



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**Factores Psicológicos y Familiares que afectan el Control
Glucémico en Pacientes Diabéticos Tipo 2 que acuden a la
UMF no 20.**

TESIS

Para obtener Título de Especialista en Medicina Familiar.

PRESENTA:

DR. Héctor Iglesias Domínguez
Residente de tercer año Medicina Familiar

TUTORA:

Dra. Sonia Patricia de Santillana Hernández

ASESORES METODOLOGICOS:

Dra. Victoria Pineda Aquino.

Dra. María del Carmen Aguirre García

GENERACION: 2007-2010

México Distrito Federal.





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TUTORA.

**Dra. Sonia Patricia de Santillana Hernández.
Maestra en investigación clínica.**

ASESORA METODOLOGICA

**Dra. Victoria Pineda Aquino
Especialista en Medicina Familiar
Maestra en Ciencias
Coordinadora Clínica en Educación e Investigación en Salud.**

ASESORA METOLOGICA.

**Dra. María del Carmen Aguirre García.
Especialista en Medicina Familiar.
Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar**

ASESORA METODOLOGICA

Dra. Santa Vega Mendoza
Especialista en Medicina Familiar.
Profesora Adjunta del Curso de Especializacion de Medicina Familiar.

Agradecimientos:

A mi esposa: por contar con su apoyo en los momentos más difíciles, por su paciencia y sabiduría cuando parecía que no había salida y sobre todas las cosas por darme su amor.

A mis padres: por que siempre creyeron en mi, por que tener fe en las cosas que realizo día a día, por su infinito apoyo, comprensión y amor.

A mis hermanas: por que siempre han estado a mi lado y por contar su plena confianza y su amor.

A mis tutoras: por que me supieron guiar en las ocasiones que yo no tenía idea de donde ir, por que supieron reprender cuando lo necesitaba y escuchar cuando lo requería. Gracias por su guía y amistad.

INDICE

1. Título.....	1
2. Resumen.....	2
3. Antecedentes.....	3
4. Planteamiento del Problema.....	15
5. Justificación.....	16
6. Objetivos.....	17
7. Hipótesis.....	18
8. Material y métodos.....	19
9. Resultados.....	26
10. Discusión.....	37
11. Conclusiones.....	41
12. Recomendaciones.....	42
13. Referencias.....	43
14. Anexos.....	46

**Factores Psicológicos y Familiares que afectan el
Control Glucémico en Pacientes Diabéticos Tipo 2 que
acuden a la UMF no 20.**

RESUMEN

Factores Psicológicos y Familiares que afectan el Control Glucémico en Pacientes Diabéticos Tipo 2 que acuden a la UMF no 20.

Iglesias-Domínguez H.¹, Dra. De Santillana-Hernández S.P.²

Introducción: La diabetes mellitus en su condición de enfermedad crónica y degenerativa, condiciona un proceso de reajuste de la dinámica familiar; el apoyo que

brinda la familia y el aspecto psicológico son variables que han sido poco estudiadas a pesar de la relevancia de las mismas. **Objetivo:** Identificar los factores psicológicos y familiares que afectan el control glucémico de los pacientes diabéticos **Material y métodos:** se realizó un estudio transversal, comparativo en la UMF no 20 del IMSS, previo consentimiento informado y seleccionados por muestreo no probabilístico de casos consecutivos, se estudiaron 182 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de cualquier edad, sexo, tiempo de evolución, de la consulta externa, se excluyeron aquellos que no pudieron llenar el cuestionario por cualquier motivo. Se aplicó un cuestionario para investigar variables socio-demográficas, de salud, familiares (tipología familiar, comunicación, redes de apoyo) autoestima.

Resultados; media de edad fue de 65 ± 15 años, el 64 % correspondió al sexo femenino, el hogar como ocupación correspondió al 69%, el nivel socioeconómico más frecuente fue el bajo con 45 %, el 62% menciona tener una enfermedad agregada, el tipo de familias más frecuente fue la nuclear, cursando la mayoría la fase de retiro y muerte, el 56 % menciona una comunicación funcional, el 69 % reportó no contar con apoyo familiar, la autoestima regular fue la más frecuente con 44 %. **Conclusiones:** la comunicación, las redes de apoyo y auto estima óptima están relacionadas al control glucémico de los pacientes.

1. Médico Residente del tercer año de Medicina Familiar

2. Médico Especialista en Medicina Familiar y maestría en ciencias de investigación

Palabras clave: Diabetes mellitus, dinámica familiar, control glucémico, factores psicológicos y familiares, sociodemográficas, tipología familiar, comunicación, autoestima apoyo familiar.

ANTECEDENTES

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónico-degenerativa asociada a la transformación de los estilos de vida, a la transición demográfica, epidemiológica y tecnológica de las sociedades, caracterizada por hiperglucemia y desequilibrio del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas debido a la poca eficacia de la insulina en los tejidos, es decir, por deficiencia en la secreción o acción de esta hormona secretada por el páncreas.¹

La DM2 constituye un problema de salud pública de primera magnitud que ha pasado de ser una enfermedad característica de los países desarrollados a ser una epidemia en países en desarrollo, pues éstos enfrentan la transición que va del *“rezago en salud”* a los *“riesgos emergentes”* asociados a la industrialización, la urbanización y el envejecimiento poblacional.²

Para el 2025 el número de pacientes diabéticos aumentará 122% al pasar de 135 a 300 millones a nivel mundial, y en las economías pobres, el crecimiento será de hasta un 170%: pasará de 84 a 228 millones de enfermos. En el caso de los países latinoamericanos se prevé que en promedio habrá un aumento de 160%. En el caso de México el incremento respecto al número absoluto de diabéticos se estima en un 200%. Según la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para el 2008 se estimaba que alrededor del 8.2% de la población entre 20 y 69 años padecía diabetes y que cerca del 50% de los individuos lo desconocía; lo anterior significa que existían más de cuatro millones de personas enfermas de las cuales poco más de un millón no habían sido diagnosticadas. Estadísticas de mortalidad en México para el 2008 señalan a la diabetes como la principal causa de muerte entre las mujeres (15.2%) y la segunda (10.5) entre los hombres.²

En México, la encuesta Nacional de Salud ENSA 2000 registra una prevalencia general de diabetes Mellitus de 7.5% en la población mayor de 20 años, con una morbilidad de 287 180 nuevos casos, y la caracteriza en el décimo lugar de las 20 causas más frecuentes de enfermedad en el país.³

Dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social la atención del paciente diabético ocupa el segundo lugar de consulta en primer nivel y el primer lugar de la consulta de especialidades, con una prevalencia del 8.9%, y una prevalencia del 6% en el grupo de edad de 30 a 64 años. En la UMF 20 se atendieron un total de 10 951 pacientes diabéticos en el 2008,, con un porcentaje del 90 al 95% de diabéticos tipo 2.⁴

Esta enfermedad consume del 5 al 14% de los gastos dedicados a asistencia médica y los costos directos e indirectos de la atención asciende 2 618 millones de dólares anuales, mientras que en el gasto anual en el IMSS excedió a los 2 000 millones de pesos.⁵

Con el objetivo de lograr una reducción en los niveles de morbilidad y mortalidad asociados con DM2, organismos internacionales (Organización Mundial de la Salud) como nacionales (Secretaría de Salud e Instituto Mexicano del Seguro Social), han insistido en la importancia de promover estilos de vida saludables (actividad física y dieta equilibrada) y mejorar la calidad de vida de los pacientes, en particular de aquellos que han sufrido complicaciones. Es en este sentido el interés creciente por estudiar el apoyo social y de la familia como una parte fundamental en el control de este tipo de pacientes.⁷

Cuando el paciente se encuentra con descontrol persistente se incrementa la posibilidad de presentar complicaciones crónicas. Algunas de las principales complicaciones de los pacientes diabéticos son:1) diálisis peritoneal hasta con un 40 %;2) neuropatía periférica 60%; 3) retinopatía proliferativa 8% y ceguera 5%.^{6, 8}

Existen varias definiciones para describir el concepto de control glucémico, sin embargo el más aceptado por la Organización Mundial de la Salud son los valores de hemoglobina glucosilada menores de 7 %, los pacientes que presentan niveles mayores de 9% tienen un riesgo mayor de sufrir las consecuencias asociadas a un control deficiente, con la consecuente pérdida de fuerza laboral para nuestro país y carga para el Estado en materia sanitaria.

Por otra parte, el pobre control glucémico predice una mala calidad de vida, tanto para el paciente como para su familia.^{1, 7}

En el control del paciente diabético intervienen variables psicológicas, sociales, biológicas y familiares que influyen en las fluctuaciones de la glucemia, estas últimas poco estudiadas.

En virtud de que la diabetes requiere de un manejo cotidiano independiente de los médicos, es necesario que todo diabético perciba su propia conducta como parte de la responsabilidad en el control de la enfermedad, y que las personas de su entorno otorguen el apoyo adecuado para lograr los objetivos del tratamiento, siendo en la mayoría de los casos la familia, quien proporciona este apoyo.⁹

El apego al tratamiento con el consecuente control glucémico del paciente diabético retrasa el inicio de las complicaciones crónicas; así, un tratamiento intensivo que mantiene los niveles de glucemia en ayuno por debajo de los 126 mg/dl retarda el inicio de la retinopatía, reduce el riesgo de albuminuria y el desarrollo de neuropatía, por lo que los esfuerzos dirigidos a lograr y sostener niveles de normoglucemia en el diabético constituye todo un reto.^{10, 11}

La mayoría de los pacientes consideran que es muy útil en el manejo de su enfermedad la ayuda por el seno familiar, y que la información que tiene el familiar sobre la diabetes es determinante para que otorgue apoyo al enfermo, lo que se refleja en un mejor apego al tratamiento hasta en un 52%, por lo que se requiere desarrollar un proceso de educación sobre la diabetes dirigido a modificar las actitudes, y a mejorar las habilidades y conocimientos del paciente y de sus familiares, para reforzar las acciones de apoyo del núcleo familiar como uno de los factores relacionados con la salud en este tipo de pacientes.¹²

"El mejor tratamiento de la diabetes mellitus (DM) pierde efectividad si la persona con Diabetes no sabe beneficiarse del apoyo familiar o no está

motivada para responsabilizarse con su auto cuidado diario" y la familia no esta suficientemente involucrada.¹³

Uno de los acontecimientos vitales estresantes que obligan a una readaptación de la homeostasis familiar es la aparición de una enfermedad crónica en uno de los miembros del sistema. Ante el diagnóstico de un trastorno como la diabetes mellitus, con su condición de cronicidad y que exige modificaciones en los hábitos y el modo de vida de uno de los miembros, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar la homeostasis amenazada. El factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevas normas y a veces nuevos papeles. Con esos cambios adaptativos aparecen nuevos riesgos para otros miembros de la familia, lo que puede afectar a su vez al familiar enfermo.¹²

La dinámica de interrelación que se establece entre la familia y el individuo diabético es uno de los factores determinantes del control metabólico de este paciente en particular, se ha descrito que los diabéticos con un medio familiar favorable, aumentan significativamente su conocimiento sobre la enfermedad, reducen el estrés y mejoran la realización del tratamiento hasta en un 56%.^{14, 15}

Con el fortalecimiento de la atención primaria, las técnicas educativas no sólo deben ser dirigidas al individuo, sino también a la comunidad y a la familia, motivados por mejorar la educación al diabético que se ha detectado como un problema de salud. Cuando el paciente diabético se encuentra inmerso en una familia que recibe técnicas educativas y logran dominar los aspectos básicos transmitidos, el grado de conocimiento de ambos mejora, lo que nos habla de la gran influencia del medio familiar sobre el paciente y su familia.⁷

Algunos estudios refieren que diabéticos que cuentan con apoyo familiar, realizan una dieta diaria, mientras que los que no cuentan con la colaboración de su medio familiar, no llevaban la dieta, o la tienen en cuenta sólo en ocasiones; en este sentido se debe destacar que en muchas ocasiones quien

elabora el alimento no es el propio enfermo, lo que evidencia la importancia de la concientización sobre el problema por parte de su núcleo familiar.¹²

Estudios entre diabéticos confirman que aquellos quienes tienen la cooperación de sus familiares realizan mayor actividad física (76.5%), en relación a los que no tienen apoyo familiar, donde su actividad física es poca o nula (12%); en la atención primaria se ha visto que esto se ve influido por la importancia que la familia del paciente le sepa atribuir. Otro dato importante es que los diabéticos que cuentan con familiares que lo apoyan, sólo 3% están descontrolados, sin embargo, en familias sin preocupación por el enfermo predomina el descontrol metabólico, pues hasta un 72% de los casos descontrolados pertenecen a estos núcleos familiares.¹⁶

Para comprender mejor la manera en como se adaptan las familias a las enfermedades crónicas, se propone el modelo de Hill que contempla de forma global las distintas características de la propia enfermedad así como los recursos que posee la familia para enfrentarse a la crisis y el particular significado de la enfermedad para la familia %.¹⁵

Algunos de los elementos que toma el modelo descrito por Hill son:

A.- Enfermedad Crónica.

- ❖ Gravedad
- ❖ Curabilidad
- ❖ Incapacidad
- ❖ Medidas terapéuticas

B.-Recursos.

- ❖ Capacidad organizativa
- ❖ Cohesión
- ❖ Adaptabilidad
- ❖ Apoyo social
- ❖ Red social

C.-Significado de la enfermedad para la familia.

- ❖ Creencias
- ❖ Experiencias previas frente a la diabetes.
- ❖ Cambios y alternativas

La aparición de la Diabetes sitúa al sistema familiar ante una situación nueva e inesperada. Conlleva la carga emocional de una enfermedad que no se "cura"; que precisa tratamiento para siempre; que exige medidas terapéuticas basadas en cambios en los hábitos de vida, tanto en el sentido dietético como del ejercicio físico, con las dificultades reales de adaptación que ello exige para el resto de los miembros de la familia; con las complicaciones físicas (disfunción eréctil, retinopatía, arteriopatía etc.) que pueden ir surgiendo, originando una incapacidad que sobrecargar aún más el sistema. La familia procesará todo esto según su propio conjunto de creencias acerca de la enfermedad y las experiencias previas que posea en el cuidado de pacientes diabéticos, sobre todo en relación con acontecimientos dramáticos e impactantes como ceguera, amputaciones, úlceras, etc... Posteriormente pondrá en marcha los recursos con los que cuente, su cohesión, su capacidad de adaptación y de apoyo, y su capacidad organizativa, buscando en caso de ser necesario apoyos extra familiares para conseguir una correcta homeostasis que asegure un normal funcionamiento del sistema familiar.¹⁷

La irrupción de la enfermedad crónica en la familia conlleva un proceso permanente de reacomodo de la estructura del apoyo social (individual, conyugal, comunitario, social). Se trata de las adaptaciones que deben realizarse para acoger a la persona enferma. Son transformaciones graduales tanto a nivel práctico (como procurar ciertos productos o materiales necesarios para el control o monitoreo de la enfermedad) como a nivel relacional, cognitivo y afectivo (vínculos con las personas del entorno cercano familiar y comunitario). Unos y otros se adaptan, tienen conflictos, aprenden y comparten teniendo como referencia las necesidades particulares de cuidado o ayuda que necesita la persona que vive el padecimiento. Dicho de otra forma, se entra en un proceso de reaprendizaje y de reorganización en torno a la enfermedad crónica y en la cual las mujeres son las que viven más cercanamente el

padecimiento. Por ejemplo, tanto la familia como las personas del entorno deberán apoyar la dieta y respetar las cantidades y el tipo de alimentos que debe consumir el paciente.¹⁸

Algunos estudios reportan que las esposas de los pacientes diabéticos hasta en un 54 % (sean o no diabéticas) *se apropian* de la enfermedad del esposo y se responsabilizan de que él siga el tratamiento y la dieta prescrita, son muy solidarias, muestran una gran preocupación por el estado de salud del cónyuge y les otorgan un apoyo incondicional, incluso en algunos casos de sobreprotección. En lo que concierne a los esposos de las mujeres diabéticas ellos tienden mayormente a *preguntarles* sobre cómo se sienten o a vigilar/fiscalizar que no coman ciertos alimentos como los dulces. Los de mayor escolaridad y mejor nivel socioeconómico muestran mayor apertura para aprender o informarse sobre la enfermedad que aqueja al cónyuge (asistir a pláticas educativas, conferencias, cursos, leer) e incluso cocinan para ellas platillos recomendados por la nutrióloga.¹⁹

Las hijas ofrecen una variedad más amplia de servicios o apoyos que los hijos varones. Se centran en proporcionar apoyo moral y apoyo en relación a labores domésticas y de apego al tratamiento, predominando la preparación de alimentos y la aplicación de insulina o la toma de medicamentos. También, son las hijas quienes casi exclusivamente se ocupan del paciente en fase terminal, por ejemplo cuando han quedado ciegos o cuando necesitan diálisis.¹⁹

Los hijos por su parte, en la mayoría de los casos e independientemente del nivel socioeconómico, proporcionan apoyo económico. Sin embargo los de estrato alto, medio alto y de mayor escolaridad tienden, además, a proporcionarles información sobre la enfermedad, datos que obtienen principalmente por medios electrónicos. En general, tanto las hijas como los hijos vigilan la fuerza de voluntad de la mamá o del papá para cuidar su dieta, muchas veces les hacen compañía y los visitan en el hospital cuando tienen recaídas.¹⁹

Por otro lado, el apoyo que proporcionan las hermanas y los hermanos de los y las pacientes diabéticos consiste básicamente en preguntarles sobre su estado

de salud, aconsejarles que se cuiden y algunas veces prestarles dinero; las hermanas apoyarían eventualmente en la realización de labores domésticas. En el caso de otros familiares como sobrinos y nietos, ellos proporcionan sobretodo afectos y consejos, este apoyo resulta particularmente importante para aquellas pacientes que no tuvieron hijos y donde el esposo se ubica en la categoría del “no apoyo”, así como para los de edad más avanzada.¹⁹

En general, mientras que el cuidador femenino se mantiene en *cercanía con el padecimiento*, los cuidadores masculinos, se mueven en la esfera del *proveedor económico para la salud* familiar. Esto significa, por un lado, proporcionar el dinero o recursos que se requieren para la compra de insumos o servicios de salud, y/o dar cobertura de seguridad social en tanto que padres, esposos o hijos-as que trabajan en la esfera formal de la economía, en donde el “proveedor-a” mantiene una distancia tanto física como emocional con el enfermo.^{20, 21}

Por otro lado, las familias más cohesionadas tienen diabéticos menos deprimidos, con más energía, más bienestar positivo y más bienestar general. El sexo, la cohesión y una historia de ruptura familiar explican el 43% de la variabilidad de la depresión medida en la escala de bienestar. El 75% de la variabilidad del bienestar positivo se explica por el sexo (varón), la cohesión, el apoyo específico a la enfermedad por parte de la familia, una estructura familiar más flexible (menor control) y con menos actividades de ocio reglamentadas, así como más apoyo a la enfermedad por parte de los amigos. La cohesión familiar y el sexo explican el 64% de la variabilidad del bienestar general.¹⁶

El apoyo brindado por parte de los familiares, ha sido considerado como un determinante en el apego al tratamiento de parte del individuo y se ha sugerido que éste puede modificar la percepción de los eventos estresantes, entregando al paciente mayores recursos para afrontar el evento estresante específico, y de este modo conducir a un mejor control de las glucemias.²²

Tomando en consideración la complejidad y cronicidad del tratamiento, no sorprende la baja tasa de apego encontrada en diversas investigaciones.

Numerosos estudios han demostrado que la diabetes resulta ser un período especialmente complicado para apegarse al tratamiento.²³

Otro de los dominios que poco se ha estudiado son los factores psicológicos asociados con el apego al tratamiento de los diabéticos. En la esfera psicológica encontramos que el paciente diabético encuentra diferentes formas de reaccionar ante su enfermedad como: reacciones de huida o de negación; reacciones de ira, de agresividad y por último reacciones de racionalización; estas reacciones hacen que el paciente se presente como un paciente disfuncional y como consecuencia un paciente; desconfiado, agresivo, manipulador, regresivo; estas diferentes presentaciones del paciente diabético se deben a que se enfrenta a pérdidas: a) Nivel Personal como: malestar físico y emocional, cambios en los patrones de sexualidad, pérdida de la independencia, modificaciones en la escala de valores y filosofía de vida, alteraciones en la autoimagen, sentimiento de impotencia y desesperanza, miedo a lo desconocido, respuestas depresivas, de negación o de agresividad; b) Área Familiar: Se manifiesta por: pérdida del rol del enfermo, cambios en el rol de los demás miembros de la familia, separación del entorno familiar, problemas de comunicación en la familia.²⁴

Cada día es más reconocido dentro del ámbito sanitario la importancia de los factores psicológicos relacionados con las enfermedades crónicas y la necesidad de abordarlos de manera directa, tanto para favorecer la adaptación del paciente a la propia enfermedad, como para evitar posibles complicaciones. De esta manera, en muchos casos, los factores psicológicos no sólo son importantes sino que llegan a ser la parte fundamental del tratamiento en un buen número de enfermedades crónicas.²⁵

Entre los factores psicológicos se señala que la variable autoestima, correlaciona positivamente con las conductas de salud deseadas en el tratamiento de la diabetes, además esta variable parece ser un mediador para la relación entre responsabilidad y apego al tratamiento, aquellos diabéticos con una autoestima más elevada, presentan mayor apego al régimen de salud que aquellos diabéticos con una baja autoestima, esto representa un 52% de mejor control metabólico del paciente con autoestima elevada. Otros

investigadores informan que la motivación de logro tiene una influencia en el apego al tratamiento mayor que los factores demográficos y metabólicos.²⁶

Las actitudes y reacción de los diabéticos ante este trastorno crónico, son tan diversas como lo son sus circunstancias personales, de edad, cultura, aspectos socio-familiares, etc., sería apropiado decir que responden, en buena medida, según el esquema aprendido de su educación familiar en interacción recíproca con su propia personalidad.²⁷

El miedo al dolor, a los tratamientos dolorosos, a la permanencia hospitalaria, a la soledad y a la separación familiar, serían ejemplos ilustrativos. Los elementos depresivos pueden estar igualmente presentes, en tanto que sentimientos de culpa, tristeza o desesperanza, limitan o estancan el desarrollo normal del diabético. Si en los diabéticos las respuestas tienden a ser más generalizadas, de mayor componente conductual y menor grado verbal, lo cognitivo tendrá una mayor manifestación, a través de una mayor especificidad comunicativa y expresión verbal. También cabría hablar de reacciones impulsivas o agresivas, inhibición motora, timidez, "*encerrarse en sí misma*", como respuestas habituales dentro de esa diversidad.²⁸

La calidad y velocidad de adaptación a la enfermedad es variable en función de la personalidad del individuo y de su entorno inmediato. Hay personas que se quedan en la fase de negación y esto dificulta en gran manera el proceso educativo. Estas fases pueden ser vividas de forma independiente y asincrónica por parte del paciente y la familia.²⁹

Es importante valorar los factores psicológicos porque pueden explicar comportamientos distintos hacia el apego al tratamiento y hacia la interacción con el equipo de salud. Los pacientes con mejor respuesta adaptativa tienen hasta un 56% de mejor control metabólico.³⁰

Por otra parte, desde la década de los ochenta, los psicólogos han identificado la forma en que pueden afectar el funcionamiento biológico algunas de las variables psicológicas, como la autoestima y la susceptibilidad individual en respuesta a situaciones de estrés. Al respecto, se señala que esta interacción

entre las variables psicológicas y el funcionamiento biológico actúan a través de tres vías:

1. Cognitivas/emocionales. Capaces de modular las respuestas neurológicas, inmunológicas y endócrinas, las cuales se encuentran en constante interacción
2. Conductuales/afectivas. Que se traducen en estilos de vida susceptibles de afectar directamente al organismo mediante la alimentación, el tabaco, el alcohol y el ejercicio.
3. Ecológico-conductuales. Modifican el ambiente natural y social que afecta a todos los hombres inmersos en él; es decir, los cambios tecnológicos y culturales que actúan sobre el proceso salud-enfermedad, como son: la creciente contaminación ambiental, la industrialización de gran cantidad de alimentos y las radiaciones, entre otros.³¹

Esta nueva visión de la interacción entre los factores psicológicos y biológicos ha contribuido a que, en el caso de la diabetes en particular y de las enfermedades crónico-degenerativas en general, se utilicen estrategias psicológicas que incrementen el impacto terapéutico sobre los enfermos diabéticos.³²

Esta nueva visión de la psicología cuenta, entre sus técnicas, aquéllas que fomentan el apego terapéutico —es decir el cumplimiento del régimen de tratamiento— mediante el uso de la tecnología conductual; esto último debido a que una gran cantidad de sujetos presentan dificultades en el cumplimiento del tratamiento de la diabetes, o de cualquier otra enfermedad. El apego terapéutico se explica, en parte, por la complejidad del régimen de tratamiento por las ideas sobre la salud y enfermedad que los pacientes tienen, ya que en muchos brinda el equipo de salud una atención paternalista en la que el paciente, para controlar su enfermedad, tiene que asistir frecuentemente a los centros de atención médica con una actitud pasiva. Sin embargo, aunque los médicos pueden sugerir estrategias para mejorar el control diabético, la responsabilidad final de llevar a cabo las indicaciones terapéuticas recae en el

paciente de manera estricta y disciplinada.³³

Las investigaciones en el área psicológica han explorado la posibilidad de utilizar elementos como: aumentar la autoestima del paciente, la auto-evaluación y aumentar el estado afectivo, entre otros, como técnicas de modificación conductual en el tratamiento de la diabetes, con la finalidad de mejorar la habilidad de los pacientes para continuar con su tratamiento.³³

En este sentido se sabe que existe una estrecha vinculación entre el sistema endócrino y el sistema nervioso autónomo, relación que se establece por medio de los receptores adrenérgicos que pueden estimular o inhibir el funcionamiento pancreático, y en donde se observa que la respuesta de estrés puede alterar el funcionamiento provocando el descontrol en el paciente diabético.³¹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ante el diagnóstico de un trastorno como la diabetes mellitus, con su condición de cronicidad y que exige modificaciones en los hábitos y el modo de vida de uno de los miembros, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar la homeostasis amenazada. El factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevas normas y a veces nuevos papeles, con este se conseguirá el mayor apego a la terapéutica, un mejor control glucémico y como consecuencia evitar la mayor cantidad posible de complicaciones, las cuales son devastadoras e incapacitantes.

Se ha observado que la mayoría de los pacientes diabéticos que acuden a su control mensual en la consulta externa de las unidades de medicina familiar tiene descontrol glucémico , estudios previos han reportado un porcentaje hasta del 70%, lo cual condiciona que estos pacientes presenten un alto potencial de presentar secuelas o complicaciones secundarias al descontrol; esto a pesar de los múltiples avances en el tratamiento farmacológico, además de implementar dietas que se ajustan tanto a su índice de masa corporal y actividad física, y de utilizar los recursos disponibles a nivel institucional.

Por ello se hace necesario el conocimiento de toda la respuesta de adaptación del paciente a su enfermedad (entendiendo como tal el grado de adecuación social de la conducta, estado emocional y valoración del paciente con relación a su enfermedad y la funcionalidad familiar) abriendo la posibilidad a considerar otras variables no necesariamente biológicas para explicar el descontrol glucémico de los pacientes, de ahí que se plantea la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuáles son los factores psicológicos y familiares que afectan al control glucémico en pacientes diabéticos tipo 2 que acuden a la unidad de medicina familiar no. 20?

JUSTIFICACIÓN

La mortalidad por diabetes ha mostrado una tendencia ascendente en los últimos decenios. En 1976 del total de muertes correspondió a 7%, en 1993 alcanzó 13% y en el 2005 el 26%.

Estadísticas en el IMSS durante el año 2008 mostraron que la diabetes ocupó el segundo lugar de morbilidad-mortalidad, tercero en demanda de consulta, sexto en incapacidades y quinto en mortalidad.

Representa un alto porcentaje de carga de consulta y una de las principales enfermedades que ameritan hospitalizaciones, costos directos a la institución e indirectos a la familia; las complicaciones o secuelas de la diabetes por mal control glucémico condicionan a largo plazo dependencia física y económica del paciente, por lo que se hace necesario e indispensable investigar otras variables que pueden producir un impacto benéfico en el control de la glucemia en este tipo de pacientes.

Teniendo en cuenta que la familia determina en gran medida la mayoría de las características de nuestra personalidad, aspiraciones, forma de enfrentar la vida y la manera en como resolvemos nuestros problemas, será importante conocer que características de la familia de origen del paciente diabético pueden explicar el descontrol glucémico y de esta forma tener mejores herramientas para enfrentar la enfermedad y obtener un mejor control.

Esta investigación pretende contribuir, a la formación de personal con un enfoque más integrador del proceso y manejo de la diabetes, dando importancia no solo al aspecto biológico sino al aspecto emocional y familiar de este tipo de pacientes.

OBJETIVO PRINCIPAL

Identificar los factores psicológicos y familiares que afectan el control glucémico de los pacientes diabéticos, que llevan su control en la unidad de medicina familiar no 20.

Objetivos específicos.

1. Identificar las características sociodemográficas de los pacientes diabéticos tipo 2 que acude a la UMF no 20 (sexo, edad, escolaridad, nivel socioeconómico, religión, estado civil).

2. Mencionar y enumerar el tipo patologías agregadas en la población de estudio

3.- Describir las cifras de glucosa plasmática (preprandial) de los pacientes.

4. Identificar los factores familiares que afectan el control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2 (funcionalidad familiar, tipología familiar, roles, alianzas, límites, fronteras, afecto, ciclo de vida familiar número de miembros, apoyo familiar al paciente diabético)

5. Mencionar los factores psicológicos que afectan el control glucémico de los pacientes diabéticos tipo 2 (estado emocional, autoestima).

HIPÓTESIS

Son diferentes los factores psicológicos y la funcionalidad familiar en pacientes diabéticos tipo 2 con adecuado control glucémico vs pacientes diabéticos tipo 2 con mal control glucémico.

MATERIAL Y METODOS.

Diseño del estudio

Transversal, prolectivo, comparativo, abierto.

Población de estudio

Diabéticos tipo 2

Lugar del estudio

Unidad de Medicina Familiar No 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión

- 1) Pacientes diabéticos (tipo 2).
- 2) De cualquier edad y ambos sexos.
- 3) Con cualquier tiempo de evolución.
- 4) Que se encuentren registrados en la unidad de medicina familiar.
- 5) Que acuden a su control de la diabetes.
- 6) Con cualquier tipo de comorbilidad agregada.

Criterios de exclusión

- 1) Pacientes con enfermedades psiquiátricas incapacitantes.
- 2) Pacientes que se han dado de baja.
- 3) Pacientes que por secuelas de incapacidad no puedan contestar de manera directa el interrogatorio y cuestionarios

Criterios de eliminación

- 1) Los que no llenen correctamente el cuestionario.
- 2) Los que no quieran participar en el llenado de los cuestionarios.

Variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE Y ESCALA DE MEDICION
Variable Dependiente			
Control glucemico.	Según la OMS control glucemico es cuando existen niveles de glucosa menores de 126 mg/dl en sangre preprandiales. Según la OMS en el examen general de orina con reporte de trazas de glucosa en orina.	Niveles de glucosa reportado por laboratorio. Observando en el expediente electrónico su último reporte de glucosa o en expediente de papelería de tres meses anteriores. Además de reporte de EGO en el expediente electrónico o de papelearía. mencionar	Cuantitativa de razón.
Variable Independiente			
Apoyo familiar	Toda ayuda proporcionada por familiares nucleares o extensos en pro de mejorar alguna actividad, en este caso el apego al tratamiento y mejorar el control glucemico.	Cuestionario de Enviromental Barriers to Adherence Scales, este cuestionario consta de 2 partes que valora el apoyo familiar para que el paciente siga las indicaciones farmacológicas y las medidas higiénico dietéticas, indicando el grado de apoyo familiar en bajo, mediano y alto. Aplicando cuestionario de Enviromental Barriers to Adherence Scales a los pacientes.	Cualitativa nominal

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE Y ESCALA DE MEDICIÓN
Ciclo vital (según la clasificación de Duvall)	Es la secuencia de estadios que atraviesa la familia desde su creación hasta su disolución.	Nido sin usar; familia con hijos menores de 30 meses; familia con hijos escolares; familia con hijos adolescentes, familia como plataforma de colocación, familia maduras, familias ancianas. Preguntando de manera directa al paciente.	Cualitativa nominal.
Tipología familiar.		Por integración, por nivel socioeconómica, por su desarrollo, por su demografía, por su estructura, por ocupación de jefe, por parentesco. Preguntando de manera directa a los pacientes	Cualitativa ordinal
Funcionalidad familiar.	La capacidad del sistema familiar, para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.	FACES III familiar es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia y lo clasifica como familia funcional y disfuncional Aplicando cuestionario de APGAR familiar.	Cualitativa nominal.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE Y ESCALA DE MEDICIÓN
Autoestima	Conjunto de ideas y sentimientos acerca del valor que el individuo se atribuye a sí mismo. Expresa una actitud de aprobación o desaprobación que indica hasta qué punto el sujeto se valora como una persona capaz y significativa.	Escala de auto estima, que clasifica en apoyo emocional o auto estima, instrumental, apoyo afectivo. Aplicando cuestionario autoevaluación de autoestima	Cualitativa ordinal
Variables Universales			
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Edad cumplida en años. Preguntado de manera directa al paciente.	Cuantitativa de razón
Sexo	Condición orgánica que distingue lo masculino de lo femenino.	Masculino y femenino. Por observación directa del paciente	Cualitativa nominal.
Escolaridad	Grado máximo de estudios.	Primaria, secundaria, técnica, bachillerato, profesional y posgrado. Preguntado de manera directa al paciente.	Cualitativa ordinal.
Estado civil	Estado de una persona respecto del matrimonio.	Soltero, casados, viudos, divorciados, unión libre. Preguntando de manera directa al paciente.	Cualitativa nominal.
Nivel socioeconómico.	Cantidad de ingresos económicos percibidos en un día de trabajo.	Bajo, medio y alto. Preguntado de manera directa al paciente.	Cualitativo ordinal.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE Y ESCALA DE MEDICIÓN
Religión	Tipo de culto que profesa una persona.	Católica, cristiano, mormón, testigo de Jehová, otros. Preguntando de manera directa al paciente.	Cualitativa nominal.
Tiempo de evolución.	Tiempo de evolución de la enfermedad desde el diagnóstico de la enfermedad en años	Años de evolución de la enfermedad. Observando en el expediente el tiempo de evolución.	Cuantitativa de razón
Enfermedades concomitantes	Aquellas enfermedades que se encuentran agregadas en el paciente diabético, las cuales pueden ser antes y después del diagnóstico de la enfermedad. con su condición de cronicidad.	Numero de enfermedades agregadas al padecimiento de base. Se preguntara de manera directa al enfermo	Cualitativa nominal.

Diseño muestral

Tipo de muestreo

No probabilístico de casos consecutivos

Tamaño de la muestra

$$n = \frac{\left[z_{\alpha} \sqrt{2 P (1-P)} + Z_{\beta} \sqrt{P_1 (1 -P_1) + P_2 (1- P_2)} \right]}{(P_1 - P_2)^2}$$

Z alfa: 0.50.....1.96^º
 Z beta: 0.20.....0.842.
 P: 64.1 %..... 0.641
 P1: 17.95 %.....1795
 P2: 82.05%..... 0.8205

Nivel de confianza:95%.
 Poder: 80%
 No expuestos y expuestos:.....1/1.
 Factor de expuestos: 39.72%
 Riesgo relativo: 3
 Muestra: no de expuestos: 76 expuestos: 76
 Total: 152

Se calculó un 20 % más considerando las pérdidas, por lo que se necesitaran un total de 182 pacientes diabéticos tipo 2 para este estudio (91 pacientes para cada grupo)

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Primero se realizó limpieza de la base de datos en busca de datos aberrantes o missing, posteriormente se aplicará análisis descriptivo, de las variables demográficas para las cuantitativas con medidas de tendencias central y dispersión y para las variables cualitativas con frecuencias y porcentajes. El análisis bivariado se realizará con χ^2 con significancia estadística de $P < 0.05$.

Se utilizará el programa spss versión 16

Los resultados se presentarán en cuadros y gráficos

DESCRIPCION DEL ESTUDIO.

Se realizó un estudio transversal, comparativo bivariado en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 en pacientes diabéticos tipo 2, con el objetivo de identificar los factores psicológicos y familiares que afectan el control glucémico de estos pacientes, donde se aplicó un cuestionario para conocer las variables socio demográficas, basado en el método de Graffat, otra para determinar las variables familiares, como el tipo de familia, fase del ciclo vital, la percepción de la funcionalidad familiar y se apoyó en la escala de FACES III y por último se aplicó un test de autoestima.

Este estudio se realizó en el periodo comprendido de 4 de marzo al 5 de febrero del 2010 en las instalaciones de la unidad.

ANALISIS DE RESULTADOS.

Se realizó un estudio transversal comparativo en 182 pacientes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 del IMSS con el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, la media de edad del grupo fue de 65 ± 15.05 años, el 64 % correspondió al sexo femenino, el grupo de edad que más predominó fue el de 61 a 70 años, la ocupación más mencionada fue el hogar (68.7%) y el trabajo remunerado (18.7 %), el 85 % de los encuestados reportó contar con pareja, el nivel socioeconómico más frecuente fue el bajo con 45.2%. Del total de los pacientes encuestados solo el 3.3 % no reportó ninguna patología asociada, del resto de los diabéticos el 62.6% refirió enfermedad cardiovascular y el 18.7% enfermedad gastrointestinal. El 64.3% cuenta con una familia de tipo nuclear y el 23.1 % con familia extensa en cuanto a su composición, 126 de ellos se encontraban en la fase del ciclo vital de retiro y muerte. El 80.2% refirió una buena percepción familiar con una comunicación funcional en el 56 % de los pacientes encuestados, el 68.7% refirió no contar con ningún tipo de apoyo familiar, el 76.9% y 64.8 % presentaron una cohesión y adaptabilidad adecuada respectivamente, el 44 % refirió autoestima regular mientras el 38.5% pésima.

Comparando las características socio demográficas entre el grupo controlado y descontrolado de los pacientes diabéticos encontramos que en cuanto al sexo, grupos de edad, ocupación, estado civil y nivel socioeconómico no existen diferencias significativas (**ver cuadro I**).

Cuadro I- Características socio demográficas del total de pacientes diabéticos (controlados y descontrolados).

	DIABETICOS CONTROLADOS		DIABETICOS DECONTROLADOS		TOTAL DE DIABETICOS	
	Frecuencia n=91	% 50	Frecuencia n=91	% 50	Frecuencia n=182	% 100
Sexo						
Femenino	60	65.95%	58	63.7 %	118	64.80%
Masculino	31	34.05%	33	36.3 %	64	35.20%
Edad						
Media \pm D.S	64.9 + 11.70		64.67 + 17.80		65 + 15.05	
Grupos de Edad						
30-50	8	8.8	15	16.5	23	12.60%
51-60	29	31.90%	15	16.5	44	24.20%
61-70	30	33.00%	30	33	60	33.00%
71-80	21	23.10%	27	29.7	48	26.40%
81 y más	3	3.3	4	4.4	7	3.80%
Ocupación						
Hogar	62	68.1	63	69.2	125	68.7
Obrero no especializado	1	1.1	1	1.1	2	1.1
Obrero especializado	16	17.6	12	13.2	28	15.4
Empleado profesión técnica	3	3.3	1	1.1	4	2.2
Pensionado	9	9.9	14	15.4	23	12.6
Estado civil						
Con pareja	78	85.70%	78	85.7	156	85.7
Sin pareja	13	14.30%	13	14.3	26	14.3
Nivel socioeconómico						
Medio alto	6	6.60%	5	5.50%	11	6
Medio bajo	19	20.90%	16	17.60%	35	19.2
Obrero	43	47.30%	39	42.90%	82	45.2
Marginal	23	25.30%	31	34.10%	54	29.7

Dentro del grupo de pacientes diabéticos descontrolado encontramos mayor porcentaje de enfermedad cardiovascular (75.8%), mientras que en los controlados la patología que más predominó fue la enfermedad gastrointestinal (28.6%). Los valores de glucosa plasmática (180 ± 33.8) y hemoglobina glucosilada (7.23 ± 0.9) fueron más altos en el grupo de pacientes diabéticos descontrolados, comparados con los valores de glucosa plasmática (92.27 ± 19.80) y hemoglobina glucosilada (4.96 ± 0.5) de los pacientes diabéticos controlados (**ver cuadro II**).

Cuadro II. Características del estado de salud, valores de glucosa plasmática y hemoglobina glucosilada en el total de los pacientes diabéticos (controlados y descontrolados).

	DIABETICOS CONTROLADOS		DIABETICOS DECONTROLADOS		TOTAL DE DIABETICOS	
	Frecuencia n=91	% 50	Frecuencia n=91	% 50	Frecuencia n=182	% 100
	Enfermedades					
Cardiovascular	45	49.5	69	75.8	114	62.6
Enfermedades articulares	9	9.9	6	6.6	15	8.2
Enfermedades respiratorias	1	1.1	3	3.3	4	2.2
Enfermedades gastrointestinales	26	28.6	8	8.8	34	18.7
Complicaciones de la diabetes	2	2.2	1	1.1	3	1.6
Otras enfermedades	6	6.6	0	0	6	3.3
Sin patología.	2	2.2	4	4.4	6	3.3
Glucosa plasmática Media \pm D.S	92.27 ± 19.80		180 ± 33.86		127 ± 49.116	
Hemoglobina glucosilada Media \pm D.S	4.96 ± 0.556		7.2374 ± 0.9511		6.0987 ± 1.3811	

En ambos grupos predominó la composición familiar de tipo nuclear, sin embargo en el grupo controlado se observó que un porcentaje significativo (29.7) se encuentra en familias de tipo extensa. Dentro del área familiar la comunicación funcional (85.7%) predominó en el grupo de pacientes diabéticos controlados mientras que la disfuncional (67.%) en los descontrolados, el apoyo familiar se reportó en el 100 % de los pacientes controlados y solo conto con apoyo el 37.4% de los diabéticos descontrolados (ver cuadro III).

Cuadro III. Características familiares en el total pacientes diabéticos (controlados y descontrolados).

	DIABETICOS CONTROLADOS		DIABETICOS DECONTROLADOS		TOTAL DE DIABETICOS	
	Frecuencia n=91	% 50	Frecuencia n=91	% 50	Frecuencia n=182	% 100
Años de familia formada						
0-30	20	22.0	24	26.4	44	24.4
31 a 40	27	29.7	16	17.6	43	23.6
41 a 50	19	20.9	20	22.0	39	21.4
51 a 60	19	20.9	26	28.6	45	24.7
61 a 80	6	6.6	5	5.5	11	6
Tipo de familia						
Nuclear	52	57.1	65	71.4	117	64.3
Extensa	27	29.7	15	16.5	42	23.1
Extensa descendente	3	3.3	4	4.4	7	3.8
Mono parental	8	8.8	5	5.5	13	7.1
Mono parental extensa	1	1.1	2	2.2	3	1.6
Ciclo vital						
Matrimonio	1	1.1	0	0	1	0.5
Expansión	0	0	1	1.1	1	0.5
Dispersión.	4	4.4	6	6.6	10	5.5
Independencia	23	25.3	21	23.1	44	24.2
Retiro y muerte	63	69.2	63	69.2	126	69.2
Percepción de liderazgo						
Esposo	2	2.2	2	2.2	4	2.2
Esposa	2	2.2	6	6.6	8	4.4
Ambos	74	81.3	74	81.3	148	81.3
Hijos	8	8.8	4	4.4	12	6.6

Percepción familiar						
Excelente	5	5.5	7	7.7	12	6.6
Buena	73	80.2	73	80.2	146	80.2
Regular	13	14.3	10	11	23	12.6
Mala	0	0	1	1.1	1	0.5
Afinidad familiar						
Esposo	27	29.7	28	30.8	55	30.2
Esposa	13	14.3	13	14.3	26	14.3
Hijos	50	54.9	49	53.8	99	54.4
Nadie	1	1.1	0	0	1	0.5
Otras	0	0	1	1.1	1	0.5
Comunicación						
Funcional	78	85.7	24	26.4	102	56
Disfuncional	13	14	67	73.6	80	44
Apoyo familiar						
Con apoyo	91	100	34	37.4	57	31.3
Sin apoyo	0	0	57	62.6	125	68.7

De acuerdo con la evaluación del FACES III se observó que el 62.6 % de la diabéticos controlados tenían familias funcionales, mientras que los diabéticos descontrolados el 53.8% tenían familias disfuncionales, cabe mencionar que en el rubro de adaptabilidad se encontró adecuada en el 79.1% de los pacientes diabéticos controlados en tanto en los diabéticos descontrolados se observó tan solo en el 50.5% (ver cuadro IV).

Cuadro IV. Evaluación de funcionalidad familiar según escala de FACES III en el total de pacientes diabéticos (controlados y descontrolados).

	DIABETICOS CONTROLADOS		DIABETICOS DECONTROLADOS		TOTAL DE DIABETICOS	
	Frecuencia n=91	% 50	Frecuencia n=91	% 50	Frecuencia n=182	% 100
FACES III						
Familias funcionales	57	62.6	42	46.2	99	54.4
Familias disfuncionales.	34	37.4	49	53.8	83	45.6
Cohesión						
Disgregado	21	23.1	16	17.6	37	20.3
Semirrelacionada	60	65.9	58	63.7	118	64.8
Relacionada	7	7.7	15	16.5	22	12.1
Aglutinada	3	3.3	2	2.2	5	2.7
Adaptación						
Rígida	3	3.3	1	1.1	4	2.2
Estructurada	21	23.1	14	15.4	35	19.2
Flexible	51	56	32	35.2	83	45.9
Caótica	16	17.6	44	48.4	60	33
Cohesión 1						
Familia extrema	24	26.4	18	19.8	42	23.1
Familia balanceada	67	73.6	73	80.2	140	76.9
Adaptabilidad 1						
Familia extrema	19	20.9	45	49.5	64	35.2
Familia balanceada	72	79.1	46	50.5	118	64.8

En el rubro de la autoestima encontramos que de los pacientes diabéticos descontrolados la consideraron óptima 27.5%, pésima 29.7% y regular 42.9%, mientras en el grupo de los controlados la refirieron óptima 7.7 %, pésima 47.3% y regular 45.1% (**ver cuadro V**).

Cuadro V. Autoestima en el total de pacientes diabéticos (controlados y descontrolados).

	DIABETICOS CONTROLADOS		DIABETICOS DECONTROLADOS		TOTAL DE DIABETICOS	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	n=91	50	n=91	50	n=182	100
	Autoestima					
Optimo	7	7.7	25	27.5	32	17.6
Pésimo	43	47.3	27	29.7	70	38.5
Regular	41	45.1	39	42.9	80	44

Al realizar el análisis bivariado, las variables familiares que explican las diferencias entre los pacientes diabéticos controlados vs descontrolados fueron: comunicación (χ^2 65.03, p 0.0) (ver cuadro VI y grafico1), apoyo familiar (χ^2 21.2, p 0.0) (ver cuadro VI y grafico 2), funcionalidad familiar según escala de FACES III (χ^2 4.98, p 0.018) (ver cuadro VI y grafico 3), adaptabilidad familiar según escala de FACES III (χ^2 16.29, p 0.0) (ver cuadro VI y grafico 4) y autoestima (χ^2 13.8, p 0.01) (ver cuadro VI y grafico 5).

Cuadro VI- Diferencias de variables familiares y psicológicas en pacientes diabéticos controlados vs descontrolados (análisis bivariado).

	CONTROLADOS	DESCONTROLADOS	CHI CUADRARA	P
FACTORES FAMILIARES				
COMUNICACIÓN				
FUNCIONAL	78	24		
DISFUNCIONAL	13	67	65.03	0
APOYO FAMILIAR				
SIN APOYO	0	19		
CON APOYO	91	72	21.21	0
FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE ACUERDO A FACES				
FUNCIONAL	57	42	4.98	0.018
DISFUNCIONAL	34	49		
COHESION				
FAMILIA EXTREMA	24	18		
FAMILIA BALANCEADA	67	73	1.114	0.379
ADAPTABILIDAD				
FAMILIA EXTREMA	19	45		
FAMILIA BALANCEADA	72	46	16.291	0
FACTORES PISCOLOGICOS				
AUTOESTIMA				
PESIMO	7	25		
OPTIMO	43	27	13.83	0.001
REGULAR	41	39		

Grafico 1. Comunicación en pacientes diabéticos controlados vs descontrolados.

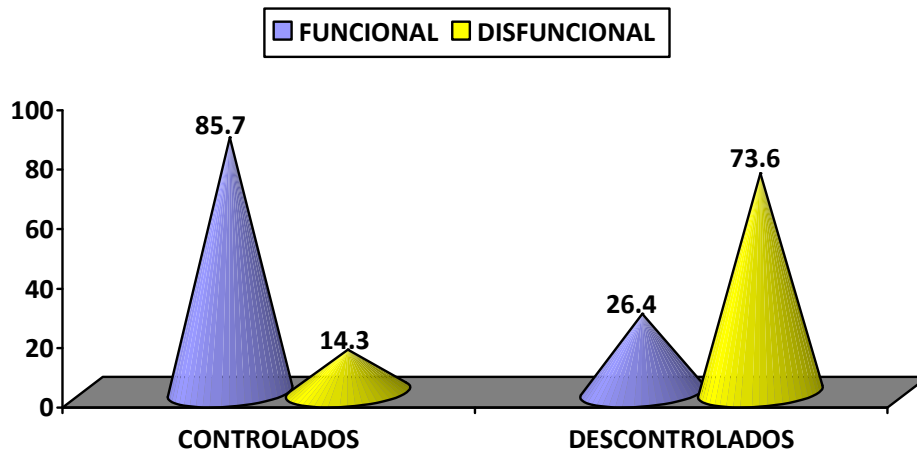


Grafico 2. Apoyo familiar en pacientes diabéticos controlados vs descontrolados.

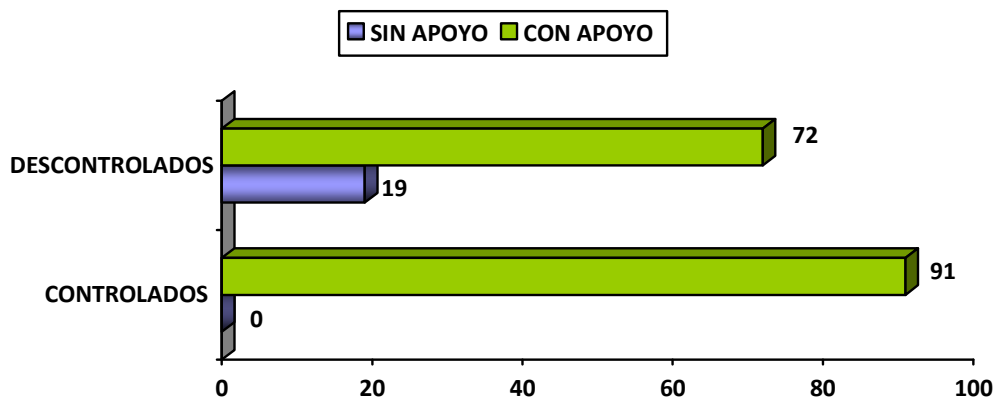


Grafico 3. Evaluación familiar de acuerdo a escala de FACES III en pacientes diabéticos controlados vs descontrolados.

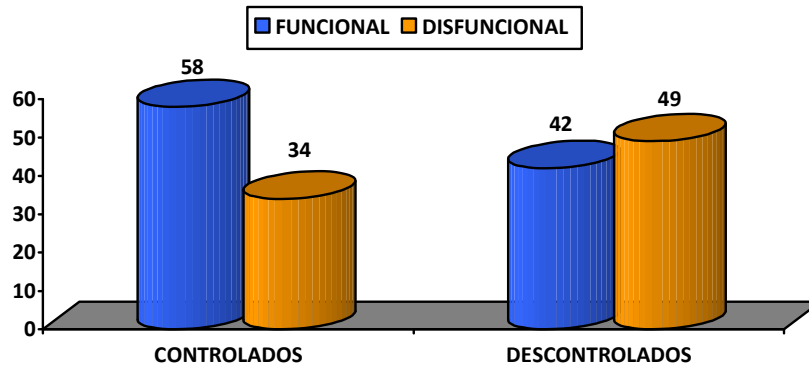


Grafico 4. Adaptabilidad familiar según escala de FACES III en pacientes diabéticos controlados vs descontrolados.

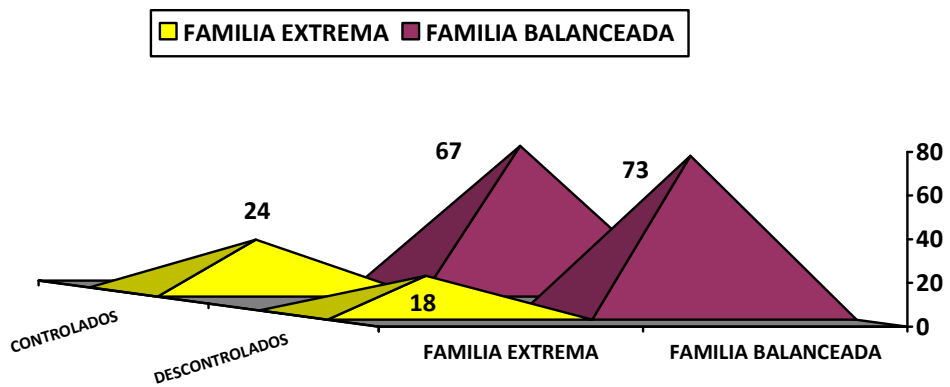
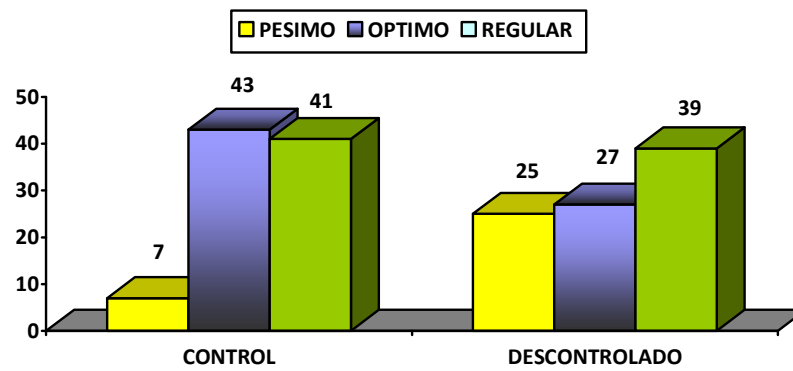


Grafico 5. Autoestima de pacientes diabéticos controlados vs descontrolados.



DISCUSIÓN.

Dentro de las características mas importantes de la población de estudio fueron las siguientes: la edad mas frecuente que se observo dentro de la población de estudio fue la de 61 a 70 años, se confirma que la población femenina es la que sigue presentar mayor afección, sin determinar la causa de este hallazgo, la ocupación que mas predomino fue la del hogar, el tipo de familia mas común fue la nuclear y la mayoría de los pacientes cursaban la fase de retiro y muerte en el ciclo vital, la mayor parte de la población diabética presento una patología asociada, lo que podría demostrar que la enfermedad condiciona una alta morbilidad.

El paciente con diabetes mellitus se ve sometido a lo largo de su enfermedad a diferentes situaciones; el diagnóstico inicial, las demandas que la enfermedad le plantea en su vida diaria, la aparición de posibles complicaciones, que repercuten de manera importante en su bienestar físico, psicológico y social.

Se debe comprender que el tratamiento de la diabetes mellitus es más amplio; no sólo el conocimiento acerca de lo que es la enfermedad por parte del paciente y los aspectos relacionados con la dieta, complicaciones y control médico, llevan a un buen control de la enfermedad. En el control del paciente diabético intervienen variables psicosociales que influyen en las fluctuaciones de la glucemia.

No obstante las implicaciones de los factores psicosociales en la diabetes, tradicionalmente se atiende a los pacientes desde el punto de vista biomédico en la atención primaria, de ahí que se explora poco la frecuencia con que se presentan factores psicosociales que por sus características, pueden dificultar el tratamiento y control de la enfermedad. En diversos estudios se ha documentado que existe una alta prevalencia de trastornos psicoafectivos en enfermos crónicos, *Lustman* señala que la persona con diabetes puede desarrollar prácticamente cualquier síndrome psiquiátrico debido a factores relacionados con la enfermedad como el estrés de la cronicidad, la demanda de autocuidado y el tratamiento de complicaciones. El más común de los

trastornos es la depresión, las personas con diabetes presentan el doble de riesgo de presentarla, además de estar asociada con descontrol metabólico, pobre adherencia al tratamiento y disminución de la calidad de vida.

La difícil tarea del control metabólico condiciona aspectos que requieren la participación activa del paciente donde el estado afectivo-emocional, puede ser la limitante o el apoyo para mantenerse motivado y condicionar un mejor control metabólico. El alto índice de estrés que representa aproximadamente la tercera parte de la población, habla de un problema que no sólo disminuye la capacidad de adherirse al tratamiento, sino que de acuerdo a *Bjorntorp*, el estrés es capaz de incrementar la adiposidad abdominal visceral, con lo cual se tiene una mayor resistencia a la insulina e incremento en la secreción de la glucosa, debido principalmente a niveles altos de cortisol, asimismo, estos pacientes presentan características que los lleva a tener una capacidad disminuida para hacer frente a la enfermedad por considerar que su salud depende de fuerzas externas y no de sus propias acciones.

Por otra parte, diversos autores han estudiado la relación entre la adherencia al tratamiento, el control metabólico y los factores familiares y sociales. Una red social y familiar adecuada promueve el bienestar emocional y el sentimiento de ser valorado y cuidado por otros, aspectos importantes para una adecuada adaptación a la enfermedad. El paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia y a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia terapéutica. Algunos estudios destacan el papel preponderante de la familia, e incluso afirman que la mayoría de los enfermos crónicos recibe y prefiere los cuidados y el apoyo de esta fuente más que de cualquier otra.

La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro, haciendo que funcione bien o mal como unidad. En la dinámica familiar normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás.

Sin embargo el apoyo por parte del ambiente familiar se observa con mayor intensidad en los pacientes diabéticos jóvenes o tipo 1, las familias con un hijo diabético parecen ser menos “autónomas”, esta dimensión mide el grado en que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son autosuficientes y toman sus propias decisiones (Moos 1974). Asimismo muestran una tendencia a presentar una estructura más rígida, con reglas y procedimientos establecidos, lo que condiciona un menor apego al tratamiento. El diabético con mayor bienestar general es aquel que percibe a su familia como más cohesionada y organizada, con bajo nivel de conflicto. Los más deprimidos y ansiosos perciben a sus familias como más conflictivas y menos cohesionadas, con elevada autonomía y orientadas predominantemente a lograr objetivos. El apoyo de la familia al paciente en su enfermedad se asocia a mayor y mejor bienestar, incluyendo menor depresión y ansiedad, se encuentra que las familias no deben sobreproteger al paciente para no interferir en su autonomía, pero también una autonomía muy importante afecta por que la perciben como falta de interés y de apoyo.

Si consideramos la percepción del paciente del apoyo específico a su enfermedad que le presta su familia, encontramos que existen asociaciones positivas significativas entre apoyo percibido, bienestar positivo y bienestar general, además, a menor apoyo percibido el paciente se siente más deprimido, a mayor edad menor apoyo por parte de la familia, esto se refleja en que los adolescentes sienten mas apoyo y cuando ingresan a la adultez son abandonados por la familia. La cohesión familiar es un factor muy ligado al bienestar, el grado de cohesión familiar óptimo varía en función de las diferentes fases de los distintos trastornos, del ciclo vital y de la cultura.

En nuestro estudio de todas las diferentes variables que sometimos a estudio en las que se encontró relevancia fueron la comunicación donde el grupo de controlado tuvo una comunicación funcional, sin embargo dentro de las variables de tipo emocional-afectivo y familiares no se encontraron diferencias importantes, como se encontró en la literatura, para determinar que dentro del control glucemico de los pacientes diabéticos estas variables tienen un peso

preponderante, tal vez esto sea por las limitantes del tipo de estudio que se realizó.

Dentro de la búsqueda de la literatura la comunicación como variable de relación entre la diabetes mellitus y el control glucémico, no se hallaron estudios que validen la relación entre el control glucémico y una comunicación adecuada, además de solo tomar este parámetro entre el personal médico y el paciente mismo, en nuestro estudio esta variable tuvo una determinación importante en el control glucémico del paciente, con una comunicación de tipo funcional de hasta del 86% en el grupo controlado, mientras que en el grupo descontrolado se observó comunicación disfuncional en el 74%, lo que significa que la comunicación entre los pacientes y sus familiares si es de tipo funcional tendrá mayores posibilidades de obtener un control glucémico adecuado.

Gracias a las ventajas que nos ofrecen los estudios transversales comparativos como realizar una hipótesis de asociación, permitir la comparación de padecimientos con alta prevalencia, permite controlar factores de confusión al igualar tributos entre los miembros, tienen una representatividad adecuada entonces podemos inferir que la asociación entre las redes de apoyo y los factores psicológicos es importante, sin embargo por la desventaja de no permitir conocer la evolución se tendría que realizar otro tipo de estudios.

Se requiere seguir investigando en este sentido pues las alteraciones en la dinámica familiar desempeñan un papel importante en el control glucémico de los pacientes con enfermedades crónicas, independientemente de otros factores la dieta, la terapéutica farmacológica, el tipo de actividad física, la promoción de la salud en el sentido amplio de la palabra, es decir, que incluya a la sociedad en general para poder incidir positivamente en los factores que contribuyen a que este grupo de pacientes esté sistemáticamente descontrolado.

CONCLUSIONES

1. Los diabéticos tuvieron las siguientes características: la edad mas frecuente fue la de 61 a 70 años, se encontró mayor afección de las mujeres, la ocupación mas común fue el hogar, la mayoría de los pacientes presentaban una patología asociada, la mayoría reporto tener pareja.
2. La mayoría de los pacientes diabéticos dentro de este estudio contaron con familias de tipo nuclear y en fase de retiro y muerte.
3. La comunicación y redes de apoyo están relacionadas directamente al control glucemico.
4. La autoestima optima esta relacionada con un mejor control glucemico de los pacientes.

RECOMENDACIONES

En los últimos años se ha demostrado que el problema de la diabetes mellitus es más grave de lo que se consideraba, ya que el porcentaje de descontrol en este tipo de pacientes es muy alto, además de que las complicaciones crónicas condicionan un deterioro importante tanto físico y psicológico, uno de los aspectos que ha cobrado relevancia en los últimos años son: el aspecto emocional y convivencia adecuada o inadecuada con la familia las cuales influye en la conducta, desinterés o motivación para que un paciente diabético sienta la necesidad y deseos de vivir y esto lo lleve a un mejor control de su enfermedad, por lo que es necesario poner mayor énfasis en estas variables.

Sin embargo, los pacientes pueden dar mayor importancia a la calidad de vida sobre el buen control glucémico. Por ello, se les debe ayudar a alcanzar un mejor equilibrio para su salud y tener en cuenta los aspectos relacionados con la calidad de vida a la hora de establecer el tratamiento, el cual debe de ser multifactorial.

Sin embargo por las limitaciones de los estudios transversales comparativos como lo es el no conocer la evolución de fenómeno, proponemos que para determinar si existe una relación directamente proporcional entre el control glucémico con el apoyo familiar - factores psicológicos se realice un estudio de cohorte.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vélez A. Hernán, Rojas M. William. Fundamentos de Medicina. Endocrinología corporación para investigaciones biológicas. 5ªed. Colombia 1998, 30
2. Vázquez Martínez J, Gómez Dantes H. Diabetes Mellitus en población adulta del IMSS. Resultado de la Encuesta Nacional de Salud 2000. Revista Medica del IMSS (44) 1, 2006, 13-26.
3. Mensaje del doctor Julio Frenk Mora, Secretario de Salud. Inauguración del 15º Congreso Nacional de la Federación Mexicana de Diabetes. www.salud.gob.mx
4. Portal IMSS. <http://www.imss.gob.mx/diabetes>
5. Armando Arredondo. Requerimientos financieros para la demanda de servicios de salud por diabetes e hipertensión en México 2001 a 2003. Unidad en economía de la salud. Instituto Nacional de Salud publica. 2003
6. Escobedo de la Peña J, Rico Verdín B. INCIDENCIA Y LETALIDAD DE LAS COMPLICACIONES AGUDAS Y CRONICAS DE LA DIABETES MELLITUS EN MEXICO. Salud Pública Mex 1996; 38: 236-242.
7. Viniestra Velázquez Leonardo. Las enfermedades crónicas y la educación. La diabetes mellitus como paradigma. Rev. Med Inst. Mex Seg Soc 2006; 44 (1): 47-59.
8. Enrique Sabag-Ruiz, et al. Complicaciones crónicas en la diabetes mellitus. Prevalencia en una unidad de medicina familiar. Rev. Med. IMSS 2006; 44(5): 415-21
9. Lezimagó Gilberto Mauricio, Park Manzanares Irma Daniela. Control glucémico en pacientes diabéticos tipo 2. Diabetes Med sal. 2005 (6)2 : 1385.
10. Méndez López D. Gómez López M. Disfunción Familiar y control del paciente diabético Tipo 2. Rev. Med IMSS 2004; 42 (4): 281-284
11. Valencia Rodríguez G., González de la Vega F., Sánchez Valdez O. repercusión en el control metabólico de la diabetes mellitus de una técnica educativa a la familia. Revista Cubana de Medicina General Integral. 1995
12. Isabel de la A. Valadez Figueroa, María Guadalupe Alderete Rodríguez, Noé Alfaro Alfaro. Influencia de la familia en el control metabólico tipo II. Salud Publica México, 1993, vol. 35 pág. 464-465

13. C. De dios. C. de Avedillo, A. Paola. A. Ortiz. Factores familiares y sociales relacionados al control de pacientes diabéticos. *The European Of Jurnal Psychiatry*, julio-septiembre 2003
14. Evelyin Ariza, Nalzy Camacho, Edwin Londoño. Factores asociados a control metabólico tipo 2. *Salud Uninorte*, julio-diciembre, 2001, págs. 21 a 28.
15. María Luisa Velasco, J.F. Julián Sinibaldi. Manejo del enfermo crónico y su familia. *Manual Moderno*, 2001. págs. 200- 219.
16. Arriaga Nava Armandina, Lara Ortega María de los Ángeles, Gómez Soto Víctor. Funcionalidad Familiar en pacientes diabéticos tipo 2. *Revista de la facultad de ciencias y nutrición de la U.A.N.L.*, julio 2003
17. Magdalida Arroyo Rojas Dasilva,* Martha Patricia Bonilla Muñoz,** Luis Trejo González Perspectiva familiar alrededor del paciente diabético.
18. Ana Carmen Macías Rodríguez. Como influyen los factores familiares sobre la salud de los diabéticos. *Universidad de la Rioja*. 2001.
19. Arceagá Ramírez Arturo, Lara Muñoz María del Carmen, Ponce de Rosales Sergio. Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de los pacientes diabéticos. *Revista de Investigación Clínica*, marzo del 2005.
20. Jesús Fernando Guerrero Moreno, Martha Rodríguez Moran. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. *Salud Pública Mex.* Vol. 39, 1997 enero-febrero.
21. Blanca Rosa Duran Varela, Blanca Rivera Chavira, Ernesto Franco Gallegos. Apego al tratamiento farmacológico en paciente con diagnostico de diabetes mellitus tipo 2. *Salud Publica Mexico*, 2001; vol 43.
22. N. Pineda, V. Bermúdez, C. Cano. M. Medina. Aspectos psicológicos y personales en el manejo de la diabetes mellitus. *Archivos Venezolanos farmacologicos y terapéuticos*. Abril del 2004 vol. 23) (Blanca Rosa Duran Varela, Blanca Rivera Chavira, Ernesto Franco Gallegos. Apego al tratamiento farmacológico en paciente con diagnostico de diabetes mellitus tipo 2. *Salud Publica Mexico*, 2001; vol 43.
23. COYNE, J.C., ANDERSON, B.J. The "psychosomatic family" reconsidered: diabetes in context. *Journal of Marital and Family Therapy* 14:113-123, 1988.
24. VAN DER DOES, F.E., DE NEELING, J.N., SNOEK F.J., *et al.* Symptoms and well-being in relation to glycemic control in type II diabetes. *Diabetes Care* 19:204-10, 1996.

25. Harry Itamari, Saturnino de la Plaza. Factores psicológicos y sociales del diabético. Fundación para la diabetes. Enero 2002.
26. Amador Díaz, Márquez Celedonio. Factores asociados al auto cuidado del paciente diabético tipo 2. Archivos de Medicina Familiar. 2007 Vol 9(2).
27. N. Pineda, V. Bermúdez, C. Cano. M. Medina. Aspectos psicológicos y personales en el manejo de la diabetes mellitus. Archivos Venezolanos farmacologicos y terapéuticos. Abril del 2004 vol. 23.
28. María Eugenia Garay Sevilla. El paciente diabético y sus emociones. Instituto de Investigaciones Médicas. 2005, mayo.
29. Lustman P, Skor D, Carney R, Santiago J, Cryer P: Stress and diabetic control. Lancet 1983; 1: 588.
30. Guzmán Saldaña Rebeca, Silva Maldonado María Elena. Factores psicosociales asociados a la diabetes mellitus, psicodiabetes, enfoque psicosocial 2005.
31. Bautista Samperio L. Corona Hernández M. Perfil psicológico del paciente diabético en una unidad de medicina familiar de la ciudad de México. Archivos de Medicina Familiar. 2004 vol.6.

ANEXOS



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 1 NORTE D.F
DEPARTAMENTO DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA

FOLIO
[]

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: _____

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

Por medio de la presente, acepto participar en el proyecto de investigación titulado:
"Determinar los factores psicológicas y familiares que se asocian a control metabólico en pacientes diabéticos que acuden a la UMF no 20."

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC _____

El objetivo del estudio es: Determinar los factores psicológicos y familiares que se asocian a control metabólico en pacientes diabéticos que acuden a la unidad de medicina familiar no .20"

Se me ha explicado que mi participación consistirá en permitir al investigador, aplicarme una encuesta de funcionalidad familiar (faces III familiar), de autoestima, de apoyo familiar (escala Enviromental Barriers to Adherence Scales), se investigara en mi expediente electrónico o de papaleria el ultimo dato de glucemia en sagre; donde me permite la participación activa y consistente en responder una seria de preguntas que evalúan funcionalidad familiar, de autoestima y apoyo emocional, de apoyo familiar, que se realizara en la unidad de medicina familiar no. 20, sin que viole los principios éticos de los derechohabientes ni las pautas éticas internacionales para la experimentación biomédica en seres humanos de investigación.

Declaro que se me ha informado ampliamente y que no se tienen riesgos, ni inconvenientes, o molestia alguna; y si beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: "Ayudar a obtener una evaluación que de manera general nos informe sobre la funcionalidad familiar, autoestima y apoyo emocional, apoyo familiar y control metabólico, que amplíen los contenidos en su diagnostico diferencial y al manejo de las complicaciones crónicas de la diabetes, en las cuales se puede retrasar el tiempo de aparición si se mantiene un control metabólico optimo.. El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Nombre y firma del médico

DR. IGLESIAS DOMINGUEZ HECTOR R3MF MATRICULA

Nombre, firma y matrícula del investigador

Testigos

CLAVE 2810-003-002



PROCOLO DE INVESTIGACION

EL PRESENTE ESTUDIO FORMA PARTE DE UNA INVESTIGACION PARA CONOCER LOS FACTORES PSICOLOGICOS Y FAMILIARES QUE AFECTAN EL CONTROL GLUCEMICO EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 20, POR LO QUE LE SOLICITAMOS SU PARTICIPACIÓN Y LE DAMOS LAS GRACIAS ANTICIPADOS.

POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

NOMBRE: _____

EDAD: _____

SEXO: _____ FEMENINO _____ MASCULINO

COLONIA DONDE VIVE _____

ESCOLARIDAD: _____

OCUPACIÓN: _____

ESTADO CIVIL: _____

MARQUE CON UNA X CUAL DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES PADECE:

- ____ HIPERTENSION ARTERIAL.
- ____ ARTRITIS REUMATOIDE.
- ____ GASTRITIS Y/O COLITIS.
- ____ OSTEOARTRITIS.
- ____ DISLIPIDEMIA (HIPERCOLESTEROLEMIA E HIPERTRIGLICERIDEMIA)
- ____ TABAQUISMO.
- ____ ALCOHOLISMO.
- ____ ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA.
- ____ INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.

- ____ RETINOPATIA.
- ____ CANCER.
- ____ OTRAS ENFERMEDADES. ESPECIFIQUE _____

NIVEL SOCIOECONOMICO:

MARQUE EN EL PARENTESIS UNA X LA OPCION DESEADA

PROFESION DEL JEFE DE FAMILIA:

- () UNIVERSITARIO, GRAN COMERCIANTE, GERENTE, EJECUTIVO DE EMPRESAS, ETC.
- () PROFESIONISTA TECNICO, MEDIANO COMERCIANTE O DE LA PEQUEÑA INDUSTRIA, ETC.
- () OBRERO ESPECIALIZADO: TRACTORISTA, TAXISTA, CARPINTERO, ALBAÑIL, HERRERO.
- () OBRERO NO ESPECIALIZADO: SERVICIO DOMESTICO, AYUDANTE GENERAL.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE:

- () UNIVERSITARIA O SU EQUIVALENTE.
- () ENSEÑANZA TECNICA SUPERIOR Y/O SECUNDARIA COMPLETA.
- () SECUNDARIA INCOMPLETA O TECNICA INFERIOR (CURSOS CORTOS)
- () EDUCACION PRIMARIA COMPLETA.
- () PRIMARIA INCOMPLETA.
- () ANALFABETA.

PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS:

- FORTUNA HEREDADA O ADQUIRIDA REPENTINAMENTE (GRANDES NEGOCIOS JUEGOS DE AZAR).
- INGRESOS PROVENIENTES DE UNA EMPRESA PRIVADA, NEGOCIOS, HONORARIOS PROFESIONALES (MEDICOS, ABOGADOS, ETC). DEPORTISTAS PROFESIONALES.
- SUELDO QUINCENAL O MENSUAL.
- SALARIO DIARIO O SEMANAL.
- INGRESOS DE ORIGEN PUBLICO O PRIVADO (SUBSIDIOS).

CONDICIONES DE LA VIVIENDA

- VIVIENDA AMPLIA LUJOSA Y CON OPTIMAS CONDICIONES SANITARIAS.
- VIVIENDA AMPLIA SIN LUJOS, PERO CON EXCELENTES CONDICIONES SANITARIAS.
- VIVIENDA CON ESPACIO REDUCIDOS, PERO CONFORTABLE Y BUENAS CONDICIONES SANITARIAS.
- VIVENDA CON ESPACIO AMPLIOS O REDUCIDOS PERO CON DEFICIENTES CONDICIONES SANITARIAS.
- VIVENDA IMPROVISADA CONSTRUIDA CON MATERIALES DE DESECHO DE CONSTRUCCION RELATIVAMNTE SOLIDA, PERO CON DEFICIENTES CONDICIONES SANITARIAS.

FAMILIA.

1. ¿CUANTOS AÑOS TIENE DE HABER FORMADO A SU FAMILIA ACTUAL?

2. ¿CUANTAS PERSONAS VIVEN EN SU CASA?

3. ¿QUIENES SON LAS PERSONAS CON LAS QUE VIVE Y DE QUIEN ES LA CASA DONDE VIVE? _____

- NUCLEAR SIMPLE (ESPOSA O ESPOSA E HIJOS).
- RECONSTRUIDA (ESPOSA O ESPOSO CON DIVORSIO ANTERIOR CON SIN HIJOS EN EL NUEVO HOGAR).
- EXTENSA (ESPOSA O ESPOSO, HIJOS Y OTROS FAMILIARES)
- COMPUESTA (ESPOSA O ESPOSO, HIJOS, OTROS FAMILIARES Y AMIGOS)
- MONOPARENTAL (SOLO ESPOSO O ESPOSA CON HIJOS).
- MONOPARENTAL EXTENDIDA (SOLO ESPOSA O ESPOSO CON HIJOS MAS OTROS FAMILIARES).
- MONOPARENTAL EXTENDIDA COMPUESTA (SOLO ESPOSA O ESPOSO, HIJOS, OTROS FAMILIARES Y AMIGOS).
- EXTENSA ASCENDENTE (VIVE EN CASO DE ALGUNOS DE LOS PADRE)
- EXTENSA DESCENTE (VIVE EN SU CASA SUS PADRES).
- EXTENSA COLATERAL (VIVE EN CASA DE PRIMOS, TIOS, SOBRINOS U OTRO FAMILIAR).
- VIVE SOLO.

4. ¿QUIENES SON LAS PERSONAS QUE APORTAN DINERO PARA SATISFACER LAS NECESIDADES DEL HOGAR?

5. ¿A QUE SE DEDICAN LAS PERSONAS QUE APORTAN DINERO A LA FAMILIA? _____

6. ¿QUIEN TOMA LAS DESICIONES EN SU HOGAR? ESPOSO _____

ESPOSA _____ AMBOS _____ HIJOS _____

7. COMO PERCIBE LA RELACION DE SU FAMILIA :
 EXCELENTE _____ BUENA _____ REGULAR _____
 MALA _____.

8. ¿CON QUIEN SE LLEVA MEJOR DE LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA?
 ESPOSO _____ ESPOSA _____ HIJOS _____

9. CUANDO USTED ESTA EN DESACUERDO EN ALGUNA DECISIÓN LO COMUNICA A SU FAMILIA:

SIEMPRE _____ ALGUNAS VECES _____ NUNCA _____

COMUNICACIÓN.

CUANDO TENGO ALGUN PROBLEMA LO PLATICO CON LA FAMILIA	1	2	3	4	5
EN CASA MIS OPINIONES NO SON TOMADAS EN CUENTA	1	2	3	4	5
NO NOS ATREVEMOS A LLORAR FRENTE A LOS DEMAS MIEMBROS	1	2	3	4	5
EN MI FAMILIA NO EXPRESAMOS ABIERTAMENTE NUESTROS PROBLEMAS	1	2	3	4	5

1. DESACUERDO, 2 EN TOTAL DESACUERDO, 3 NI EN DESACUERDO NI DE ACUERDO, 4 DE ACUERDO, 5 TOTALMENTE DE ACUERDO

CUESTIONARIO FACES

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
1. Los miembros de la familia solicitan ayuda uno al otro.					

2. En nuestra familia se toma en cuenta las sugerencias de los otros hijos para resolver problemas.					
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina .					
5. Nos gusta hacer actividades únicamente con nuestra familia más cercana.					
6. Diferentes personas actúan como líderes ("toman la batuta") en nuestra familia.					
7. Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.					
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas.					
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.					
11. Nos sentimos muy unidos.					
12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones.					

13. Cuando nuestra familia se reúne para realizar actividades, todos están presentes.					
14. Las reglas cambian en nuestra familia.					
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia.					
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad .					
19. La unión familiar es muy importante.					
20. Alguien a quien amar y hacerle sentir querido.					

AUTOESTIMA: AUTOEXAMEN

Siempre	3 Casi Siempre	2 Algunas Veces	1 Nunca			
			4	3	2	1
1. Me siento alegre.						
2. Me siento incómodo con la gente que no conozco.						
3. Me siento dependiente de otros.						

4. Los retos representan una amenaza a mi persona.				
5. Me siento triste.				
6. Me siento cómodo con la gente que no conozco.				
7. Cuando las cosas salen mal es mi culpa.				
8. Siento que soy agradable a los demás.				
9. Es bueno cometer errores.				
10. Si las cosas salen bien se deben a mis esfuerzos.				
11. Resulto desagradable a los demás.				
12. Es de sabios rectificar.				
13. Me siento el ser menos importante del mundo.				
14. Hacer lo que los demás quieran es necesario para sentirme aceptado.				
15. Me siento el ser más importante del mundo.				
16. Todo me sale mal.				
17. Siento que el mundo entero se ríe de mí.				
18. Acepto de buen grado la crítica constructiva.				
19. Yo me río del mundo entero.				
20. A mí todo me resbala.				
21. Me siento contento(a) con mi estatura.				
22. Todo me sale bien.				
23. Puedo hablar abiertamente de mis sentimientos.				
24. Siento que mi estatura no es la correcta.				
25. Sólo acepto las alabanzas que me hagan.				
26. Me divierte reírme de mis errores.				
27. Mis sentimientos me los reservo exclusivamente para mí.				
28. Yo soy perfecto(a).				
29. Me alegro cuando otros fracasan en sus intentos.				
30. Me gustaría cambiar mi apariencia física.				
31. Evito nuevas experiencias.				
32. Realmente soy tímido(a).				
33. Acepto los retos sin pensarlo.				

34. Encuentro excusas para no aceptar los cambios.				
35. Siento que los demás dependen de mí.				
36. Los demás cometen muchos más errores que yo.				
37. Me considero sumamente agresivo(a).				
38. Me aterran los cambios.				
39. Me encanta la aventura.				
40. Me alegro cuando otros alcanzan el éxito en sus intentos.				
TOTALES DE CADA COLUMNA				
TOTAL				

Instrumento para evaluar apoyo familiar al diabetico dm2						
		A	B	C	D	E
1	El diabético descontrolado llega a tener grangrena en los pies	5	4	3	2	1
2	El diabético debe en su casa medirse la azúcar en la sangre	5	4	3	2	1
3	Son comunes las infecciones en los diabéticos	5	4	3	2	1
4	La preparación de los alimentos del enfermo diabético es realizada por					
	a) El paciente mismo	1	2	3	4	5
	b) El conyuge	5	4	3	2	1
	c) La hija/o mayor	5	4	3	2	1
	d) Otra persona	1	2	3	4	5
5	La administración de la medicina al paciente diabético es realizada por					
	a) El paciente mismo	1	2	3	4	5
	b) El cónyuge	5	4	3	2	1
6	Usted esta de acuerdo que para mantenerse en control el enfermo diabético tiene que					
	a) Tomar sus medicinas	5	4	3	2	1
	b) Llevar su dieta	5	4	3	2	1
	c) Hacer ejercicio	5	4	3	2	1
	d) Cuidar sus pies	5	4	3	2	1
	e) Cuidar sus dientes	5	4	3	2	1
7	Le ayuda a su familiar a entender las indicaciones del medico	5	4	3	2	1
8	Cuando su familiar enfermo come más alimentos de los indicados usted					
	a) Le recuerda el riesgo	5	4	3	2	1
	b) Le retira los alimentos	1	2	3	4	5
	c) Insiste tratando de convencerlo	5	4	3	2	1
	d) Insiste amenazando	1	2	3	4	5
	e) No dice nada	1	2	3	4	5

9	Se da usted cuenta cuando a su familiar se le olvida tomar su medicina	5	4	3	2	1
10	Considera que es problema preparar la dieta de su familiar diabético					
	a) Por que no sabe	5	4	3	2	1
	b) Por que no le gusta	5	4	3	2	1
	c) Por que le quita el tiempo	5	4	3	2	1
	d) Por que cuesta mucho dinero	5	4	3	2	1
11	Qué hace usted cuando su familiar diabético suspende el medicamento sin indicación médica					
	a) Le recuerda	5	4	3	2	1
	b) Le insiste tratando de convencerlo	5	4	3	2	1
	c) Le lleva la medicina	5	4	3	2	1
	d) Lo regaña	1	2	3	4	5
	e) Nada	1	2	3	4	5
12	Pregunta al médico sobre las diferentes combinaciones de alimentos para su familiar	5	4	3	2	1
13	Considera necesario que el diabético acuda al dentista	5	4	3	2	1
14	Motiva a su familiar a hacer ejercicio (caminar)	5	4	3	2	1
15	El ejercicio físico baja la azúcar	5	4	3	2	1
16	A los enfermos diabéticos puede bajárseles la azúcar	5	4	3	2	1
17	La azúcar en la sangre debe medirse antes de los alimentos	5	4	3	2	1
18	Procura tenerle a su familiar diabético los alimentos que requiere a sus Horas	5	4	3	2	1
19	Cuando el paciente tiene cita con el médico para su control usted					
	a) Lo acompaña	5	4	3	2	1
	b) Le recuerda su cita	5	4	3	2	1
	c) Está al tanto de las indicaciones	5	4	3	2	1
	d) No se da cuenta	1	2	3	4	5
20	Conoce las dosis del medicamento que debe tomar su familiar	5	4	3	2	1
21	Platica con el médico acerca de la enfermedad y de las indicaciones que le dieron a su familiar	5	4	3	2	1
22	Su familiar diabético toma alguna otra cosa para su control aparte del Medicamento					
	a) Tes	1	2	3	4	5
	b) Homeopatía	1	2	3	4	5
	c) Remedios caseros	1	2	3	4	5
23	Considera necesario para el cuidado de los pies del diabético					
	a) El uso de calzado adecuado	5	4	3	2	1
	b) El uso de talcos	5	4	3	2	1
	c) El recorte adecuado de uñas	5	4	3	2	1
	d) Que evite golpearse	5	4	3	2	1
24	Su familiar diabético se encuentra en la casa solo	5	4	3	2	1
A= Siempre B= Casi siempre C= Ocasionalmente D= Rara vez E= Nunca						