



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 76
URUAPAN, MICH.**

**“LA FAMILIA Y SU PARTICIPACION EN EL TRATAMIENTO DE
LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF
No. 52”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. FANY PATRICIA ESQUIVEL PINEDA
ALUMNO DEL TERCER GRADO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION DE
MEDICINA FAMILIAR

URUAPAN, MICH.

2017



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.

FAMILIA Y SU PARTICIPACION EN EL TRATAMIENTO
DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE
LA UMF NO. 527

BAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. FANY PATRICIA ESQUIVEL PINEDA

~~AUTORIZACIONES~~

~~DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.~~

~~DR. GIOVANNI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.~~

~~DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO~~

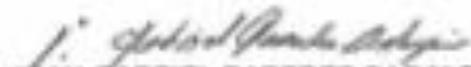
**"LA FAMILIA Y SU PARTICIPACION EN EL TRATAMIENTO DE
LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF
No. 52"**

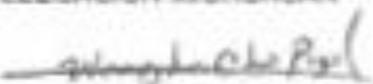
**TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

FANY PATRICIA ESQUIVEL PINEDA

AUTORIZACIONES


DR. JUAN GABRIEL PAREDES SARALEGUI
COORDINADOR DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL EN LA
DELEGACION MICHOACAN


DR. WENDY LEA CHACON PIZANO
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACION EN SALUD EN LA DELEGACION
MICHOACAN


DR. CLETO ALVAREZ AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR DE INVESTIGACION EN LA DELEGACION
MICHOACAN


DRA. LILIAN BRENDA PACHECO
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
HGZ No. 3

**LA FAMILIA Y SU PARTICIPACION EN EL TRATAMIENTO DE
LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF
No. 52***

**TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

FANY PATRICIA ESQUIVEL PINEDA

AUTORIZACIONES


DR. CLAUDIA JANETH MORFIN MACIAS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS


DR. JOSE MELQUIADES PERONINO GAMACHO PEREZ
GINECOLOGISTA
MAESTRO EN CIENCIAS DE LA SALUD
ASESOR


DR. EDUARDO ALBERTO UNG MEDINA
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
U.M.F. NO. 81
CO-ASESOR



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2014, Año de Octavio Paz".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1603
H GRAL ZONA NUM 8, MICHOACÁN

FECHA 19/12/2014

DRA. FANY PATRICIA ESQUIVEL PINEDA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**LA FAMILIA Y SU PARTICIPACION EN EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF No. 52**

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro

R-2014-1603-17

ATENTAMENTE

DR. (A) GUSTAVO GABRIEL PÉREZ SANDI LARA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1603

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INDICE

RESUMEN	.....	7
INTRODUCCION	.....	9
MARCO TEORICO	.....	10
JUSTIFICACION	.....	28
PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	.....	30
PREGUNTA DE INVESTIGACION	.....	31
OBJETIVOS	.....	32
HIPOTESIS	.....	33
MATERIALES Y METODOS	.....	34
CRITERIOS DE SELECCIÓN	.....	36
OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	.....	38
RECURSOS Y MATERIALES	.....	40
RESULTADOS	.....	42
DISCUSION	.....	64
CONCLUSION	.....	65
BIBLIOGRAFIA	.....	66
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	.....	68
ANEXOS	.....	69

RESUMEN

“La familia y su participación en el tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF No. 52”

Esquivel F.P*, Camacho PJ*, Ung ME**

*Residente 3er. Año Medicina Familiar, HGZ No. 8

Introducción: El incremento en la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, constituye un problema de salud pública mundial. Entre estas enfermedades, la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). La DM2 demanda que la persona cuide constantemente de su salud e inclusive que ejecute el tratamiento por sí misma fuera del sistema de salud, la participación de la familia en el proceso de cuidado es sumamente importante.

Objetivo: Identificar la participación de la familia en el tratamiento de los pacientes diabéticos de la Unidad de Medicina Familiar No. 52.

Material y Métodos: Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal, prospectivo en pacientes con el diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 52 Nuevo Urecho Michoacán, del 01 de noviembre del 2014 al 31 de Octubre del 2015, mediante instrumentos de evaluación: APGAR Familiar e Instrumento para Evaluar Apoyo Familiar al Diabético tipo 2. Previo consentimiento informado se utilizara para análisis estadístico mediante el programa SPSS versión 18, utilizando medidas de tendencia central y de dispersión, y para contraste de las variables con Chi-cuadrada, pruebas de correlación, el Test HSD (Honestly-significant-difference) de Tukey y Alfa Cronbach.

Resultados: De acuerdo al instrumento para evaluar el apoyo familiar al diabético tipo 2 se encontró que 88% tiene un apoyo familiar medio, el cual es recibido en 40% por algún hijo(a) de estos pacientes ya que el 92% se encuentran en la etapa del ciclo vital según Geyman de retiro y muerte.

Conclusiones: Corroboramos la importancia de la participación familiar en el control glucémico tipo 2. En síntesis los resultados encontrados proveen información importante que nos ayudan conocer el funcionamiento familiar y cómo influye en el control glucémico del diabético tipo 2.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, Familia, Apoyo Familiar

INTRODUCCION:

La prevalencia global de la Diabetes Mellitus (DM) está aumentando rápidamente como resultado del envejecimiento de la población, la urbanización y los cambios asociados al estilo de vida. Permanece como una causa importante de morbilidad y mortalidad prematura en todo el mundo. En el año 2012, la Federación Internacional de Diabetes (IFD, *por sus siglas en inglés*) estimó que más de 371 millones de personas vivían con dicha enfermedad y que 4.8 millones de personas mueren a causa de la misma. A nivel mundial se estima que para el año 2030 el número de personas diabéticas se incremente a 439 millones, lo que representa el 7.7% de la población adulta (de 20 a 79 años de edad) del mundo.

Por otro lado esta patología se caracteriza por originar graves daños y complicaciones microvasculares (retinopatía, cardiopatía, nefropatía, neuropatía) y macrovasculares (infarto agudo de miocardio, accidente vascular cerebral y enfermedad vascular periférica), incrementando el riesgo de enfermedades potencialmente mortales como las cardiovasculares, ciertos tipos de cáncer, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal y posiblemente, trastorno del estado de ánimo y demencia.

Todo esto se refleja en estadías largas de hospitalización, con un alto costo económico para el tratamiento de la DM2 y de sus complicaciones, tanto para los individuos que la padecen como para su familia y la sociedad en general. Se reconoce que la DM2 representa un problema para los servicios de salud. (1)

MARCO TEORICO

La diabetes mellitus comprende un grupo de trastornos metabólicos frecuentes que comparten el fenotipo de la hiperglucemia. Existen varios tipos diferentes de DM debidos a una compleja interacción entre genética, factores ambientales y elecciones respecto al modo de vida. Dependiendo de la causa de la DM, los factores que contribuyen a la hiperglucemia pueden ser descenso de la secreción de insulina, decremento del consumo de glucosa o aumento de la producción de esta. (2)

Navarrete Pérez Jorge nos menciona sobre el concepto de diabetes y los tipos de diabetes que existen: “Es un grupo heterogéneo de enfermedades metabólicas caracterizado por hiperglucemia resultante de defectos en la secreción de insulina, resistencia a la acción de la insulina o ambos. Se considera “hiperglucemia” cifras de glucosa en sangre en ayunas (glucemia basal) superiores a 110 mg/dl”.

Diabetes tipo 1: Aparece en niños y jóvenes. Que se presenta por insuficiente secreción de insulina en el páncreas (para controlarlos niveles de glucosa sérica) y es preciso aplicar insulina como medicación (inyectable vía subcutánea). Representan un porcentaje muy bajo de diabetes (10%).

Diabetes tipo 2: Aparece en personas mayores de 30 años, en su mayoría con antecedentes familiares de diabetes, personales de diabetes gestacional o de “prediabetes”. Se relaciona con un mal estilo de vida, principalmente sobrepeso, y se asocia con frecuencia a hipertensión arterial y dislipidemia. Representa el 80-90% de todos los tipos diabetes.

Diabetes gestacional: Es un tipo de diabetes que se diagnostica durante el embarazo, entre las semanas 24 y 29, mediante el denominado Test de O’

Sullivan en mujeres de riesgo elevado (mayores de 35 años, antecedentes familiares de diabetes, obesidad, hijos con más de 4.5 kilos de peso).

Prediabetes: Situaciones intermedias entre la diabetes y la normalidad, bien por una glucemia basal entre 110 y 125 mg/dl (“glucemia basal alterada”), bien por un TTOG entre 140 y 199 mg/dl (“intolerancia a la glucosa”). La segunda forma conlleva mayor riesgo de diabetes y de enfermedades cardiovasculares.

Síndrome metabólico: Entidad clínica que asocia hiperglucemia con obesidad (abdominal), dislipidemia o hipertensión arterial. Poseen mayor riesgo de diabetes y de enfermedades cardiovasculares. (3)

Diagnóstico y Control Glucémico de la Diabetes Mellitus tipo 2

El diagnóstico de la diabetes mellitus en cualquier edad se debe diagnosticar cuando ocurran síntomas de hiperglucemia como: poliuria, polidipsia y polifagia y bajo peso, acompañado del resultado de una glicemia en cualquier momento del día de 200 mg/dl, sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida.

Se recomienda establecer el diagnóstico de diabetes mellitus mediante los siguientes criterios diagnósticos:

- Hemoglobina Glucosilada (HbA1c) mayor o igual a 6.5 %.
- Glucosa en ayuno mayor o igual a 126 mg/dl. (Ayuno al menos de 8 horas)
- Glucosas en plasma a las 2 horas mayor o igual a 200 mg/dl después de una prueba de tolerancia a la glucosa. (Según la técnica descrita por la OMS, por medio de una carga de glucosa anhidra de 75 gr. disuelta en agua).

El clínico debe determinar cuáles son los objetivos en el control de la glucosa y deben ser acordados con el paciente y/o cuidador.

En el adulto mayor con una o dos enfermedades crónicas coexistentes, estado cognoscitivo intacto y funcionalidad conservada, las metas terapéuticas serán

- HbA1c menor 7.5%
- Glucemia en ayuno o preprandial 90 – 130 mg/dl.
- Presión Arterial menor de 140/80 mmHg.

En adultos mayores con más de tres enfermedades crónicas coexistentes o dependencia funcional leve o deterioro cognoscitivo las metas terapéuticas serán:

- HbA1c menor 8.0%
- Glucemia en ayuno 90-150 mg/dl.
- Presión Arterial menor 140/80 mmHg. (4)

Tratamiento Farmacológico y No Farmacológico de Diabetes Mellitus tipo 2

Las metas de control glucémico deben ser individualizadas para cada paciente para ello se deben observar los beneficios y los inconvenientes para cada persona, los factores a considerar son: edad, expectativa de vida, comorbilidad y síndromes geriátricos.

Estas metas son una guía para el tratamiento y en los casos de dependencia funcional, atención domiciliaria o en asilo, demencia, estado terminal y otros estados de alta dependencia, suele ser necesario ajustar para reducir el riesgo de hipoglucemias y mejorar la seguridad del paciente.

Las recomendaciones de cambios en el estilo de vida se individualizaran de acuerdo a la funcionalidad y capacidad física.

Los medicamentos indicados en el tratamiento de diabetes mellitus en el adulto vulnerable según el cuadro básico del Instituto Mexicano del Seguro Social son:

1. Metformina: dosis recomendada 850 mg. Cada 12 horas con los alimentos. Dosis máxima 2550 mg. al día.
2. Glibenclamida: dosis recomendada iniciar 1.25- 2.5 mg/día, aumentar en 1.25 -2.5 mg/día cada 1 a 3 semanas. Dosis máxima 20 mg/día, dosis mayores de 10 mg se deben administrar cada 12 horas.
3. Pioglitazona: 15 a 30 mg cada 24 horas.
4. Acarbosa: dosis inicial 25 mg en la comida principal, aumentar 25 mg cada 4 semanas, si no hay efectos significativos, se puede aumentar hasta 50 mg tres veces al día.
5. Insulina glargina: 0.1 – 0.2 UI/kg de peso por la noche antes de acostarse e ir ajustando de acuerdo a los niveles de glucosa capilar matutina.
6. Insulina NPH: a juicio del médico especialista y de acuerdo con las necesidades del paciente.
7. Insulina Lispro: a juicio del médico especialista y de acuerdo con las necesidades del paciente.(4)

La Familia

Concepto de familia: La OMS define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio".

“La familia es el grupo natural que elabora pautas de interacción en el tiempo y que tiende a la conservación y la evolución. Es el grupo celular de la sociedad, una institución que ha existido a lo largo de la historia, ha compartido siempre las mismas funciones entre ellas la crianza de los hijos, la supervivencia y la común unión de los miembros de esta. No es una entidad estática sino que está en un cambio continuo igual que sus contextos sociales” (5).

Cuando en una familia se encuentra un paciente diabético, es muy importante el apoyo que recibe el paciente por parte de su cónyuge, hijos, nietos, ya que son parte fundamental para su control. Es importante que la familia se involucre en muchos aspectos, como en su alimentación, actividad física, higiene y hábitos de esta manera el paciente diabético no se sentirá solo (a) en su enfermedad.

Funciones de la Familia

El funcionamiento familiar consiste en la capacidad del sistema familiar para cumplir con sus funciones esenciales enfrentando y superando cada una de las etapas del ciclo vital, las crisis por las que atraviesa, dando lugar a patrones que permiten ver la dinámica interna en función del medio en que ella se desenvuelve. Estas deben de cumplir con las siguientes demandas: satisfacción de necesidades biológicas y psicológicas de los hijos, socialización, bienestar económico y mediadora con otras estructuras sociales. (6)

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición. Podría considerarse como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros.

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.

Los cambios que se producen en las familias en relación con la enfermedad no siguen un patrón específico, más bien 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. (7)

Ciclo vital de la familia

“Como todo ser viviente, la familia humana atraviesa lo que se llama un Ciclo vital” en cuyo transcurso despliega todas sus funciones naturales: nacer, crecer, reproducirse y morir. En este caso, son numerosas las clasificaciones que se utilizan para caracterizar las distintas etapas.

El modelo de la OMS que divide en seis etapas evolutivas.

Primera Etapa: Formación del matrimonio

En esta nueva etapa se trata principalmente de lograr dos puntos: primero, cambiar todos aquellos mecanismos que hasta entonces proveyeron seguridad emocional. Segundo integrar un sistema de seguridad emocional interno, que incluya a uno mismo y al nuevo compañero.

Segunda Etapa: Extensión

Abarca del nacimiento del primer hijo al nacimiento del último hijo. La llegada de los hijos requiere de espacio físico y emocional. Esto plantea la necesidad de reestructurar el contrato matrimonial y las reglas que hasta ese entonces habían regido al matrimonio.

Tercera Etapa: Extensión Completa

Abarca del nacimiento del último hijo al primer hijo abandona el hogar. Esta es una etapa crucial en la evolución de la familia. Es el primer desprendimiento del niño del seno familiar y su apertura al mundo externo. En cierta medida es la puesta a

prueba de todo lo que la familia inculcó en los primeros años al niño (límites, relación con la autoridad).

Cuarta etapa: Contracción

Inicia cuando el primer hijo abandona el hogar. Tiene una duración aproximada de 20 a 30 años, dependiendo del número de hijos de la pareja. Con la partida de los hijos, los esposos deben aprender a vivir nuevamente en “independencia”.

Quinta Etapa: Contracción Completa

El último hijo abandona el hogar, McIver 1937, llamó a esta fase el “síndrome del nido vacío”; refiriéndose al aislamiento y la depresión de la pareja, puesto que a estas alturas sus actividades de crianza han terminado.

Sexta Etapa: Disolución.

Muerte del primer cónyuge y muerte del cónyuge sobreviviente.

Las fases del ciclo vital según Geyman (1980):

1. Fase de matrimonio.
2. Fase de expansión.
3. Fase de dispersión.
4. Fase de independencia.
5. Fase de retiro y muerte.

Indudablemente que en cualquier etapa de la vida el paciente diabético necesita del apoyo familiar, pero se observa en los grupos de pacientes diabéticos que es el adulto mayor en particular quien entra en depresión, ansiedad y sentimientos de desamparo e indefensión frecuentes en esta edad. Es por ello que el médico

familiar debe identificar el comportamiento de riesgo que pudiera interferir en el cumplimiento del tratamiento y el control metabólico, para posteriormente implementar estrategias que permitan elevar la calidad de vida del paciente diabético en esta edad.

La familia y la diabetes tipo 2

Continuamente se observa como los problemas de salud en este caso la diabetes, afecta a cada persona de diferente manera, su impacto depende en gran parte, en cómo era ésta antes de su padecimiento, es decir su estilo de vida, la dinámica familiar, de ahí la importancia de la familia, la cual debe tener una estructura estable, que permita a los miembros de la misma satisfacer ciertas necesidades de pertenencia, protección y adaptación.

Cuando un miembro de la familia es diagnosticado con diabetes el “golpe emocional” es muy fuerte, no solo para la persona implicada. Lo es también para quienes aman a esa persona y viven con ella. Por eso aunque en primera instancia la responsabilidad de controlar la diabetes y hacer cambios en su estilo de vida es la persona diabética, quienes lo rodean quedan inmiscuidos y forman una parte elemental en el juego de ajustes y cambios que trae consigo el diagnóstico de la diabetes.

Tipología de la Familia

Membrillo Apolinar nos menciona que “la familia es un sistema abierto en constante interacción con los entornos históricos, social, económico y cultural; no es una unidad homogénea en su conformación, la cual indica que no todas están integradas de igual manera. Por tanto, hay una gran variedad de ellas; la prevalencia de los distintos tipos de familia; sus características sociodemográficas y las formas de organización hogareña y familiar varían con el tiempo y según las transformaciones económicas, demográficas y culturales del contexto social” (8).

- Según el desarrollo:

Moderna: se refiere a la familia en la que la madre trabaja en iguales condiciones que el padre o aquella sin figura paterna donde la madre trabaja para sostener la familia.

Tradicional: es aquella en la que el padre es el único proveedor de sustento para la familia y la madre se dedica al hogar y a los hijos.

Arcaica: su prototipo es la familia campesina que se sostiene con los productos de la tierra que trabajan.

- Según su demografía:

Rural: habita en el campo y no cuenta con todos los servicios intradomiciliarios (agua potable, luz eléctrica, drenaje, etc.).

Suburbana: tiene las características del medio rural pero está ubicada dentro de medio urbano.

Urbana: se encuentra en una población grande y cuenta con todos los servicios.

- Según su integración:

Integrada: ambos conyugues viven en la misma casa y cumplen con sus funciones respectivas.

Semi-integrada: ambos conyugues viven en la misma casa pero no cumplen adecuadamente sus funciones.

Desintegrada: los conyugues se encuentran separados.

- Por su composición:

Nuclear: cuenta con esposo, esposa con o sin hijos.

Seminuclear: (monoparental) solo cuenta con un conyugue, e hijos.

Extensa: conyugues e hijos que viven junto a otros familiares consanguíneos, por adopción o afinidad.

Extensa compuesta: los anteriores que además conviven con otros sin nexo legal.

Funciones básicas de la familia

Son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. Se reconocen las siguientes funciones:

1. **Socialización:** promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.
2. **Afecto:** interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.

3. **Cuidado:** protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar.
4. **Estatus:** participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.
5. **Reproducción:** provisión de nuevos miembros a la sociedad.(9)

Características socioculturales del paciente diabético que acuden a los grupos de ayuda de la Unidad de Medicina Familiar No. 52

La Unidad de Medicina Familiar No. 52 se encuentra ubicada en el centro del municipio de Nuevo Urecho con domicilio Independencia No. 4 Col Centro. Las vías de acceso para llegar a ella son adecuadas para los que habitan dentro de la cabecera municipal. Hay un alto índice de pobreza y falta de servicios domiciliarios, así como de medio de transporte para las 32 localidades que pertenecen al municipio.

La población a la que la Unidad de Medicina Familiar No. 52 presta atención corresponde en su mayor parte ejidatarios productores de mango, que es la principal actividad económica por la que destaca esta región de Michoacán, también se atiende a otro grupo de derechohabientes en su mayoría: cortadores de mango o aguacate, estudiantes de escuelas públicas hasta nivel medio superior, algunos empleados de gobierno (Presidencia Municipal), empleados de centros de empaque de fruta y fábrica productora de azúcar.

Los grupos de diabéticos de la U.M.F. No.52 viven en una población que tiene 8240 habitantes y cuentan con servicios públicos como centros de salud,

escuelas, alumbrado, áreas de recreación, oficinas de gobierno, biblioteca, pavimentación, agua potable.(10 y 11)

Formas de participación de la familia con el paciente diabético

El apoyo familiar es particularmente importante en el paciente diabético no sólo porque puede ayudar a garantizar las bases materiales e instrumentales del tratamiento, sino porque la implicación de la familia en el régimen diario de tratamiento refuerza la adhesión al mismo por parte del paciente y ayuda a eliminar sentimientos de inseguridad y minusvalía (12).

Márquez y Berrios señalan que en las diferentes dinámicas que llevan las familias, todas las medidas para el cuidado y apoyo en un proceso de cronicidad son distintas, por tanto, la familia reconocerá todo ello, según sus creencias y experiencias previas que posea acerca de la enfermedad y el cuidado. De esta manera, pondrá en marcha los recursos con los que cuenta su cohesión, su capacidad de adaptación y organización.

Del mismo modo, buscará en caso de ser necesario apoyo extra familiar para conseguir una correcta homeostasis que le asegure el normal funcionamiento de su sistema familiar. (13)

En la dinámica normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás.

En cambio, las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas (14).

Darle la noticia a una persona que es diabético no es fácil, el paciente sabe que es una enfermedad que no tiene cura, es por eso que los pacientes tienen la obligación de hacer cambios importantes en su estilo de vida a la par de su familia.

Para poder mantenerse sanos es necesario que aprendan a controlar sus niveles de glucosa en la sangre ya que de lo contrario tienen serias complicaciones generadas por su diabetes.

Para ayudar a un miembro de la familia con diabetes primero es necesario aprender sobre la enfermedad. Los integrantes de la familia deberán motivar al paciente para que él también conozca sobre su padecimiento y de esa forma pueda autocuidarse y poder tener una mejor calidad de vida.

Al principio de su enfermedad es muy probable que el paciente sienta miedo al descubrir que tiene diabetes, se deprime constantemente. El familiar se puede sentir frustrado con los cambios que se harán dentro de la dinámica familiar, pero es importante que todos los que forman esa familia contribuyan para que el paciente se sienta mejor.

La familia debe fomentar y motivar para que el paciente realice ejercicio. Quizá, incluso deban hacer ejercicios juntos como caminar, trotar, montar en bicicleta, nadar y bailar, todas actividades favorables que los ayudaran a ambos a hacer suficiente ejercicio.

Es importante evitar comprar alimentos que él o ella no puede comer y elegir una variedad de frutas, verduras, carnes magras y pescados. Si comen juntos se deberá consumir los mismos alimentos que su familiar.

El familiar y el paciente deben aprender a reconocer las señas de problemas relacionado con la diabetes. Tienen que conocer los síntomas de un nivel de

glucosa alto que se conoce como hiperglicemia y un nivel de glucosa bajo que se conoce como hipoglicemia.

Realmente aprender a vivir con diabetes toma su tiempo. Al paciente diabético se le debe de dar la oportunidad para que se organice personalmente con su enfermedad, pero si tiene un mal control, entonces la familia debe tomar cartas en el asunto y apoyarlo incondicionalmente.

Los miembros de la familia pueden retirarse y no ser soporte para el paciente, sabotando los esfuerzos del paciente o poniendo obstáculos para el buen manejo de la diabetes. Este acercamiento con frecuencia es característica de miedo, de negación y falta de educación.

La aparición de la diabetes sitúa al sistema familiar ante una situación nueva e inesperada. Conlleva la carga emocional de una enfermedad que no se “cura”, que precisa tratamiento para siempre; que exige medidas terapéuticas basadas en los cambios en los hábitos de vida, tan en el sentido dietético como en el del ejercicio físico con las dificultades reales de adaptación que ello exige para el resto de los miembros de la familia; con las complicaciones físicas que pueden ir surgiendo, originando una incapacidad que sobrecarga aún más el sistema.

La familia procesará todo esto según su propio conjunto de creencias acerca de la enfermedad y las experiencias previas que posea en el cuidado de pacientes diabéticos, sobretodo en relación con acontecimientos dramáticos e impactantes como; ceguera, amputaciones, úlceras, etc. (15).

La diabetes es una enfermedad que afecta a la persona que la padece y a la familia involucrada en su vigilancia y manejo. Se toma obligado que el paciente y familiares tengan conocimiento y conciencia de la patología y de sus complicaciones (16).

Adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2

El término adherencia puede definirse como un proceso de cuidado activo y responsable en el que el paciente trabaja para mantener su salud en estrecha colaboración con el médico. Implica el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente con las recomendaciones médicas o de los profesionales de la salud que atienden.

Desde el punto de vista conductual el cumplimiento del tratamiento en enfermedades crónicas resulta problemático. Los beneficios del tratamiento se perciben a mediano y largo plazo, sin embargo la consecuencia inmediata de su aplicación no conlleva ninguna satisfacción (17).

El apego al tratamiento es importante para evaluar la evolución clínica, ya que una alianza terapéutica entre el paciente y el médico es necesaria para el éxito del tratamiento.

La falta de apego al tratamiento implica grandes erogaciones económicas, ya que más del 10% de los ingresos hospitalarios se deben a esta causa. Los factores de riesgo para el no apego terapéutico son los relacionados con el paciente, la enfermedad, el médico tratante, el lugar donde se prescribe el tratamiento y el medicamento en sí. (18).

Es de vital importancia que el paciente tenga conocimiento y que asuma su responsabilidad de su enfermedad crónica y tome de forma adecuada su tratamiento prescrito por su médico, porque de esa forma estará mejor controlado de su diabetes.

La participación de la familia favorece en la adherencia al tratamiento, debido a que se trata de un padecimiento que requiere atención durante toda su vida.

Siempre se le recomienda al paciente que por ningún motivo suspenda su tratamiento a menos que se lo indique el médico.

Estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento del paciente diabético

La capacidad para dar instrucciones claras, la utilización de recordatorios y calendarios, la simplificación del régimen terapéutico, el automonitoreo y el soporte social son fundamentales.

- Disminuir la complejidad del tratamiento

Es fundamental adaptar la pauta de tratamiento a los hábitos de la vida cotidiana del paciente.

- Facilitar información verbal y escrita

Las estrategias educativas, como una buena comunicación verbal y una información escrita complementaria en un lenguaje entendedor, pueden disminuir errores de medicación y potenciar la adherencia al tratamiento. Las informaciones verbal y escrita se deben utilizar asociadas, y tienen más impacto cuando se acompañan de otras medidas. No se recomienda facilitar información escrita exclusivamente.

- Mejorar la relación médico-paciente

Se han identificado diversos aspectos determinantes de la relación médico-paciente para conseguir una mejor adherencia, como son: la amabilidad, el acercamiento, el ánimo, la cooperación, la utilización de las mejores habilidades educativa, y en definitiva centrar la relación en el paciente, para que pueda participar en las decisiones. (19)

El impacto de la enfermedad crónica en la familia

Las alteraciones más importantes, desde el punto de vista sistémico de una familia que tiene un enfermo crónico, se presentan principalmente a nivel de estructura, en la evolución del ciclo vital y su respuesta emocional.

Así en cuanto a las alteraciones estructurales, se localizan principalmente en:

1. **Patrones rígidos de funcionamiento:** la adhesión a estos patrones se produce cuando la configuración de la familia adquiere una rigidez de la fase de crisis a la fase crónica.

2. **Roles y funciones familiares:** la familia se ve obligada a negociar los roles y funciones que hasta ese momento ha venido desempeñando el miembro enfermo, lo cual mueve todo su mapa estructural.

3. **El cuidador primario familiar:** es la persona que asume el cuidado del enfermo, situación que parece altamente funcional: el enfermo encuentra a alguien que de forma devota y abnegada se dedica a su cuidado y con quien desarrolla una relación sumamente estrecha, mientras que la familia puede seguir funcionando más o menos en los mismos términos habiendo asegurado el cuidado de su enfermo y con un mínimo gasto de energías por su parte.

4. **Aislamiento social:** dejan de tener tiempo para hacer visitas a los amigos. Estos mismos no llegan muchas veces a saber cómo reaccionar ante el enfermo, les resulta incómoda la relación y disminuyen sus contactos.

Entre la modificación de la personalidad y de la vida; entre la estabilidad emocional y las relaciones familiares. La dinámica psicológica de la familia queda envuelta en la adherencia del miembro enfermo al tratamiento que incluye: dieta, ejercicio adecuado y medicación; y esto se refleja en la habilidad de la familia para

crear una atmósfera sana o patológica para sus miembros. Así, el propósito del tratamiento de la diabetes no sólo debe ser una larga vida, sino proveer una adecuada calidad de vida. (20)

JUSTIFICACIÓN

La Diabetes Mellitus tipo 2 como enfermedad crónica reviste especial importancia no sólo por constituir las primeras causas de morbimortalidad, sino por las dificultades que enfrenta el diabético para llevar a cabo su tratamiento para lograr el control metabólico y prevenir sus múltiples complicaciones.

Además de la ingesta de medicamentos se requieren otras medidas de control, primordialmente el ajuste de la alimentación, el control de peso en caso de obesidad, una actividad física adecuada, vigilancia y aseo adecuado de los pies y el cuidado de los dientes. Dichas medidas deben ser cumplidas a lo largo de su vida y efectuadas en el hogar fuera del campo de la atención médica.

Es de vital importancia para la práctica de la Medicina Familiar investigar sobre las posibles variables que se asocian con la participación de la familia con el paciente diabético, para determinar en donde radica esta problemática social que aqueja a los pacientes diabéticos.

Se considera que la familia es un apoyo importante, para el paciente diabético, por lo que la descompensación metabólica del paciente, estaría directamente relacionada a una “falta o insuficiente apoyo por parte de su grupo familiar”, ya sea limitando u obstaculizando el adecuado control y tratamiento de su enfermedad.

La familia es un apoyo para el paciente en todo momento y en el transcurso de su enfermedad, ya que requiere de cuidados especiales y también necesita ser motivado. Depende del paciente y de su familia para que no tenga complicaciones, si esto pasa genera gastos económicos tanto para el paciente, como para la familia y para la misma Institución.

Otro motivo por lo cual se realizó esta investigación, es que tiene el propósito de optimizar a la Institución recursos ya sea humanos como económicos, ya que muchas veces se tienen que llevar a cabo otros programas para mejorar la

enfermedad del paciente, también se tiene que capacitar a más personal para trabajar con estos pacientes y mejorar su panorama de vida.

Los resultados obtenidos de esta investigación serán fundamentales para mejorar el apoyo familiar que tengan los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 52 y particularmente le servirá de base al médico familiar, para que conozca cómo abordar estas familias junto con los pacientes diabéticos.

Se desea demostrar que el Médico Familiar está calificado para realizar funciones específicas dentro del área operativa. El Médico Familiar es y será el primer contacto con el paciente y su familia, es por eso que tiene la posibilidad de observar, entrevistar, así como también aplicar instrumentos diseñados para llevar a cabo este trabajo que servirán para obtener información verídica sobre los factores que determinan la participación de la familia en el tratamiento del paciente diabético.

PLANTEAMIENTO EL PROBLEMA

Se calcula que en el mundo existen más de 246 millones de personas que tienen diabetes y probablemente esta cifra aumente a 380 millones para el año 2030. En el 2005 se registraron 1.1 millones de muerte debido a la diabetes, de las cuales alrededor de 80% en países de ingresos bajos o medios. En México la diabetes ocupa el primer lugar en número de defunciones por año.

El panorama es frío, pero realista. A través de las encuestas se percibe que la diabetes no sólo ha tenido considerable aumento en la República Mexicana, sino que puede considerarse la primera causa de muerte y un problema más severo que el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

La familia constituye un “nosotros” y no un “yo” lo que implica una forma de simpatía y de identificación mutua. Por tanto, su influencia en la salud del diabético es de suma importancia; puede llevarlo a negarse a seguir su tratamiento o puede hacer que este lleve un buen control en lo que respecta al padecimiento, se mantenga relajado se sienta con un alta autoestima.

La diabetes es una de las enfermedades crónicas que mayor atención y erogación demandan. El interés por estudiar a las familias del paciente diabético se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso salud y enfermedad con el cual el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y social, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo.

La diabetes mellitus tipo 2 es consecuencia de interacción de factores genéticos y ambientales entre los que el estilo de vida juega un papel fundamental. La Organización Mundial de la Salud considera al estilo de vida como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones de individuales de conducta, los cuales están determinados por factores

socioculturales y por características personales de los individuos, de acuerdo con su capacidad y circunstancias socioeconómicas.

Las reacciones de la familia ante la presencia de una enfermedad dependerán de varios factores: del tipo de familia, la cultura y la educación de cada miembro; el desarrollo familiar y de las ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas y su tratamiento lo que influye en el enfermo.

En los derechohabientes que acuden de manera mensual en la U.M.F. No. 52 se suele trabajar con pacientes que presentan diabetes tipo 2 y su comienzo suele ser en la vida adulta. Estos pacientes suelen ser obesos, el riesgo de aparición de este tipo de diabetes, aumenta con la edad, el peso y la falta de actividad física y es más frecuente con hipertensión y dislipidemia, aunque se sabe que se tiene una fuerte predisposición genética.

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

Los costos de la diabetes afectan a todo el mundo. Con el rápido aumento de los casos de diabetes, estos costos siguen creciendo y tienen una gran repercusión en las vidas de los individuos y las familias, en el sector de la salud, en los gobiernos y en el conjunto de la sociedad.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la participación de la familia en el tratamiento de los pacientes diabéticos de la Unidad de Medicina Familiar No. 52?

OBJETIVOS

Objetivo General:

Identificar la participación de la familia en el tratamiento de los pacientes diabéticos de la Unidad de Medicina Familiar No. 52.

Objetivos Específicos:

- Identificar las características socioculturales en las familias de los pacientes con DM2
- Identificar las características demográficas de las familias de los pacientes con DM 2
- Determinar el grado de participación de las familias en el tratamiento de los pacientes diabéticos.
- Determinar la relación entre la participación de las familias y el control glucémico de los pacientes con DM2.
- Identificar el ciclo vital de la familia del paciente con DM2.

HIPOTESIS

La familia participa en el tratamiento del paciente diabético.

HIPOTESIS NULA

La familia no participa en el tratamiento del paciente diabético.

MATERIALES Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO.

- Descriptivo
- Observacional
- Transversal
- Prospectivo

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal, a pacientes con el diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 52 Michoacán, del 01 de noviembre del 2014 al 31 de Octubre del 2015, que cumplan con los criterios de inclusión, bajo consentimiento informado y autorización del comité de ética.

Tamaño de la muestra

El universo de trabajo lo conformaron los pacientes con DM2 adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 52, la muestra es a conveniencia del investigador, la constituye los 50 pacientes diabéticos citados a las consultas mensuales de la Unidad de Medicina Familiar No. 52 en el periodo comprendido del 1º. de Noviembre de 2014 al 31 de Octubre de 2015.

Se solicitó el consentimiento informado (anexo 4) para realizar las encuestas de datos socio demográficos (anexo 1), Apgar Familiar (anexo 2) e Instrumento para Evaluar el Apoyo Familiar (anexo 3).

1.- Cuestionario de datos generales y antecedentes que incluye edad, sexo, escolaridad, estado civil, peso, índice de masa corporal (IMC), género tiempo de diagnóstico de DM, Últimas cifra de Glucosa.

2.- APGAR familiar, que fue diseñada en 1978 por Smilkstein para explorar la funcionalidad familiar. Es un instrumento de auto aplicación, diseñado para obtener una evaluación rápida y sencilla de la capacidad funcional de la familia, reflejada en el grado de satisfacción y armonía existente en la vida familiar. Diseñada por Smilkstein y validada en Chile en 1987 por Maddaleno, Horwitz, Jara Florenzano y Salazar. Los ítems de la escala se califican como nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre, y se les asignan puntuaciones de 0 a 4, respectivamente. En este instrumento, los puntajes totales pueden oscilar entre 0 y 20; a mayor puntaje, mejor funcionalidad familiar. Una puntuación total entre 0 y 9 indica disfunción grave; entre 10 y 13, moderada; entre 14 y 17, leve, y si es igual o superior a 18 se considera funcional.

3.- Instrumento para Evaluar el Apoyo Familiar al Diabético tipo 2, diseñado por Valadez Figueroa Isabel, Centeno Covarrubias Guillermo y Cabrera Pivaral Carlos Investigación en Salud, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, 2003 publicada Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal Sistema de Información Científica.

Las áreas que explora el instrumento se dividieron en cuatro subescalas: conocimiento sobre medidas de control; conocimiento sobre complicaciones; actitudes hacia el enfermo; actitudes hacia las medidas de control. El apoyo familiar global es clasificado en las categorías de alto, medio y bajo, de acuerdo con la puntuación obtenida en el instrumento. Los rangos para cada categoría se determinaron con base en el intervalo, que se calcula con el valor de la puntuación máxima (255) menos el valor de la puntuación mínima (51) entre las tres categorías (intervalo de 68). Se determinó de la siguiente manera: apoyo familiar bajo, puntuaciones entre 51 y 119; apoyo familiar medio, entre 120 y 187; y apoyo familiar alto, entre 188 y 255.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

INCLUSION:

- Ser derechohabientes de la UMF No. 52.
- Ser paciente con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes y familiares que estén dispuestos a participar en la investigación.

EXCLUSIÓN:

- Pacientes que no acepten participar en el estudio.
- Paciente con complicaciones graves.

ELIMINACIÓN:

- Pacientes con datos incompletos.
- Pacientes que no desean continuar en el estudio

VARIABLE DEPENDIENTE.

- **Diabetes Mellitus:** La Diabetes Mellitus es un conjunto de trastornos metabólicos, que afecta a diferentes órganos y tejidos, dura toda la vida y se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre: hiperglucemia

VARIABLE INDEPENDIENTE.

- **Funcionalidad familiar:** El conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia.
- **Apoyo Familiar:** Grado de satisfacción percibido por el paciente con DM tipo 2 sobre la conducta del cuidador principal en relación a ayuda, interacción íntima, guía o información, realimentación e interacción social.
- **Ciclo Vital:** Es una serie progresiva de fases por las cuales atraviesan la familiar.
- **Escolaridad**
- **Estado Civil**
- **Ocupación**
- **Edad**
- **Sexo**
- **Control glucémico**

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	TIPO DE MEDICION
Diabetes Mellitus Dependiente	La diabetes mellitus es un conjunto de trastornos metabólicos, que afecta a diferentes órganos y tejidos, dura toda la vida y se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre: hiperglucemia	La Cifras se expresan en mg/dl. Glucemia Ayuno > 126. Glucemia casual >200 mg/dl. Glucemia postprandial >200	Cuantitativa Continúa	Cifras de glucosa en mg/dl.
Funcionalidad Familiar Independiente	El conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia.	Evaluada mediante el APGAR familia	Cualitativa Ordinal	Disfunción Grave 0 – 9 puntos Disfunción Moderada 10 - 13 puntos Disfunción Leve 14 – 17 puntos Funcional Igual o mayor 18 puntos.
Apoyo Familiar Independiente	Grado de satisfacción percibido por el paciente con DM tipo 2 sobre la conducta del cuidador principal en relación a ayuda, interacción íntima, guía o información, realimentación e interacción social.	Evaluada mediante Instrumento para Evaluar el Apoyo Familiar al Diabético tipo 2.	Cualitativa Ordinal	Apoyo Familiar Bajo 51 – 119 puntos Apoyo Familiar Medio 120 – 187 puntos Apoyo Familiar Alto 188 – 255 puntos

Ciclo Vital de la Familia Independiente	Es una serie progresiva de fases por las cuales atraviesan la familia.	Clasificación según la OMS	Cualitativa Ordinal	Formación Extensión Extensión Completa Contracción Contracción completa Disolución
Escolaridad Independiente	Serán los años académicos cursados referidos al momento de contestar el cuestionario.	Se expresara el tiempo de medición en años escolares	Cuantitativa Discreta	Años
Estado Civil Independiente	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia	Se expresa mediante tipo de vínculo o contrato que se establece.	Cualitativa Nominal	Soltero Casado Unión libre
Edad Independiente	Cantidad de años que un ser ha vivido desde su nacimiento	La edad se expresa en años	Cuantitativa Discreta	Años de edad
Sexo Independiente	Condición orgánica que distingue a las personas si es hombre o mujer	El sexo se expresa en género masculino y femenino.	Cualitativo Ordinal	Masculino o Femenino
Control glucémico Independiente	Mantener cifras de glucosa determinadas, para evitar complicaciones.	Se expresa en mg/dl ayuno < 130, postprandial < 180	Cuantitativa Continúa	Cifras de glucosa mg/dl

RECURSOS Y MATERIALES

Recursos humanos:

Aplicó las encuestas el médico familiar y responsable de la presente investigación.

Recursos Materiales:

Unidad de Medicina Familiar

Papelería: Hojas, lápices, bolígrafos.

Recursos técnicos: Computadora, Impresora y Memoria U.S.B.

Recursos financieros: Ninguno.

Análisis Estadístico:

El análisis de datos se realizó con el programa SPSS versión 18, utilizando medidas de tendencia central y de dispersión, y para contraste de las variables con Chi-cuadrada, pruebas de correlación, el Test HSD (Honestly - significant-difference) de Tukey y se procedió a efectuar análisis de fiabilidad mediante Alfa Cronbach para la validez de los instrumentos de medición.

Aspectos Éticos:

Este proyecto de investigación tiene normas éticas establecidas de acuerdo a la declaración de Helsinki donde especifica más detalladamente la investigación clínica, reflejando cambios en la práctica médica desde el término "experimentación humana" usado en el Código de Núremberg con los principios básicos.

El principio básico es el respeto por el individuo (Artículo 8), su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento

informado) (Artículos 20, 21 y 22) incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación.

El deber del investigador es solamente hacia el paciente (Artículos 2, 3 y 10) o el voluntario (Artículos 16 y 18), y mientras exista necesidad de llevar a cabo una investigación (Artículo 6), el bienestar del sujeto debe ser siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad (Artículo 5), y las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedente de las leyes y regulaciones (Artículo 9).

El reconocimiento de la creciente vulnerabilidad de los individuos y los grupos necesita especial vigilancia (Artículo 8). Se reconoce que cuando el participante en la investigación es incompetente, física o mentalmente incapaz de consentir, o es un menor (Artículos 23 y 24) entonces el permiso debe darlo un sustituto que vele por el mejor interés del individuo.

En este caso su consentimiento es muy importante (Artículo 25), en conjunto con lo estipulado en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para Salud como marca el artículo 17 de esta Ley siendo un estudio de investigación de riesgo II (Riesgo mínimo) y se hará una vez autorizado por el Comité Local de Investigación Médica.

RESULTADOS:

Incluidos 50 pacientes analizados en el trabajo de investigación 25 (50%) son del sexo masculino y 25 (50%) son del sexo femenino (Cuadro 1).

La media de edad es de 67.9, con rangos de edad que van de 40 a 91 años.

De acuerdo al índice de masa corporal un 44% de los pacientes tiene sobrepeso, el 40% obesidad y 16% tiene un peso normal.

De acuerdo a la escolaridad el 50% de total de los pacientes analizados son analfabetas, un 26% tiene primaria incompleta, el 14% primaria completa y 10% secundaria completa; de igual forma el 50 % de los pacientes tienen una ocupación como amas de casa, un 32% son campesinos y el 18% son pensionados,

En este trabajo se encontró que el 32% de los pacientes analizados tiene de 6 a 10 años de diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

De acuerdo a la valoración del Apgar que evalúa la funcionalidad familiar el 94% de estos pacientes tiene una familia altamente funcional.

De acuerdo al instrumento para evaluar el apoyo familiar al diabético tipo 2 se encontró que al 88 % de los pacientes analizados sus familias les brindan un apoyo familiar medio, el cual es recibido en un 40 % por algún hijo(a) y el 92 % de los pacientes se encuentran en la etapa del ciclo vital de la familia según Geyman de retiro y muerte.

Tabla No. 1 Descripción de las variables sociodemográficas de los pacientes con DM2 de la unidad de medicina familiar No. 52.

Variable	N	%	Variable	N	%
Genero			Tiempo de diagnóstico		
Masculinos	25	25.00	1 – 5 años	13	26.00
Femeninos	25	25.00	6 – 10 años	16	32.00
Edad			11- 15 años	11	22.00
40 – 49 años	5	10.00	16 – 20 años	10	20.00
50 – 59 años	5	10.00			
60- 69 años	19	38.00			
70 – 79 años	12	24.00			
80 – 89 años	7	19.00			
90 y más	2	4.00			
Ocupación			Apgar (funcionalidad)		
Ama de casa	25	50.00	Funcional	31	15.50
Campesino	16	32.00	Moderadamente funcional	16	83.00
Pensionado	9	18.00	Severamente disfuncional	3	1.50
Estado civil			IMC		
Casado	31	62.00	Peso normal	8	15.00
Soltero	5	10.00	Sobrepeso	22	44.00
Viudo	14	28.00	Obesidad	20	40.00
Escolaridad					
Analfabeta	25	50.0	Apoyo Familiar		
Primaria Completa	7	14.00	Bajo	2	4.00
Primaria Incompleta	13	26.00	Medio	1	2.00
Secundaria Incompleta	5	10.00	Alto	47	94.00
Etapas del ciclo vital					
Expansión	3	6.00			
Independencia	1	2.00			
Retiro y muerte	46	92.00			

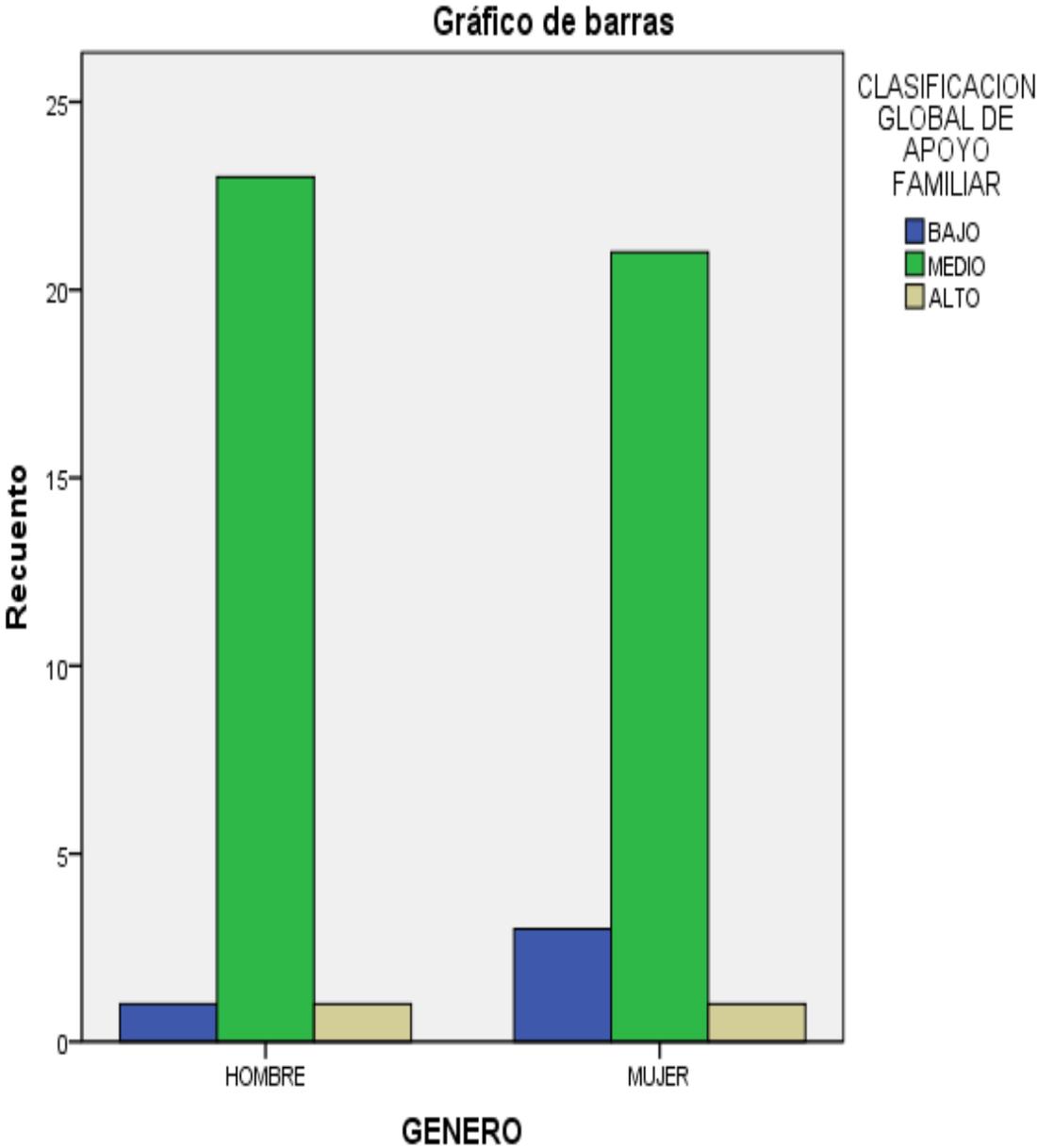
De acuerdo al instrumento para evaluar el apoyo familiar al diabético tipo 2, se encontró que 8% de los pacientes tiene un apoyo familia bajo, el 88% de los pacientes tiene un apoyo familiar medio y el 4% de los pacientes tiene un apoyo familiar medio.

Tabla No. 2 Relación entre género y apoyo familiar de los pacientes con DM2 de la unidad de medicina familiar No.52.

			CLASIFICACION GLOBAL DE APOYO FAMILIAR			Total
			BAJO	MEDIO	ALTO	
GENERO HOMBRE	Recuento	1	23	1	25	
	% del total	2.0%	46.0%	2.0%	50.0%	
MUJER	Recuento	3	21	1	25	
	% del total	6.0%	42.0%	2.0%	50.0%	
Total	Recuento	4	44	2	50	
	% del total	8.0%	88.0%	4.0%	100.0%	

Chi- cuadrado (p = 0.580)

Gráfica No.1 Relación entre género y apoyo familiar de los pacientes con DM2 de la unidad de medicina familiar No. 52



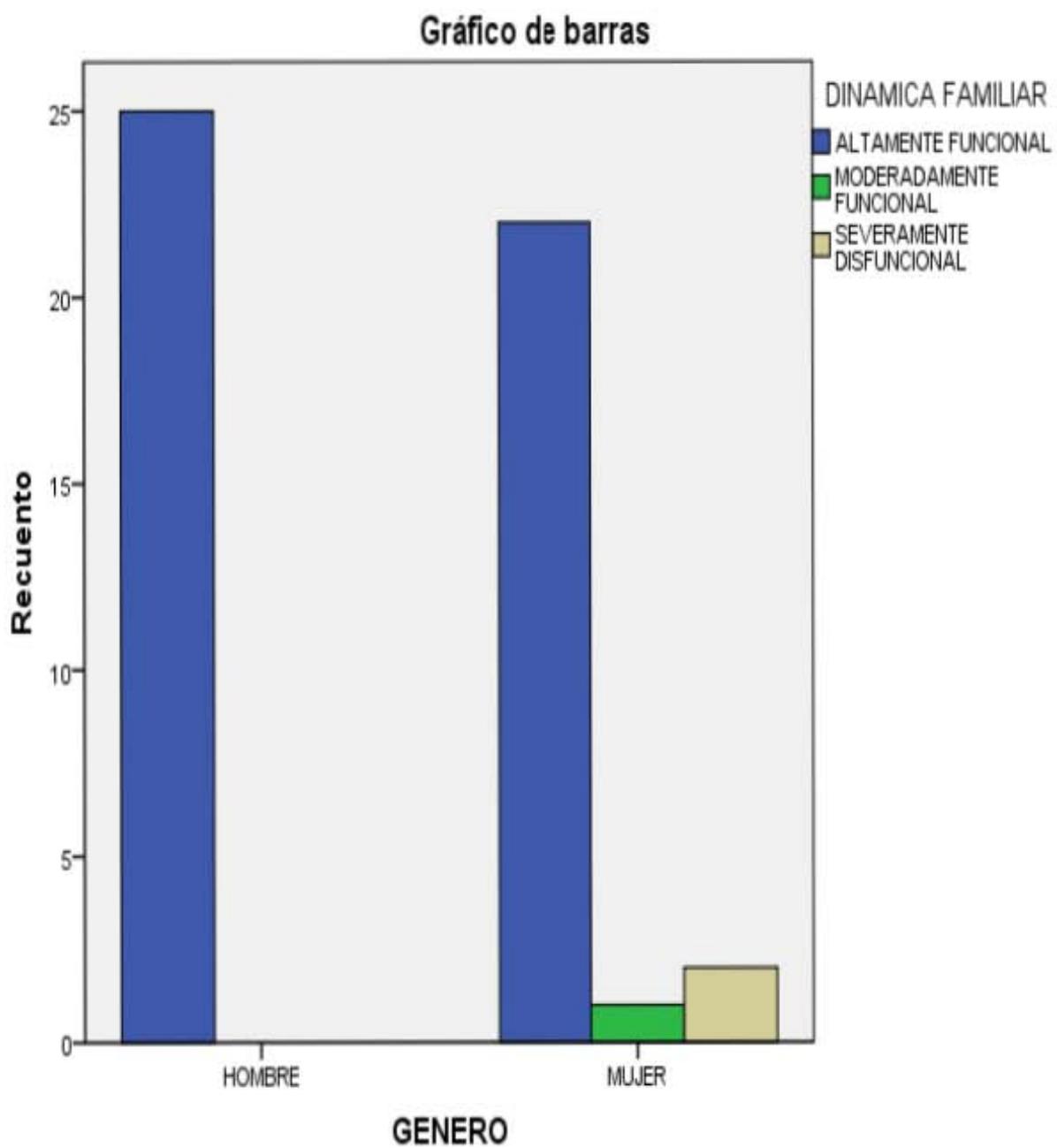
De acuerdo al instrumento para evaluar la dinámica familiar en los pacientes diabéticos, el estudio arroja que el 94% de los pacientes tiene una familia altamente funcional.

Tabla No. 3 Relación entre género y dinámica familiar de los pacientes con DM2 de la unidad de medicina familiar No. 52.

			DINAMICA FAMILIAR			Total
			ALTAMENTE FUNCIONAL	MODERADAMENTE FUNCIONAL	SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	
GENERO HOMBRE	Recuento	25	0	0	25	
	% del total	50.0%	.0%	.0%	50.0%	
MUJER	Recuento	22	1	2	25	
	% del total	44.0%	2.0%	4.0%	50.0%	
Total	Recuento	47	1	2	50	
	% del total	94.0%	2.0%	4.0%	100.0%	

Chi- cuadrado (p = .203)

Gráfica No. 2 Relación entre género y dinámica familiar de los pacientes con DM2 de la unidad de medicina familiar No. 52



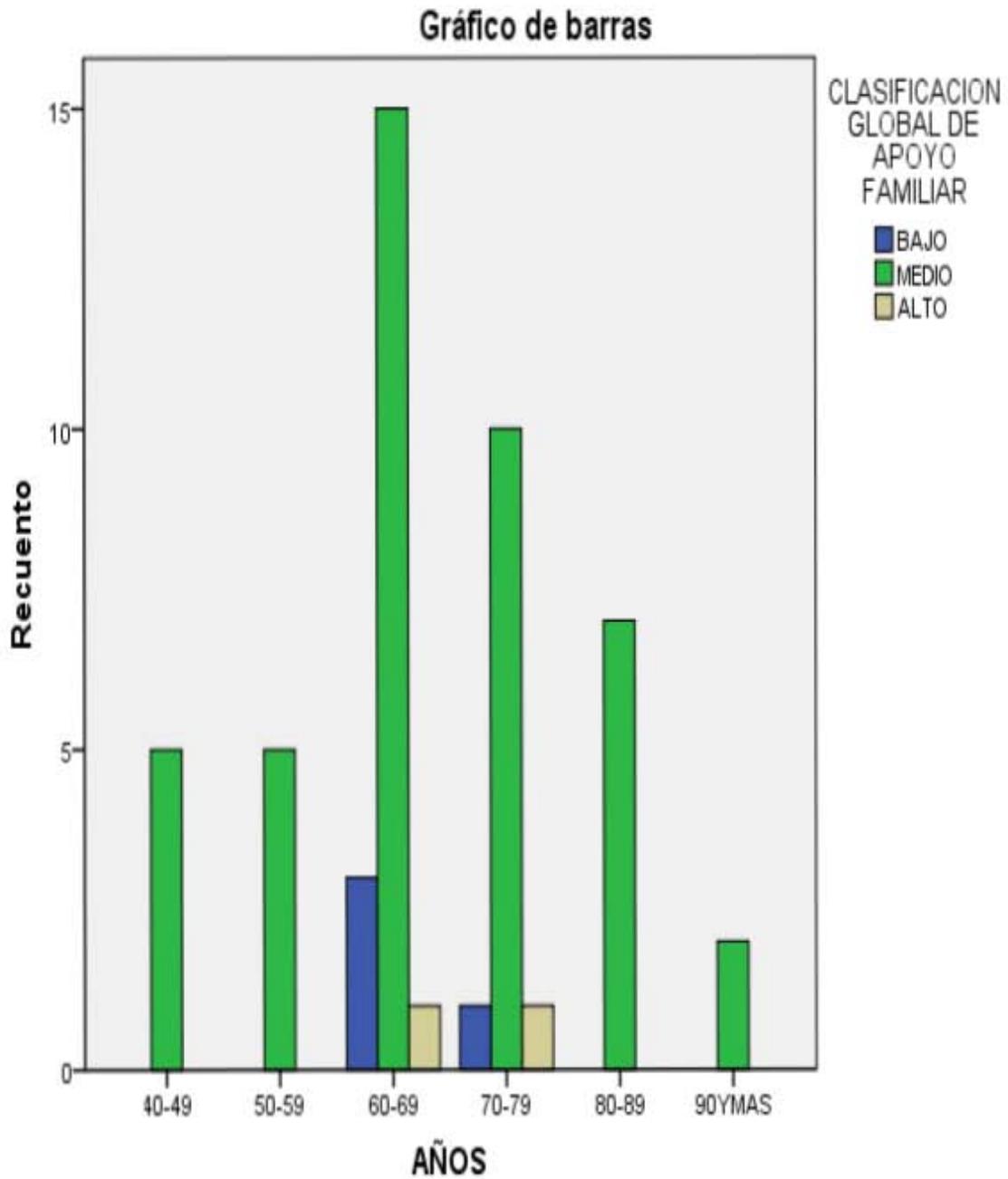
En relación a la edad el estudio arrojó que el 38% de la población analizada tiene entre 60 a 69 años de edad y son los que reciben mayor apoyo familiar se distribuye en un 6% que recibe apoyo familiar bajo, 30% que recibe apoyo familiar medio y 2% recibe apoyo familiar alto.

Tabla No. 4 Relación entre edad de los pacientes con DM2 y el apoyo familiar en la unidad de medicina familiar No. 52.

			CLASIFICACION GLOBAL DE APOYO FAMILIAR			Total
			BAJO	MEDIO	ALTO	
AÑOS	40-49	Recuento	0	5	0	5
		% del total	.0%	10.0%	.0%	10.0%
	50-59	Recuento	0	5	0	5
		% del total	.0%	10.0%	.0%	10.0%
	60-69	Recuento	3	15	1	19
		% del total	6.0%	30.0%	2.0%	38.0%
	70-79	Recuento	1	10	1	12
		% del total	2.0%	20.0%	2.0%	24.0%
	80-89	Recuento	0	7	0	7
		% del total	.0%	14.0%	.0%	14.0%
	90YMAS	Recuento	0	2	0	2
		% del total	.0%	4.0%	.0%	4.0%
Total		Recuento	4	44	2	50
		% del total	8.0%	88.0%	4.0%	100.0%

Chi- cuadrado (p = .899)

Gráfico No. 3 Relación entre edad de los pacientes con DM2 y el apoyo familiar en la unidad de medicina familiar No. 52



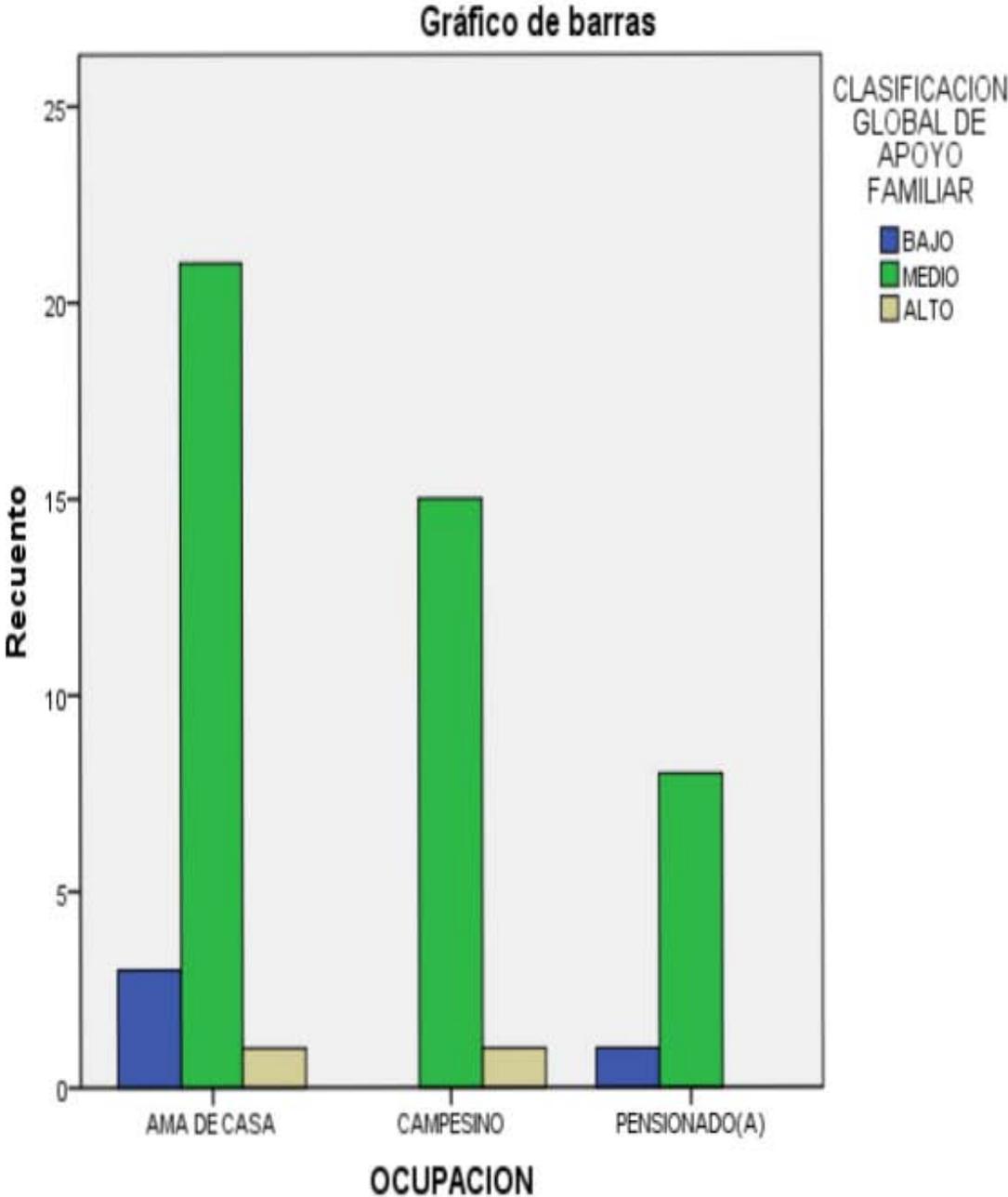
En relación a la ocupación el estudio arroja que el 50% de los pacientes son amas de casa, de acuerdo al instrumento para evaluar en apoyo familiar el 42% de estas pacientes reciben un apoyo familiar medio.

Tabla No. 5 Relación entre ocupación de los paciente con DM2 y apoyo familiar en la unidad de medicina familiar No. 52.

			CLASIFICACION GLOBAL DE APOYO FAMILIAR			Total
			BAJO	MEDIO	ALTO	
OCUPACION	AMA DE CASA	Recuento	3	21	1	25
		% del total	6.0%	42.0%	2.0%	50.0%
	CAMPESINO	Recuento	0	15	1	16
		% del total	.0%	30.0%	2.0%	32.0%
	PENSIONADO(A)	Recuento	1	8	0	9
		% del total	2.0%	16.0%	.0%	18.0%
Total		Recuento	4	44	2	50
		% del total	8.0%	88.0%	4.0%	100.0%

Chi- cuadrado (p = .634)

Grafica No. 4 Relación entre ocupación de los pacientes con DM2 de la unidad de medicina familiar No. 52 y apoyo familiar que reciben.



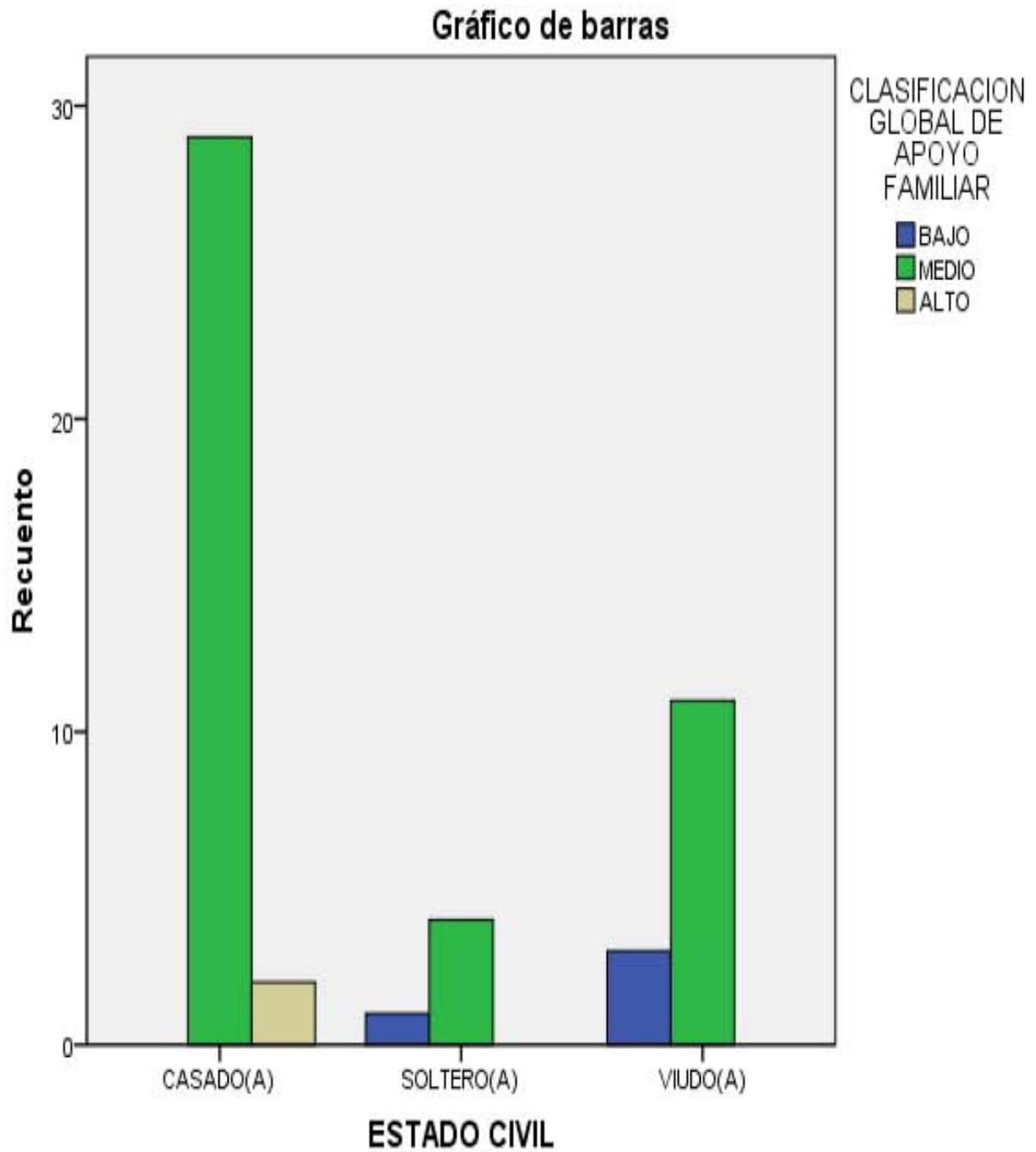
De acuerdo a la relación entre el estado civil de los pacientes y la clasificación global de apoyo familiar, el estudio arroja que el 62% de los pacientes son casados, reciben un 58% apoyo familiar medio y 4% apoyo familia alto.

Tabla No.6 Relación entre estado civil de los pacientes con DM2 de la unidad de medicina familia No. 52 y el apoyo familiar que reciben.

		CLASIFICACION GLOBAL DE APOYO FAMILIAR			Total
		BAJO	MEDIO	ALTO	
ESTADO CIVIL	CASADO(A) Recuento	0	29	2	31
	% del total	.0%	58.0%	4.0%	62.0%
	SOLTERO(A) Recuento	1	4	0	5
	% del total	2.0%	8.0%	.0%	10.0%
	VIUDO(A) Recuento	3	11	0	14
	% del total	6.0%	22.0%	.0%	28.0%
Total	Recuento	4	44	2	50
	% del total	8.0%	88.0%	4.0%	100.0%

Chi- cuadrado (p = .090)

Grafica No. 5 Relación entre estado civil de los pacientes con DM2 de la unidad de medicina familiar No. 52 y apoyo familiar que reciben.



De acuerdo a la relación entre la escolaridad y apoyo familiar, el estudio arroja que el 50% de los pacientes son analfabetas y de estos el 4% recibe apoyo familiar bajo, 44% recibe un apoyo familiar medio, 2% recibe apoyo familiar alto.

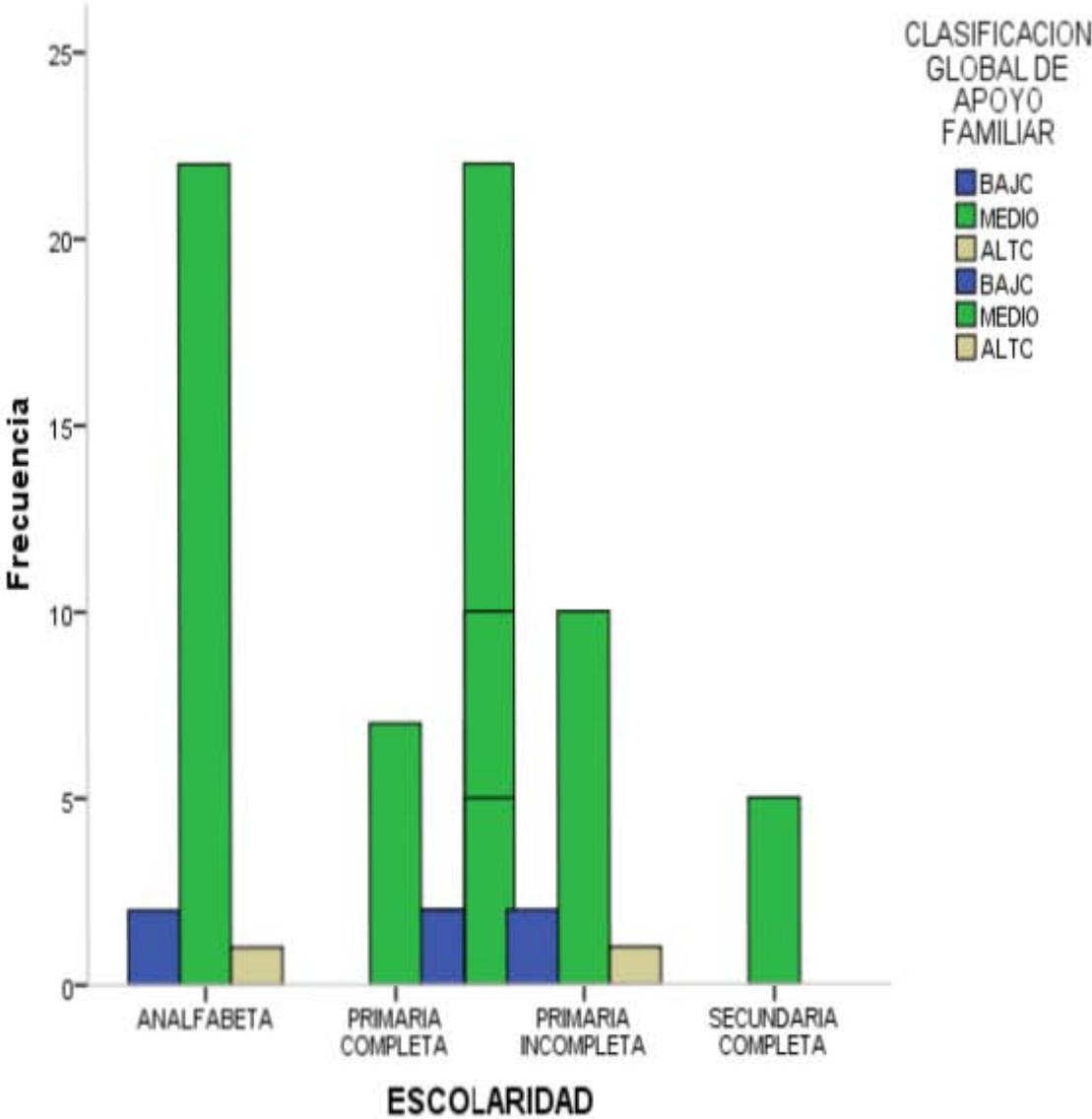
El otro 50% de los pacientes tiene una escolaridad básica de primaria y secundaria.

Tabla No. 7 Relación entre la escolaridad de los pacientes con DM2 de la unidad de medicina familiar y apoyo familiar que reciben

		CLASIFICACION GLOBAL DE APOYO FAMILIAR			Total
		BAJO	MEDIO	ALTO	
ESCOLARIDAD	ANALFABETA	Recuento 2	22	1	25
		% del total 4.0%	44.0%	2.0%	50.0%
	PRIMARIA COMPLETA	Recuento 0	7	0	7
		% del total .0%	14.0%	.0%	14.0%
	PRIMARIA INCOMPLETA	Recuento 2	10	1	13
		% del total 4.0%	20.0%	2.0%	26.0%
	SECUNDARIA COMPLETA	Recuento 0	5	0	5
		% del total .0%	10.0%	.0%	10.0%
Total		Recuento 4	44	2	50
		% del total 8.0%	88.0%	4.0%	100.0%

Chi – cuadrado (p = .790)

Grafico No. 6 Relación entre la escolaridad de los pacientes con DM2 de la unidad de medicina familiar y apoyo familiar que reciben



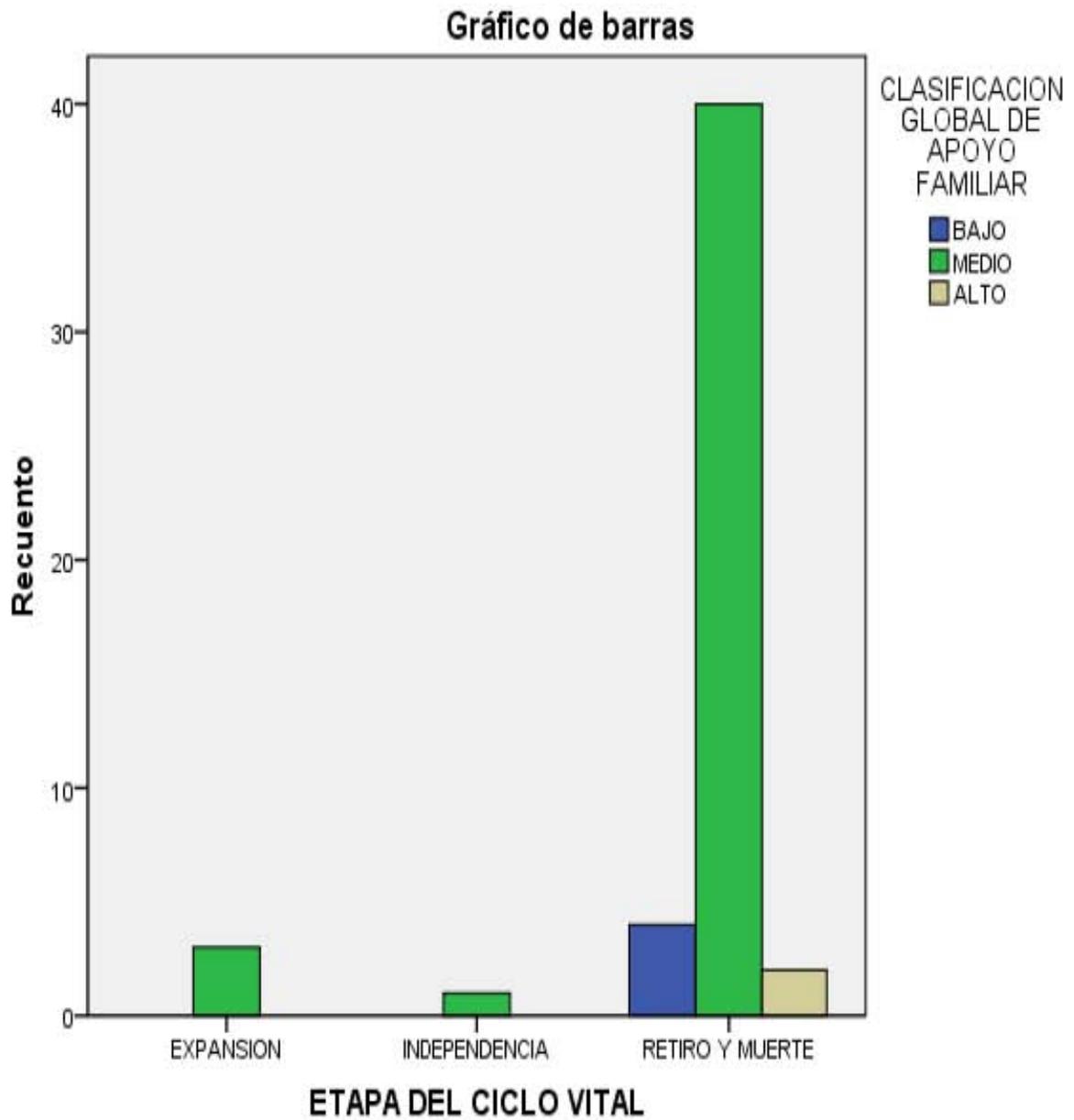
De acuerdo a la relación de la etapa del ciclo vital y clasificación global de apoyo familiar el estudio arroja que el 92% de los pacientes se encuentra en la etapa de retiro y muerte, de estos el 8% recibe apoyo familiar bajo, 80% recibe un apoyo familiar medio y 4% recibe apoyo familiar alto

Tabla No. 8 Relación entre la etapa del ciclo vital de la familiar y el apoyo familiar que reciben

			CLASIFICACION GLOBAL DE APOYO FAMILIAR			Total
			BAJO	MEDIO	ALTO	
ETAPA DEL CICLO VITAL	EXPANSION	Recuento % del total	0 .0%	3 6.0%	0 .0%	3 6.0%
	INDEPENDENCIA	Recuento % del total	0 .0%	1 2.0%	0 .0%	1 2.0%
	RETIRO Y MUERTE	Recuento % del total	4 8.0%	40 80.0%	2 4.0%	46 92.0%
Total		Recuento % del total	4 8.0%	44 88.0%	2 4.0%	50 100.0%

Chi-cuadrado ($p = .964$)

Grafico No. 7 Relación entre etapa del ciclo vital de la familia y el apoyo familiar que reciben



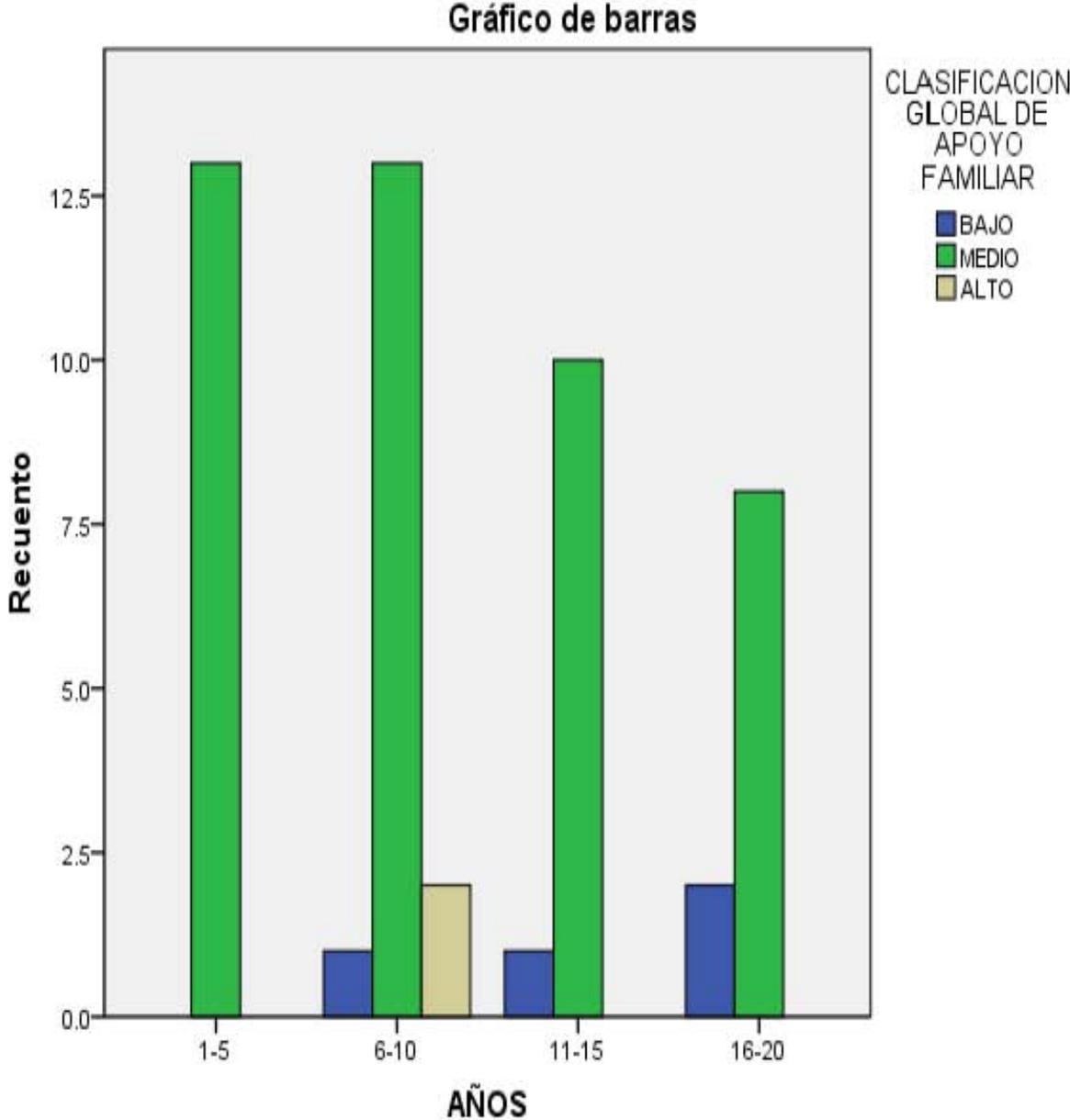
En relación a los años de diagnóstico y el apoyo familiar, el estudio arroja que el 32% de los pacientes tiene de 6 a 10 años de diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, de estos el 26% tiene un apoyo familiar medio.

Tabla No. 9 Relación entre los años de diagnóstico de DM2 y el apoyo familiar que reciben los pacientes de la unidad de medicina familiar No. 52

		CLASIFICACION GLOBAL DE APOYO FAMILIAR			Total
		BAJO	MEDIO	ALTO	
AÑOS 1-5	Recuento	0	13	0	13
	% del total	.0%	26.0%	.0%	26.0%
6-10	Recuento	1	13	2	16
	% del total	2.0%	26.0%	4.0%	32.0%
11-15	Recuento	1	10	0	11
	% del total	2.0%	20.0%	.0%	22.0%
16-20	Recuento	2	8	0	10
	% del total	4.0%	16.0%	.0%	20.0%
Total	Recuento	4	44	2	50
	% del total	8.0%	88.0%	4.0%	100.0%

Chi. Cuadrado (p= 0 .273)

Grafica No. 8 Relación entre los años de diagnóstico de la DM2 y el apoyo que reciben los pacientes de la unidad de medicina familiar no. 52



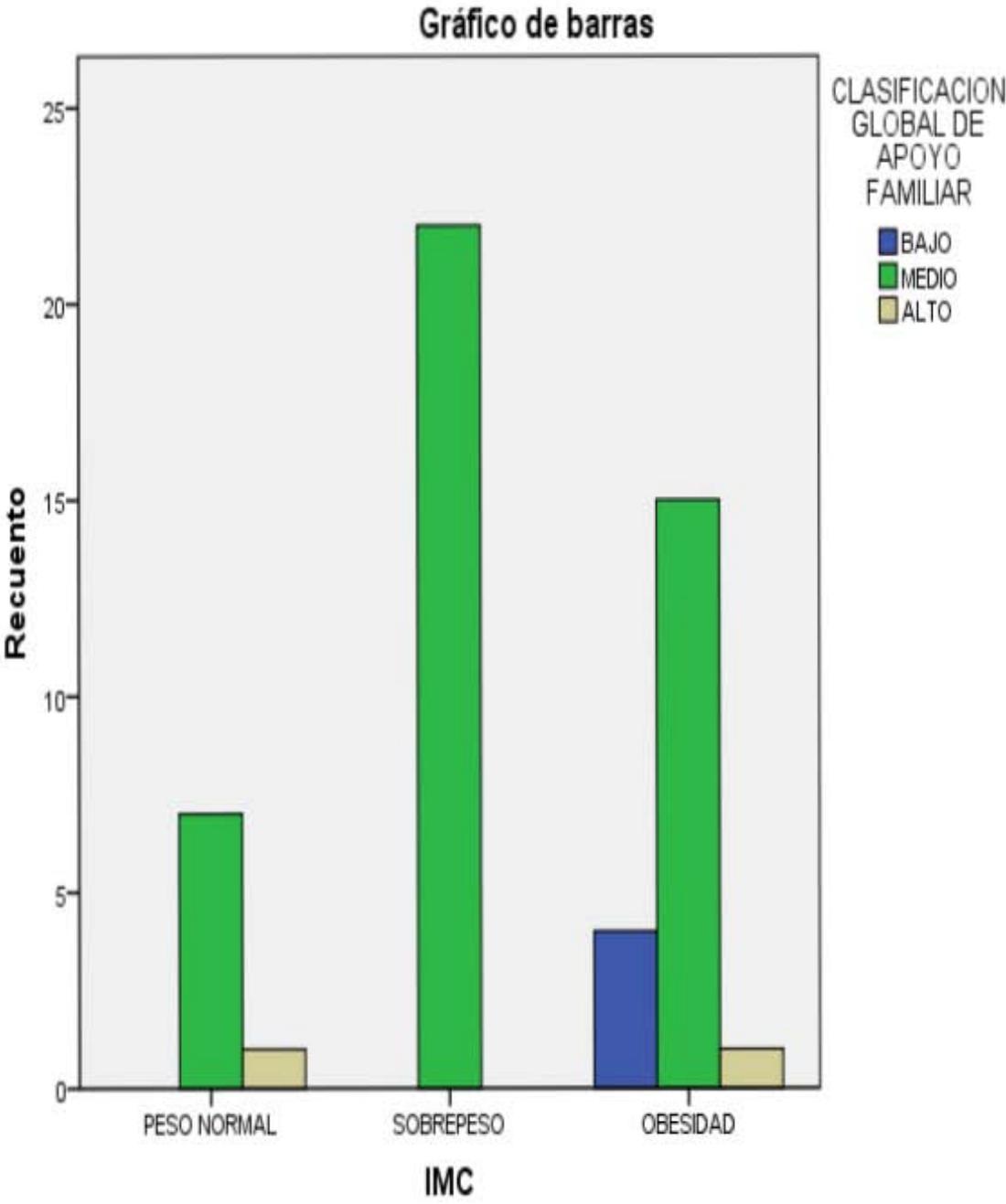
De acuerdo a la relación al índice de masa corporal y el instrumento para evaluar el apoyo familiar, el 16 % de los pacientes tiene un peso normal y reciben un 14% de apoyo familiar medio y 2% de apoyo familiar alto; el 44% de los pacientes tiene sobrepeso, todos ellos reciben un apoyo familiar medio; el 40% tiene obesidad y reciben un 8% apoyo familiar bajo, 30% de apoyo familiar medio y 2% de apoyo familiar alto

Tabla No.10 Relación entre índice de masa corporal de los pacientes de la unidad medicina familiar No.52 y el apoyo familiar que reciben

			CLASIFICACION GLOBAL DE APOYO FAMILIAR			Total
			BAJO	MEDIO	ALTO	
IMC	PESO NORMAL	Recuento % del total	0 .0%	7 14.0%	1 2.0%	8 16.0%
	SOBREPESO	Recuento % del total	0 .0%	22 44.0%	0 .0%	22 44.0%
	OBESIDAD	Recuento % del total	4 8.0%	15 30.0%	1 2.0%	20 40.0%
Total		Recuento % del total	4 8.0%	44 88.0%	2 4.0%	50 100.0%

Chi- cuadrado (p = 0.58)

Grafica No. 9 Relación entre índice de masa corporal de los pacientes de la unidad de medicina familiar No. 52 y el apoyo familiar que reciben.



En relación a la última cifra de glucosa y la clasificación global de apoyo familiar, el estudio arrojó 44 pacientes que reciben un apoyo familiar medio con una media de cifra de glucosa en 138 mg/dl, 4 pacientes que reciben apoyo familiar bajo con una media de cifra de glucosa de 141 mg/dl y 2 pacientes que reciben apoyo familiar alto con una media de cifra de glucosa de 148 mg/dl.

Tabla No. 11 Relación entre la última cifra de glucosa de los pacientes con DM2 y el apoyo familiar que reciben.

HSD de Tukey^{a,b}

CLASIFICACION GLOBAL DE APOYO FAMILIAR		N	Subconjunto para alfa = 0.05
			1
dimension1	MEDIO	44	138.16
	BAJO	4	141.25
	ALTO	2	148.50
	Sig.		.802

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

- a. Usa el tamaño muestra de la media armónica = 3.882.
- b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

Fiabilidad de Dinámica Familiar (APGAR) Y Apoyo Familiar

DIMENSION	REACTIVOS	<i>Alpha de Cronbach</i>	<i>Métodos de mitades</i>
APGAR	5	.908	.935
APOYO FAMILIAR	52	.873	.891

Discusión:

En el presente estudio se ha analizado la relación entre apoyo familiar y control glucémico de los pacientes diabéticos tipo 2, los resultados sugieren que en dicha relación constituyen un factor explicativo; es decir las características positivas o negativas del funcionamiento familiar potencian o inhiben el apego al tratamiento farmacológico, higiénico y dietético y por tanto influye en las cifras de glucemia en ayuno o preprandial obtenidas. Estos patrones de relación entre las variables que estudiamos; donde se aplicaron los instrumentos de evaluación del sistema familiar, apoya la validez y generalidad de nuestros resultados.

No obstante en la diabetes mellitus, como en otras enfermedades, es necesario que la familia sea flexible, los cambios dentro del núcleo familiar dependerá por tanto, de las características propias de la familia, de la etapa ciclo vital que se encuentren, de la etapa de desarrollo que esté viviendo el individuo que padece la enfermedad ya la red de apoyo familiar con que cuente.

En síntesis los resultados encontrados proveen información importante que nos ayudan conocer el funcionamiento familiar y cómo influye en el control glucémico del diabético tipo 2

Conclusiones:

La participación de la familia constituye la primera red de apoyo y es el principal recurso de promoción a la salud para mantener un adecuado control glucémico en los pacientes diabéticos tipo 2.

Al relacionar la participación de la familia mediante el instrumento para evaluar el apoyo familiar al diabético tipo 2 con las cifras de glucosa, la mayoría de los pacientes diabéticos analizados reciben un apoyo familiar medio y manejan una media en cifra de glucosa de 138 mg/dl, considerando la meta terapéutica de glucemia en ayuno o preprandial de 90 – 130 mg/dl en el tratamiento y control del diabético tipo 2, con esto se evidencia que es necesario incluir a la familia desde que se hace el diagnóstico y se establece el tratamiento, a fin de que el paciente dentro del núcleo familiar sea estimulado para que logre las metas terapéuticas.

La mayoría de los pacientes se encuentra en la 6^o década de la vida tiene un tiempo de diagnóstico entre 6 a 10 años, que al evaluar la funcionalidad familiar encontramos que estas familias son altamente funcionales y se encuentran en la etapa de ciclo vital de retiro y muerte.

Consideramos que el tratamiento del paciente diabético incluye a la familia como principal agente motivador con un papel activo, dinámico y participativo.

La constante atención y seguimiento por parte de los familiares y del propio paciente dará como resultado la adhesión a los buenos hábitos y por tanto tendrán un impacto altamente significativo en sus cifras de glucosa que se verán reflejadas en la calidad de vida.

BIBLIOGRAFIA

1. Secretaría de Salud /Boletín epidemiológico, Diabetes Mellitus tipo 2, Primer trimestre del 2013, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Disponible en: www.epidemiologia.salud.gob.mx/...diabetes/dm2_bol1_2013.pdf
2. Tinsley R. Harrison y cols. Principios de Medicina Interna, Editorial Mc Graw-Hill, Decimosexta edición, Chile 2005.
3. Navarro Pérez, Jorge. Conceptos Generales sobre la Diabetes Mellitus Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria, Disponible en: <http://www.svarfyc.org/Grupo/Hojaspacientes/13.pdf>.
4. Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de Diabetes Mellitus en el Adulto Mayor Vulnerable ,Secretaría de Salud 2013, IMSS167-13, Disponible en: <http://www.cenecet.salud.gob.mx/interior/gpc.html>.
5. Aronne, Evangelina. Psicología concepto de familia, Noviembre 2007, Disponible en:<http://www.evangelinaarone.com.ar/2007/II/La-familia-concepto-tiposcrisis.html>.
6. Estrada Inda, Lauro. El ciclo Vital de la Familia. La ayuda terapéutica a la familia a través del análisis de su nacimiento, crecimiento, reproducción y muerte. Segunda Edición, México: Editorial Posada, 1998.
7. Fernández Ortega Miguel Ángel, El Impacto de la Enfermedad en la Familia Revista de la Facultad de Medicina UNAM Noviembre-Diciembre, 2004: 47(6):1-5.
8. Membrillo L. A; Fernández O. M.A.; Quiroz P. J. R. y Rodríguez L.J.L. Familia. Introducción al estudio de sus elementos. México. Editores de Textos Mexicanos, 2008.
9. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos en Medicina Familiar II. <http://www.medigraphic.org.mx>. 2005: 7(1): 15-19
10. Sedesol, Informe Anual sobre la Pobreza y Situación de Rezago Social.

11. Instituto Mexicano del Seguro Social (2014). MOCERI. Reporte de Sistemas de la Unidad de Medicina Familiar No.52.
12. Portilla L.; Romero M.I. y Román J. El paciente diabético, aspectos psicológicos de su manejo. Revista Latinoamericana de Psicología, Colombia, 1991: 23(2).
13. Márquez G. y Berrios R. (2009). *La familia del diabético*. Disponible en: www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1446/ /La – familia – del diabético.html.
14. Saucedo García J.M.; Foncerrada M.M. (1981). *La exploración de la familia*. Aspectos médicos, psicológicos y sociales. Revista Médica. IMSS 19(2):155-163.
15. Congreso Nacional de la Federación Española de Diabetes (2002). *La Familia: ¿Apoyo Desaliento para el Paciente Diabético?* Página web: www.diariomedico.com/endocrinologia/mayo00.html .
16. De los Ríos, I. y Martínez F. *Control metabólico del paciente diabético tipo 2 después de una estrategia educativa en Medicina Familiar*. U. M. F. No. 28 IMSS México; B. C. Aten. Fam. 2009: 16 (2): 32-35.
17. Duran Varela, Blanca Rosa. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Revista de Salud Pública de México. 2001: 43 (3)
18. Valadez F.; Aldrete Rodríguez y Alfaro Alfonso. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético. Salud Pública México. 1993: 35 (5): 464-465.
19. García Tejera, María Alejandra (2007). *Adherencia al Tratamiento en Enfermedades Crónicas* Disponible en: http://www.fuedin.org/ArticulosDestacados/sub_07/Art_09_07.htm
20. Arroyo Rojas Magdalena Dasilva, Bonilla Muñoz Martha Patricia, Trejo González Luis, Perspectiva familiar alrededor del paciente diabético, Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. Junio 2005; 38(2): 63-68.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDAD	Marzo - Mayo 2014	Junio - Octubre 2014	Nov 2014 – Octubre	Novi 2015 – Diciemb	Enero 2016 - Junio	Julio – Agosto 2016	Diciemb re 2016
Elección del tema	X						
Elaboración del protocolo		X					
Presentación ante el Comité de Investigación.		X					
Registro ante SIRELCIS		X					
Modificación de acuerdo a observaciones del Comité.		X					
Espera de Dictamen de Autorización por CLIES		x					
Aplicación de encuestas.			x				
Resultados.				X			
Análisis de datos.					x		
Discusión.					X		
Elaboración del escrito final.						X	
Presentación ante el Comité.							x

ANEXOS

Anexo 1. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO

NOMBRE: _____

NSS: _____ **GENERO** M____ F_____

EDAD: _____ **TALLA:** _____ **PESO:** _____ **IMC:** _____

OCUPACION: _____ **ESTADO CIVIL:** _____

ESCOLARIDAD: _____

ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIA _____

TIEMPO DE DIAGNOSTICO: _____

ÚLTIMAS CIFRA DE GLUCOSA: _____

Anexo 2. CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Nombre: _____ Edad _____
 NSS _____ Genero. Femenino ___ Masculino _____
 Tiempo de Dx. de DM _____ años Última cifra de Glucosa _____

Instrucciones: Responda de acuerdo a su apreciación personal las siguientes preguntas marcando con una cruz la respuesta que más se acomode a su vivencia personal en su familia

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
	0	1	2	3	4
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me satisface la participación que mi familia brinda y permite					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en familia: a) El tiempo para estar juntos, b) Los espacios en a casa, c) El dinero					

Análisis:

Puntaje Total: _____

Familias altamente funcionales : 7 a 10 puntos
Familias moderadamente funcionales: 4 a 6 puntos
Familias severamente disfuncionales: 0 a 3 puntos

Anexo 3. Instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2

Datos del Familiar: _____

Nombre: _____

Tipo de Parentesco: _____

Datos del Paciente: _____

Nombre: _____

_____NSS _____

_____ Edad: _____ años Genero: F__M__ Tiempo de Dx. de

DM _____ años

Última cifra de Glucosa _____

Instrucciones: Responda de acuerdo a su apreciación personal las siguientes preguntas marcando con una cruz la respuesta que más se acomode a su vivencia personal en su familia.

	A	B	C	D	E
	5	4	3	2	1
1. El diabético descontrolado llega a tener gangrena en los pies.					
2. El diabético debe en su casa medirse la azúcar en la sangre					
3. Son comunes las infecciones en los diabéticos					
4. La preparación de los alimentos del enfermo diabético es realizada por:					
a) El paciente mismo					
b) El cónyuge					
c) La hija/o mayor					
d) Otra persona					
5. La administración de la medicina al paciente diabético es realizada por:					
a) El paciente mismo					
b) El cónyuge					
6. Usted está de acuerdo que para mantenerse en control el enfermo diabético tiene que					

a) Tomar sus medicinas					
b) Llevar su dieta					
c) Hacer ejercicio					
d) Cuidar sus pies					
e) Cuidar sus dientes					
7. Le ayuda a su familiar a entender las indicaciones del médico					
8. Cuando su familiar enfermo come más alimentos de los indicados usted					
a) Le recuerda el riesgo					
b) Le retira los alimentos					
c) Insiste tratando de convencerlo					
d) Insiste amenazando					
e) No dice nada					
9. Se da usted cuenta cuando a su familiar se le olvida tomar su medicina					
10. Considera que es problema preparar la dieta de su familiar diabético					
a) Porque no sabe					
b) Porque no le gusta					
c) Porque le quita tiempo					
d) Porque cuesta mucho dinero					
11. Qué hace usted cuando su familiar diabético suspende el medicamento sin indicación médica					
a) Le recuerda					
b) Le insiste tratando de convencerlo					
c) Le lleva la medicina					
d) Lo regaña					
e) Nada					
12. Pregunta al médico sobre las diferentes combinaciones de alimentos para su familiar					
13. Considera necesario que el diabético acuda al Dentista					
14. Motiva a su familiar a hacer ejercicio (caminar)					
15. El ejercicio físico baja la azúcar					
16. A los enfermos diabéticos puede bajárseles la Azúcar					
17. La azúcar en la sangre debe medirse antes de los Alimentos					
18. Procura tenerle a su familiar diabético los alimentos que requiere a sus hora					
19. Cuando el paciente tiene cita con el médico					
a) Lo acompaña					
b) Le recuerda su cita					
c) Está al tanto de las indicaciones					
d) No se da cuenta					

20. Conoce la dosis de medicamento que debe tomar su familiar					
21. Platica con el médico acerca de la enfermedad y de las indicaciones que le dieron a su familiar					
22. ¿Su familiar diabético toma alguna otra cosa para su control aparte del medicamento?					
a) Tés					
b) Homeopatía					
c) Remedios caseros					
23. Considera necesario para el cuidado de los pies del diabético					
a) El uso de calzado adecuado					
b) El uso de talcos					
c) El recorte adecuado de uñas					
d) Que evite golpearse					
24. Su familiar diabético se encuentra en la casa solo					
A=Siempre B=Casi siempre C=Ocasionalmente D=Rara vez E=Nunca					

CALIFICACION GLOBAL DEL APOYO FAMILIAR	
APOYO FAMILIAR	PUNTUACIONES
BAJO	51 – 119
MEDIO	120 – 187
ALTO	188 - 265



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 52 NUEVO URECHO, MICHOACAN

Anexo 4: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nuevo Urecho, Mich. A _____ dé _____ del _____.

Por medio de la presente yo _____
Acepto participar en el proyecto de investigación titulado “La Familia y su Participación en el tratamiento del paciente diabético en la UMF No 52” registrado ante el Comité Local de Investigación 1603, con el número _____

Justificación: Investigar sobre las posibles variables que se asocian con la participación de la familia con el paciente diabético,

El objetivo: Identificar si el apoyo familiar que recibe el adulto con DM2 influye directamente en su tratamiento.

Procedimientos: Se me ha explicado que mi participación en el estudio consistirá en contestar algunas preguntas sobre la relación entre los miembros de mi familia, así como datos personales como, la edad que tiene, a que se dedica, donde vive, hasta qué grado estudio, cuanto tiempo tiene consumiendo estas medicinas, entre otros. El contestar estas preguntas me llevara 30 minutos.

Posible riesgo y molestias: Se me ha explicado de los riesgos son mínimos por tratarse de contestar unas preguntas y no incluye ninguna intervención. Las molestias que se pueden presentar son incomodidad es contestar algunas preguntas de la intimidad de mi familia.

Posibles beneficios: Los beneficios posibles de participar en este estudio es que de encontrarse que el tomar estas medicinas está afectando a mi familia, se me ofrezca otra forma de tratar mi problema por lo cual se me indico dicha medicina.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se me explico que se me informará de forma oportuna, clara y precisa los resultados obtenidos en este estudio.

Participación o retiro: He sido informado que puedo Retirarme del estudio si así lo decido, sin que ello afecte los servicios que recibo del IMSS.

Privacidad y confidencialidad: Se me ha informado y se me ha asegurado que la información que yo aporte es confidencial, se usara solamente para reportes científicos en los cuales no se me identificara de ninguna manera.

Por todo lo anterior declaro que acepto participar en estudio y puedo Retirarme del estudio si así lo decido, sin que ello afecte los servicios que recibo del IMSS.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podré dirigirme a:

Investigador responsable: Dra. Esquivel Pineda Fany Patricia Tel: 4521219110

Investigador asociado: Dr. Tel:

Investigador asociado: Dr. Jerónimo Camacho Pérez. Tel: 4525243731

Comité Local de Investigación y Ética de Investigación en Salud No. 1603

Secretario del Comité: Dr. Jerónimo Camacho Pérez. Tel: 4525243731

En caso de dudas o aclaraciones sobre mis derechos como participante podré dirigirme con el Secretario Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud N° 1603 al teléfono 452 52 437 31.

O bien a:

Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del paciente

Investigador Responsable

TESTIGOS

Nombre y firma

Nombre y firma

