin complicación crónica y Tipo de apoyo percibido.

EVOLUCIÓN DE LA DM SIN COMPLICACIONES (años)	PERCEPCIÓN DEL TIPO DE APOYO.		
	POSITIVO	NEGATIVO	EXPRESADO
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
1-4	4 (12.5%)	0	5 (15.6%)
5-9	7 (21.8%)	2 (6.2%)	6 (18.7%)
10-14	4 (12.5%)	0	1 (3.1%)
15-20	1 (3.1%)	0	1 (3.1%)
21 a más.	1 (3.1%)	0	0
Phi: 0.398 P: 0.749 TOTAL	17	2	13

Fuente: Evaluación de inventario de Apoyo para la pareja en diabéticos sin complicaciones UMF 94. Año 2007

En tanto en el grupo con complicaciones y en relación al tiempo de evolución (Cuadro 10) fue en el rango de 10 a 14 años de padecer la DM, en que se reporta la mayor frecuencia de apoyo positivo en 9(28.1%) seguido del expresado en 6(18.7%).

Cuadro 10 Tiempo de evolución de la diabetes con complicación crónica y Tipo de Apoyo percibido.

EVOLUCIÓN DE LA DM CON COMPLICACIONES (años)	PERCEPCIÓN DEL TIPO DE APOYO.		
	POSITIVO	NEGATIVO	EXPRESADO
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
1- 4	2 (6.2%)	0	2 (6.2%)
5- 9	1 (3.1%)	1 (3.1%)	4 (12.5%)
10-14	9 (28.1)	0	6 (18.7%)
15-20	2 (6.2%)	1 (3.1%)	0
21 a más.	4 (12.5%)	0	0
Phi: 0.645 P: 0.101 TOTAL	18	2	12

Fuente: Evaluación de inventario de Apoyo para la pareja en pacientes diabéticos con complicaciones UMF 94. Año 2007

En relación al género y la percepción del tipo de apoyo, en el grupo sin complicaciones, (Cuadro 11) el hombre percibe apoyo positivo en 10(31.2%) y la mujer en 7(21.8%); en tanto que en el grupo con complicaciones, el hombre percibe apoyo positivo en 9(28.1%); la mujer percibe tanto apoyo positivo como expresado, ambos con 9(28.1%).

Cuadro 11 Género y percepción de tipo de apoyo.

Género	TIPO DE APOYO					
	GRUPO SIN COMPLICACIONES.			GRUPO CON COMPLICACIONES		
	POSITIVO	NEGATIVO	EXPRESADO	POSITIVO	NEGATIVO	EXPRESADO
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
MASCULINO	10 (31.2%)	0	8 (25%)	9 (28.1%)	1 (3.1%)	3 (9.3%)
FEMENINO	7 (21.8%)	2 (6.2%)	5 (15.6%)	9 (28.1%)	1 3.1%	9 (28.1%)
	Phi: 0.294 P:0.251			Phi: 0.246 P: 0.378		

Fuente: Cuestionario Inventario de apoyo para la pareja a pacientes UMF. 94 IMSS. Año 2007.

En relación a la edad, (Cuadro12) en el grupo sin complicaciones existe empate de apoyo positivo en el rango de 50 a 59 y 60 a 69 años de edad, con 6(18.7%) en cada uno. En tanto en el grupo con complicaciones la percepción del apoyo positivo se dio en el rango de 60 a 69 años en 10(31.2%) de los participantes.

Cuadro 12 Edad y percepción de apoyo.

	TIPO DE APOYO					
EDAD EN AÑOS.	GRUPO SIN COMPLICACIONES.			GRUPO CON COMPLICACIONES		
	POSITIVO	NEGATIVO	EXPRESADO	POSITIVO	NEGATIVO	EXPRESADO
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
30-49	3 (9.3%)	1 (3.1%)	3 (9.3%)	1 (3.1%)	0	0
50-59	6 (18.7%)	1 (3.1%)	3 (9.3%)	4 (12.5%)	0	3 (9.3%)
60-69	6 (18.7%)	0	4 (12.5%)	10 (31.2%)	1 (3.1%)	8 (25%)
70-90	2 (6.2%)	0	3 (9.3%)	3 (9.3%)	1 (3.1%)	1 (3.1%)
TOTAL	17	2	13	18	2	12
	Phi: 3.12 P: 0.794			Phi: 0.25 P: 0.759		

Fuente: Evaluación del cuestionario Inventario de apoyo para la pareja a pacientes UMF. 94 IMSS. Año 2007

De acuerdo al estado civil, (Cuadro 13) y el tipo de apoyo percibido, los datos mostraron que en el grupo sin complicaciones el apoyo positivo se reporta en los casados en 15(46.8%) y expresado 10 (31.25%); en tanto que en el grupo con complicaciones los casados perciben el apoyo positivo en 14(43.75%) y expresado 10 (31.2%).

Cuadro 13 Estado civil y percepción del tipo de apoyo.

ESTADO CIVIL	TIPO DE APOYO					
	GRUPO SIN COMPLICACIONES.			GRUPO CON COMPLICACIONES		
	POSITIVO	NEGATIVO	EXPRESADO	POSITIVO	NEGATIVO	EXPRESADO
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
CASADO	15 (46.8%)	2 (6.25%)	10 (31.25%)	14 (43.75%)	2 (6.25%)	10 (31.2%)
UNIÓN LIBRE	2 (6.25%)	0%	3 (9.37%)	4 (12.5%)	0%	2 (6.25%)
	Phi: 0.186 P: 0.574			Phi: 0.141 P: 0.727		

Fuente: Evaluación del cuestionario Inventario de apoyo para la pareja para pacientes y UMF. 94 IMSS. Año 2007

De acuerdo al grado de escolaridad, (Cuadro 14) en el grupo sin complicaciones el apoyo se percibe como positivo en el nivel secundaria en 5(15.6%); y apoyo expresado en el técnico en 4(12.8%); en tanto que en el grupo con complicaciones el apoyo se percibe positivo tanto en el nivel secundaria 4(12.5%) como en el técnico 7(21.8%).

Cuadro 14 *Escolaridad y percepción del tipo de apoyo.*

ESCOLARIDAD POR NIVEL	TIPO DE APOYO					
	GRUPO SIN COMPLICACIONES.			GRUPO CON COMPLICACIONES		
	POSITIVO	NEGATIVO	EXPRESADO	POSITIVO	NEGATIVO	EXPRESADO
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
Primaria	3 (9.3%)	1 (3.1%)	4 (12.5%)	3 (9.3%)	0	1 (3.1%)
Secundaria	5 (15.6%)	0	3 (9.3%)	4 (12.5%)	1 (3.1%)	1 (3.1%)
Preparatoria	3 (9.3%)	0	1 (3.1%)	2 (6.2%)	0	1 (3.1%)
Técnico	3 (9.3%)	1 (3.1%)	4 (12.5%)	7 (21.8%)	0	6 (18.7%)
Licenciatura	3 (9.3%)	0	1 (3.1%)	2 (6.2%)	1 (3.1%)	3 (9.3%)
	Phi: 0.372 P:0.816			Phi: 0.423 P: 0.679		

Fuente: Cuestionario Inventario de apoyo para la pareja participantes de la UMF. 94 IMSS. Año 2007

Con base a la ocupación (Cuadro 15); en el grupo sin complicaciones los dedicados al hogar mostraron un empate de apoyo percibido positivo y expresado en 7(21.8%); en tanto que en el grupo con complicaciones también la mayor frecuencia se reporta en apoyo positivo en los dedicados al hogar en 8(25%), seguido de los comerciantes con 7(21.8%).

Cuadro 15. Ocupación y percepción del tipo de apoyo.

OCUPACIÓN	TIPO DE APOYO					
	GRUPO SIN COMPLICACIONES.			GRUPO CON COMPLICACIONES		
	Apoyo positivo	Apoyo negativo	Apoyo expresado	Apoyo positivo	Apoyo negativo	Apoyo expresado
Hogar	7 21.8%	2 6.2%	7 21.8%	8 25%	1 3.1%	3 9.3%
Pensionado	4 12.5%	0	0	2 6.2%	1 3.1%	0
Comerciante	4 12.5%	0	5 15.6%	7 21.8%	0	6 18.7%
Desempleado	2 6.2%	0	1 3.1%	1 3.1%	0	3 9.3%
TOTAL	17	2	13	18	2	12
	Phi: 0.445 P: 0.385			Phi: 0.532 P: 0.171		

Fuente: Evaluación del cuestionario Inventario de apoyo para la pareja a pacientes UMF. 94 IMSS. Año 2007

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

El comportamiento de los datos sociodemográficos en general fue plenamente esperado, en comparación con el diagnóstico de salud de la unidad en estudio,⁽⁸⁾ así la mayor frecuencia de DM se observó en sujetos mayores de la quinta década de vida en el género femenino, en quienes se reporta la mayor demanda asistencial, en tanto a la escolaridad y estado civil los datos son similares a lo descrito por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía,⁽⁴⁵⁾ llama la atención que en el grupo con complicaciones un gran porcentaje es laboralmente activo, hecho por un lado favorable pudiéndolo interpretar como una evidencia de autonomía, por otro lado potencialmente riesgoso ya que el estar sometido a estrés laboral y tiempos fuera de casa puede modificar su percepción en cuanto al apoyo, circunstancia que no se contempló en éste trabajo.

Aunque parece un dato incongruente ya que se trabajó con parejas, el hecho de que la mayor disfunción del desarrollo de la familia (eje I) de la Escala de funcionamiento familiar triaxial, fuera precisamente la de "Familia interrumpida", se explica ya que en más de un tercio de los participantes en ambos grupos externaron haber tenido una separación temporal previa, generalmente relacionada por infidelidad de la pareja, misma que evidentemente a pesar de nuevamente estar viviendo juntos ellos la señalan como un evento disfuncional que dejó huella en su vida marital, lo cual coincide con Gómez (2003),⁽⁴⁶⁾ en donde reporta que ocho de cada diez parejas han tenido al menos una vez una situación de infidelidad, entendida ésta como la desviación de la relación o afecto hacia otra persona diferente a la pareja y no solo en el plano sexual.

El estudio de los subsistemas (Eje 2) de la citada Escala Triaxial, muestra en el grupo sin complicaciones una mayor frecuencia de problemas relacionados con uno de los padres, infiriendo al respecto que el no tener aparentemente complicaciones que mermen el estado de salud, se ejerza una mayor aplicación disciplinaria, por otro lado el registro en el grupo con complicaciones es de una disfunción marital desvinculada, fenómeno que puede explicarse por un lado por el antecedente de separación en las parejas evidenciada en la disfunción del eje de desarrollo y por otro conforme lo expuesto por Rodríguez y cols⁽¹³⁾ quien asegura que una consecuencia entre la pareja de una separación propicia la desvinculación afectiva entre la misma, siendo evidenciado por una falta de interés emocional, lo cual visto con un enfoque sistémico sería un efecto de búmeran en los hijos y por ende en la crianza o habilidad de manejo de los mismos.

En el último eje de la Escala de clasificación Triaxial, es decir el correspondiente a la familia como sistema, los resultados muestran en ambos grupos (con y sin complicaciones de DM) que la disfunción predominante "familia con rendimiento disminuido", contrariamente a la lógica se esperaría que fuera mayor porcentaje en el grupo con complicaciones, sin embargo el empate entre ambos grupos puede probablemente explicarse debido a que la patología de base es quien esta generando en la familia un desgaste progresivo en sus miembros y ello explicaría el bajo rendimiento familiar, por otro lado, un dato muy Adoc en el grupo con complicaciones es que la disfunción en segundo termino por frecuencia es el de

una “familia socialmente aislada,” esto posiblemente a que la enfermedad crónica, y más en aquella en la que las complicaciones inherentes a la misma, disminuyen por un lado la capacidad física del individuo para desarrollarse en la cotidianidad, por otro lado al mismo tiempo el cuidador primario e incluso la familia tiene un cambio de roles para la adaptación a las nuevas necesidades de atención del enfermo, lo cual hace detrimento en los tiempos disponibles a la socialización y convivencia.

Indudablemente los datos señalan una problemática familiar en relación a la presencia de disfunción en ambos grupos y en cualquier eje de la familia estudiado, por la intención de nuestro estudio, el hecho de que la mayor frecuencia de disfunción se reporta en el eje del desarrollo y no de la pareja, engañosamente pudiera interpretarse como favorable, sin embargo si se analiza desde la perspectiva que la problemática de desarrollo esta desde la unión de la pareja y el no tener resueltas las crisis relacionadas con ello, realmente es más desfavorable, ya que aunado a lo anterior se encuentra el reporte de una desvinculación marital, que potencialmente junto con el desarrollo de complicaciones van fracturando al interior y exterior a la familia, lo cual se sustenta con el hecho de tener familias socialmente aisladas, lo cual como indica Chávez y cols.⁽⁴⁷⁾ su importancia estriba en recordar que la pareja como eje rector de la familia es el motor que mueve el sistema, por lo tanto al tener presente esto la posibilidad de mejora estriba prácticamente en capacitar a la pareja a reconocer sus conflictos, sin perder la pertenencia de la pareja misma.

En relación a la percepción del apoyo los datos fueron favorables, ya que en ambos grupos más de la mitad de los portadores de DM con y sin complicaciones perciben un apoyo positivo, y aunque pareciera que existe una coincidencia con la percepción que sus parejas emiten, debe tomarse con mesura los datos, si bien el apoyo percibido es favorable, el hecho de que en las parejas de los portadores más de un tercio en ambos grupos presentan diferencia, puede ser generador del conflicto mismo de percepción y por otro lado que esto se actúe solo en emergencia o por deseabilidad social aunque no hay diferencia estadísticamente significativa, e incluso hay que considerarse la posibilidad de desarrollar en aquellos compañeros del diabético que se auto percibe con un franco apoyo expresado hacia su familiar, que pueda desarrollar un síndrome de desgaste del cuidador.

Contrario a la hipótesis de trabajo planteada en esta investigación, la interpretación de los datos indican que al no tener diferencia estadísticamente significativa no se tiene elementos suficientes para rechazar la hipótesis nula, pero tampoco para aceptar la de investigación, porcentualmente los valores indicarían que indistintamente con y sin complicaciones, en las familias disfuncionales se tiene una mayor percepción de apoyo positivo y expresado, teniendo como alternativa de corroboración en ésta relación que se realizara en un futuro un estudio con una muestra de mayor tamaño.

Cabe señalar que en estudios relacionados con patología crónica y presencia de disfuncionalidad familiar, Huerta-Martínez,⁽⁵⁾ encontró una asociación hasta de un

89%, datos muy cercanos a los valores en ambos grupos de nuestro trabajo. Aunado a ello es el hecho de la inexistencia de estudios relacionados a la percepción per se del tipo de apoyo, autores como Meléndez –Moral⁽⁴⁸⁾ y Montes de Oca⁽⁴⁹⁾ han descrito en sus estudios quienes fungen como cuidadores o apoyadores de éstos pacientes, pero no se tiene evidencia en la literatura de como el propio individuo percibe que tanto es apoyado, por lo cual ésta investigación resalta su importancia al tener un abordaje desde ésta ultima perspectiva. Otro punto a considerar y del cual adolece el trabajo es el control de la deseabilidad social en las respuesta emitidas respecto a la funcionalidad familiar como lo señala Valadez-Figueroa,⁽⁴¹⁾

Desde la visión de un dato frío, el hecho que en un solo participante con retinopatía y otro con neuropatía se reporte una percepción de apoyo negativo es muy favorable, sin embargo debe dimensionarse que éstas complicaciones per se ya implican un fuerte deterioro del paciente, ya que la retinopatía es la más temprana en presentarse según Gómez,⁽³⁰⁾ pero con una constante progresión directamente proporcional por el tiempo de evolución y que lleva a la ceguera al paciente de acuerdo a Sabag-Ruiz.⁽²¹⁾ En tanto la neuropatía se presenta mas tardíamente pero su frecuencia es mayor de acuerdo a Adlin⁽³³⁾ y los ya citados autores. El hecho de no tener diferencia estadísticamente significativa entre las diversas complicaciones corrobora lo descrito por Meléndez y cols.⁽³⁴⁾ en que el deterioro de éstos pacientes inevitablemente es progresivo y sumatorio de acuerdo a las complicaciones que presenta y esto impacta en la autonomía del mismo, por ende requerirán de un mayor apoyo de la pareja y/o la familia, por lo que la percepción que se tenga de ello puede hacer la diferencia, como lo menciona Valadez-Figueroa,⁽⁴¹⁾ respecto a que un paciente no apoyado puede desencadenar descontrol metabólico constante y desarrollo temprano de múltiples y diversas complicaciones.

Indistintamente en el grupo con y sin complicaciones el dato favorable es que se tiene una percepción de apoyo positivo y expresado en su mayoría, aunque no coincide en el rango de años de evolución en ambos, se encuentran entre la primera década del padecimiento, lo cual además de ser una evolución relativamente corta, esto puede explicarse en aquellos con complicación en que se encuentra con estadios iniciales de la misma y no existe evidentemente una franca limitación o dependencia de su paciente, y por otro lado y de acuerdo a Robles-silva⁽¹⁵⁾ y Sabag-Ruiz⁽²¹⁾ es posible que se perciba de tal forma debido al compromiso de lealtad que se da en la pareja madura, considerando únicamente la edad cronológica de los participantes en ambos grupos.

De acuerdo al género el portador de DM masculino es el que en ambos grupos presenta mayor percepción de apoyo positivo, culturalmente puede estar sustentado en algunos elementos, así como lo menciona Martínez,⁽⁵⁾ Morán⁽⁴⁸⁾ y Montes de Oca⁽⁴⁹⁾, el hombre sigue siendo quien mayor apoyo recibe de su pareja y de su familia, aunado a una mayor esperanza de vida y generalmente mejor estado de salud, lo cual puede verse favorecido por el hecho que es la mujer (llámese, esposa, madre, hija, etc) frecuentemente su cuidador primario.

Respecto al rango de edad en donde se percibe mayor apoyo positivo en ésta investigación existe una coincidencia importante con lo descrito por Robles-

Silva,⁽¹⁵⁾ en cuanto a que es en mayores de la quinta década de la vida en donde se evidencia dicho apoyo.

Parece que el hecho de ser casados actúa como un factor de protección contra las condiciones limitantes de salud entre los adultos mayores, según Martínez ⁽⁴⁸⁾ hecho que se manifiesta en nuestro resultado con mayor proporción de apoyo positivo y expresado entre el grupo de casados.

Es interesante ver que el apoyo positivo y expresado fue el de mayor frecuencia en ambos grupos, e igualmente se dio en los niveles de secundaria y técnico, lo cual muestra por un lado que los participantes se encuentran por arriba de la moda nacional conforme a los datos emitidos por INEGI⁽⁴⁵⁾ aunque concuerda con lo descrito en lo referido en la Encuesta Nacional Sobre Salud y Envejecimiento (ENSE),⁽⁵⁰⁾ en donde las edades en quienes se reporta un mayor nivel de educación en los rangos de 59 a 69 años de edad, sobre todo en aquellas que residen en zonas urbanas como es el caso de la población estudiada.

En relación a la ocupación y el apoyo percibido, los datos tienen cierta lógica en el sentido que es en aquellos dedicados al hogar en ambos grupos en los que se señala una percepción de apoyo positivo y expresado mayor, lo cual puede verse favorecido por la dependencia inicialmente económica del individuo y por otro lado una dinámica que se ha mantenido muy probablemente desde antes de aparecer la enfermedad. Lo que llama la atención es que en el grupo con complicaciones existe una proporción muy similar entre los dedicados al hogar y aquellos laboralmente activos, pero que aun en éstos últimos prevalece una percepción de apoyo positivo, lo cual puede deberse a que la DM y aun la presencia de complicaciones o su severidad, no ha mermado significativamente su cotidianidad, circunstancia no valorada en éste trabajo.

CONCLUSIONES

Tanto en el grupo de diabéticos con y sin complicaciones crónicas en más de cuatro quintas partes de los participantes se encontró disfuncionalidad familiar.

La percepción del apoyo percibido en el grupo portadores de diabetes mellitus sin complicaciones se registró en más de dos tercios de los participantes con percepción de apoyo positivo. En tanto en el grupo con complicaciones un poco más de la mitad de los sujetos reportaron percepción de apoyo positivo, en ambos grupos coincidió que éstos datos se presentaron en familias disfuncionales, sin diferencia estadísticamente significativa.

Así mismo el tipo de apoyo percibido por las parejas de los portadores de DM con y sin complicaciones, en su mayoría coincidió en la evaluación de apoyo positivo en ambos grupos y ambos integrantes de las parejas.

En el grupo de diabéticos con complicaciones crónicas, el apoyo percibido conforme a cada tipo de complicación se presentó con el siguiente orden: con apoyo positivo lo encabeza la retinopatía, seguida de neuropatía, nefropatía; con apoyo expresado las complicaciones vasculares y nefropatía; y solo dos participantes con apoyo negativo correspondiendo a uno con neuropatía y otro con retinopatía.

La comparación porcentual indica que es mayor la percepción del apoyo positivo y expresado en el grupo de diabéticos sin complicaciones y de familias funcionales, sin embargo, no existiendo diferencia estadísticamente significativa, puede establecerse que independientemente de pertenecer a una familia funcional o disfuncional, y presentar o no complicaciones crónicas el tipo de apoyo percibido es el positivo y expresado casi en la totalidad de los participantes, sin intervenir en ello, edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, tiempo de evolución y/o el tipo de complicación presentadas.

SUGERENCIAS.

1. Aprovechar los resultados obtenidos para difundirlos en el personal de salud y grupo de derechohabientes conocidos diabéticos, para exaltar el beneficio potencial de una percepción positiva utilizada como herramienta de fortalecimiento del apego terapéutico del paciente diabético, en aras de un mejor control de su padecimiento y por ende de su calidad de vida.
2. Considerar la posibilidad de un estudio dirigido a buscar otros factores relacionados con la percepción del apoyo familiar, tal vez con un enfoque cualitativo.
3. Tener en perspectiva el seguimiento del grupo estudiado y ampliar el número de parejas, con otros instrumentos complementarios cuali-cuantitativos.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Linton R. La historia natural de la familia. En: Fromm E, Horkheimer M, Parsons T. La familia. 5° ed. Barcelona España: Península, 1978:5-29.
- 2.- Huerta GJL. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. México D. F: Alfil, 2005: 153-161.
- 3.- Meissner W W. Aspectos psiquiátricos del estudio de la familia. En: Ackerman N W, Auerswald EH, Elerkin B, et al. Grupo terapia de la familia. Buenos Aires: Paidós, 1976:157-198.
- 4.- Pérez CC. Vivir en familia. Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17:164-8.
- 5.- Huerta-Martínez N, Valadés-Rivas B, Sánchez-Escobar L. Frecuencia de disfunción familiar en una clínica de medicina familiar del ISSSTE en la Ciudad de México. Arch Med Fam 2001; 3:95-98.
- 6.- Mendoza-Solís LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez HF, Pérez-Hernández C. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. Arch Med Fam 2006; 8:27-32.
- 7.- Eguiluz LL. Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico. México D. F: Pax México, 2003:1-140.
- 8.- Estrada IL. Ciclo vital de la familia. 3ra ed. México: Posada, 1989: 1:30.
- 9.- Solórzano ML, Brandt TC, Flores O. Estudio integral del ser humano y su familia. Caracas Venezuela 2001; 9-19
- 10.- Herrera SPM. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 1997; 13:591-5
- 11.- Tseng, W. – Mc Dermott, J. (1979) Triaxial Family Classification. Journal of Child Psychiatry. Vol. 18, No. 1. Yale University Press. New Haven and London.
- 12.- Tovar-Granada C, Sánchez-Escobar L, Ponce-Rosas R, Irigoyen-Coria A, Morales-López H. Auto percepción de disfunción familiar en un grupo de familias de la ciudad de México. Arch Med Fam 2003; 5: 92-95.
- 13.- Rodríguez GE, Machín QY, Pérez LD, Riera MMA. Divorcio y disfunción paterna. Medicentro 2005; 9:1-7
- 14.- Fernández OMA. El impacto de la enfermedad en la familia. Rev Fac Med. 2004; 47: 251-254.

- 15.- Robles-Silva L, Mercado-Martínez FJ, Ramos-Herrera IM, Alcántara-Hernández E, Moreno-Leal NC. Las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes en una zona marginal de Guadalajara. México. Salud Pública de Mex 1995; 37: 187-95.
- 16.- Montilla FAM. Jornadas de Hepatitis C en Valencia. El paciente y la familia ante la enfermedad. Valencia España.2006.
- 17.- Fuertes MC, Maya MU. Atención a la familia. Atención a la familia en situaciones concretas. Anales Sis San Navarra 2001; 24:83-92.
- 18.- Arellano LJ, Atri-Zetune R, Calderón E, Cruz OL, Espinoza-Gómez M; Ojeda GA, Pantaleón GLE y Cols. Terapia Familiar y de Pareja. Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. México D.F. Pax, 2006; 131-175
- 19.- Calvo FF, Díaz PMD. Apoyo social percibido: características psicométricas del cuestionario caspe en una población urbana geriátrica. Psicothema 2004; 16: 570-75.
- 20.- Gaytán-Hernández AI, Alba-García JEG. El significado de la diabetes mellitus tipo 2 desde la perspectiva del paciente. Rev Med IMSS 2006;44 (2):113-20.
- 21.- Sabag-Ruíz E, Álvarez-Félix A, Celiz-Zepeda S, Gómez-Alcalá AV. Complicaciones crónicas en la diabetes mellitus. Prevalencia en una unidad de medicina familiar. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44 (5):415-422
- 22.- González SC. Abordaje médico familiar de la Diabetes mellitus. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm102/abordajemedico.html>
- 23.- Foster DW. Diabetes mellitus En: Fauci AS, Martin JB, Braunwald E, Casper DL, Isserbacher KJ, Hauser SL, editores. Harrison Principios de Medicina Interna. 14va ed. México D.F. McGrawHill Interamericana, 1998: Vol 2: 2341-64.
- 24.-Karam JH. Hormonas pancreáticas y diabetes sacarina En: Greenspan FS, Strewler GJ, editores. Endocrinología básica y clínica. 4ta. México D.F: Manual Moderno, 1998:677-756.
- 25.- NORMA Oficial Mexicana, NOM-015-SSA2-1994, "Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria".
- 26.- Velázquez-Monroy O, Rosas PM, Lara EA, Pastelín HG, Sánchez CC, Attie F, y col. Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México: Resultados finales de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. Arch Cardiol Mex 2003; 62-77
- 27.- ADA. Care, American Diabetes Association: clinical practice recommendations. 2002 S1 a S 135 vol(25)

28.- Conner TR, Velázquez MO, Lara EA, Marroquín MMY, Muñoz PL y cols. Manual para el manejo de las insulinas 2001. 2da ed. México D.F: Subsecretaría de prevención y protección de la salud centro nacional de vigilancia epidemiológica, 2001:1-68.

29.- Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hankins GDV, et al, Williams Obstetricia. 20va ed, Madrid España: Médica panamericana, 1999: 1119-33.

30.- Gómez PFJ. Páncreas endócrino diabetes sacarina En: Rivero SO, editor. Tratado de Medicina Interna Academia Nacional de Medicina. 2da Ed, México D.F Manual Moderno 1994: Vol 2: 427:467.

31.- Romero BE, Franco M. Nefropatía diabética En: Peña JC, editor. Nefrología Clínica y trastornos del agua y los electrolitos. 4ta ed. México D.F. Méndez Editores 1998:441-54.

32- Martínez A. Nefropatía diabética En: Hernando L, Aljama P, Arias M, Caramelo C, Egido J, Lamas S, editores. Nefrología Clínica. 2da. España: Médica Panamericana 2003:337-367.

33.- Adlin EV. Enfermedades endócrinas y metabólicas En: Myers AR, editor. NMS Medicina Interna. 4ta ed. México D.F: McGraw-Hill Interamericana, 2002:581-670

34.-Méndez LDM, Gómez VM, García RME, Pérez LJH, Navarrete EA. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. Rev Med IMSS 2004; 42: 281-284.

35.- Rodríguez-Morán M, Guerrero-Romero JF, Importancia del apoyo familiar en el control de la glicemia. Salud Pública Mex 1997; 39: 44-47.

36.- Castillo-Arriaga A, Delgado-Sánchez V, Carmona-Suazo JA. Percepción de riesgo familiar a desarrollar diabetes mellitus. Rev Mex Inst Mex Seguro Soc 2006; 44:505-10.

37.- Viniegra VL. Las enfermedades crónicas y la educación La diabetes mellitus como paradigma. Rev Med Seguro Soc 2006; 44:47-59.

38.- Sluzki C, Berenstein I. Patología y terapéutica del grupo familiar. En: Wynne C. Los Esquizofrénicos y sus familias. Orientaciones hallazgos e investigaciones. Buenos Aires: Prensa Médica 1970:234-42.

39.- Ortiz GMT. La Salud familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15:18.

40.- Buckle P, Hffmayer H, Isambert A. La salud mental de la familia de Europa. Ginebra: Prensa Médica, 1996:2-10.

- 41.- Valadez-Figueroa IA, Alderete-Rodríguez MG, Alfaro-Alfaro N. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. *Salud Pública Mex* 1993; 35:464-70.
- 42.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico de salud, delegación 2 noroeste del Distrito Federal, Unidad de Medicina Familiar No. 94: 2006.
- 43.- Corona-Hernández B, Bautista-Samperio L. Perfil epidemiológico del paciente diabético en una unidad de primer nivel de atención. *Arch Med Fam* 2004; 6:40-3.
- 44.- Sánchez VI. Grado de depresión, funcionalidad y estrés familiar del paciente geriátrico portador de enfermedades crónico-degenerativas. Tesis, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2007.
45. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Disponible en: www.Inegi.gob.mx
46. Las parejas y sus infidelidades. Disponible en: www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-medsur/e-ms2008/e-ms08-3/em-ms083i.htm
47. Chávez AV, Velazco OR. Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evaluación. *Rev. Med. IMSS* 1994; 32:39-43.
48. Meléndez-Moral C, Tomás-Miguel JM, Navarro-Pardo E. Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista Manheim. *Salud Pública Mex* 2007; Vol.49 (6):408-414.
49. Montes de Oca V. Diferencias de género en el sistema de apoyo a la población envejecida en México. *Papeles Pobl* 1999; 19:149-172.
50. Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México 2001. México. Disponible en: [http:// www.mhas.pop.upenn.edu](http://www.mhas.pop.upenn.edu).

ANEXO 1 CUADRO DE VARIABLES.

Nombre de la Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Categorización.
<p>Variable Independiente:</p> <p>Funcionalidad familiar</p>	<p>Es la capacidad que tienen los integrantes de una familia para conducir, enfrentar y superar las situaciones de estrés.</p>	<p>Capacidad de los integrantes del sistema familiar para enfrentar y superar las crisis que presente. Medido a través del instrumento de evaluación de la clasificación Triaxial de la familia.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Funcional Disfuncional</p>
<p>Complicación De la diabetes Mellitus.</p>	<p>Situación que agrava y alarga el curso de la diabetes mellitus.</p>	<p>Alteración agravante de la diabetes mellitus que se registre en el expediente clínico.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Categórica</p>	<p>1. Si 2. No</p>
<p>Variable Dependiente:</p> <p>Apoyo percibido.</p>	<p>Son aquéllas conductas entre los miembros de la relación que intentan promover o mejorar la competencia adaptativa de la familia con estrés o enfermedad.</p>	<p>Tipo de conducta que el familiar enfermo percibe de su pareja, el cual se medirá con el Inventario de apoyo para la pareja (IAAP).</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Categórica</p>	<p>1. Positivo 2. Expresado 3. Negativo.</p>

VARIABLES UNIVERSALES.

Nombre de la Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Categorización
Estado Civil	Condición de cada persona con relación a los derechos y obligaciones civiles en cuanto a matrimonio se refiere.	Condición de unión que exprese el paciente	Cualitativa	Nominal	Casado (a) Unión Libre
Escolaridad	Periodo de tiempo en la cual se asistió a la escuela.	Grado máximo de estudios completo que exprese el paciente.	Cualitativa	Categórica	Primaria Secundaria Preparatoria Técnico Licenciatura
Ocupación	Trabajo o actividad en que uno emplea el tiempo.	Tipo de actividad que desempeña la persona para su sustento, se preguntará directamente al paciente	Cualitativa	Categórica	Hogar Técnico Comerciante Obrero Profesional Jubilado o pensionado
Edad	Fecha transcurrida desde el nacimiento hasta el momento actual	Se tomará la última edad referida por el paciente y registrada en el expediente clínico	Cualitativa	Ordinal	Con Rangos de: De 20 a 29 años De 30 a 49 años De 50 a 59 años De 60 a 69 años De 70 a más años
Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer	Se preguntará directamente al paciente	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino

VARIABLES INTERVINIENTES.

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Categorización.
Tipo de complicaciones crónicas.	Fenómeno que sobreviene en el curso de una enfermedad sin ser propio de ella, agravándola generalmente	Resultado de un diagnóstico y tratamiento no oportuno en un paciente con una enfermedad crónica.	Cualitativa	Categórica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Neuropatía 2. Nefropatía 3. Retinopatía 4. Complicaciones vasculares periféricas
Tiempo de evolución con DM	Periodo transcurrido del diagnóstico de DM, hasta el momento en que se realiza la investigación.	Periodo transcurrido desde el diagnóstico de DM, hasta la fecha y referida por el paciente y lo que conste en el expediente.	Cualitativa	Ordinal	De acuerdo a los rangos de: <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 a 4 años 2. 5 a 9 años 3. 10 a 14 años 4. 15 a 20 años

Anexo.2 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Folio No. _____

DELEGACIÓN I Y II DEL DF.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94

INDICE DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON BASE A LA CLASIFICACION TRIAXIAL DE LA FAMILIA.

Instrucciones: Marque con "X" la respuesta que más corresponda a su opinión de acuerdo a su situación familiar, por favor, sea lo más honesto(a) posible, dé una sola respuesta por pregunta y no deje de contestar ninguna. De antemano, gracias.

Nombre _____	No. de afiliación _____
Sexo _____ Edad _____	Consultorio _____ Turno _____
Estado Civil _____	Ocupación _____

1.- Considera Usted que en su matrimonio tanto su esposo(a) como Usted están de acuerdo en su papel marital?

SI	NO		
----	----	--	--

2.- Considera Usted que en su matrimonio cada quien cumple con su responsabilidad y tareas de esposo?

ADECUADAMENTE	CON DEFICIENCIA	MUY DEFICIENTE	
---------------	-----------------	----------------	--

3.- La llegada de los hijos ha significado para su matrimonio problemas?

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	NUNCA
---------	--------------	---------	-------

4.- Si la llegada y crianza de los hijos ha significado problemas estos han sido principalmente del tipo?

ECONÓMICA	PSICOLÓGICO	FAMILIAR	OTROS(ESPECIFIQUE)
-----------	-------------	----------	--------------------

5.- Si en su familia tiene hijos adolescentes o adultos, toma cada quien su respectivo papel y responsabilidad en la familia?

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	NUNCA
---------	--------------	---------	-------

6.- La pérdida o ausencia de uno de los miembros de la familia ha significado crisis familiar persistente?

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	NUNCA
---------	--------------	---------	-------

7.- En caso que la falta de un miembro signifique crisis familiar persistente ha sido por su repercusión?

ECONÓMICA	PSICOLÓGICA	FAMILIAR	OTRA(ESPECIFIQUE)
-----------	-------------	----------	-------------------

8.- Se ha separado alguna vez de su pareja, ya sea de manera legal o informal

SI	NO		
----	----	--	--

9.- En caso que sean varias cuantas son:

2 ó menos	3 a 5	Más de 6	
-----------	-------	----------	--

10.- Es usted actualmente el que da todas las atenciones y cuidados a sus hijos, sea por divorcio, viudez o separación informal?

SI	NO		
----	----	--	--

11.- El tener toda la responsabilidad de atender y cuidar de sus hijos le representa problemas?

SI	NO		
----	----	--	--

12.- Estos son principalmente de tipo?

ECONOMICO	PSICOLÓGICO	FAMILIAR	OTROS(ESPECIFIQUE)
-----------	-------------	----------	--------------------

13.- En caso de que Usted haya integrado otra familia, diría que sus miembros están cumpliendo con su responsabilidad y tomando su respectivo lugar?

SI	NO		
----	----	--	--

14.- El divorcio, separación informal de los padres, la falta o pérdida de un miembro han traído consigo inestabilidad y problemas familiares que no se han resuelto?

SI	NO		
----	----	--	--

15.- En relación con su pareja es común que se presenten riñas, agresiones verbales, físicas, chantajes, separaciones, etc.?

SI	A VECES	NO	
----	---------	----	--

16.- Considera Usted normal la situación anterior?

SI	NO		
----	----	--	--

17.- Qué tan severo considera el problema?

INSOPORTABLE	TOLERABLE	INSIGNIFICANTE	
--------------	-----------	----------------	--

18.- Considera Usted que su papel de cónyuge es aceptar todo sea lo que sea?

SI	A VECES	NO	
----	---------	----	--

19.- En la relación con su pareja considera Usted que existe competencia por ser quien tome las decisiones, acciones e iniciativas entre Usted y su pareja?

SI	A VECES	NO	
----	---------	----	--

20.- En que porcentaje diría Usted que reparten las responsabilidades entre Usted y su pareja (hombre-mujer)

100 / 0	75 / 25	50 / 50	25 / 75	0 / 100
---------	---------	---------	---------	---------

21.- Considera que entre Usted y su pareja hay buena comunicación?

SI	A VECES	NO	
----	---------	----	--

22.- Siente Usted la confianza suficiente para comunicar cualquier problema, de cualquier tipo, en cualquier momento a su pareja?

SI	A VECES	NO	
----	---------	----	--

23.- Cuando Se Comunica O Habla Con Su Pareja Lo Hacen De Manera Clara, Directa, Sin Temores?

SI	A VECES	NO	
----	---------	----	--

24.- Comparte Usted con su pareja las mismas ideas, gustos, hábitos, creencias, normas morales, sentimientos, etc.?

TODAS	ALGUNAS	NINGUNA	
-------	---------	---------	--

25.- Qué tan identificado o a fin se considera con su pareja?

TOTALMENTE	LO SUFICIENTE	MUY POCO	NADA
------------	---------------	----------	------

26.- Considera Usted adecuada la relación suya y de su cónyuge con sus hijos?

SI	A VECES	NO	
----	---------	----	--

27.- Considera Usted adecuada la forma de criar y cuidar a sus hijos?

SI	A VECES	NO	
----	---------	----	--

28.- Se da el caso en su familia que por costumbre, enfermedad u otro motivo en algún hijo se centre la atención, problemas, iniciativas, etc.?

SI	NO		
----	----	--	--

29.- Considera Usted que por alguna razón existe alguna relación especial que sobresalga en la familia, entre algún padre y algún hijo?

SI	NO		
----	----	--	--

30.- En caso de tal causa de dicha relación es principalmente?

ECONOMICA	PSICOLÓGICA	FAMILIAR	OTRA(ESPECIFIQUE)
-----------	-------------	----------	-------------------

31.- Existe alguna relación especial entre ambos padres y algún hijo?

SI	NO		
----	----	--	--

32.- La causa de ésta relación es de tipo:

ECONOMICA	PSICOLÓGICA	FAMILIAR	OTRA
-----------	-------------	----------	------

33.- Considera Usted adecuada la relación entre sus hijos como hermanos?

SI	A VECES	NO	
----	---------	----	--

34.- De acuerdo a su edad y lugar en la familia toman sus hijos sus respectivos lugares y responsabilidades?

SI	A VECES	NO	
----	---------	----	--

35.- Considera Usted adecuada la relación entre hijos y padres?

SI	A VECES	NO	
----	---------	----	--

36.- Considera Usted que en su familia cada miembro asume su lugar y funciones respectivas?

SI	A VECES	NO	
----	---------	----	--

37.- Considera Usted que habitualmente su familia cumple con las metas y planes que se fija?

SI	A VECES	NO	
----	---------	----	--

38.- Si cumple con las metas que se traza en que porcentaje lo hace?

100%	75%	50%	25%
------	-----	-----	-----

39.- Considera Usted que la conducta y funciones de su familia habitualmente son demasiado rígidas?

--	--	--	--

SI A VECES NO

40.- Qué tanta flexibilidad existe en las normas y costumbres de su familia?

MUCHA	REGULAR	ESCASA	NINGUNA
-------	---------	--------	---------

41.-Considera Usted que en su familia cada quien se respeta mutuamente?

SI	A VECES	NO	
----	---------	----	--

42.- Considera Usted que la unión y complementación en su familia son adecuadas?

SI	A VECES	NO	
----	---------	----	--

43.- Considera Usted que su familia convive y comparte relaciones adecuadamente en el conjunto de la comunidad?

SI	A VECES	NO	
----	---------	----	--

44.- De no ser así la razón principal es de tipo?

RELIGIOSO	COSTUMBRE	FALTA DE TIEMPO	OTRAS(ESPECIFIQUE)
-----------	-----------	-----------------	--------------------

45.- Considera Usted que los intereses de su familia son contrarios o ajenos a las intereses de la comunidad?

SI	A VECES	NO	
----	---------	----	--

46.- Por sus costumbres, religión, educación u otro motivo, considera Usted a su familia distinta al conjunto de la comunidad?

TOTALMENTE	UN POCO	NADA	
------------	---------	------	--

47.- También por las razones anteriores considera a su familia superior al resto de la comunidad?

TOTALMENTE	UN POCO	NADA	
------------	---------	------	--

48.- Considera Usted que su familia debe estar más integrada al conjunto de la comunidad?

SI	UN POCO	NO	
----	---------	----	--

Anexo. 3

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION I Y II DEL DF
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94
INVENTARIO DE APOYO PARA LA PAREJA (IAPP)

Folio: No _____

Este instrumento ha sido creado con la finalidad de evaluar la percepción del apoyo que se recibe y que se da entre la pareja.

Instrucción: A continuación marque con una "X" el número que mejor represente la forma como su pareja responde ante una problemática suya, por favor, sea lo más honesto(a) posible, dé una sola respuesta por pregunta y no deje de contestar ninguna. De antemano, gracias.

Nombre _____	No. de afiliación _____
Sexo _____ Edad _____	Consultorio _____ Turno _____
Estado Civil _____	Ocupación _____

	Siempre lo hace (5)	Muchas veces lo hace (4)	Algunas veces lo hace (3)	Rara Vez lo hace (2)	Nunca lo hace (1)
1. Mi pareja, con su amistad, me brinda apoyo.					
2. Ante mis problemas, mi pareja se muestra comprensivo(a)					
3. Mi pareja escucha mis problemas.					
4. Ante mis problemas personales, mi pareja me orienta.					
5. Ante un problema mío, mi pareja me apoya cooperando en lo que está a su alcance					
6. Mi pareja me apoya protegiéndome ante cualquier dificultad.					
7. Ante mis conflictos personales, mi pareja me brinda sostén emocional.					
8. Mi pareja es solidaria(o) ante cualquier decisión que tome respecto a mis problemas personales.					
9. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella me evita.					
10. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella se preocupan.					
11. Cuando le platico mis problemas a mi pareja el o ella me hace ver los pros y los contras de aquellos.					
12. Ante mis problemas, mi pareja me dice que está conmigo.					
13. Mi pareja me ayuda a solucionar mis problemas.					
14. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me condena.					
15. Mi pareja me apoya dándome amor.					
16. Mi pareja me brinda tranquilidad en momentos difíciles.					
17. Ante una dificultad, mi pareja me dice que "yo puedo resolver cualquier problema personal".					

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y TIPO DE APOYO POR LA PAREJA EN PORTADORES DE DIABETES MELLITUS CON Y SIN COMPLICACIONES CRÓNICAS.

18. Ante un problema, mi pareja me confirma que me quiere.					
19. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me juzga.					
20. Mi pareja permanece cerca de mí cuando tengo problemas.					
21. Ante mis problemas, mi pareja muestra entendimiento.					
22. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me aconseja.					
23. Ante un problema, mi pareja me orienta en su solución.					
24. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me dice que debo hacer y que no.					
25. Mi pareja me da confianza para resolver cualquier problema.					
26. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella me creen.					
27. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él se porta hostil conmigo.					
28. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me acompañan en mi preocupación.					
29. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me dirige en la solución de aquellos.					
30. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me critican.					
31. Mi pareja me da seguridad para resolver cualquier problema.					
32. Ante mis conflictos, mi pareja se une a mis preocupaciones.					
33. Mi pareja me ayuda cuando se lo pido.					
34. Cuando tengo un problema, mi pareja se une a la tarea de buscar la mejor solución.					
35. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él es duro(a) conmigo.					
36. Mi pareja me respalda en mis decisiones.					
37. Ante un problema, mi pareja me da soporte emocional.					
38. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él rechaza mi opción de solución.					
39. Ante mis dificultades, mi pareja prefiere que yo me responsabilice de solucionarlas.					
40. Cuando tengo un problema, mi pareja me consuela.					
41. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él participan en una nueva reformulación de solución al conflicto.					
42. Ante mis problemas, mi pareja respeta mis decisiones.					
43. Ante una dificultad, mi pareja me guía en su solución.					
44. cuando tengo un problema, mi pareja me ayuda a buscarle una solución responsable.					

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y TIPO DE APOYO POR LA PAREJA EN PORTADORES DE DIABETES MELLITUS CON Y SIN COMPLICACIONES CRÓNICAS.

En esta segunda parte marque con una X el número que mejor representa la forma como usted le comunica a su pareja sus conflictos. Por favor, sea lo más honesto(a) posible, dé una sola respuesta por pregunta y no deje de contestar ninguna. Gracias.

	Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1).
45. A mi pareja le expreso mi forma de pensar sobre algún problema mío.					
46. A mi pareja le hago saber lo bien que me hacen sus palabras.					
47. Comparto mis problemas con mi pareja.					
48. Soy capaz de confiarle mis problemas a mi pareja.					
49. Cuando tengo un problema, directamente puedo a mi pareja su opinión.					
50. A mi pareja le expreso mi opinión sobre algún conflicto mío.					
51. Comunico mis problemas a mi pareja.					
52. Confío en mi pareja para contarle cualquier preocupación mía.					
53. Me gusta enterar a mi pareja de mis problemas.					
54. Ante mis problemas, prefiero que mi pareja se mantenga al margen.					
55. A mi pareja le agradezco cuando me escucha.					
56. Ante un conflicto personal, busco el consuelo de mi pareja.					
57. Prefiero reservarme mis problemas personales que confiárselos a mi pareja					
58. Comparto mis conflictos con mi pareja.					
59. Le pido a mi pareja que me ayude a resolver mis conflictos.					

Anexo. 4

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACION I Y II DEL DF
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94
 HOJA DE VACIADO DE LOS DATOS.

	Nombre	Afil.	Con/Tur		Edad	Esc.	Sexo		Ocup.	Edo.C	DIABETES MELLITUS TIPO 2		Tipo de Comp	IAPP			Esc Func Fam Clas Triax Fam	
			C	T			M	F			DMSC	DMCC		AE	AP	AN	FUN	DISFUN
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		

Afil= Afiliación C= Consultorio T= Turno Esc= Escolaridad M=Masculino F= Femenino Ocup.=Ocupación Edo.C= Estado civil. DMSC= Diabetes mellitus sin complicaciones DMCC= Diabetes mellitus con complicaciones Comp.= Complicaciones IAPP= Inventario de apoyo percibido por la pareja (AE= Apoyo expresado; AP= Apoyo positivo; AN= Apoyo Negativo. Esc Func Fam Clas Triax Fam= Escala de funcionalidad familiar con base a la clasificación triaxial de la familia. FUN= Funcional, DISFUN= disfuncional.

Anexo. 5

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACION I Y II DEL DF
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94
 CRONOGRAMA. DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDAD	ENERO DICIEMBRE 2006	ENERO AGOSTO 2007	SEPTIEMBRE OCTUBRE	NOVIEMBRE DICIEMBRE 2007	ENERO MARZO 2008	ABRIL AGOSTO	SEPTIEMBRE DICIEMBRE	ENERO FEBRE 2009
Elección del tema.	OO							
Selección de sustento bibliográfico	OO							
Elaboración de proyecto		OO						
Presentación a Comité de Investigación			OO					
Aprobación del proyecto investigación			OO					
Trabajo de Campo (recolección de la información)				OO	OO			
Análisis de la información						OO	OO	
Elaboración de escrito final de tesis							OO	
Presentación a Comité Local de Invest							OO	
Elaboración del Escrito Médico							OO	
Difusión del trabajo								OO

XX= Programado

OO = Realizado

**Anexo 6. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION I Y II DEL DF.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94
JEFATURA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.**

Por medio de la presente, acepto participar en el proyecto de investigación titulado: **Funcionalidad familiar y tipo de apoyo por la pareja en portadores de diabetes mellitus con y sin complicaciones crónicas**, registrado ante el Comité Local de Investigación médica con el número 3515, cuyo objetivo del estudio es: **Comparar el tipo de apoyo percibido en la pareja de acuerdo a la funcionalidad familiar en los portadores de diabetes mellitus tipo2 con y sin complicaciones crónicas, atendidos en la UMF. 94 del IMSS.**

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder dos cuestionarios, (Inventario de apoyo para la pareja y el índice de funcionalidad familiar con base a la clasificación triaxial de la familia, mismos que mi pareja resolverá y el segundo los familiares que vivan conmino.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son:

Riesgos: Ninguno, solo responderé unos cuestionarios sin que en mi persona se aplique o realice algún procedimiento.

Inconvenientes: Inversión de tiempo para responder el instrumento aplicado por el investigador, al igual que a mis familiares, lo cual es totalmente voluntario.

Beneficios: Se me informará al momento de terminar el estudio de los resultados de manera verbal, y en caso de que muestre el resultados problemas de disfunción recibiré la orientación de las alternativas para solicitar atención con mi médico tratante, o podré acudir a un centro de orientación familiar de manera independiente si así lo decido.

El investigador principal solo valorará los datos registrados y no intervendrá en ningún momento en mi atención, se ha comprometido a darme información sobre los datos que este relacionado con este estudio, así como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo.

Así mismo el investigador se compromete a darle los resultados de dichos instrumentos aunque ello significara que deba retirarme del estudio. Quedando en claro que él diagnóstico definitivo, seguimiento y tratamiento estarán a cargo exclusivo de mi médico tratante.

Entiendo que conservo el derecho de la confidencialidad de los datos y me comprometo a decir verdad sobre lo que se me pregunta, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto. Conservo el derecho de retirarme del estudio si así lo determino. El investigador me ha dado seguridades de que no se me identificarán en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma del paciente.

Dra. Sara Reyna Maldonado.
Médico Residente de Medicina Familiar.
Matrícula: 99231483. Tel: 5528647466

Firma _____

Firma _____

Testigo: _____

DESCRIPCIÓN Y VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.

Se utilizaron dos instrumentos para fines de este estudio, el sistema de evaluación Triaxial de la Familia y el inventario de apoyo para la pareja (IAAP).

SISTEMA TRIAXIAL DE LA FAMILIA. (Anexo 2).

Elaborado por Wen-Shing Tseng y col., (1976), propusieron un sistema de diagnóstico y clasificación de las familias basándose en tres fuentes de información: a) la historia del desarrollo de la familia, b) El estado mental “presente de la familia, c) El resultado de la separación de un paciente infantil –identificando el estado de la familia.

Se hace énfasis, en el sentido de que la vida familiar se puede estudiar desde el punto de vista dinámico o psicosocial, lo cual es bastante complejo y quizás es una de las causas por las que no se ha podido desarrollar una clasificación sistemática que categorice las funciones y disfunciones familiares.

Se considera que el sistema de clasificación debería cubrir los siguientes requisitos:

- 1.- Un marco de referencia extenso, sistemático y suficientemente inclusivo para englobar la mayor parte de la psicopatología existente.
- 2.- Una tipología bien definida y diferenciada, de manera que se pueda utilizar para discriminar varias clases de patología.
- 3.- Un método de clasificación clínicamente orientado, significativo y práctico aplicable para el diagnóstico clínico y para guiar los enfoques terapéuticos.

El sistema propuesto se dividió en tres ejes:

Eje I: Disfunciones en el desarrollo de la familia.

Representa los aspectos del desarrollo de la familia y tiene que ver con las dimensiones históricas o longitudinales.

Eje II: Disfunciones en los subsistemas familiares.

Valora la condición de los subsistemas familiares, identifica la localización mayor de los problemas interpersonales dentro de la familia y se basa en un estudio de un corte seccional de las funciones familiares.

Eje III: Disfunciones de la familia como sistema.

Estudia a la familia como un grupo, matriz o sistema e intenta categorizar a la disfunción familiar a través de la dimensión visual.

Para su evaluación se basa en la siguiente tabla en la que de acuerdo al ítem alterado se da la disfunción en el eje correspondiente:

NOMBRE DEL EJE EVALUADO	NOMBRE DE LA DISFUNCIÓN
<p align="center">EJE I DISFUNCIÓN DEL DESARROLLO</p>	<p>Disfunción familiar primaria (1-2) Disfunción relacionada con la crianza de los hijos (3-4) Disfunción relacionada con la educación de los hijos (5) Disfunción en la época de contracción de la familia o familia madura (6-7)</p> <p>COMPLICACIONES DEL DESARROLLO Familia de un solo padre (10-11) Familia interrumpida (8-9) Familia reconstruida (12) Familia crónicamente inestable (13)</p>
<p align="center">EJE II DISFUNCIÓN EN LOS SUBSISTEMAS FAMILIARES</p>	<p>DISFUNCIÓN MARITAL Disfunción marital complementaria (19-20) Disfunción marital conflictiva (14,15,16,17) Disfunción marital dependiente (18) Disfunción marital desvinculada (21,22,23) Disfunción marital por incompatibilidad (24,25)</p> <p>DISFUNCIÓN FILIAL Disfunción concentrada en el padre (29) Disfunción ante uno de los hijos (28,30) Disfunción en la interrelación padre- hijo (26,27) Disfunciones triangulares (31, 32) Rivalidad destructiva (33) Sobre- identificación o falta de diferenciación (34) Coaliciones contra los padres (35)</p>
<p align="center">EJE III DISFUNCIÓN EN EL GRUPO SOCIAL</p>	<p>Familia de bajo rendimiento (36-37) Familia excesivamente estructurada (38,39) Familia patológicamente integrada (40,42) Familia desvinculada (41) Familia socialmente aislada (43,44,45) Familia con un tema especial (46,47) Familia desviada(48)</p>

INVENTARIO DE APOYO PARA LA PAREJA. (IAPP) (Anexo 3)

Este instrumento fue creado por Brizuela Días y cols. en México, con la finalidad de evaluar la percepción del apoyo que se recibe y que se da entre la pareja.

Se procedió a elaborar el instrumento basado en los conceptos de apoyo instrumental y apoyo afectivo (Newscombs, 1990), clasificándolas como sigue: definidoras de apoyo instrumental: ayuda, soporte, unión-vinculación y definidoras de apoyo efectivo: amor, comunicación, afecto, seguridad y amigos.

El inventario de apoyo para parejas se desarrollo como un instrumento corto con oraciones sencillas, compuesto de una escala de respuestas de 5 opciones tipo Lickert, categorizándolas en: siempre lo hace, muchas veces lo hace, algunas veces lo hace, rara vez lo hace y nunca lo hace.

Fue aplicado a una muestra de 341 personas, de las cuales 150 fueron hombres, que corresponde al 43.5%, y 191 mujeres, que corresponden a 56.5%. Se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, de donde se obtuvieron 3 factores con valor Eigen o propio mayor que 1. Para el primer factor, denominado apoyo positivo, resultado de 22.574; para el segundo, apoyo expresado, fue de 7.618, y para el tercero, apoyo negativo, fue de 6.400. La varianza acumulada fue de 56.28.

Las dimensiones obtenidas mostraron coeficientes de confiabilidad alfa de Chonbach para apoyo positivo (apoyo que me da mi pareja) fue de 0.9712, para apoyo expresado fue de 0.9637 y para apoyo negativo fue de 0.8211, que confirman la estabilidad teórica y empírica de los elementos que componen el "apoyo".

El instrumento esta conformado por 59 reactivos, de los cuales 36 se refieren al apoyo positivo, 15 al apoyo expresado y 8 al apoyo negativo o no apoyo.

Para obtener la calificación es necesario: Seleccionar los reactivos que pertenecen a cada factor, sumar la calificación de los puntajes (1, 2, 3, 4 ó 5) dados por el sujeto, el puntaje obtenido es la calificación para ese factor, comparar el puntaje con el punto medio o punto de corte (obtenido multiplicando el número total de reactivos de cada factor por 3), tomando en cuenta también el puntaje máximo que se puede obtener así como el mínimo. Para obtener el puntaje máximo se multiplica el número total de reactivos de cada factor por 5, que en la escala de Lickert es el puntaje más alto y para obtener el puntaje mínimo se multiplica el número total de reactivos de cada factor por 1, que en la escala Lickert es el puntaje más bajo que se asigna.

Factor 1 total de 36 reactivos evalúa el apoyo positivo. Los reactivos: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 40, 41, 42, 43, 44. Con un punto de corte o punto medio de 108.

Factor 2 con un total de 8 reactivos evalúa el apoyo negativo. Los reactivos: 9, 14, 19, 27, 30, 35, 38, 39. Con un punto de corte de 24.

Factor 3 con un total de 15 reactivos evalúa el apoyo expresado. Los reactivos: del 45 al 59. Con un punto de corte de 45.