



11226 25
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
División de Estudios de Post-Grado
Unidad de medicina familiar No. 20 de México, D.F.

**RELACIONES ENTRE EL CICLO DE VIDA FAMILIAR
DINAMICA FAMILIAR, FUNCIONES DE LA FAMILIA
Y LAS CIFRAS DE GLUCOSA SERICA DEL PACIENTE
DIABETICO TIPO II**

TESIS DE POST-GRADO

Que para obtener el título de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P r e s e n t a:

Dra. Rasalía Cárdenas Alcántara

Generación: 1994 -1997



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

México D.F., 1997



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**Instituto Mexicano del Seguro Social
División de Estudios de Post-Grado
Unidad de Medicina Familiar No. 20 de México, D.F.**

**RELACIONES EN EL CICLO DE VIDA FAMILIAR,
DINÁMICA FAMILIAR, FUNCIONES DE LA FAMILIA
Y LAS CURVAS DE GLUCOSA SÉRICA DEL PACIENTE
DIABÉTICO TIPO II**

**TESIS DE POST-GRADO
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
Especialista en Medicina Familiar**

P R E S E N T A:

Dr. Rosalva Cárdenas Alcántara

Generación 1994-1997

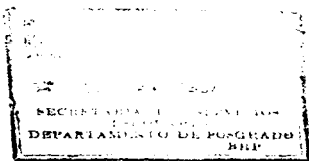
MÉXICO, D.F.

1997



U. M. F. No. 20
DEPTO. ENSEÑANZA E INVESTIGACION

Dr. Luciano Noré Ponsa Alvarez
Titular del curso de Especialidad
en medicina Familiar U.M.F. No. 20
I M S S, Mexico, D.F.





Dr. Nori Pons

DR. OCTAVIO NORI PONS ALVAREZ

JEFE DE ESSENCIA E INVESTIGACION

D.S.E. N.º. 20



Vc. Ho.

ASESOR

DR. JUAN ESPINOSA MARTINEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

D E D I C A T O R I A S

Dedico esta Tesis :

**A mis padres :
Por todo el amor que
les tengo, por no tener
palabras para
agradecer
todo el apoyo
económico
y sobre todo moral que
me han brindado
durante
toda mi vida, por lo
que son
y significan para mí.**

**A mis hermanas :
Por su apoyo incondicional
ya que en los momentos más
difíciles estuvieron conmigo
y me brindaron palabras de
aliento para continuar. Por
su comprensión y el cariño
que nos une.**

**A mi hija :
Por el amor y el apoyo
que me brinda y sobre
todo por estar conmigo**

**Al Dr. J. Espinosa :
Por la ayuda profesional
y la paciencia hacia mi
persona.**

A ti Jesús :
En especial por todo
los momentos de apoyo
y sobre todo por ser
como eres.

A mi amiga Clarita :
Porque siempre nos
alentamos tanto en
el estudio, como en
nuestras vidas, y
que nuestra amistad
continúe.

A mis cuñados :
Porque en todo momento
me ayudaron a seguir y
por su apoyo moral.

A mis profesores :
Que en forma directa y
por sus enseñanzas me
ayudaron para subir un
peldaño mas en mi
carrera profesional. Y
ver así realizado lo mas
anhelado.

I N D I C E

| | PAG. |
|--|------|
| 1.- OBJETIVOS..... | 1 |
| 2.- ANTECEDENTES CIENTÍFICOS..... | 2 |
| 3.- JUSTIFICACION..... | 17 |
| 4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 18 |
| 5.- MATERIAL Y METODOS..... | 19 |
| A) Características del trabajo | |
| B) Procedimiento de recolección | |
| C) Procedimiento de análisis | |
| 6.- PRESENTACION DE RESULTADOS..... | 20 |
| 7.- CUADROS Y GRAFICAS..... | 21 |
| 8.- ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS..... | 40 |
| 9.- ANALISIS ESTADÍSTICOS..... | 41 |
| 10.- CONCLUSION..... | 42 |
| 11.- COMENTARIO..... | 43 |
| 12.- RESUMEN..... | 44 |
| 13.- BIBLIOGRAFIA..... | 45 |
| 14.- APENDICES..... | 47 |

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

General :

1 - Demostrar si existe relación o no, entre el grado de función, dinámica, ciclo de vida familiar y la cifra de glucosa serica en el paciente diabético tipo II de la consulta externa de la UMF 20

Particulares :

1 - Demostrar la relación entre las funciones de la familia y el paciente diabético tipo II

2 - Demostrar la relación entre el ciclo de vida familiar y las cifras de glucosa serica en el paciente diabético tipo II de la UMF de la consulta externa

3 - Demostrar la relación entre la dinámica familiar y las cifras de glucosa serica del paciente diabético tipo II

4 - Demostrar la relación entre funciones familiares, ciclo de vida, y la glucosa serica del paciente diabético tipo II

5 - Demostrar la relación entre función familiar, dinámica familiar y las cifras de glucosa serica en el paciente diabético tipo II

Antecedentes Científicos

Definición: Etimológicamente hablando, la diabetes mellitus se refiere a la excreción de una gran cantidad de orina dulce como la miel.

La primera descripción de la diabetes se encontró en los papiros de Ebers en Egipto, en 1800 a. C. Aretaeus y Celsus, médicos romanos, de los primeros años de nuestra era, le dieron ese nombre definiéndola como "Enfermedad en que la carne se disuelve y se va por la orina".

En 1675 Tomas Willis, detecto por medio del sabor el contenido de la glucosa en la orina y la adjudico el nombre de mellitus (del griego miel).

En 1699 Lagerhans, descubrió en el páncreas los islotes que más tarde recibirían su nombre.

En 1921 Banting y Best, demostraron las propiedades hipoglucemiantes de extractos pancreáticos, administrados a perros con páncreolectomía total, y al añadir insulina, iniciándose una nueva era en la terapéutica e investigación de esta enfermedad.

Hasta el decenio de 1980 se considero que la diabetes mellitus era un padecimiento ocasionado por una deficiencia en la producción de insulina. Los metodos de laboratorio desarrollados para medir la actividad biologica de la hormona en el plasma, demostraron que en un alto porcentaje de diabeticos no tenian valores normales de la actividad, sino en algunos casos era mayor a la de sujetos normales. A partir de 1960 se observo un efecto plasmatico de la hormona, con lo que se confirmo que efectivamente el paciente diabetico tiene insulina circulante, pero probablemente el efecto radica en un retardo y una reduccion en la magnitud de insulina secretada en respuesta al estimulo dado.

Epidemiología.

Es bien sabido que la diabetes mellitus es una enfermedad mundial, debido a esto es considerada como un problema de salud publica, ya que mundialmente el 1% de la población padece esta enfermedad, el aumento significativo de personas que la padecen cada año, su caracter crónico incurable, progresivo e incapacitante, por su control que exige normas dietéticas extrañas al habito familiar, a la administración, clara de medicamentos de manera permanente en la mayoría de los casos y por la necesidad de tener la colaboración y disciplina del paciente.

Solo el 58% son reconocidos clinicamente y/o por metodos de laboratorio, mientras en 48% restante es diagnosticado del I al I 3º cada año. Por lo que es aqui donde adquiere vital importancia a la detección oportuna de dicha patologia.

Existe obligación por parte del cuerpo médico y paramédicos de informar, explicar a los pacientes y familiares acerca de la mecánica de la enfermedad y la interrelación cuantitativa, cualitativa y horaria que deberá observarse entre la nutrición y la administración de los medicamentos específicos.

Etiología.

Se calcula en la actualidad que el 10% de la población mundial es de carácter hereditario, y se dice que podria e audarse desde el punto de vista:

Juvenil: Que suele iniciarse rápidamente y al parecer se debe a predisposición hereditaria:

- 1- Desarrollo de anticuerpos contra las células Beta
- 2- Posibles destrucción de las células por enfermedades virales
- 3- Posible degeneración simple de estas células.

En el adulto: Parece ser resultado de la degeneración o compresión de las células Beta como resultado de envejecimiento más rápido en personas más susceptibles que otras. La obesidad predispone a este tipo de diabetes por dos motivos diferentes.

1- Aunque no se conoce la causa, en caso de obesidad las células Beta de los islotes de Langerhans se vuelven menos capaces de reaccionar al estímulo que significa el aumento de la glucosa sanguínea.

2- La obesidad disminuye también en gran medida el número de receptores de insulina en las células blanco de todo el cuerpo.

Es indudable que los factores hereditarios constituyen el terreno propicio para que el padecimiento se presente, pero también existen factores ambientales o extrínsecos que favorecen la aparición clínica.

- a) La obesidad, que se considera que es el más importante ya que alrededor del 80% de los diabéticos que comienzan en la madurez son obesos.
- b) La edad creciente, sabemos que a mayor edad existe mayor predisposición a que se presente la misma.
- c) El embarazo, cuyo efecto se atribuye a la aparición del aumento de la resistencia en la insulina o a una probable disminución de la eficacia de dicha hormona.
- d) El aumento de ejercicio, debido a los hábitos de vida moderna y que contribuyen a la obesidad.

Pero no solo existen factores extrínsecos, sino que también existen factores de tipo intrínsecos:

- a) Tendencia a la infección. Realmente lo que hace es permitir el descubrimiento de un estado diabético, hasta entonces tal vez ignorado.
- b) Tratamiento farmacológico.
- c) Traumatismos.

Clasificación :

Debido a que el síndrome de diabetes incluye no solamente uno sino varios trastornos con diferente patogenesis, historia natural, y respuesta al tratamiento, se a hecho necesario establecer el diagnostico y la clasificación que permite orientar al medico en un adecuado manejo de la enfermedad de estos pacientes

En 1979, el instituto nacional de salud de los Estados Unidos se reunieron para desarrollar una clasificación de la diabetes mellitus y otras categorías de intolerancia a la glucosa

Dentro de esta clasificación se consideran tres tipos clinicos (diabetes mellitus, tolerancia ala glucosa alterada y diabetes estacional) dos tipos mas considerados de riesgo estadístico (anomalía previa u anomalía potencial de la tolerancia a la glucosa) Cada uno de estos cinco tipos de intolerancia a la glucosa tienen características distintas

Cuadro 1 - Tipo de diabetes mellitus y otras categorías de intolerancia a la glucosa

| |
|---|
| <p>Tipos Clínicos :</p> <p>1 - Diabetes Mellitus Dependiente de insulina (tipo I)</p> <p>2 - Diabetes Mellitus No dependiente de insulina (tipo II)</p> <p>a) Con obesidad</p> <p>b) Sin obesidad</p> <p>3 - Otros tipos de diabetes mellitus (asociada o secundaria a ciertas condiciones o síndromes)</p> <p>a) Enfermedad pancreática</p> <p>b) Alteración hormonal</p> <p>c) Medicamentos</p> <p>d) Síndrome de origen genético</p> <p>e) Otras causas</p> |
|---|

II - Tolerancia a la glucosa alterada

- a) Con obesidad
- b) Sin obesidad
- c) Secundaria

III - Diabetes mellitus gestacional

Tipos de riesgo estadístico

- I - Anormalidad previa a la tolerancia a la glucosa
- II - Anormalidad potencial a la tolerancia a la glucosa.

Antecedentes Biológicos.

Fisiología de la Diabetes mellitus :

Antecedentes, se anota que la diabetes mellitus se conoce hace miles de años como y a pesar de ello su patogénesis continúa siendo un enigma y algunos autores atribuyen dicho trastorno a tres principales efectos de la falta de insulina:

- 1 - Disminución de la utilización de la glucosa por las células corporales , con aumento resultante de la concentración de la glucosa sanguínea.
- 2 - Notable incremento de la movilización de grasas desde las áreas de almacenamiento, con metabolismo graso normal y depósito de lípidos en las paredes vasculares con producción de aterosclerosis.
- 3 - Apotamiento de las proteínas en los tejidos del cuerpo. Sin embargo, el estudio más avanzado explica la patogénesis de cada una de las formas presentadas en la clasificación anterior y de esta manera explicaremos los grupos principales.

Patogenia de la diabetes mellitus dependiente de insulina

Tipo I

El efecto primario de la diabetes mellitus dependiente de insulina, una secreción insuficiente de insulina por las células del páncreas debido a un gran daño, trae como consecuencia la gran destrucción de la mayor parte de las células de este órgano. La aparición de las manifestaciones clínicas puede estar precedida de un y un periodo asintomático, durante el cual ocurre dicha destrucción. Aunque posterior a la aparición de los síntomas según una destrucción progresiva de estas hasta que haya una destrucción total de la misma.

Cuadro 2 - Patogenia de la diabetes mellitus dependientes de insulina

| Paso : | Agente o respuesta |
|--------------------------------------|---|
| 1 - Susceptibilidad genética | HLA-DR3 (receptor en células T) |
| 2 - Factor ambiental | Virus (?) |
| 3 - Insulinitis | Infiltración con linfocitos T activos |
| 4 - Activación de autoinmunidad | Transcripción "propia", "ajenas" |
| 5 - Ataque inmune a las células Beta | Anticuerpos contra células del islote mediana por células Más del 90% de las células Beta destruidas |
| b - Diabetes Sacarina | |

Dentro de los factores predisponentes de tipo genético se dice que puede estar involucrada varios genes, de los cuales tienen más clara asociación son localizados en el brazo corto del cromosoma 6, que son de gran importancia para regular las respuestas inmunes y se les conoce con el nombre de complejo principal de histocompatibilidad (MHC) y presenta cierta relación entre diabetes y determinados agentes leucocitarios humanos (HLA).

Los principales alelos que aumentan el riesgo de DM1D por la presencia de DR3 y DR4 es de tres a cinco veces mayor cuando se heredan ambos antígenos, el riesgo aumenta de diez a veinte veces, en comparación con la población general. Muchos investigadores creen que se requiere de un segundo gen de susceptibilidad para que aparezca diabetes, este podría codificar una alteración en el receptor de la célula

Dentro de estos factores se han mencionado principalmente el hecho que se cree que tiene algunas infecciones de tipo viral que también se han relacionado con la aparición de estas en determinadas estaciones del año que predominan, y posterior a estas han aparecido las manifestaciones clínicas de la diabetes

Entre los virus que más se menciona se incluyen

- a) Coxsackie B
- b) Paramyxovirus
- c) Influenza
- d) Rubéola
- e) Encefalomyelitis

Sin embargo, la evidencia sobre lo anterior es muy escasa y hay quienes hablan de un largo periodo de latencia por lo que se ha aunado dicha teoría que probablemente sea algún tipo de virus lentos, lo que origina dicha degeneración de las células Beta.

Patogenia de la diabetes mellitus tipo II

no dependiente de insulina

(DMNDI)

Dentro de este tipo también se ha mencionado fuertemente el factor de tipo hereditario para desarrollar dicho proceso o igualmente la presencia de factores ambientales.

En cuanto a los aspectos de tipo genético se dice que no existe asociación entre los antígenos HLA y este proceso, en realidad dicha alteración no ha sido identificada.

Aunque lo que se ha comprobado en una forma importante, es la participación de la herencia y se mencionan cifras tales como la predisposición de alrededor del 40% para los hermanos y del 30% para los descendientes de que se presenta dicha enfermedad. A diferencia de lo mencionado para la DMID, en este tipo cuando uno de los gemelos desarrolla diabetes tipo II en probabilidad del otro que presente la enfermedad se da en 90% a 100% de los casos.

Antiguamente se consideraba pre-faléticos a los tipos de ambos padres diabéticos, por transmisión autosómica recesiva en un 100% que desarrollaban diabetes tipo II, por los estudios que se han hecho se a desmentido lo anterior, por lo que dicho término se ha abandonado igualmente que lo anterior se considera multifactorial.

No se conoce la forma en que se hereda y comprensión de esta patología son pocos y se mencionan que el defecto primario podría encontrarse en las células Beta, en los tejidos periféricos, o en ambos.

Alteraciones en las células Beta :

En las personas normales existen dos fases en la secreción de insulina como respuesta a la ingesta de glucosa.

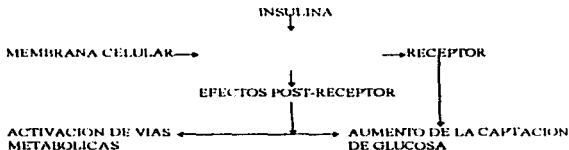
- a) Una fase temprana, que aparece dentro de los primeros 30 minutos después de la ingesta de glucosa y que representa la liberación a la circulación de insulina que ya se encontraba almacenada en las células Beta.

- b) Una fase tardía que dura de dos a tres horas, que representa la salida de insulina a la circulación que está siendo sintetizada en ese periodo.

Este tipo de pacientes suele tener una hiperinsulinemia aumentada como respuesta a la hiperglucemia en ayunas y dichos niveles de insulina en plasma varían dependiendo del grado de hiperglucemia que representen. Con glucemia en ayunas menos a 115mg/100ml y tolerancia a la glucosa alterada los niveles en plasma de insulina suelen ser normales e inclusive se encuentran aumentados. Con glucemias en ayunas de 140 a 180mg/100ml la fase tardía de secreción de insulina está disminuida y la fase temprana es comparable a la que se encuentra en sujetos sanos, pero dichos niveles deben ser considerados en este tipo de pacientes, como anormales, ya que no son capaces de disminuir los niveles de glucosa en pacientes. Ahora lo que resulta más preocupante es en aquellos pacientes en los cuales sus niveles en ayunas se encuentran por arriba de los 200mg/100ml, ya que en ellos no ocurre elevación de insulina en plasma, incluso posterior a la ingesta de glucosa.

Ahora la resistencia a la insulina puede deberse como resultado de alteraciones en diversos niveles de sitio de acción de la insulina. El primer paso de la acción de la insulina es la unión de esta hormona a su receptor, en la superficie de la membrana de las células.

Fig. 1



Esta interacción de la insulina y su receptor activa una serie de eventos intracelulares, incluyendo un transporte aumentado de glucosa a la interior de la célula y la estimulación de varias vías metabólicas intracelulares. Pero la resistencia puede deberse también a alteraciones del receptor de la insulina o a defectos en los eventos intracelulares.

Ahora vemos que casi todo el trastorno patológico de la DM1 se puede atribuir a uno de los tres principales efectos de la falta de insulina:

- a) Disminución de la utilización de glucosa por las células corporales.
- b) Notable incremento en la movilización de grasas desde las áreas de almacenamiento, con metabolismo graso normal. Y depósito de lípidos en las paredes vasculares con producción de aterosclerosis.
- c) Agotamiento de las proteínas en los tejidos del cuerpo.

Además se producen varios problemas fisiopatológicos especiales en caso de DM1 que no son tan manifiestos y estos son:

1. Pérdida de glucosa en la orina de la persona diabética. Cuando cualquier cantidad de glucosa entra en los túbulos renales y que en el filtrado glomerular sobrepasa aproximadamente 225 mg por minuto, no puede absorberse y como consecuencia pasa a la orina. Esto sucede en forma cuando la concentración sanguínea pasa de 180 mg/dl, que es llamado "Umbral" Sanguíneo para la aparición de glucosuria.
2. Efectos deshidratantes de las cifras altas de glucosa sanguínea. En la diabetes extrema pueden ocurrir ciertas condiciones para que se presentes valores de glucosa hasta de 1200 mg/dl lo que provocara deshidratación de las células, pues la glucosa no difunde con facilidad a través de los poros de la membrana celular. Además del efecto anterior su pérdida con la que significa Diuresis, por efecto anterior su pérdida con la orina significa diuresis por efecto osmótico de la glucosa en los túbulos que evita la reabsorción del agua causando pérdida de líquido extracelular que a su vez causa deshidratación compensadora en los líquidos intracelulares.
3. Acidosis en la diabetes. Cuando el metabolismo cambia. De los **carbohidratos** a las grasas y se detecta casi por completo para la obtención de energía la concentración de los ácidos o acetocetoácidos y beta-hidroxiácidos en los líquidos orgánicos, puede aumentar a esta situación, puede ser la causa de acidosis, aunque existen otras causas por las cuales se puede llegar a ella como sería el aumento directo de los ácidos en los líquidos corporales, lo cual da como consecuencia la disminución de la concentración de sodio ya que los cetoácidos tienen un umbral de excreción renal muy bajo, por tanto cuando aumenta la cantidad de acetocetoácidos fuertes, con un aproximado de 40 us muy pesa la cantidad de ellos que puede eliminar en forma de ácidos, se excretan combinados con sodio provenientes de líquido extracelular el cual al disminuir es sustituido con grandes cantidades aun mayores de hidrogeno que contribuyen a la acidosis.
1. Relaciones entre los síntomas de diabetes y la fisiopatología de la falta de insulina. La poliuria se debe al efecto diurético osmótico de la glucosa en el túbulo renal. La polidipsia se debe a la deshidratación causada por la poliuria. La mala utilización de la glucosa por el organismo en lo que provoca pérdida de peso y debilidad a la persona. La astenia parece deberse también sobretudo a la pérdida de proteínas del organismo.

Manifestaciones Clínicas

Existen dos tipos de diabetes mellitus, pero ambos tipos son totalmente distintas sus manifestaciones generalmente se dan en polos opuestos, e incluso el pronóstico y tratamiento seran diferentes

Diabetes Insulo dependientes

Los pacientes con este tipo suelen acudir con los síntomas clásicos de sed, poliuria, cansancio y pérdida de peso.

Cuadro 3

Diabetes Mellitus tipo II

| | |
|-----------------------|--|
| Edad | DMIDM (tipo II) |
| Edad de aparición | En general de 30 años |
| Historia familiar | Más de 20 años de los - familiares de 1er grado Varones menos de hembras |
| Sexo | |
| HLA | Sin asociación a HLA |
| Inmunidad | Sin asociación con la autoinmunidad |
| Comienzo | Gradual |
| Síntomas | Pueden faltar |
| Nutrición | Con frecuencia obesidad |
| Pérdida de peso | Con frecuencia ausente |
| Cetosis y coma | Ausente o ligera |
| Tratamiento requerido | Reducción de peso hipoglucemiantes orales insulina |
| Insulina plasmática | Normal o disminuida |

Diagnostico

Aunque dentro de este tema la terminología es importante, ya que se han mencionado diversos estados relacionados con la diabetes, pero su diagnostico se basa en:

- Las manifestaciones clínicas
- la glucosuria
- Aumento de la glucemia

Características Clínicas

Entre los diabéticos de más de 40 años esto es más frecuente, sin que con esto se incluya la aparición de síntomas en este tipo de pacientes puesto que las personas de edad aun más avanzada inicialmente se pueden presentar sin todas las intensos.

Glucemia en ayunas Generalmente este tipo de pruebas se realiza por la mañana, y cuando menos ocho horas después de haber tomado alimento, el nivel sanguíneo normal de glucosa suele encontrarse entre 80 a 90 mg/dl, el límite superior absoluto de la glucemia normal se considera de 110mg

Un nivel sanguíneo de glucosa en ayunas superior a estas cifras suele indicar diabetes sacarina. Sin embargo, la presencia de glucosa alterada en sangre no es indicativo para confirmar el diagnostico de diabetes mellitus, sino que se emplean criterios diagnóstico

Tolerancia a la glucosa alterada Este termino se emplea para describir a los pacientes que tienen niveles de glucemia por arriba de lo normal pero inferior a los que se requieren Para establecer el diagnostico de diabetes mellitus

Criterio de Diagnostico para diabetes mellitus y

Tolerancia a la glucosa alterada en adultos.

Cuadro 4

Diabetes Mellitus Este diagnostico se establece en hombres y mujeres embarazadas que presentan una de las siguientes condiciones:

- Nivel de glucemia al cansa de 200mg/dl o mas en presencia de signos y sintomas clasicos de diabetes mellitus
- Glucemia en ayunas de 130 mg/dl o mas cuando menos en dos ocasiones
- Glucemia en ayunas inferior a 130 mg/dl pero con elevacion sostenida de la glucemia durante la prueba de tolerancia a la glucosa oral. Durante esta prueba la glucemia a las dos horas y cuando menos otro valor, entre cero y dos horas, debe ser de 200mg/dl o mas. La prueba de tolerancia a la glucosa no es necesaria si la glucosa en ayunas es de 130mg/dl o mas

Tolerancia a la Glucosa Alterada Este diagnostico se establece en hombres y mujeres no embarazadas que presentan las siguientes condiciones:

- Glucemia en ayunas inferior a 130 mg/dl. Durante la prueba de tolerancia a la glucosa, un valor a las dos horas, entre 130mg/dl y 200 mg/dl
- Otro nivel durante la prueba de tolerancia a la glucosa de 200mg/dl o mas

Tratamiento.

Este debe ser mas precoz posible y en una forma oportuna y para esto se ha manifestado que uno de los principales objetivos del mismo consiste en el bienestar permanente del paciente

El objetivo no consiste simplemente en el alivio sintomatico sino en un buen control bioquimico con el fin de retrasar o evitar las complicaciones tardias de la misma

En los casos leves, la glucemia quizá se controle simplemente con dieta. De la que se excluye el azucar y los alidies. En general las dietas no deben contener menos de 100gr de hidratos de carbono al dia ni mas de 180gr y la cantidad se divide por igual entre las tres comidas principales

Hipoglucemia Orales.

- 1 **Sulfonilureas** : Estos farmacos aumentan la liberacion de insulina endogena, y por lo tanto, su efecto requiere la presencia de algunas celulas beta funcionantes. tambien disminuye la produccion de glucosa en el higado. Estos farmacos solo deben prescribirse en asociacion con la restrccion de hidratos de carbono y no se administrara a pacientes con insuficiencia hepatica i renal grave
- 2 **Biguandias** : No se conoce con certeza la forma en que estos farmacos disminuyen la glucetmia, pero su accion no depende de la presencia de tejido insular funcional. Las biguanidas originan sintomas toxicos al rededor de una cuarta parte de los pacientes. Entre ellos se incluyen anorexia, dispepsia, diarrea, sabor metalico en la boca y malestar general. La accion hipoglucemica de las biguanidas es inferior a la de las sulfonilureas.

Complicaciones Tardias de la Diabetes

El diabetico es susceptible a una serie de complicaciones que ocasionan morbilidad y mortalidad prematura

- a) **Alteraciones circulatorias.** La arteriosclerosis ocurre de manera mas extensa y temprana que en la poblacion general
- b) **Retinopatía.** Es una de las principales causas de ceguera
- c) **Nefropatía diabética.** Mas del 25% de las causas de insuficiencia renal terminal es por la diabetes.
- d) **Neuropatía diabética.** Puede afectar a cualquier parte del sistema nervioso central, con la posible afeccion del cerebro. Esto provoca una morbilidad importante el cuadro mas frecuente es polineuropatía periférica , los sintomas generalmente bilaterales. Otra de las complicaciones que nos puede dar este tipo de trastornos es la diarrea intermitente o continua la cual se presenta en algunos pacientes de la evolucion, pero primeramente se debe excluir otras probables etiologias que pueden provocar dicho sintoma. Es frecuente que la diarrea diabetesca empiece por la noche y puede asociarse con incontinencia fecal
- e) **Pte diabético.** Generalmente las lesiones pueden agruparse en cuatro categorias
 - 1 Sequias
 - 2 Neuropaticas
 - 3 Isquemias
 - 4 Combinadas

Gangrena. Suele comenzar en un dedo, generalmente en el primer dedo y puede ser indoloro. Presentando en su inicio un color purpura oscuro, que despues se hace humedo, en ausencia de infeccion el aspecto es seco y atirugado. Cuando se infecta la gangrena se hace humeda, con olor putrido y marcada tendencia a extenderse a los dedos proximos o al dorso del pie. Los talones son especialmente vulnerables a la presion y a menos que se tomen medidas preventivas, es muy probable que la ulceracion gangrenosa se desarrolle en los diabeticos que han de permanecer encamados por cualquier razon.

El control depende de la motivacion del medico y del equipo de salud, de la voluntad y de la capacidad del paciente y de los familiares para cumplir las indicaciones, la disponibilidad medicamentos hipoglucemiantes orales e insulina en caso necesario de que el paciente lo requiera.

Dinamica familiar.

Antes de abordar el tema de el descontrol del paciente diabetico tipo II y su dinamica familiar es necesario revisar algunos aspectos de la dinamica familiar.

Como se toman en cuenta la estructura familiar funcional y disfuncional. Las reglas que gobiernan la organizacion familiar incluyen una jerarquia de poder. Donde padres e hijos tienen niveles diferentes de autoridad y existe una complementariedad de funciones entre esposo y esposa.

Es importante mencionar que no existe la familia sin problemas y aunque no hay una definicion de normalidad familiar universalmente aceptada, es útil tener presente la opinion de Chagoya: "Una dinamica familiar normal es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas, entre cada miembro de la familia, que permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le da el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los miembros".

La funcionalidad familiar es producto del proposito y caracteristica de cada una, cursa por cuatro etapas sucesionales:

1. Proceso de identidad
2. Disposicion del cambio
3. Proceso de la informacion
4. Estructura de roles

Estas se modifican por diversos eventos que le acontecen a las familias, para algun autor la muerte del conyuge, el divorcio y la separacion marital son las principales causas de crisis familiares en un rango de 65 a 100% de los casos.

(1) *Rev. Med. IMSS Mex.* Vol. 19 num 155 1981pp. 155-163

(2) *Rev. Med. IMSS Mex.* Vol. 32 num 3 1994pp. 271-275

De cierta manera se puede decir que es sencillo y de gran utilidad averiguar cuales son las actividades de la familia no solo como grupo sino es subgrupo admas de las funciones y roles de los miembros en sus tareas cotidianas. La descripción de un fin de semana

"Todo se toma en cuenta, ya que para ello influye para su dinamica y su descontrol se toman en cuenta cambios de domicilio, de trabajo, enfermedades graves o muertes de personas significativas, como han cambiado las relaciones interpersonales en las diversa etapas del desarrollo de la familia y como les han afectado los cambios en los ingresos economicos, las enfermedades en el paciente y en otros miembros"

"para llevar un buen control se debe realizar un clasificacion de las familias, es importante tomar como nucleo de accion a la familia sin importar edad, sexo o padecimiento que aquejan al demandante. El critero primodial para clasificar a las familias segun la evolucion de su ciclo vital fue el nacimiento del primer hijo (hasta antes de nacer este fue ubicado en fase de matrimonio)

- a) 1- 6 años de edad del primogenito
- b) 6- 11 años
- c) 11- 30
- d) mas de 30 años

fase de expansion
fase de dispersion
fase de independencia
fase de retiro y muerte

Lo que facilita la construccion de indicadores de riesgo (4)

La familia es el sistema primario por excelencia al que pertenece un individuo. La vida en familia proporciona el medio mas adecuado para la crianza de los hijos, en condiciones adecuadas, satisfacer las necesidades biologicas y psicologicas de

(3) Rev. Med. IMSS Mex. Vol. 19 núm. 155 1981 pp. 155

(4) Rev. Med. IMSS Mex. 199 Vol. 29 1991 pp. 365

Los roles y representa influencia más temprana y duradera en su proceso de socialización. La estructura está constituida por las pautas de interacción que se establecen entre los miembros, quienes organizan sus relaciones dentro del sistema en una forma alternativamente recíproca y reiterativa. Tomando en cuenta los siguientes parámetros:

- a - Jerarquía
- b - Alianzas
- c - Límites
- d - Roles y papeles
- e - Redes de apoyo

¿Que entendemos por dinámica familiar ?

Seguindo el concepto de Jackson se puede decir que la dinámica familiar es una colección de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia haciendo que esta como unidad, funcione bien o mal. La manera de pensar, sentir, actuar y presentarse ante los otros, que da miembro de la familia tiene, produce almacenamiento o alejamiento, desarrollo o estancamiento y un clima de seguridad o de ansiedad o depresión.

De otra manera se puede decir que la dinámica familiar es una mezcla de sentimientos, comportamientos y experiencias entre cada miembro de la familia, que permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo que les da el sentimiento de no estar aislado y poder contar con el apoyo de los otros miembros de la familia.

"Identificar los problemas de una manera clara". Los miembros no dudan en expresar verbalmente su incomodidad o incomodidad cuando una situación difícil llega se dice mutuamente lo que uno quiere lo que el otro quiere. Están dispuestos a negociar o hasta comprometerse en una batalla que tenga por meta aliviar el callejón sin salida (o).

(5) Rev. Méd. IMSS México Vol. 29 Núm. 4 1991 pag 61-62

(6) Rev. Méd. IMSS México Vol. 19 Núm. 2 1986

También se debe tomar en cuenta para valorar la dinámica familiar la teoría de la comunicación humana es que no existe la no comunicación.

También los mensajes según su calidad:

- a) Mensajes claros
- b) Mensajes enmascarados
- c) Mensajes directos
- d) Mensajes desplazados o indirectos

Según la doctora V. Satis ha escrito estilos de comunicación:

- 1 - Estilo aplacado
- 2 - Estilo acusador
- 3 - Estilo super racionalde
- 4 - Estilo irrelevante

Se busca la comunicación verbal que sean congruentes.

Se describe la destimemon familiar, dinámica familiar, alterada de una forma observada para el control de la diabetes mellitus tipo II. "Debemos saber como enfocar y definir la disensión, ya que no cubre las funciones correspondientes como son."

- Afecto
- Cuidado y protección
- Socialización
- Status
- Reproducción

En relación a la dinámica

- Jerarquía
- Alianza

Límites

- Roles o papeles
- Redes de apoyo
- Comunicación

Ya que la funcionalidad familiar es dinámica, las familias no son estáticas y por lapsos o circunstancias pueden caer en "Crisis" (7)

"En términos generales se considera como familia funcional a aquellas que evolucionan con progresión del desarrollo emocional de sus miembros, siendo la disfuncional la que retarda o impide lo anterior (8)"

Saber y conocer los aspectos biológicos de la diabetes mellitus se debe considerar de importancia los aspectos psicosociales que se relacionan con el descontrol de la diabetes

La influencia de los factores psicosociales en la diabetes mellitus se conoce desde hace años. Thomas Willis en 1679 expresó de "una pena prolongada" en la etiología de la diabetes

Posteriormente Menninger afirmó que la "Ansiedad y depresión" son características del patrón de personalidad del paciente diabético. Actualmente se sabe que son consecuencias psicológicas de la diabetes a nivel del sistema nervioso central

Respecto a la distorsión familiar, se ha encontrado que el 28% de los matrimonios de los pacientes diabéticos son pobremente funcionales, mientras que el 25% de sus familias son consideradas como inestables en relación a los controles. Las familias que cuentan con un miembro con diabetes mellitus suelen funcionar un base a las características de excesiva función, incapacidad para resolver los conflictos, evitación y desviación de estos a través del enfermo de la familia con una excesiva rigidez propia de los descriptos estructuralmente como "Familias psicósomáticas". Cardenas, mostró que la funcionalidad del sistema familiar medida a través de APGAR Familiar, tenía relación directa con el control metabólico, que se encontraba afectado en pacientes procedentes de familias más disfuncionadas

Gilspow y otros autores han relacionado el control metabólico con la adherencia terapéutica del paciente y el grado de apoyo proporcionado por sus familiares a través de determinadas conductas como:

- a) Acompañar al paciente a realizar ejercicios
- b) Comer los mismos alimentos
- c) Ayudarle a ser los ajustes a la dosis de su medicamento

Otro estudio familiar considero la influencia del género, encontrando que los hombres que reportaron predominantemente eventos vitales negativos, mostraron un control metabólico más pobre que aquellos que reportaron escasos eventos deportivos, mejor control glucémico se halló por medio Hb1C.

(7) (8) Rev. Med. México/IMSS vol. 32 núm. 3, 1994

El papel de stress en la hiperglucemia ha sido justificado en la diabetes mellitus tipo II que en el tipo I

“Se ha descrito crisis predecibles⁹ que el paciente diabético debe afrontar, estas son diferentes a la crisis propia del desarrollo humano (como el paso de la niñez a la adolescencia u el retro) y son las siguientes:

- a) Inicio y diagnóstico de la enfermedad
- b) Las actividades que se muestran desde la enfermedad se manifiesta, pueden convertirse en patrones de conducta hacia el tratamiento (ejemplo la negación de la enfermedad)
- c) Durante el curso de la enfermedad
- d) Hospitalización
- e) Complicaciones
- f) Contratación de diversos tratamientos
- g) No obstante el resultado esperado y cercanía de la muerte (9)

JUSTIFICACION

La diabetes mellitus tipo II, es un problema de salud pública mundial. En 1992, la mortalidad por diabetes era de 2.5 por cada 100 mil habitantes, en 1950-18 y en 1990 se ha llegado a la tasa de 30.8 no solo porque representa un problema de salud pública, sino que se correlaciona con otras alteraciones degenerativas como cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, hiperlipidemia y por lo tanto, se a observado la evolución de diez primeras causas de muerte, en 1940 los problemas de diabetes mellitus se aprecian entre las diez primeras causas de mortalidad, y no fue sino hasta 1980 en que esta enfermedad ocupó el octavo lugar, y en 1990, asciende al cuarto, incluso, datos de 1993 hablan de que es la segunda causa de muerte en edades posteriores a los 30 años, actualmente, de manera global tiene una prevalencia de 6.8% en el área norte afecta a todas las sociedades humanas, sin importar su grado de desarrollo cultural o económico.

En México, es un problema de gran magnitud y trascendencia creciente, la prevalencia en mayores de 20 años, lo que representa el 6.23%, un poco más alto que la prevalencia de la encuesta nacional en el área metropolitana que es de 5.8%. Se observa que 3.7% fueron hallazgos de lo que representa una alta incidencia en relación a la diabetes no conocida, y esto es un aspecto que hay que considerar.

Estadísticamente, ocupa los primeros lugares de mayor demanda de atención compitiendo con el primer lugar de hipertensión arterial, ello tiene repercusiones sensibles a nivel institucional. La diabetes mellitus es más evidente a partir de la tercera o cuarta década de la vida, es un problema que afecta a un gran número de personas, disminuyen su esperanza de vida, ocasionando invalidez e incapacidad que repercute en la economía de la familia, influye en los cambios en el estilo de vida y vocación, incapacidad física y otros trastornos psicológicos importantes que afectan en forma directa o indirecta en la dinámica, funciones familiares y observando el ciclo de vida que más repercute, con lo que lleva a alteraciones de la glucosa sérica.

Pero el problema no es que repercute, sino como podemos evitar las complicaciones tempranas, detectarlo cuando se encuentra en primer nivel de atención, cuando el individuo está asintomático y es en esa etapa en la que se deben entonar todas las medidas para el manejo del paciente diabético tipo II, y proporcionar una mejor calidad, mejorar potencial de vida de cada uno de ellos y su familia.

**PLANTEAMIENTO DEL
PROBLEMA**

Existe diferencia estadísticamente significativa entre el ciclo de vida familiar, dinámica familiar, funciones de la familia y niveles de glucosa sérica en el paciente diabético tipo II adscrito a la consulta externa de la U.M.F. 20

MATERIAL Y METODO

I.- Características:

- Tipo de protocolo, Observacional
- Encuesta descriptiva (estudio de casos)
- Prospectivo
- Transversal

II.- Universo de estudio

Familias diabeticas adscritas a la consulta externa de medicina familiar, en la Unidad del IMSS UME No 20, en la delegacion I Nal Mexico D F

Intervalo de inicio y termino investigacion Septiembre y Octubre de 1996

III.- Criterios de inclusion

Familias adscritas a la UME No. 20 con uno o mas miembros diabeticos, entre edades de 30 a 60 años de edad, y que desearon participar en el estudio

Posteriormente a este se le aplico un cuestionario en forma directa (entrevista) con respuestas sencillas, el cual contenia ademas del nombre y edad, 14 preguntas que exploraban el ciclo de vida, funcion y dinamica familiar, abordando ademas aspectos de subsistemas, asi como el interjeugo de roles

Se computaron un grupo de 66 familias, de las cuales se eliminaron 10 en base a los criterios de exclusion

Presentación de resultados

Para la realización del presente estudio, fue necesario levantar una encuesta, entre los pacientes diabéticos tipo II de esta unidad, los cuales acudieron a consulta en el periodo de tiempo comprendido del mes de Septiembre a Octubre de 1996.

Que además cumplieron los criterios de inclusión, formando un grupo total de 50 familias, las cuales cumplieran dichos criterios.

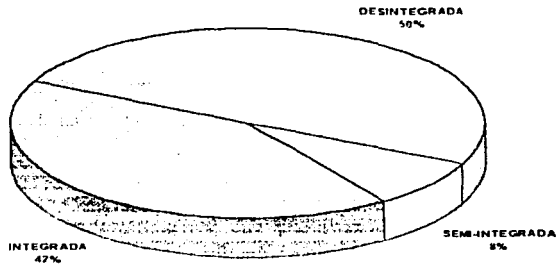
Posteriormente se toma encuesta los valores de glucosa serica en mg/dl en relación a sus últimas determinaciones en diferentes fechas, con cifras mayores de 140mg/dl.

Las familias se les clasifico de acuerdo a dinamica, estructura, tipología y ciclo de vida familiar y como influyen los niveles de glucosa serica del paciente diabético tipo II.

RELACION DE FAMILIAS DIABETICAS TIPO II
Y DINAMICA FAMILIAR ADSCRITOS A LA
U.M.F. NO. 20 DE OCTUBRE DE 1996

Cuadro 1

| DINAMICA FAMILIAR | TOTAL | PORCENTAJE |
|-------------------|-------|------------|
| INTEGRADA | 21 | 42 |
| SEMI-INTEGRADA | 4 | 8 |
| DESINTEGRADA | 25 | 50 |

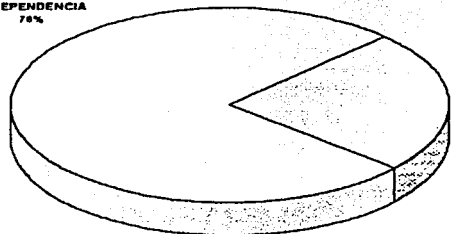


RELACION PACIENTES DIABETICOS TIPO II
CICLO DE VIDA FAMILIAR, ADSCRITAS
A LA U.M.F. NO. 20 DE OCTUBRE DE 1996

Cuadro 2

| FASE | TOTAL | PORCENTAJE |
|---------------|-------|------------|
| INDEPENDENCIA | 38 | 76 |
| RETIRO | 12 | 24 |

DEPENDENCIA
76%

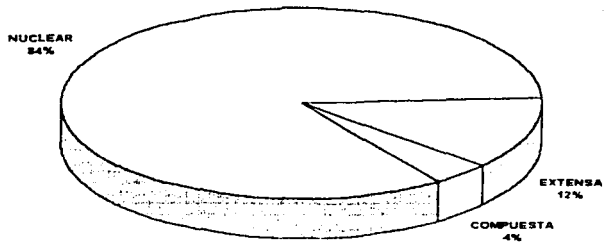


RETIRO
24%

**RELACION PACIENTES DIABETICOS TIPO II
Y ESTRUCTURA FAMILIAR, ADSCRITOS
A LA U.M.F. NO. 20 DE OCTUBRE 1996**

Cuadro 3

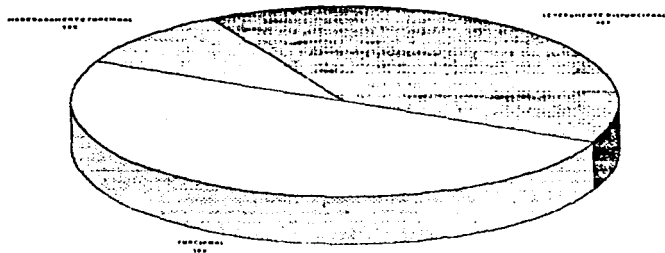
| TIPO DE FAMILIA | TOTAL | PORCENTAJE |
|------------------------|--------------|-------------------|
| NUCLEAR | 42 | 84 |
| EXTENSA | 6 | 12 |
| COMPUESTA | 2 | 4 |



FAMILIAS DIABÉTICAS Y GRADO DE FUNCIONALIDAD
U.M.F. NO 20 DE OCTUBRE DE 1996

Cuadro 4

| FUNCIONALIDAD | No. | PORCENTAJE |
|--------------------------|-----|------------|
| FUNCIONAL | 25 | 50 |
| MODERADAMENTE FUNCIONAL | 5 | 10 |
| SEVERAMENTE DISFUNCIONAL | 20 | 40 |

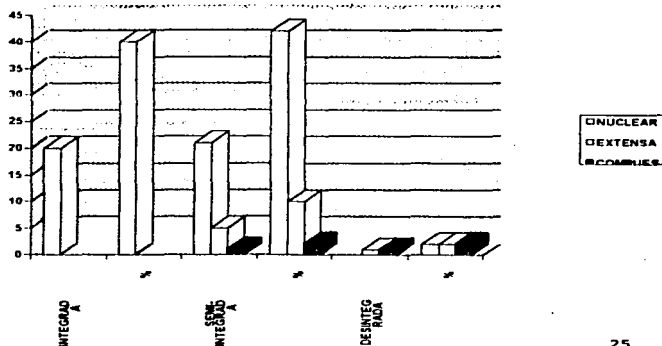


**RELACION FAMILIAS DIABETICAS TIPO II,
ESTRUCTURA FAMILIAR Y DINAMICA FAMILIAR
U.M.F. NO. 20 DE OCTUBRE DE 1996**

**Cuadro 5
ESTRUCTURA DINAMICA FAMILIAR**

| | INTEGRADA | % | SEMI INTEGRADA | % | DESINTEGRADA | % |
|-----------|-----------|----|----------------|----|--------------|---|
| NUCLEAR | 20 | 40 | 21 | 42 | 1 | 2 |
| EXTENSA | | | 5 | 10 | 1 | 2 |
| COMPUESTA | | | 1 | 2 | 1 | 2 |

ENCUESTA C. EXTERNA DE U.M.F. NO. 20 DE OCTUBRE DE 1996

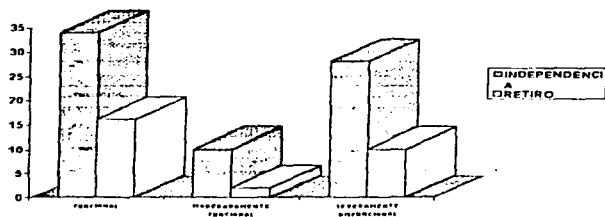


**RELACION FAMILIAS DIABETICAS TIPO II,
FUNCIONALIDAD Y CICLO DE VIDA FAMILIAR
U.M.F. NO. 20 DE OCTUBRE DE 1996**

Cuadro 6

| FUNCIONALIDAD | CICLO DE VIDA FAMILIAR | | | |
|------------------------------|------------------------|----|--------|----|
| | INDEPENDENCIA | % | RETIRO | % |
| FUNCIONAL | 17 | 34 | 8 | 16 |
| MODERADAMENTE FUNCIONAL | 5 | 10 | 1 | 2 |
| SEVERAMENTE DISEFUNCIONAL | 14 | 28 | 5 | 10 |

ENCUESTA C. EXTERNA DE U.M.F. NO. 20 DE OCTUBRE DE 1996

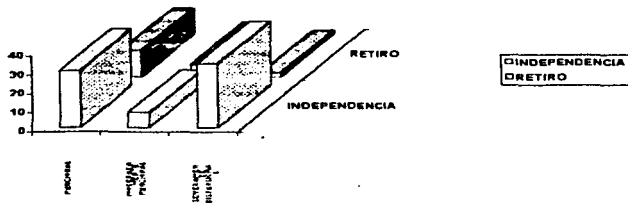


**RELACION PACIENTES DIABETICOS TIPO II,
FUNCIONALIDAD Y CICLO DE VIDA FAMILIAR
Y NIVELES DE GLUCOSA SERICA
ADSCRITOS A LA U.M.F. NO. 20
OCTUBRE DE 1996**

Cuadro 7

| FUNCIONALIDAD | CICLO DE VIDA FAMILIAR | | | |
|-----------------------------|------------------------|----|--------|----|
| | INDEPENDENCIA | % | RETIRO | % |
| FUNCIONAL | 15 | 30 | 7 | 14 |
| MODERADAMENTE FUNCIONAL | 4 | 8 | 8 | 6 |
| SEVERAMENTE DISFUNCIONAL | 17 | 34 | 1 | 2 |

ENCUESTA C. EXTERNA DE U.M.F. NO.20 DE OCTUBRE DE 1996

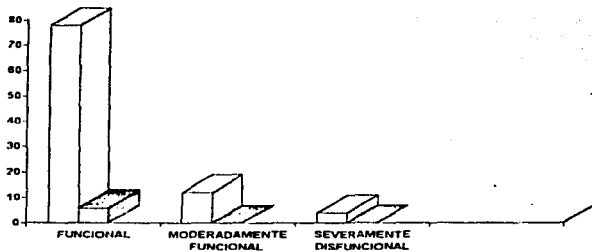


FAMILIAS DIABÉTICAS TIPO II, ESTRUCTURA
FAMILIAR Y NIVELES DE GLUCOSA SÉRICA
ADSCRITOS A LA U.M.F. NO. 20
OCTUBRE DE 1996

Cuadro 8

| ESTRUCTURA | NIVELES DE GLUCOSA SÉRICA | | | |
|------------|---------------------------|----|--------|---|
| | >140mg | % | <140mg | % |
| NUCLEAR | 30 | 78 | 8 | 6 |
| EXTENSA | 6 | 12 | | |
| COMPUESTA | 2 | 4 | | |

ENCUESTA C. EXTERNA DE U.M.F. NO. 20 DE OCTUBRE 1996

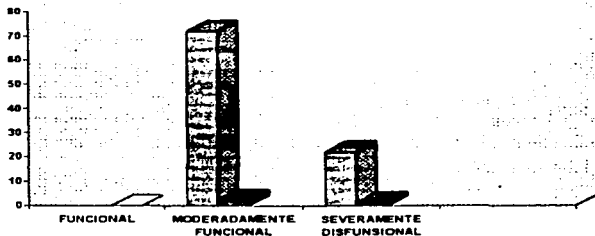


**RELACION DE PACIENTES DIABETICOS TIPO II
CICLO DE VIDA Y CIFRAS DE GLUCOSA SERICA
ADSCRITOS A LA U.M.F. NO. 20
OCTUBRE DE 1996**

cuadro 9

| FASE | G.S.>140mg | % | G.S.<140mg | % |
|---------------|------------|----|------------|---|
| EXPANSION | | | | |
| INDEPENDENCIA | 36 | 72 | 2 | 4 |
| RETIRO | 11 | 22 | 1 | 2 |

ENCUESTA C. EXTERNA DE U.M.F. NO. 20 DE OCTUBRE 1996

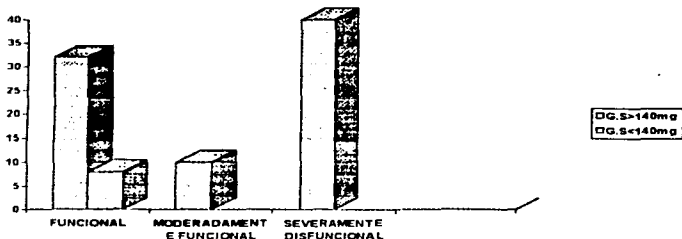


**FAMILIAS DIABETICAS TIPO II, GRADO DE
FUNCIONALIDAD Y GLUCOSA SERICA
ADSCRITOS A LA U.M.F. NO. 20
OCTUBRE DE 1996**

Cuadro 10

| GRADO DE FUNCIONALIDAD | No. | % | G.S.>140mg | % | G.S.<140mg | % |
|--------------------------|-----|----|------------|----|------------|---|
| FUNCIONALIDAD | 25 | 50 | 16 | 32 | 4 | 8 |
| MODERADAMENTE FUNCIONAL | 5 | 10 | 5 | 10 | | |
| SEVERAMENTE DISFUNCIONAL | 20 | 40 | 20 | 40 | | |

ENCUESTA C. EXTERNA DE U.M.F. NO. 20 DE OCTUBRE 1996

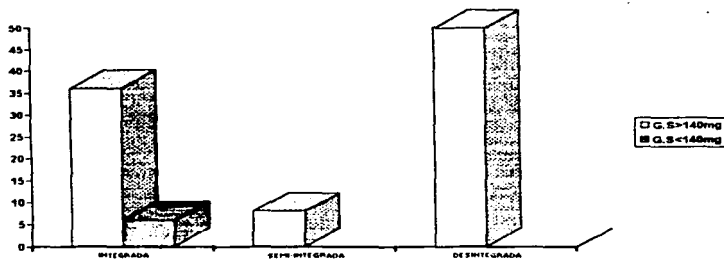


**DINAMICA, CIFRAS DE GLUCOSA SERICA EN
LAS FAMILIAS DIABETICAS TIPO II
U.M.F. NO. 20 OCTUBRE DE 1996**

Cuadro 11

| DINAMICA FAMILIAR | G.S>140mg | % | G.S<140mg | % |
|--------------------------|---------------------|----------|---------------------|----------|
| INTEGRADA | 18 | 36 | 8 | 6 |
| SEMI-INTEGRADA | 4 | 8 | | |
| DESINTEGRADA | 25 | 50 | | |

ENCUESTA C. EXTERNA DE U.M.F. NO. 20, OCTUBRE DE 1996

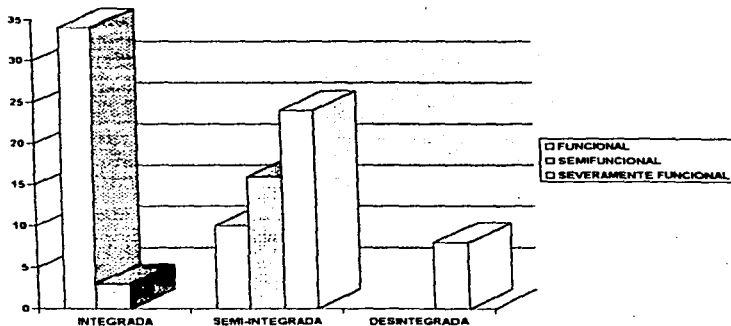


**RELACION DE PACIENTES DIABETICOS TIPO II, FUNCIONALIDAD Y
DINAMICA FAMILIAR Y GLUCOSA SERICA MAYOR DE 140mg/dl
ADSCRITOS U.M.F. NO. 20 DE OCTUBRE 1996**

Cuadro 12

| Grupos Familiar | FUNCIONALIDAD FAMILIAR | | | | | | | | | | | |
|--------------------|------------------------|---|---------------|----|----------------|--|---------------|----|-------------------------|--|---------------|----|
| | Y CONTROLADA | | | | SEMI-FUNCIONAL | | | | SEVERAMENTE DIFUNCIÓNAL | | | |
| | CONTROLADO | | DE CONTROLADO | | CONTROLADO | | DE CONTROLADO | | CONTROLADO | | DE CONTROLADO | |
| INTEGRADA | 2 | 4 | 17 | 14 | | | 2 | 2 | | | | |
| SEMI-INTEGRADA | | | 5 | 14 | | | 5 | 14 | | | 12 | 14 |
| DESINTEGRADA | | | | | | | | | | | 5 | 5 |

ENCUESTA EXTERNA U.M.F. NO.20, OCTUBRE 1996

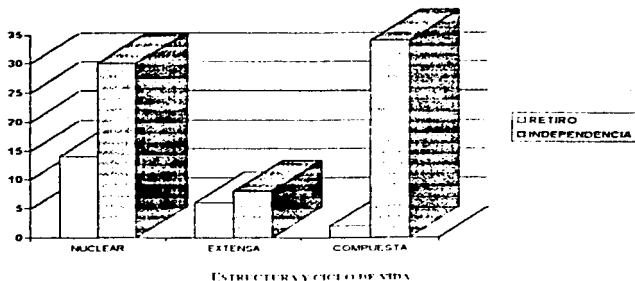


RELACION DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II
 ESTRUCTURA, CICLO DE VIDA FAMILIAR
 Y NIVELES DE GLUCOSA SÉRICA
 U.M.F. NO 20 OCTUBRE 1996

Cuadro 13

| ESTRUCTURA | PASES | | | | | | |
|------------|---------------|---|---------------|----|------------|---------------|----|
| | INDEPENDENCIA | | | | RETIRO | | |
| | CONTROLADA | | DESCONTROLADA | | CONTROLADA | DESCONTROLADA | |
| NUCLEAR | 3 | 6 | 15 | 30 | - | 7 | 14 |
| EXTENSA | - | - | 4 | 8 | - | 3 | 6 |
| COMPLETA | - | - | 17 | 34 | - | 1 | 2 |

ENCUESTA C. EXTERNA U.M.F. NO 20 OCTUBRE 1996

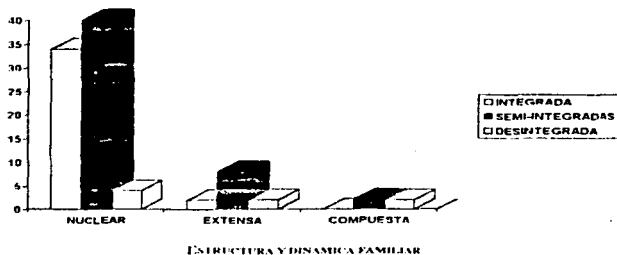


RELACION DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II, ESTRUCTURA Y
DINAMICA FAMILIAR Y GLUCOSA SERICA MAYOR DE 140MG/DL.
ADSCRITOS U.M.F. 20 OCTUBRE 1996

Cuadro 14

| ESTRUCTURA | DINAMICA FAMILIAR | | | | | | | | | | | |
|------------|-------------------|---|---------------|----|----------------|---|---------------|----|--------------|---|---------------|---|
| | INTEGRADA | | | | SEMI-INTEGRADA | | | | DESINTEGRADA | | | |
| | CONTROLADA | | DESCONTROLADA | | CONTROLADA | | DESCONTROLADA | | CONTROLADA | | DESCONTROLADA | |
| NUCLEAR | 3 | 6 | 17 | 34 | - | - | 20 | 40 | - | - | 2 | 4 |
| EXTENSA | - | - | 1 | 2 | - | - | 4 | 8 | - | - | 1 | 2 |
| COMPUETA | - | - | - | - | - | - | 1 | 2 | - | - | 1 | 2 |

ENCUESTA C. EXTERNA U.M.F. NO 20 OCTUBRE 1996

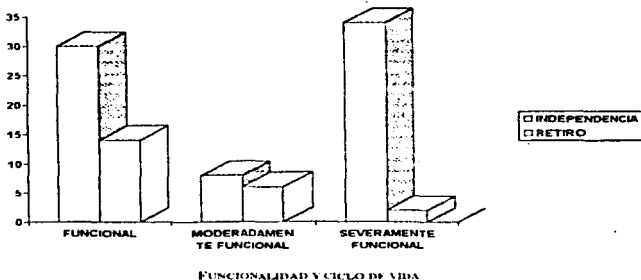


RELACION DE FAMILIAS DIABÉTICAS TIPO II,
 FUNCIONALIDAD, CICLO DE VIDA FAMILIAR
 Y NIVELES DE GLUCOSA SÉRICA MAYOR DE 140mg/dl.
 U.M.E. NO 20 OCTUBRE 1996

Cuadro 15

| FUNCIONALIDAD | FASES | | | | | | |
|-------------------------|---------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|----|
| | INDEPENDENCIA | | | | RETIRO | | |
| | CONTROLADA | DESCONTROLADA | CONTROLADA | DESCONTROLADA | CONTROLADA | DESCONTROLADA | |
| FUNCIONAL | 3 | 6 | 15 | 30 | - | 7 | 14 |
| MODERADAMENTE FUNCIONAL | - | - | 4 | 8 | - | 3 | 6 |
| SEVERAMENTE FUNCIONAL | - | - | 17 | 34 | - | 1 | 2 |

ENCUESTA C. EXTERNA U.M.E. NO 20 OCTUBRE 1996



**RELACION DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II,
ESTRUCTURA FAMILIAR, DINAMICA FAMILIAR
Y NIVELES DE GLUCOSA SERICA EN NOR
140MG/DE ADSCRITOS ALA U.M.F. NO.20
OCTUBRE 1996**

Cuadro 16

| ESTRUCTURA | DINAMICA FAMILIAR | | | |
|------------|-------------------|---|------------------|----------------|
| | INTEGRADA % | | SEMI INTEGRADA % | DESINTEGRADA % |
| NUCLEAR | 3 | 6 | - | - |
| EXTENSA | - | - | - | - |
| COMPLEJA | - | - | - | - |

ENCUESTA C. EXTERNA U.M.F. NO 20 1996 (NO SE REALIZA GRAFICA YA QUE NO HAY GRUPO DE COMPARACION).

**RELACION DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II,
FUNCIONALIDAD, CICLO DE VIDA FAMILIAR
Y NIVELES DE GLUCOSA SERICA EN NOR DE
140MG/DE ADSCRITOS ALA
U.M.F. NO 20 OCTUBRE 1996**

Cuadro 17

| FUNCIONALIDAD | CICLO DE VIDA FAMILIAR | | | |
|--------------------------|------------------------|---|----------|--|
| | INDEPENDENCIA % | | RETIRO % | |
| FUNCIONAL | 3 | 6 | | |
| MODERADAMENTE FUNCIONAL | | | | |
| SEVERAMENTE DISFUNCIONAL | | | | |

ENCUESTA C. EXTERNA U.M.F. NO 20 1996 (NO SE REALIZA GRAFICA YA QUE NO HAY GRUPO DE COMPARACION).

EVALUACION SOCIODINAMICA DE LA
FAMILIA DIABETICA

Cuadro 18

| FUNCIONES | PUNTAJACION |
|----------------------------------|-------------|
| COMUNICACION | 25 |
| ADJUDICACION Y ASUNCION DE ROLES | 25 |
| SATISFACCION SEXUAL | 12.5 |
| AFECCIO | 25 |
| EXPECTATIVAS | 12.5 |
| | 100 |

0 - 39 = SEVERAMENTE DISFUNCIONAL

40 - 69 = MODERADAMENTE DISFUNCIONAL

70 - 100 = FUNCIONAL

RELACION SEXO, EDAD DEL PACIENTE DIABETICO TIPO II
UMLF. NO 20 OCTUBRE 1996

| cuadro 19 EDAD | MASCULINO | FEMENINO |
|-------------------|-----------|----------|
| 40-44 | - | 1 |
| 45-49 | 4 | 2 |
| 50-54 | 2 | 4 |
| 55-59 | 6 | 14 |
| 60-64 | 5 | 3 |
| 65-69 | - | 2 |
| 70-74 | 1 | - |
| TOTAL | 18 36% | 32 64% |

ENCUESTA C. EXTERNA DE UMLF. NO 20 1996

Relación puntuación de funcionalidad familiar y niveles de glucosa sérica

cuadro 20

| | | | | | | | |
|----|-----|----|------|-----|-------|------|------|
| 1 | 180 | 64 | -45 | -3 | 2025 | 8 | 135 |
| 2 | 149 | 93 | -78 | 20 | 5778 | 678 | 1978 |
| 3 | 150 | 73 | -75 | 8 | 5825 | 38 | 450 |
| 4 | 182 | 86 | -43 | -1 | 1848 | 1 | 43 |
| 5 | 150 | 83 | -75 | 18 | 5825 | 258 | 120 |
| 6 | 215 | 58 | -10 | 9 | 100 | 81 | 90 |
| 7 | 178 | 89 | -47 | 2 | 2208 | 4 | 84 |
| 8 | 120 | 95 | 50 | 17 | 9025 | 289 | 1815 |
| 9 | 140 | 81 | -85 | 24 | 7225 | 578 | 2040 |
| 10 | 180 | 87 | -65 | 30 | 4228 | 900 | 1960 |
| 11 | 384 | 32 | 159 | 39 | 25281 | 1225 | 5585 |
| 12 | 180 | 88 | -35 | 21 | 1225 | 441 | 735 |
| 13 | 200 | 85 | -25 | -2 | 825 | 4 | 50 |
| 14 | 282 | 64 | 37 | -3 | 31389 | 9 | 111 |
| 15 | 182 | 89 | -63 | 22 | 3989 | 484 | 1388 |
| 16 | 150 | 95 | -62 | 28 | 4489 | 789 | 1878 |
| 17 | 142 | 85 | -83 | 28 | 6889 | 789 | 2324 |
| 18 | 195 | 50 | 70 | -17 | 9000 | 289 | 1190 |
| 19 | 310 | 82 | 85 | -5 | 2225 | 25 | 1425 |
| 20 | 170 | 77 | -55 | 10 | 3025 | 100 | 550 |
| 21 | 364 | 82 | 139 | -5 | 19321 | 25 | 895 |
| 22 | 148 | 77 | -78 | 10 | 5778 | 100 | 760 |
| 23 | 315 | 80 | 90 | -7 | 8100 | 49 | 830 |
| 24 | 275 | 89 | 50 | -3 | 2500 | 8 | 150 |
| 25 | 405 | 51 | 180 | -18 | 32400 | 258 | 2880 |
| 26 | 185 | 93 | -80 | 28 | 3600 | 678 | 1580 |
| 27 | 142 | 73 | -83 | 6 | 8889 | 38 | 488 |
| 28 | 130 | 80 | -95 | 13 | 9025 | 189 | 1235 |
| 29 | 152 | 80 | -73 | 13 | 5378 | 189 | 848 |
| 30 | 342 | 50 | 117 | -17 | 13689 | 289 | 1989 |
| 31 | 120 | 87 | -105 | 20 | 11025 | 400 | 2100 |
| 32 | 208 | 88 | -17 | 2 | 289 | 4 | 39 |
| 33 | 382 | 50 | 137 | -17 | 18789 | 289 | 2324 |
| 34 | 142 | 88 | -83 | 31 | 8889 | 981 | 2573 |
| 35 | 148 | 97 | -77 | 30 | 5929 | 900 | 2310 |
| 36 | 348 | 30 | 121 | -37 | 14841 | 1389 | 4477 |
| 37 | 159 | 88 | -66 | 21 | 4358 | 441 | 1388 |
| 38 | 150 | 80 | -75 | 13 | 5825 | 189 | 975 |
| 39 | 288 | 80 | 83 | -7 | 3989 | 49 | 441 |
| 40 | 308 | 20 | 83 | -47 | 8889 | 2209 | 3910 |
| 41 | 150 | 75 | 125 | -42 | 15825 | 1784 | 5250 |
| 42 | 205 | 40 | -20 | -27 | 400 | 729 | 590 |
| 43 | 110 | 25 | -15 | -42 | 225 | 1784 | 830 |
| 44 | 188 | 82 | -37 | 15 | 1389 | 225 | 555 |
| 45 | 205 | 84 | 40 | -3 | 1000 | 8 | 120 |
| 46 | 304 | 38 | 139 | -31 | 19321 | 981 | 4309 |
| 47 | 188 | 88 | -57 | 27 | 3248 | 441 | 1187 |
| 48 | 180 | 82 | -35 | -5 | 1225 | 25 | 175 |
| 49 | 388 | 45 | 183 | -22 | 28589 | 484 | 3588 |
| 50 | 200 | 80 | -25 | -7 | 825 | 49 | 175 |

11,295 3 367

0

0

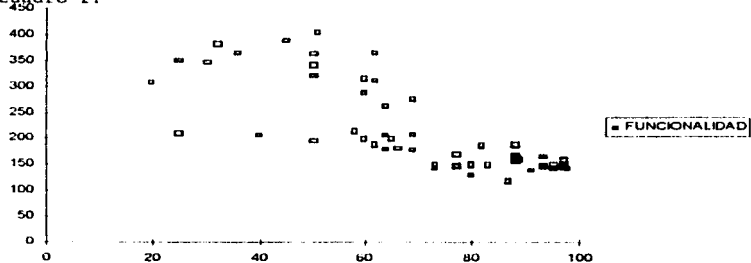
2909399

692502

248711

FUNCIONALIDAD

Cuadro 21



Análisis e interpretación de resultados

Se estudiaron 50 familias diabéticas tipo II, inscritas a la consulta externa de la UMEF. 20, se les aplicó un cuestionario (entrevista directa) con respuestas sencillas sí, no, nunca, a veces, siempre. Explorando las siguientes características:

- Dinámica familiar
- Estructura familiar
- Ciclo de vida familiar

Desde el punto de vista de la dinámica familiar se obtuvo que el 80% de las familias fueron familias semi-integradas, esto puede explicarse, que los roles que desempeña los miembros de la familia se ven influenciados por los aspectos bio-psico-sociales, que afectan sus hábitos y costumbres.

En cuanto a la funcionalidad, se obtuvo que el 40% fueron familias severamente disfuncionales, se observó desintegración familiar concluyendo que a mayor funcionalidad mejor control en los niveles de glucosa sérica.

Al realizar la asociación entre el ciclo de vida familiar, funcionalidad familiar y los niveles de glucosa sérica se obtuvo 17 familias (34%) fueron familias funcionales en base de independencia, en donde los miembros mantienen una relación afectiva que influye en el control de los niveles de glucosa sérica.

Ahora en cuanto al cálculo aritmético el promedio que se obtuvo 56.2 es una edad en la cual se presenta la diabetes mellitus observando sus complicaciones, las cuales repercuten en forma importante en su dinámica y funcionalidad familiar.

En relación a la estructura dinámica familiar y niveles de glucosa sérica igual o mayor a 140, se obtuvo 20 familias (40%) fueron familias nuclear-semi integradas.

De igual manera se clasificaron por sexo, donde se observó el sexo femenino en el 64%, en relación al masculino con 36%. Considerando los factores predisponentes a la mala mortalidad.

Por último se menciona el promedio aritmético de la edad del paciente diabético tipo II que fue de un 56.2 con una desviación estándar de 5.3.

Obteniendo una r igual a 0.76, lo cual se puede interpretar que las variables sí tienen asociación significativa en relación a la funcionalidad y los niveles de glucosa sérica.

Analisis Estadístico

Se aplicaron 50 cuestionarios a familias diabéticas tipo II, (DMII), que acudieron a consulta en el periodo de septiembre a octubre de 1996 que cumplieron los criterios expuestos con anterioridad, formando un grupo total de 50 familias diabéticas tipo II que cumplieron dichos criterios.

Posterior a esto se clasificaron al grupo en dos categorías

a) 14 familias diabéticas, con dinámica-estructura familiar y niveles de glucosa serica igual o mayor a 140mg/dl. En relacion a las últimas cifras de glucosa serica

b) 14 familias diabéticas, ciclo de vida y funcionalidad familiar en relacion a niveles de glucosa serica igual o mayor a 140mg/dl de las últimas 3 cifras

Se clasificaron para poder determinar la estructura dinamica, funcionalidad, ciclo de vida familiar y niveles de glucosa serica obteniendose lo siguiente:

1- Familia nuclear 32 (64%)

2- Familia Funcional 25 (50%)

3- Dinamica familiar 25 (50%), familias semi-integradas

4- ciclo de vida 38 (76%), familias en fase de independencia

En cuanto al ciclo de vida, funcionalidad familiar y niveles de glucosa serica igual o mayor de 140mg/dl fue de la siguiente manera 17 (34%), familias funcionales en fase de independencia

Dinamica familiar, funcionalidad y niveles de glucosa serica igual o mayor de 140mg/dl 17 (34%) Familias integradas funcionales

Alora en cuanto a la estructura, dinamica familiar y niveles de glucosa serica igual o mayor de 140mg/dl se obtuvo lo siguiente 20 (40%), familias nuclear semi-integradas

En cuanto al sexo hubo predominio del sexo femenino con un 32 (64%) y el masculino 18 (36%)

Por último se calculo el promedio aritmético para la edad de estos grupos que fue de 50.2

Aunque el estudio se determino en las familias diabéticas tipo II alcanzaron un grado mayor: familias en fase de independencia severamente disfuncionales y con una glucosa mayor de 140mg/dl grupo no controlado. Considerando esto se puede mejorar en cuanto se modifiquen los factores de riesgo, dinamica, funcionalidad familiar

Conclusión

Tomando en cuenta lo expuesto, acortando cada uno los resultados se llega a la siguiente conclusión:

- Se encontró estadísticamente relación entre los niveles de glucosa sérica, asociado a la funcionalidad dinámica y ciclo de vida familiar, en las familias diabéticas tipo II
- Se puede decir que la funcionalidad y dinámica familiar influyen en el control de los niveles de glucosa sérica
- Se evidencia que el mayor porcentaje de las familias diabéticas tipo II se encontraron en fase de independencia, semi-integradas y severamente disfuncionales con cifras elevadas de glucosa sérica
- En cuanto al grado de control de glucosa basal vemos que el porcentaje (60%) se encontró controlada. Son familias nuclear, integrada y en fase de independencia
- Por lo cual es importante abordar integralmente (en sus tres esferas y ámbitos) En sus tres momentos (Dx, Tx y Pz) a las familias diabéticas tipo II para obtener un buen control en los niveles de glucosa sérica
- En relación a la puntuación obtenida y los valores de glucosa sérica, entre mayor puntuación menor cifra de glucosa observándose una mejor funcionalidad familiar

Comentario

Es importante señalar que de este estudio la muestra de pacientes diabéticos tipo II, los que se encontraron con glucosa serica menor de 140mg/dl fue pequeña, y de esto el grado de funcionalidad y dinamica familiar se encontraron adecuadamente en comparacion a las familias diabeticas tipo II con glucosa mayor de 140mg/dl, en donde se observo que predominaba la familia semifuncional.

Esto lo podemos tomar en cuenta que se puede relacionar

La informacion proporcionada a los familiares sobre la enfermedad del paciente diabetico ya que en muchas ocasiones esta es proporcionada en forma inadecuada.

Considerando lo mas controversial es la aceptacion del paciente diabetico de su enfermedad.

La participacion de los familiares, la existencia de conflictos abordando en las tres esferas y en sus tres momentos (diagnostico, manejo y pronostico). Consideramos estas variables, pero puede no haberlas las cuales son importantes a considerar y continuar probablemente en otro estudio.

Resumen

Se realizó un estudio de familias diabéticas, para demostrar la relación entre el grado de funcionalidad, dinámica, ciclo de vida familiar y cifras de glucosa sérica en pacientes diabéticos tipo II

Clasificándolos en dos grupos

- a) Familias diabéticas, dinámica, estructura y cifras de glucosa sérica con el promedio de las últimas tres cifras en diferentes fechas, con cifras igual o mayor a 140mg/dl
- b) Familias diabéticas, funcionalidad, ciclo de vida familiar, aquellas que presentaron una cifra promedio de las tres últimas cifras de glucosa sérica en diferentes fechas igual o mayor de 140mg/dl

Se realizó un cuestionario que contenía preguntas que exploraba estructura, funcionalidad, dinámica y ciclo de vida familiar, grupo por sexo y edad, el promedio aritmético, así como la desviación estándar y la variable de t

En cuanto a los resultados de obtuvo una estructura familiar 32 (84%) familias nuclear

En cuanto a funciones familiares 25 (60%) familias funcionales

Ahora en cuanto a la asociación funcionalidad ciclo de vida familiar y niveles de glucosa sérica igual o mayor de 140mg/dl, obteniéndose 17 (34%) familias en fase de independencia-severamente disfuncionales

En cuanto a la dinámica, funcionalidad familiar y niveles de glucosa sérica igual o mayor de 140mg/dl se obtuvo 17 (34%) familias integradas funcionales

Bibliografía

- Endocrinología clínica
Dr. William Jubaz
Ed. manual moderno 1981
- Manual de farmacología clínica
3 Ed.
Ed. Interamericana
Dr. John J. Ganong, 1993
- Bioquímica
Laguna Pino
3 Ed.
Reimpresión 1983
- Bases para el tratamiento de la diabetes mellitus
IMSS
2 Ed. 1987
- Fundamentos de farmacología
John A. Davan
2 Ed. 1982
- Manual de diagnóstico clínico
4 Ed.
H. Horodt Friedman
1994
- Tratado de fisiología médica
A. Guyton
5 Ed. 1986
- Rev. Med. de medicina familiar
Vol. 3 Num. 2 mayo-agosto 1989
- La esplanada de la familia, aspectos médicos, psicológicos y sociales
Rev. Med. IMSS
Vol. 19 Num. 2 1981
- Aspectos psicológicos de la diabetes mellitus
Rev. Med. IMSS
Vol. 32 Num. 3 1994
- La distorsión familiar, un reto diagnóstico-terapéutico
Rev. Med. IMSS
Vol. 32 Num. 3 1994
- Psicología de la vida familiar una visión estructural
Rev. Med. IMSS
Vol. 29 Num. 1 1991

-Modelo psicodinámico-sistémico de evaluación familiar
Revista de investigación clínica
Vol. 44 Núm. 2 abril-junio 1992

-Clasificación de familias, propiedad a investigar en medicina familiar
Rev. Med. IMSS
Vol. 29 Núm. 5-6 1991

-Psicoterapia dirigida a familias de bajos recursos
Rev. Med. IMSS
Vol. 31 Núm. 5-6 1993

Encuesta para evaluar la funcionalidad, dinámica y ciclo de vida familiar en las familias diabéticas tipo II

Edad
Sexo

Fecha de diagnóstico de la diabetes mellitus

Ambito social

Ocupacion e ingreso

1 - Vive con su esposa (o), hijos u otros familiares (Nombres, edades y ocupación de cada uno de ellos.)

2 - ¿ Actualmente trabaja usted?

Si No

3 - ¿ Se siente satisfecho con el trabajo que realiza?

Si No

4 - ¿ Sabe leer y escribir?

Si No

5 - Escolaridad de sus hijos

Vivienda

6 - ¿ Vive en casa propia?

Si No

7 - ¿ Con cuantas recamaras cuenta en su casa?

1 2 mas de 3

8 - ¿ Dispone de agua potable, luz electrica, drenaje y teléfono?

Si No

Recreacion

9 - ¿ Realiza o sale de dias de campo o de paseo?

Si No

10 - ¿ Con que frecuencia sale?

1 vez a la semana 2 veces por semana

11 - ¿ Cuando su familia decide participar en algunos proyectos de salud, necesita ayuda profesional?

Si No

Comunicación

12 - ¿ Cuando quiere decir algo a su pareja se lo dice directamente ?
Si No

13 - ¿ La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia ?
Nunca A veces Siempre

Cambio de roles (Papeles en la familia)

14 - ¿ En su matrimonio cada quien hace lo que le corresponde como esposos ?
Nunca A veces Siempre

15 - ¿ Se tiene la oportunidad de cambio de papeles ?
Nunca A veces Siempre

Funciones de satisfacción sexual

16 - ¿ Actualmente tiene relaciones sexuales ?
Nunca A veces Siempre

17 - Si las tiene ¿ Le son satisfactorias ?
Nunca A veces Siempre

Afecto

18 - ¿ Existen manifestaciones de afecto entre la pareja ?
Nunca A veces Siempre

19 - ¿ Su pareja siente que usted la quiere ?
Nunca A veces Siempre

20 - ¿ El tiempo que comparte con su pareja es agradable ?
Nunca A veces Siempre

Comunicación parental

21 - ¿ Expresa claramente los mensajes de padres a hijos ?
Nunca A veces Siempre

22 - ¿ Cuando los padres se comunican con sus hijos lo hacen claramente ?
Nunca A veces Siempre

Conducta

23 - ¿ Existe interés por la educación de sus hijos ?
Nunca A veces Siempre

24 - ¿ Consolera que sus hijos se sienten queridos ?
Nunca A veces Siempre

25 - ¿ En su familia comen carne, leche, huevos, verduras, frutas diario ?
Nunca A veces Siempre

26 - ¿ Sus hijos hacen sus vacunas, los lleva con frecuencia a revision médica ?

Nunca A veces Siempre

Educación

27 - ¿ El nivel de escolaridad es acorde con la edad de sus hijos ?

Si No

28 - ¿ Le ayuda a realizar proyectos de sus hijos ?

Nunca A veces Siempre

29 - ¿ Orienta y guía en relación a las inquietudes, dudas de sus hijos ?

Nunca A veces Siempre

Autodad

30 - ¿ Ambos cónyuges ejercen la función de autoridad?

Si No

31 - ¿ Disciplina y corrige a sus hijos de acuerdo a su edad?

Si No

32 - ¿ La autoridad es aceptada por sus hijos?

Si No

Subsistema Interno (comunicación, afecto, cooperación y recreación)

33 - ¿ La comunicación entre sus hijos es directa?

Nunca A veces Siempre

34 - ¿ Entre los hermanos existe interés por el desarrollo mutuo ?

Nunca A veces Siempre

35 - ¿ Se nota apoyo entre los juegos de los hermanos ?

Nunca A veces Siempre

36 - ¿ Se ayuda entre los hermanos a sus tareas ?

Nunca A veces Siempre

37 - ¿ Las actividades recreativas (juegos) son compartidas entre los hermanos?

Nunca A veces Siempre

Área Psicológica

38 - ¿ Acude a su consulta acompañada (o) ?

Nunca A veces Siempre

39 - ¿ Se considera importante para su familia ?

Nunca A veces Siempre

40 - ¿ Cuando es la hora de la comida, come acompañada (o) de su familia ?

Nunca A veces Siempre

41 - ¿ Comenta con sus familiares lo que le indica su médico en su consulta?

Nunca A veces Siempre

**ESTA TESIS
SABER DE LA
NO DEBE
DE LA BIBLIOTECA**

42 - ¿ Realiza algún ejercicio para conservar su salud ?
Nunca A veces Siempre

43 - ¿ La dieta que lleva es aceptada por su familia?
Nunca A veces Siempre

44 - ¿ Esta satisfecha (o) con la ayuda que recibe de su familia para llevar su tratamiento medico ?
Nunca A veces Siempre