

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 12  
CIUDAD DEL CARMEN, CAMPECHE

APOYO FAMILIAR EN UN GRUPO DE DIABÉTICOS TIPO 2, DEL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 4 DE CIUDAD DEL CARMEN  
CAMPECHE

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

**ISIDORO PECH CABAÑAS**

CD. DEL CARMEN, CAMPECHE  
2005

m346143



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 12  
 CIUDAD DEL CARMEN, CAMPECHE

APOYO FAMILIAR EN UN GRUPO DE DIABÉTICOS TIPO 2, DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 4 DE CIUDAD DEL CARMEN CAMPECHE

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ISIDORO PECH CABAÑAS



Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

Cd. del Carmen Campeche

NOMBRE: ISIDORO PECH CABAÑAS 2005

FECHA: 28/06/05

FIRMA: PA [Firma manuscrita]

APOYO FAMILIAR EN UN GRUPO DE DIABÉTICOS TIPO 2, DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 4 DE CIUDAD DEL CARMEN CAMPECHE

**APOYO FAMILIAR EN UN GRUPO DE DIABÉTICOS TIPO 2, DEL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 4 DE CIUDAD DEL CARMEN  
CAMPECHE**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

  
**ISIDORO PECH CABAÑAS**

AUTORIZACIONES: 

**DRA. RITA ELENA ORTIZ HIDALGO**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN  
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #12  
CD. DEL CARMEN CAMPECHE

  
**DR. JOSE DE LOS SANTOS MALDONADO ESQUIVEL**  
ASESOR METODOLOGICO  
JEFE DEL DEPARTAMENTO CLINICO  
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #12  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
CD. DEL CARMEN CAMPECHE

  
**DRA. ROXANA GÓLZALEZ DZIB.**  
ASESOR DEL TEMA DE TESIS  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #12  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
CD. DEL CARMEN CAMPECHE

  
**DR. DOMINGO MEDINA GÓNGORA**  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN MEDICA

**CD. DEL CARMEN, CAMPECHE**

**2005**

**APOYO FAMILIAR EN UN GRUPO DE DIABÉTICOS TIPO 2, DEL HOSPITAL  
GENERAL DE ZONA N° 4 DE CIUDAD DEL CARMEN CAMPECHE**

PRESENTA:

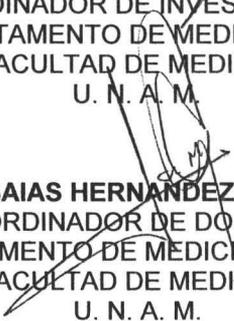
**ISIDORO PECH CABAÑAS**

AUTORIZACIONES:



**DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

  
**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACION  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

  
**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

**APOYO FAMILIAR EN UN GRUPO DE DIABÉTICOS TIPO 2, DEL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 4 DE CIUDAD DEL CARMEN  
CAMPECHE**

**INDICE GENERAL**

1. Marco Teórico
2. Planteamiento del Problema
3. Justificación
4. Objetivos
  - General
  - Específicos
5. Hipótesis
6. Metodología
7. Resultados
8. Discusión
9. Conclusiones
10. Referencias Bibliograficas
11. Anexos

## MARCO TEORICO

En América Latina y particularmente en México, un número creciente de sujetos padece alguna enfermedad crónica. La atención médica y el control de estos padecimientos implican no solo la disponibilidad y organización de los servicios y la calidad de la atención y sus costos derivados, sino también el impacto que genera sobre los propios enfermos y sus familias. (1)

El diagnóstico de diabetes mellitus lleva implícito un pronóstico de incurabilidad y por tanto de un manejo terapéutico continuo, demandando diversas acciones y decisiones cotidianas para conservar la salud y evitar o retrasar el desarrollo de complicaciones, así como de trastornos psicogeriatricos en los diabéticos que además ya son adultos mayores, lo cual dependerá entre otras cosas de la personalidad del paciente, el grado de apoyo familiar y social (15) afrontando al paciente a la difícil tarea de controlar su enfermedad que requiere la aplicación diaria de insulina, o la administración regular de medicación hipoglucemiante, ajustarse a una dieta y controlar su peso, programar la actividad física, medir sus concentraciones sanguíneas de glucosa comprender los efectos de la trasgresión dietaria y de las infecciones e identificar, prevenir y tratar con oportunidad la hipoglucemia y la cetosis, por mencionar algunas de las acciones de la vida cotidiana de estas personas. (2)

Por ello la educación debe dirigirse al paciente y su familia, el manejo efectivo de esta dependerá de la capacidad y habilidad del paciente y su grupo familiar. Para que esto se lleve a cabo, se requieren diversas condiciones efectivas, entre las que destaca el apoyo o soporte emocional de los miembros de la familia, lo que facilita la aceptación del padecimiento y las demandas que esta genera (afectivas, económicas, terapéuticas etc.) Pues el adecuado manejo de la diabetes será responsabilidad de todo el grupo. (2)

Lo anterior es básico, si consideramos que en la Dinámica Familiar incluye determinadamente, que uno de los integrantes tenga una enfermedad crónica y demande mayor atención. Pues frecuentemente existe dificultad de adaptación a acontecimientos vitales estresantes relacionados con etapas de transición en la vida de la persona, entre los recursos de apoyo social, es la familia. (18)

Uno de los propósitos básicos del proceso educativo es evitar la enfermedad en el núcleo familiar y clarificar acciones puntuales que orienten al paciente y a su familia acerca de cómo prevenir, detectar y tratar las emergencias respecto del padecimiento. (19)

Hoy en día se reconoce la existencia de varias fuentes potenciales de apoyo en la atención a la enfermedad. Sin embargo, algunos estudios destacan el papel preponderante de la familia, e incluso que la mayoría de los enfermos crónicos recibe y prefiere los cuidados y el apoyo de esta fuente más que de cualquier otra (21)

Desde el final del siglo XIX, la concepción de familia ha cambiado, las características de las familias cobran especial interés ante padecimientos como la diabetes mellitus, enfermedad crónica de distribución mundial; Si bien se ha profundizado en la etiología, diagnóstico, tratamiento y complicaciones de la diabetes y continúan las investigaciones al respecto, son pocas las inclusiones en los aspectos psicocociales y su relación con la enfermedad. (2)

El mundo occidental enfrenta constantes cambios, por lo que la familia requiere adaptarse a la sociedad transformándose al mismo tiempo, precisamente por las dificultades transaccionales, la tarea psicococial de la familia de apoyo a sus miembros adquiere más importancia que nunca, ya que solo la familia puede transformar y al mismo tiempo mantener una continuidad suficiente; Meissner señaló que la enfermedad en el ser humano además del componente patológico consta de uno ecológico en el que la familia constituye el contexto social más significativo y duradero. (6)

Respecto de lo anterior la familia se puede definir según sus características

La familia como sistema social universal: En todas las sociedades, el grupo familiar es el primero que entra en contacto con el individuo y el que más influencia ejerce sobre él.

La familia como macrocosmos social: En la familia se reproducen las relaciones sociales con una diferenciación de los roles en función de la edad, sexo, etc.

La familia como sistema abierto: Un sistema es un conjunto de partes o unidades que conforman un todo complejo y estructurado. En la familia, los miembros constituyen las unidades que forman subsistemas (subsistema conyugal, subsistema hermanos, subsistema abuelos) que configuran el sistema familiar. La familia es un sistema abierto que mantiene relaciones con otros sistemas.

La familia como agente socializador: la familia transmite conocimientos, modelos y valores propios de la sociedad, que el individuo asume como propios.

La familia como grupo primario: en los primeros años de nuestra vida establecemos contacto e intensos lazos con un grupo reducido de personas, nuestra familia. Es una relación primaria sin la cual sería imposible sobrevivir. La pertenencia a dicho grupo viene determinada de manera involuntario, por el hecho de haber nacido en el seno de una familia u otra.

La familia como institución: la familia junto con la religión son las únicas instituciones desarrolladas universalmente en todas las sociedades. (11)

Las reacciones de la familia ante la presencia de una enfermedad dependerán de varios factores:

- Tipo de familia
- Cultura
- Educación de cada miembro
- Desarrollo familiar
- Ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas y su tratamiento.

La dinámica de interrelación que se establece entre la familia y el individuo diabético es uno de los factores determinantes del control metabólico de este paciente en particular, como reportan Karlsson y Romero Castellanos, los que han descrito que los diabéticos con medio familiar favorable, aumentan significativamente su conocimiento sobre la enfermedad, reducen el estrés y mejoran la realización del tratamiento. (6)

Un individuo con diabetes se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre a su familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud; la respuesta que le brinden influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica y por lo tanto, en el control de la diabetes. (7)

En virtud de que la diabetes requiere de un manejo cotidiano independiente de los médicos, es necesario que todo diabético perciba su propia conducta como parte de la responsabilidad en el control de la enfermedad, y que las personas de su entorno otorguen el apoyo adecuado para lograr los objetivos del tratamiento. (8)

Esta situación exige un apoyo importante del grupo familiar que lo auxilie en la vigilancia de la enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de las acciones adecuadas. Como enfermedad crónica la diabetes es un evento estresante, con grandes probabilidades de ser emocionalmente difícil para el enfermo. (9)

El apoyo familiar es clave en el control metabólico de la enfermedad al propiciar un ambiente favorable, para reducir el estrés y mejorar el cumplimiento del tratamiento. De acuerdo con diversos autores dicho apoyo tiene sus bases en las redes sociales, y deriva de las relaciones interpersonales familiares o de pares. (9)

Generalmente se reconocen tres tipos de apoyo:

- 1) El emocional, definido como sentimientos de ser amado y de pertenencia, intimidad, el poder confiar en alguien, y la disponibilidad de alguien con quien hablar.
- 2) El tangible o instrumental, que se ha determinado como prestar ayuda directa o servicios
- 3) El informacional, proceso en el cual las personas buscan información, consejo o guía que les ayude a resolver sus problemas, éste no es fácil separarlo del emocional. Por lo tanto, el apoyo informacional y el tangible pueden considerarse como apoyo emocional. (9)

Ahora bien, para que las familias de estos enfermos puedan reorganizar su contexto de apoyo se requiere una educación acorde con sus necesidades, a fin de lograr una mejor participación en el control metabólico. En un intento por evaluar algunos aspectos de la familia se han realizado diversos instrumentos, como el apgar familiar, el environmental barriers to adherence scale utilizado por Irving y cols. En estos términos, adquiere importancia que el profesional de la salud pueda contar con un instrumento validado en nuestro medio que permita evaluar el apoyo familiar en el enfermo diabético. (9)

Valadez Figueroa y cols. Diseñaron y validaron un instrumento, aplicado en dos unidades de atención de primer nivel de salud, una correspondiente al Instituto Mexicano del Seguro Social (UMF numero 51) y uno de la Secretaria de Salud Jalisco (Centro de Salud Comunitario Rancho Nuevo) para evaluar el apoyo familiar que explora las siguientes cuatro subescalas: (9)

- 1) Conocimiento sobre medidas de control.
- 2) Conocimiento sobre complicaciones.
- 3) Actitudes hacia el enfermo.
- 4) Actitudes hacia las medidas de control.

El apoyo familiar global es clasificado en las categorías de alto, medio y bajo, de acuerdo con la puntuación obtenida en el instrumento.

- Apoyo familiar bajo, puntuaciones entre 51 y 119
- Apoyo familiar medio, entre 120 y 187
- Apoyo familiar alto, entre 188 y 255

La educación es clave en las intervenciones preventivas en el ámbito comunal, particularmente aquellos que han evolucionado en una relación emisor – receptor a una comunicación en la que el profesional de la salud comparte sus conocimientos y el receptor pasa de una actitud pasiva a otra activa y responsable. La educación sobre la diabetes es importante porque permite informar, motivar y fortalecer a los afectados y a sus familiares para controlar, prevenir o retardar complicaciones en el seno de la familia. (10)

El apoyo familiar es indispensable para que el paciente afronte los problemas diarios de su enfermedad y para mejorar su control glucémico, sin embargo muchas veces no existe tal apoyo. La motivación del personal de la salud para que se involucre activamente sobre la educación de la diabetes y en las actividades de promoción de salud en la comunidad. (10)

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro del manejo integral de los pacientes Diabéticos, la educación y la relación medico paciente deben estar basadas en las características propias de los mismos ya que en estos principios se sustenta la adhesión al tratamiento otorgado por el medico familiar. Lo que a su vez nos permite mejorar su calidad de vida con la prevención de complicaciones a largo plazo, identificación de crisis a nivel familiar y las dificultades en la integración con la sociedad.

La educación sobre la diabetes es importante porque permite informar, motivar y fortalecer a los afectados y a sus familiares para controlar, prevenir o retardar las complicaciones en el seno de la familia. )

Sin embargo este proceso es imposible de realizar si no se conoce cual es el apoyo familiar con el que cuentan, pues la familia es protectora de estrés, pero también puede ser creadora de la misma.

De ahí la trascendencia de este estudio, el cual nos permitirá conocer

¿Cómo es el apoyo familiar en el grupo de diabéticos tipo 2 que acuden a su control en el Hospital General de Zona N° 4 de Ciudad del Carmen Campeche?

## JUSTIFICACIÓN

El simple hecho de vivir conlleva la aparición de problemas propios de la vida cotidiana y de las diferentes experiencias que se presentan a lo largo de la vida, bien sean propias de los ciclos vitales de la persona o de la familia, bien debidas a cambios inesperados o imprevistos como enfermedad, cambios sociales y económicos, etc.

Lo importante no es evitar esos problemas, sino resolverlos adecuadamente, de forma que creen el mínimo estrés. Para ello, las personas disponen de una serie de recursos que ayudan a su solución o bien a soportar los problemas de manera adaptativa.

La familia es la mayor fuente de apoyo social y personal de que pueden disponer las personas, tanto en los periodos de independencia como en los de dependencia (niñez, enfermedad, desempleo, etc.)

Hay estados que muestran que las personas que disponen de un sistema de apoyo familiar efectivo soportan mejor las crisis de la vida.  
(11)

Los enfermos crónicos con algún grado de discapacidad reciben la mayor parte de los cuidados del entorno familiar.

Por lo que con base en lo anterior, se decide realizar este estudio el cual nos permitirá identificar esas redes de apoyo, con las cuales podremos contar para mejorar la calidad de vida e incluso la calidad en la atención de estos pacientes.

## **OBJETIVO GENERAL**

- Evaluar como es el apoyo familiar de los pacientes diabéticos tipo 2, que acuden a control en el Hospital General de Zona N° 4 de Cd. del Carmen Campeche del 1° de Julio al 30 de Septiembre del 2004.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Determinar que sexo y que rango de edad es mas frecuente en los pacientes estudiados
- Identificar la tipologia familiar del paciente diabético tipo 2, que acuden a control en el Hospital General de Zona N° 4 de Cd. del Carmen Campeche

## METODOLOGIA

### **TIPO DE ESTUDIO**

- Observacional
- Transversal
- Descriptivo
- Prospectivo

### **POBLACION, LUGAR Y TIEMPO**

#### UNIVERSO

Pacientes Diabéticos tipo 2

#### LUGAR

Pacientes adscritos al consultorio No.2 turno vespertino, HGZ No. 4 con Medicina Familiar.  
En Ciudad del Carmen, Campeche

#### TIEMPO DE ESTUDIO

Del 1º de julio al 30 de Septiembre de 2004

### **TAMAÑO DE LA MUESTRA**

- No probabilística, por conveniencia. (periodo comprendido del 1º de Julio al 30 de Septiembre de 2004)

## CRITERIOS DE SELECCIÓN

### a) CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Pacientes Diabéticos tipo 2, que acuden al consultorio N°. 2 en el turno vespertino, a su control al Hospital General de Zona N° 4 de Cd. Del Carmen; Campeche en el periodo comprendido para este estudio.
2. Pacientes Diabéticos tipo 2 con 5 años como mínimo de evolución
3. Pacientes Diabéticos tipo 2, sin enfermedad agregada (No relacionada con la Diabetes)
4. Pacientes con expediente clínico completo.

### b) CRITERIOS DE NO INCLUSION

1. Pacientes Diabéticos tipo 1

### c) CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. Pacientes que no deseen participar en el estudio.
2. Encuestas ilegibles o no completas.

## VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición
<b>Apoyo Familiar</b>	Participación de los integrantes de la familia por mejorar el entorno biopsicosocial del paciente diabético tipo 2	<p>Aplicación del instrumento para la medición de apoyo familiar del paciente diabético tipo 2 * diseñado por Valadez Figueroa y Col.</p> <p>1) <b>El emocional</b>, definido como sentimientos de ser amado y de pertenencia, intimidad, el poder confiar en alguien, y la disponibilidad de alguien con quien hablar; 2) <b>el tangible o instrumental</b>, que se ha determinado como prestar ayuda directa o servicios; 3) <b>y el informacional</b>, proceso en el cual las personas buscan información, consejo o guía que les ayude a resolver sus problemas, éste no es fácil separarlo del emocional. Por lo tanto, el apoyo informacional y el tangible pueden considerarse como apoyo emocional. Y el conjunto de los tres se determinara como el Apoyo Familiar.</p>	Cualitativa Nominal
Variable Dependiente	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala Nominal
<b>Diabetes Tipo 2</b>	Paciente con glucemia mayor de 126mg de Glucosa y que además presenta poliuria, polifagia, y polidipsia que acude a su control al H.G.Z. No. 4 de Campeche.	Es el tipo de Diabetes en la que hay capacidad residual de secreción de insulina, pero sus niveles no superan la resistencia a la insulina concomitante, insuficiencia relativa de insulina o cuando coexisten ambas posibilidades y aparece la hiperglucemia	Cualitativa Nominal

## **PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION**

1. Se seleccionara a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión
2. Se requisitara la hoja de recolección de datos (Anexo 1), tomando en cuenta el nombre de la persona o personas que "cuidan al paciente.
3. Se aplicara el instrumento para evaluar el apoyo familiar (Anexo 2), a alguna de las personas mencionadas por nuestro paciente.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se realizara a través de Estadística Descriptiva, que nos permitirá obtener Frecuencias simples y Medidas de tendencia central

## **ASPECTOS ÉTICOS**

No se considera que represente algún riesgo para la salud, según las normas éticas de la ley general de salud y la declaración de Helsinki <sup>(12)</sup> de la asociación medica mundial. Sin embargo se solicitara el llenado del formato de consentimiento informado. (Anexo 3)

## **RECURSOS PARA EL ESTUDIO**

a).- Humanos.

- Un medico del tercer grado de la especialidad de medicina familiar en la modalidad semi presencial.
- Un medico familiar con maestría en educación superior, adscrita al HGZ #1 con medicina familiar.
- Un medico familiar adscrito a la unidad de medicina familiar # 12.
- Una asistente medica de consultorio

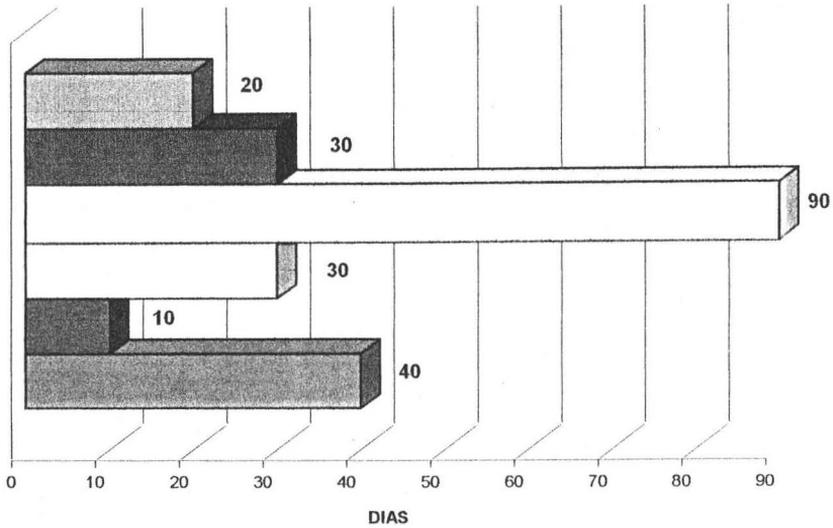
b).- Materiales

- Computadora
- Impresora
- Bolígrafos
- Lápices
- Hojas blancas
- Hoja de encuesta
- Borradores
- Carpetas
- Libretas

c).- Financieros

- Los que se necesite por el investigador.

## CRONOGRAMA DE TRABAJO



- |                            |                          |                        |
|----------------------------|--------------------------|------------------------|
| Realización del protocolo  | Aceptación del protocolo | Selección de pacientes |
| Aplicación de instrumentos | Análisis de datos        | Publicación            |

## RESULTADOS

Se estudiaron un total de 92 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, los cuales se encuentran en control en el consultorio número 2 turno vespertino del Hospital General de Zona N° 4 de Ciudad del Carmen, Campeche, mismos que cumplieron los criterios de inclusión de esta investigación. Observándose las siguientes particularidades:

El grupo de estudio se conformo en un 64% por pacientes del sexo femenino y un 36% por pacientes del sexo masculino <sup>(Grafico 1)</sup>, con una media de edad de 66 años y una mediana de 67<sup>a</sup>, el rango de edad fue de 35 a 84<sup>a</sup>, con una mayor frecuencia en el grupo etareo de 60 a 69<sup>a</sup>, y una menor en los menores de 40<sup>a</sup>. <sup>(Grafico 2)</sup>

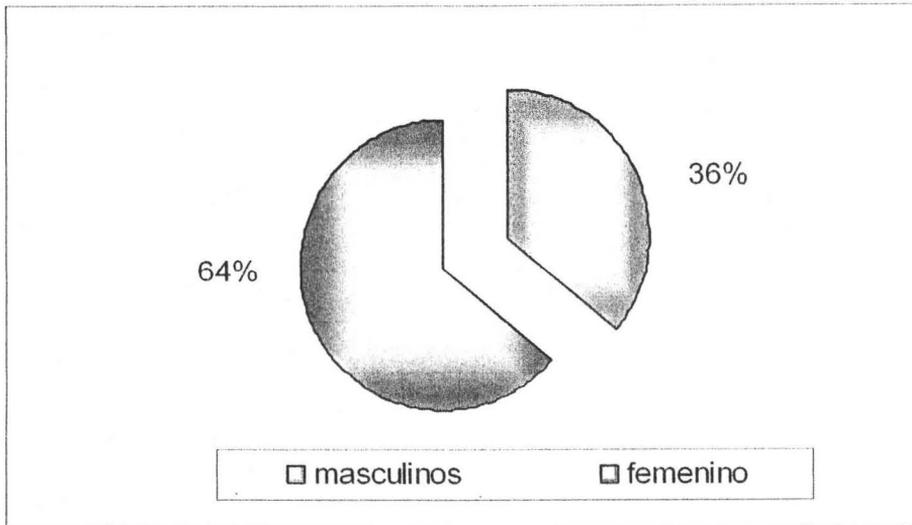
Demográficamente el 100% fue de tipo urbano. Respecto de su padecimiento el 81% presento más de 5 años de evolución.

Acerca de las características familiares se encontró que el 68% es de tipo tradicional y un 32% moderna, con una composición de tipo nuclear en el 61%, extensa en el 30% y compuesta en un 1%, en relación a su integración el 68% fue integrada, 25% semi-integrada y 7% desintegrada, el 86% de estos pacientes se encontraban en la fase de retiro, 13% en la fase de independencia y el 1% en expansión. <sup>(Cuadro N° 1)</sup>

Los resultados obtenidos en la aplicación del instrumento para medir el apoyo familiar de este grupo de diabéticos tipo2, estableció un 62% para Apoyo familiar Alto y un 38% para Apoyo familiar medio del total de los pacientes. <sup>(Grafico 3)</sup>

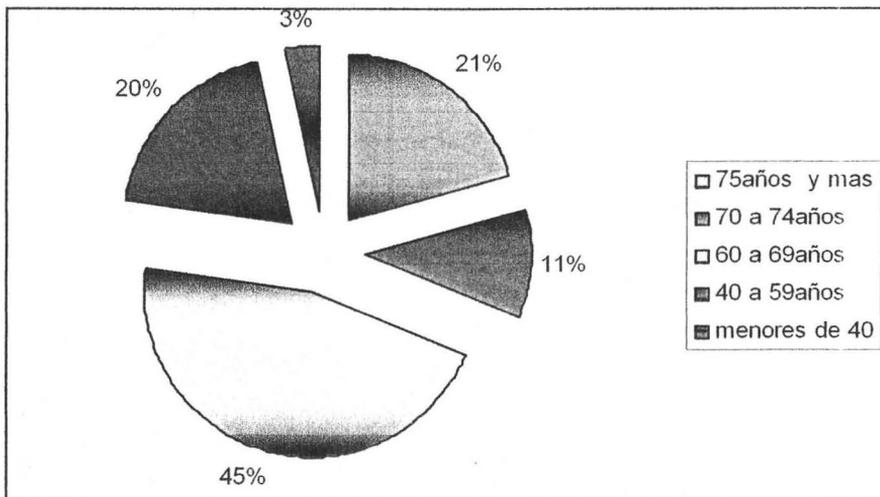
### GRAFICO N° 1

Frecuencia del Sexo en los pacientes estudiados



### GRAFICO N° 2

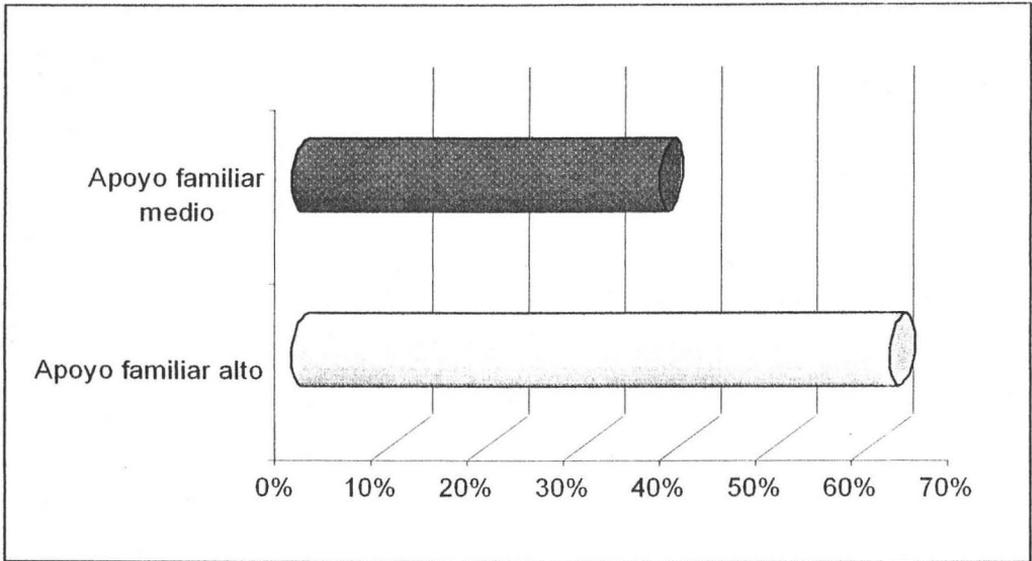
Frecuencia de los rangos de edad en los pacientes estudiados



Fuente: Hoja de recolección de datos

### GRAFICO N° 3

Frecuencia del Apoyo Familiar en los pacientes estudiados



Fuente: Instrumento para evaluar el apoyo familiar del paciente diabético tipo 2<sup>9</sup>

### CUADRO N° 1

<b>Características Familiares</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentaje %</b>
Moderna	29	32%
Tradicional	63	68%
Urbana	92	100%
Nuclear	56	61%
Extensa	29	30%
Compuesta	7	1%
Integrada	63	68%
Semi integrada	23	25%
Desintegrada	6	7%
Fase de expansión	1	1%
Fase de Independencia	12	13%
Fase de retiro	79	86%

Fuente: Hoja de recolección de datos.

## DISCUSION

En América Latina y particularmente en México, un número creciente de sujetos padece alguna enfermedad crónica: (1) De entre ellas, la diabetes mellitus tipo 2 lleva implícito un pronóstico de incurabilidad y por tanto de un manejo terapéutico continuo, demandando diversas acciones y decisiones cotidianas para conservar la salud y evitar o retrasar el desarrollo de complicaciones. (2)

Por lo que es sumamente importante identificar las principales dificultades y barreras de los pacientes para mejorar su control metabólico y su calidad de vida (3) donde la educación juega un papel importante pues el manejo efectivo de esta dependerá de la capacidad y habilidad del paciente y su grupo familiar (2)

Con base en lo anterior, se realizo este estudio en el cual encontramos que en forma similar a otros, entre los que podemos mencionar el de Quirantes y cols. (17) Las personas mayores de 40<sup>a</sup> prevalecieron sobre los menores de esta edad.

En forma particular la edad promedio que obtuvimos de los pacientes estudiados fue de 66 años, sin embargo dado el rango de edades obtenidas de 35 a 84<sup>a</sup> dato similar al obtenido por Gil y cols. En un estudio realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social en Veracruz; (18) se decidió obtener la mediana la cual fue de 67<sup>a</sup> observándose que el menor porcentaje se presento en los menores de 40 años, a diferencia del grupo etareo de 60 a 69 años el que represento el 45% del total de los pacientes en estudio.

Respecto del sexo, se determino que el de mayor predominio fue el femenino con un 64%, situación relevante en relación a la transición demográfica y al hecho de que la Diabetes ocupa el cuarto lugar entre las primeras causas de morbilidad y mortalidad del adulto mayor con una prevalencia significativa en la mujer. (13)

En relación a las características familiares, coincidimos con otros autores (18) (19) respecto del predominio de la familia nuclear la cual se presento con una frecuencia del 61% respecto del total. Así mismo se estableció que el que el 68% de las familias de este estudio son de tipo tradicional e integrada, datos similares a los obtenidos en el estudio realizado por Ponce y cols. En el centro del país donde las familias tradicionales ocuparon el 61% (19) condición sobresaliente, ya que el paciente diabético, muchas de las veces confiere en la familia el cuidado de su enfermedad y desde un aspecto cultural confirma el fuerte lazo familiar que caracteriza a las familias mexicanas. (14)

Al abordar el Ciclo vital familiar los resultados arrojaron que el 86% de los pacientes, se encuentran en la etapa de retiro, a diferencia de los resultados obtenidos por Gil y cols. Donde la fase de independencia tuvo la mayor frecuencia con un 72% (18) Característica por de mas critica, pues en esta etapa el individuo enfrenta situaciones difíciles respecto del trabajo, la jubilación, viudez, vislumbrando además su muerte. (15) Condición que probablemente esta imperando en el resultado del Apoyo Familiar, pues el que nuestros pacientes se encuentren en una Fase de Retiro obliga de una manera u otra a los familiares a incrementar el cuidado y el apoyo hacia estos. Sin embargo el diseño de nuestro estudio no nos permite establecer esta asociación por lo que seria conveniente que en otra etapa se profundizara acerca de este resultado.

Finalmente el 62% de los pacientes presentaron un resultado favorable con un Apoyo Familiar alto, incluso no hubo ninguno con un Apoyo familiar bajo, referencia beneficiosa en un primer estudio, pues como menciona Valadez y cols. El apoyo familiar es clave en el control metabólico de la enfermedad al propiciar un ambiente favorable, para reducir el estrés y mejorar el cumplimiento del tratamiento. (9)

## CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos, demuestran que la mayoría de nuestros pacientes diabéticos tipo 2 representado por el 62% de ellos, cuentan con un apoyo familiar alto y en menor porcentaje se presenta un apoyo familiar medio, no reportándose ningún caso de apoyo familiar bajo; lo anterior en relación al tipo de familia que predomino (tradicionales, integradas y nucleares), puede favorecer la evolución de su padecimiento.

Sin embargo, de igual forma observamos que la fase del ciclo vital que impero es la de retiro y el grupo de edad mas frecuente son fueron los de 60<sup>a</sup>, lo que hace necesario estudiar en forma prioritaria a la familia del paciente crónico y adulto mayor, pues en nuestro caso, esto puede estar condicionando ese "Apoyo familiar alto" que probablemente se este otorgando por las "Necesidades propias de la edad de estos pacientes" y no por el hecho de que la Familia debe cumplir como cuidadora del paciente sin importar el rango de edad.

Si Reflexionamos acerca de nuestros resultados y de la actual transición demográfica, que se caracteriza por la inversión de los padecimientos no transmisibles como prioridades, concibe de manera recomendable el uso del instrumento para evaluar el apoyo familiar del paciente diabético tipo 2 en el primer nivel de atención y mejor aun si esto se lleva a cabo por grupos etareos bien establecidos, pues como sabemos en cada una de las fases del ciclo vital hay tareas que cumplir y esto después de este estudio, debe estar bien definido al momento de evaluar el "Apoyo Familiar".

De ser así, esto nos permitirá obtener una gran visión acerca de con que contamos, pero en forma individualizada, por grupos de edad, por etapas del ciclo vital, por tipo de familia para lograr un verdadero impacto en el adecuado control de nuestros pacientes diabéticos tipo 2.

Pues uno de los caminos mas difíciles es precisamente el auto cuidado, a través del Apoyo Familiar, ya que al ponderarse la importancia de este, adquiere un máximo valor la efectiva educación del diabético y de su familia; Ya que esta no impactara, a menos que se apegue a sus características y a las necesidades reales de cada una de ellas.

Por tanto el verdadero reto de la enseñanza familiar es la que abarca los intereses, las apreciaciones, las actitudes, los valores, las emociones y los sentimientos del paciente respecto de su enfermedad, (20) priorizando el hecho de que cada familia es única y de que existen enfermos y no enfermedades.

## BIBLIOGRAFIA

1. Robles L, Mercado F, Ramos I, Alcántara E, Moreno N, Las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes en una zona marginal de Guadalajara, México. Salud Publica de México 1995, Vol. 37, N° 3 187 – 195.
2. Islas Sergio, Lifshitz A, Diabetes Mellitus. Segunda edición McGraw- Hill Interamericana. 2002. Pág. 349 - 355
3. Caballero E, La importancia de la educación en el tratamiento de la diabetes, Joslin Diabetes Center, Harvard Medical School, One Joslin Place, Boston. 1997
4. Aspectos Psicosociales de la Enfermedad Crónica. Flores Lozano, J. A.; Adeva Cándenas, M. C.; García García, M. C.; Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos. Jano, Medicina y Humanidades. NI 1218. Junio 97. Doyma S.A.
5. Quiroz J, Castañeda P, Pérez P, Martínez M, Diabetes tipo 2. Salud-competencia de las familias. Rev. Med IMSS 2002; 40(3): 213-220.
6. Valenciaga J, González de la Vega F, Pons P, Sánchez O, Repercusión en el control de la diabetes mellitus de una técnica educativa dirigida a la familia. Revista Cubana de Medicina General Integral, 1995.
7. Valadez I, Aldrete M, Alfaro N, Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo 2. Salud Publica de México; Vol. 35 N° 5 1993
8. Rodríguez M, Guerrero J, Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. Salud Pública Méx. 1997; 39: 44 – 47.

9. Valadez I, Alfaro N, Centeno G, Cabrera C, Diseño de un instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2. Investigación en Salud Vol. N° 3 2003.
10. Arauz A, Sánchez G, Padilla G, Fernández M, Rosello M, Guzmán S, Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes en el ámbito de la atención primaria. Rev. Panam Salud Publica 9 (3), 2001.
11. Cuidados a Pacientes Crónicos. Pineda, M.; Ortega R.M.; Garberi, R.; "Sobre crónicos, cuidadores y sus familias. La necesidad de un nuevo planteamiento": Revista "Viure en salut". NI 51. mayo 2001. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.
12. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Gac Med Mex Vol. 137 N° 4, 2001
13. Género y el Envejecimiento. Organización Panamericana de la Salud 1998, Bonita, Ruth. Women, Aging and Health: Achieving Health across the Lifespan. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998.
14. Gallegos E, Cárdenas V, Salas M, Capacidades de Auto cuidado del Adulto con Diabetes tipo 2. Rev Sep. 1999 Capacidades Diferentes
15. Castellón A, Rubio R, Aleixandre M, Cerezo S, Perfil de riesgo patológico en el mayor diabético Smergen 25(9):779-785
16. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. Rodríguez Abrego G., Rodríguez Abrego I. Rev Med IMSS 2004; 42 (2): 97-102
17. Alberto Quirantes Hernández, Leonel López Granja, Vladimir Curbelo Serrano, José A. Montano Luna, Pedro Machado Leyva y Alberto Quitantes Moreno. La Calidad de Vida del Paciente diabético. Rev. Cubana Med. Gen. Integr2000;16(1):50-6.

18. Gil I, Pérez C, Perfil de la familia del diabético: Características sociodemográficas y clínicas. Archmedfam2002;4(3):95-98.
19. Ponce ER, Gomez FJ, Irigoyen A, Teran M, Fernandez MA. Perfil de la Estructura familiar en una zona urbana de Tlalpan, Mexico. ArchMedFam1999; 1(3):67-72.
20. Islas S, LifshitzA, Diabetes Mellitus McGraw-Hill Interamericana. Segunda Edición.

## ANEXO 1

### HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

FOLIO:.....

DIRECCION.....

CONSULTORIO.....

EDAD.....

SEXO M F

MARQUE CON UNA X

### TIPO DE FAMILIA

#### DESARROLLO:

MODERNA ( )

TRADICIONAL ( )

#### DEMOGRAFÍA:

URBANA ( )

SEMI-URBANA ( )

#### COMPOSICIÓN:

NUCLEAR ( )

EXTENSA ( )

COMPUESTA ( )

#### INTEGRACION

INTEGRADA ( )

SEMI INTEGRADA ( )

DESINTEGRADA ( )

#### ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR

EXPANSIÓN ( )

DISPERSIÓN ( )

INDEPENDENCIA ( )

RETIRO ( )

## ANEXO 2

### INSTRUMENTO PARA EVALUAR APOYO FAMILIAR AL DIABÉTICO TIPO 2

<b>A=Siempre B=Casi siempre C=Ocasionalmente D=Rara vez E=Nunca</b>	<b>A B C D E</b>
1. El diabético descontrolado llega a tener gangrena en los pies	5 4 3 2 1
2. El diabético debe en su casa medirse la azúcar en la sangre	5 4 3 2 1
3. Son comunes las infecciones en los diabéticos	5 4 3 2 1
4. La preparación de los alimentos del enfermo diabético es realizada por	
a) El paciente mismo	1 2 3 4 5
b) El cónyuge	5 4 3 2 1
c) La hija/o mayor	5 4 3 2 1
d) Otra persona	1 2 3 4 5
5. La administración de la medicina al paciente diabético es realizada por	
a) El paciente mismo	1 2 3 4 5
b) El cónyuge	5 4 3 2 1
6. Usted está de acuerdo que para mantenerse en control el enfermo diabético tiene que	
a) Tomar sus medicinas	5 4 3 2 1
b) Llevar su dieta	5 4 3 2 1
c) Hacer ejercicio	5 4 3 2 1
d) Cuidar sus pies	5 4 3 2 1
e) Cuidar sus dientes	5 4 3 2 1
7. Le ayuda a su familiar a entender las indicaciones del médico	5 4 3 2 1
8. Cuando su familiar enfermo come más alimentos de los indicados usted	
a) Le recuerda el riesgo	5 4 3 2 1
b) Le retira los alimentos	1 2 3 4 5
c) Insiste tratando de convencerlo	5 4 3 2 1
d) Insiste amenazando	1 2 3 4 5
e) No dice nada	1 2 3 4 5
9. Se da usted cuenta cuando a su familiar se le olvida tomar su medicina	5 4 3 2 1
10. Considera que es problema preparar la dieta de su familiar diabético	
a) Porque no sabe	5 4 3 2 1

b) Porque no le gusta	5 4 3 2 1
c) Porque le quita tiempo	5 4 3 2 1
d) Porque cuesta mucho dinero	5 4 3 2 1
11. Qué hace usted cuando su familiar diabético suspende el medicamento sin indicación médica	
a) Le recuerda	5 4 3 2 1
b) Le insiste tratando de convencerlo	5 4 3 2 1
c) Le lleva la medicina	5 4 3 2 1
d) Lo regaña	1 2 3 4 5
e) Nada	1 2 3 4 5
12. Pregunta al médico sobre las diferentes combinaciones de alimentos para su familiar	5 4 3 2 1
13. Considera necesario que el diabético acuda al dentista	5 4 3 2 1
14. Motiva a su familiar a hacer ejercicio (caminar)	5 4 3 2 1
15. El ejercicio físico baja la azúcar	5 4 3 2 1
16. A los enfermos diabéticos puede bajárseles la azúcar	5 4 3 2 1
17. La azúcar en la sangre debe medirse antes de los alimentos	5 4 3 2 1
18. Procura tenerle a su familiar diabético los alimentos que requiere a sus horas	5 4 3 2 1
19. Cuando el paciente tiene cita con el médico para su control usted	
a) Lo acompaña	5 4 3 2 1
b) Le recuerda su cita	5 4 3 2 1
c) Está al tanto de las indicaciones	5 4 3 2 1
d) No se da cuenta	1 2 3 4 5
20. Conoce la dosis de medicamento que debe tomar su familiar	5 4 3 2 1
21. Platica con el médico acerca de la enfermedad y de las indicaciones que le dieron a su familiar	5 4 3 2 1
22. ¿Su familiar diabético toma alguna otra cosa para su control aparte del medicamento?	
a) Tes	1 2 3 4 5
b) Homeopatía	1 2 3 4 5
c) Remedios caseros	1 2 3 4 5
23. Considera necesario para el cuidado de los pies del diabético	
a) El uso de calzado adecuado	5 4 3 2 1
b) El uso de talcos	5 4 3 2 1
c) El recorte adecuado de uñas	5 4 3 2 1
d) Que evite golpearse	5 4 3 2 1
24. Su familiar diabético se encuentra en la casa solo	5 4 3 2 1

Apoyo familiar bajo, puntuaciones entre 51 y 119

Apoyo familiar medio, entre 120 y 187

Apoyo familiar alto, entre 188 y 255

### ANEXO 3

## **Carta de consentimiento informado para participación en proyectos de investigación clínica**

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_ por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado \_\_\_\_\_

Registrado ante el comité local de investigación medica con el número \_\_\_\_\_

El objetivo de este estudio es \_\_\_\_\_  
Se me ha explicado que mi participación consistirá en \_\_\_\_\_

Declaro que se ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes \_\_\_\_\_

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre, matricula y firma del investigador

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Testigo