



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEDE HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.58

**PERCEPCIÓN DEL APOYO FAMILIAR DEL PACIENTE
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA
DRA. MA ESTHER RECILLAS OLIVARES

TLALNEPANTLA EDO. DE MÉXICO
2006



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.

PERCEPCION DEL APOYO FAMILIAR DEL PACIENTE CON DIABETES
MELLITUS 2
TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA
MARIA ESTHER RECILLAS OLIVARES

AUTORIZACIONES
DRA. MA. DEL CARMEN CARRASCO BECERRIL
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.58

DRA. SILVIA LANDRAVE IBAÑEZ
ENCARGADA DE BIBLIOTECA DE MEDICINA FAMILIAR UNAM
ASESORA METODOLOGICA DE TESIS

DRA. MA. DEL CARMEN CARRASCO BECERRIL
ASESORA DEL TEMA DE TESIS
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR HGZ 58

LIC. AURORA ARREVILLAGA LOPEZ
SUBJEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION
EN SALUD HGZ CON UMF 58

PERCEPCION DEL APOYO FAMILIAR DEL PACIENTE CON DIABETES
MELLITUS 2

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

MARIA ESTHER RECILLAS OLIVARES

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

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

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

ÍNDICE

1. - MARCO TEÓRICO	6	
1.1 Antecedentes	6	
1.1.2 Epidemiología		
1.1.3 Definición y criterios de control de DM2	6	
1.2 Familia		
1.2.1 Definición y Funciones.	7	
1.2.2 Clasificación de familia .		
1.2.3 La familia como unidad de salud.	8	
1.2.4 Funcionamiento de las redes sociales en el paciente con DM2	8	
1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12	
1.4.JUSTIFICACION		
1.5 OBJETIVOS	12	
1.5.1 OBJETIVO GENERAL	15	
1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	17	
2 POBLACION Y METODOS.	18	
2.1 TIPO DE ESTUDIO.	18	
2.2. POBLACIÓN LUGAR Y TIEMPO	18	
2.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	19	
2.4 MUESTRA.		
2.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	19	
2.5.1 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	19	
2.5.2 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.	19	
2.6. VARIABLES.	20	
2.7 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES		21
2.8 DISEÑO ESTADÍSTICO		21
2.9 MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS		21
2.10 METODOLOGÍA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS		22
2.11 PRUEBA PILOTO.		24
2.12 PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS		25
2.13 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES		25
2.14 RECURSOS PARA LA INVESTIGACIÓN		25
2.14.1 HUMANOS		25
2.14.2 MATERIALES		26
2.14.3 FISICOS		26
2.14.4 FINANCIAMIENTO		26
3. RESULTADOS.		26
4.DISCUSION		26
5. CONCLUSIONES		27
6.BIBLIOGRAFIA		27
7.ANEXOS		27

1. - MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes

La Diabetes mellitus es una enfermedad conocida desde hace más de 2000 mil años, la primera referencia corresponde al papiro de Ebers hace 1500 años un eminente médico del templo de Inmohtep describió enfermos que adelgazaban tenían hambre continuamente, orinaban en abundancia y sentían sed insaciable, quizás se refería a la Diabetes tipo 1.

Diez siglos después los médicos hindúes describen una enfermedad propia de personas pudientes y obesas cuya característica es una orina de olor dulce, observándose esta enfermedad en varios miembros de una misma familia, probablemente describía la diabetes tipo 2¹.

Hacia el año 131 a. C Arateus de Capadoccia describía la enfermedad de la siguiente manera “misteriosa enfermedad en humanos en la cual las carnes se funden por la orina los pacientes no paran de beber, su vida es corta y dolorosa, padecen nauseas, inquietud y sed ardiente y no tardan en expirar”².

1.1.2 Epidemiología

La prevalencia de la Diabetes mellitus 2 ha ido aumentando, actualmente hay 177 millones de personas con diabetes en el mundo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aumentará a 300 millones en el año 2025 estimándose un incremento del 35% en la prevalencia. Predomina en el sexo femenino y es mayor en el grupo de edad de 45 a 65 años, actualmente es mayor en países desarrollados pero el incremento proporcional será en los países en vías de desarrollo donde se presenta de igual manera en ambos sexos. En Latinoamérica y el Caribe^{3, 4} la prevalencia global es de 5.7%, se espera para el año 2025 un 8.1%

El país con mayor prevalencia es México de 7.7 a 12.3%. De acuerdo al reporte estadístico publicado en 1922 por la Secretaría de Salud el 11.8% de las defunciones correspondieron a enfermedades crónicas degenerativas como diabetes e hipertensión.

Según ENEC (Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas

Degenerativas) en 1993 alrededor de tres millones de personas entre 20 y 69 años padecen Diabetes Mellitus 2 la mayor parte de estos mueren antes de los 60 años o presentan alguna discapacidad antes de esa edad; además se ha observado que durante 1998 en el área metropolitana de la ciudad de México las defunciones reportadas eran de 63.3%, seguidas de la región Norte 60.3%, posteriormente la región Centro 47% y la región Sur 43.7%.

La Diabetes Mellitus 2^{3,4} es la principal causa de demanda de consulta externa en instituciones públicas y privadas y uno de los principales motivos de hospitalización.

Es más frecuentes en el medio urbano que en el rural y mayor en mujeres que en hombres.

1.1.3 Definición y criterios de control de DM2

La Diabetes Mellitus 2^{5, 6, 7,8} es un síndrome caracterizado por alteración en el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas, deficiencia absoluta o relativa de la secreción de insulina o su resistencia en grado variable.

Al controlar las cifras de glucemia se pretende disminuir o eliminar los síntomas, evitar la aparición de complicaciones y mejorar las condiciones de vida.

El control ideal es una glicemia en ayunas menor de 110 mg /dl postprandial menor de 140mg/dl, sin glucosuria ni cetonuria y con hemoglobina glucosilada menor de 7% todo esto debe complementarse manteniendo al paciente sin síntomas y con un peso estable por lo menos durante 3 meses.

1.2 Familia.

1.2.1 Definición y Funciones.

Aunque el término familia se ha definido de diferentes formas desde el punto de vista antropológico, demográfico, sociológico, cultural, ha sido definida por el Consenso Americano, Canadiense, Asociación Mundial de Medicina Familiar (WONCA), y por el Dr. Irigoyen; sin embargo para este estudio se reconsideraron las anteriores definiciones agrupándolas en la que se describe como el grupo formado por un marido, una esposa y los hijos ya que sigue siendo la unidad básica en la cultura de occidente, conservando aún la responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la sociedad y seguir cumpliendo con las funciones establecidas para una familia (equidad generacional, adecuado desempeño de las funciones entre los distintos miembros de la familia, transmisión cultural: aprendizaje del sentido de pertenencia, de la lengua, higiene, costumbres y formas de relación, socialización y control social: compromiso para evitar la proliferación de conducta socialmente no aceptada.)⁹.

1.2.2 Clasificación de familia

Dadas las características de nuestra sociedad^{9,10,11,12} todavía se manejan clasificaciones diversas para la organización familiar.

Con base en su desarrollo:

- Moderna.-cuando ambos cónyuges trabajan.
- Tradicional.-solo uno de los cónyuges trabaja.
- Arcaica o primitiva.- el hombre trabaja en el campo y la mujer se encarga de atender el hogar.^{9,10,11,12}

Con base en su localización:

- Urbana.- cuando viven en las ciudades.
- Rural.- habitan en comunidades pequeñas (menos de 5000 habitantes).^{9,10,11,12}

Con base a su integración:

- Integrada.- ambos cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones.
- Semi integrada.- ambos cónyuges viven juntos pero no cumplen con sus funciones.
- Desintegrada.- falta uno de los cónyuges por separación, divorcio o muerte. ^{9,10,11,12}

Desde el tipo de vista tipológico según la ocupación de uno o ambos cónyuges.

- Campesina.
- Obrera.
- Técnica.
- Profesional. ^{9,10,11,12}

Desde el punto de vista estructural:

- Nuclear.- compuesta por padre, madre e hijos.
- Extensa.- formada por padre, madre, hijos y familiares consanguíneos.
- Extensa compuesta.- formada por padre, madre, hijos, familiares consanguíneos y no consanguíneos.

El ciclo de la familia esta formado por:

- Formación de la pareja o matrimonio.
- Llegada de los hijos o expansión.
- Salida de los hijos o dispersión.
- Retiro y muerte. ^{9,10,11,12}

Las funciones de la familia son:

- Socialización.- es la transformación de un niño dependiente de sus padres en un individuo autónomo que pueda desenvolverse en sociedad.
- Cuidado.- es dar alimentación, vestido, seguridad física, y apoyo emocional a cada uno de sus miembros.
- Afecto.- es la necesidad de recibir, proporcionar ánimo, amor, cariño y determina en gran medida las relaciones familiares.
- Reproducción.- se refiere dos factores fundamentales el ambiente sexual y la reproducción biológica.
- Estatus y nivel socioeconómico.- transfiere derechos, obligación y tradiciones perpetuando los privilegios y logros familiares.

Estas características cobran especial interés ante enfermedades como esta que afecta a niños y adultos. En aquellas con jefes de familia que presentan Diabetes tipo 2 se ha visto como la pareja resuelve la problemática producida por la enfermedad muchas veces sin involucrar a otros miembros de la familia; también son diferentes las actitudes asumidas por los pacientes de acuerdo a su grupo étnico y como se identifica el cuidado de la diabetes en conformidad a la educación proporcionada a las familias latinas y sus características y al manejo de la enfermedad en donde se comprueba que cada una maneja de manera diferente las emociones provocadas por la diabetes, además que existen diferencias en el cuidado otorgado al enfermo dependiendo de su género.

Las interacciones entre los miembros de la familia pueden ser negativas o positivas cuando se dan las segundas proveen sensación de bienestar y apoyo que permite mantener el soporte emocional como vehículo de socialización.

A través de la evaluación de las funciones familiares, el médico podrá dar orientación para conservar la integridad familiar, (la salud física, la coherencia y el afecto), con el fin de mantener en lo posible el núcleo familiar en una homeostasis biológica y psicoafectiva para generar acciones tendientes a cumplir las funciones sociales que se esperan de ella.

Un individuo con diabetes se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, acercándose casi siempre a su familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud; la respuesta que le brinden influye positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica. El paciente diabético² presenta disminución en el aprendizaje verbal, en el razonamiento y ejecución psicomotora; en él se observa el mayor stress y 33% más depresión que en la población general¹².

Para contrarrestar estas alteraciones el diabético necesita compartir con otros su preocupación, reír, redefinir su situación, distraerse, aceptar lo inevitable, hacer cosas espontáneas, buscar alternativas, culpar a alguien o a algo, apegarse a las indicaciones de la autoridad, auto acusarse y sentir lastima por si mismo^{13,14}.

Las reacciones de la familia ante la presencia de una enfermedad dependen de varios factores: del tipo de familia,, la cultura y la educación de cada miembro; del desarrollo familiar y de las ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas y su tratamiento, lo que influye en el enfermo .Las actitudes de los parientes acerca del dolor, invalidez, regímenes terapéuticos, o de una enfermedad como la diabetes, pueden establecer la reacción del paciente a sus síntomas o complicaciones.

El estudio de la influencia que tiene la familia sobre el individuo diabético resulta complicado, porque los parientes y la red social que rodean al diabético son de gran magnitud; es complicado documentar e identificar los aspectos más relevantes.

Se debe fomentar la participación de la familia en el cuidado del diabético tipo 2 ya que las interacciones familiares son las que sostienen o perjudican la conducta terapéutica del paciente y estas en cierta forma son el reflejo de las características de la familia¹².

1.2.3 La familia como unidad de salud.

El término salud familiar incluye el total o la suma de la situación de salud de cada uno de los individuos que la conforman, pues se toman en cuenta las interrelaciones y la interdependencia de los estados de salud física, social y mental de los miembros que viven juntos, los cuales determinan el funcionamiento de la familia como una unidad biológica, psíquica y social dentro del ambiente cultural sin olvidar que las enfermedades crónicas o invalidantes dan lugar a trastornos psicológicos y sociales dentro de la familia¹¹. Todo esto resulta fácil si la familia se encuentra en un equilibrio homeostático¹³. Una de las formas de que el paciente diabético se sienta apoyado por sus familiares es por medio de las redes familiares.

1.2.4 Funcionamiento de las redes sociales en el paciente con DM 2

Las redes sociales han sido estudiadas por diversas disciplinas como la antropología y la sociología facilitando el entendimiento del ámbito en que se desarrollan las relaciones humanas.

La red social es un proceso que surge de las interrelaciones personales características de cualquier grupo humano. La sociología urbana aplica el concepto de red social a las cadenas de parentesco que integran redes familiares de servicios en las ciudades.

En el ámbito psicoterapéutico se ha desarrollado la técnica de trabajo en red y se ha considerado como el inicio de la retribalización el cual consiste en un proceso de fortalecimiento de relaciones interfamiliares y extrafamiliares que participan en la solución de situaciones de estrés tanto normativo como no normativo. Asimismo, la sociometría y el socioconductismo han considerado de importancia el estudio de la interacción en las redes sociales.

Definición de red: conjunto de contactos formales e informales a través de los cuales los individuos mantiene una identidad social, reciben ayuda, servicios e información estando en disposición de desarrollar nuevos contactos sistemas abiertos que por medio de intercambios dinámicos entre sus integrantes potencian los recursos que poseen.

Los procesos en red pueden ser vistos en un grupo de familiares, vecinos, amigos u otras personas que aportan ayuda real y duradera a un individuo o una familia. Las redes sociales propician procesos de autogestión continua, donde sus integrantes se comprometen y asumen el problema de algunos de sus miembros; ya sea por la relación directa que mantienen con él o por estar inmersos en circunstancias similares, conformando un sistema abierto de sujetos y entidades que a través del intercambio optimizan sus recursos.

La influencia del soporte familiar y comunitario también ha sido objeto de estudio en el caso de pacientes crónicos con diabetes mellitus, hipertensión arterial, etc.

Redes familiares.- los avances en la medicina familiar plantean la necesidad de ampliar el conocimiento de los elementos que coadyuvan al logro de la salud familiar. Se sabe que el primer grupo de apoyo es la familia la cual diversifica sus relaciones con otros sistemas de ayuda o soporte (escolar, comunitario, laboral, religioso, sanitario, etc.)¹⁸.

Las redes familiares pueden ser:

- Intrafamiliares.- se caracterizan por apoyos diversos y división de tareas entre los integrantes de un determinado núcleo familiar, sin la intervención de personas ajenas a él.
- Interfamiliares.- surgen por la división de tareas entre los núcleos familiares que proceden de una misma familia de origen, con el propósito de obtener apoyos más efectivos en beneficio de las familias.

- Extrafamiliares.- surgen como resultado de sólidos vínculos afectivos y de una convivencia cercana y constante.

Están

fundadas en aspectos de lealtad y solidaridad, como es el caso de las amistades, vecinos, compadres, círculo de trabajo, escuela, grupos de ayuda y autoayuda.

El médico familiar tiene un papel relevante al interactuar con el paciente y su familia. El médico tiene alternativas de tratamiento para sus pacientes derivadas de los avances científicos y tecnológicos para ofrecer a éstos dichos recursos dando respuesta a sus necesidades y expectativas por lo que se requiere que el médico tenga competencia técnica, para proporcionar una atención integral y humanística a través de la relación del paciente y su familia.

Se considera que la competencia clínica es una actividad compleja que comprende un conjunto de atributos multifuncionales en que convergen aspectos cognitivos de habilidades y destrezas del médico al interactuar con el paciente y su familia. Otro componente es la habilidad clínica, comprende aspectos de conocimientos del proceso de salud y enfermedad y de comunicación con el paciente y que mediante su experiencia clínica, le permite integrar e interpretar los problemas prevalentes de sus pacientes para ofrecer atención profesional y humanista¹⁷.

1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La OMS y el Banco Mundial consideran a la diabetes como un problema de Salud Pública. La frecuencia de la diabetes mellitus 2 ha aumentado dramáticamente en los últimos 40 años sin considerar que tanto en los países desarrollados como subdesarrollados existe un subregistro.

La diabetes mellitus 2 es un padecimiento conocido desde hace siglos; sin embargo a fin del milenio el conocimiento de su etiología, historia natural y epidemiología es aún incompleto; la dm muestra el ascenso más importante de los últimos años, en 1922 se registraron 368 defunciones, y 70 años después se observaron (1992) más de 29 000 fallecimientos ocupando el cuarto lugar de mortalidad.^{3,4} Pero también desde 1955 existían 135 millones de pacientes diabéticos y se esperan alrededor de 300 millones para 2025. Entre 1995 y 2025 se ha estimado un incremento del 35% en la prevalencia.

A pesar de conocerse desde hace tanto tiempo y de realizarse investigaciones exhaustivas con relación a su problemática continua siendo una de las enfermedades más comunes de nuestra época y por la repercusión de sus complicaciones es una enfermedad que se ha convertido en una epidemia de nuestro tiempo, afectando principalmente al grupo de edad de 45 a 64 años. Actualmente se han presentado casos en edades tempranas (15-25 años).

La familia debe satisfacer las necesidades de cada uno de sus miembros la homeostasis familiar depende en gran medida del estado de bienestar biológico, psicológico y social de cada uno de sus integrantes lo que permite mantener la unión y la solidaridad confirmando la idea de que el grupo familiar es un sistema en el que ninguna de sus partes puede ser afectada sin que ocurran repercusiones en el resto del mismo. El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Cuando hay enfermedad en algún miembro de la familia se pone a prueba la capacidad del sistema para enfrentar y superar la crisis.
9,10,11,12,13

La familia tiene un importante papel para el paciente diabético cuando éste se siente apoyado su perspectiva de la enfermedad es positiva y asumirá su tratamiento de manera adecuada no siendo así cuando no percibe apoyo por parte de su núcleo familiar.

Por lo que surge la pregunta

¿Cómo percibe el paciente con diabetes mellitus 2 el apoyo familiar que recibe?

1.4. JUSTIFICACIÓN.

En México la diabetes mellitus se constituye como un problema de Salud Pública con 5 millones de personas afectadas y para 2025 se calcula que el número será de 15 millones aproximadamente, al menos el 90% de los pacientes tienen diabetes tipo 2 y que afecta profundamente la economía a nivel país e institucional.

Son conocidos los estragos de esta enfermedad a nivel macrovascular, microvascular y neurovascular y su incidencia sobre la mortalidad; al igual que es conocido el daño multiorgánico ocasionando que miles de pacientes sean afectados de insuficiencia renal terminal y ceguera¹⁵.

También afecta la economía institucional por los recursos que se deben destinar a la atención de estos pacientes tanto en hospitales como en clínicas, pero afecta sobre todo al núcleo familiar de cada uno de los pacientes que presentan esta enfermedad y la mayoría de las veces es larga y penosa.

La familia al enfrentar este tipo de enfermedades se ve envuelta en una crisis que en algunas ocasiones no puede resolver, produciendo repercusiones negativas en su funcionalidad. En algunas ocasiones hay cambios en el rol sobre todo cuando el enfermo es quién aporta los recursos económicos de la familia teniendo que salir la madre a trabajar dejando a los hijos y al enfermo.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

- Identificar la percepción de apoyo de las redes familiares por parte de los pacientes con diabetes mellitus 2

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar el tipo de familia del paciente con diabetes mellitus tipo 2
- Identificar el apoyo económico para el tratamiento médico que recibe el paciente con diabetes mellitus tipo 2 de parte de su familia.
- Identificar el apoyo emocional que recibe el paciente para tratamiento medico, para dieta y para hacer ejercicio de parte de su familia.

P2. POBLACIÓN Y MÉTODOS.

2.1 TIPO DE ESTUDIO.

El estudio que se realizó fue: descriptivo, observacional, transversal y prospectivo.

2.2. POBLACIÓN LUGAR Y TIEMPO

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar número 58 del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicado en Fraccionamiento Las Margaritas de Tlalnepantla Estado de México del 1 de marzo al 31 de mayo del 2005.

El universo del estudio fue la población de 200 derechohabientes de varios consultorios del turno matutino, de dicha unidad a los cuales se les aplicó un cuestionario en forma directa.

2.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se observa en el anexo 1

2.4 MUESTRA

Se realizó un muestreo de tipo no probabilístico, no aleatorio sistemático de la población total de la UMF 58 se tomarán a 1800 pacientes que corresponden a los pacientes diabéticos del turno matutino, de acuerdo al censo del primer semestre del 2004.

Se calculó una muestra con un nivel de confianza del 95% que corresponde al valor de probabilidad de 1.96 con un error de 0.05 y un poder del 80%

Se utilizó la siguiente fórmula que se aplica para poblaciones de referencia finita menores de 10, 000 elementos con variables cualitativas

$$n = \frac{\frac{z^2 q}{e^2 p}}{\frac{1 + N z^2 p}{1 + N e^2 p - 1}}$$

$$n = 182.74 + 10\%$$

$$n = 200$$

Por consiguiente al agregarle el 10% al tamaño de la muestra por perdidas, queda un total de 200 casos. Se realizó una prueba piloto con una muestra de 30 pacientes.

2.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Derechohabientes y que estén vigentes en la Unidad de Medicina Familiar número 58.
- Pacientes de ambos sexos con diagnóstico de DM 2
- Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus de 2 a 30 años de evolución a la fecha.

2.5.1 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Ausencia a sus citas de un año.
- Que haya negativa a contestar el cuestionario.

2.5.2 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Pacientes dados de baja de la clínica.

2.6. VARIABLES

Nombre de la variable	Tipo de variable	Escala de Medición	Valores de la Variable
Edad	Cuantitativa	Continua	De 15 a 90 años
Sexo	Cualitativa	Nominal	1=femenino 2=masculino
Estado civil	Cualitativa	Continua	1. soltero 2. casado 3. viudo 4. unión libre 5. divorciado 6. separado
Escolaridad	Cuantitativa	Continua	Referido en años
Ocupación	Cualitativa	Nominal	1. jubilado 2. desempleado 3. obrero 4. técnico 5. profesional 6. ama casa 7. empleado 8. estudiante
Persona con quien vive	Cualitativa	Nominal	1. esposa 2. hijos 3. solo 4. nietos 5. otros 6. padres 7. esposa e hijos
Antigüedad como diabético	Cuantitativa	Continua	Referido en años
Tiene otra enfermedad	Cualitativa	Nominal	1. si 2. no
Tipo de enfermedad concomitante	Cualitativa	Nominal	1. HAS 2. otras 3. ninguna
Consideración del propio peso	Cualitativa	Nominal	1. normal 2. sobrepeso 3. obesidad
Percepción de los niveles de glucosa	Cualitativa	Nominal	1. normal 2. ligeramente elevada 3. elevada 4. no lo sabe
Persona que receto medicamento	Cualitativa	Nominal	1. medico familiar 2. medico particular
Tipo de medicamento utilizado	Cualitativa	Nominal	1. glibenclamida 2. metformina 3. insulina 4. mixto

Surtimiento de receta medica por el IMSS	Cualitativa	Nominal	1.si 2.no
Apoyo familiar	Cualitativa	Ordinal	Se creara un indicador, separando los valores en terciles y se clasificaran: 1. bajo apoyo 2.regular apoyo 3.buen apoyo
Desanimo para continuar la dieta	Cualitativa	Nominal	1.si 2.no 3.a veces
Regaño de los familiares para seguir dieta	Cualitativa	Nominal	1.si 2.no 3.a veces
Motivo para no continuar la dieta	Cualitativa	Nominal	1.no tiene dinero 2.no existe apoyo 3.no tiene indicada dieta 4.no le gusta 5.ninguna
Indicación medica de ejercicio	Cualitativa	Nominal	1.si 2.no 3.a veces
Motivo para no realizar ejercicio	Cualitativa	Nominal	1.si 2.no 3.a veces
Apoyo que le gustaría recibir	Cualitativa	Nominal	1.económica 2.emocional 3.afectivo 4.mixta
APGAR FAMILIAR	Cualitativa	Nominal	Valores definido y estandarizados

2.7 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES.

Para la obtención de datos en forma particular se aplicará una cédula a expedientes de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus 2 y una encuesta que se aplicará en forma directa a dichos pacientes y consta de las siguientes partes.

Folio = número progresivo

No. De afiliación = número de afiliación del asegurado.

Edad = tiempo que una persona ha vivido

Sexo = clasificación de hombres y mujeres

Estado civil = condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones civiles.

Escolaridad = grado de instrucción que tiene cada persona.

Ocupación = trabajo o actividad en que se emplea el tiempo.

Peso = cantidad de kilos que tiene una persona (fuerza resultante de la de la gravedad sobre un cuerpo expresado en kilos

Miembro de familia = dicese de un integrante de una familia.

Cónyuge = con relación a una persona, la otra, marido o mujer que esta casado con ella.

Apagar familiar = cuestionario que mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida en familia.

2.8 DISEÑO ESTADÍSTICO.

Se investigó un grupo, se realizó una medición independiente con variables cualitativas y cuantitativas con escala de medición discreta o de razón ordinal o nominal los resultados tendrán una distribución no métrica con muestra no aleatoria. Para realizar este estudio se tomaron las recomendaciones de la guía para la tutoría de proyecto de investigación en Medicina Familiar.

2.9 MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Se utilizó un cuestionario estructurado, con preguntas relacionadas a las variables de estudio así como la prueba de APGAR para conocer la funcionalidad familiar.

2.10 METODOLOGÍA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se aplicó una encuesta que consta de ficha de identificación, cuestionario que consta de 20 preguntas y escala de APGAR con duración aproximada de 30 minutos a los pacientes diabéticos de la Unidad de Medicina Familiar No. 58 del Instituto Mexicano del Seguro Social previa autorización de las autoridades y del registro oficial del presente protocolo de investigación.

La información será obtenida de manera voluntaria y con la técnica de entrevista, con la colaboración previo asesoramiento del autor del protocolo de asistentes médicas y trabajadores sociales.

2.11 PRUEBA PILOTO.

Para conocer la congruencia del cuestionario, se aplicó a 30 personas el cuestionario.

2.12 PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS

Inicialmente se capturo la información en el programa Epi-Info versión 2003. Posteriormente en el paquete estadístico SPSS v10.0 se realizó un análisis exploratorio de datos para ver si la población se distribuyo normalmente; se estimaron medidas de tendencia central y dispersión; frecuencias simples, razones y proporciones. Prueba de Hipótesis con Ji^2 de Mantel- Haenszel. Razón de Momios (RM); con Intervalos de confianza al 95% (IC_{95%}); en caso de encontrar algún gradiente biológico se aplicó la Ji^2 de tendencia utilizando el paquete epi-calc.

2.13 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Se presenta en el anexo 2.

2.14 RECURSOS PARA LA INVESTIGACIÓN.

2.14.1 HUMANOS

El investigador y asistentes médicas.

2.14.2 MATERIALES.

Se fotocopiaron cédulas de vaciado de expedientes y encuestas suficientes.

Se contó con lápices y borradores suficientes.

Una computadora para almacenamiento y procesamiento de datos, los disquetes necesarios.

2.14.3 FISICOS

Se recolectaron los datos dentro de la UMF No. 58 en el área de archivos de los consultorios, en salas de espera, en consultorios.

2.14.4 FINANCIAMIENTO

El investigador se hizo cargo de los gastos que generó la investigación.

2.15 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

De acuerdo al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud vigente en nuestro país, el presente trabajo se clasifica como categoría uno en base en el título segundo, artículo 17, que lo clasifica como una investigación sin riesgo debido a que los individuos participantes en el estudio, solamente aportarán datos a través de la entrevista, lo que no provoca daños físicos ni mentales, además la investigación esta de acuerdo con la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial, enmarcada en la 52ª asamblea general mundial celebrada en Edimburgo, Escocia en octubre del 2000 que guía a los médicos en la investigación biomédica donde participan seres humanos.

Así mismo se solicitará consentimiento de participación voluntaria que les será leído a los pacientes donde se les invita a participar aclarando que tendrán libertad de suspender la encuesta por algún motivo o que ya no deseen participar.

3. RESULTADOS

Los resultados obtenidos por la encuesta aplicada a la población en estudio que fue de 200 pacientes son los siguientes:

En cuanto a sexo el predominio fue del sexo femenino con 112 mujeres que correspondió al 56% y a 88 hombres que correspondieron al 44%. La edad el rango que se encontró estuvo entre los 15 años y los 93 años siendo la edad más frecuente entre los 60 y 64 años.

El estado civil la mayoría de los pacientes fueron casados con 119(59.5%), seguidos de los viudos, 51(25.5%) los solteros 20 (10%) en unión libre 6 (3%) y divorciados 4 (2%). La ocupación de los pacientes la más frecuente correspondió a las amas de casa 107(53.5%), jubilados 34 (17%), empleados 20(10%), obreros 13 (6.5%) desempleados 13 (6.5%), profesionales 6 pacientes (3%), técnicos 5 (2.5%) y 2 estudiantes el (1%).

A la pregunta de con quién viven los pacientes que también muestra la fase en que se encuentra la familia 59 (29.5%) viven solo con el esposo o esposa muestra familias en fase de dispersión, 56 (28%) viven con los hijos, otros 56 (28%) casos viven con la esposa (o) y los hijos correspondiendo a familias nucleares, 17 paciente viven solos siendo el (8%), en 8 casos viven con otros familiares (4%) 3 vivían con sus padres siendo el (1.5%) y solo un paciente vivía con sus nietos con (0.5%).

El aporte económico en 52 pacientes (26%) es el paciente quién sostiene a la familia ,49 (26%) son los hijos los que mantiene al paciente, en el tercer lugar el cónyuge con 38 casos que corresponden al (19%) seguidos de paciente jubilados y su pensión en 37 pacientes con (18.5%), esposa e hijos 10 casos (5%), padres en 7 casos (3.5%) otros parientes 6 con (3%) y solo en un caso (.5%) los nietos eran los que sostenían al paciente.

El tiempo de evolución de la enfermedad tuvo un promedio de 8 años y se encontró un rango de 1 hasta 30 años.

En 113(56.5%) casos se acompaña de otra enfermedad y solo en 87 casos (43.5%) la diabetes solo se presentaba de manera aislada. Para conocer cual es la enfermedad que se asocia con

mayor frecuencia a diabetes se encontró que en 91 casos que equivalen al 45.% se encontraba asociada a hipertensión arterial, se presentaba sola en 77 pacientes con porcentaje de 38.5% y asociada a otras enfermedades 32 casos con porcentaje de 16%.

La consideración propia del paciente respecto a su peso 90 respondieron que tenían sobrepeso, 79 consideraron su peso normal y solo 31 se consideraron obesos. Para los valores de glucosa 95 respondieron que tenían niveles normales (47.5%) ligeramente elevada 60 pacientes (30%), elevada 20 encuestados (12.5%) y la respuesta de no sé 20 pacientes (10%).

El medicamento que toman se los prescribió en 183 (91%) casos su médico familiar y solo en 17 pacientes (8.5%) un médico particular.

Al esquema de tratamiento usado el 45% toman solo glibenclamida, mixto 33.5%, insulina 10% otros medicamentos o solo dieta 6.5% y metformina 5% de los pacientes.

A la mayor parte de los pacientes el IMSS le proporciona sus medicamentos 95% y solo el 5% lo compra.

Cuando se cuestionó el familiar que lo apoya para la administración de sus medicamentos en el 35% eran los hijos seguidos del apoyo de la pareja 27.5%, otros familiares 21% la esposa y los hijos 5.5% en 4% no recibían apoyo de nadie y finalmente otros parientes 2.5%.

Cuando se les cuestionó porque no tomaban sus medicamentos el 66.5% respondieron que no había una causa especial, se les olvida 16.5%, no tuvieron dinero 11% y no surtieron su receta el 6%

En cuanto a la dieta se encontró que la familia lo ayuda a seguir dieta en el 60.5% de los pacientes a veces los apoyan el 21% y no los ayudan el 18.5%

A la pregunta de si los apoyan llevando la misma dieta el 48% respondió de manera afirmativa no los apoyan 29% y a veces 23%. Para conocer si su familia lo anima a seguir su dieta en el 66,5% de los casos respondieron afirmativamente, no en el 19.5% y a veces los animan el 14%

¿Se desanima a continuar su dieta? El 53.5% no, a veces el 24.5% y el 22% si se desanima.

Sus familiares lo regañan por no seguir su dieta: No 77 (38.5%)

casos, si 75 casos (37.5%) a veces 48 casos (24%).

Al cuestionamiento de la principal causa para no seguir su dieta 44.5% refirió no tener causa en especial, el 28% refirieron no tener dinero, el 18.5% no le gusta seguir una dieta, a 5% de los pacientes nadie lo apoya al 4% no se le ha indicado una dieta.

Las preguntas relacionadas con el ejercicio dieron los siguientes resultados:

Su médico le indica algún ejercicio si en 83.5%; a veces el 8.5% y no se las indicado al 8% de los encuestados.

Su familia le apoya para realizar el ejercicio indicado por su médico familiar el 67% respondió si, no los apoyan el 18% y a veces el 15%.

En la respuestas que se obtuvieron a la pregunta de porque no hace ejercicio se encontró que al 49.5% no se lo han indicado, no tiene tiempo 22%, no le gusta 12.5%, no tiene dinero 10.5% y al 5.5% nadie lo apoya.

La pregunta de si su familia lo comprende en sus cambios de carácter respondieron el 58% si los comprenden; el 25.5% a veces los comprenden y no los comprenden el 16%.

Los paciente acuden mensualmente a su consulta se investigó si algún familiar los acompaña a el 45% mencionó que si, el 43.5% respondió que no y al 11.5% los acompañan ocasionalmente.

A la pregunta de que apoyo considera el más importante 108 que corresponden al 54.5% de los encuestados respondió que el apoyo emocional, 39 pacientes que son el 19.5% dijeron que el apoyo emocional, afectivo y el económico son los más importantes, en 38 casos siendo el 19% mencionó el económico como más importante y en 15 casos 7.5% refirió el apoyo afectivo.

30

A la pregunta del apoyo que les gustaría recibir 88 personas contestaron 44% apoyo emocional, 77 que fueron el 38.5% apoyo mixto 21 apoyo económico siendo el 10.5% y 14 personas el 7% correspondió al apoyo afectivo.

Se realizó un indicador para conocer el nivel de apoyo familiar y se clasificó de acuerdo a la suma de cada elemento y finalmente se dividió en tres grupos; bajo apoyo, 84 casos con porcentaje de 42%; el apoyo medio 97 casos corresponde al 48.5% y apoyo alto 19 casos que corresponde al 9.5%. Se hizo un análisis comparativo o bivariado comparando el nivel de apoyo y el nivel de glucosa; con apoyo bajo la glucosa fue normal en 45 pacientes ligeramente elevada en 22 pacientes y elevada en 8 pacientes, no sabían sus cifras 9; apoyo medio cifras normales 46, ligeramente elevada 32 y elevada 12, no sabían sus cifras 7 pacientes; apoyo alto cifras normales 4, ligeramente elevada 6, elevada 5 y no sabían sus cifras 4 pacientes; al comparar el grupo del menor nivel de apoyo y el nivel de glucosa elevada a través de una χ^2 de tendencia, no se observó significancia estadística (χ^2 tendencia = 1.11 $p = 0.29$)

Cuando se analizó el desánimo para continuar con la dieta y el nivel de apoyo se encontró que a menor nivel de apoyo se incrementa el desánimo para apegarse al tratamiento. Sin embargo no se encontró diferencia significativa entre el nivel de apoyo y las cifras de glucosa.

Al analizar la asociación del peso con el nivel de apoyo no se encontró asociación alguna.

Se les realizó una prueba de Apgar para medir la percepción de apoyo se encontraron los resultados siguientes:

1.- Adaptabilidad que se mide con la pregunta - Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo un problema – 131 (65%) respondieron siempre, algunas veces 48(24%) , casi nunca 21(10.5%).

2.- Participación evaluada con la pregunta - Estoy satisfecho con la manera en que mi familia discute temas de interés y comparte conmigo la solución de problemas – casi siempre 112 (56%), algunas veces 65 (32.5%), casi nunca 23 (11. %).

3.- Crecimiento evaluada con la pregunta – Mi familia acepta mis deseos de hacer cambios en mi vida casi siempre 116 (58%), algunas veces 54 (26%), casi nunca 32 (16%).

4.- Afecto medida con la pregunta –Estoy satisfecho con el modo en que mi familia me expresa amor y respeto a mis sentimientos de enojo, pena o afecto siempre 48 (24%), algunas veces 126 (63%) y casi nunca 26 (13%).

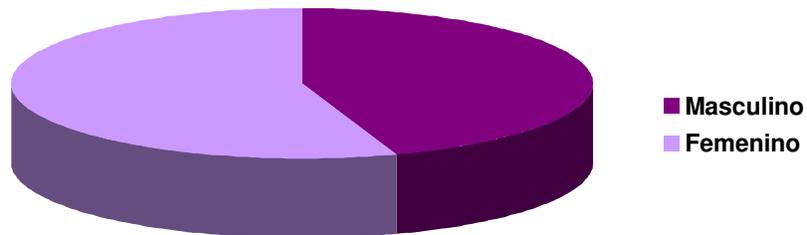
5.- Resolución evaluada con la pregunta - Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo pasamos juntos – casi siempre 127 (63.5%), algunas veces 52 (26%), casi nunca 21 (10.5%).

32

Los resultados obtenidos por la encuesta aplicada a la población en estudio que fue de 200 pacientes son los siguientes:

Sexo: se encontró un predominio del sexo femenino con 112 (56%) mujeres y 88 (44%) hombres.

Grafica 1. Distribución por sexo

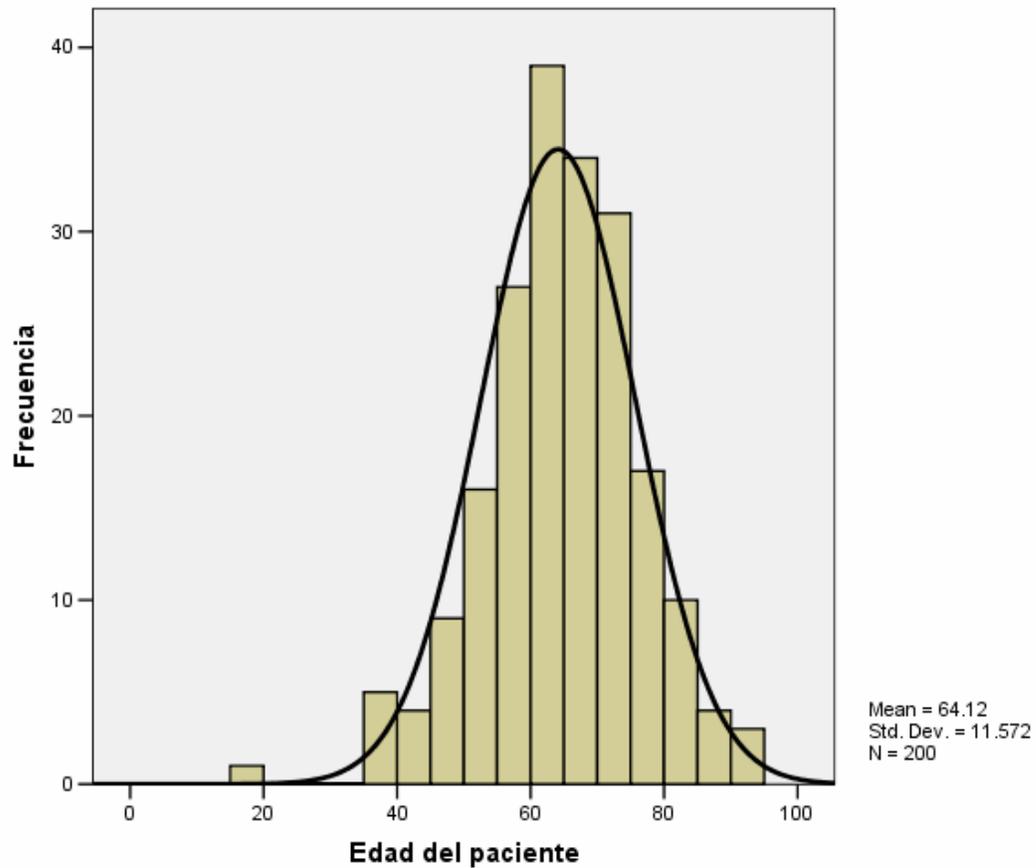


Fuente cuestionarios UMF 58 IMSS

La Edad

El rango fue de 15 a 93 años encontrándose la mayor frecuencia a los 53 años, le siguieron los de 60 y 64 años; los demás resultados se muestran en la grafica

Grafica 2.



Fuente cuestionarios UMF 58

IMSS

34

Estado civil

La mayoría fueron casados con una frecuencia de 119 (59.5), siguieron los viudos con 51 (25.5); solteros 20 (10.0); en unión libre 6 (3.0) y divorciados 4 (2.0%)

Cuadro 1.

Estado civil del paciente

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
soltero (a)	20	10.0
casado (a)	119	59.5
viudo (a)	51	25.5
unión libre	6	3.0
divorciado (a)	4	2.0
Total	200	100.0

Fuente cuestionarios UMF 58

IMSS

35

En cuanto a la **ocupación** de nuestros paciente 107 fueron amas de casa, que equivalen al 53.5%; jubilados 34, con el 17%; empleados 20, que corresponden al 10%; con valores iguales resultaron obreros y desempleados con 13 casos cada uno correspondiendo al 6.5%; profesionales 6 casos con 3.0%; técnicos 5 casos con 2.5% y dos estudiantes con el 1% de los casos.

Cuadro 2

Ocupación del paciente

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
jubilado	34	17.0
desempleado	13	6.5
obrero	13	6.5
técnicos	5	2.5
profesional	6	3.0
amas de casa	107	53.5
empleados	20	10.0
estudiante	2	1.0
Total	200	100.0

Fuente cuestionarios UMF 58

IMSS

36

El siguiente resultado en la pregunta con quién vive muestra la fase en que se encuentra la familia; en 59 casos viven con el esposo o la esposa que equivale al 29.5% lo que demuestra que son familias en fase de dispersión; de igual manera 56 casos solo viven con los hijos con 28% y que viven con la esposa y los hijos 56 casos con 28% siendo familias nucleares, en 17 casos los pacientes viven solos siendo el 8%; en 8 casos viven con otros familiares que son el 4%; 3 viven con los padres siendo el 1.5% y solo 1 paciente vivía con sus nietos que corresponde al 0.5%.

¿Con quien vive?

Persona con quien vive	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
esposa (o)	59	29.5	29.5	29.5
hijos	56	28.0	28.0	57.5
solo (a)	17	8.5	8.5	66.0
nietos	1	.5	.5	66.5
otros	8	4.0	4.0	70.5
padres	3	1.5	1.5	72.0
esposa (o) e hijos	56	28.0	28.0	100.0
Total	200	100.0	100.0	

Cuadro 3

Fuente cuestionarios UMF 58

IMSS

³⁷
Aporte económico en 52 casos (26%) es el paciente quien sostiene económicamente a la familia, a continuación se encontró 49 (26%) casos son los hijos los que mantienen a los pacientes; en tercer lugar es el cónyuge con 38 casos que corresponden al 19%; seguidos de pacientes jubilados en 37 casos que equivalen al 18.5%; siguiendo esposa(o) e hijos con 10 casos y 5%; padres en 7 casos con 3.5% otros parientes 6 casos con 3% y solo en 1 caso con el .5% los nietos eran el sostén del paciente .

¿Quiénes aportan dinero a su casa?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	el paciente	52	26.0
	esposo (a)	38	19.0
	hijos	49	24.5
	nietos	1	.5
	pensión	37	18.5
	otros	6	3.0
	padres	7	3.5
	cónyuge e hijos	10	5.0
	Total	200	100.0

Cuadro 4

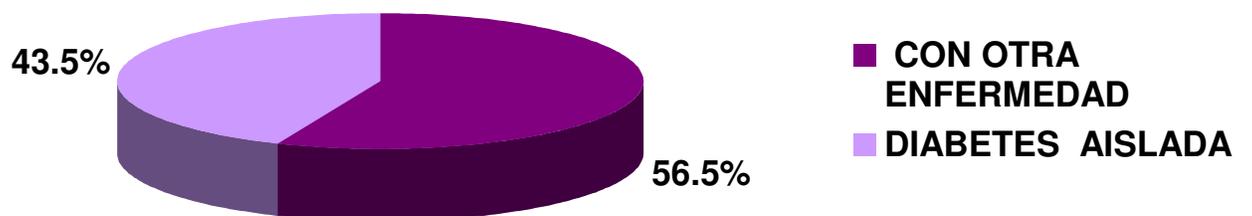
Fuente cuestionarios UMF 58

IMSS

38

En 113 casos (56.5%) se acompaña de otra enfermedad y solo en 87 casos (43.5%) la diabetes solo se presentaba de manera aislada.

Gráfica 3



Fuente cuestionarios UMF 58 IMSS

39

Para saber cuál es la enfermedad que más a menudo se asocia con diabetes, encontramos que en 91 casos (45.5%), se encontraba asociada con hipertensión arterial.

Cuadro 5.

¿Cual?

	Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
	Has	91	45.5
	otras	32	16.0
	ninguna	77	38.5
	Total	200	100.0

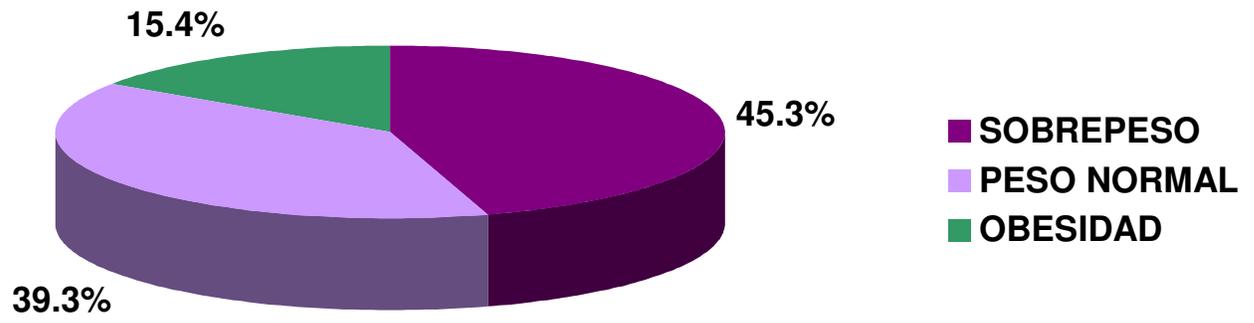
Fuente cuestionarios UMF 58

IMSS

40

Cuando se les preguntó de como consideran su peso 90 pacientes con porcentaje de 45.5% respondieron que tienen sobrepeso; en 79 casos con 39.5% consideraron su peso normal y solo 31 pacientes el 15.5% respondieron que tienen obesidad.

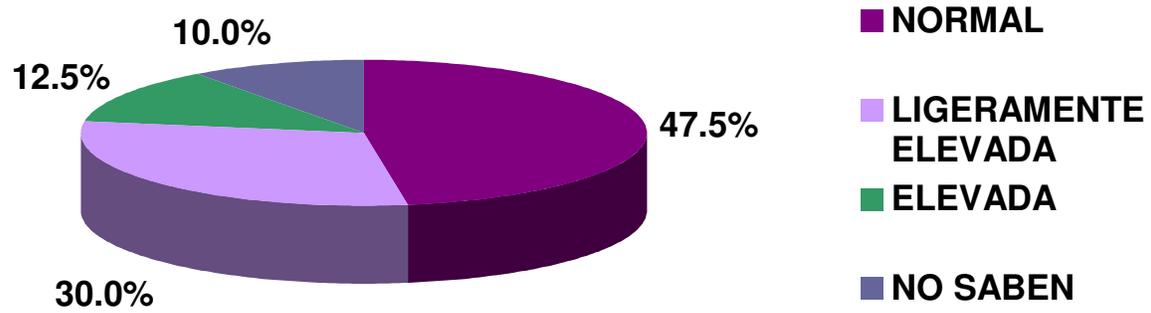
Gráfica 4.



Fuente cuestionarios UMF 58 IMSS

Valores de glucosa. En 95 casos respondieron que tenían niveles normales (47.5%), ligeramente elevada 60 pacientes (30%), elevada 20 encuestados con (12.5%) y la respuesta de no sé 20 pacientes que equivalen al 10%.

Gráfica 5,

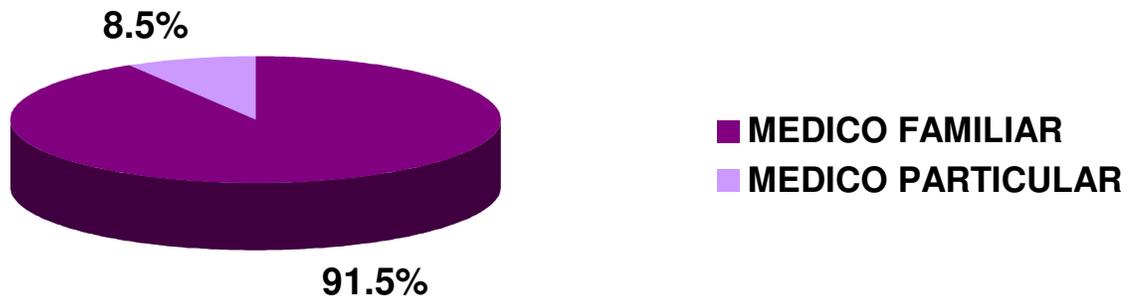


IMSS

Fuente cuestionarios UMF 58

El medicamento que toman se los prescribió en 183 casos (91%)⁴² su médico familiar y solo en 17 casos (8.5%) un médico particular.

Grafica 6.

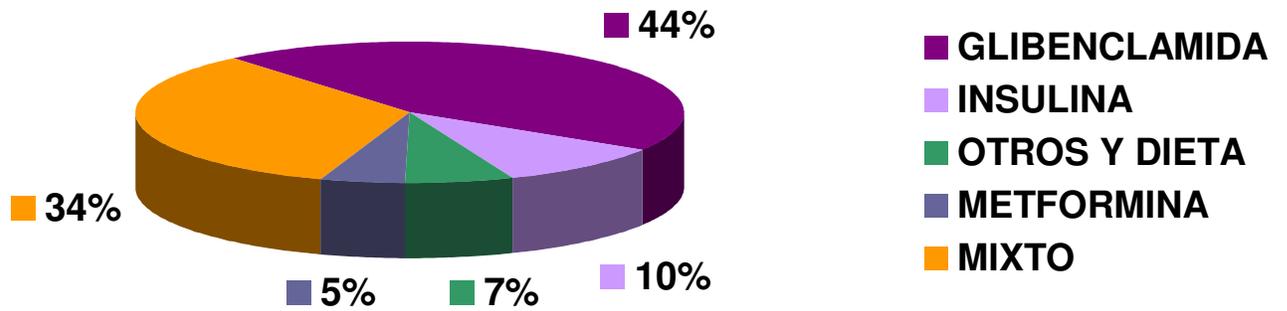


IMSS

Fuente cuestionarios UMF 58

Al cuestionarse sobre el esquema de tratamiento que usan el 45 %⁴³ toman solo glibenclamida ; mixto 67 pacientes son el 33.5%, insulina 20 pacientes que corresponde al 10% ; otros medicamentos o solo dieta 13 casos que son el 6.5% , y metformina 10 pacientes que equivalen al 5% de los casos.

Grafica 7.



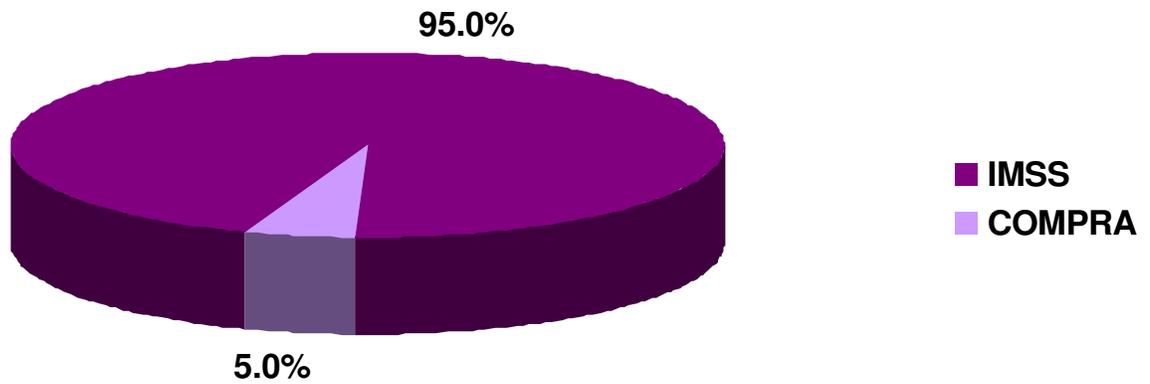
IMSS

Fuente cuestionarios UMF 58

A la mayor parte de pacientes, al 95% el IMSS le proporciona sus medicamentos y solo en 10 casos, 5% el paciente lo compra.

44

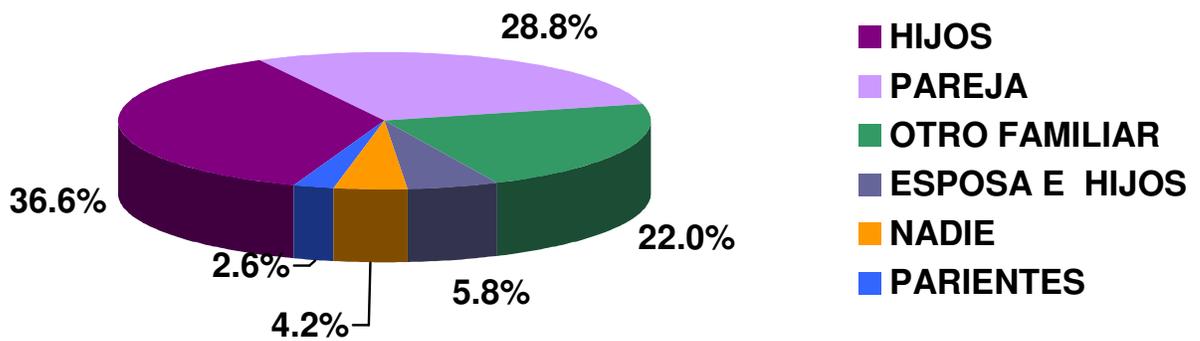
Grafica 8.



Fuente cuestionarios UMF 58 IMSS

45
 Cuando se cuestionó de el familiar que lo apoya en la administración de sus medicamentos en el 35% los hijos eran los que apoyaban seguidos del apoyo de la pareja (27.5%) otros familiares (21%) la esposa y los hijos 11 casos (5.5%) en 8 casos nadie los apoyaba (4%) y finalmente los parientes con el 2.5%

Gráfica 9.



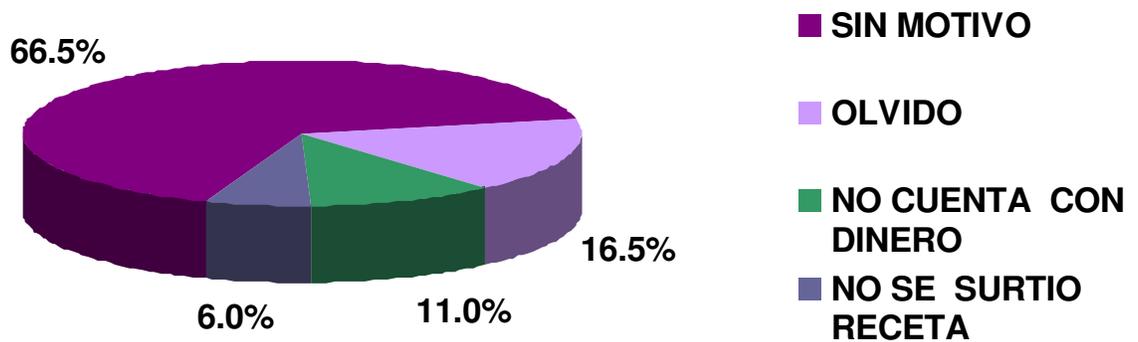
IMSS

Fuente cuestionarios UMF 58

46

A la pregunta de porque no tomaban su medicamento. El 66.5% respondieron que no tenían una causa en especial, se les olvida al 16.5%, 11% por no tener dinero y no surtieron su receta al 6%

Gráfica 10.



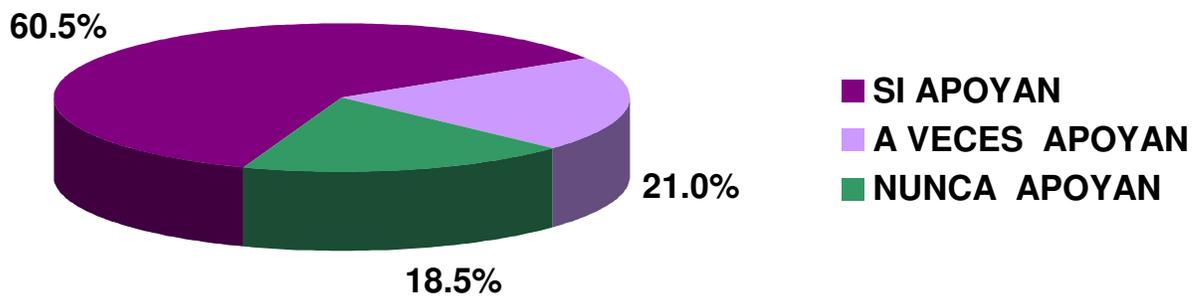
IMSS

Fuente cuestionarios UMF 58

47

En cuanto a dieta encontramos que la familia lo ayuda a seguir su dieta en el 60.5% de los pacientes. A veces los apoya el 21% y no los ayudan al 18.5%.

Gráfica 11.

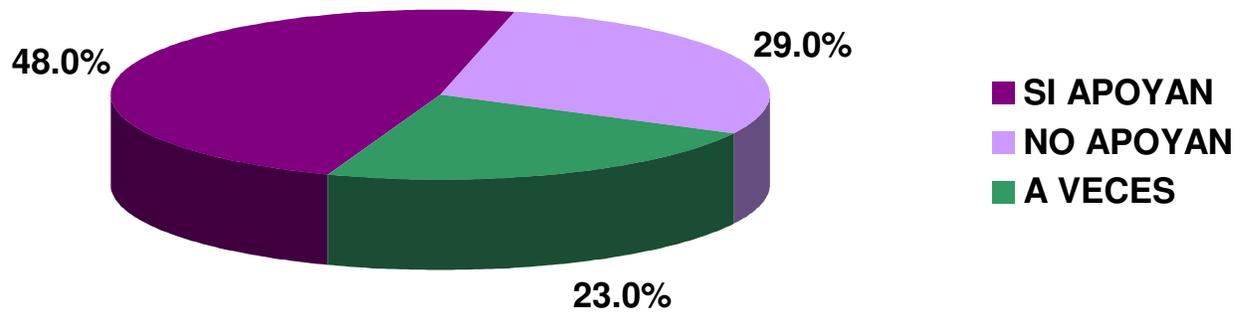


IMSS

Fuente cuestionarios UMF 58

48
 Cuando se preguntó si los apoyan llevando la misma dieta, el 48% respondió de manera afirmativa, no los apoyan al 29% y a veces al 23%.

Gráfica 12

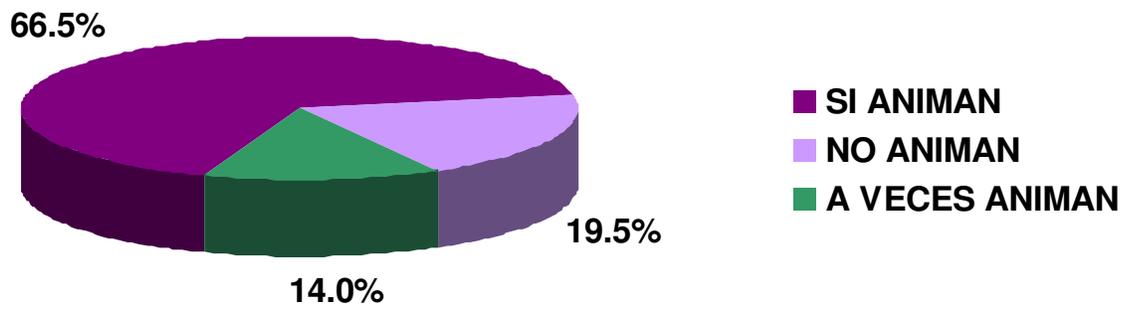


IMSS

Fuente cuestionarios UMF 58

49
 Su familia lo anima a seguir su dieta en el 66.5% de los casos, no los animan al 19.5% y a veces los animan al 14%.

Gráfica 13.

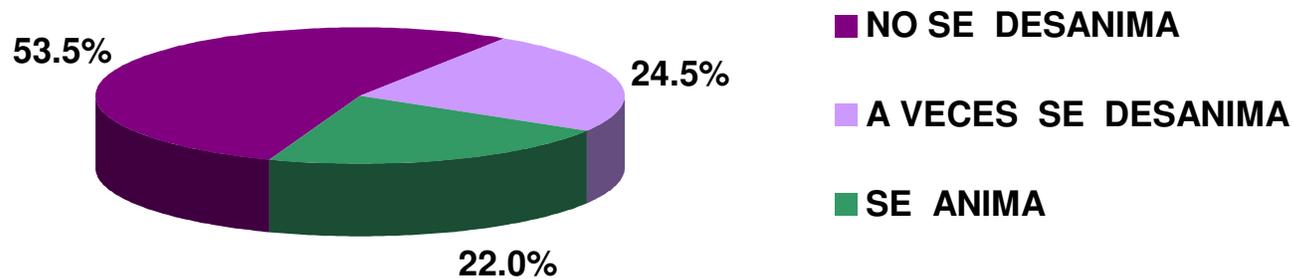


Fuente cuestionarios UMF 58

IMSS

El 53.5% paciente no se desanima a continuar su dieta, A veces el 24.5% y el 22 % de los casos se desaniman a seguir la dieta.

Gráfica 14.



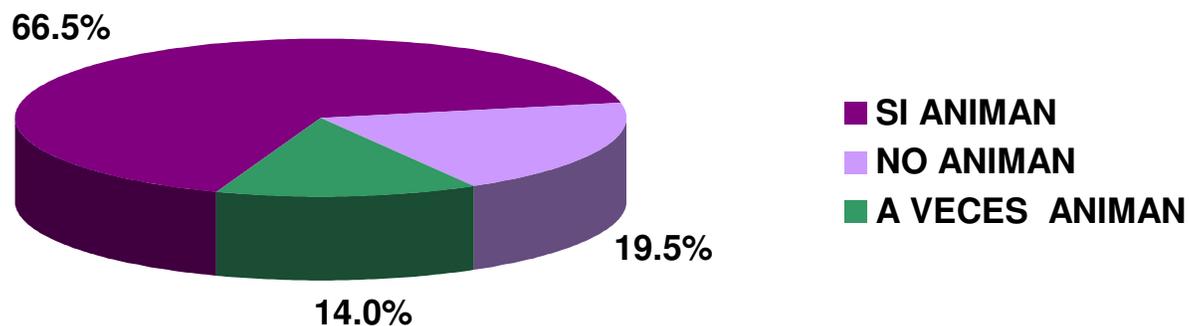
IMSS

Fuente cuestionarios UMF 58

51

Sus familiares lo regañan por no seguir su dieta: No 77 casos 38.5%, si 75 casos 37.5%, a veces 48 casos 24%.

Gráfica 15.



IMSS

Fuente cuestionarios UMF 58

Al cuestionamiento de la principal causa para no seguir su dieta, el 44.5%, refirió no tener una causa en especial, el 28% refirió no tener dinero, el 18.5% no le gusta seguir una dieta, al 5% nadie lo apoya y al 4% no se la indicaron.

Cual es la principal causa de que usted no siga su dieta

	Frecuencia	Porcentaje
no tiene dinero	56	28.0

nadie lo apoya	10	5.0
no se la han indicado	8	4.0
no le gusta	37	18.5
ninguna	89	44.5
Total	200	100.0

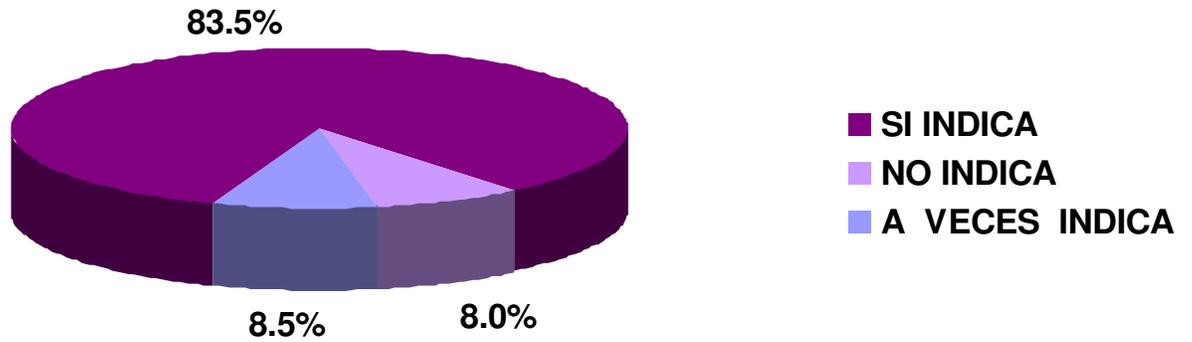
Fuente cuestionarios UMF 58

IMSS

Cuadro 5.

Su médico le indica algún ejercicio en el 83.5%; a veces ⁵³ al 8.5% de los pacientes y no se les ha indicado al 8% de los encuestados.

Gráfica 16.

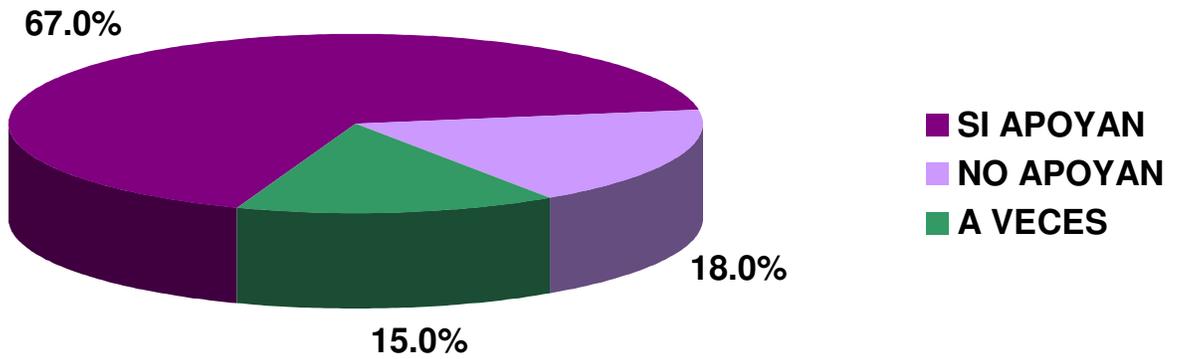


IMSS

Fuente cuestionarios UMF 58

54
 Cuando se preguntó si su familia le apoya a realizar ejercicio indicado por su médico familiar, el 67% respondió que sí, no los apoya el 18% y a veces el 15%.

Grafica 17.

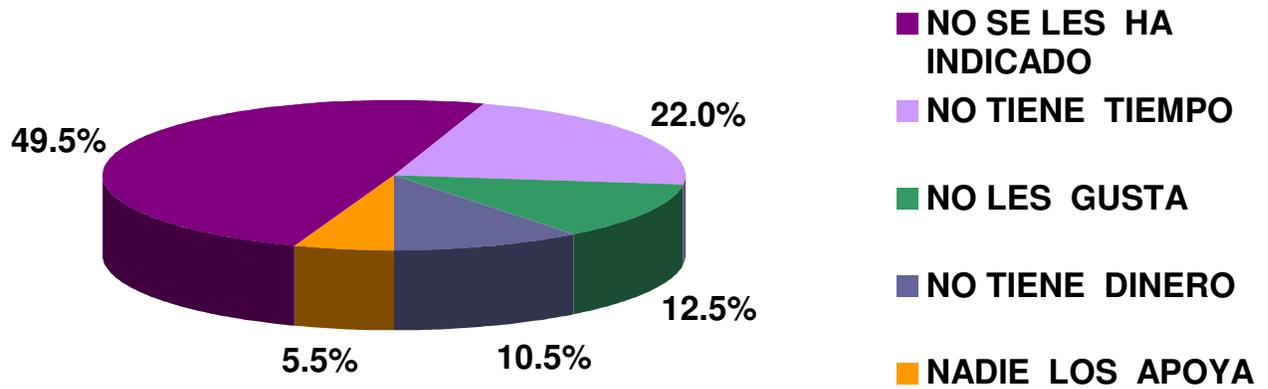


IMSS

Fuente cuestionarios UMF 58

Las respuestas que se obtuvieron al pregunta de porque no hace ejercicio se encontró: en el 49.5% no se lo han indicado, no tiene tiempo el 22%, no le gusta el 12.5%, 10.5% no tiene dinero y en 11 casos (5.5%) nadie lo apoya.

Gráfica 18.

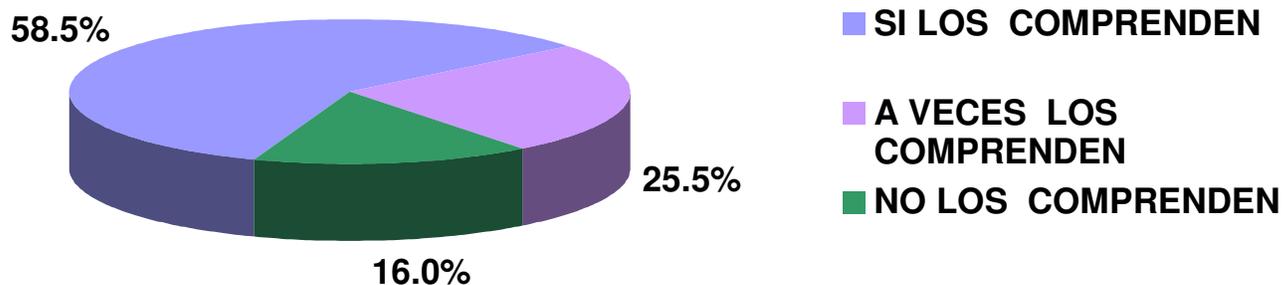


IMSS

Fuente cuestionarios UMF 58

Al explorar la posibilidad de que si su familia comprende los cambios emocionales de carácter del paciente, el 58.5% de los pacientes refiere que si los comprende, al 25.5% a veces los comprende y no el 16% menciona que no los comprende.

Gráfica 19.

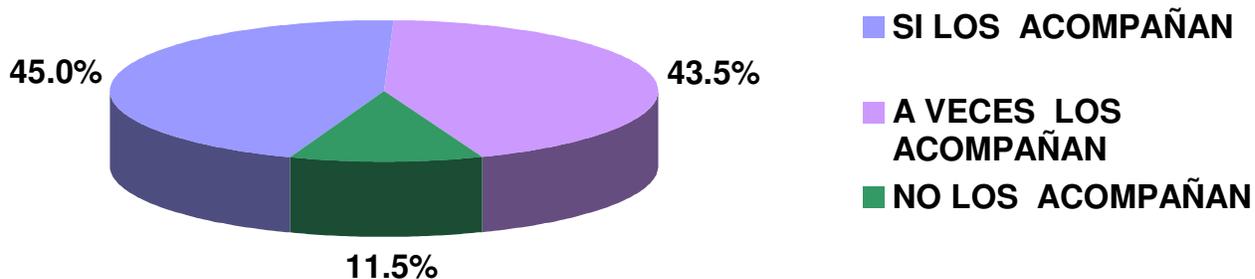


IMSS

Fuente cuestionarios UMF 58

La atención médica periódica es parte de las acciones que cotidianamente realiza el paciente diabético, por ello se investigó si algún familiar acompañaba al paciente a su consulta médica, el 45% mencionó que si los acompañaban, el 43.5% de los entrevistados no los acompañan y al 11.5% los acompañan ocasionalmente.

Gráfica 20.

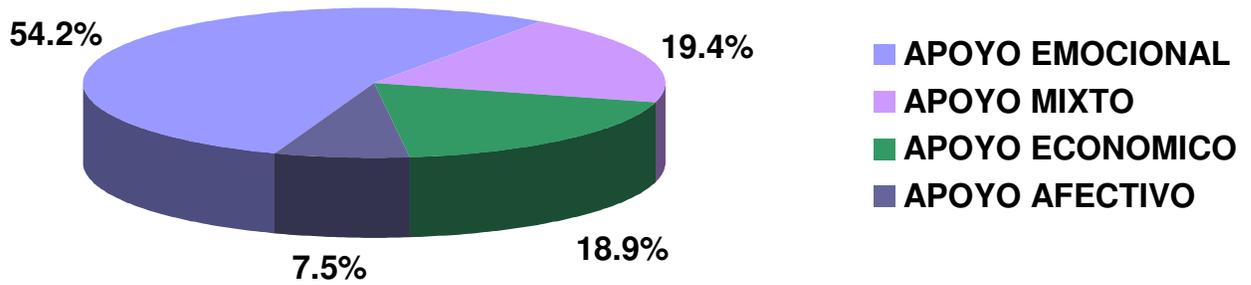


IMSS

Fuente cuestionarios UMF 58

Al preguntar que tipo de apoyo considera el más importante, el 108 (54.5%) de los estudiados que el apoyo emocional es el más importante; 39 pacientes (19.5%) refirieron que el apoyo emocional, afectivo y el económico son los importantes; 38 casos (19%) menciona que el mas importante el apoyo económico y 15 casos (7.5%) refirió el apoyo afectivo.

Gráfica 21.

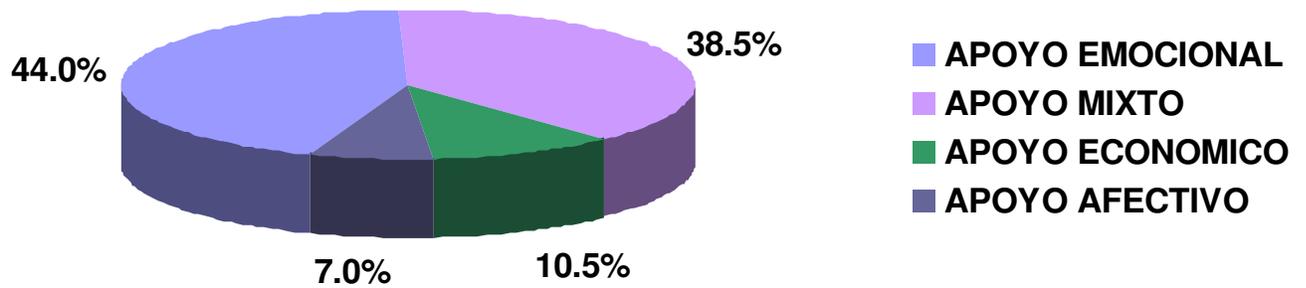


IMSS

Fuente cuestionarios UMF 58

A pregunta de que apoyo les gustaría recibir contestaron ⁵⁹ 88 personas (44%) contestaron apoyo emocional, 77 (38.5%) apoyo mixto, 21 (10.5%) apoyo económico y 14 personas (7%) apoyo afectivo.

Gráfica 22.



IMSS

Fuente cuestionarios UMF 58

60
 Cuando se realizó un indicador para conocer el nivel de apoyo familiar, se clasificó de acuerdo a la suma de cada elemento y finalmente se dividió en tres grupos.

Cuadro 6.

Nivel apoyo			
Nivel de apoyo	Frecuencia	Porcentaje	IC95%

Bajo	84	42.0	35.2-48.8
Medio	97	48.5	41.6-55.4
Alto	19	9.5	5.82-14.4
Total	200	100.0	

Fuente cuestionarios UMF 58

IMSS

61

En el análisis comparativo o bivariado encontramos los siguientes resultados:

A continuación se muestra la distribución comparando el nivel de apoyo y el nivel de glucosa.

Cuadro 7

	Como esta su glucosa				Total
	normal	ligeramente elevada	elevada	no se	

Nivel de apoyo	Bajo	45	22	8	9	84
	Medio	46	32	12	7	97
	Alto	4	6	5	4	19
Total		95	60	25	20	200

Fuente cuestionarios UMF 58

IMSS

En donde al comparar el grupo del menor nivel de apoyo y el nivel de glucosa elevada a través de una X² de tendencia, no se observa significancia estadística (X² tendencia= 1.11, p=0.29).⁶²

⁴² Cuando se analizó el desánimo para continuar con la dieta y el nivel de apoyo, se encontró que a menor nivel de apoyo, se incrementa el desánimo (X² tendencia= 8.52, p=0.0004).

Tabla de contingencia

	Nivel apoyo	
--	-------------	--

		Bajo	Medio	Alto	Total
usted se desanima para continuar con su dieta	si	14	27	3	44
	no	57	47	3	107
	a veces	13	23	13	49
Total		84	97	19	200

Cuadro 8

Fuente cuestionarios UMF 58

IMSS

.

63

Sin embargo no se encontró diferencia significativa entre el nivel de apoyo y las cifras de glucosa (X^2 tendencia= 2.84, $p=0.09$).

Cuadro 9

Tabla de contingencia

Recuento

		Nivel apoyo			Nivel apoyo
		Bajo	Medio	Alto	
como	normal	45	46	4	95
	ligeramente elevada	22	32	6	60

esta su glucosa	elevada	8	12	5	25
	no se	9	7	4	20
Total		84	97	19	200

cuestionarios UMF 58 IMSS

Fuente

Al realizar el análisis para conocer si se asocia el peso con el nivel de apoyo, encontramos que no existe asociación alguna ($p=0.347$)⁶⁴

Tabla de contingencia

Recuento

Cuadro 10.

		Nivel apoyo			Total
		Bajo	Bajo	Bajo	
como considera su peso corporal	normal	37	35	7	79
	Sobre peso	39	42	9	90
	obeso	8	20	3	31
Total		84	97	19	200

Pruebas de chi-cuadrado

Cuadro 11.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.461(a)	4	.347
Razón de verosimilitud	4.611	4	.330
Asociación lineal por lineal	2.181	1	.140
N de casos válidos	200		

A 1 casillas (11.1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.95.

Fuente cuestionarios UMF 58

IMSS

65

APGAR FAMILIAR.

El apgar familiar que se realizó en la primer pregunta: me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo un problema y que mide adaptabilidad 131 respondieron siempre(65%), pregunta 2 estoy satisfecho con la manera en que mi familia discute temas de interés y comparte conmigo la solución de problemas y mide participación contestaron siempre 112 (56%) la pregunta 3 mi familia acepta mis deseos de hacer cambios en mi vida y que nos mide crecimiento contestaron siempre 116 (116%) , la pregunta 4

Estoy satisfecho con el modo en que mi familia me expresa amor y respeto a mis sentimientos de enojo pena o afecto y que nos mide el afecto respondieron algunas veces 126 (63%), pregunta 5 estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo pasamos juntos y nos mide resolución 127(63.5%) respondieron siempre.

Cuadro 12.

		Frecuencia	Porcentaje
Pregunta 1 Adaptabilidad	casi nunca	21	10.5
	algunas veces	48	24.0
	casi siempre	131	65.5
Pregunta 2 Participación	casi nunca	23	11.5
	algunas veces	65	32.5

	casi siempre	112	56.0
Pregunta 3 Crecimiento	casi nunca	32	16.0
	algunas veces	52	26.0
	casi siempre	116	58.0
Pregunta 4 Afecto	casi nunca	26	13.0
	siempre	48	24.0
	algunas veces	126	63.0
Pregunta 5 Resolución	casi nunca	21	10.5
	algunas veces	52	26.0
	casi siempre	127	63.5

IMSS

Fuente cuestionarios UMF

66

4. DISCUSIÓN

En el trabajo que se realizó tenemos los siguientes resultados:

Edad se encontró que la mayor frecuencia está entre las edades de 53 a 73 años en 103 casos de los 200 de la prueba lo cual se corresponde con la literatura que muestra el mayor rango de edad se encuentra en estas edades (1,3,4) aunque la incidencia ha ido en aumento encontrándose en pacientes más jóvenes 24 casos en menores de esta edad en nuestro trabajo .

Sexo en la literatura refiere predominio de mujeres (4,14) y en nuestro trabajo corrobora este hecho al encontrar 112 mujeres y 88 hombres.

Estado civil en la literatura no hay grandes cambios en cuanto a este parámetro se refiere; pero en función de nuestro trabajo nos indica que la mayor parte de los pacientes son casados y si lo asociamos con los valores de glucosa normales que tienen el 95% de los pacientes vemos que al parecer esta asociación nos da un porcentaje elevado de control de la enfermedad.

La ocupación del paciente nos refleja que la mayoría de nuestros

encuestados son amas de casa (107) y nos vuelve a corroborar el dato de frecuencia mayor en las mujeres éstas en edad productiva.

La mayoría de nuestros pacientes viven con la esposa y si relacionamos esto con la fase del ciclo familiar los encontramos en fase de dispersión en 56 casos viven con la familia la cual es nuclear y otros 56 casos viven con los hijos quizá en este caso en fase de retiro .De acuerdo a la idiosincrasia de la sociedad mexicana solo un 8.5% de los pacientes viven solos lo cual demuestra todavía la importancia de vivir en familia dentro de nuestra sociedad.

67

La aportación económica en el estudio nos reveló que el paciente es el sostén de su familia lo que nos demuestra en primer lugar que los pacientes son productivos aún en edades avanzadas y en segundo lugar que esta enfermedad afecta a la población económicamente activa si lo sumamos con la cada vez más creciente aparición de la enfermedad y sus complicaciones a edades más tempranas ; de ahí se comprenden las grandes pérdidas económicas que conlleva esta enfermedad. (1.3.4)

Encontramos que la diabetes mellitus 2 se acompaña generalmente de otras enfermedades como hipertensión arterial, obesidad y síndrome metabólico y en nuestro trabajo 91 pacientes el 45% tiene hipertensión arterial sistémica siendo este uno de los principales factores de riesgo para enfermedad cardiaca coronaria y accidente vascular cerebral.(18) y en la encuesta 121 casos presentaron sobrepeso y obesidad con lo cual se afirma nuevamente lo referido en la literatura encontrándola como factor de riesgo para diabetes y un importante obstáculo para el tratamiento de la misma, el incremento de ambas hace que el manejo de estas sea particularmente importante.(19)

Los niveles de glucosa se encuentran en el 95 de los casos normales con valores de de hasta 140 mg y ligeramente elevados en 60 casos siendo los más frecuentes; estos resultados los podemos asociar con los medicamentos utilizados el más usado es la glibenclamida en 90 pacientes seguida de la insulina y de la

metformina en tercer lugar aunque ahora la tendencia a seguir es la asociación de dos medicamentos y en paciente obesos el uso de metformina.(20)

Se encontró en los pacientes que para la administración de sus medicamentos contaban con el apoyo familiar principalmente de los hijos y de la pareja en 125 casos ; el apoyo para seguir su dieta en 121 pacientes llevando la misma dieta en muchas ocasiones (96 casos) y animándolo a continuar con la dieta en 133 pacientes, ante este apoyo solo se desanimaban para continuar 75 pacientes.

No siendo significativa la falta de apoyo que refieren solo 10 pacientes para seguir su dieta.

También refieren ayuda de sus familiares para realizar ejercicio en 134 casos y el apoyo al paciente para acompañarlo a la consulta en 90 casos.

Los pacientes consideraron el apoyo emocional como el más importante e incluso es el que les gusta recibir de su familia corroborando el importante papel de la familia en la sociedad y como red de apoyo en los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas. Existiendo discrepancia con el estudio de la influencia de la familia en el control metabólico pues ellos refieren que la familia no apoya a su paciente diabético en control (12)

En cuanto al resultado del APGAR familiar aplicado los pacientes siguen percibiendo apoyo de sus familiares pues las calificaciones que recibieron sus respuestas siempre fueron altas

El papel que el médico familiar tiene en cuanto a diagnóstico, tratamiento, dieta y ejercicio se ve reflejada en el estudio pues la mayoría de los pacientes están controlados, aunque debe seguir insistiendo en la continuidad de las indicaciones para evitar complicaciones a corto, mediano y largo plazo.

5. CONCLUSIONES

En el trabajo realizado encontramos:

Que el objetivo general la percepción de apoyo de las redes familiares para el paciente con diabetes nos dio como resultado que los pacientes perciben un apoyo adecuado de sus familiares en el control de su enfermedad.

El tipo de familia encontrado en la mayoría de los casos fue familia nuclear en fase de dispersión o retiro porque la mayoría de los encuestados vivían solo con su pareja ya que la edad en que se encontró mayor frecuencia de la enfermedad fue entre los 60 y 64 años seguida de la familia nuclear con esposa e hijos y con el mismo porcentaje de casos faltaba uno de los cónyuges y vivían solo con los hijos.

El apoyo económico que recibe en la mayoría de los casos esta dado por el paciente que es quién trabaja, seguido de los hijos y la esposa y en último lugar esta el apoyo dado por la pensión que reciben los pacientes.

El paciente continua percibiendo apoyo adecuado; tanto para realizar dieta, ejercicio, toma de medicamentos y aún más importante para él, el apoyo emocional siendo todavía muy valorado por el paciente pues lo hace sentir querido y parte integral de su familia.

Debemos fomentar la participación de la familia en el cuidado del paciente con diabetes ya que las interacciones familiares son las que sostienen o perjudican la conducta terapéutica del paciente y en cierta forma son el reflejo de las características de la familia, así mismo se debe promover la educación de la familia para que puedan brindar mayor apoyo a sus pacientes.

El médico familiar tiene un papel importante en el cuidado y control de sus pacientes es importante que tenga competencia técnica pero al mismo tiempo humanística para poder alentar a sus pacientes y continúe día a día insistiendo en el apego a la dieta, ejercicio y medicamentos.

70

12. CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA.

El presente cuestionario tiene como finalidad identificar el apoyo familiar que recibe el paciente con diabetes mellitus 2.

Esta investigación cuenta con la autorización de la dirección de la Unidad Médica, la información que usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter anónimo y confidencial y será obtenida de manera voluntaria.

Si usted siente que alguna pregunta le ocasiona molestia o incomodidad tiene la libertad de no contestarlas pues se respetará su pensamiento y decisión.

También si usted se siente lastimado (a), agredido (a), en su intimidad el cuestionario puede interrumpirse y ser destruido en su presencia si lo desea con lo cual daríamos por terminada su valiosa colaboración en el estudio.

La información que se obtenga será usada solo con fines de investigación y que nos permita obtener información para mejorar la atención médica integral que se brinda en esta Unidad Médica.

Solo le pido que sus respuestas sean honestas para que sean de utilidad.

Acepta usted contestarlas Si ----- No -----

Muchas gracias por su participación.

Numero de folio

Nombre

Numero de afiliación

Consultorio

Turno

Sexo

Edad

Estado civil

Ocupación

Escolaridad

¿Con quién vive? _____

¿Quiénes aportan dinero para su casa?

13. CUESTIONARIO.

71

1. - ¿Desde cuándo es usted diabético?

-1 año _____ 1-5 _____ 6-10 _____ +10 _____

2. - ¿Tiene usted otra enfermedad?

Si _____ No _____ ¿Cuál?

3.- Tiene usted peso normal _____ sobrepeso _____
obesidad _____

4.- Anote las cifras de glucosa que tuvo en su último control

-140mg/dl _____ 140-200mg/dl _____ + 200mg/dl _____

Lo ignora _____

5.- ¿El medicamento que toma se lo recetó?

Un médico particular _____ su médico familiar _____

6.- ¿Qué medicamentos usa para el control de su diabetes?

Glibenclamida _____ Metformina _____ Insulina _____

Otros _____

7.- Le surten su medicamento en el IMSS o lo tiene que comprar

IMSS _____ Lo compra _____

8.- ¿Qué familiar lo apoya u orienta para la administración de sus Medicamentos?

Padres _____ Pareja _____ Hijos _____

Parientes políticos _____ Otros _____

9.- ¿Cuál es el motivo principal de que usted no tome su

medicamento?

No tiene dinero _____ Nadie lo apoya _____

No surtieron su receta _____ Se le olvidó _____

10.- Su familia le ayuda a seguir la dieta indicada por su Médico familiar

Si _____ No _____ A veces _____

No porque _____

11.- ¿Su familia le apoya llevando su misma dieta?

Si _____ No _____ A veces _____

12.- ¿Sus familiares lo animan a continuar con su dieta?

Si _____ No _____ A veces _____

13.- ¿Usted se desanima para continuar con su dieta?

Si _____ No _____ A veces _____

14.- Sus familiares lo regañan por no seguir su dieta?

Si _____ No _____ A veces _____

15.- ¿Cuál es la principal causa de que usted no siga su dieta?

No tiene dinero _____ Nadie lo apoya _____

No se la han indicado _____ No le gusta _____

16.- ¿Su Médico familiar le indica algún ejercicio?

Si _____ No _____ A veces _____

17.- ¿Su familia le apoya a realizar el ejercicio indicado por su Médico familiar

Si _____ No _____ A veces _____

No, porque

18.- ¿Cuál es la principal causa de que usted no haga ejercicio?

No tiene dinero _____ Nadie lo apoya _____

No se lo han indicado _____ No tiene tiempo _____

No le gusta _____

19.- ¿Su familia lo comprende en sus cambios de carácter?

Si _____ No _____ A veces _____

20.- ¿Algún familiar lo acompaña a su consulta?

Si _____ No _____ A veces _____

21.- ¿Qué apoyo considera el más importante?

Económico _____ Emocional _____ Físico _____

Mixto _____

22.- ¿Qué apoyo le gustaría recibir de su familia?

Económico _____ Emocional _____

Ayuda en sus labores _____

Mixto _____

	Casi siempre (2)	Algunas veces (1)	Casi nunca (0)
1. Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema			
2. Estoy satisfecho con la manera en que mi familia disfruta y participa en la resolución de problemas conmigo			
3. Encuentro que mi familia acepta que yo realice nuevas actividades o haga cambios en mi estilo de vida			
4. Estoy satisfecho con la forma en que mi familia expresa su afecto y responde a mis sentimientos de ira, aflicción y amor.			
5. Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo pasamos juntos			

6. BIBLIOGRAFÍA

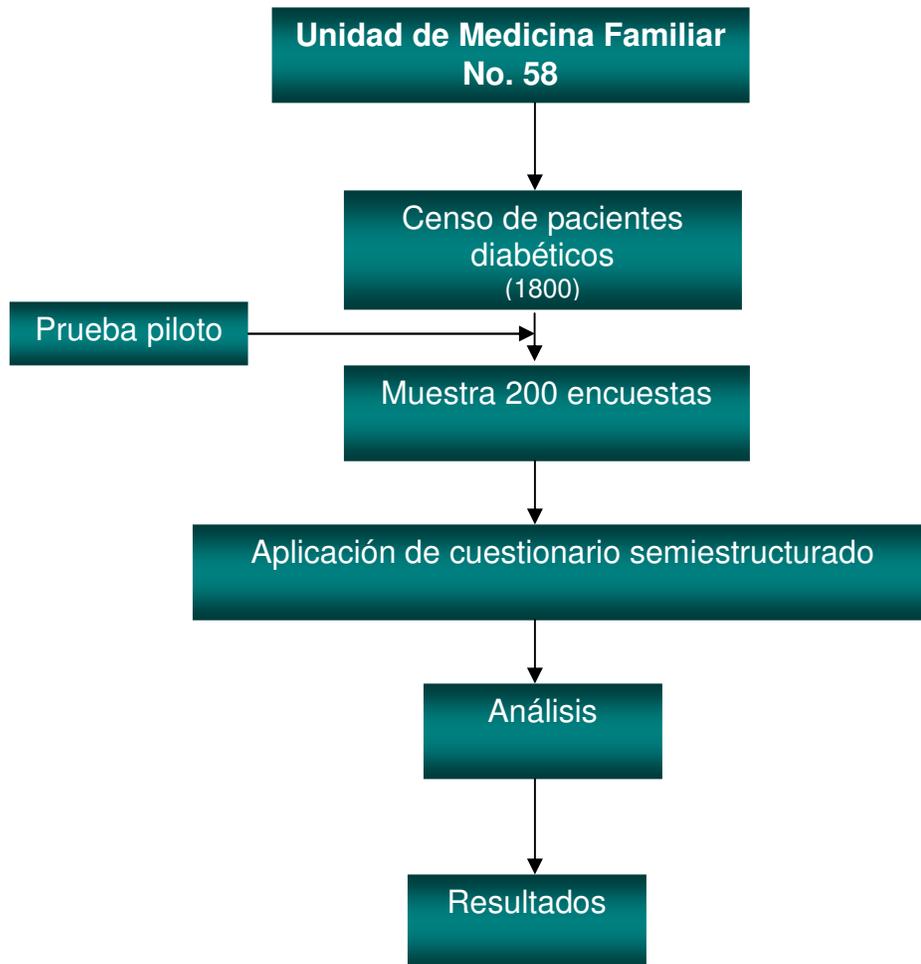
1. HERRERA GL, TORRES GA. Modulo introductorio a Sección fija de Diabetes Mellitus 2; Rev. Para La Salud, año 8(72); 2003: 48-52
2. Ficha Fascicular Merck; Diabetes Mellitus una Perspectiva Histórica. (1); 2003: 3-5
3. HERRERA GL, TORRES y Gutiérrez RA. Epidemiología y fisiopatología de la Diabetes Mellitus 2. Rev. Para la Salud; año 8 73: 2003 49-50.
4. MORENO AL; Epidemiología y Diabetes. Rev. Facultad de Medicina UNAM. 44(1); 2001: 35-37
5. KENT SC. Diabetes Mellitus 2. En Taylor RB: Medicina de Familia principios y Práctica. EDT. Springer Verlarg, 5° ED: 1100–1109.
6. LIFSHITZ A, Urruti J;, Llata M. Diabetes Mellitus 2; Programa Nacional de Actualización y Desarrollo Académico para el Médico GENERAL; Educación Médica Continua, 2 ED.(1)México 1999: 7 – 11
7. GONZALEZ MF, LEON PI. Perspectivas en el tratamiento en la Diabetes Mellitus; Revista Médica del Hospital General de México.65 (3); 2002:173 –177
8. Umesh Masharani. Diabetes Mellitus e Hipoglucemia; Diagnóstico. Clínico y Tratamiento. Edición numero 41. Año 2006 p. p. 1041-1080 EDT. Manual Moderno México
9. Huerta G.J. Estudio de la Salud Familiar Colegio Mexicano de Medicina Familiar AC. Programa de Actualización Continua en Medicina Familiar PAC MF 1 Libro 1 Edición 1° 1999 p. p. 5-38 Editores Intersistemas. México
10. IRIGOYEN CA. Clasificación de Familias y Prioridad a Investigar en Medicina Familiar; Rev. Med. IMSS VOL 29, 1991: 365 -368

11. IRIGOYEN CA. Fundamentos de Medicina Familiar; ED. Medicina Familiar Mexicana, 5 edición 1998:4 – 10
 12. MACARAN AB, GRANT W. Taylor BR. Familia y Salud. ED Medicina de Familia Principios y Práctica; 5 edición. Año 2003 p. p. 30-33
 13. VALADEZ F, ALDRETE R, ALFARO AN. Influencia de la Familia en el Control Metabólico del Paciente Diabético2. Rev. Salud Pública de México Vol. 35 (5) sep.-oct. 1993:464 –470
 14. QUIROZ PR, CASTAÑEDA LR, OCAMPO BP. Diabetes Tipo 2 Salud Competencia de las Familias; Rev. MED. IMSS 40(3) 2002:213 – 220
 15. CHAVEZ SA. Desempeño del Médico familiar en el Control de Diabetes Mellitus 2 en una Unidad de Medicina Familiar; Rev. Para la Salud año 7 núm. 70 jul. 2003 pp.55-63
 16. Epidemiología.- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de DM2 Resultados Preliminares. Núm. 36 Vol. 21 semana 36 del 5-11 Septiembre 2004
 17. TERAN - Trillo M, Ponce - Rosas; Irigoyen -Coria a. Redes Sociales en la Atención Médica Familiar. Archivos de Medicina Familiar 1999; Vol. (2); 35-44
 18. Ochoa C. Enfermedad Cardiovascular relacionada con la Diabetes Mellitus 2 tipo2 Para la Salud año 9 .2005 pp17-25
 19. Ochoa C. Obesidad y Diabetes Mellitus tipo 2 Para la Salud año 9 num.83 oct.2004 pp60-69
- 77
20. Herrera GL-Torres y GR Nuevos tratamientos en Diabetes. Para la Salud año9 núm.82 sept .2004 pp57-6
 21. Pérez P. E., Educación y DM2, Enfermedades Endocrinas en Niños y Adultos Sociedad Mexicana de nutrición

y Endocrinología AC. Primera Edición 2001 pp.403 – 412
Editorial Intersistemas Editores. México

22. Ayala R .A. Riesgos en el paciente con DM2
Enfermedades Endocrinas en Niños y Adultos
Soc. Mexicana de Nutrición y Endocrinología AC.
Primera Edición 2001 .pp. 413- 414
Editorial Intersistemas Editores. México
23. Huerta G. J. L. La Familia como Unidad de Estudio
Medicina Familiar. La Medicina en el Proceso Salud
Enfermedad. Primera Edición 2005 pp. 9 – 54
Ed. Alfil México
24. Huerta G. J. L. La Familia en el Proceso Salud Enfermedad
Medicina Familiar. La Medicina en el Proceso Salud
Enfermedad. Primera Edición 2005 pp. 1 – 6
Editorial Alfil México
25. Ponce.R.R. Etapas de la autorización en Investigación
Guía para la Tutoría de Proyectos de Investigación en
Medicina
Familiar. Primera Edición. 2003 pp. 1 – 14
Editorial Medicina Familiar Mexicana, México
26. Ponce – Rosas ER, Gómez- Clavelina FJ.
Perfil de la Estructura Familiar en una Zona Urbana de Tlalpan
Archivos en Medicina Familiar volumen 1, 1999 pp.67 – 72

7. ANEXOS



APGAR FAMILIAR

	Casi siempre (2)	Algunas veces (1)	Casi nunca (0)
1. Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema			
2. Estoy satisfecho con la manera en que mi familia disfruta y participa en la resolución de problemas Conmigo			
3. Encuentro que mi familia acepta que yo realice nuevas actividades o haga cambios en mi estilo de vida			
4. Estoy satisfecho con la forma en que mi familia expresa su afecto y responde a mis sentimientos de ira, aflicción y amor.			
5. Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo pasamos juntos			