



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 3
CIUDAD VALLES , SAN LUIS POTOSÍ.

COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTE ADULTO MAYOR
DIABÉTICO TIPO 2 ADSCRITOS A LA UMF No 35 DEL IMSS DE AXTLA DE
TERRAZAS, SAN LUIS POTOSÍ DEL PERIODO DE JULIO A SEPTIEMBRE 2008.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

JUANA ANGELA CAÑAS MEDINA

CIUDAD VALLES, SAN LUIS POTOSÍ.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTE
ADULTO MAYOR DIABÉTICO TIPO 2 ADSCRITOS A LA UMF No
35 DE AXTLA DE TERRAZAS SLP, DEL PERIODO DE JULIO A
SEPTIEMBRE DE 2008.**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

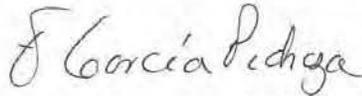
PRESENTA

DRA. JUANA ANGELA CAÑAS MEDINA

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDRÓZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTE ADULTO MAYOR
DIABETICO TIPO 2 ADSCRITOS A LA UMF No 35 DEL IMSS DE AXTLA DE
TERRAZAS, SAN LUIS POTOSÍ DEL PERIODO DE JULIO A SEPTIEMBRE
2008.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

JUANA ANGELA CAÑAS MEDINA

AUTORIZACIONES:

DRA. JOVITA SALAZAR CRUZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
(CIUDAD VALLES, SAN LUIS POTOSÍ)


DR. HECTOR DE JESUS ANDRADE RODRIGUEZ

ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS
MAESTRIA EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA

DR. CARLOS VICENTE RODRIGUEZ PEREZ

ASESOR DEL TEMA DE TESIS
MEDICO FAMILIAR

DR. JOSE FERNANDO VELASCO CHAVEZ

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

CIUDAD VALLES, SAN LUIS POTOSÍ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

ESTRUCTURA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

1. Título
2. Índice general
3. Marco teórico (marco de referencia o antecedentes)
4. Planteamiento del problema
5. Justificación
6. Objetivos
 - General
 - Específicos
7. Hipótesis (no necesaria en estudios descriptivos)
8. Metodología
 - Tipo de estudio
 - Población, lugar y tiempo de estudio
 - Tipo de muestra y tamaño de la muestra
 - Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación
 - Información a recolectar (Variables a recolectar)
 - Método o procedimiento para captar la información
 - Consideraciones éticas
9. Resultados
 - Descripción (análisis estadístico) de los resultados
 - Tablas (cuadros) y gráficas
10. Discusión (interpretación analítica) de los resultados encontrados
11. Conclusiones (incluye sugerencias o recomendaciones del investigador)
12. Referencias bibliográficas
13. Anexos

TITULO

**COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTE ADULTO MAYOR
DIABÉTICO TIPO 2 ADSCRITOS A LA UMF N° 35 DEL IMSS DE AXTLA DE
TERRAZAS, SAN LUIS POTOSÍ DEL PERIODO DE JULIO A SEPTIEMBRE 2008.**

INDICE

Introducción	7
Marco teórico	11
Planteamiento del problema	21
Justificación.	24
Objetivos.	26
Objetivo general	26
Objetivo específicos	26
Material y método	26
Diseño de estudio	
Tipo de estudio	
Criterios de inclusión	27
Criterios de exclusión	27
Criterios de eliminación	27
Muestra.	28
Tamaño de la muestra	28
Variables de estudio	29
Procedimiento	31
Cronograma de actividades	32
Recursos humanos	33
Recursos físicos	33
Análisis estadístico	33
Consideraciones éticas	34
Resultados	35
Discusión	44
Conclusiones	45
Sugerencias	46
Bibliografía.	47
Anexos.	52

INTRODUCCIÓN.

Como sistema social la familia se enfrenta a nuevos y difíciles retos y experimenta cambios que con frecuencia alteran la salud familiar. Retos cuyos efectos negativos recaen en los miembros más vulnerables del sistema familiar entre los que se encuentran los adultos mayores diabéticos, los cuales son expuestos al abandono, descuido y mal trato, aislamiento familiar y social. La funcionalidad familiar es la capacidad que tiene la familia de mantener la congruencia y estabilidad ante la presencia de cambios o eventos que la desestabilizan y que pueden ser generadores de enfermedades en los miembros del sistema familiar. Una familia es saludable y mantiene el bienestar de sus miembros en la medida en que como sistema logre la congruencia, estabilidad familiar y personal y responda a las demandas del entorno.¹

Una de las funciones esenciales de la familia la constituye el prestar apoyo a los miembros que la integran. En caso de la aparición de una enfermedad crónica esta función adquiere singular importancia, tanto desde el punto de vista físico como emocional y gracias a ella se pueden resolver situaciones conflictivas que influirán a su vez en el correcto control de la enfermedad²

El incremento de la población adulta mayor en el país, plantea retos de gran magnitud, para el sector salud. Esto incluye el sistema familiar y las relaciones intergeneracionales, debido a que el perfil de salud de los adultos mayores muestra una tendencia a padecer enfermedades crónico-degenerativas principalmente la diabetes, aunado a problemas de dependencia física propios de esta etapa de la vida, situación que requiere mayor atención por parte de los familiares. A nivel mundial, debemos reconocer que el hecho de estar viviendo más años no es un problema sino un logro.³ Este hecho naturalmente, demanda ciertos cambios de actitudes. Venerados y protegidos en algunos lugares, en otros, las personas de edad son degradados, arrinconados, abandonados y

sufriendo de abusos físicos, psíquicos y financieros. Sin embargo, la marginación de las personas de edad deberá ser erradicada del planeta en los próximos años. Según opinión de los demógrafos de las Naciones Unidas, es muy probable que, en un plazo de 50 años, haya por primera vez en la historia más personas mayores de 60 años que niños menores de quince. Mientras ahora una de cada diez personas tiene menos de 60 años, en el año 2050 la proporción será de una por cada cinco. Y se espera que las cifras de los que tienen más de 80 años se quintupliquen.³

En México los adultos mayores son considerados como aquellas persona de 60 años y más, caracterizadas por presentar cambios físicos, fisiológicos, psicológicos y espirituales propios del proceso de envejecimiento, una de las funciones esenciales de la familia la constituye la de presentar apoyo a los miembros que la integran. En caso de la aparición de una enfermedad crónica como la diabetes esta función adquiere singular importancia, tanto desde el punto de vista físico como emocional y gracias a ella se pueden resolver situaciones conflictivas. Dentro del papel del médico familiar se encuentra como labor esencial el reconocer la influencia de los factores familiares sobre la salud del adulto mayor diabético. Las personas diabéticas tienen síntomas y tienen también familia. El camino entre adultos mayores diabéticos y sus familias se recorre en ambas direcciones.⁴

En México como en el mundo la diabetes mellitus tipo 2 constituye un severo problema de salud pública. Es la enfermedad crónica que mayor atención y derogación demanda. El interés por el estudio sistemático y científico de la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad con el cual el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo.⁵

En los adultos mayores, el padecer de las enfermedades crónicas se suma al proceso mismo de envejecimiento y a la situación social en que viven. El retiro del mercado de trabajo o la jubilación son acontecimientos que marcan de manera importante esta etapa de la vida, ya que los individuos experimentan una redefinición de sus papeles sociales y porque ven disminuir sus recursos económicos. Hombres y mujeres mayores de 60 años, con limitaciones financieras, a veces no sólo enfrentan una enfermedad sino varias, pues suelen surgir las complicaciones y otros malestares relacionados que al ser crónicos y degenerativos, van a ocasionar una mayor incapacidad y una creciente invalidez.⁵

El envejecimiento individual no es un fenómeno exclusivo de las sociedades modernas: han estado en todas las etapas del desarrollo social. En el presente siglo se enfrenta una situación singular y es que el aumento progresivo de la proporción de personas de edad avanzada y diabéticas se ha convertido en un reto para la sociedad, el médico y la familia.⁶

El adulto mayor en sí, sufre con frecuencia, a causa del entorno, una especie de exclusión y descalificación; a veces llega a tal extremo que puede hablarse de una muerte social ante la cual se vuelve frágil, con crisis frecuentes de depresión o de abandono familiar o social. El adulto mayor diabético no está solo y no debe estar solo, para su adecuado tratamiento y de todo su entorno social y familiar. El apoyo familiar es básico para la toma de decisiones y la ejecución de acciones adecuadas.⁷

En la dinámica familiar normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento al adulto mayor diabético de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás. La disfuncionalidad se caracteriza por la rigidez que no permite alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas.⁷

Las dificultades familiares y sociales influyen en el control de la enfermedad: hábitos adquiridos muy arraigados en su comportamiento, aislamiento social, soledad, disponibilidad de servicio de apoyo.⁸

Reconocer a la familia como factor estratégico para promover el envejecimiento activo y exitoso, genera la necesidad de identificar el tipo de funcionalidad familiar con pacientes adulto mayor diabético tipo 2.

MARCO TEORICO.

La función esencial de la familia es preservar la seguridad de sus miembros, así como la de educación de los hijos. Estos adquieren el lenguaje, las costumbres y las tradiciones de su grupo cultural. De esta forma es como se transmiten los valores de la cultura en la que esta insertada la familia. La familia actúa como agente ideológico que trasmite y perpetua las acciones y normas sociales. Se relaciona con la transmisión de actitudes que se deben adoptar, en este caso, para relacionarse con los adultos mayores. La familia está compuesta por individuos genéticamente relacionados o no, que han desarrollado relaciones entre si, o que vivan juntos como si fueran parientes.⁹

El envejecimiento de la población conlleva a mayor frecuencia de enfermedades crónicas (diabetes) que son incapacitantes y en estos, es la familia especialmente la mujer, la que soporta mayor carga física y emocional.⁽⁹⁾

La familia es considerada la célula de la sociedad y como sistema depende de que la interacción continúe con el macrosistema social, a la vez que con los subsistemas que la integran (parental, filial) y por cada uno de sus miembros en particular. En relación con los adultos mayores cabe destacar algunos aspectos importantes de la familia: provee cuidados en casos de enfermedad, brinda estima, afecto y gratificación.¹⁰

En cuanto a diferencia de género sabemos que la supervivencia es mayor en las mujeres, tienen menor participación económica y mayor índice de analfabetismo, mayor vulnerabilidad y marginalidad. En cuanto a la salud, a pesar de tener mayor esperanza de vida las estadísticas indican mayor morbilidad, limitación funcional que los varones de la misma edad. Independientemente de que las mujeres acuden más a los servicios de salud.¹⁰

La dinámica de interrelación se establece entre la familia y el adulto mayor diabético y es uno de los factores determinantes del control metabólico de este padecimiento en particular que los diabéticos adultos mayores con medio familiar favorable, aumenta significativamente su conocimiento de la enfermedad, reduce el estrés y mejora la realización de tratamientos.¹¹

Para abordar la problemática del adulto mayor diabético y su familia se recomienda:

- Funcionalidad familiar.
- Establecer una relación medico-adulto mayor diabético – familia.
- Establecer un plan diagnóstico global o integral del adulto mayor diabético y su familia.
- Establecer un plan terapéutico de manera individual.
- Prevenir o evitar iatrogenias, abuso y negligencia en el adulto mayor.^{6,12}

Funcionalidad familiar en el adulto mayor diabético es aquella en la que los ciclos de transferencia y estabilidad se alteran respondiendo a las necesidades, tanto de la familia como unidad, como la de los miembros familiares individuales. La familia multigeneracional requiere además, reconocer y aceptar las diferencias generacionales.¹²

La familia funcional requiere continuidad entre el pasado y el futuro. Implica que los hijos adultos asuman la responsabilidad frente a los padres. Los padres suelen hacer reclamos sobre atención y cuidados cuando su influencia familiar disminuye. No siempre son asumidos ni atendidos, la calidad de los vínculos se inscriben en la historia de las relaciones interpersonales de la familia.¹²

La familia es disfuncional cuando las necesidades y demandas que se presentan en el desarrollo vital no son enfrentadas adecuadamente. Se altera por ende el equilibrio entre estabilidad y cambio, produciendo rigideces y desajustes

adaptativos que se pueden prolongar por años, con gran sufrimiento para algunos miembros. Cuando la diabetes mellitus tipo 2 irrumpe o presenta complicaciones, el conflicto toma un tono diferente si se agrava y es necesario reorganizar el sistema familiar.¹²

La familia está en riesgo de presentar disfunción cuando hay:

1. Historia de disfunción familiar en etapas previas del ciclo vital.
2. Actitudes intolerantes hacia las características propias del envejecimiento y la enfermedad.
3. Deterioro del estado funcional del adulto mayor diabético.
4. Dificultad en el reajuste y/o cambio en roles familiares que se imponen en esta etapa.
5. Insuficiencia en el sistema de apoyo familiar al adulto mayor diabético
6. Rigidez a la escala jerárquica o en la toma de decisiones de la familia.
7. Dificultad en la adaptación a eventos vitales que se dan en la vejez.

La disfunción familiar en el adulto mayor diabético afecta de la siguiente manera:

1. Aparecen trastornos afectivos: depresión ansiedad, irritabilidad, alteraciones del sueño.
2. Aumenta el riesgo de complicaciones.
3. Descontroles frecuentes de glicemia y nivel nutricional del adulto mayor.
4. Se descuida la atención médica del adulto mayor.

Ser anciano con una familia funcional o disfuncional, es un gran problema social que afecta a todas las sociedades del mundo, pero si además de ser anciano se es diabético el problema se agrava de una manera impresionante y es en sí uno de los fenómenos sociales de mayor impacto de este siglo. Las tendencias de este incremento tienen diversas manifestaciones, que plantean nuestras necesidades. Más allá de ser un fenómeno demográfico, las personas son las que envejecen y las sociedades las que deben buscar formas adecuadas para responder a nuevas demandas.¹³

Un adulto mayor con diabetes se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre a su familia en busca de ayuda y consejos para solucionar sus problemas de salud; la respuesta que le brinden influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica y, por lo tanto, en el control de la diabetes. ¹⁴

La reacción de la familia ante la presencia de un adulto mayor diabético dependerá de varios factores: del tipo de familia, la cultura y la educación de cada miembro; del desarrollo familiar y de las ideas sobre la diabetes y su tratamiento, lo que influye en el enfermo. ¹⁴

En la sociedad occidental, la función esencial de la familia es preservar la seguridad de sus miembros, adquirir el lenguaje, las tradiciones y las costumbres. De esta forma se trasmite los valores que permitirán la seguridad y el tratamiento adecuado de un paciente adulto mayor diabético o no diabético y todo lo que se relaciona con ellos. El envejecimiento de la población de los países desarrollados amenaza con convertirse en un grave problema sociosanitario en la región europea cuando a comienzos del próximo siglo alcance el 20% en su población total. ¹⁵

El proceso de envejecimiento demográfico ocurrirá en México en un lapso menor al observado en países más desarrollados y en un contexto social económico menos favorable. En México, desde 1940 la diabetes ya se encontraba dentro de las primeras 20 causas de mortalidad, con una tasa de 4.2 por 100,000 habitantes. Pese a ello, se consideraba una enfermedad poco frecuente (1% de la población adulta mayor). Las consecuencias de la enfermedad crecieron a partir de 1970, cuando la diabetes ocupó el 15^a lugar como causa de muerte. Diez años después ocupó el noveno lugar y para 1990 alcanzó el cuarto lugar. A partir del año 2000, la diabetes es la primer causa de muerte (después de la cardiopatía isquemia secundario a diabetes la mayoría de las veces). La tasa de mortalidad por diabetes mellitus tipo 2 aumentó desde el año 2000 al 2003, la diabetes

representó 12.6% de todas las muertes ocurridas en el país y la edad promedio al morir fue de 66 años. ¹⁶

Dada la naturaleza crónica de la enfermedad, la gravedad de sus complicaciones y los medios que se necesitan para su control, la diabetes es una enfermedad costosa. Los mecanismos para financiar la asistencia sanitaria son inexistentes en la mayoría de los países en desarrollo, de aquí que los costos sanitarios salgan habitualmente de la economía familiar. En muchos casos se ven forzados a elegir entre atención médica o alimentación y vestido, y tales limitaciones económicas desembocan inevitablemente en una sub utilización de la atención médica. ¹⁷

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un 80% de las personas de los países en vías de desarrollo paga directamente parte o la totalidad de sus medicamentos. En América Latina, las familias pagan entre el 40 y el 60% de los costos de atención diabética de su propio bolsillo. En la India, una familia de bajos ingresos con un adulto que padece diabetes gasta hasta el 25% de su presupuesto en costos de atención médica. ¹⁸

En 2007, se estima que el mundo destine entre 215 y 375 billones de dólares para cubrir los costos de atención médica a la diabetes y a las complicaciones de salud que ésta conlleva. Si no se toman medidas durante los próximos 20 años, estas cifras se elevarían a un total de entre 234 a 411 billones de dólares. Puesto que la diabetes se extiende con mayor rapidez en los países de un nivel de ingresos bajo y medio, serán los países en desarrollo los que soportarán el mayor peso de la creciente carga económica. ¹⁹

El envejecimiento de la población implica una mayor demanda de servicios de salud, pues en este grupo de edad se presenta mayor tasa de morbilidad y necesidades de atención médica que en el resto de la población. El cuidado de la vejez en México recae principalmente en la familia, por lo que la composición en el

que residen los adultos mayores puede incidir en forma importante en su bienestar físico y emocional.¹⁹

En España más del 20% de la población será anciana dentro de 30 años, los datos actuales indican que alrededor del 16% de ancianos son diabéticos, cifra que se elevará hasta el 20% si se considera el subgrupo mayor de 80 años, y dependiendo de la personalidad psicológica del adulto mayor y del grado de apoyo familiar y social se podrán evitar complicaciones.²⁰

Los adultos mayores diabéticos también coexisten habitualmente con muchas otras enfermedades propias de la edad, potenciándose mutuamente, y causa repercusiones severas sobre la función física o cognitiva, además el adulto mayor diabético es más frágil y por lo tanto más dependiente de la familia. La importancia de la familia y el adulto mayor diabético para el médico familiar toma relevancia ya que le permite tomar alternativas del manejo, de estos casos en particular son; en primer término concientizar al paciente de que es la enfermedad y cómo manejarla, mejor control de su metabolismo, y concepción del paciente y su entorno.²⁰

Ser adulto mayor diabético no debe ser motivo de abandono si se encuentra con una familia funcional y ambiente adecuado. De lo contrario si es disfuncional nuestro paciente se encontrará en un verdadero conflicto emocional.

El trabajo del médico familiar, con la familia del adulto mayor constituye un instrumento privilegiado e imprescindible en la atención geriátrica. La permanencia del adulto mayor diabético en su entorno social es un factor benéfico para sí mismo por contribuir a conservar sus capacidades.²¹

Así mismo es identificar los recursos que existen en la familia o la comunidad donde vive el adulto mayor, y determinar las necesidades de auxilio material, afectivo, social o espiritual para el mantenimiento de la salud.²²

Los instrumentos de medición de la función familiar ofrecen una apreciación gráfica de la familia y sus relaciones, lo que permite al profesional de salud desarrollar una visión integrada de las interacciones actuales, los puntos débiles y fuertes de la familia, así como su desarrollo histórico. Dichos instrumentos promueven la expresión de sentimientos entre el informante y el prestador, permitiendo contextualizar los eventos que aparecen en cada familia y haciendo fluida la relación entre los profesionales de la salud y los pacientes o usuarios.²³

La escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar FACES III, es la tercera versión de The Family Adaptability and cohesión Scales. Fue desarrollado con la finalidad de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con las familias, integra las tres dimensiones de la funcionalidad familiar:²³

Adaptabilidad: habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo.

Cohesión: grado de vinculación emocional que tiene los miembros de los sistemas familiares entre sí, grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia.

Comunicación: la cohesión y la adaptabilidad son las dimensiones principales, en tanto que la comunicación favorece el mantenimiento óptima de las otras dos.

Consta de 20 reactivos: diez de adaptabilidad y diez para cohesión. Es de fácil aplicación y de interpretación, tiene un alto nivel de confiabilidad y es un instrumento con excelentes perspectivas de aplicación.²³

Cuenta con una escala de cinco opciones: nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre. Con valores de 1 a 5.

Se puede aplicar a mayores de 15 años pero en este caso se utilizara en personas adulto mayor diabético tipo 2. El encuestador se abstendrá de dar lectura al cuestionario, permitiendo que la persona entrevistada lo haga por si misma a excepción de analfabetismo. No obstante podrá aclarar dudas que surjan con relación al significado de palabras o aseveraciones.

La calificación de cohesión es igual a la suma de los puntajes de los ítems nones. La adaptabilidad lo es de los ítems pares. Y se suman las calificaciones de cada una de ellas.

Las escalas que emplean este modelo son de tipo ordinal, y la combinación de ambas permite clasificar a las familias en 16 posibles tipos.²³

Calificación de cohesión del FACES III

<u>Cohesión</u>	<u>amplitud de clase</u>
No relacionada	10 a 34
Semirrelacionada	35 a 40
Relacionada	41 a 45
Aglutinada	46 a 50

Calificación de adaptabilidad del FACES III

<u>Adaptabilidad</u>	<u>amplitud de clase.</u>
Rígida	10 a 19
Estructurada	20 a 24
Flexible	25 a 28
Caótica	29 a 50

Muchas mujeres en el pasado cuidaron a sus madres y a sus padres, esto no implica que hoy, se pueda llevar a cabo una atención de calidad, sin un soporte adecuado de profesionales. Sin embargo todavía hoy muchas familias, tienen el convencimiento de que las mujeres de mediana edad tienen la preparación suficiente de cuidar adultos mayores, por la gran cantidad de personal de ayuda que se utiliza en España. ²⁴

La primera referencia de la diabetes se encontró en el Papiro de Ebers encontrado en 1862 en Tebas, en el Papiro se recoge una sintomatología que recuerda a la diabetes mellitus. La medicina oriental y árabe hacen una descripción detallada de la diabetes incluyendo el hecho de que la orina tenía sabor dulce, descrita en el siglo IV de nuestra era. Claud Bernard (1813-1878) observa que el azúcar que aparece en los diabéticos había estado almacenado en el hígado en forma de glucógeno. Inicia los experimentos en páncreas ligando el conducto pancreático. ²⁵

La familia fue y continúa siendo la principal cuidadora de las personas mayores que precisan ayuda, como en este caso los diabéticos, y se supone que la familia satisface las necesidades y expectativas de las personas ancianas. Además, poca información existe de por qué se cuida o en qué se basan las relaciones y qué factores inciden en la provisión del cuidado de calidad. El bienestar de la persona cuidada precisa de un análisis más profundo, ya que se ha detectado un vacío existente entre las necesidades de algunas personas adultas mayores y la satisfacción de las mismas por parte de las familias. Estamos en el momento de gran debate sobre los mitos, tabúes y dogmas referidos a la familia, con cambios que ha sufrido, aunque los lazos de parentesco continúan teniendo vigencia. ⁽²⁴⁾

El estudio de la familia de un adulto mayor es difícil de abordar porque es sumergirse en un dominio íntimo, impregnado por los sentimientos, el estudio de las conductas familiares nos permiten obtener datos reales sobre la atención a las personas adultas mayores. ¿Por qué las familias cuidan a los adultos mayores? El cuidar en la familia implica un “fuerte componente afectivo” (“se ama a las

personas para las cuales se realiza este trabajo”) que además esta impregnado de un elevado contenido moral, ya que se lleva a cabo en el marco de un conjunto de obligaciones y deberes derivado de los lazos de parentesco.²⁵

Se sabe que la diabetes mellitus tipo 2 es la más frecuente y que la prevalencia varia con la edad, pero en los latinos mayores de 60 años la tasa es muy alta con casi 1 de 5 adultos mayores padecen diabetes mellitus. Es conocido que la incidencia de diabetes aumenta con la edad, y que existe un incremento progresivo en los índices de envejecimiento de la población, por lo que con el paso del tiempo nos iremos encontrando más adultos mayores y más diabéticos.²⁵

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La familia mexicana tradicionalmente es más extensa, tiene mas individuos viviendo juntos que otro grupo étnico. La familia juega un papel importante en amortiguar la adaptabilidad y el efecto del estrés a la diabetes.²⁵

En el transcurso del tiempo la familia va adoptando ciertos patrones de comportamiento o dinámica familiar y depende del marco contextual en el cual se encuentra inmersa. Varios estudiosos de los patrones del comportamiento de los individuos a lo largo del tiempo han dividido por etapas este seguimiento, consideran que de alguna manera deben darse, de lo contrario estos ajustes en la familia pueden resultar en crisis. Pero es necesario también entender que los individuos actúan de cierto modo o tienen un papel que los caracteriza y eso se le denomina rol o papel. Por supuesto que esos roles están bien definidos cuando abordamos el estudio del adulto mayor con su familia y dependen de múltiples factores como la clase social a la que pertenecen.²⁶

El apoyo familiar es clave en el control de la enfermedad, debe proporcionar un ambiente favorable para equilibrar el estrés y mejorar el cumplimiento del tratamiento y la estabilidad emocional, dicho apoyo tiene sus bases en redes sociales, y deriva de las relaciones interpersonales familiares.²⁶

En el mundo, en el país y en el mismo San Luís Potosí no existe información cuantitativa y cualitativa confiable que nos permiten conocer la funcionalidad familiar para realizar medidas o acciones preventivas que permitan mejorar las condiciones del anciano diabético en cuanto a su padecimiento, o simplemente saber por qué se cuida.²⁷

Es conocido que la incidencia de diabetes aumenta con la edad, y que existe un progresivo incremento en los índices de envejecimiento de la población, por lo que

con el paso del tiempo iremos encontrando más adultos mayores y más diabéticos, también sabemos que el adulto mayor diabético tiene múltiples afecciones, aparte de las clínicas se encuentran sus complicaciones, un tratamiento deficiente, una familia disfuncional y las económicas.²⁸

La población mundial sigue creciendo, la inversión de la pirámide de población lleva a un envejecimiento de la población. Durante los próximos 50 años, el número de personas mayores de 60 años y más será el triple, aumentando de 606 millones a casi 2000 millones en el 2050. El envejecimiento de la población en los países desarrollados amenaza en convertirse en un grave problema sanitario para la región Europea.²⁹

Las diferentes regiones del mundo se encuentran en diferentes etapas en el proceso de envejecimiento de la población. La proporción de envejecimiento en los países desarrollados (21%) es en estos momentos mucho mayor que la de los países en desarrollo (8%). Ahora bien, aunque esas poblaciones de más edad se encuentran en los países desarrollados y en países con economías en transición, la mayoría de los adultos mayores del mundo vive en los países en desarrollo (63% en 2005 y del 2008). A diferencia de otras regiones en desarrollo, se prevé que África siga teniendo una población relativamente joven bien avanzado el siglo XXI. En 2005, 41% de la población de África era menor de 15 años, mientras que sólo 5% sobrepasaba los 60 años. Para 2050, la proporción de niños disminuirá 29%, y la de los adultos mayores aumentará a 10%.³⁰

De acuerdo con la ENSA (2000), la diabetes mellitus tiene una presencia muy heterogénea entre las entidades federativas, mientras que Baja California Sur muestra una prevalencia de casi 40 % con altas contribuciones de los diferentes grupos de edad. Las entidades de menor prevalencia son Chiapas y Oaxaca, donde es probable que per se las entidades más pobres el perfil epidemiológico refleje la mortalidad temprana de la población. Se calcula que el Instituto Mexicano Del Seguro social cubre poco más el 60% del total de la población

derechohabiente mayor de 60 años y más, 16% lo cubre el ISSSTE y 11.4 el seguro popular y otras instituciones de seguridad social.³¹

De acuerdo con estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) en México reside 8.2 millones de personas mayores de 60 años. Pero no contamos con la información de Axtla de Terrazas San Luis Potosí, tampoco hay información de su familia y mucho menos de la funcionalidad familiar, no sabemos como se comportan y que tanto acercamiento hay con el adulto mayor diabético y su entorno. el adulto mayor diabético aparte de acudir casi siempre solo a su consulta su control metabólico no es el adecuado.

¿COMO SERA LA COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR DIABÉTICOS TIPO 2 ADSCRITOS A LA UMF No 35 DEL IMSS DE AXTLA DE TERRAZAS, SAN LUIS POTOSÍ DEL PERIODO DE JULIO A SEPTIEMBRE DEL 2008?

JUSTIFICACIÓN

La diabetes en adulto mayor es el principal o uno los principales problemas de la salud pública en todo el mundo y representa una grave amenaza al bienestar instituciones públicas de seguridad social y también compromete a la viabilidad de las distintas formas de apoyo familiar a la vejez, en las que descansa el sostenimiento de la población de edades avanzadas en México. La familia constituye el contexto social más significativo y duradero para el ser humano enfermo.³²

Las áreas rurales generan condiciones de mayor vulnerabilidad, en general por las condiciones de pobreza, marginación en programas de bienestar social y de salud. Los diabéticos que envejecen en áreas rurales tienen menor cobertura de servicios, menor atención en cuanto a políticas sociales y mayor deterioro económico que en las áreas urbanas. Estas características se ven acentuadas por el desplazamiento de los hijos y familiares jóvenes hacia las ciudades lo cual reduce el tamaño y las posibilidades de acción de las redes familiares de apoyo tanto en zonas urbanas como en las rurales.

El estudio de la influencia que tiene la familia sobre el adulto mayor diabético resulta complicado, porque los parientes y la red social que rodean al diabético son de gran magnitud, aunque muchos médicos admiten la importancia de la familia en el control metabólico, es complicado identificar y documentar los aspectos relevantes. Existe poca información sobre la familia del adulto mayor diabético tipo 2.³²

No se tiene conocimiento sobre cohesión, adaptabilidad y funcionalidad familiar del adulto mayor diabético tipo 2 en Axtla de Terrazas San Luis Potosí.

Consideramos que para que exista una buena relación familiar debemos de identificar su cohesión y adaptabilidad en torno al adulto mayor diabético tipo 2 para garantizar su bienestar, la familia es determinante en su función

Es importante la comunicación médico-familia - adulto mayor diabético para establecer un ambiente de confianza, de iniciativa, de autonomía y de control de un paciente de tales características.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL.

IDENTIFICAR EL NIVEL DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTE ADULTO MAYOR DIABÉTICO TIPO 2 ADSCRITOS A LA UMF No 35 DEL IMSS DE AXTLA DE TERRAZAS, SAN LUIS POTOSÍ

OBJETIVO ESPECIFICO.

1. Determinar la frecuencia de complicaciones por diabetes tipo 2 en adultos mayores.
2. Determinar adaptabilidad familiar
3. Determinar Cohesión familiar
4. Determinar género.

Tipo de estudio: transversal observacional descriptivo

Diseño de estudio:

Transversal y observacional.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

- Adultos mayores de 60 años de edad diabéticos tipo 2
- Familiar directo del adulto mayor diabético tipo 2
- Pacientes adscritos a la UMF 35 de Axtla de Terrazas
- Pacientes con vigencia de derechos
- Pacientes con o sin complicaciones
- Sin importar genero
- Debe saber leer y escribir.

Criterios de exclusión

- Familiares que no acepten la investigación.
- Incapacidad para leer y escribir.
- Enfermedades psiquiátricas.

Criterios de eliminación:

- Paciente que fallezcan durante el estudio.
- Pacientes Hospitalizados
- Cuestionarios incompletos.

UNIVERSO DE ESTUDIO

Población adscrita a la U.M.F. No 35 de Axtla del IMSS de Terrazas San Luis Potosí.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Población adulta mayor diabética tipo 2 adscrita a la Unidad de Medicina Familiar 35 de Axtla de Terrazas San Luis Potosí.

TIEMPO DEL ESTUDIO

Periodo de julio a septiembre 2008.

TIPO DE MUESTRA.

No probabilístico, por conveniencia y población finita natural.

VARIABLES DE ESTUDIO

Nombre de la variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente de información
Funcionalidad familiar	Dependiente	Armonía que proporcionará a sus miembros la posibilidad de desarrollar sólidos sentimientos de identidad, seguridad y bienestar.	FACES III	Ordinal <u>Adaptabilidad amplitud de clase.</u> Rígida 10 a 19 Estructurada 20 a 24 Flexible 25 a 28 Caótica 29 a 50 <u>Cohesión amplitud de clase</u> No relacionada 10 a 34 Semirrelacionada 35 a 40 Relacionada 41 a 45 Aglutinada 46 a 50. Funcionalidad Ordinal	Encuesta FACES III
Adulto mayor diabético	Independiente	personas mayores de 60 años (4)	Personas adultos mayores que son diabéticas	Categórica nominal	Encuesta
Diabetes	Confusora	Síndrome con un metabolismo alterado e hiperglucemia inapropiada. Con cifras de glicemia por arriba de 126 mg. en ayunas	Expediente clínico.	Nominal 1) Si 2) No	Encuesta

Edad	Antecedente	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento.	Diabéticos mayores de 60 años	Ordinal 1) 60-63 2) >64	Encuesta
Género	Independiente.	Característica gramatical de los nombres por las que se dividen en hombres o mujeres	Hombre y mujeres con diabetes	Nominal 1) Masculino 2) Femenino	Encuesta
Años de evolución	Independiente	Tiempo transcurrido entre el inicio de la enfermedad hasta la fecha	Tiempo transcurrido entre el inicio de la enfermedad hasta la fecha	Ordinal 1) 1-5 años 2) >5 años	Encuesta
Complicaciones	Dependiente	Eventos clínicos que sobrevienen con el curso evolutivo de una enfermedad.	Independiente de complicación o no complicación. Definir tipo de complicación	Nominal 1) Si 2) No	Expediente clínico.

PROCEDIMIENTO

De julio a septiembre del 2008, se realizó un estudio descriptivo observacional por medio de una encuesta aplicada a las familias que cuentan con un integrante adulto mayor diabético adscritos a la UMF No 35 del IMSS de Axtla de Terrazas, San Luis Potosí.

Se les explicó el objetivo y se les dió a conocer hoja de consentimiento informado el cual será firmado de aceptación por el familiar, por el adulto mayor, un testigo y por el investigador.

Se corre el riesgo de que el familiar acepte y que el paciente no, por lo cual se tomara en cuenta la opinión de cónyuge con respecto a sus hijos y su familia. En caso contrario que el paciente acepte y el familiar no, entonces se eliminara ya que el objetivo es evaluar la funcionalidad familiar.

Para obtener la información se empleó el instrumento de medición: el FACESIII través de una encuesta que se aplicará en su domicilio, ya que muchos de ellos no cuentan con la compañía de un familiar al momento de la consulta en un período de febrero a marzo 2008.

Cronograma de actividades.

ACTIVIDAD	TIEMPO 2007-2008																
	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	
Asesoría metodológica	x	X	x	x													
Recopilación de información bibliográfica.	X	X	X	X													
Diseño del proyecto				X	X	x											
Capacitación de encuestador							X										
Registro del protocolo ante el comité de investigación local.								x									
Recolección de información.									x	x							
Captura de datos											x	x	x				
Análisis de datos													x				
Manejo estadístico														x	x		
Presentación a la UNAM																	x

Recursos Humanos para la Investigación:

Se cuenta con un investigador.

Recursos Físicos.

Una computadora.

Papelería para el desarrollo de impresión del protocolo.

Material impreso para las encuestas.

Lápices.

Una computadora. 12 000.00 pesos.

Papel para la computadora: 4 paquetes de 500 hojas. Precio unitario 40.00 pesos, con un total de 160 pesos.

Instrumentos de medición:

La escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar FACES III. Es la tercera versión de The Family Adaptability and Cohesion scales.

ANALISIS ESTADÍSTICO.

Se aplicó estadística descriptiva, con frecuencias absolutas y medidas de tendencia central, dispersión, porcentajes, proporciones, en base a programa estadístico SPSS15

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

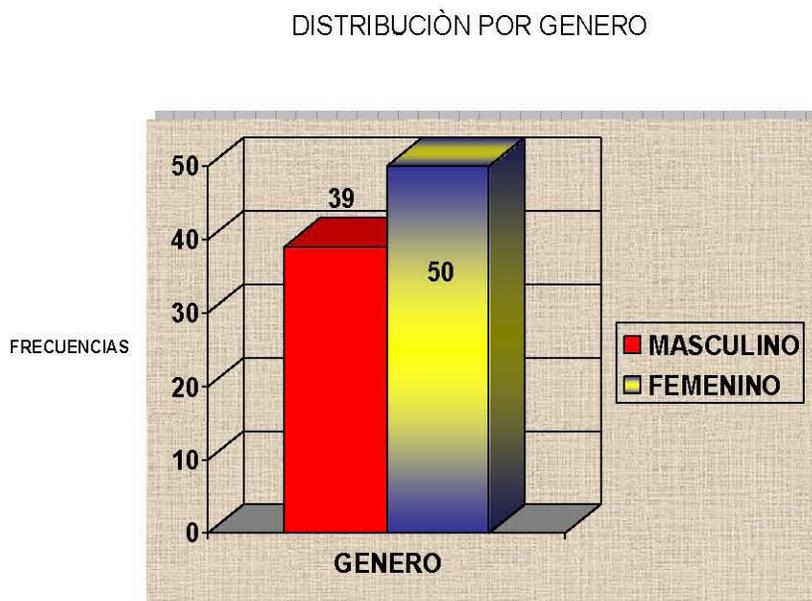
De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, esta es una investigación sin riesgo para la salud de las personas sometidas al interrogatorio, ya que la información que se obtendrá no afectara de ninguna manera tanto en la integridad moral ni física de ellas.³³

Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para respetar la intimidad de la persona y la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.³⁴

El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que tal investigación acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico. Cuando la investigación médica se combina con la atención médica, las normas adicionales se aplican para proteger a los pacientes que participan en la investigación.³⁴

RESULTADOS

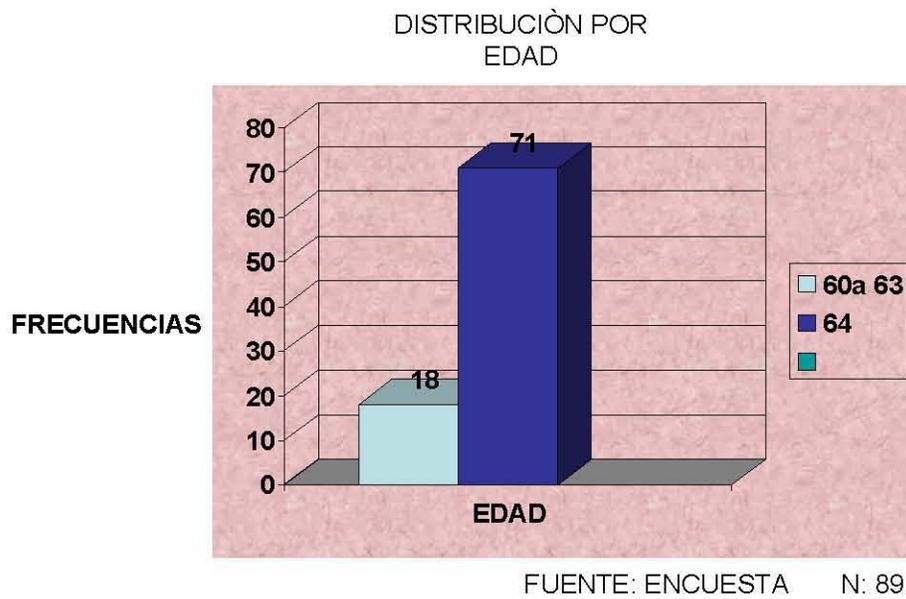
Grafico 1



FUENTE: ENCUESTA N: 89

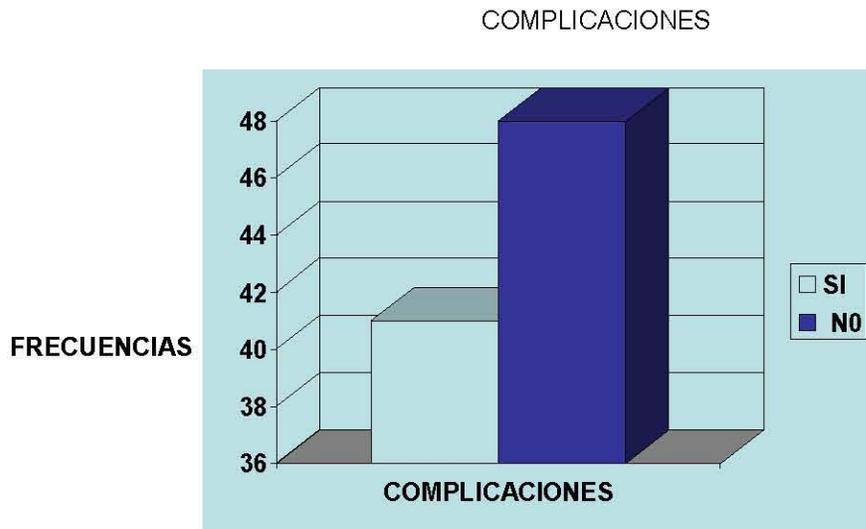
**Se observa la distribución por frecuencia
de acuerdo al género con predominio de mujeres**

GRAFICO 2



Se observa la distribución por frecuencia de acuerdo a edad predominando en mayores de 64 años.

GRAFICO 3

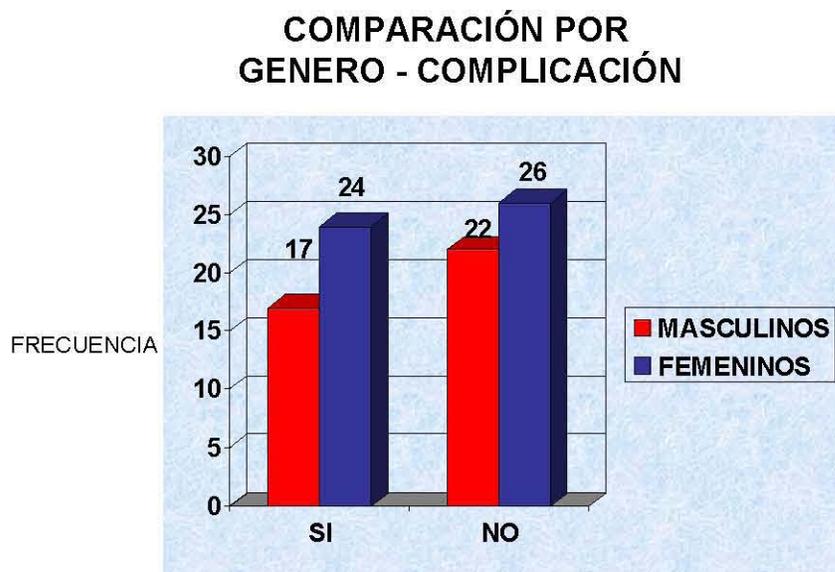


FUENTE: ENCUESTA N: 89

En la grafica se encuentra con predominio de no complicaciones.

GRAFICO 4

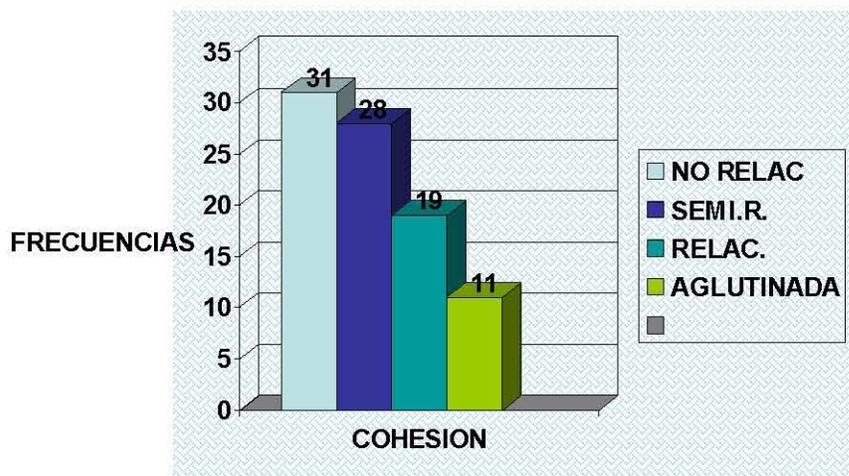
Se observa predominio femenino, así como mayor complicación en las mujeres.



FUENTE: ENCUESTA N: 89

GRAFICO 5

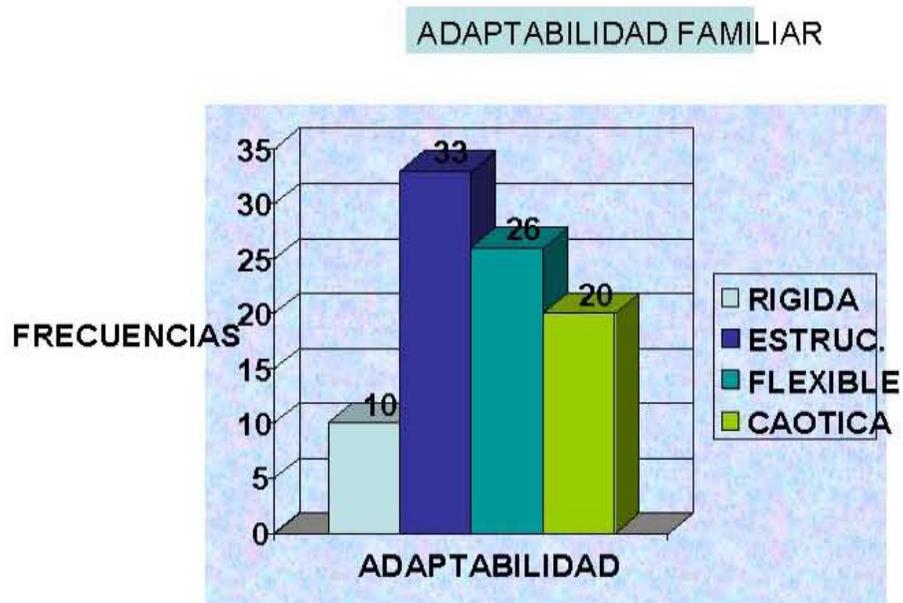
COHESION FAMILIAR



FUENTE: ENCUESTA N: 89

Se observa predominio de familias no relacionadas, Semirrelacionada, relacionadas y aglutinadas.

GRAFICO 6



FUENTE: ENCUESTA N: 89

Se observa predominio de familias estructuradas, 26 de ellas flexibles, y en menor cantidad las familias rígidas.

GRAFICO 7



El Instrumento FACES III solo refleja la evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar en un a sola ocasión. La clasificación de las familias en extremas, en rango medio y balanceado solo nos permite identificar la forma en que las familias están funcionando en el momento en que fueron encuestadas

16 tipos de familias.
Modelo Circunflejo FACES III (versión en español)

	No relacionada	Semi-Relacionada	Relacionada	Aglutinada	Total	%
Caótica	9	4	5	2	20	22.47
Flexible	6	9	6	5	26	29.21
Estructurada	9	14	7	3	33	37.07
Rígida	7	1	1	1	10	11.23
TOTAL	31	28	19	11	89	
%	34.83	31.46	21.34	12.35		100%

Clasificación de las familias

Como se puede observar en la tabla en las celdas centrales donde se encuentran semirelacionadas/flexibles; relacionadas/ flexibles; semirelacionadas/ estructuradas y relacionadas/ estructuradas corresponden a familias que se encuentran balanceadas.

Las celdas semirelacionadas/caóticas; relacionadas/caóticas; no relacionadas/flexibles; no relacionadas/ estructuradas; semirelacionadas/ rígidas; relacionadas /rígidas; aglutinadas/ flexibles y aglutinadas / estructuradas corresponden a un rango medio.

Las celdas correspondientes a no relacionada/ caótica; aglutinada caótica; no relacionada rígida y aglutinada rígida corresponden a familias extremas y por lo cual se encuentran en los extremos de la tabla.

Las celdas finales nos muestran la frecuencia con la que se presentan los casos así como los porcentajes al final de renglón como de columna.

Los alcances identificados en el estudio nos permitieron conocer algunas de las inquietudes con respecto al adulto mayor diabético con relación a su familia. Se cumplieron los objetivos que nos plantearon en el estudio, que fueron clasificar

a mis familias en cuanto a la cohesión y adaptabilidad con sus familias pero no es un instrumento que evalúe la funcionalidad familiar como tal. Es un instrumento que solo evalúa el sentir del paciente pero no el de su familia por lo que nuestra inquietud se mantiene en conocer más algo que nos permita alcanzar no solo medir cohesión y adaptabilidad.

No nos permite conocer o medir control o descontrol metabólico pero tampoco era nuestro objetivo. Pero si saber que porcentaje de familias se encuentran balanceadas, que porcentaje en rango medio y que porcentaje en rango extremo.

Nos permitiría trabajar con las familias en rango medio y motivar a las familias en extremos.

También es importante que en el momento de la encuesta las familias se pudieran encontrar con alguna crisis familiar. A su vez las familias balanceadas al momento podrían estar en un momento placentero con grandes motivaciones.

Recordemos que las familias no son estáticas se mueven a cada instante.

Las familias se viven a cada momento a cada época o simplemente a alguna crisis que hace que la familia nuevamente se vuelva a unir. La familia no es estática es dinámica.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio la funcionalidad familiar con respecto a la adaptabilidad se encontró que predominaron las familias estructuradas y en menor grado las familias rígidas y en cuanto a cohesión predominaron las familias no relacionadas y en menor grado las familias aglutinadas.

En relación con el género predominaron las mujeres sobre los hombres, en preveleía de diabetes tipo 2, así como las complicaciones se presentaron en mayor numero en el sexo femenino de séptima década.

Las estadísticas nacionales e internacionales nos revelan que las cifras son parecidas a las encontradas en nuestro estudio realizado.(En cuanto a diferencia de género sabemos que la supervivencia es mayor en las mujeres, tienen menor participación económica y mayor índice de analfabetismo, mayor vulnerabilidad y marginalidad. En cuanto a la salud, a pesar de tener mayor esperanza de vida las estadísticas indican mayor morbilidad, limitación funcional que los varones de la misma edad. Independientemente de que las mujeres acuden más a los servicios de salud.)¹⁰

CONCLUSIONES

1. El género femenino se ve mas afectado por la diabetes mellitus 2, así como la presencia de complicaciones que el masculino.
2. La frecuencia mayor de adultos mayores diabéticos tipo 2 fue de la séptima década de la vida
3. Las familias semirelacionas y estructuradas son las que se presentan con mayor frecuencia

Los pacientes complicados fueron 41 y los no complicados 48 adultos mayores diabéticos.

Se encontró que las mujeres se complican más que los hombres; solo 17 hombres complicados y 22 mujeres complicadas.

En cohesión familiar se encontró:

Familias no relacionadas:	31
Familias Semirrelacionadas:	28
Familias relacionadas	19
Familias aglutinadas	11

En adaptabilidad familiar se encontró:

Familias flexibles:	26
Familias estructuradas:	33
Familias rígidas:	10
Familias caóticas:	20

SUGERENCIAS.

- 1.- Darle más importancia a funcionalidad familiar de los adultos mayores diabéticos.
- 2.- Soporte efectivo a los programas institucionales del adulto mayor para evitar disfunción familiar, diabetes y complicaciones.
- 3.- Mayor supervisión de los programas institucionales.
- 4.- Continuar con protocolos de investigación que permitan conocer o realizar comparaciones de nuestra población con poblaciones diversas, así como para publicaciones.
- 5.- Sería conveniente dar seguimiento al estudio y abrir nuevas líneas de investigación.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- García Madrid Guillermina, Landeros Olvera Erick. Funcionalidad Familiar y Capacidad Física de los adultos mayores en una comunidad Rural. Rev. De Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc. 2007(1):21-26.

- 2.-Organización de las Naciones Unidas (ONU).La familia y el Sistema Nacional de las Naciones unidas. México, Cuba, y República Mexicana. (En línea)<http://www.cinu.org.mx/temas/familia/sistemaonu.htm> (consultado 25/04/2004.

- 3.-Palloni A Peláez, M. Encuesta multicentrica Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) En América Latina y el Caribe, Washington D.C. POS-OMSS mayo 2001 (En línea) <http://ssc.odu/doc:/enferme/nal>.

- 4.-Norma Oficial Mexicana-167-SSA1-1997.Para la Prestación de los Servicios de asistencia social para menores y adultos mayores. México. Secretaria de Salud.

- 5.- Roberto Campos-Navarro, Diana Torres, Elia Nora Arganis-Juárez. Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas. Un estudio en la Ciudad de México. Salud Pública, Río de Janeiro, 18(5): set-oct., 2002. 1271-1279

- 6.- Basilia Estela Díaz: Lic. Ana Josefa Martínez Lozano. Características Biopsicosocial en una Población Anciana. Rev. Cubana de Enfermería 2003; 19(3): 1-5

- 7.- Dulce María Méndez, Víctor Manuel Gómez. Martha Elena García Ruiz Disfunción Familiar y Control del paciente Diabético Tipo 2.Rev. Med. IMSS 2004; 42 (4): 281

8.-Luís Ávila Lachica_Nicolás Garrido Redondo, Grupo Diabetes SAMFyC. Grupo Diabetes SAMFYC: Los mayores: Diabetes en el anciano. Actualización: 12/01/2008 Pág. De la 1-10

9.-. Jaime Enrique Encinas Reza. Prof. De asignatura "A". El Anciano y el Fam. Depto. De Salud Pública de México. UNAM.1997.

10.- Dolores Ortiz de la Huerta. Barros L. y cols. Aspectos sociales del envejecimiento... La atención de los ancianos: un desafío para los años 90. www.facmed.unam.mx/deptos/salud/aspectos.htm -

11.-Gloria Fernández Mayorales Fernández Fémina Rojo Pérez. Envejecimiento y salud. 10 años de investigación en el CSIC Rev. Mult gerontóloga 2003:13(1):43-46

12. Informed Salud y vida. Hogar y familia- Salud Vida. Avances Médicos de Prensa Latina. pp. 1-4 www.s/d.cv/saludvida/hogar/temas.php.

13.- Víctor Pérez Martínez. Respuesta Adaptativa a la Diabetes Mellitus y su Relación con el Envejecimiento. Revista Cubana Med. Gen Integ. V.20 No 4 La Habana 2004

14.- Isabel de la A. Validez-Figueroa, María Guadalupe. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo 2. Salud publica de México septiembre –octubre 1993, vol.35, no.5

15.- L. Palomo, J, Gervas. Estado de salud, capacidad de ayuda familiar y utilización de servicios sanitarios por paciente crónicos reclusos a domicilio. Semergen 24(6) 441-453.

16.- CONAPO. Secretaria de gobernación serán 22.2 millones dentro de 25 años comunicado de prensa 40/05 México DF. 27 de agosto de 2005

17.- Hospital General de México Hospital General Gea González. Propuesta de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología para la reducción de la incidencia de la diabetes mellitus tipo 2 en México Revista de Endocrinología y Nutrición Vol. 13, No. 1 Enero-Marzo 2005 pp. 47-50

18.- M. F. Bernal-Orozco, B. Bízmanos, A. J. Celis de la Rosa. La nutrición del anciano como un problema de salud pública. 2008. Antropo, 16, 43-55.

19.- Gustavo Olaiz Fernández, Rosalba Rojas. Diabetes Mellitus en Adultos Mayores Mexicanos. Resultado de la Encuesta Nacional de Salud. Salud Pública de Méx. Cuernavaca 2007. v. 49 supl.3

20.- A. Castellón Sánchez Del Pino, R. Rubio Herrera, M. Alexandre Rico. Máster de Gerontóloga Perfil de Riesgo Psicopatológico en el Mayor Diabético. Semergen 25(9); 779-785

21.- De la Reville L. Conceptos e Instrumentos de la atención familiar. Barcelona. DOYMA 1994

22.- Carlos A. Reyes-Ortiz, MD. El Contexto de la Familia y el Vecindario de la Salud de los Ancianos del Estudio EPESE hispano. Colombia Medica Vol. 37 No 2 (sup 1), 2006 abril- junio.

23.-José Luís Huerta González. Medicina familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad, Editorial Alfil. 2005. Pág. 95-100

24.-M. Luisa Marrugat. La familia cuidadora y su incidencia en la calidad de vida de las personas dependientes. Rev. Mult. Gerontología. 2005; 15(3):171-177.

25, .Historia de la diabetes. Diabetes. Medicina Multimedia.
www.iqb.es/d_mellitus/historia/historia01.htm - 7k - En caché - Páginas similares
más resultados de www.iqb.es »

26.- Revista de Salud Publica Nutrición. RESPYN. Situación Epidemiológica y Demográfica del Adulto Mayor en la última década. Edición Especial No. 5-2003

27.- Grupo Diabetes SAMFyC Abordaje familiar en el anciano. 1996-1998
Revisado: 18-2-98

28.-Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud.
Encuesta Multicéntrica. Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) En América Latina y el Caribe. Kingston, Jamaica - 9-11 de julio de 2001
Informe Preliminar

29.- Población: El Último Informe de la ONU (4 de Febrero 2003).

30.- El envejecimiento de la población mundial. Transición demográfica mundial.
World Population Prospects: The 2002 revisión. PP. 11-18.

31.- Verónica Montes de Oca/Mirna Hebreo.LOS SERVICIOS Y LA SEGURIDAD SOCIAL, EXPERIENCIA INSTITUCIONAL EN LA VEJEZ. Salud Pública de México. 2007/vol.49 numero especial. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca México. PP. 353-356

32.- Alberto Castellón Sánchez del Pino. Calidad de Vida en el Adulto mayor. Rev. Med. De Gerontología 2003; 13(3):PP188-192

33.- Ley General de Salud en Materia de la Investigación en Salud. Diario Oficial de la Federación.

34.- Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.
(Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial)

ANEXOS

ANEXO 1 FACES III

Versión en español (México): C. Gómez y C. Irigoyen

Instrucciones: escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
_____ 1.- Los miembros de la familia se apoyan entre si.				
___ 2.- En nuestra familia se toma en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver problemas.				
____ 3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.				
____ 4.- Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.				
____ 5.- Nos gusta convivir solamente con las familias más cercanas.				
____ 6.- Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.				
___ 7.- Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.				
____ 8.- Nuestra familia cambia la forma de hacer sus cosas.				
____ 9.- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.				
____ 10.-Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.				
____ 11.-Nos sentimos muy unidos.				
____ 12.-En nuestras familias nuestros hijos toman decisiones.				
___ 13.-Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.				
____ 14.-En nuestra familia las reglas cambian.				
____ 15.-Con facilidad podemos planear actividades en familia.				
____ 16.-Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.				
____ 17.-consultamos unos con otros para tomar decisiones.				
___ 18.-En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad.				
____ 19.-La unión es muy importante.				
____ 20.-Es difícil decir quien hace las labores del hogar.				

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO EL SEGURO SOCIAL SOLIDARIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

Lugar y fecha _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado _____

Registrado ante el comité local de investigación. _____

El objetivo del estudio es _____

Se me ha explicado que mi participación consiste en _____

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

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

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

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

Nombre y firma del paciente.

Nombre y firma del investigador.

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

Testigos _____