

11226

59
2ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "A" XALOSTOC
I.S.S.S.T.E.**

TÍTULO

**INFLUENCIA DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL
CONTROL DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, PRESENTA:
DRA. Ma. GABRIELA HIDALGO SÁNCHEZ**

ECATEPEC EDO. DE MÉXICO 1999

281086

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

**INFLUENCIA DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL
CONTROL DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

DRA. Ma. GABRIELA HIDALGO SÁNCHEZ

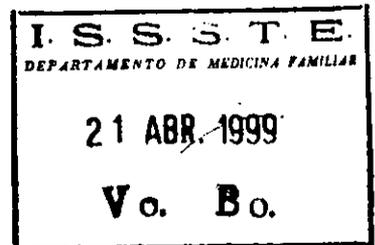


DR. ROGELIO DELGADO PADILLA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS FAMILIARES
DEL I.S.S.S.T.E. EN:

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "A" XALOSTOC
I.S.S.S.T.E



DR. JOSÉ CASTRO CANTE
ASESOR DE TESIS



DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MÉDICA
CONTINÚA Y MEDICINA FAMILIAR.
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA, I.S.S.S.T.E.

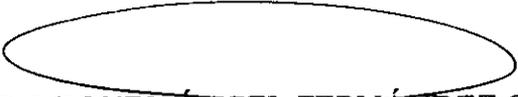


**INFLUENCIA DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL
CONTROL DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2**

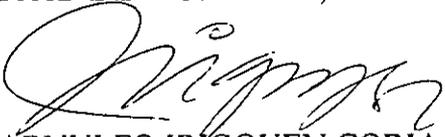
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

DRA. Ma. GABRIELA HIDALGO SÁNCHEZ

AUTORIZACIONES:



DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA , U.N.A.M.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA , U.N.A.M.



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

A la memoria de mi madre
A mi padre y hermanos
como muestra de gratitud y cariño.

A mi esposo Eduardo
A mis hijos Jessica y Eduardo
Gracias por el apoyo que recibí durante
el tiempo que estuve estudiando.

A Miguel Ángel gracias por tu ayuda
desinteresada en la realización de
este trabajo.

TITULO: Influencia de la funcionalidad

Familiar en el control del paciente

Diabético tipo 2.

ÍNDICE

TITULO	1
MARCO TEÓRICO.....	4
DEFINICIÓN DE CONCEPTOS.....	11
PROBLEMA.....	13
JUSTIFICACIÓN.....	14
OBJETIVO GENERAL.....	15
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
HIPÓTESIS.....	15
METODOLOGÍA.....	16
TIPO DE ESTUDIO.....	16
POBLACIÓN LUGAR Y TIEMPO.....	16
TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	16
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	17
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	17
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	17
INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES).....	18
PROCEDIMIENTO Y RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN....	19

CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	20
RESULTADOS.....	21
TABLAS Y GRÁFICAS DE RESULTADOS.....	23
ANÁLISIS DE RESULTADOS	37
CONCLUSIONES.....	39
PROPUESTAS.....	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
ANEXOS.....	44

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES: La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que requiere del cuidado médico constante y de la educación tanto del paciente como de sus familiares para poder prevenir y / o reducir sus riesgos de complicaciones.

La enfermedad se refiere a la excreción de gran cantidad de orina dulce como miel. El defecto básico de la diabetes mellitus es la disminución en la acción de la insulina, secundaria a disminución de la secreción de insulina o a la inestabilidad de los tejidos a la insulina^(1,2,3).

La primera anormalidad es una elevación de la glicemia, debida a disminución de la captación de glucosa por los tejidos y a la mayor gluconeogénesis hepática. Una vez que la concentración de glicemia excede a los 180 mg/100ml, aparece glucosuria. La glucosa es un diurético osmótico que produce poliuria y polidipsia como resultado.

La proteólisis aumenta con la movilización de aminoácidos, ocasiona aumento del catabolismo proteico y pérdida de peso, principalmente de la masa muscular y aparece polifagia.

La lipólisis aumentada lleva a liberación de ácidos grasos libres, que son metabolizados por el hígado a cetonas con el desarrollo de acidosis e infecciones frecuentes⁽²⁾

La diabetes mellitus es una enfermedad endocrina muy frecuente, disminuye la esperanza de vida aproximadamente en un tercio. Los diabéticos tienen un riesgo de 25 veces mayor de quedarse ciegos, 17 veces mayor de desarrollar insuficiencia renal y 5 veces mayor de desarrollar gangrena que los no diabéticos^(2,3,4).

Factores de riesgo: Historia familiar de diabetes, obesidad, personas mayores de 40 años, hipertensión arterial e hiperlipidemias.

Se conocen dos tipos de diabetes: Tipo 1 o Insulino dependiente, que generalmente se presenta en personas menores de 30 años de edad con antecedentes hereditarios de diabetes y que requieren para su tratamiento aplicaciones constantes de insulina. Es considerada como lábil debido a su difícil control.

Diabetes tipo 2 o Insulino no dependiente que se manifiesta generalmente en personas mayores de 30 años, no necesariamente con antecedentes heredo familiares y cuyo tratamiento requiere en la mayoría de los casos hipoglicemiantes orales.

Criterios diagnósticos de la diabetes mellitus. En presencia o ausencia de síntomas el diagnóstico se establece si se cumplen los siguientes criterios:

1. Elevación de la glicemia en ayunas cuando menos en dos ocasiones y con valores superiores a:

Sangre venosa total o capilar ≥ 120 mg /100 dl (6.7 mmol/l)

Plasma venoso capilar: ≥ 140 mg/100 dl (7.8 mmol/L).

2. Si la glicemia es dudosa por que esta en valores intermedios entre los normales y los diagnósticos de diabetes, se justifica realizar la prueba de tolerancia a la glucosa.

En esta prueba, son diagnósticos de diabetes los siguientes valores de glicemia obtenida a las dos horas de post carga de 75 gr. de glucosa:

Sangre venosa total: ≥ 180 mg/dl (10.0 mmol/L).

Sangre capilar total o plasma venoso: ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/L).

Plasma capilar: ≥ 220 mg/dl (12.2 mmol/L). (3,6).

La hemoglobina glucosilada es el parámetro que más se utiliza para valorar el control metabólico, ya que su vida media, más larga que la de otras, proporciona información de un período de 6 a 8 semanas. Los valores mayores a 8 % son anormales.

La hipertensión arterial es dos veces más frecuente en pacientes diabéticos, que en los no diabéticos. La hipertensión arterial suele ser secundaria al desarrollo de la enfermedad renal. Independientemente de su causa, la hipertensión arterial tiene un aspecto aditivo importante sobre su desarrollo y progresión de complicaciones macrovasculares como son aterosclerosis e hipertrofia ventricular izquierda y complicaciones microvasculares como son nefropatía y retinopatía)

El aspecto principal en el tratamiento del paciente diabético es tratar de imitar las funciones del páncreas normal, es decir proporcionar insulina en el momento en que la hormona sea necesaria; administrando sulfonilureas y fenformin aumenta la captación de glucosa por los tejidos. La mayor acción de las sulfonilureas aumentan la sensibilidad de las células beta, el fenformin inhibe absorción gastrointestinal de la glucosa. En forma inicial se recomienda dieta y ejercicio, solo si estas son insuficientes, se indica el uso de hipoglucemiantes orales.

Entre los hipoglucemiantes orales tenemos: biguanidas (buformina, metformina) a dosis de 100 a 200 mg / día repartida en dos dosis; y las sulfonilureas: Clorpropamida 250 A 275 mg/día, dosis única.

Glibenclamida tab 5 mg. dosis de 5 a 20 mg/día en dosis fraccionada; Tolbutamida tab. de 500mg, dosis de 500 a 1500 mg día dosis fraccionada.

Tomaremos parámetros de glicemia menores de 139 mg/dl para un buen control, de 140 a 199mg/dl mal control y + 200 mg/dl se catalogarán como pésimo control.

Dieta; Donde se debe tomar en cuenta que el requerimiento calórico se encuentra reducido por que la actividad física es menor, si el paciente es obeso ha de insistirse reducción de peso para disminuir resistencia a la insulina. Se debe de mantener un proceso de educación y motivación constante, de esta forma se reducen los riesgos de que el paciente presente un I.A.M. o muerte súbita.

En general se recomienda 30 minutos de ejercicio aeróbico, (caminata) 3 veces por semana⁽¹²⁾

El tratamiento adecuado de la Diabetes Mellitus no solo incluye la dieta, el ejercicio y la farmacoterapia, es también importante el apoyo familiar como pilar o pivote del tratamiento y así mismo como plataforma para realizar la prevención de complicaciones agudas y retardar la aparición de complicaciones crónicas. Por lo tanto es importante una buena adaptabilidad, cohesión y dinámica familiar para sustentar el apoyo terapéutico y ayuda al paciente diabético; Es importante entonces conocer y evaluar la adaptación, compañerismo crecimiento, afecto y resolución de las familias de los pacientes diabéticos.^(4,11,13). Donde la funcionalidad requiere de un modelo que permite entender y clasificar a las familias de acuerdo con la manera como se relaciona bajo un enfoque sistémico.

Para que haya funcionalidad hay que considerar:

- Que cada uno de los padres estén bien diferenciados y que hayan desarrollado su independencia emocional antes de separarse de sus familias de origen para formar un hogar.
- Que exista una separación clara de los límites. Que los padres se comporten como padres y los hijos se comporten como hijos.
- Que lo más importante para el esposo sea su pareja y que los niños no sientan que al acercarse a uno de sus padres se separen del otro.
- Que existan expresiones de cariño y afecto no posesivo entre padres hijos y hermanos.
- Que sean capaces de comunicarse en forma honesta y clara.
- Que la familia sea lo suficiente abierta como para permitir que sus miembros se involucren con otras persona, tales como miembros de la familia extensa y amigos.⁽⁴⁾

El Apgar familiar introducido por Smilkestein en 1978, es un instrumento para explorar la funcionalidad familiar, que evalúa la amplitud y complejidad de los problemas familiares⁽⁴⁾.

Este instrumento cualitativo que se basa en un simple sistema de puntuación en el cual un miembro de la familia es valorado en 5 funciones familiares, según una escala de 0,1 o 2. El funcionamiento normal está indicado por una puntuación de 8 a 10.

Si es manejado en conjunto (más de un miembro de la misma familia) facilita un acercamiento objetivo sobre la funcionalidad familiar. Uno de los elementos que deben ser identificados al efectuar la exploración clínica de la familia es la localización de los subsistemas que integran al sistema familiar.

La funcionalidad puede observarse con rapidez aplicando el instrumento de APGAR FAMILIAR complementado con la elaboración de el familiograma (que es la representación esquemática de la familia) como un marco de referencia que nos permite entender a las familias de acuerdo con la manera como se relacionan cada uno de sus integrantes.

Estos instrumentos son de aplicación sencilla y rápida en la consulta de medicina familiar.

Existen otros instrumentos para el análisis de la funcionalidad como son el modelo Circunflejo de funcionamiento familiar de Olson el modelo teórico para la escala de evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar. Y el Faces III ha sido elaborado recientemente donde el paciente clasifica su propia familia a partir de 30 cuestionamientos según una escala de 1 a 5⁽¹¹⁾

La funcionalidad de la familia se basa en socialización:

1) Donde :la tarea fundamental de la familia es transformar en un tiempo determinado a una persona;

- 2) Cuando: donde la función en la vida familiar es la que permite la preservación de nuestra especie, donde se identifica alimentación, vestido, seguridad física y apoyo emocional.
- 3) Afecto donde es la actitud hacia nuestros semejantes, relación familiar.
- 4) Reproducción: para efectuar una responsabilidad
- 5) Status y nivel socioeconómico; donde se transfieren obligaciones y derechos, las exigencias para formar nuevas familias corresponden al, mismo nivel socioeconómico.

El conocimiento de las funciones de la familia determinan integración familiar y facilitan el diagnóstico de familia.

El primer contacto con la familia es el expediente clínico donde se tendrá que elaborar Historia Clínica, ficha de identificación, familiograma y la aplicación del APGAR FAMILIAR.

La familia genera información necesaria, para lograr tener una respuesta donde el abordaje del problema por el clínico estará encaminado a abarcar todos los elementos, por lo que el lenguaje utilizado será de vital importancia.

La fase interactiva con la familia donde la principal función es entre la vivencia y la posición de elementos, en cuanto a los padecimientos o por el contrario su apatía o indiferencia en la fase interactiva se investigan las relaciones existentes, entre las que sobresalen; roles jerarquías, límites sobre todo quien o quienes participan en el problema.

El estadio de focalización de problemas donde se hacen acercamientos o distanciamientos en aspectos problemáticos, cuya finalidad es tener una imagen nítida del objeto en estudio. Los recursos con los que se lleva a cabo la focalización será lenguaje verbal y la visión particular del problema.

La funcionalidad esta dada por la capacidad que tengan para " moverse " como un sistema para enfrentar los factores de stress ya sean normativas o no normativas.

La sociedad desarrolla un sistema de salud que refleja la ideología y los fines de su organización, sin embargo campañas educativas dirigidas a lo transformación de los hábitos y formas de vida que dañan la salud requieren para su efectividad y el desarrollo de los distintos grupos y clases que las campañas van dirigidas.

Las tendencias nocivas, malos hábitos en las distintas esferas de la actividad humana, se inculcan desde muy temprano en la vida familiar arraigándose en las actividades que caracterizan el modo de vida de los individuos y grupos de una sociedad.

Hay actividades cuyo elemento esencial es la comunicación, entre las cuales están todas aquellas que caracterizan los sistemas de relación del sujeto, de la amistad, relaciones amorosas, laborales, familiares, etc. Estas actividades son esenciales para el buen funcionamiento familiar.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS.

Médico familiar: Es el médico preparado y entrenado para desarrollar y poner en práctica actividades que lo califican para una atención continua, mantenimiento integral de la salud y atención médica a todos los miembros de la familia sin importar sexo, edad o tipo de enfermedad, sea biológica ,conductual o social⁽⁹⁾

El estudio de la familia permite el entendimiento del entorno bio-psico-social fundamental en el que se desarrolla la vida de cualquier individuo.⁽⁹⁾

Familia: es un grupo de dos o mas personas que viven juntas y están relacionadas por lazos consanguíneos de matrimonio o adopción ⁽⁵⁾. Para estudiar a la familia desde el punto de vista social se ha clasificado en base a su desarrollo en ⁽⁴⁾:

Familia Moderna: donde la característica esencial, consiste en que la madre trabaja fuera del hogar, en iguales condiciones que el padre;

Familia Tradicional: donde el subsistema proveedor, casi siempre esta constituido por el padre .

Familia Arcaica o Primitiva: donde la familia es generalmente campesina, cuyo sostenimiento se produce exclusivamente por los productos de la tierra que laboran.

En base a su demografía en: Urbana y Rural; Según la ubicación de la familia.⁽⁴⁾

En base a su integración.⁽⁴⁾

Familia Integrada: En la cual los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones.

Familia Semi-Integrada: Donde los cónyuges viven juntos pero no cumplen de manera satisfactoria sus funciones.

Familia Desintegrada : donde hay ausencia de uno de los cónyuges, ya sea por muerte, divorcio, separación, abandono o el desmembramiento de la familia debido a graves causas internas o externas

En base a su composición.(4)

Familia Nuclear: Donde la familia esta formada por padre , madre e hijos.

Familia Extensa: Formada por padre, madre, hijos y otros miembros que compartan lazos consanguíneos de adopción o bien de afinidad.

Familia Extensa Compuesta: Además de los que incluyan a la familia extensa se agregan miembros sin ningún nexo legal, como el caso de amigos, compadres , etc.

Glucosa: Es el azúcar principal de la sangre que sirve a los tejidos como el principal combustible metabólico , su formula es $C_6H_{12}O_6$ (27)

Funcional: Forma en que determinados grupos sociales afecta el funcionamiento, adaptación y adecuación normal de un sistema social.(4)

Familiograma: Instrumento de investigación que representa esquemáticamente de la familia.(4)

APGAR FAMILIAR: Instrumento cualitativo para explorar la funcionalidad familiar.(4)

PROBLEMA:

Ya que el médico familiar debe de explorar en forma rutinaria la funcionalidad de las familias y correlacionar estas con el estado de salud de sus pacientes procurando una atención integral, debe de auxiliarse de instrumentos que faciliten dicha tarea, como son el familiograma, Apgar familiar, Faces III, Modelo Circunflejo entre otros, así como los estudios de laboratorio y gabinete para lograr un seguimiento y control de los pacientes diabéticos.

Es conocido que no nada más la transgresión dietética o medicamentosa y las infecciones contribuyen al descontrol metabólico del paciente diabético, sino que también diversas situaciones de estres (cirugía, traumatismo, emociones, desajustes familiares, etc.) Situaciones que se viven a diario en los pacientes del consultorio N° 2 turno matutino de la Clínica de Medicina Familiar "A" Xalostoc del I.S.S.S.T.E., el primer nivel de atención.

Por lo anterior ¿ Es la funcionalidad familiar determinante o contribuyente en el control del paciente diabético?

JUSTIFICACIÓN

La diabetes mellitus es un problema de salud con repercusiones médicas, sociales y económicas de gran magnitud sobre el individuo su familia.

El médico Familiar conoce estas situaciones, sin embargo el hábito rutinario en el ejercicio profesional lo hace convertirse en proveedor de medicamentos, o en regañador, descuidando la atención del individuo y su familia, omitiendo el estudio integral del paciente diabético, concretándose al estudio solo desde el punto de vista biólogo, sin tomar en cuenta el entorno familiar y sus características, descuidando los aspectos de las relaciones interpersonales y su funcionalidad como factores de gran influencia para el buen control del paciente diabético.

Por otro lado, el estudio y conocimiento de la funcionalidad familiar en el paciente diabético, amplía el horizonte para mejorar el estudio y control del enfermo así como mejorar la relación médico paciente y el grado de satisfacción tanto del médico como del paciente, al hacer más personalizada e integral la atención y control del paciente diabético.

En la práctica médica diaria observamos que el paciente diabético acude por lo regular solo a consulta, y durante el desarrollo de la consulta médica nos hemos dado cuenta de que el paciente no le da importancia a su enfermedad, ya sea por el desconocimiento, ignorancia, prevalencia de creencias mágico-populares o por simple negación de la misma enfermedad, aunada a esto un sin número de conflictos familiares de diversas índoles que condicionan estados de angustioso estrés.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la asociación entre la funcionalidad familiar y el control metabólico de los pacientes diabéticos tipo 2 del consultorio N° 2, turno matutino de la Clínica de Medicina Familiar "A" Xalostoc I.S.S.S.T.E., en el Estado de México.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la relación de los pacientes diabéticos tipo 2, con su control metabólico y su tipología familiar.
- Describir la relación entre el tipo de familia y el control metabólico.
- Establecer ciclo vital más frecuente en las familias de los pacientes diabéticos tipo 2.
- Establecer la asociación entre la funcionalidad familiar y el control metabólico del paciente diabético tipo 2.
- Establecer la asociación entre disfunción familiar y el control metabólico.
- Identificar asociación entre escolaridad de los pacientes diabéticos tipo 2 y el grado de control metabólico.

HIPÓTESIS

Dado que se trata de un trabajo descriptivo no requiere de hipótesis.

METODOLOGÍA

-TIPO DE ESTUDIO: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal prospectivo.

-POBLACION LUGAR Y TIEMPO: Se estudiaron a pacientes diabéticos tipo 2 y sus familias derechohabientes del I.S.S.S.T.E., del mes de Agosto de 1996 al mes de Mayo de 1997, que acuden a consulta al consultorio # 2 turno matutino de la clínica de medicina familiar " A " Xalostoc. en el Edo. de Méx.

-TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA: Se estudiaron 48 pacientes diabéticos tipo 2 y sus familias, mediante el método aleatorio simple con un grado de confianza del 95% y un error estándar del 10 % ($V=(d/z)^2$)

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Se estudiaron pacientes diabéticos tipo 2 derchohabientes del I.S.S.S.T.E. que acuden a consulta a la clínica de medicina familiar " A " Xalostoc del consultorio #2 turno matutino.

- Pacientes que vivan en familia.
- Pacientes de ambos sexo con edades de 40 a 90 años de edad
- Pacientes que tengan un mínimo de cinco consultas en el año.
- Pacientes que tengan expediente integrado y completo.
- Pacientes que acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que no vivan en familia.
- Pacientes que no tengan cinco o más consultas en el año.
- Pacientes que no acepten participar en el estudio aún cuando cumplan con los requisitos
- Pacientes con enfermedades intercurrentes aguda o crónica que modifiquen el curso de la diabetes mellitus
- Pacientes diabéticos que no pertenezcan al consultorio N°2 del turno matutino.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN: Pacientes diabéticos del consultorio # 2 de la clínica de Medicina familiar " A " Xalostoc que no acudan con regularidad a su consulta.

- Pacientes que no tengan expediente completo.
- Pacientes que no cumplen el seguimiento.
- Pacientes que cambian de consultorio.
- Pacientes fallecidos.

VARIABLES

Se tomaron en cuenta las siguientes variables: Cualitativas y Cuantitativas.

EDAD	AÑOS
SEXO	MASCULINOS Y FEMENINOS
ESCOLARIDAD	ANALFABETAS, PRIMARIA, SECUNDARIA, PREPARATORIA, PROFESIONAL
ESTADO CIVIL	SOLTEROS, CASADOS, UNIÓN LIBRE, VIUDOS , DIVORCIADOS
OCUPACIÓN	EMPLEADOS, PROFESIONISTAS, Y CAMPESINOS
Nº INTEGRANTES POR FAM.	2-14 PERSONAS
TIPO DE FAMILIA	NUCLEAR, EXTENSA, COMPUESTA
TIEMPO DE EVOLUCIÓN DM	1 A 20 AÑOS
TRATAMIENTOS	ORALES E INYECTABLES
GLICEMIAS	MG/DL
GLUCOSURIAS	-/+
UREA	MG/DL
CREATININA	MG/DL
COLESTEROL	MG/DL
ESTUDIOS DE GABINETE	RX TÓRAX

PROCEDIMIENTO Y RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información se recabó mediante entrevista al paciente diabético, durante la consulta en el consultorio N° 2 turno inatutino, de la Clínica de Medicina Familiar A Xalostoc; por el médico investigador con la realización de Historia clínica, aplicación del APGAR Familiar, elaboración de familiogramas durante la primer consulta, posteriormente se citó cada mes a consulta y controles de laboratorio cada 2 meses haciendo determinaciones de glicemias , glucosurias, urea, creatinina, ácido úrico, colesterol, actualización de los familiogramas cada 6 meses. Toda la información se vació en una hoja de recolección de datos elaborada para dicho fin. Elaborada en un cuadro que consta de renglones numerados de 1 en 1 hasta N. donde se registra N° de expediente del paciente diabético y columnas donde se registra edad, sexo, Edo. civil Apgar familiar, funcionalidad, familiograma, laboratorio como son glicemia, glucosuria, urea, creatinina y colesterol

Los controles de glicemia, urea y creatinina se realizaron cada 2 meses, tomando como parámetros glicemias: menor de 139 mg/dl se catalogaran como buen control; entre 140 y 149 mg/dl mal control, y mayor de 200 mg/dl pésimo control. Al igual a la glucosuria (-) se considerará normal, (+, una cruz),buen control, (++, dos creces) mal control y (+++, tres cruces), pésimo control. Urea como valor normal de 17-42 mg/dl, creatinina hasta de 1.0 como normal, ácido úrico hasta 7.0 mg/dl como normal y colesterol hasta 200 mg/dl como normal. En base al APGAR familiar se consideró como funcional valores mayores de 6 y disfuncional con valores menores de 5 y se promediaron

Los resultados se procesaron usando medidas de tendencia central y/o dispersión presentándolos en cuadros y gráficas

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según la declaración de HELSINKI, de la O.M.S.; la investigación involucra seres humanos, donde no hay riesgos, ni pone en peligro la vida de los pacientes, los propósitos son mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos, y entender la etiología y patogénesis de la enfermedad. Se solicita autorización verbal a cada uno de los sujetos que participan en el estudio. (13,14)

RESULTADOS

Se estudiaron 48 pacientes y sus familias, derechohabientes del consultorio N° 2 turno matutino de la clínica de Medicina familiar "A" Xalostoc I.S.S.S.T.E. en el Estado de México;

Estudiamos a los pacientes de ambos sexos con un rango de edad de 37 a 93 años con una media de 65 años para ambos sexos; de estos 28 pacientes (53%) fueron del sexo femenino, y 20 pacientes (46%) fueron del sexo masculino.

Los pacientes estudiados tuvieron una escolaridad donde llamó la atención que el 22 % eran personas analfabetas y con diferentes grados de primaria 29 personas (58 %)

El estado civil de los pacientes diabéticos la mayoría eran pacientes casadas en un 76%.

El número de integrantes por familia fue de un rango de 1 a 19 familias con una media de 10 ; de estos 25 pacientes (51%) tuvieron familias funcionales y 24 pacientes (49%) fueron familias disfuncionales .

El número de familias fue de 48 en total de estas se clasificaron: Desde el punto de vista de los diferentes tipos de familia: fue según su composición :La mayoría de familias son nucleares en un pacientes (75%) .

Según el ciclo vital: La mayoría de las familias se encuentran en etapa de dispersión tuvimos en un 74%.

Según el desarrollo se obtuvo familias modernas 12 (24%); familias tradicionales 34 (70%) y familias arcaicas 2 (4%).

Según su demografía 46 familias (95%) viven en zona urbana y 2 familias (4%) viven en zona rural.

Según la tipología 3 pacientes (6%) son profesionistas y 45 pacientes (95%) no profesionistas.

El tiempo de evolución en años desde el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 vario de 1 a 23 años con una media de 13 años.

En cuanto al tratamiento se encontró :usuarios de hipoglicemiantes orales un total de 48 pacientes (92%) 3 pacientes se controlaron con insulina y 1 paciente (1.9%) se controló con dieta.

Los promedios de glicemias encontradas 220 mg/dl con un rango de 71mg/dl-370mg/dl. Los promedios de urea fueron de 31.5 mg/dl, con un rango 17mg/dl a 46mg/dl , los promedios de creatininas fueron de 2.2.mg/dl con un rango de 0.5mg/dl-3.9mg/dl, los promedios colesterol fueron de 195 mg/dl con un rango de 91mg/dl -300mg/dl Los promedios de glucosurias fueron de : cero cruces 14 pacientes (46%), (+) una cruz 13 pacientes (21.1) , (++) dos cruces 9 pacientes (15.3%), (+++), tres cruces 12 pacientes (15.3%).

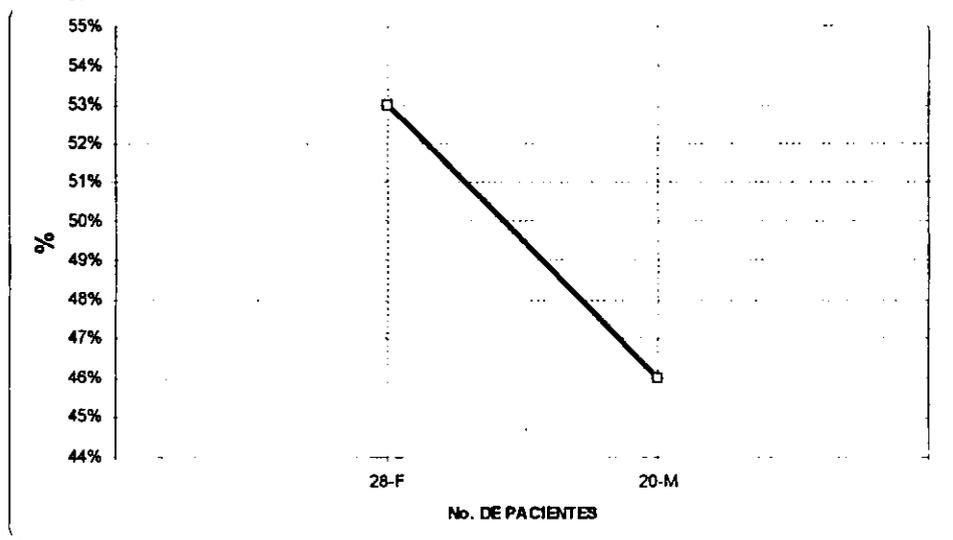
En cuanto a la funcionalidad familiar utilizamos el Apgar Familiar valorado en 5 funciones familia con la escala de 0,1 y 2 . En donde los pacientes diabéticos controlados con familias funcionales encontramos que para su buen control, fueron el aceptar su enfermedad y ser aceptados por sus familias, y los pacientes controlados con familias disfuncionales es que el paciente se interese por su enfermedad acudiendo mensualmente

De las radiografías de tórax de control anual no hubo cambios significativos para su control del paciente diabético.

CUADRO N°1

CLASIFICACIÓN POR SEXO.

FEMENINO	28 PACIENTES	53%
MASCULINO	20 PACIENTES	46%



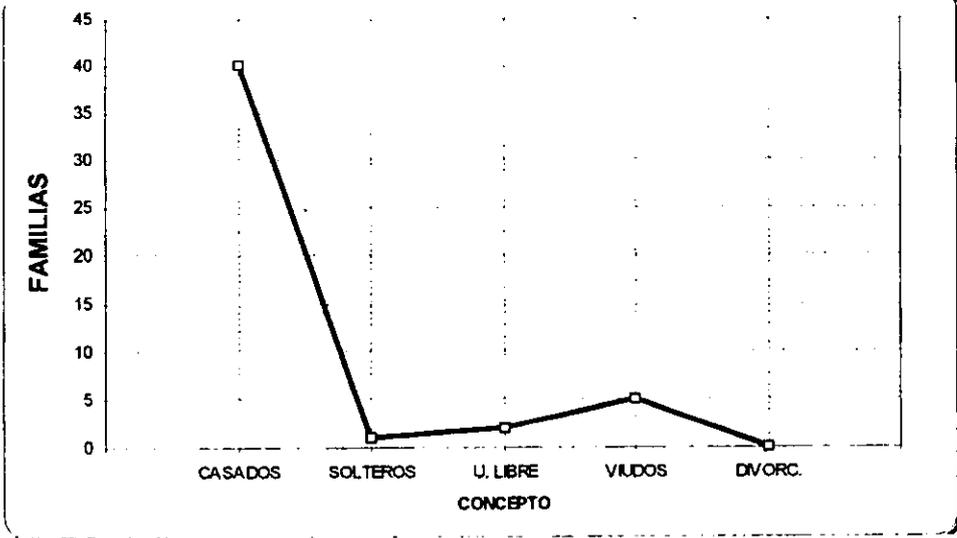
Fuente: Hoja de recolección de datos

El cuadro n° 1 muestra la clasificación por sexo, donde llama la atención que el 53 % de los pacientes fueron del sexo femenino, esta condición quizá por que son las mujeres las que más acuden a consulta.

CUADRO N° 2

ESTADO CIVIL

FAMILIAS		
CASADOS	40	86.0%
SOLTEROS	1	2.0%
UNIÓN LIBRE	2	4.0 %
VIUDOS	5	8.0%
DIVORCIADOS	0	0.0%



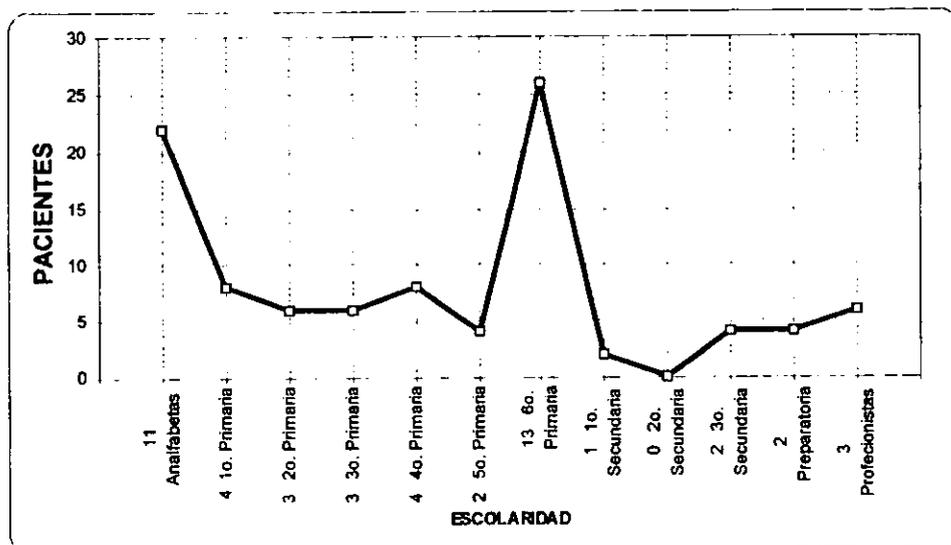
Fuente: Hoja de recolección de datos.

El cuadro n° 2 representa la clasificación del estado civil de los pacientes diabéticos, donde llama la atención que la mayoría de las familias (67%) son casadas.

CUADRO N° 3

ESCOLARIDAD DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2

		PACIENTES	PORCENTAJES
ANALFABETAS		11	22%
PRIMARIA	1° AÑO	4	8%
	2° AÑO	3	6%
	3° AÑO	3	6%
	4° AÑO	4	8%
	5° AÑO	2	4%
	6° AÑO	13	26%
SECUNDARIA	1° AÑO	1	2%
	2° AÑO	0	0%
	3° AÑO	2	5%
PREPARATORIA		2	5%
PROFESIONAL		3	7%
TOTAL		48	100%



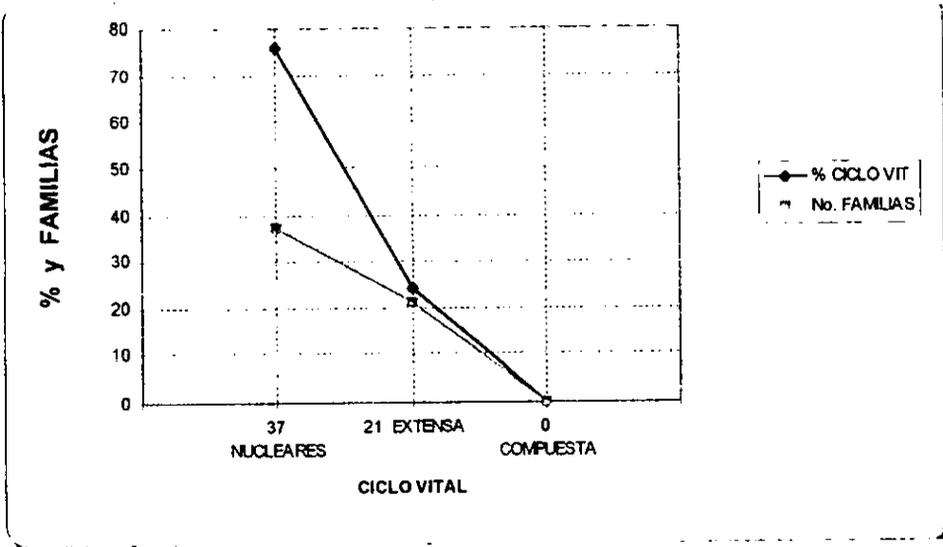
Fuente: Hoja de recolección de datos.

El cuadro n° 3 describe la distribución de pacientes diabéticos según su escolaridad, llamando la atención que el 22% (11) eran analfabetas.

CUADRO N°.4

COMPOSICIÓN DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2

COMPOSICIÓN		
NUCLEAR	37	76%
EXTENSA	21	24%
COMPUESTA	0	0%
TOTAL	48	100%



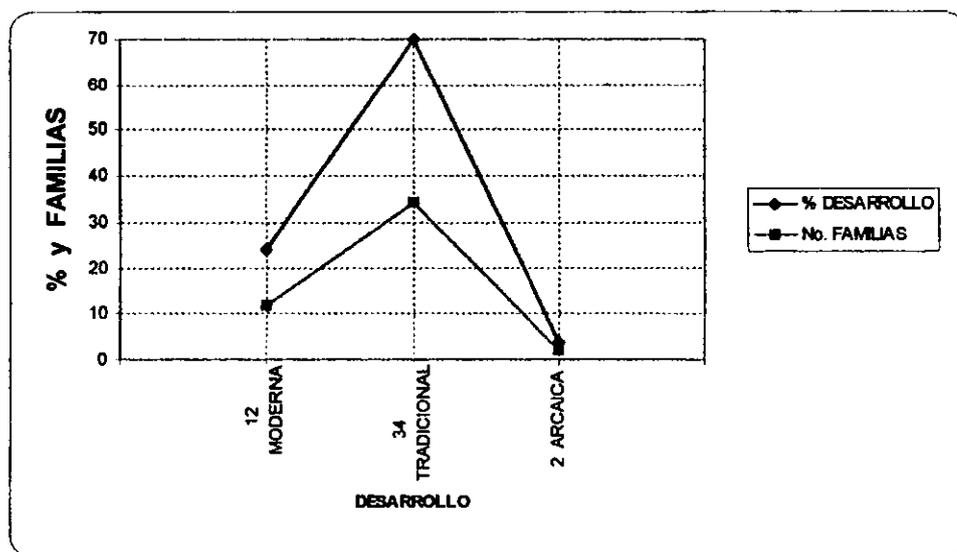
Fuente: Hoja de recolección de datos

El cuadro N° 4 muestra el ciclo vital de las familias de pacientes diabéticos. llama la atención que la mayoría de los pacientes 76% pertenecen a familias nucleares

CUADRO N°. 5

DESARROLLO DE FAMILIAS DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2

MODERNA	12	24%
TRADICIONAL	34	70%
ARCAICA	2	4%
TOTAL	48	100%



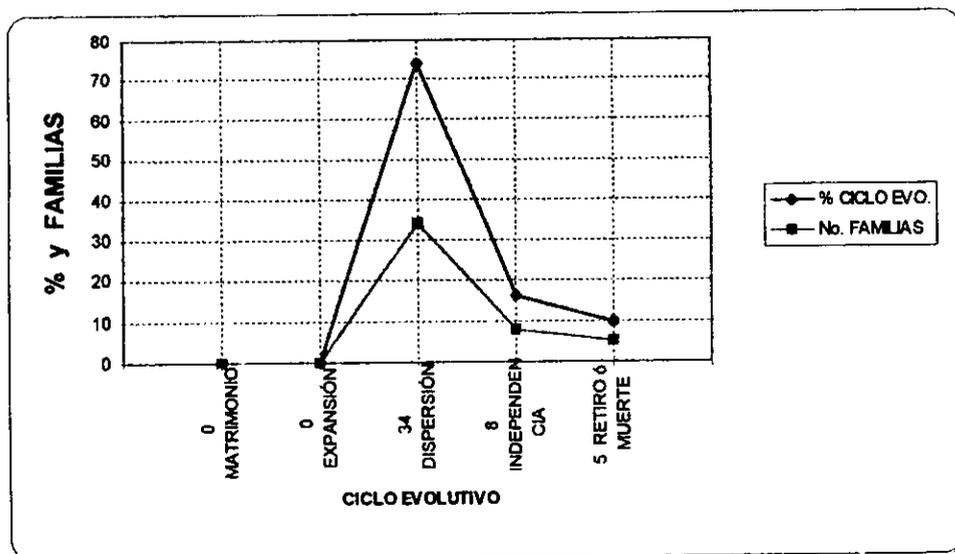
Fuente: Hoja de recolección de datos.

El cuadro n° 6 describe el desarrollo de familias de pacientes diabéticos donde llama la atención que un 70% corresponden a familias tradicionales

CUADRO N° 6

CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2

MATRIMONIO	0	0.0%
EXPANSIÓN	0	0.0%
DISPERSIÓN	34	74.0%
INDEPENDENCIA	8	16.0%
RETIRO O MUERTE	5	10.0%
TOTAL	48	100%



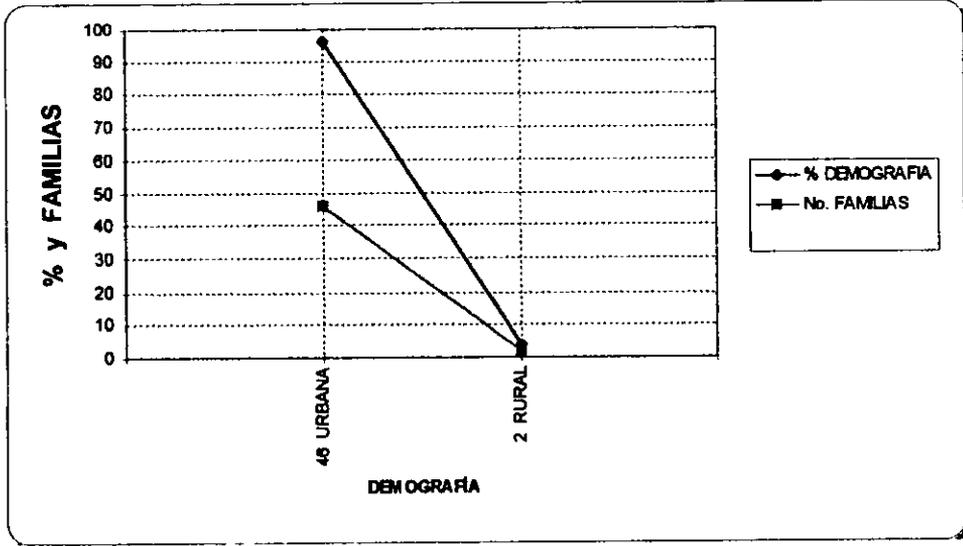
Fuente: Hoja de recolección de datos.

El cuadro n° 5 representa el ciclo evolutivo de las familias de los pacientes diabéticos donde observamos que un 74% pertenecen a familias en fase de dispersión

CUADRO N° 7

DEMOGRAFÍA DE FAMILIAS DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2

URBANA	46	96%
RURAL	2	4%
TOTAL	48	100%



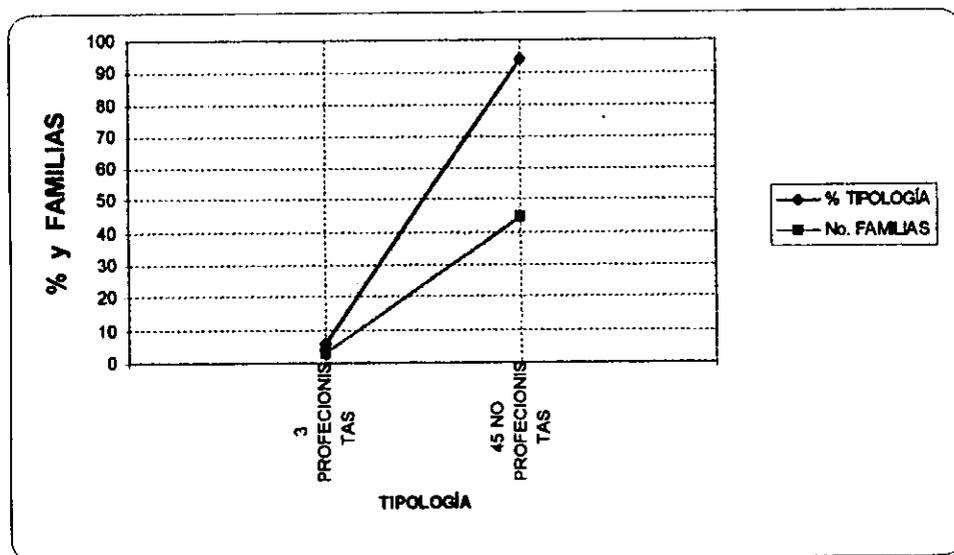
Fuente: Hoja de recolección de datos.

El cuadro n° 7 muestra la demografía de pacientes diabéticos donde llama la atención que encontramos un 4% de familias campesinas, por lo tanto pertenecen al área rural.

CUADRO N° 8

TIPOLOGÍA DE FAMILIAS DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2

PROFESIONISTAS	3	6%
NO PROFESIONISTAS	45	94%
TOTAL	48	100%



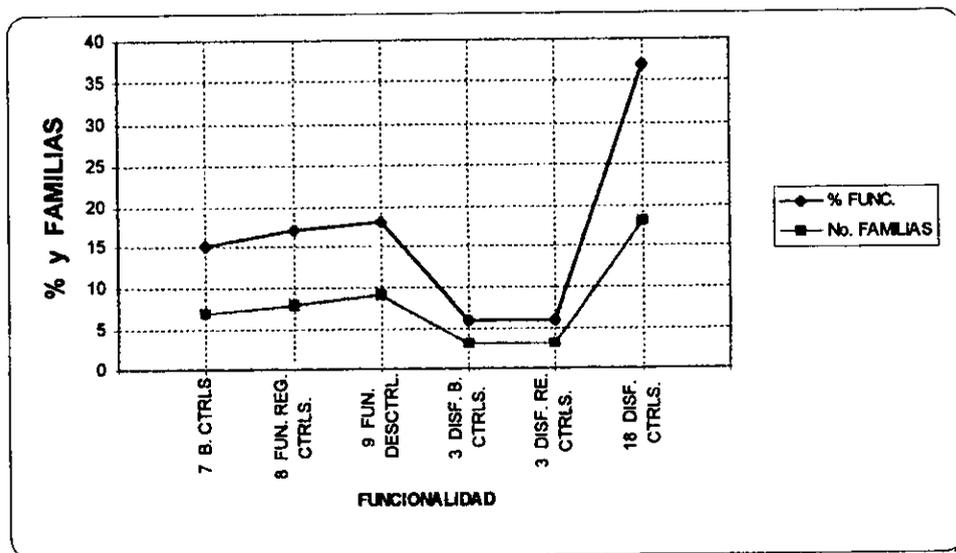
Fuente: Hoja de recolección de datos

El cuadro n° 8 representa la tipología de pacientes diabéticos donde llama la atención que solo un 6% son familias profesionistas

CUADRO N°. 9

FUNCIONALIDAD DE FAMILIAS DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2

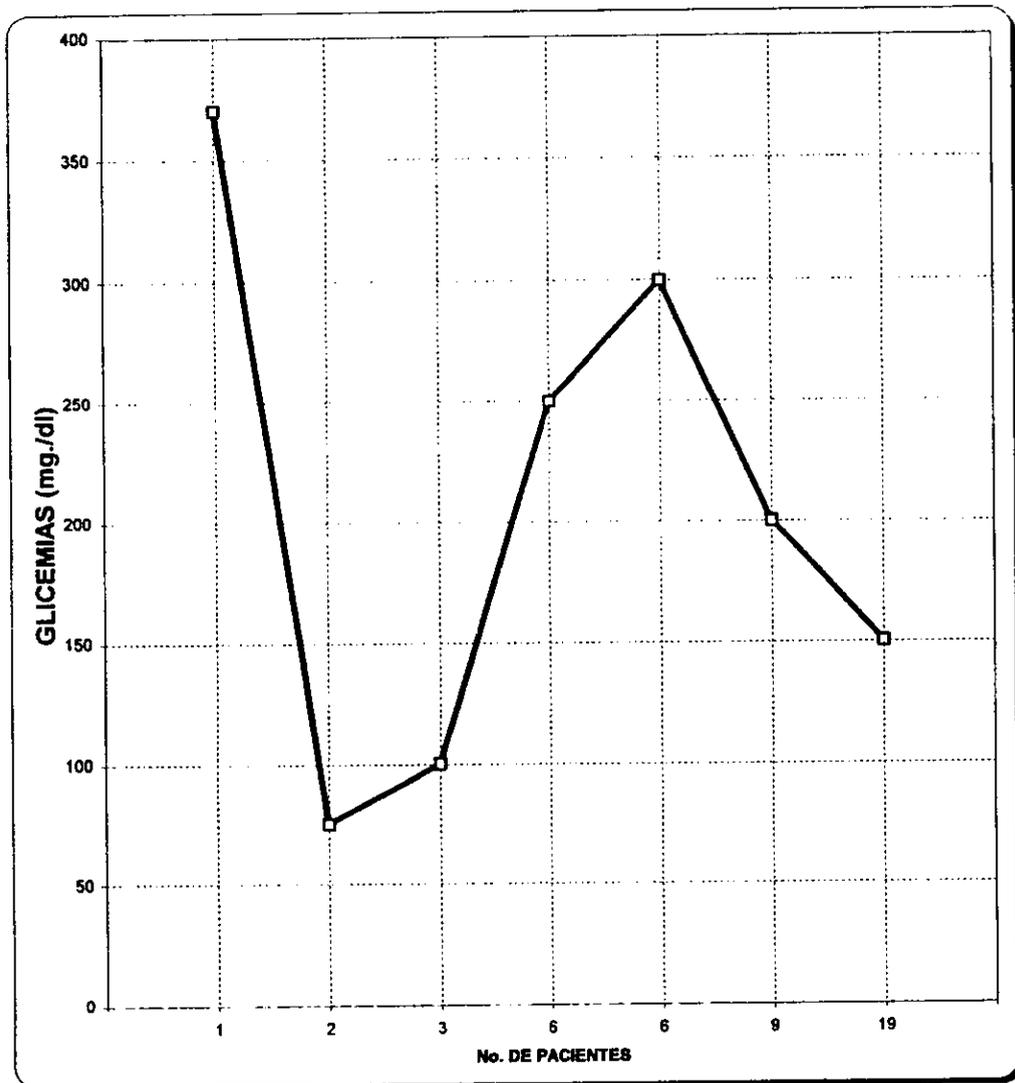
FUNCIONALES BIEN CONTROLADOS	07	15%
FUNCIONALES REGULARMENTE CONTROLADOS	08	17%
FUNCIONALES DESCONTROLADOS	09	18%
DISFUNCIONALES BIEN CONTROLADOS	03	6%
DISFUNCIONALES REGULARMENTE CONTROLADOS	03	6%
DISFUNCIONALES DESCONTROLADOS	18	37%



Fuente :Hojas de recolección de datos

El cuadro n° 9 esquematiza la funcionalidad y el grado de control metabólico de los pacientes diabéticos observando que un 33% pertenecen a familias funcionales siendo controlados

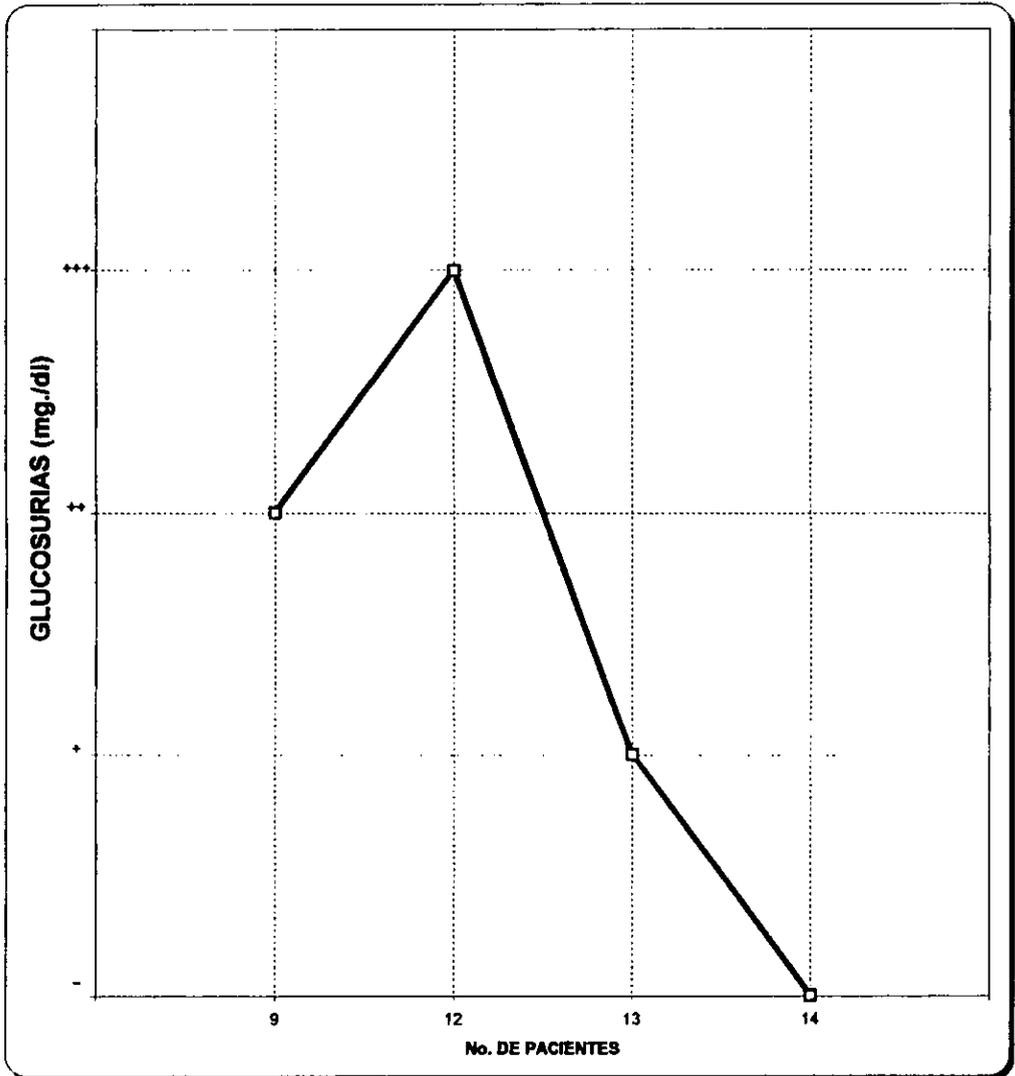
GRÁFICA No.1: PROMEDIO DE GLICEMIAS EN AYUNAS EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 EN UN AÑO DEL CONSULTORIO No.2 TURNO MATUTINO, CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "A" XALOSTOC



Fuente: Hoja de recolección de datos

La Gráfica No.1 Muestra el promedio de glicemias en ayunas en pacientes diabéticos, donde se observa que el máximo de glicemias fué de 370 mg. / dl.

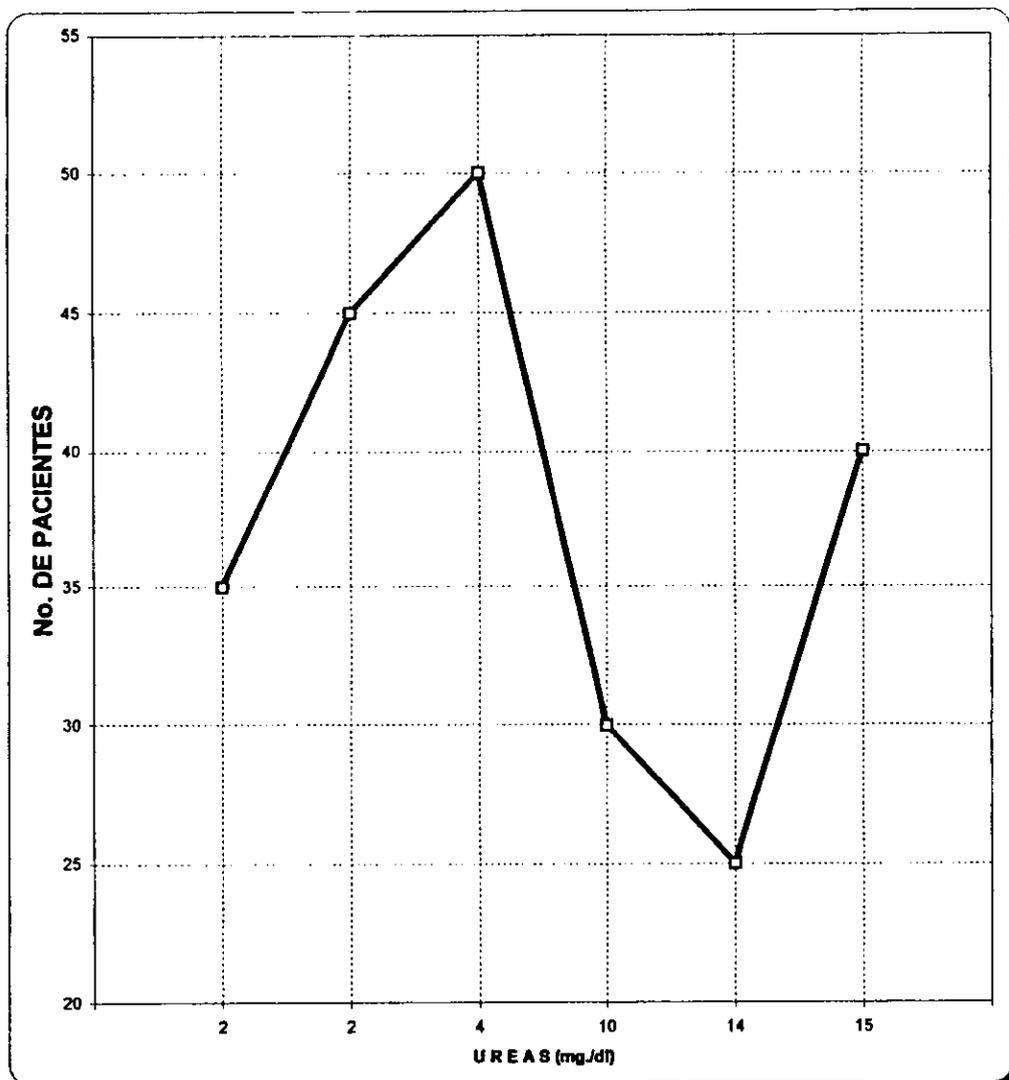
GRÁFICA No.2: PROMEDIO DE GLUCOSURIAS EN AYUNAS EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 EN UN AÑO DEL CONSULTORIO No.2 TURNO MATUTINO, CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "A" XALOSTOC



Fuente: Hoja de recolección de datos

La Gráfica No.2 Muestra el promedio de glucosurias en ayunas de pacientes diabéticos, donde se observa que 14 pacientes resultaron con glucosurias (-) negativas

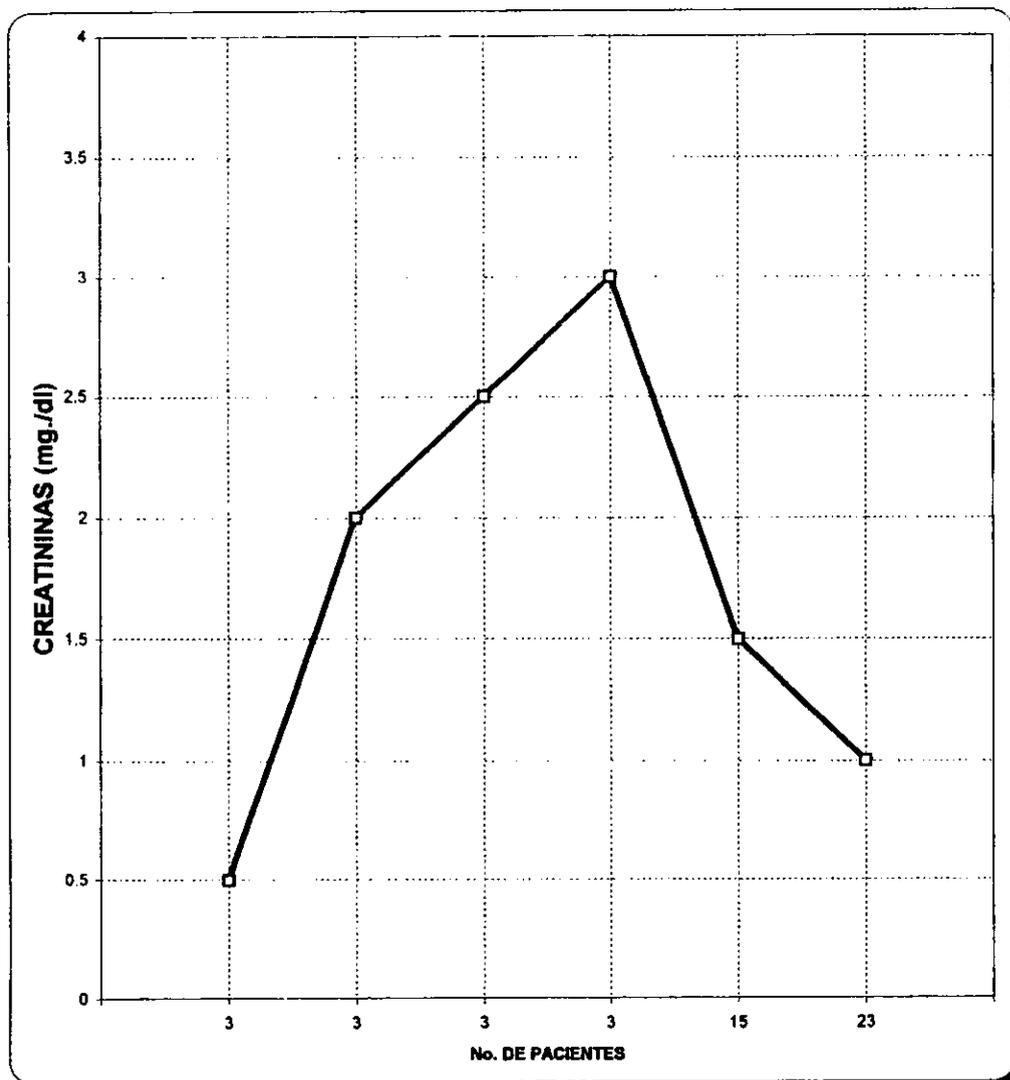
GRÁFICA No.3: PROMEDIO DE UREAS EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 EN UN AÑO DEL CONSULTORIO No.2 TURNO MATUTINO CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "A" XALOSTOC



Fuente: Hoja de recolección de datos

La Gráfica No.3 Muestra el promedio de ureas en pacientes diabéticos, donde llama la atención que 15 pacientes reportaron ureas de 40 mg. / dl.

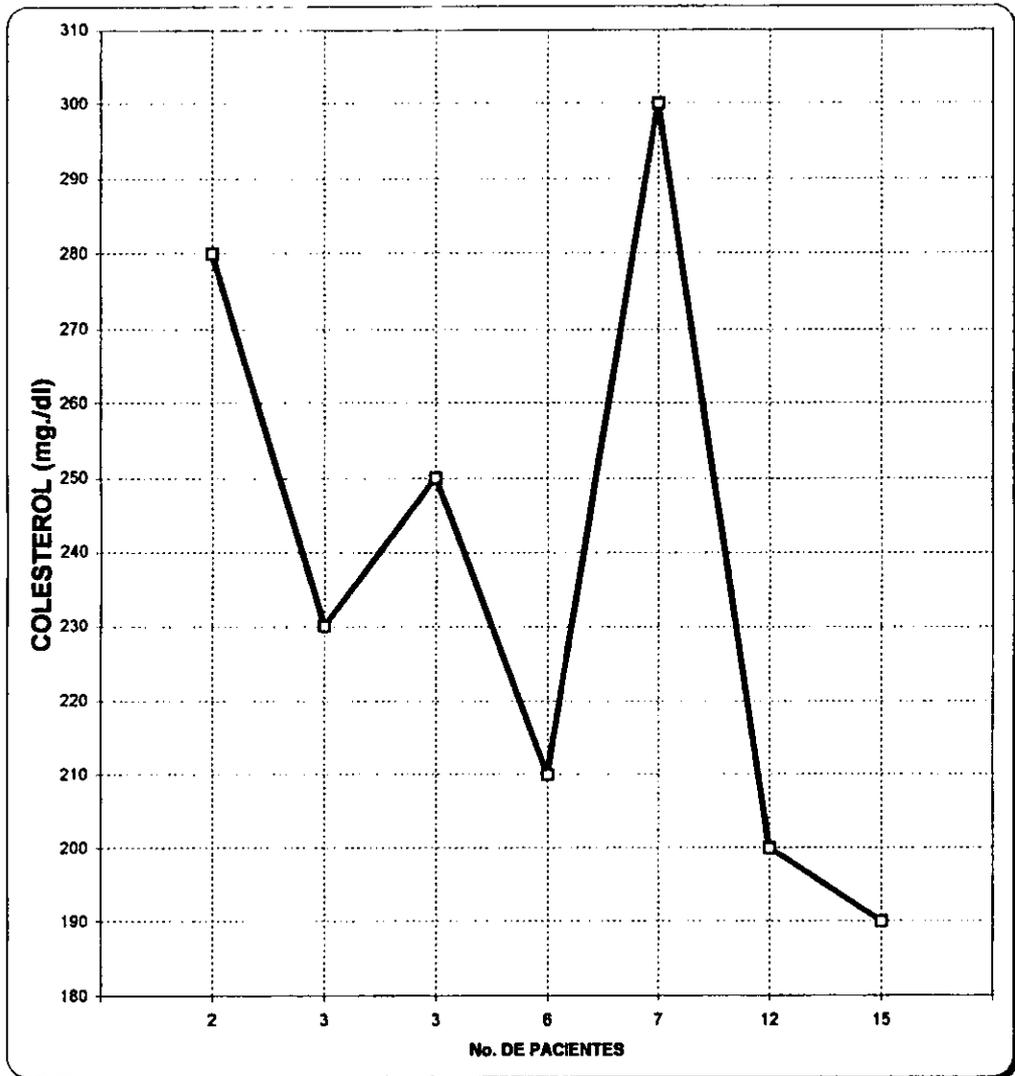
GRÁFICA No.4: PROMEDIO DE CREATININAS EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 EN UN AÑO DEL CONSULTORIO No.2 TURNO MATUTINO CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "A" XALOSTOC



Fuente: Hoja de recolección de datos

La Gráfica No.4 Muestra el promedio de creatininas en pacientes diabéticos, donde llama la atención que 24 pacientes reportaron creatinina mayor de 1 mg/dl.

GRÁFICA No.5: PROMEDIO DE COLESTEROL EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 EN UN AÑO DEL CONSULTORIO No.2 TURNO MATUTINO CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "A" XALOSTOC



Fuente: Hoja de recolección de datos

La Gráfica No.5 Muestra el promedio de colesterol en pacientes diabéticos, donde llama la atención que la mayor de los pacientes cursan con hipercolesterolemia

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se encontraron 15 pacientes diabéticos (33%) con familias funcionales controladas, 9 pacientes diabéticos (18%) con familias funcionales descontroladas, 6 pacientes diabéticos (12%) con familias disfuncionales controladas y 18 pacientes diabéticos (37%) con familias disfuncionales descontroladas.

En pacientes diabéticos tipo 2 controlados con familias funcionales encontramos que los factores que influyeron para su buen control fueron: el aceptar su enfermedad y ser aceptados por sus familias.

En pacientes diabéticos tipo 2 controlados con familias disfuncionales encontramos que los factores que influyeron para su buen control es que el paciente acude mensualmente interesándose por su enfermedad y adopta medidas higiénico dietética y medicamentosas adecuadas

Estos resultados concuerdan con Israel Lerman ⁽¹³⁾ donde menciona que "las relaciones hacia el paciente diabético evolucionan de distintas maneras, distinguiéndose fases sucesivas en esta evolución a) un periodo de conflicto inicial con reacciones de abnegación e incredulidad al diagnóstico, un periodo de lucha contra la enfermedad con ira y coraje, que se manifiesta con miedo, frustración y depresión y finalmente un periodo prolongado de reorganización y aceptación del padecimiento"

En pacientes diabéticos descontrolados con familias funcionales encontramos que los factores que influyeron fueron enfermedad diferente al del paciente diabético de algún miembro de la familia, retiro o muerte de algún miembro de la familia, falta de ingresos económicos tanto del paciente como de sus familiares.

En pacientes diabéticos descontrolados con familias disfuncionales encontramos que los factores que influyen para su descontrol son el analfabetismo, factores económicos tanto de paciente como de sus familiares falta de afecto como son cuidado, cariño y

comprensión en los miembros de la familia, falta de resolución de problemas, factores urbanos como es el de vivir en zonas donde predomina alcoholismo, drogadicción y en alguna familias la bigamia.

Estos resultados concuerdan con Irigoyen Coria y Gómez Clavelina ^(4,5) donde refieren en sus principios fundamentales del funcionamiento familiar "que cada uno de los padres estén bien diferenciados, que exista separación clara de los límites, que existan expresiones de cariño y afecto, que sean capaces de comunicarse en forma clara y honesta y que la familia sea lo suficiente abierta como para permitir que sus miembros se involucren con otras personas tales como miembros de la familia extensa y amigos."

Según el sexo William Jubiz⁽³⁾ establece que la relación hombres y mujeres es una relación de 2:1 aunque en el estudio encontramos 28 pacientes femeninas(53%) y 24 pacientes masculinos (46%) esto quiere decir que la mujer es la que acude con mayor frecuencia a consulta .

Zarate Treviño ⁽²⁾ en su clasificación de diabetes Mellitus tipo 2 generalmente son personas mayores de 40 años lo que concuerda con las edades encontradas que para ser diabético tipo II eran personas mayores de 40 años.

La escolaridad tiene que ver con la posibilidad de comprender las indicaciones y prepararse para su autocuidado.

El alto grupo de analfabetas fueron 11 pacientes (22%) fue casi una cuarta parte, Gómez Clavelina⁽²¹⁾ refiere que lo que obstaculiza el control metabólico generalmente es el analfabetismo y al mismo tiempo refiere que a menor conocimiento , menor control y que el analfabeta es un persona no instruida llevando solamente actitudes físicas sin entender tratamientos.

CONCLUSIONES

La disfuncionalidad familiar lleva al paciente diabético al descontrol metabólico.

La funcionalidad familiar influye para mejor control metabólico ya que acuden frecuentemente a su consulta mensual acompañados de un familiar

Los pacientes profesionistas entienden el como llevar mejor sus medidas higiénico dietéticas para un mejor control metabólico.

En familias nucleares hay diferentes grados de descontrol metabólico

La etapa de dispersión no solo afecta la dinámica familiar, si no que también obstaculizan o dificultan el control del paciente diabético.

El bajo grado de escolaridad como son pacientes analfabetas y diferentes grados de primaria son factores que entorpecen el control adecuado del paciente diabético tipo 2.

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

PROPUESTAS

Se invita a los pacientes diabéticos, a sesiones mensuales en compañía de sus parejas o de algún familiar donde se aborden aspectos de educación para la salud como son: dietéticas, contra sedentarismo como son el cuidado de los pies, boca y dientes, aseo personal.

Fomentar grupos de apoyo para realizar acciones específicas contra las complicaciones agudas y crónicas como son cuadros diarreicos de repetición, insuficiencia renal, coma hipoglucemias, pie diabético, infartos, etc.

Al identificar los factores causantes de la disfunción familiar en pacientes diabéticos, es muy importante su canalización o referencias a las clínicas de terapia familiar y de aspectos psicodinámicos.

Hay que promover relaciones más adecuadas entre núcleos familiares, es preciso que sean realistas las percepciones y las expectativas de los pacientes.

Reducir conflictos familiares para un buen control

Enfrentar a las crisis familiares

Promover valores familiares (lealtad, respeto, solidaridad, etc.)

Apoyo de equipo multidisciplinario de salud para prevenir y / o tratar complicaciones.

Todo lo anterior con la intención de retardar la progresión de la enfermedad como es la Diabetes Mellitus tipo II.

Que las autoridades den facilidad al grupo médico para realizar actividades en el área operativa encaminadas a la realización de acciones de anticipación al riesgo del paciente diabético u otros.

BIBLIOGRAFÍA

1. ISSA GIL ALFARO. et al. Estado actual del diabético en el primer nivel de atención. Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social (México) V: 30. N° 5/6, 1992.
2. ZARATE TREVIÑO ARTURO, Consideraciones históricas en el diagnostico de DM . Gaceta Medica de México V. 131 N°2 Marzo - Abril 1995 Pp 191-195
3. WILLIAMS JUBIZ. Endocrinología Clínica. ed. Manual Moderno 1981 capitulo metabolismo de los carbohidratos pp 157-201.
4. IRIGOYEN CORIA ARNULFO, Fundamentos de medicina familiar, Editorial Medicina Familiar Mexicana . 1995.
5. IRIGOYEN CORIA ARNULFO, et al. Diagnóstico de familia. Editorial Medicina Familiar Mexicana 4a. ed. 1994 Pp 102.
6. DE LA FUENTE RAMÓN, Psicología Medica, nueva versión, curso de especialización en medicina familiar para médicos generales Vol. IV 1995 Pp. 373-374.
7. REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS PARA EL MEDICO GENERAL. Valor de glucosilación de hemoglobina y proteínas plasmáticas en el diabético. V.1, N°8. Pp.18-20 Octubre de 1996.
8. REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS PARA EL MEDICO GENERAL Criterios diagnósticos de la diabetes. V.1 N°6. Pp28 Academia Nacional de Medicina. Noviembre 1996.
9. REVILLA MONSALVE Ma. CRISTINA et al . Pruebas de laboratorio útiles en el control de diabetes mellitus. Hemoglobina glucosilada. Rev. Medica del I.M.S.S. N°5 V:33 Pp 501-504. Sep-Octubre.1995

10. GREENBERG DAVID et al. Neurología Clínica de. Manual Moderno . polineuropatías. Pp 226-228.1995.
11. BOLETÍN DE MEDICINA FAMILIAR año 3 N° 15-16. Enero-Abril 1996.
12. REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS PARA EL MEDICO GENERAL. Hipoglicemiantes orales en diabetes mellitus. V:1 N° 4 pp.55, Academia Nacional de Medicina. Noviembre 1996.
13. LERMAN GARBER ISRAEL. Atención integral del paciente diabético, Instituto Nacional de Nutrición. Salvador Subirán. Ed. Interamericana, Mc Grawhill. 1994.
14. ÁGUILA CAB M C et al, tendencias de investigación en Servicios de Salud en México. Salud Pública México. 1993 (35) pp 550 - 555.
15. HÉCTOR ELOY TAMEZ PÉREZ, et al. Diabetes mellitus en el anciano, problema de resistencia a la insulina. Medicina Interna de México, V.8 N° 1, Enero - Marzo de 1992.
16. IGNACIO MÉNDEZ RAMÍREZ, et al . El protocolo de la investigación, lineamientos para su elaboración: Ed. Trillas 1996.
17. MARTÍNEZ CAIR SALVADOR et al. Gaceta Medica de México. Principios éticos de la investigación medica en seres humanos .V.131 N°2.Pp 251-257 Marzo-Abril 1995
18. DÍAZ NIETO GALVÁN et al. Grupo de autocuidado de DM T II, Salud Pública México 1993 (35) Pp 169- 176
19. ESTRADA INDA LAURO. Ciclo vital de la Familia. Curso de especialización en medicina familiar para médicos generales 1995, Pp. 21-23.

20. FERNANDO GONZÁLEZ REY: Personalidad, salud y modo de vida, U.N.A.M., 1ª ED. 1993.
21. GONZÁLEZ CLAVELINA F.; IRIGOYEN CORIA ARNULFO. Influence of the family on the metabolic control of the type II diabetic patient. Salud Pública de México, 1994 Sep- Oct. 36 (5) Pp. 467-469
22. ROBLES T. EUSTACE R. FERNÁNDEZ. EL enfermo crónico y su familia. Ed. Nuevo Mar. México, 1987. pp.150.
23. ROBERT B. TAYLOR et. al. Medicina de Familia, principio y practica.. Ed. DOYMA. 3a. ed. 1991, parte I .cap. 3 pp 31 - 37.
24. ROBERT B. TAYLOR, et. al. Medicina de familia, principio y practica. Ed. DOYMA. 3a. ed. 1991, parte I . cap 26 pp. 449 - 451.
25. ROBLES SILVA LETICIA et al. Patrones de prescripción Médica a individuos con D.M. T.2 en el primer nivel de atención. Salud Pública de México 1993 (35) Pp 161-168.
26. WILLA A HSUCH et al. AMJ Cardiol 1993 72: 14 H- 21 H
27. ASOCIACIÓN AMERICANA DE DIABETES. Problemas psicológicos. De. Julio V Santiago MD 3ª De. Pp 108-117 1991.
28. REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS PARA EL MEDICO General Médico General. Manejo psicológico del paciente con diabetes mellitus. V:1 N°7 Pp23. Academia Nacional de Medicina. Nov. 1996.
- 29.-SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL I.M.S.S. FORMATO MF-5, ATENCIÓN DEL PACIENTE DIABÉTICO.

A N E X O S

FAMILIOGRAMA



Nombre: _____

Edo. Civil: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Escolaridad: _____

Años de se diabetico: _____

Familia de origen del Padre

Familia de origen de la Madre

ESTRUCTURA FAMILIAR (Composición Familiar, Ciclo Evolutivo, Desarrollo, Demografía y Tipología)

DINAMICA SOCIAL FAMILIAR					
Organización		Responsabilidad		Toma de decisiones	
Grada		Padre		Padre	
Integrada		Madre		Madre	
Organizada		Hijo		Hijo	
Organizada		Hija		Hija	
		Otros		Otros	
Comunicación		Expresión de afectos		Divorcios	
¿Se comunican?	Si No	Confía en su conyuge?	Si No	Paseos?	Si No
¿Se abraza?		Caricias		Toda la Familia	
¿Se premia?		Premios		La Pareja	
¿Se castiga?		Castigos		Padre-Hijo(s)	
		Llanto			

APGAR FAMILIAR			
	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
Me satisface que yo pueda recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me perturba Comentarios: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me satisface el modo como mi familia conversa conmigo sobre diversas cuestiones y comparte los problemas Comentarios: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me satisface que mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades o tomar nuevas decisiones Comentarios: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me satisface la manera como mi familia expresa su afecto y responde a mis emociones (Ira, Pena, Amor etc.) Comentarios: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me satisface la forma como mi familia y yo compartimos el tiempo Comentarios: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO No.1

ATENCIÓN AL PACIENTE DIABÉTICO

DAD DE MEDICINA FAMILIAR

OCUPACION

FECHA

No. de consultas	Fecha	Polifagia	Poliuria	Polidipsia	Glicemia	Atendido

Tratamiento		
Medicamentoso	Medidas Higiénicas	Régimen Dietético

Fecha	Glicemia	Urea	Creatinina	Colesterol	Glucosuria

ANEXO No. 2

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FAMILIOGRAMA										LABORATORIO							
No. Paciente	Edad	Sexo	Edo. Civil	Escolaridad	C. Vital	C. Evolutivo	Desarrollo	Demografía	Tipología	APGAR F.A.M.		Glicemia	Urea	Creatinina	Colesterol	Glucosuna	
										Funcionalidad							
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
25																	
26																	
27																	
28																	
29																	
30																	
31																	
32																	
33																	
34																	
35																	
36																	
37																	
38																	
39																	
40																	
41																	
42																	
43																	
44																	
45																	
46																	
47																	
48																	