



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
“GABRIEL MANCERA”

“REDES DE APOYO EN EL ADULTO MAYOR CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESCONTROLADA
EN LA UMF 28”

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE
POSGRADO EN LA ESPECIALIDAD DE:

M E D I C I N A F A M I L I A R

PRESENTA

DR. DANIEL RAMÍREZ GARCÍA

DIRECTOR DE TESIS

DR. JAFET FELIPE MÉNDEZ LÓPEZ



MÉXICO, D.F. 2010



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.

**“REDES DE APOYO EN EL ADULTO MAYOR CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESCONTROLADA EN LA
UMF 28”**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TITULO DE POSGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE:**

M E D I C I N A F A M I L I A R

PRESENTA:

DR. DANIEL RAMIREZ GARCIA

AUTORIZACIONES

DR. JAFET F. MÉNDEZ LÓPEZ
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
“GABRIEL MANCERA”
ASESOR DE TESIS

**“REDES DE APOYO EN EL ADULTO MAYOR CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESCONTROLADA EN LA
UMF 28”**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TITULO DE POSGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE:**

M E D I C I N A F A M I L I A R

**PRESENTA:
DR. DANIEL RAMIREZ GARCIA**

AUTORIDADES

DR. JUVENAL OCAMPO HERNANDEZ
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
“GABRIEL MANCERA”

DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 “GABRIEL MANCERA”

DR. JAFET F. MENDEZ LÓPEZ
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
“GABRIEL MANCERA”

AGRADECIMIENTOS:

A Dios:

Por ser un padre, nuestro padre, mi padre, amoroso, misericordioso, y que en lo particular me ha bendecido de sobremanera, al darme libre alvedrio, y a su vez su guia para que en los momentos difíciles no me pierda, antes al contrario, encuentre el camino de la diferencia entre lo verdadero y lo falso.

A Nuestro Señor Jesucristo:

Por que con su ejemplo y con sus méritos soy ante el padre salvo, dejando a mi libre elección mi destino. Por que a pesar de ser tanto, su humildad apabulla cualquier perfecta imperfección, gracias al salvador.

A mis padres:

A mi papá Antonio Ramírez Pérez, por su amor incondicional, por que desde siempre há sido mi ejemplo de lo que debe de ser un hombre, espero algún dia llegar a ser la mitad de lo que el es. Gracias papá por tanto, que no cabría enumerarlo en estas líneas, gracias en verdad.

A mi mamá Teresa García Jiménez, por que desde su vientre, me ha brindado su amor incondicional, por su ejemplo de fortaleza, por que con sus alas me há cubierto a mi y a mis hermanos. Gracias por tanto mamá que de igual manera, no acabaria de mencionar, en verdad gracias.

A mis hermanos:

Gracias a Toño (espero algún dia nos acabes de contar aquel chiste), gracias a Teresa (La tiritita), gracias a Luis(el famoso papá de Emilio), gracias a Karina (espero permitas seguir cuidándote de los gatos). Gracias a todos, porque desde siempre hemos formado un equipo y hemos compartido desde alegrías hasta tristezas, juegos y momentos sérios, gracias en verdad a todos ustedes. Un agradecimiento y mención especial a mi Hermano mayor (q.e.p.d), en donde quiera que estes, nunca he olvidado que hemos sido siempre seis, gracias.

A toda mi familia: tanto paterna como materna, tios, primos, sobrinos, una especial mención a mi tío Tino, saludos en donde quiera que este.

A mi esposa:

Rajel: gracias amor por que desde hace diez años llegaste a mi vida y has permanecido en ella, gracias por estar y ser mi amiga, mi compañera, todo, gracias por esa mirada de aliento , ese abrazo sincero, esa palabra en el momento adecuado, por que juntos lograremos aquellos sueños que tu y yo sabemos, gracias en verdad.

A mis suegros:

Maestra Georgina Valencia Cortina (presente) por abrirme las puertas de su casa y de su corazón, por todos los momentos vividos, por las “palabritas”, en verdad muchas gracias.

Sr Agustin Ríos Robles, por que se ha hecho presente a pesar de la distancia, por la amabilidad y respeto con la que siempre me trata, en verdad gracias.

A los hermanos de mi esposa:

Abraham, Elizabeth, Miriam, Daniel, gracias por todo en verdad. Una especial mención a David Ríos Valencia (q.e.p.d) en donde quiera que estes.

A mis cuñadas y cuñados:

A Guadalupe (mama de Alejandro y Angel), Abraham(el recién llegado),a Rosa, Hilda, Carlos y a los hermanos de mi esposa,a todos muchas gracias.

A todos mis sobrinos:

Alejandro (Alex), Angel (pelitos), Emilio, Dani (oso),Isaac (pollito), Josué (rostro) , Aarón (flaco),David, Anahí (belle), Anahiram (pollis),Melchi y en general a todos mis sobrinos de ambas familias, por que de todos ellos he aprendido, y hemos compartido momentos muy agradables, gracias en verdad a todos y cada uno de ustedes (y los que me faltarón).

A todos mis amigos:

No quisiera que se me olvidará nadie, asi que ellos y yo sabemos quienes son, por que un verdadero amigo lo entiende y dicha alusión queda implícita, gracias por todo a todos ustedes.

A la UNAM:

Por abrirme las puertas, y permitirme estudiar lo que ahora soy, por darme un mundo de posibilidades, y por dejarme experimentar en ella un cúmulo de sensaciones y experiencias que jamas olvidaré.

Al IMSS:

Por que gracias al instituto, tuve la oprtunidad de poner en práctica lo aprendido y conocer a muchas personas que con paciencia me transmitieron sus enseñanzas.

A La UMF 28:

Por todas sus experiencias , enseñanzas, por todos sus momentos. A todos los médicos, enfermeras y demás personal de esta unidad y todos los hospitales que me permitieron aprender y crecer como médico.

Al servicio de ADI (Dr López,Enf Lupita, Enf Argelia, Dra Monroy):

Por ayudarme a entender y cambiar mi visión de aquel paciente que merece todo nuestro tiempo y respeto : el Adulto Mayor.

Al motivo de nuestra existencia y nuestros desvelos:

A nuestro paciente: Gracias a todas aquellas personas que nos han confiado el derecho más básico de todo ser humano: su salud. A todos ellos mi reconocimiento, mi respeto y mi agradecimiento, en verdad sinceramente, gracias.

A todos los que me faltaron:

Por que siempre sin querer se me puede pasar alguno y/ alguna, gracias a todos.

INDICE

Resumen.....	8
Marco teórico.....	9
Planteamiento del problema.....	34
Justificación.....	35
Objetivos.....	36
Hipótesis.....	36
Material y métodos.....	37
Diseño estadístico.....	39
Consideraciones éticas.....	42
Resultados.....	43
Discusión.....	50
Conclusiones.....	52
Bibliografía.....	54
Anexos.....	56

Redes de Apoyo en el Adulto Mayor con Diabetes Mellitus Tipo 2 descontrolada en la UMF 28.

MARCO TEÓRICO

LA FAMILIA CON ENFERMEDAD CRÓNICO-DEGENERATIVA

La enfermedad crónica es un padecimiento de larga evolución, con desarrollo generalmente insidioso, progresivo, con gran deterioro físico, mental, o ambos, no curable, que origina complicaciones, con gran repercusión individual y familiar.

La experiencia de enfermedad no se circunscribe únicamente al miembro enfermo sino que se extiende al grupo social del que forma parte, su familia.

El padecer una enfermedad crónica no es privativo de los miembros de la familia de mayor edad, se puede presentar en todas las épocas de la vida, desde padecimientos congénitos en los recién nacidos hasta los ancianos.

El hecho de que el médico familiar pueda llevar el seguimiento continuo de las familias a su cargo, le permitirá darse cuenta del proceso salud-enfermedad desde sus fases iniciales hasta su culminación, así como la interrelación y repercusión entre sus miembros.

Aunque cada individuo y cada familia responderán de forma particular, existen cinco etapas por las que atraviesan en su conjunto:

1. Etapa 1 o de negación del padecimiento, de duración variable, en la cual se rechaza el diagnóstico.
2. Etapa 2 o de enojo o resentimiento, donde el paciente y la familia presentarán actitudes negativas hacia otras personas o entre sí mismas, culpándolas de la situación.
3. Etapa 3 o de pacto, donde los miembros de la familia abandonan las actitudes negativas para replantear aquellas que puedan beneficiar al enfermo.
4. Etapa 4 o de depresión, en la que el paciente tiende al aislamiento al abrumarse por el peso de la enfermedad y la repercusión que ocasiona en su familia.
5. Etapa 5 o de resignación o aceptación de la enfermedad.

Las anteriores etapas se distribuyen a lo largo de la historia natural de la enfermedad, se identifican tres fases:

- A) La Crisis Inicial: período de ajuste o adaptación, manejo de síntomas, enfrentar el tratamiento.
- B) La Fase Crónica: aprendizaje para vida normal ante lo anormal, superar dependencia y sobreprotección.
- C) La Fase Terminal: adaptación, anticipación a la muerte, tristeza, depresión.^{1,2}

La enfermedad crónica dada su evolución a largo plazo puede presentarse a través de todas las fases del ciclo de vida familiar. El impacto psicosocial de la enfermedad crónica en los miembros de la familia es considerable, requiriendo un cambio de roles y una redistribución de las tareas. La enfermedad crónica equivale a tener un miembro nuevo en la familia: hay que hacer ajustes para vivir con su presencia.

La familia debe encontrar su propio equilibrio entre tener en cuenta las necesidades de los miembros individuales y la unidad familiar como un todo, lo que permite que todos tengan relaciones satisfactorias entre sí y con su contexto social.³

La actuación del médico familiar debe ser de empatía, motivante y de orientación para que el paciente asuma el compromiso del control del padecimiento, situación que requiere conocimiento y destreza por parte del médico de familia.

Si al envejecimiento habitual se agrega el hecho de que las enfermedades crónicas previas que ya presentaba el adulto van a presentarse en esta etapa ya con complicaciones o secuelas, su manejo no será nada fácil. Habrá miembros de la familia que acepten la situación y colaboren como cuidadores del enfermo, sin embargo para otros ese hecho lo percibirán como una verdadera carga muy difícil de llevar y tolerar, lo que creará conflictos al interior del grupo familiar. Y así como los cuidadores frecuentemente llegarán a verse agobiados por la tarea, también el anciano enfermo percibirá la situación presentando frecuentemente episodios de depresión y aislamiento del grupo familiar. La asesoría que el médico familiar pueda brindar a la familia en esta etapa será vital y muy apreciada.^{2,3}

Familia con Diabetes

Hablar de diabetes es considerar una enfermedad crónica generativa con características epidémicas, especialmente la diabetes mellitas tipo 2, que afecta a 90% de los diabéticos en el mundo. Se le considera un problema de salud pública por asociarse a daño crónico, disfunción y falla de varios órganos, especialmente ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos. En México es la primera causa de mortalidad hospitalaria, el segundo motivo de consulta de padecimientos crónico-degenerativos en el primer nivel de atención médica y una causa importante de ceguera, amputaciones e insuficiencia renal.²

Epidemiología

Su prevalencia en adultos mayores de 20 años de edad se ha ido incrementando paulatinamente desde 6.7% en 1993, a 7.5% en el año 2000, esperando que para el año 2025 llegue a 12.3%.

En la Encuesta Nacional de Salud del año 2000 se observó que 22.7% de los diabéticos desconocían su padecimiento, que las mujeres tenían una prevalencia ligeramente mayor a los hombres (7.8% y 7.2%), que se incrementaba al avanzar la edad pues mientras en el grupo de 20-39 años fue de 2.3%, en los sujetos entre 70 y 79 años de edad fue del 22.4%.

La prevalencia fue inversamente proporcional a la escolaridad y es así que se triplicó en los sujetos analfabetas. Además, se incrementó de acuerdo al antecedente familiar de diabetes mellitus.

Los pacientes con diabetes presentan de dos a cuatro veces mayor probabilidad de fallecer por eventos cardiovasculares.

Factores de riesgo

Se han tratado ciertas características de un “perfil del prediabético”, como: ser familiar de diabético, obeso, con resistencia a la insulina, distribución central de la grasa,

hiperinsulinemia, menor tolerancia a la glucosa, hipertrigliceridemia primaria e hipertensión arterial esencial, entre otras. El mayor riesgo de aparición de la diabetes se da en los hijos de ambos padres diabéticos.^{2,3,4}

Diagnóstico

El diagnóstico de Diabetes se debe establecer cuando ocurra cualquiera de las siguientes condiciones:

- 1.- Glucosa plasmática en ayunas mayor o igual a 126 mg/dl.
- 2.- En una prueba de tolerancia a la glucosa, el valor a las 2 horas es mayor o igual a 200 mg/dl.
- 3.- En presencia de síntomas de hiperglucemia (poliuria, polifagia, polidipsia, pérdida de peso, visión borrosa), o cuando la medición no se hizo en ayunas, bastará la concentración de glucosa mayor o igual a 200 mg/dl para hacer el diagnóstico.

Para confirmar el diagnóstico, será necesario que el resultado de la prueba se confirme con una medición en un día distinto.

Complicaciones

Existen complicaciones crónicas y agudas de la Diabetes Mellitus. Dentro de las complicaciones crónicas podemos citar: retinopatía diabética, neuropatía diabética (periférica y autonómica), úlcera de pie diabético, disfunción eréctil, enfermedad arterial, nefropatía diabética. A su vez, dentro de las complicaciones agudas de la Diabetes Mellitus podemos citar: estado hiperosmolar hiperglucémico no cetósico, la cetoacidosis diabética, hipoglucemia.³

Tratamiento

El objetivo del tratamiento es lograr el control metabólico óptimo del paciente, con el fin de retardar o evitar complicaciones tanto agudas como crónicas, procurando la mejor calidad de vida de los pacientes. Se propone que los valores de glucosa en ayunas estén por debajo de 120mg/dl, que la hemoglobina glucosilada sea menor de 7%, colesterol total menor de 200 mg/dl, triglicéridos menor de 150 mg/dl, cifras de tensión arterial menores de 120/80, e índice de masa corporal menor de 25kg/m².

Para el tratamiento de la diabetes mellitus podemos distinguir los siguientes pasos en el manejo del paciente diabético:

- a) Para el paciente delgado o que ha perdido peso, prescribir terapia nutricional, actividad física, cambios en estilo de vida y sulfonilureas a dosis bajas, que se irán incrementando hasta control adecuado de glucosa, de no conseguirlo añadir ascarbosa en cada alimento y de no lograr control, iniciar insulina.
- b) En pacientes obesos, plan alimentario para reducción de peso, actividad física y monitoreo de glucosa, de no lograrse control adecuado iniciar biguanidas a dosis bajas incrementando dosis de acuerdo a valores de glucosa e ir valorando inclusión de sulfonilureas o insulina.

Tratamiento familiar

Además del tratamiento individual del paciente, es importante considerar a la familia en todo momento a partir del diagnóstico. Se ha observado que el apoyo familiar es vital para lograr un control adecuado del padecimiento y de esta forma retardar las complicaciones crónicas. Dicho apoyo engloba diferentes aspectos, desde el emocional que incluye el sentimiento personal de sentirse amado y de confiar en alguien, el apoyo material para contar con ayuda directa en situaciones cotidianas, así como también la posibilidad de recibir consejo o guía para resolver problemas.

El apoyo familiar es clave en el control metabólico de la enfermedad, al propiciar un ambiente favorable para reducir el estrés y mejorar el cumplimiento del tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico, sobre todo si este deberá ser a largo plazo.

Además de la atención ofrecida por su médico familiar y el equipo de salud, deberá integrarse al paciente y a su familia a grupos educativos donde reciban la información suficiente sobre la enfermedad, les ayuden a modificar sus actitudes, a mejorar las habilidades y conocimientos, para reforzar las acciones de apoyo del núcleo familiar como uno de los factores más estrechamente relacionados con la salud en el paciente diabético.^{1,2}

IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN LA FAMILIA

Para comprender mejor este fenómeno, debemos de recordar que la familia es un sistema abierto, en la que las interacciones de sus miembros tienden a mantener patrones estables, y que, sin embargo, pueden variar de manera gradual para adaptarse a los cambios que se generan en los diferentes momentos de la vida del individuo y de la familia, propiciados por situaciones internas del propio grupo familiar o bien por la influencia del ambiente social.

La familia encuentra su origen en el matrimonio, consta de esposo, esposa e hijos nacidos de su unión y sus miembros se mantienen unidos por lazos legales, económicos y religiosos.⁴

Además, establece una red de prohibiciones y privilegios sexuales y a una cantidad variable y diversificada de sentimientos psicológicos como amor, afecto, respeto, temor, etc.⁴

Existen sociedades donde al decir «familia» se hace referencia a la familia nuclear, y otras en las que se hace referencia a la familia extensa. Este significado es de origen cultural y depende en gran parte el grado de convivencia que tengan los individuos con sus parientes. La razón de la existencia de la familia no puede abordarse únicamente como la respuesta a la necesidad de reproducción biológica de las sociedades. La reproducción de una sociedad, esto es, la incorporación de nuevos miembros en el tejido de relaciones sociales, no se realiza únicamente por medios biológicos.

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia, podría considerarse como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros.^{4,5}

Para adaptarse a esta nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permite seguir funcionando, de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente o

inconsciente, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar.

Cuando una persona siente que pierde la salud, se inicia un proceso que lo ubica primero como enfermo y después como paciente, en este momento se inicia la relación médico/paciente/familia que puede llegar a ser colaborativa o en su defecto conflictiva.⁴

FACTORES PARA SER ENFERMO Y PACIENTE

Los factores relevantes en cuanto a desarrollar el papel de enfermo o paciente se pueden enumerar como sigue: la naturaleza de la enfermedad, en la cual se incluyen características como: duración de la enfermedad (aguda, insidiosa, crónica), curso (progresivo, no progresivo), consecuencias (fatales, no fatales) y pronóstico (evolución a la curación, a la aparición de complicaciones y secuelas). El carácter de la persona, por ejemplo: a las personas con rasgos de carácter dependiente y/o hipocondríaco les resulta más fácil aceptar la condición de enfermo o paciente con los cuidados y atenciones que derivan. Además, es necesario señalar la influencia de las condiciones adversas y/o difíciles del contexto en que viven el paciente y su familia en la actualidad, así como la capacidad de las personas para hacer habitable y agradable su medio ambiente.

Tanto más inaceptable y difícil sea la realidad, más molestias, sufrimientos y estrés acumulará y expresará la persona.

El contexto familiar

El factor más importante se refiere a la etapa del ciclo de desarrollo de la familia:

El contexto social y comunitario

Es el significado que de la enfermedad o problema de salud tiene el grupo social.

Etapas del proceso

El proceso para llegar a ser enfermo y después paciente:

1. La persona percibe una alteración en su desempeño o función habitual.
2. La alteración es considerada un problema de salud o enfermedad.
3. Se intenta alguna solución del tipo de la automedicación.
4. La familia es usada como la primera línea de recursos.
5. Se buscan otros recursos no profesionales como: vecinos, curanderos o encargados de farmacia (por mencionar algunos).
6. Se pueden consultar otros recursos profesionales no médicos como: enfermeras, nutricionistas, terapeutas entre otros.^{5, 6,7}

Cuando una persona siente que su problema de salud rebasa los límites de la tolerancia —o por la ansiedad que le provocan los síntomas— decide buscar asesoría y consejo con un profesional de la medicina, se transforma y se reconoce a sí mismo como paciente.

El proceso para llegar a ser paciente incluye, los siguientes pasos:

1. Se consulta con un médico
2. Se inicia el proceso diagnóstico
3. Se inicia el proceso terapéutico y

4. La enfermedad evoluciona hacia la curación, la cronicidad y/o la muerte.

De acuerdo a la forma como el paciente presenta su problema de salud y sus expectativas, el encuentro profesional (la relación médico/paciente/familia) puede, desde el principio ser una relación colaborativa.^{6,7}

En el caso de la enfermedad aguda, se puede observar que el grado de desajuste que genera es muy grande, dada la necesidad de cambios homeostáticos en breves lapsos y que por lo general son de corta duración, sea por la rehabilitación del enfermo o por su muerte, en cuyo caso se enfrentará la familia al manejo del duelo en corto tiempo; en muchos casos, esto será merecedor de apoyo terapéutico especializado.

La enfermedad que tiende a la cronicidad o que incluso se convierte en terminal, favorece que el paciente sea etiquetado como diferente, ya sea por el tipo de expectativas que posee, por las nuevas necesidades de cuidados y alimentación, por su aspecto físico, por su autoestima, por su capacidad de trabajo, etc., que afectan al tipo de relación interpersonal con los miembros de la familia y con sus conocidos. Esta relación puede evolucionar hasta el deterioro irreversible.^{7,8}

Los cambios que se producen en las familias en relación con la enfermedad no siguen un patrón específico, si no que están dados por las propias características familiares, tales como su etapa del ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de solidez de la familia, el nivel socioeconómico, la función que cubra la enfermedad para ese grupo en específico, la historia familiar, etcétera.

La condición de cronicidad puede evolucionar a situaciones de estrés crónico en el sistema, que no sólo impactan el funcionamiento de la familia, sino también la evolución de la propia enfermedad.

La enfermedad crónica no desaparece, puede manifestar diferentes síntomas en función de la etiología, del curso, de la enfermedad y del pronóstico, también cabe distinguir entre la que mantiene una evolución invariable y la que contempla la expectativa de una muerte precoz. Algunas de las enfermedades que se consideran crónicas son: epilepsia, diabetes, fibrosis quística, distrofia muscular, asma, autismo, esquizofrenia, alteraciones renales, cáncer o paraplejia. Nos hallamos en la época de la enfermedad crónica, puesto que en la sociedad occidental no es extraño que un índice elevado de familias tenga un miembro con una enfermedad crónica.

En el conjunto de la estructura familiar se genera un desajuste donde aparecen reacciones de estrés en el conjunto de los miembros. Las madres generalmente, asumen las primeras responsabilidades de los tratamientos médicos diarios, los procesos familiares se centran en las actividades vinculadas a la enfermedad, se crean unas expectativas que muchas veces se hallan idealizadas, este conjunto de variables modifica considerablemente el ciclo vital familiar.

Al referirnos a la enfermedad crónica y de su posible intervención no podemos generalizar un modelo único puesto que debemos tener en cuenta variables como: edad, sexo, desarrollo cognitivo, tipo de enfermedad, gravedad, habilidad y formación de los padres, personalidad del enfermo, etc.^{4,9}

La enfermedad puede considerarse ya se menciono anteriormente, como una crisis, debido a la capacidad que tiene para desorganizar un sistema familiar, al igual que

podiera hacerlo una separación, la pérdida de algún miembro, el nacimiento del primer hijo, etc.; el desajuste puede tener diferentes intensidades, las cuales van a estar influenciadas por el tipo de enfermedad y la dinámica del grupo familiar en torno a ella.¹⁰

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

Dentro de las respuestas a la enfermedad adaptativas que genera la familia, se pueden observar las de orden afectivo que incluyen aspectos como negación, ira, tristeza o depresión; la negociación de roles, flexibilización de límites, etc. También se observan los ajustes de tipo económico.

Otro ajuste que frecuentemente es necesario para dar respuesta a la situación se encuentra en la redistribución y acondicionamiento de espacios y al tipo de alimentación. Finalmente es importante considerar las respuestas adaptativas de la familia en función del ambiente social, debido a que en ocasiones se tiene que aislar al miembro enfermo para poder atenderlo.^{4, 10}

Existen unos puntos clave que nunca se deben obviar al dar la información sobre la enfermedad:

- Explicar cual es la naturaleza de la enfermedad, el pronostico y su tratamiento.
- Indicar que papel juega la genética y la herencia. Este punto es importante ya que suele generar sentimientos de culpa.
- Indicar si hay curación de la enfermedad, y si hay o no un deterioro rápido; explicando que se puede hacer para conseguir un mantenimiento con buena calidad de vida.
- Explicar con claridad cuales son las técnicas practicas del tratamiento.
- Comentar que se debe de hacer cuando se manifiestan cambios en el estado clínico del paciente.
- Describir con claridad como acceder a los servicios en momentos de crisis.^{9, 10}

Ante el diagnóstico de la enfermedad, se pasan por tres fases:

1. Fase de Shock Emocional: tanto para la persona afectada como para los que están a su alrededor. Esta fase se caracteriza por la “negación”.

2. Fase de Aceptación de la enfermedad: A lo largo de esta fase aparecen miedos, dudas, incertidumbre, ansiedad. El objetivo inmediato es la búsqueda de información. Existe una necesidad de saber: “qué es lo que va a pasar a partir de ahora”, “qué es lo que tengo”, etc.

Es a partir de este momento cuando:

- Aparecen cambios en la vida familiar

- Hay una “alteración” del estilo de vida

Es importante señalar que tanto la fase inicial de “shock” como la “fase de aceptación” van acompañadas de “negativismo”.

3. Fase de Adaptación a la nueva situación: esta fase se caracteriza por la aparición de sentimientos positivos (expectativas de futuro, luchar, salir hacia delante, etc.), y por la búsqueda y aplicación de recursos para mejorar la calidad de vida. La persona que no está afectada por una enfermedad crónica o terminal, no sabe cómo se encuentra realmente la persona enferma. Pero, esto no significa que no se haga un esfuerzo para ponerse en su lugar. Por ello es muy importante “Comprender y Entender”, es decir “Ponerse en el lugar de la otra persona”.

Después de la Segunda Guerra Mundial, Hill, propuso el Modelo ABCX, dicho modelo se ha utilizado para estudiar la enfermedad. La interpretación se puede dar de la siguiente manera:

- A:** El hecho en sí y las penas vinculadas con él.
- B:** Los recursos que pone en juego la familia para enfrentar la crisis.
- C:** La definición que la familia hace del hecho.
- X:** La suma de A, B y C concurren para generar X = la crisis.

A este modelo, le fueron agregados dos aspectos fundamentales para el estudio de las crisis en las familias:

- a) **Vulnerabilidad:** Capacidad que tiene la familia para poner en practica recursos autorreguladores que permitan disminuir la situación tensionante en la misma, así como en la definición que la familia hace de la gravedad de la enfermedad y de los cambios que ésta ha generado.
- b) **Poder regenerativo de la familia:** Capacidad para recobrase de la desorganización generada por la influencia del factor tensionante. En el análisis del poder regenerativo, debe considerarse la capacidad que ha tenido la familia para resolver las crisis familiares anteriores, para lo cual es indispensable estudiar la historia familiar.^{7, 8, 10, 11}

FACTORES QUE CONDICIONAN EL IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN LA FAMILIA

Además del procesamiento de la enfermedad por la familia y del tipo de respuesta que ésta genere, existen otros factores que intervienen en el impacto familiar de la enfermedad, como son:

- **Etapas del ciclo vital.**

Debe investigarse el momento del ciclo vital familiar en que la enfermedad sorprende a la familia, el grado de consecución de las tareas propias de esa etapa y la posición de cada uno de sus miembros en sus roles. El impacto de la enfermedad será diferente en cada momento de la vida de una familia y del miembro al que le ocurra.

El factor más importante se refiere a la etapa del ciclo de desarrollo de la familia. Las familias en las primeras etapas de su desarrollo, matrimonio, expansión, producen fuerzas centrípetas que generan acciones y actividades de cohesividad —hacia el interior de la familia— es por ello que en las familias que enfrentan un problema de salud en estas etapas, la disposición, participación y cooperación de sus integrantes tiende a ser espontánea y de apoyo.

Por el contrario, en familias que transitan por etapas de dispersión, independencia y en ocasiones hasta en las de retiro y/o muerte, se producen fuerzas centrífugas que generan acciones y actividades de dispersión hacia el exterior de la familia, ya que la tarea más importante como padres es fomentar la independencia y autosuficiencia de sus hijos. Cuando un integrante de la familia en alguna de estas etapas pierde la salud; la disposición y cooperación del resto de los miembros es más difícil y probablemente más limitada, entre otras cosas, debido a que los jóvenes están fortaleciendo su independencia y por lo tanto la mayoría de sus actividades son para cimentar sus proyectos de vida. Un riesgo en estas circunstancias, es que la atención y cuidado del paciente se vuelvan el centro de la vida funcional de la familia, ya que la mayoría de las actividades de la familia se dan alrededor del enfermo, casi siempre sobrecargando de trabajo a un solo cuidador, (generalmente la esposa o la madre).

Por ello dentro del trabajo con estas familias destacan un par de objetivos:

- 1) promover la reorganización de la estructura familiar, mediante la redistribución negociada de las funciones familiares entre los diferentes integrantes que estén dispuestos a ello.
- 2) fomentar la auto-responsabilidad y adquisición de conductas de auto-cuidado en el paciente. ^{4, 10, 11}

El ciclo de la familia con enfermedad crónica

Roland (1987) elabora un modelo de ciclo de vida familiar con enfermedad crónica distinguiendo en el sistema de la enfermedad tres etapas, el inicio, el curso y el desenlace.

El inicio: puede darse de forma súbita o de forma progresiva, el tipo de adaptación familiar dependerá del tipo de enfermedad, en algunos casos se deben dar grandes cambios en un espacio de tiempo muy breve. Esto requiere en la familia una movilización rápida y una dificultad para manejar las habilidades. Algunas familias toleran bastante bien las cargas afectivas, tienen buena flexibilidad en los roles, los problemas los resuelven de forma efectiva y utilizan recursos externos para manejar el inicio de la enfermedad. Otras familias requieren un inicio gradual para adaptarse a la nueva situación. ^{12, 13, 14}

El curso: puede adoptar tres formas diferentes: progresivo, constante y episódico. El trastorno progresivo es aquel que va añadiendo sintomatología y progresa en la severidad. El individuo y la familia debe afrontarse con los efectos perpetuos de la sintomatología y con el incremento de las discapacidades que se incrementan paso a paso. Los períodos de demanda de la enfermedad son mínimos. La continua adaptación y el cambio de roles se hallan implícitos. El incremento de cansancio en los cuidadores de

la familia es causado por los riesgos de fatiga y el continuo cambio que tareas que deben realizar los cuidadores frecuentemente. Un curso constante, es aquel en que aparece un síntoma en el inicio y después los síntomas biológicos se estabilizan. Pueden haber recurrencias (nuevos síntomas o recaídas) pero la familia y el individuo se hallan en un cambio semi-permanente que es estable y predecible. En la familia no hay una tensión constante durante todo el tiempo. ¹³

El tercer tipo es el episódico. Durante estos periodos hay prácticamente una ausencia de síntomas. La tensión de la familia se genera entre los periodos de crisis y no crisis y la incertidumbre de no saber cuando ocurrirá. Esto requiere a la familia flexibilidad hacia delante y atrás creando dos formas de organización.

El desenlace se da en muchos casos en que la enfermedad crónica conduce a la muerte, o a una situación crítica que puede producir un impacto psicosocial profundo. El factor crucial se da cuando en un inicio no se sabe si el trastorno será de los que conducen a la muerte o no. En este proceso se deberá tener en cuenta las conductas anticipatorias de la familia.

Desde la perspectiva psicosocial en la enfermedad crónica podemos distinguir tres fases: crisis, crónica y terminal.

1.- El período de crisis transcurre desde que aparecen los primeros síntomas, se elabora un diagnóstico y se inicia el primer periodo de ajuste. En esta fase la familia y el enfermo deben aprender una serie de tareas, entre ellas aprender a vivir con la enfermedad y con la incapacitación, aprender a tratar con los hospitales y los procedimientos de tratamiento.

2.- La fase crónica, sea larga o corta, es el periodo de tiempo entre el diagnóstico inicial y el periodo de reajuste y la tercera fase cuando aparece la posible muerte o se convierte en un proceso terminal. En este periodo se dan constantes cambios, es el vivir "día a día la enfermedad crónica".

3.- En la fase terminal se incluye un estado preterminal donde la apariencia de la muerte esta constantemente en la vida familiar. En esta fase se distingue el proceso de separación, muerte, asumir la muerte y volver a un período de normalidad.

Se deberán conocer los diferentes patrones de adaptación a partir de tabúes, mitos familiares, sistemas de creencia, etc. Igualmente se deberá estudiar el genograma y el tipo de enfermedad vinculada a la familia.

- **Flexibilidad o rigidez de roles familiares.**

La enfermedad crónica, y más aún la terminal, supone una profunda crisis familiar a la que las familias podrán responder mejor cuanto más flexibles puedan ser. En el momento que aparece la enfermedad puede ocurrir que ésta afecte la distribución de roles, pues inmediatamente después tendrá que negociar cada uno de ellos y en muchas ocasiones compartirlos.

El paciente enfermo juega un papel central que le posibilita para que haga alianzas o coaliciones en contra de uno o varios miembros de la familia, lo que genera mayor estrés y un incremento en el grado de disfunción familiar, que además se sustenta en el manejo de culpas, resentimientos y temores.

De esta manera se puede esperar que las familias con mayor rigidez presenten mayores dificultades para responder a la crisis por enfermedad ya que no se pueden adaptar a las nuevas condiciones de la dinámica familiar. Lo que procede es flexibilizar las interacciones, de tal suerte que cada uno de sus miembros pueda responder a su nuevo rol sin afectar de manera importante los límites establecidos hasta el momento de la aparición de la enfermedad.^{14, 15}

- **Cultura familiar.**

Este conjunto de valores, costumbres y creencias que comparten los miembros, intervienen en la evolución y desenlace de una enfermedad. Debemos buscar en todos los casos de enfermedad crónica o terminal, cuál es la interpretación que la familia hace de este proceso, ya que eso permite no sólo gozar de la confianza del grupo, sino además considerar sus costumbres y creencias para abordar la enfermedad de la manera más adecuada.^{12, 13}

El contexto social y comunitario

Es el significado que de la enfermedad o problema de salud tiene el grupo social. Al conocer el significado que se le da a la enfermedad, el médico familiar se ubica en una excelente posición para apoyar al paciente y a su familia, por un lado a superar mitos y por otro, a ofrecer aquella información útil y actualizada que les facilite la toma de decisiones en su proceso de atención, tanto en etapas diagnósticas como terapéuticas.

Otro factor fundamental del contexto social es la disposición, identificación y uso potencial de los recursos que existen en la comunidad para apoyar la solución de los problemas de salud.^{15, 16, 17}

Smilkstein, los agrupó bajo el término SCREEM, acrónimo cuyas letras significan, recursos: Sociales, Culturales, Religiosos, Educativos, Económicos y Médicos.

A) Sociales: Es importante identificar la disponibilidad y el uso potencial de diferentes grupos y/o asociaciones para los pacientes y sus familias en los que se comparten las experiencias de vivir el proceso de la enfermedad y el de su atención o para contribuir con el costo de la atención.

B) Culturales: Identificar los mitos y creencias específicas de la enfermedad o problema de salud en el ámbito familiar y social; así mismo los estudios formales y conocimientos informales ya que pueden llegar a ser de gran utilidad durante el proceso de atención.

C) Religiosos: Las creencias religiosas imprimen un significado a la enfermedad o problema de salud, lo que facilita comprender una experiencia difícil y dolorosa y ofrecer alternativas para enfrentarla.

Existen dos áreas por explorar:

1) La fe, la cual es un principio intra-personal, que proporciona paz y tranquilidad.

2) La congregación o grupo de personas con las que se comparte no sólo la fe, sino principios y costumbres, pero sobre todo convivencia y apoyo durante las crisis.

D) Educativos: Presencia de algún familiar que tenga formación educativa en áreas de la salud. Se incluyen los métodos que los integrantes de la familia usan para aprender o distraerse.

E) Económicos: Aquí se consideran los ingresos familiares y porcentaje destinado a gastos de la salud: honorarios, medicamentos y materiales necesarios para la atención, hospitalización, traslados, hospedaje y alimentación de los acompañantes del enfermo, entre otros.

F) Médicos: identificación de los profesionales de la salud, laboratorios, centros hospitalarios, la internet, televisión por satélite, prensa, los que permitirían conocer la disponibilidad de recursos de otras ciudades y países.

- **Nivel socioeconómico.**

No es lo mismo que la enfermedad aparezca en una familia de escasos recursos económicos a que ocurra en una económicamente estable. Evidentemente la crisis familiar en la primera va a ser mayor, ya que la desorganización provocada por la enfermedad se va a percibir en todos los ámbitos.

Si el paciente enfermo es el proveedor, será necesaria la reorganización de roles en el caso de que su enfermedad sea terminal y esté imposibilitado para trabajar, de tal forma que algún otro miembro deberá cumplir con la función dejando atrás su rol habitual de estudiante o ama de casa (si ese fuera el caso).^{17, 18, 19}

- **Comunicación familiar.**

La conspiración de silencio consiste en una supuesta protección que familiares, amigos e incluso el médico y otros profesionales de la salud, tratan de brindar al paciente enfermo que va a morir, ocultándole la verdad, no dando opciones para hablar del tema, preguntar, aclarar, explicar, etcétera.

El complot generado alrededor del enfermo dificulta su convivencia con el grupo familiar, incluso con el médico, ya que percibe que hay información que no se le quiere dar y eso hace que disminuya su confianza, incluso en el propio médico. El hecho de que el paciente sospeche lo que va a ocurrir sin que pueda confirmarlo, lo sumerge en una gran soledad, miedo e indecisión para despedirse de sus familiares. En el paciente, se genera ansiedad y depresión causadas por la incertidumbre del complot familiar.¹⁶

- **Tipo de respuesta familiar.**

Se refiere a los cambios que se generan en las interacciones de cada uno de los miembros en función del paciente enfermo.

Se puede mencionar que existen dos patrones de respuesta opuestos:

1. La tendencia centrípeta:

Se expresa a través de una extrema cohesión interna de los miembros de la familia. Todas y cada una de las actividades que éstos realizan están dadas en función del

enfermo, es como si todos giraran alrededor de él, convirtiéndolo en el centro de las interacciones y absorbiendo gran parte de los recursos afectivos y económicos de la familia.

2. La tendencia centrífuga:

Se puede observar en las familias cuyas conductas en general no están relacionadas con la situación de enfermedad. En estos casos el cuidado del paciente enfermo es delegado a una sola persona, que en general corresponde al sexo femenino y que comúnmente puede ser la madre, esposa o hermana mayor, la cual absorbe el papel de controlar la evolución de la enfermedad.

La falta de colaboración en estas familias, y la enorme carga emocional que suele traer consigo el cuidado del paciente enfermo puede tener consecuencias graves para el miembro cuidador, tales como: depresión, soledad, estrés crónico, descuido, exacerbación de problemas de salud, etc. (síndrome del cuidador).

- **Capacidad del grupo familiar para la resolución de conflictos.**

La capacidad de respuesta familiar a los conflictos es un indicador pronóstico del impacto que tendrá la enfermedad en el grupo. Por lo que el médico deberá mantenerse alerta en cuanto al tipo de apoyo familiar que deberá ofrecerles de manera directa o en coordinación con el equipo de salud (trabajo social, psicología, psiquiatría, terapia de familia, etc.).

- **Principales síntomas familiares de desajuste por enfermedad.**

La atención integral del sujeto y su familia es algo más que el alivio de los síntomas biológicos y psicológicos; conlleva, además, el conceder la supremacía del cuidado del paciente así como entender la enfermedad en su contexto general; es decir “entender la enfermedad en forma individual ligada a una persona, a una familia, a un entorno cultural y basada en una historia personal y familiar previa, y en una evolución futura de los seres allegados a aquel que se muere”.

De la misma manera que una enfermedad produce determinada sintomatología en el individuo que la padece, también puede ocasionarla en la familia de éste, debido a los cambios y alteraciones que introduce en el funcionamiento del conjunto familiar.

- **Aislamiento y abandono.**

Durante el proceso de enfermedad, la familia busca aislarse para poder manejarla de la mejor manera posible, por lo que limita sus relaciones sociales al cuidado del enfermo. Por otra parte, la reorganización disfuncional de la familia para atender al paciente genera que el cuidado y atención que generalmente se daba al resto de los miembros (hijos, pareja) se vea afectado, favoreciendo la aparición de nuevos signos y síntomas tales como el mal rendimiento escolar, irritabilidad, soledad, depresión, etcétera.^{10, 11, 14}

- **Conflicto de roles y límites.**

Cuando la familia no negocia adecuadamente los nuevos roles que deberán asumirse durante esta nueva etapa en la vida familiar, existen dificultades de rigidez, o simplemente no existen límites bien establecidos en los diferentes subsistemas; se presentarán serios problemas de adaptación en el manejo de la crisis familiar, lo que podrá hacerse visible a través de las luchas internas por el poder en los diferentes subsistemas, falta de respeto, culpa, chantaje, pérdida de la jerarquía, alianzas entre los miembros, coaliciones, etcétera.

- **Conflictos de pareja.**

En algunas familias ocurre que el paciente, la enfermedad y el tratamiento son utilizados por los padres para agredirse mutuamente y que el resultado sea la dificultad e ineficiencia para tomar decisiones y llevar a cabo las acciones necesarias para el tratamiento.

- **Problemas económicos.**

Al paso del tiempo, se tienen cada vez más dificultad para mantener los gastos ocasionados por la enfermedad; incluso es motivo en muchos de los casos de abandono de tratamiento.

- **Síndrome del cuidador.**

Se caracteriza por problemas osteoarticulares y dolor mecánico crónico, alteraciones del ritmo del sueño, cefalea y astenia. Destacan la ansiedad y la depresión, producidas como si se tratara de una verdadera transferencia depresiva por parte del enfermo.

A las alteraciones psicofísicas se añaden problemas como el aislamiento social, los problemas familiares desatados a partir de que el cuidador sólo se ocupa del enfermo (cambio de roles, abandono de otros miembros) e incluso los económicos que ya se han comentado.

El cuidador comienza a dejar de preocuparse por su arreglo personal, que pudiera estar ligado con un sentimiento de culpa si acaso llegara a pensar en él mismo antes que en el enfermo.

- **Negación, cólera y miedo.**

La negación es un síntoma que aparece desde el inicio de la enfermedad a partir del diagnóstico. Tanto la familia como el enfermo dudan que eso le haya podido pasar a él.

Luego de no tener una respuesta satisfactoria, la familia busca otras opciones que van desde la medicina alternativa hasta la brujería, lo que implica el retraso en el manejo del paciente con el consiguiente desgaste emocional, físico y económico.

La ira se ve representada en diferentes formas, tanto por parte del paciente hacia la familia como a la inversa. La familia en esta etapa culpa al enfermo por lo que hizo o dejó de hacer, tornándose hostil, incluso con el personal médico y favoreciendo situaciones de tipo legal.

En la familia, el cuidador y especialmente en el paciente, los miedos siempre están presentes.

La continua tensión emocional por este motivo no permite que la familia funcione de manera natural; la angustia de no estar presente en el momento de la muerte, de no proveer los cuidados pertinentes, de que el enfermo descubra que va a morir, o que la condición económica de la familia es intolerable, genera mucho estrés especialmente para el cuidador.

Aunado a esto el paciente teme no poder soportar la enfermedad, el dolor, el sufrimiento y el remordimiento por las cosas que quedaron pendientes y que cree que no podrá resolver.^{10, 13, 14}

- **Ambivalencia afectiva.**

Se trata de la presencia simultánea de sentimientos encontrados en los miembros de la familia, mientras que por un lado desean que el paciente mejore y viva más tiempo, por el otro desean que ya todo termine con la muerte del enfermo “que ya deje de sufrir”. Se trata de un síntoma que es sistemáticamente abolido por la familia por ser moralmente inaceptable. Sin embargo, la represión del síntoma y todo el estrés crónico pueden generar reacciones emocionales intensas, tales como crisis de ansiedad, culpa y depresión; o bien llevar a la elaboración de un duelo patológico.

Existen otros mecanismos de defensa los cuales se presentan también en los diferentes miembros de la familia:

La proyección: provoca el buscar culpables ajenos a la propia familia, en muchos casos las familias buscan las culpas en los distintos profesionales.

La autoculpabilidad: es otro mecanismo fruto de no hallar explicaciones en el mundo exterior y culparse a uno mismo de todos los males que ocurren a la familia, la vergüenza social también contribuye a que se manifiesten conductas de autoagresión en los padres, o familiares, este mecanismo se puede observar en algunas madres.

La regresión o vuelta a fases del desarrollo anterior: indica que la persona no puede asumir los sentimientos que le provocan la situación.

Mediante la represión, la familia puede llegar a asumir un problema determinado vinculado a la enfermedad crónica pero excluye todo tipo de sentimiento que este hecho le genere.

Finalmente, uno de los mecanismos que favorece un proceso de superación sería la reparación, la familia ante una reacción primaria negativa asume los errores y busca la mejor manera para facilitar la mejora del enfermo y del grupo familiar.^{4, 10}

EJES DE INTERVENCIÓN FAMILIAR DESPUÉS DEL PRIMER IMPACTO

El tipo de intervención óptimo en esta etapa se puede centrar en el propio enfermo crónico y en el conjunto familiar.

En la intervención al conjunto familiar se deberá incidir en los siguientes aspectos:

- Realizar una valoración positiva de todos los miembros.
- Ayudar a reconocer los logros por pequeños que sean.
- Es importante que cada miembro disponga de tres momentos distintos: el tiempo para uno mismo, el tiempo para la relación de a dos y el tiempo para la familia en conjunto.
- El terapeuta ha de facilitar la intervención de cada uno de los miembros de la familia identificando en las diferentes situaciones cotidianas que generan problemas, cuales son los aspectos positivos y negativos y ayudando a realizar interpretaciones objetivas.
- Elevar el nivel de autoestima de los diferentes miembros será una tarea imprescindible.
- Potenciar actividades de ocio en las que puedan participar todos los miembros de la familia.
- Favorecer los vínculos sociales, el soporte social reduce los niveles de estrés
- Incitar a que la pareja a buscar momentos de intimidad.

Se pueden resumir los objetivos de la intervención familiar en los siguientes aspectos:

- Mejorar los conocimientos sobre la enfermedad
- Mejorar la comunicación familiar
- Desarrollar estrategias eficaces de solución de problemas
- Reducir el aislamiento y la falta de contacto con el entorno social
- Reducción del sentimiento de estigmatización.

Los aspectos más significativos al realizar un abordaje individual serán:

- Preparación para enfrentarse a situaciones estresantes
- Potenciar las interacciones positivas.
- Ayudar a que el enfermo identifique cuales son sus habilidades y así sea capaz de ajustar sus necesidades a la actividad que decida realizar.
- Facilitar técnicas de relajación.
- Fomentar la interacción con grupos de iguales.
- Ayudar a superar todo un conjunto de miedos que se desencadenan en los diferentes procesos de la enfermedad: miedo a la pérdida de la integridad física, miedo a la pérdida de control, miedo a ser diferentes de sus iguales y miedo a la muerte.
- Facilitar la identificación de aquellas actividades que ayudan a mejorar la autoimagen.
- Favorecer estrategias para que el enfermo pueda mantener una escolarización normalizada. El retraso en los aprendizajes condena a los crónicos adultos a no hallar posibilidades dentro del mercado laboral.
- Favorecer actividades de ocio sin la implicación directa de la familia.
- Preparación para la hospitalización. Tanto la intervención familiar como la individual se puede realizar semanalmente al inicio, y después, mensualmente. A medida que se normalice la interacción se espaciaran más las intervenciones. ^{19, 20,}

21

La participación de la familia en el proceso de hospitalización

Durante el curso de una enfermedad crónica, y dependiendo del tipo de enfermedad la hospitalización del enfermo es frecuente. En el período previo a la hospitalización es habitual que aumente los niveles de ansiedad. Este momento se vive como una amenaza física inminente.

La forma mas habitual de preparar a los pacientes y a sus familias es proporcionar información.

En esta etapa se facilita el entrenamiento tanto al paciente como a la familia si esta lo precisa para afrontar el proceso a realizar.

Intervención familiar e individual: En busca de la estabilidad

A lo largo de todo el proceso, y una vez se ha superado el primer impacto de la enfermedad crónica la participación en la terapia familiar y paralelamente la intervención en grupos de ayuda facilitara el proceso de normalización del conjunto familiar.

En referencia al trabajo con el grupo familiar, el terapeuta y los diferentes miembros de la familia mantienen una actitud activa. Los puntos clave en este proceso son:

- El terapeuta actúa como negociador-educador.
- Los miembros de la familia son terapeutas entre si.
- Hay una disminución del sentimiento de culpa entre los miembros de la familia.
- Facilita que los miembros de la familia se sientan útiles evitando conductas dependientes del centro hospitalario.
- Incrementan las recompensas a la conducta.
- Los miembros de la familia dan para recibir. Es una oportunidad para la familia de cuidar física y emocionalmente al paciente.
- Las tareas son especificas, positivas, repetibles y aceptables.
- Todos los individuos asumen la responsabilidad de sus acciones.
- Las tareas negativas incompatibles se intercambian por las positivas.
- Se facilita la ausencia de ansiedad de separación.
- Se crea mayor sentimiento de seguridad en el paciente.

Desde hace unas décadas las familias y enfermos de diversas enfermedades crónicas han creado asociaciones que aglutinan a estos sujetos con el fin de aportar recursos e información a diversos niveles. Uno de los soportes terapéuticos que genera resultados mas positivos para el conjunto familiar es la terapia de grupo o grupo de apoyo. Este grupo suele dirigirlo un profesional del tema o alguna persona próxima a la asociación entrenada para ello.^{21, 22, 23}

Los objetivos básicos son: la comunicación y el apoyo de los diferentes miembros.

Entre los beneficios más importantes encontramos:

- Incorporar al sujeto en un grupo acogedor potenciando el mantenimiento de la esperanza

- Favorecen la actividad de solución de problemas
- Sirven de canal de comunicación entre el sujeto y su entorno social mediante la recogida, interpretación y canalización de la información en ambas direcciones.
- Facilitan el reflexionar al sujeto acerca de su propia identidad y recordar el modo como demostró en el pasado para luchar contra las dificultades a pesar del malestar
- Ayudan con tareas proporcionando ayuda material y sugerencias
- Fomentan el apoyo mutuo entre los miembros de la familia y movilizan el apoyo por parte de parientes, amigos y diferentes profesionales.
- Se crea un sentimiento de universalidad, es decir, las situaciones y problemas son similares.^{23, 24}

LA MEDICINA FAMILIAR Y EL ADULTO MAYOR

Según la OMS, las personas de 60-74 años de edad son consideradas de edad avanzada; de 75-90 años viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 años se denominan grandes viejas o grandes longevas. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta, persona de la tercera edad(o también llamado adulto mayor). Las Naciones Unidas, considera anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 años para los países en desarrollo. Es decir, en México, se considera a una persona anciana a partir de los 60 años.

El envejecimiento actual de la población es resultado de los logros alcanzados en el control de las enfermedades infecciosas y la tendencia a la reducción de la natalidad. Este envejecimiento, junto con la transición epidemiológica se puede describir como un proceso en el cual las características de salud y enfermedad de la sociedad se modifican en consecuencia a cambios de importancia sociocultural, demográfica, económica, tecnológica, política y biológica.

El envejecimiento debe considerarse como un fenómeno normal, inevitable y biológico, resultado de la involución heterocrónica del paso del tiempo, pero de manera ordenada con cambios celulares y bioquímicos, morfológicos y psicológicos que se presentan en la raza humana, se pueden establecer diferentes tipos de envejecimiento entre los que sobresalen el individual y el poblacional.

El envejecimiento individual es el proceso que experimenta cada persona en el trayecto de su vida mientras en el envejecimiento poblacional es el incremento de adultos mayores en comparación con el conjunto de la población a la cual pertenecen.

En el envejecimiento primario (individual) es resultado de dos efectos, uno conocido como primario donde se engloban los cambios generados con la edad de los integrantes de una especie en particular y uno relacionado con la presencia de enfermedad que se estudia a través de los aspectos genéticos y moleculares que intervienen en el mismo proceso.^{1, 15, 16}

Si continuamos con la clasificación podemos encontrar:

1. El envejecimiento cronológico, entendiéndolo como el tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento y que suele medirse por los patrones de uso como años, meses o días.

2. El envejecimiento biológico o funcional esta determinado por los cambios anatómicos y bioquímicos que ocurren en el organismo durante este proceso y esta marcado por el grado de deterioro de cada persona.
3. Envejecimiento psicológico esta representado por el funcionamiento del individuo en cuanto su competencia conductual y su competencia de adaptación al medio.
4. El envejecimiento social establece el papel individual que debe desempeñarse en la sociedad en que el individuo se desenvuelve. Fundamentalmente viene determinado por la edad de jubilación, dado que superaran esta edad el papel social del individuo se pierde o, cuando menos, deja de ser lo que era.¹⁵

Actualmente del total de mayores que necesitan ayuda un alto porcentaje la reciben de su familia y en todo caso podemos afirmar que seria ideal que este viva con su familia y solo ingresar en una residencia por razones de necesidad personales. Hay que tener presente que el adulto mayor esta listo para la comunicación y necesita del dialogo, por lo que se necesita que todos los integrantes de la familia tengan gran sensibilidad para evitar a toda costa que el adulto mayor caiga en aislamiento, se sienta solo e inclusive olvidado. El adulto mayor, igual que cualquier otro integrante la familia y la sociedad, necesita ternura, sentirse amado y estimado por su entorno. Del mismo modo cada integrante de la familia debe de adoptar una actitud que retroalimete positivamente en cada uno de ellos.¹⁶

En nuestros días es fundamental la corresponsabilidad entre el Estado y la familia con los adultos mayores y con esta interacción se mejore la calidad de vida de los pacientes haciendo los participe por derecho propio de la sociedad con una vida tan normal como sea posible. Es necesario interactuar con él, conocerlo y dejar de considerarlo una carga social.

La familia debe ser capaz de identificar cuando el adulto mayor cuente con sus funciones biológicas y cognitivas disminuidas, ya que en esta etapa pude tener problemas de comprensión, orientación, elaboración de una respuesta coherente, pero este déficit no tiene porque invalidarle totalmente para tomar decisiones autónomas.

Es de esperarse que el mismo proceso de envejecimiento se acompañe de un deterioro de las capacidades físicas y mentales, mismo que se vera mas afectado si se acompaña de una alguna enfermedad de generativa. Si estas deficiencias empiezan a duplicarse, merma su capacidad de autonomía y aumenta el grado de dependencia.¹

El papel del Médico Familiar en el Maltrato del Adulto Mayor

- **Maltrato físico** se conoce con la presencia de lesiones físicas (golpes, heridas zonas quemadas, etc.
- **Maltrato psicológico** es todo tipo de agresión que de manera directa o (tenerlos en casa por la pensión que cobran o quitársela) y la exclusión de la asistencia sanitaria y la convivencia familiar.
- **Abandono o Negligencia** Se pueden presentar con la falta de vigilancia del cuidador en aspectos de nutrición, hidratación e higiene, cuidados de la enfermedad y la asistencia social inadecuada.^{1, 16}

El médico de primer nivel debe de tener siempre en la mente la posibilidad de estos casos y encontrar la estrategia adecuada para la detección y orientación de los adultos mayores, de la misma manera identificar y manejar todos los factores de riesgo que facilitarían la presencia de maltrato.

El médico familiar como médico de primer contacto cuenta, en el momento de la conducta de la consulta, con la oportunidad para realizar acciones de detección, orientación e información respecto a temas relacionados con el maltrato al adulto mayor y poder brindar atención adecuada y completa acorde con las condiciones de salud de los adultos mayores.¹⁵

REDES DE APOYO

El estudio de los elementos sociales presentes en el dinámico desarrollo de eventos que favorecen o limitan la enfermedad o la salud, requiere de la aplicación de herramientas como las redes sociales.

El paulatino incremento en la esperanza de vida y el aumento a ritmos acelerados de la población mayor han suscitado inquietud por conocer el grado de bienestar de las personas mayores, poniendo una mayor atención a los mecanismos formales e informales de apoyo social. Entre los primeros destaca el papel de los sistemas de seguridad social. En los segundos sobresale el papel de las redes sociales a través del estudio sobre los vínculos con familiares, amigos, vecinos y compañeros de trabajo entre otros.

El énfasis reciente hacia los apoyos sociales en las personas mayores se debe a que en la vejez se puede experimentar un deterioro económico y de la salud (física o mental), pero también porque es una etapa de la vida en la cual con mayor probabilidad se experimenta el debilitamiento de las redes sociales a través de la pérdida de la pareja, los amigos y compañeros.^{17, 18}

Concepto de Redes Sociales

Haciendo una revisión rápida de la génesis del término red social, se distinguen dos corrientes sobre el uso del concepto: la anglosajona y la latinoamericana, donde sobresalen los trabajos realizados en México (Lomnitz) y Argentina (Dabas).

En la tradición anglosajona, Lopata (1975) definía a la red informal como un sistema de apoyo primario integrado al dar y recibir objetos, servicios, apoyo social y emocional considerado por el receptor y proveedor como importantes. Cobb (1976; citado en Chappell, 1992) ubicaba a la red social como la instancia mediadora por la cual se proporcionaba apoyo emocional, informacional y sentimental.

Walker y colaboradores (1977) definieron a las redes sociales como “la serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información”. Maguire (1980) se refirió a las “redes” como “fuerzas preventivas” que asisten a los individuos en caso de estrés, problemas físicos y emocionales. Gottlieb (1983) estableció que tales interacciones tenían beneficios emocionales y efectos en la conducta de los individuos.

Muy posteriormente se distinguió entre los apoyos sociales y las interacciones sociales a través de redes sociales asumiendo que las mismas pueden tener efectos negativos (depresivos, maltrato, violencia, negligencia) pero también positivos. Se reconoció que la extensión de los contactos como la estructura y composición de los mismos no era garantía de apoyos.^{19, 20}

Las redes sociales se evidencian más claramente a partir de grupos sociales elementales como las familias, por esta razón, Bott conceptualiza a la red social como el grado de conectividad determinada por la capacidad gregaria de los miembros de una familia.

Aun cuando el conocimiento sobre los procesos en red no es nuevo, su análisis teórico es relativamente reciente y ha permitido percibir a la red social como el conjunto de contactos formales e informales a través de los cuales los individuos mantienen una identidad social, reciben ayuda, servicios e información estando en disposición de desarrollar nuevos contactos.

Las redes sociales propician procesos de autogestión continua, en donde sus integrantes se comprometen y asumen el problema de alguno de sus miembros; ya sea por la relación directa que mantiene con él o por estar inmersos en circunstancias similares, conformando un sistema abierto de sujetos y entidades que a través del intercambio optimizan sus recursos. Las redes sociales se caracterizan por una reciprocidad implícita. El proceso de reciprocidad como base de las redes sociales, llega a constituirse en un capital social emergente frente a situaciones de crisis, como un mecanismo de sobrevivencia.

La influencia del soporte familiar y comunitario también ha sido objeto de estudio en el caso de pacientes crónicos con diabetes mellitus. El soporte social se asocia de manera inversa a la magnitud del riesgo. Así, a mayor red social, el sujeto mantiene más amplias posibilidades de comunicación y reforzamiento de su autoestima incrementando su relación con su grupo de pertenencia, lo que puede determinar el incremento de consultas oportunas al médico.^{21, 22}

Objetivos de las redes sociales

Los procesos y las intervenciones en red permiten:

1. Intensificar las interrelaciones, con el consecuente fortalecimiento del sentido de pertenencia y el incremento en su calidad.
2. Optimizar recursos, a través de la diversificación y oportunidad en el intercambio.
3. Complementar los servicios aprovechando las oportunidades, en concordancia con áreas y objetivos compartidos.
4. Descentralizar las intervenciones, promoviendo la participación de todos los integrantes: personas, sistemas o sectores que integran una determinada red social.
5. Promover la corresponsabilidad y la autoorganización, a través de la toma de decisiones y la distribución de tareas, actividades y funciones; propiciando la homeostasis que regula cada sistema al interior.
6. Socializar la información con los mecanismos de comunicación interna y externa que retroalimente la funcionalidad de la red.¹⁷

Clasificación de las redes sociales

Se usará el concepto de apoyo social entendido como las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación. Este conjunto de transacciones interpersonales que opera en las redes, que también denominamos con el término genérico de transferencias, se presenta como un flujo de recursos, acciones e información que se intercambia y circula.

Se consideran cuatro categorías de transferencias o apoyos: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivos.

Los apoyos materiales implican un flujo de recursos monetarios (dinero efectivo de forma regular o no, remesas, regalos, etc.) y no monetarios bajo la forma de otras formas de apoyo material (comidas, ropa, pago de servicios, etc.)

Los apoyos instrumentales pueden ser el transporte, la ayuda en labores del hogar y el cuidado y acompañamiento.¹⁸

Los apoyos emocionales se expresan por la vía del cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia, la preocupación por el otro, etc. Pueden tomar distintas formas que van desde visitas periódicas, transmisión física de afectos, etc.

Los apoyos cognitivos se refieren al intercambio de experiencias, a la transmisión de información (significado), al dar consejos que permiten entender una situación, etc.

Con base en su organización, las interrelaciones en una red social pueden ser informales o formales, dando origen a los intercambios básicos que le son propios.

A) Redes sociales informales: Surgen con base en los vínculos de parentesco, afecto, confianza, lealtad y solidaridad; siendo la familia la unidad en que se generan de manera cotidiana, los elementos básicos que nutren la experiencia de los individuos para ese particular sistema de intercambio, haciéndolo extensivo a los núcleos de amistades y vecinos. Estas redes se caracterizan por formas de ayuda o apoyo, presentes tanto en las familias nucleares como en las extensas, constituyendo parte de su cultura y valores reproducibles, por lo que deben ser aprovechadas en toda su magnitud, ya que constituyen un sistema informal de seguridad social entre los grupos de mayor vulnerabilidad, a partir de la asistencia y el intercambio de servicios.

Las redes de amigos y vecinos constituyen también fuentes de apoyos importantes. Los vínculos de amistad están establecidos por intereses comunes y actividades compartidas. Los apoyos dados por la red de amigos son más públicos que los que operan al interior de la familia pero más personales que los que vienen del sistema formal. La red de amigos, más que la existencia de sólo un bueno o buena amigo/a, es esencial para el cuidado fuera del ámbito del hogar.

Los apoyos informales de las redes comunitarias distinguen aquellos que provienen de organizaciones que dirigen específicamente su accionar a los mayores de aquellas que organizan sus actividades en función de otros parámetros. En el primer caso, las personas mayores reciben apoyo bajo la forma de ayudas instrumentales, materiales o de apoyo emocional. En las segundas, se trata de entidades en las que las personas mayores participan activamente siendo parte de sus decisiones.^{22, 23}

B) Redes sociales formales: Se establecen con base en normas, roles o funciones delimitadas, presentando un acceso restringido, con relación a recursos específicos, tiempo y acciones particulares. Las instituciones y los servicios son los ejemplos más claros de las redes sociales formales.

Puede existir una transición de las redes informales hacia las formales o bien, incluir algunas de sus características; como sucede con los grupos de autoayuda.

Tipo de vínculos: Reciprocidad de los apoyos:

Cuando se habla de apoyos se fija la acción en quien la recibe; pero, visto globalmente, se trata de un intercambio en que se provee y se recibe apoyo. No se trata de procesos enteramente definidos en que uno da al otro en función de lo que recibe de éste, sino en un complejo sistema basado en normas y valores que premian ciertas conductas y penalizan otras y en el cual el equilibrio hacia la suma cero que caracterizaría a un intercambio balanceado es algo indeterminado, entre otras razones porque no es posible establecer un valor preciso de lo intercambiado.

Disponibilidad y sostenibilidad de las redes y de los apoyos:

La disponibilidad de personas que puedan ser parte de las redes de apoyo depende de factores demográficos (baja fecundidad, migración, patrones de formación y disolución de uniones, etc.) y no demográficos (estabilidad en el empleo, nivel de bienestar de otros miembros de la familia, etc.)

No se trata solamente de una mayor disponibilidad como condición para un mayor apoyo. Se trata de que aquellos/as de los/as cuales el sujeto potencialmente dispone como fuente de ayuda estén en disposición o en capacidad de brindarla.

Complementación entre las redes de apoyo formal e informal:

Para fines de políticas a favor a las personas mayores es importante considerar la medida en que se integran, complementan o contradicen los apoyos provenientes de las fuentes formales y de las fuentes informales. ^{18, 19, 20}

Estructura de las redes sociales:

La estructura de las redes sociales formales e informales suele establecerse a partir de su origen y tamaño, existiendo varias clasificaciones, que pueden ser integradas en cuatro tipos básicos:

1.- Redes familiares: La visión de la familia desde una perspectiva de red social, permite identificarla como un sistema dinámico en donde sus subsistemas se complementan en procesos de reciprocidad que sin perder sus características propias optimizan sus recursos. Las redes familiares pueden ser familiares, interfamiliares y extrafamiliares.

Las intrafamiliares se caracterizan por apoyos diversos y división de tareas entre los integrantes de un determinado núcleo familiar, sin la intervención de personas ajenas a él. Estas redes se forman de manera espontánea en el núcleo familiar, en función de la significancia y grado de autoridad que suelen tener los diferentes miembros que la integran.

Las redes interfamiliares, surgen de la división de tareas entre los núcleos familiares que proceden de una misma familia de origen, con el propósito de obtener apoyos más efectivos en beneficio de las familias.

Las redes extrafamiliares surgen como resultado de sólidos vínculos afectivos y de una convivencia constante. Están fundadas en aspectos de solidaridad y lealtad; como es el caso de las amistades, vecinos, compadres, círculo de trabajo, escuela, grupos de ayuda y autoayuda.

2.- Redes institucionales: Esta implican la intervención de personas con representatividad de grupos organizados con fines y estrategias específicas para lograrlos, ya sean de carácter empresarial, de representación social y/o de servicios. Un ejemplo de este tipo de redes lo constituyen las organizaciones no gubernamentales, las cuales son percibidas como grupos importantes de la sociedad civil y elementos fundamentales en la integración de este tipo de redes.

3.-Redes o cadenas socioepidemiológicas: La interacción de los factores sociales con el desarrollo de problemas de salud puede ser observada como una red o cadena socioepidemiológica. De esta manera, la transmisión de un agente causal se facilita por las interrelaciones sociales asociadas a una estrecha convivencia. La identificación de esta red facilita la promoción de medidas preventivas, incluyendo la modificación de algunos comportamientos en los estilos de vida.

4.- Redes combinadas o mixtas: Esta interacción se evidencia en el caso en que las redes familiares y extrafamiliares se articulan entre sí y/o con los servicios otorgados por instituciones ya sean de carácter privado, gubernamental o no gubernamental para solucionar un problema de salud.^{17, 18, 19}

Existen otras formas distintas de clasificar las redes sociales. Entre los criterios para tipificarlas se encuentran el tipo de intercambio y las interconexiones entre los miembros. De acuerdo al primer criterio, según Polanyi y Dalton (1968, en Lomnitz 1994) existirían tres tipos de redes:

1.- Redes basadas en la de reciprocidad, en las cuales se produce un intercambio paritario de bienes y servicios como parte integral de una relación social duradera.

2.- Redes basadas en la redistribución de bienes y servicios, que se centran primero en un individuo o institución para enseguida distribirse en la comunidad o sociedad.

3.- Redes basadas en el mercado, en las que los bienes y servicios se intercambian en base a la ley de oferta y demanda, sin implicaciones sociales de largo plazo. Polanyi destaca la reciente dominación del intercambio de mercado, por sobre otras formas de intercambio. Sin embargo, agrega que en ningún sistema social se excluye algún tipo de intercambio, mas bien coexisten unos con otros.¹⁷

En términos de las interconexiones entre los miembros, se destaca el hecho que el concepto de redes hace referencia a las interconexiones con otros miembros del entorno sin que necesariamente implique una estructura de red fuera del sujeto de referencia. Según el grado de interconexión, pueden definirse al menos dos tipos de tipologías de redes distintas, que en la práctica suelen ser complementarias.

1.- Redes basadas en contactos personales, semejante a lo que en lenguaje informático se define como redes con topología de estrella, en que cada persona se relaciona con individuos separados de la constelación de posibilidades. Esta red también es conocida como red egocéntrica, debido que se basa en las relaciones personales de cada individuo, favoreciendo las relaciones diádicas.

2.-Redes basadas en contactos grupales, la persona se relaciona con personas de grupos estructurados en torno a agrupaciones y/o organizaciones de las cuales forma parte. Este tipo de red favorece las relaciones polidiádicas y se basa en el intercambio entre todos los participantes de la red; se acerca a las redes de intercambio recíproco que en si constituyen pequeñas estructuras colectivas. Pueden ser de tipo “democráticas”, en las que todos “valen” lo mismo o pueden ser redes más o menos dirigidas por una o más personas.^{23, 24, 25}

Existe un cúmulo de evidencias empíricas que subrayan la significación que tienen para las personas mayores las redes de apoyo para su calidad de vida, no solamente por las mejorías de las condiciones objetivas a través de la provisión de apoyos materiales como instrumentales; sino también por el impacto significativo del apoyo en el ámbito emocional. Sobre este último aspecto, las percepciones que desarrollan las personas mayores que participan con redes respecto al desempeño de roles sociales significativos es considerado un elemento clave en su calidad de vida.

Todas las personas están inmersas en múltiples redes sociales, muchas de ellas de apoyo afectivo. Desde el nacimiento y durante todo el curso de vida pasan de unas redes a otras, formando parte crucial del desarrollo individual (Hogan, 1995). Muchas de estas redes caminan paralelamente a las instituciones que regulan el tránsito en la sociedad. Si bien su importancia no se puede estimar superior a la de la familia residencial, lo cierto es que los individuos como las familias están conectados a múltiples redes sociales sea en forma individual como grupal.

Algunos elementos básicos para el estudio de la temática son el concepto de apoyo social, la identificación de las fuentes de apoyo, tipo de vínculos, disponibilidad y sostenibilidad de las redes, y complementación entre fuentes formales e informales de apoyo social. A continuación nos referiremos a cada una de ellos.

Características de las redes sociales:

1.- Tipo de intercambio: Establece los elementos necesarios para mantener la homeostasis de un determinado sistema y suele ser: psicológico o emocional, lo que involucra intercambio de manifestaciones afectivas. El intercambio social se observa fácilmente en la compañía, cuidados, asesoría, asistencia, compras, recomendaciones, información, valores, solidaridad, etc. El económico o en especie, es inherente al sustento total o parcial, préstamos dinerarios o instrumentales, alimentos u obsequios.

2.- Direccionalidad : Implica la especificación de quien da el apoyo a quien o quienes, haciendo la observación de que en realidad, aún cuando un miembro de la familia proporciona el apoyo a otra familia, la acción repercute en todos los casos hacia el resto del núcleo de ambas familias. La direccionalidad puede ser descendente, que implica el apoyo intergeneracional o jerárquico, de mayores a más jóvenes y de subordinados a jefes. Entre iguales, se refiere a los apoyos que se intercambian entre elementos de una alianza, la misma generación o jerarquía. Ascendente: describe el apoyo intergeneracional o jerárquico de más jóvenes a mayores y de subordinados a supervisores o jefes. La externa: se refiere a los casos en que el intercambio se genera con algún sujeto o núcleo ajeno al de pertenencia.

3.- La extensión: se considera como el grado de ampliación del ámbito en donde se logra el intercambio con otras redes, este ámbito puede ser intrafamiliar, interfamiliar, extrafamiliar y/o institucional.

4.- La frecuencia: es el número de ocasiones en que se presentan intercambios en la red.

5.- La temporalidad: se refiere a la duración de cada intercambio en la red, que puede ser: permanente o continuo, en los casos en que el intercambio se da de manera constante; por evento, considera al apoyo proporcionado solo en determinadas circunstancias o sucesos; emergente o en crisis, es la ayuda o apoyo que se otorga en condiciones extremas o no previstas.^{19, 20, 21, 22}

Cuestionario MOS de Apoyo Social

Existen numerosos estudios que demuestran el impacto que ejerce el apoyo social sobre los procesos relacionados con la salud y la enfermedad. Así como de su efecto beneficioso sobre la evolución de enfermedades tan dispares como la depresión, artrosis o diabetes 2.

De la misma forma, Hoffman y Hatch comprobaron que el apoyo social era uno de los factores más importantes para disminuir el riesgo de los eventos estresantes en embarazadas, apreciando que una disminución del apoyo social facilitaba la aparición de problemas en el parto y en el niño. Por último, investigaciones recientes han relacionado el apoyo social con la mortalidad, de forma que cuando éste es insuficiente determina un mayor riesgo de muerte, sobre todo en determinados grupos de población como son los ancianos y viudos.

Siendo tan evidentes las relaciones entre apoyo social y salud, existe cada vez mayor interés por incorporar el análisis y cuantificación del primero dentro de las actividades del médico de familia. Sin embargo uno de los principales problemas que han encontrado los investigadores al estudiar el apoyo social, ha sido la falta de instrumentos de medida válidos y, sobre todo, que puedan usarse en la práctica diaria.

La elección se facilita si tenemos en cuenta lo que mide realmente el instrumento y su grado de validez y fiabilidad.¹⁸

Uno de los instrumentos de que disponemos en la práctica diaria es el cuestionario de apoyo social M.O.S. (Grupo de Estudio para analizar diferentes estilos de práctica médica de la atención primaria), realizado en EEUU en 1991. Se trata de un cuestionario breve, multidimensional, autoadministrado que permite investigar tanto los aspectos cuantitativos (red social) como los cualitativos (dimensiones del apoyo social).

El cuestionario MOS, permite conocer la red familiar y extrafamiliar y medir cuatro dimensiones del apoyo social, confidencial/emocional, instrumental, interacción social positiva y afectiva, además de ofrecer un índice global de apoyo social. Consta de 20 ítems; salvo el primero, los restantes se miden con una escala de Likert, puntuando de 1 a 5. Mantiene la ventaja de su brevedad y sencillez, que permite su aplicación en las consultas de los centros de salud. La primera pregunta informa sobre el tamaño de la red. Los valores entre 0 y 1 se consideran indicadores de baja asistencia (red social nula o escasa); de 2 a 5 como de buen nivel de asistencia (red social suficiente), y de 6 a más de 10 como de alto nivel de asistencia (red social elevada).

El apoyo social, entendido como expresión de afecto y comprensión empática, y el informacional, referido a guía, oferta de consejo e información, lo miden los ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16,17 y 19. El apoyo instrumental, esto es, la provisión de ayuda material que pueda recibir el consultado, la valoran los ítems 2, 5, 12 y 15. La interacción social positiva, que indica la disponibilidad de personas con las que salir, divertirse o distraerse, la miden los ítems 7,11, 14 y 18. El apoyo afectivo, que incluye las expresiones de amor y afecto, corresponde a las preguntas 6,10 y 20. ²³

Consideraremos que el apoyo social global es escaso cuando el índice es inferior a 57 puntos. Se podrá catalogar como falta de apoyo emocional/informacional, estructural, de interacción social y afectivo cuando las puntuaciones estén por debajo de 24, 12, 9 y 9 respectivamente.

Concluimos que el cuestionario MOS es un instrumento válido y fiable que nos permite tener una visión multidimensional del apoyo social. Su uso nos permitirá descubrir situaciones de riesgo social elevado para poder intervenir sobre las personas y sus entornos sociales. Esta escala fue diseñada para uso en pacientes con enfermedades crónicas. ^{24, 25}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La falta de aplicación de Redes de Apoyo en el Adulto Mayor con DM tipo 2, durante el diagnóstico y tratamiento de la misma, podría ser causa de descontrol metabólico y favorecer la aparición de complicaciones agudas y/o crónicas. La falta de difusión de dichas redes de apoyo, englobando diferentes aspectos desde el emocional, el apoyo material, así como también la posibilidad de recibir consejo o guía para resolver problemas, favorecería de manera causal su falta de aplicación en el tratamiento integral de pacientes con DM2.

El apoyo familiar es clave en el control metabólico de la enfermedad, al propiciar un ambiente favorable para reducir el estrés y mejorar el cumplimiento del tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico.

Las redes de apoyo son fácilmente aplicables desde etapas tempranas de la DM2, por lo tanto, en todo momento, además de la atención ofrecida por el Médico Familiar y el equipo de salud, deberá integrarse al paciente y a su familia a grupos educativos en donde reciban la información suficiente sobre la enfermedad, les ayuden a modificar sus actitudes, a mejorar las habilidades y conocimientos para reforzar las acciones de apoyo del núcleo familiar, como una de los factores más estrechamente relacionados con la salud en el paciente diabético.

¿Cómo son las redes de apoyo en pacientes adultos mayores con DM2 descontrolada?

JUSTIFICACIÓN

En México la Diabetes Mellitus es uno de los principales problemas de salud, en la década de los 80 apareció en cuarto lugar como causa de muerte y en 1995 ocupó el décimo lugar con cuatro millones de enfermos, para el año 2025 se estima ocupará el séptimo lugar con 12 millones de enfermos a nivel mundial. La Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC, 1993) estimó una prevalencia de 8.2 % en mexicanos de 20 a 69 años, para el año 2000.

De acuerdo con informes de la Asociación Americana de Diabetes (ADA), el costo indirecto de ésta en México en 1991 ascendió a 330 millones de dólares y el costo directo a 100 millones de dólares, además de ser causa importante de amputaciones a traumáticas, retinopatía, insuficiencia renal y enfermedad coronaria. Aunado a lo anterior, por ser un padecimiento incurable, el paciente diabético recibe tratamiento de por vida, por lo que en el transcurso del tiempo se manifiesta una baja adherencia al tratamiento, con deficiente control de la enfermedad; siendo en esta parte del proceso en donde la participación de la familia es de suma importancia en la ayuda a tener un mejor control de la enfermedad y por ende mejor calidad de vida de estos pacientes.²²

Un estudio de calidad de vida en 100 pacientes con DM2 que acudieron a la consulta externa de la Clínica Hospital “Dr. Francisco Padrón Poyou” del IMSS en San Luís Potosí, encontraron asociación en las variables de estudio con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.000$) al relacionar el índice de deterioro de la calidad de vida con el tiempo de evolución de la condición crónico degenerativa de la DM2 de más de cinco años, el nivel educativo bajo y la edad mayor de 50 años entre otros.

En otro trabajo analizaron la importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia en DM2. Obteniéndose como resultado que 87.5 % de los pacientes en el grupo de casos y 30 % en el de controles consideró el apoyo familiar como muy útil para el control de la enfermedad, mientras que 12.5 % de los casos y 70 % de los controles lo perciben como inútil o indiferente.

En Guadalajara se realizó otro estudio sobre el apoyo familiar en 144 pacientes con DM2, reportando apoyo familiar de moderado a bueno en 84.3 % de los pacientes, apoyo afectivo bueno en 69.4 %, mientras que el apoyo instrumental fue deficiente en 42 % de los pacientes, este hallazgo nos hace inferir que los pacientes cuentan con un clima familiar emocional suficiente para desarrollar un sentimiento de ser querido y aceptado en su familia.²²

Por tanto es importante realizar este estudio en población de adultos mayores de la UMF 28, para evaluar las Redes de Apoyo en el Adulto Mayor con DM tipo 2 descontrolada, dentro del contexto del impacto que genera en el paciente y su familia; de esta manera se podrían diseñar estrategias para difundir y educar a la población en estudio; aumentando así las posibilidades de dicha aplicación. De no reconocer tal importancia, no se podrían diseñar aquellas estrategias para la difusión de Redes de Apoyo y la educación del paciente y su familia, teniendo como riesgo su falta de aplicación en el tratamiento integral del mismo y la aparición de posibles complicaciones.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Describir las redes de apoyo en el adulto mayor con DM tipo 2 descontrolada.

Objetivos específicos:

- Analizar las diferentes tipos de Redes de Apoyo.
- Investigar cuatro dimensiones de apoyo: emocional/informacional, instrumental, afectivo, y de interacción social positiva, además de un índice global de apoyo social en el Adulto Mayor con DM tipo 2 descontrolada, mediante el cuestionario MOS de Apoyo Social.
- Investigar en el Adulto Mayor con DM tipo 2 Descontrolada, que tipo de Red de Apoyo es con el que más frecuentemente cuenta, mediante el cuestionario MOS de Apoyo Social.
- Investigar en Adulto Mayor con DM tipo 2 descontrolada, con que nivel de apoyo cuentan, mediante el cuestionario MOS de Apoyo Social.

HIPÓTESIS

- **Hipótesis nula (Ho):**

El paciente adulto mayor con DM2 descontrolada cuenta con redes de apoyo social.

- **Hipótesis alterna (Ha):**

El paciente adulto mayor con DM2 descontrolada tiene falta de redes de apoyo social.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y tipo de estudio

Es un estudio de tipo:

Observacional: Los estudios sin intervención no permiten la manipulación de la variable independiente por parte del investigador, por lo tanto éste se concreta a observar para describir o analizar lo que sucede, para posteriormente dar explicaciones.

Descriptivo: El estudio descriptivo es el más elemental, ya que se limita a señalar lo que se observa sin llegar a realizar ningún otro tipo de análisis.

Prospectivo: Las variables independiente y dependiente ocurren en forma contemporánea al inicio del estudio.

Población en estudio:

Pacientes Adulto Mayor con DM tipo 2 descontrolada

Tiempo:

Del 01 de Agosto del 2009 al 01 de Diciembre del 2010.

Lugar: Consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera" del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Muestra:

Para determinar la muestra, se utilizará un muestreo no probabilístico del universo de pacientes Adultos Mayores con DM tipo 2 Descontrolada, ambos sexos, de la Consulta Externa de la UMF No. 28., en el período comprendido de los meses de septiembre y octubre de 2010 la muestra será por cuotas proyectando como mínimo 100 pacientes

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes Adultos Mayores con DM tipo 2 descontrolada
- Pacientes de UMF 28 Gabriel Mancera
- Pacientes que acepten participar
- Pacientes con expediente clínico
- Pacientes que estén en condiciones de contestar el cuestionario MOS de Apoyo Social

- Pacientes que firmen Consentimiento Informado

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con enfermedades psiquiátricas
- Pacientes con limitaciones neurológicas.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que no contestaron en su totalidad el cuestionario de MOS de Apoyo Social.

VARIABLES

- **Variable dependiente:** DM Tipo 2 Descontrolada

- **Variable independiente :** Redes de Apoyo

Definición conceptual:

Adulto mayor(o persona de la tercera edad): Según la OMS, las personas de 60-74 años de edad son consideradas de edad avanzada; de 75-90 años viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 años se denominan grandes viejas o grandes longevas. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta, persona de la tercera edad(o también llamado adulto mayor). Las Naciones Unidas, considera anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 años para los países en desarrollo. Es decir, en México, se considera a una persona anciana a partir de los 60 años. ^{15,16.}

DM Tipo 2 Descontrolada: La Diabetes Mellitus es un trastorno metabólico que es producto de defectos en la secreción de insulina, una acción defectuosa de la hormona o bien, la coexistencia de las dos condiciones anteriores. Los niveles elevados en la producción de glucosa hepática basal en presencia de hiperinsulinemia es la causa primaria de hiperglucemia. La hiperglucemia crónica de la Diabetes es acompañada de daño, disfunción e insuficiencia en el largo plazo de diversos órganos, en especial ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos. Los valores normales de glucosa en ayunas van de 70-105 mg/dl durante un ayuno mínimo de 8 horas. La presencia de DM2 Descontrolada se refiere a la presencia de glucemia por arriba de 110mg/dl y menor de 250 mg /dl sin datos de cetoacidosis diabética y/ o estado hiperosmolar. ¹

Redes de Apoyo : Se entiende por red de apoyo o red social, al conjunto de contactos formales o informales con parientes, amigos, vecinos, etcétera, a través de los cuales los individuos mantienen una identidad social, reciben apoyo emocional, ayuda material, servicios e información, y desarrollan nuevos contactos sociales. La red social es un proceso que surge de las interrelaciones personales características de cualquier grupo humano, presentando una relación directamente proporcional entre la complejidad de la organización social y la formación de redes sociales. Las redes sociales se caracterizan por una reciprocidad implícita. A mayor red social, el sujeto mantiene más amplias posibilidades de comunicación y reforzamiento de su autoestima, incrementando su relación con su grupo de pertenencia, lo que puede determinar una mayor asistencia a consultas oportunas con el médico.

Definición operacional de las variables

Variable	Tipo de Variable	Instrumento de Medición	Escala de Medición	Codificación de datos
Redes de Apoyo	Independiente	Cuestionario de MOS	Cualitativa Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyo Global Escaso 2. Falta de Apoyo emocional 3. Falta de Apoyo material o instrumental 4. Falta de Apoyo de interacción social 5. Falta de Apoyo afectivo
DM Tipo 2 Descontrolada	Dependiente	Resultados de laboratorio de Glucemia en Ayunas	Cuantitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Glucemia de ayuno mayor a 110 mg/dl y menor de 180 mg / dl 2. Glucemia en ayunas mayor a 181 mg/dl y menor de 250 mg / dl

Diseño Estadístico:

El análisis estadístico se llevara a cabo a través del programa programa SPSS V. 13

Para el análisis de los resultados se utilizaran medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, valor mínimo, valor máximo), estimación de medidas.

Instrumento para recolección de datos.

- Se utilizará el cuestionario de MOS de Apoyo Social; el cual se trata de un cuestionario breve, multidimensional, autoadministrado, que fue desarrollado por el MOS, para analizar distintas dimensiones de recursos en pacientes con distintas enfermedades. Este instrumento

permite investigar cuatro dimensiones de apoyo: emocional/informacional, instrumental, afectivo y de interacción social positivo, además de ofrecer un índice global de apoyo social. Consta de 20 ítems; salvo el primero, los restantes se miden con una escala de Likert, puntuando de 1 a 5. (ver anexo) Consideraremos que el apoyo global es escaso cuando el índice es inferior a 57 puntos. Se podrá catalogar como falta de apoyo emocional/informacional, estructural, de interacción social y afectiva cuando las puntuaciones estén por debajo de 24, 12, 9 y 9, respectivamente.

- Se utilizarán resultados de laboratorio de química sanguínea previamente recabados del expediente clínico, teniendo como parámetros, los previamente mencionados en la definición conceptual.
- Hoja de recolección de datos (Ficha de identificación) y consentimiento informado.

Método para la recolección de datos:

- Se revisarán los estudios de glucemia en todos los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 que acudan a la consulta externa de la UMF No. 28.
- Se captarán a los pacientes que cumplan con los criterios diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 descontrolada
- Se explica en una entrevista a estos pacientes acerca del estudio.
- Se dará a firmar la Hoja de Consentimiento informado explicándole el motivo de la investigación.
- Posteriormente se aplicara "El Cuestionario MOS de Apoyo Social", con previa presentación de los investigadores.
- Se les explicara a los pacientes en que consisten estas preguntas y en caso de no entender alguna pregunta se le aclarara en su momento.
- Posteriormente el investigador iniciara la calificación de los ítems, obteniendo su resultado.
- Se integrará una base de datos los resultados.
- Se analizarán los datos en el programa SPSS V. 13
- Obteniendo todos los resultados establecidos para la investigación, se enviara a proceso estadístico.
- Se graficaran dichos resultados y se obtendrá valores máximo, mínimo, medio, obteniéndose índices de apoyo, de acuerdo a los valores ya validados previamente.

- Se obtendrán resultados y conclusiones del protocolo de investigación.
- Se les explicara a los pacientes al término del cuestionario, al final se agradecerá de antemano su participación.

Maniobras para evitar sesgos

La aplicación de instrumento de evaluación se llevara a cabo por el investigador a cada paciente con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación ya mencionados. Se contará con la supervisión del asesor de la investigación durante el transcurso de la misma. Los pacientes recibirán las mismas explicaciones e indicaciones y serán evaluados en las mismas circunstancias de tiempo y por el mismo investigador.

Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio.

Materiales:

- Hoja de registro de datos
- Hoja de consentimiento informado
- Cuestionario MOS de Apoyo Social
- Expediente clínico del paciente
- Concentrado de aplicación del cuestionario donde se obtienen las conclusiones
- Libretas, hojas blancas tamaño carta, bolígrafos, lápices, gomas, sacapuntas, marcador, engrapadora, USB 2 GB. Computadora Pentium III, programa Microsoft Word Xp.
- Internet explorer. Impresora HP Photo Smart C5580

Físicos:

Consulta externa en Unidad de Medicina Familiar Número 28 “Gabriel Mancera”
IMSS

Económicos:

Se autofinancia por el investigador únicamente.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

En esta investigación no se pone en peligro la vida, no se producen riesgos ni lesiones al ser humano, no existen intervenciones médicas invasivas, diagnósticas o terapéuticas (no se toman muestras) y solo se realizarán preguntas a través del instrumento antes señalado **(ver anexo 3)**. Por lo anterior únicamente solo se solicitará el consentimiento informado de los adultos mayores.

La información recolectada se mantendrá estrictamente anónima, ya que solamente será conocida por los investigadores participantes.

Los procedimientos se apegan de acuerdo con las normas éticas, al reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos Artículo 17 y en materia de investigaciones medicas en seres humanos de la Asociación Medica mundial (declaración de Helsinki) describiéndose como un estudio de riesgo mínimo, además de cumplir con la normatividad vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Además la seguridad y el bienestar de los pacientes se respeta cabalmente de acuerdo a los principios contenidos en el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el Informe Belmonte, el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos (Regla Común)

Se otorgará a cada paciente una carta de Consentimiento informado en donde se explica en que consiste su participación, respetando siempre la confidencialidad e integridad del paciente. **(Ver anexo 1)**

RESULTADOS

Posterior al presente estudio, se obtuvieron los siguientes resultados, los cuales están basados dentro del marco de la metodología antes mencionada.

Se estudiaron un total de 100 pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 descontrolada, ambos sexos, a los cuales se les aplico el cuestionario MOS de apoyo social.

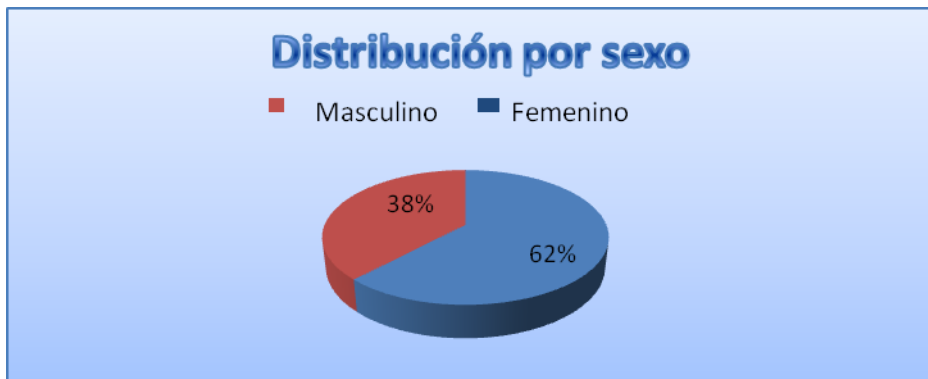
En la tabla 1, se puede observar que existe un mayor número de pacientes del sexo femenino durante el estudio, los cuales corresponden a 62 del total de la muestra estudiada, con un número restante total de 38 pacientes del sexo masculino.

Tabla 1.

Número de pacientes distribuidos por sexo		
Sexo	Número	Porcentaje
Femenino	62	62%
Masculino	38	38%
Total	100	100%

De manera esquemática, se representa en la gráfica 1, una distribución en porcentaje de los sexos de la muestra estudiada (38% sexo masculino, y 62% sexo femenino).

Gráfica 1.



Con respecto al descontrol glucémico, se observo lo señalado en la tabla 2.

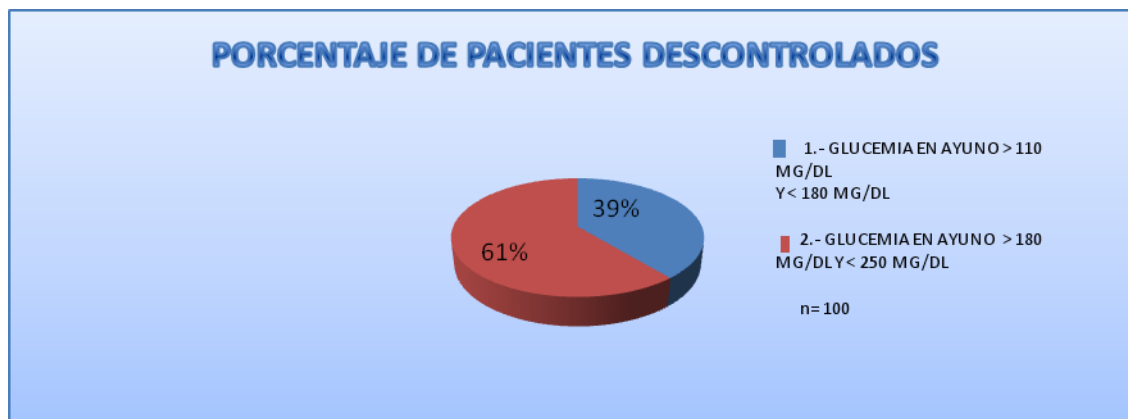
Tabla 2.

Glucemia	Número	Porcentaje
1	39	39%
2	61	61%
Total	100	100%

1.- GLUCEMIA EN AYUNO > 110 MG/DL	Y < 180 MG/DL
2.- GLUCEMIA EN AYUNO > 180 MG/DL Y < 250 MG/DL	

Cabe hacer mención, que existe un predominio de pacientes con glucemias centrales en ayunas con valores por arriba de 180 mg/dl y menores de 250 mg/dl, los cuales suman un total de 61 pacientes.

Grafica 2.

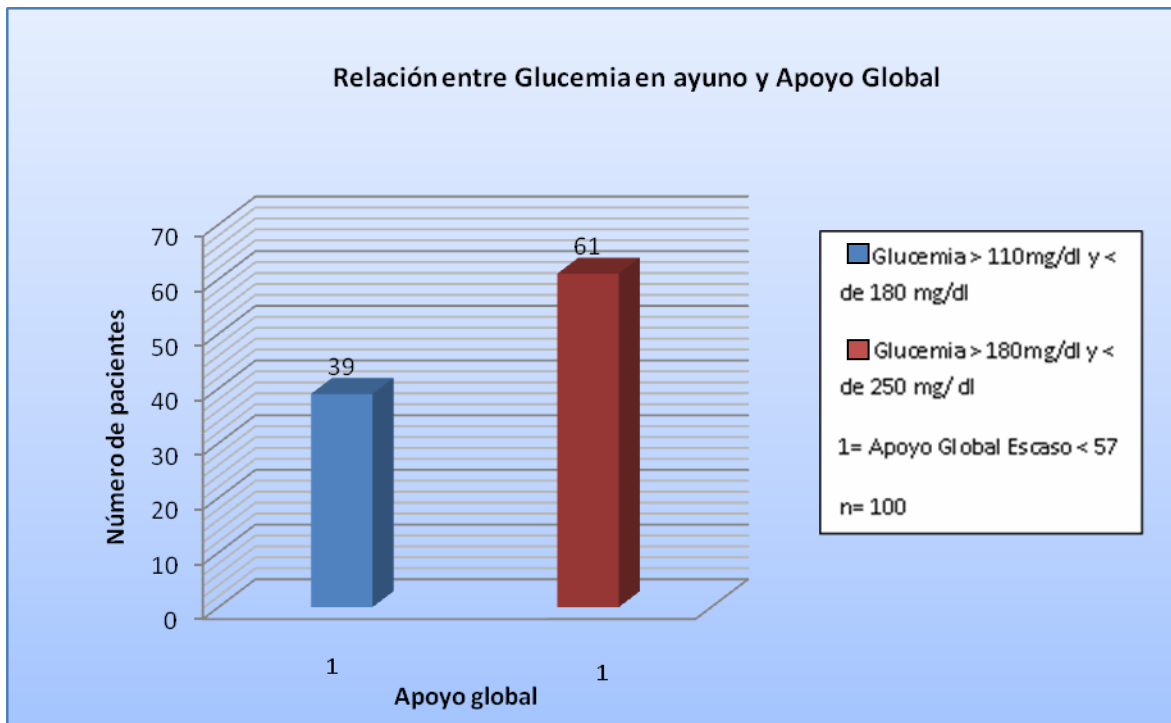


En esta gráfica (2) se observa el porcentaje de pacientes con descontrol glucémico, dividido de la siguiente manera: 39% del total de los pacientes tenían una glucemia en ayunas mayor de 110 mg/dl y menor de 180 mg/dl; a su vez 61% de los pacientes tenían un descontrol más marcado, con glucemias por arriba de 180 mg/dl y menor de 250 mg/dl.

Pasemos ahora a los resultados obtenidos, correlacionando la glucemia en ayuno, con los tipos de apoyo, mencionados en el cuestionario MOS de apoyo social.

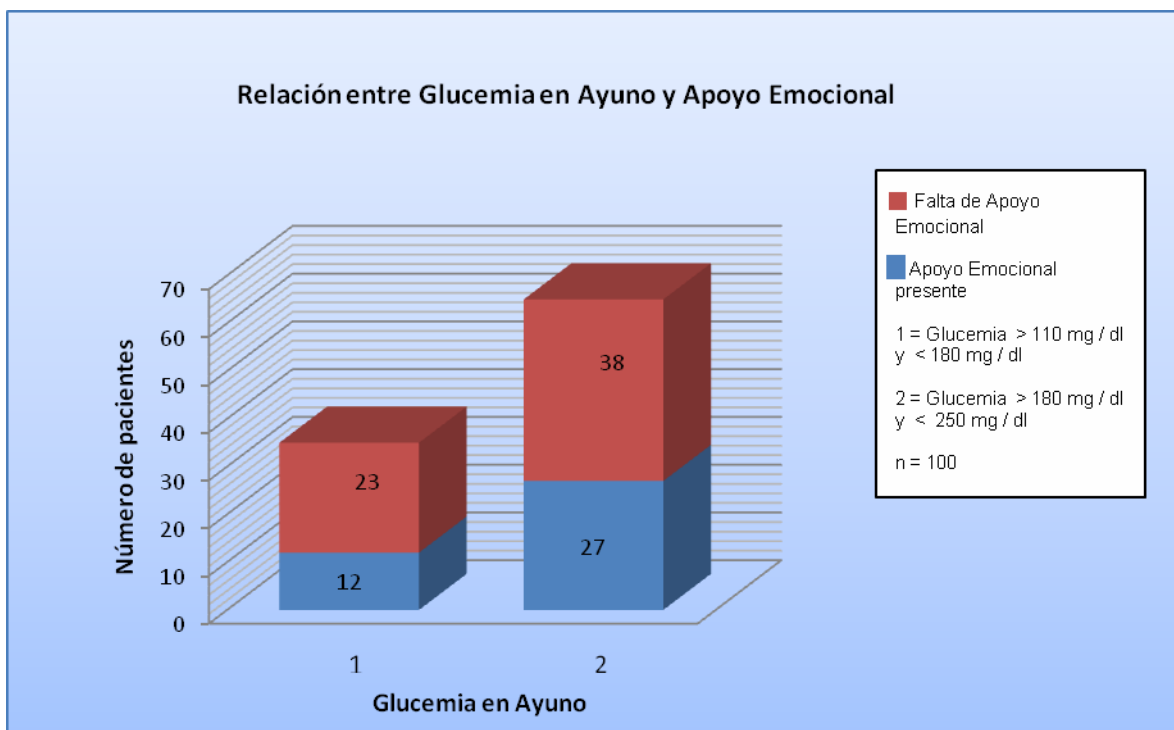
En la gráfica 3 se observa la relación existente entre la glucemia en ayuno y el llamado apoyo global.

Gráfica 3.



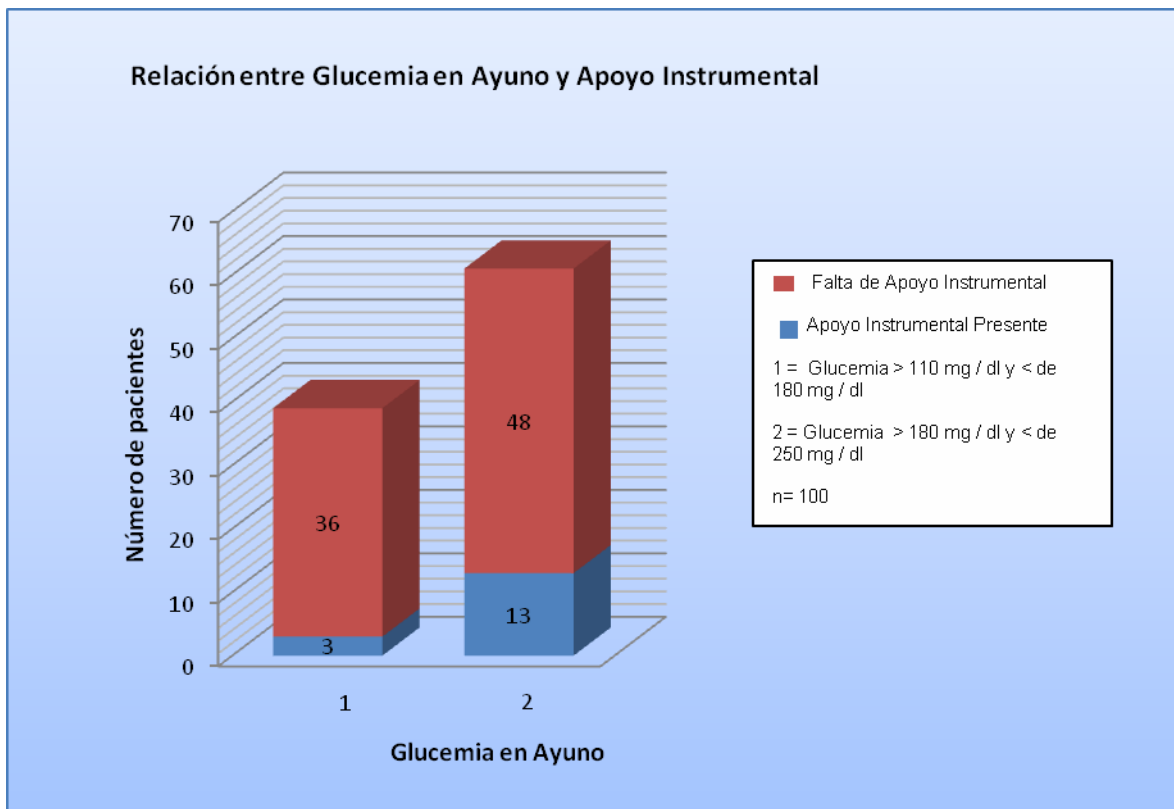
Se encontró que son más aquellos pacientes con mayor descontrol metabólico (61 pacientes), y apoyo global escaso, comparado con aquellos con menor descontrol glucémico (39 pacientes).

Gráfica 4.



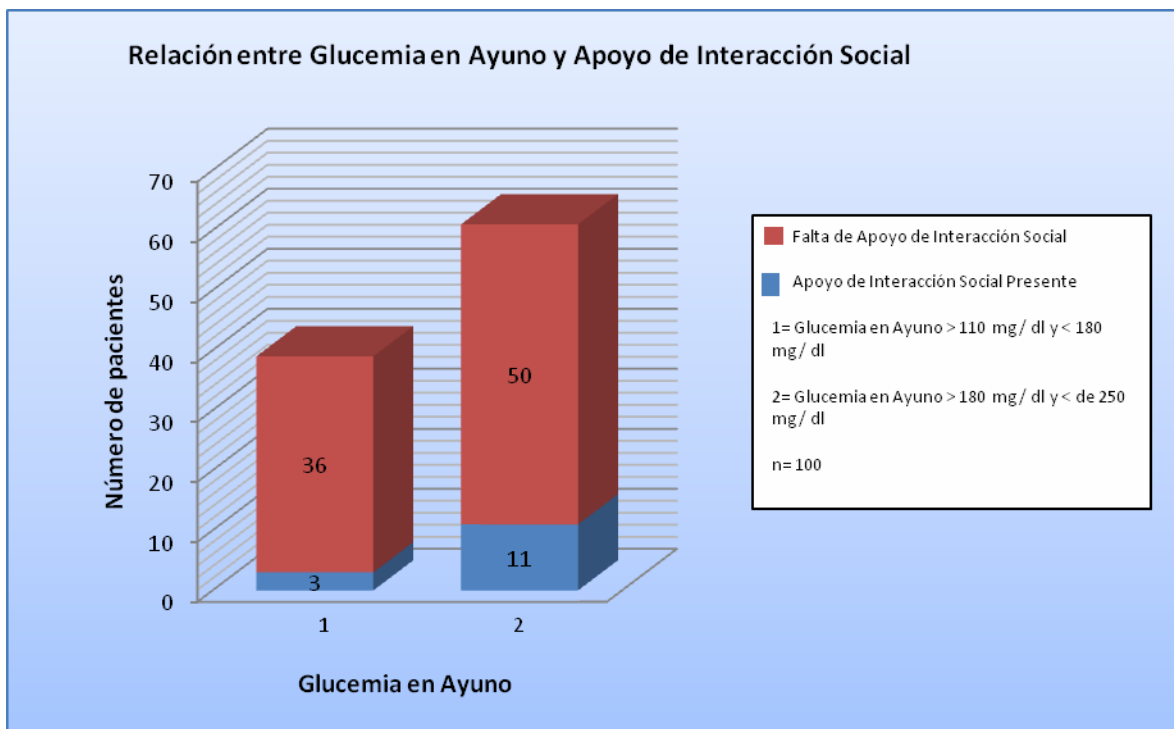
En la gráfica 4 se puede observar dos grupos, dentro de los cuales, aquellos con descontrol glucémico más marcado (38 pacientes), presentaron con mayor frecuencia falta de apoyo emocional. En ambos grupos, existían un número pequeño de pacientes con apoyo emocional presente : Apoyo Emocional Presente en 27 pacientes del grupo con mayor descontrol metabólico comparado con 12 pacientes con Apoyo Emocional Presente del grupo con menor descontrol glucémico, sin dejar de lado su predominio de falta de apoyo emocional, de los primeros.

Gráfica 5



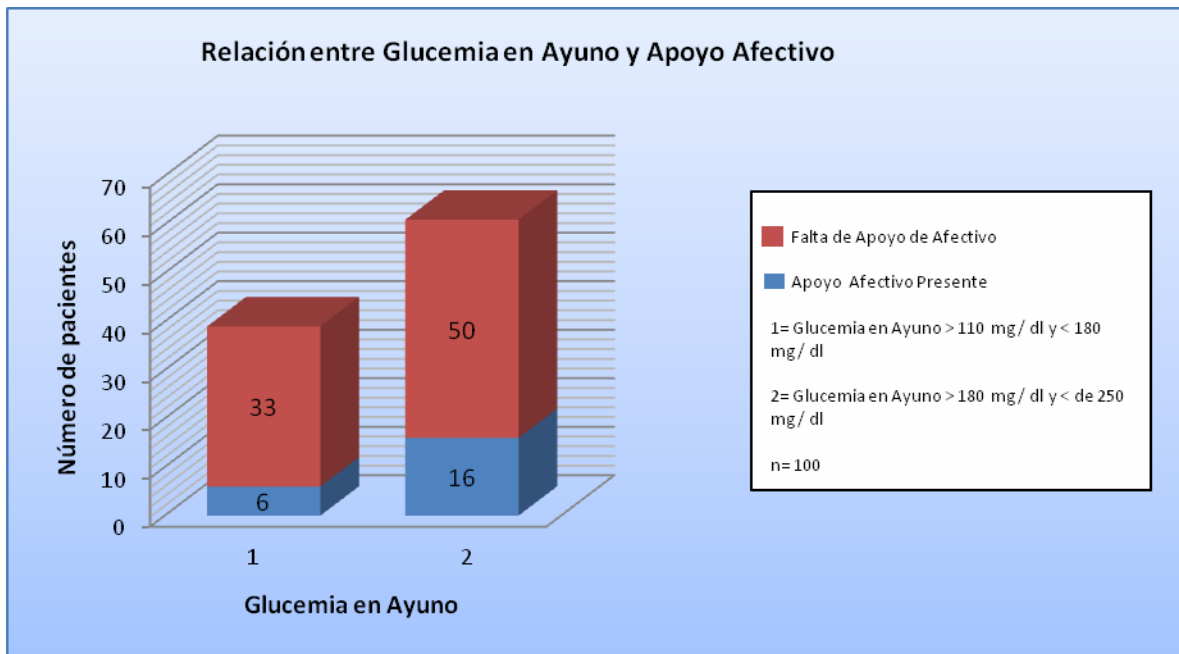
En esta gráfica (5), se observa, dos grupos de pacientes con descontrol glucémico, formando un total de 100 pacientes, la cual es nuestra muestra de estudio. En ambos grupos (glucemia 1, glucemia 2) se puede observar una minoría de pacientes con apoyo instrumental presente (3 y 13, respectivamente). Existe también en ambos grupos una gran mayoría de pacientes con falta de apoyo instrumental, siendo de predominio en aquellos con mayor descontrol metabólico (glucemia 2).

Gráfica 6



En la gráfica 6, se muestra que en ambos grupos (glucemia 1 y glucemia 2), existe un predominio en el número de pacientes con ausencia de este apoyo, predominando el grupo con glucemia 2 (glucemia en ayuno > 180 mg / dl y < 250 mg / dl). Del total de la muestra (n=100 pacientes), solo 14 pacientes distribuidos en ambos grupos presentaron apoyo de interacción social positivo.

Gráfica 7



Se puede observar en la gráfica 7, como una mayor proporción de pacientes en el grupo de glucemia 1 (33 para ser exactos), presento falta de apoyo afectivo y solo 6 pacientes si lo presentaron. Comparando al otro grupo de glucemia 2, podemos observar mayor número de pacientes del total de nuestra muestra (n= 100), con falta de apoyo afectivo (50), y dentro de este mismo grupo, una minoría de pacientes (16) con presencia del mismo.

DISCUSIÓN

En el adulto mayor existe una paulatina dependencia del grupo familiar, pues fisiológicamente su actividad funcional irá decayendo, necesitando cada vez más del apoyo en tareas que hasta el momento era autónomo. Hablar de Diabetes es considerar una enfermedad crónica degenerativa con características epidémicas, especialmente la Diabetes Mellitus tipo 2, que afecta a 90 % de los diabéticos en el mundo.

Es importante mencionar que existe una relación estrecha entre cada una de las categorías anteriormente analizadas en lo referente a los tipos de apoyo recibidos por los pacientes estudiados.

El índice global puntúa en un rango de 19 a 95, siendo mayor el apoyo percibido cuanto mayor es este puntaje. Se considera que existe un apoyo o índice global escaso cuando la puntuación está por debajo de 57 puntos. Es de llamar la atención que aquellos pacientes con mayor descontrol metabólico, presentaron un apoyo global escaso, esto en relación con el estrecho vínculo existente entre las redes de apoyo y enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes mellitus tipo 2.

Existen numerosos estudios que demuestran el impacto que ejerce el apoyo social sobre los procesos relacionados con la salud y la enfermedad. Así como de su efecto beneficioso sobre la evolución de enfermedades tan dispares como la depresión, artrosis o diabetes 2.

Es por ello que siendo tan evidentes las relaciones entre apoyo social y salud, existe cada vez mayor interés por incorporar el análisis y cuantificación del primero dentro de las actividades del médico de familia.

El apoyo informacional (emocional), referido a guía, oferta de consejo e información, lo miden los ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16,17 y 19 del cuestionario MOS de Apoyo Social, considerando falta del mismo con una puntuación menor de 24 puntos.

En este estudio se puede observar que los pacientes con descontrol glucémico más marcado presentaron con mayor frecuencia falta de apoyo emocional; es decir, el aspecto de consejo e información sobre su enfermedad no era el adecuado. Es importante mencionar que en los grupos analizados sobre este tipo de apoyo, existían un número pequeño de pacientes con apoyo emocional presente, y resulta curioso que aquellos con mayor descontrol, tenían, comparado con el otro, un número mayor de pacientes con apoyo emocional presente, no dejando de lado su predominio de falta de apoyo emocional en general.

El apoyo instrumental (material), esto es, la provisión de ayuda material que pueda recibir el consultado, conductas específicas que directamente ayudan a quien lo necesite y posibilidad de ayuda doméstica la valoran los ítems 2, 5, 12 y 15, del cuestionario MOS de Apoyo Social, y es considerado falta del mismo con una puntuación menor de 12.

Con respecto a este tipo de apoyo se observó que los dos grupos de pacientes analizados con descontrol glucémico presentaron una minoría de pacientes con

apoyo instrumental presente. Ahora bien, es de notarse, que existe también en ambos grupos una gran mayoría de pacientes con falta de apoyo instrumental, siendo de predominio en aquellos con mayor descontrol metabólico, corroborándose así esta relación existente a todas luces de este tipo de apoyo y el control metabólico.

Con respecto a la interacción social positiva la cual indica la disponibilidad de personas con las que salir, comunicarse, divertirse o distraerse, la miden los ítems 7,11, 14 y 18 del cuestionario MOS de Apoyo Social. Se podrá catalogar como falta de apoyo de interacción social cuando la puntuación este por debajo de 9.

Desde nuestro nacimiento hasta nuestra muerte, los seres humanos formamos parte de grupos sociales. Estos grupos se van modificando en extensión, calidad y cantidad, a medida que la vida transcurre. La satisfacción del apoyo de interacción social en los pacientes con diabetes mellitus se asocia con mayor control metabólico. El contacto con parientes y amigos, así como la participación social, se asocia con menor morbi-mortalidad.

Es por ello que en este estudio se pudo establecer como la falta de apoyo de interacción social se relaciona con un mayor descontrol metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolada. En los grupos analizados se observa que existe un predominio en el número de pacientes con ausencia de este apoyo, predominando el grupo con glucemia 2 (glucemia en ayuno > 180 mg / dl y < 250 mg / dl). Del total de la muestra (n=100 pacientes), solo 14 pacientes distribuidos en ambos grupos presentaron apoyo de interacción social positivo.

El apoyo afectivo, que incluye las expresiones de amor, afecto y empatía, corresponde a las preguntas 6,10 y 20 del cuestionario MOS de Apoyo Social. Se podrá catalogar como falta de apoyo afectivo cuando la puntuación este por debajo de 9.

Probablemente, la vejez sea la etapa de la vida cargada de más estereotipos e ideas negativas; frecuentemente es asociada a tristeza, desaliento, falta de ilusiones, presencia de enfermedades, deterioro mental y de imagen así como a inutilidad. Esto propicia a que la sociedad los margine y que sus redes de apoyo sean escasas y de mala calidad. El vínculo más fuerte del adulto mayor es aquel que se establece con la pareja sentimental; sin embargo, las relaciones con la madre, el padre, los hijos y los amigos, también cumplen los criterios usados para describir las relaciones más cercanas, y por lo tanto su apoyo afectivo.

Al evaluar las distintas clases de apoyo anteriormente mencionadas, el apoyo afectivo no fue la excepción, con respecto a su falta y su relación con mayor descontrol metabólico. Se puede observar como una mayor proporción de pacientes con mayor descontrol metabólico presentó falta de apoyo afectivo y solo una minoría de estos si lo presentaron.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Anzures Carro Ricardo León et al. Medicina Familiar. México. Corporativo Intermédica, S.A. De C.V. 2008. pp. 33-354, 437-465.
- 2.- Huerta González José Luis. Medicina Familiar. La Familia en el Proceso Salud-Enfermedad. México. Editorial Alfil. 2005. pp. 153-161.
- 3.-Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención. IMSS. Agosto 2009.
- 4.- Fernández Ortega Miguel Angel. El Impacto de la Enfermedad en la Familia. Rev. Fac Med UNAM Vol.47 No.6 Noviembre-Diciembre, 2004. pp. 250-254.
- 5.- Garza Elizondo T. y Col. Proceso para llegar a ser enfermo y paciente: una perspectiva desde la medicina familiar. Arch Med Fam. 2004. Vol. 6(2). Mayo-agosto. Pp57-60
- 6.- La Familia Frente a la Enfermedad Crónica y la Discapacidad. Asociación Argentina de Neurofibromatosis. Cuadernillo 13. Disponible en URL, www.aanf.org.ar
- 7.- Grau Rubio, C. (2.002): Impacto psicosocial del cáncer infantil en la familia. Educación, Desarrollo y Diversidad. 5 (2) nº monográfico, 67-87.
- 8.- Boyer Navarro María. La Familia ante la Enfermedad. XIII Jornadas Nacionales de Humanización de la Salud. pp. 1-6.
- 9.- Gimeno Merce. La Enfermedad Crónica y la Familia. Centro Londres 94. Psiquiatría-Paidopsiquiatría. Familia Schola. pp. 1-13.
- 10.- Membrillo Luna Apolinar. FAMILIA. Introducción al estudio de sus elementos. México. Editores de textos mexicanos, 2008. pp. 221-241.
- 11.- Kuthy MI. El paciente Terminal y su Familia. Revista del Residente de Psiquiatría. Instituto Mexicano de Psiquiatría. 1993; 4(2): 22-25
- 12.- Muñoz CF, Espinosa AJM, Portillo SJ, Rodríguez GG. La familia en la enfermedad terminal (I). Medicina de Familia. 2002; 3: 190-199.
- 13.- Pelechano, V. (1999) Calidad de vida, familia y afrontamiento en la enfermedad física crónica: Datos y sugerencias para un modelo. En J. Buendía, Familia y Psicología de la Salud (pp. 133-179) Madrid: Pirámide.
- 14.- Mora Escalante Elena. La Atención de Enfermería Sobre el Impacto de la Enfermedad Crónica en la Familia. Enfermería en Costa Rica. Mayo 2005. Vol. 26 (1). pp. 20-22
- 15.- Capítulo 1. El Adulto Mayor. Disponible en URL: catarina.udlap.mx/udla/tales/documentos/e/capitulo1.pdf
- 16.- Trujillo de los Santos Zoila. Latinoamérica Envejece. Visión Gerontológico/Geriátrica. México. McGraw-Hill Interamericana. 2007. pp. 5-66.

- 17.- Terán-Trillo y cols. Redes Sociales en la Atención Médica Familiar. Arch Med Fam 1999; 1(2): 35-44.
- 18.- Solórzano María de Lourdes. Estudio Integral Del Ser Humano y su Familia. Caracas Venezuela. Gráficas de La Badoniana, CA. 2001. pp. 49-61, 160-178, 212-261.
- 19.- Guzmán José Miguel, Huenchuan Sandra CELADE-División de Población de la CEPAL Montes de Oca Verónica Universidad Nacional Autónoma de México, México. Redes de Apoyo Social de Personas Mayores: Marco Teórico Conceptual. Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social 51 Congreso Internacional de Americanistas Santiago de Chile, 14 al 18 de julio de 2003.pp. 1-20
- 20.- Guzmán José Miguel y cols. Redes de Apoyo Social a las Personas Mayores. Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a Personas Adultas Mayores: El Rol del Estad, la Familia y la Comunidad. Santiago de Chile, 9 al 12 diciembre del 2002. pp. 1-28
- 21.- Lahuerta C, et al. La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana. Gac Sanit 2004;18 (2):83-91
- 22.- González-Torres VM, et al: Calidad de vida en el paciente diabético tipo 2 con Redes de Apoyo Familiar. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2009; 17 (2): 69-78.
- 23.- García Herrera Ángel. El Apoyo Social. Lltre. Colegio Oficial de Psicólogos de las Palmas. Publicado en Hojas Informativas de los Psicólogos de las Palmas, No 52 Época II Febrero 2003. pp. 1-6.
- 24.- Vera Noriega y Sotelo Quiñones. Bienestar y Redes de Apoyo Social en la Población de la Tercera Edad. La Psicología Social en México. Construcción y Desarrollo del Ser Social, Vol. X. pp. 95-102.
- 25.- De la Revilla Ahumada L, et al. Validación del Cuestionario MOS de Apoyo Social en Atención Primaria. Medicina de Familia (And) Vol. 6, No 1, abril 2005. pp. 10-18.

ANEXOS

Anexo No. 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento para participar en la encuesta Redes de Apoyo el Adulto Mayor con DM tipo 2 Descontrolada en la UMF 28”

Esta investigación tiene la autorización para realizarse en la Consulta Externa de la UMF numero 28 “Gabriel Mancera “IMSS, la información que usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónimo y será obtenida de manera voluntaria.

Si usted siente que alguna de las preguntas le causan incomodidad o molestia, tiene la libertad de no contestarla (s) respetando su pensamiento y decisión. También si usted se siente en algún momento herido (a), lastimado (a) o agredido en su intimidad, dignidad, valores o moral, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a usted, terminando así con su valiosa colaboración.

Declaro que se me ha informado ampliamente en que consiste mi participación y de los beneficios derivados de la misma.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta que tenga acerca del cuestionario que se llevarán a cabo.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme en el momento que yo decida sin que ello afecte la atención médica que he recibido en el instituto.

Por medio de la presente yo,

_____ ,
acepto participar en el proyecto de investigación cuyo nombre es:”Redes de Apoyo en el Adulto Mayor con DM tipo 2 Descontrolada en la UMF Número 28”. Registrado ante el comité de investigación con el número_____.

Lugar y Fecha

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del testigo

Nombre, firma y matrícula del investigador principal

Muchas Gracias por su Participación

Anexo No. 2

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION REGIONAL CENTRO
DELEGACION No 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 28
EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA

Redes de Apoyo en el Adulto Mayor con DM tipo 2 Descontrolada en la UMF 28
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____
AFILIACION: _____ CONSULTORIO _____
SEXO: _____ OCUPACION _____ ESCOLARIDAD _____
ESTADO CIVIL: _____ RELIGION _____
DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: _____
PUNTUACION CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL: _____

Anexo 3

Instrumento de Evaluación

Cuestionario MOS de Apoyo Social

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone.

1.-Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (Personas con las que se encuentra a gusto, y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre).

Escriba el número de amigos íntimos y familiares cercanos.

--	--

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

(Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

	NUNCA	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesite	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5

7. Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a enfrentar una situación	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abraze	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si esta enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5

18. Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

Anexo 4 Cronograma

2009

2010

Actividad	Agosto	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene ro	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep	Oct	Nov	Dic
Título del proyecto																	
Antecedentes del tema																	
Marco teórico																	
Bibliografía																	
Portada(Hoja frontal)																	
Marco teórico																	
Planteamiento del problema																	
Justificación																	
Objetivos: generales y específicos																	
Hipótesis																	
Material y métodos																	
Diseño de investigación del estudio																	
Población, lugar y tiempo																	
Muestra																	
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación																	
VARIABLES: tipo y escala de medición																	
Definición conceptual y operacional de las variables																	
Diseño estadístico																	
Instrumentos de recolección de datos																	
Método de recolección de datos																	
Maniobras para controlar o evitar sesgos																	
Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio																	
Consideraciones éticas																	
Registro y autorización del proyecto																	
Captura de pacientes																	
Proceso y análisis de resultados																	
Conclusión y discusiones																	
Entrega de tesis																	