



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 49
CELAYA, GTO.

**UTILIDAD DEL APGAR FAMILIAR Y DE AMIGOS EN EL ADULTO MAYOR
DIABETICO EN EL HGSZ CON MF No. 20 IMSS**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DR. GERARDO FRANCISCO LOPEZ NUÑEZ



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.

1. TÍTULO.

UTILIDAD DEL APGAR FAMILIAR Y DE AMIGOS EN EL
ADULTO MAYOR DIABÉTICO EN EL HGSZ CON MF No. 20
IMSS

2.- INDICE

Titulo.....	1
Índice.....	2
Marco teórico.....	3- 14
Planteamiento del problema y pregunta de investigación.....	15
Justificación.....	16
Objetivos.....	17
Hipótesis conceptual.....	18
Metodología.....	19 -20
Resultados.....	21-27
Discusión.....	28-30
Conclusiones.....	31
Bibliografía.....	32-34
Anexos.....	35

MARCO TEORICO

Epidemiología

La población anciana es la que con mayor rapidez está creciendo a nivel mundial, tanto en México como en otros países la proporción de ancianos es significativa. (1,2)

Los adultos mayores en México actualmente representan una cifra de aproximadamente de 6 a 7 millones , se encuentra distribuidos en familias nucleares extensas y solos , en general la proporción de personas que viven solas (jóvenes , adultos y ancianos) es de menos del 2% , pero la proporción relativas de los ancianos es mayor en esta categoría siendo actualmente 744 mil adultos mayores de 60 años o más en esta situación , de modo que la proporción de hogares unipersonales se eleva a casi uno de cada 10 en la tercera edad (1)

La población de México pasa actualmente por una fase avanzada de la transición demográfica y se aproxima gradualmente a la última etapa. De acuerdo a las proyecciones vigentes del Consejo Nacional de Población (CONAPO), se espera que la transición demográfica de nuestro país se haya completado a mediados del presente siglo. Los habitantes pasarán de casi 100 millones en el 2000 a más de 130 millones en el 2050, pudiéndose identificar dos claras diferencias. La primera, de la población infantil y juvenil (0 a 14 años) a la senecta, donde el decremento de 13.8 millones en los primeros se equipara a casi el incremento de 14.1 millones en quienes tienen 65 a 75 años de edad. Segunda, de los individuos de las primeras diecinueve edades activas (15 a 33años) a la población de las siguientes diecisiete edades laborales (34 a 50 años), donde ahora la pérdida de 8.59 millones de los más jóvenes se ve prácticamente compensada con la ganancia de 8.86 millones de los más viejos. Los adultos mayores presentarán el crecimiento demográfico más dinámico. Su monto se multiplicará casi

siete veces al aumentar de 4.8 a 32.4 millones e incrementará su participación de 4.8 a 24.6%, es decir que dentro de 50 años, uno de cada cuatro mexicanos pertenecerá a la tercera edad. El proceso de envejecimiento se puede resumir en la duplicación de la edad mediana de la población de nuestro país: de 23.2 años en 2000 a 46.3 años en el 2050. La vida media aumentaría de 75.3 años (73.1 para hombres y 77.6 para mujeres) en la actualidad a 83.7 años (82 y 85.5, respectivamente) dentro de medio siglo. (3)

Según datos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) una de cada 10 personas es mayor de 60 años y, para el año 2050 una de cada cinco pertenecerá a la tercera edad, de modo que por primera vez en la historia habrá en el mundo más personas de 60 años que menores de 15 años, señaló el rector Iberoamericana (UIA) Cd de México, Enrique González Torres, al inicio las terceras jornadas por los derechos de las personas adultas mayores. (4)

Efectos del envejecimiento

El envejecimiento involucra cierto número de cambios fisiológicos, anatómicos, psicológicos y sociales, es decir, una declinación en la función del organismo como un todo, si bien no todos los órganos envejecen al mismo tiempo. El deterioro de las capacidades biosociales del anciano, trae un cambio en la posición y función que desempeña en la sociedad y específicamente en su familia, lo cual está claramente marcado a partir de la jubilación. (5)

En el adulto mayor la pérdida de ocupaciones en su familia, en su grupo y en su trabajo, conducen a inadaptación social, y de su intensidad o continuación, resultan serias perturbaciones a nivel de la propia personalidad (psicológica) y de alguna manera se incrementa el deterioro biológico (físico) sobre todo por la presencia de enfermedades crónicas como la diabetes.

Este período principalmente está marcado por los cambios que se producen con la persona, no sólo por un determinado número de años impuestos por la sociedad, sino que también, por los cambios biológicos, psicológicos y sociológicos.

Biológicos: Cambios en el organismo, adaptación, lentificación, disminución de los órganos sensoriales, problemas de salud.

Psicológicos: Cambios en las facultades intelectuales y mentales, en el modo de encarar el proceso de envejecer.

Sociológicos: Cambios que configuran determinadas oportunidades y condiciones de vida para la categoría de los viejos.

El campo SOCIAL es de una gran amplitud y en él podemos estudiar numerosos cambios. (6, 7,8)

1) La vida laboral

El retiro del trabajo produce un gran impacto psicológico; llevando muchas veces a graves y progresivos problemas de depresión, ocasionado por pérdida de su identificación dentro de la sociedad, se siente que no es nadie y pierde su sociabilidad. Tiene restricciones económicas al recibir una pensión inferior al ingreso percibido por trabajo remunerado, como también dispone de mayor tiempo libre, se siente inútil sin saber como llenarlo.

2) La ideología del viejísimo

Nuestra sociedad da una imagen equivocada de esta etapa de la vida, por el retiro forzado del trabajo y los cambios biológicos la considera como viejísimo, como una

etapa de decadencia en lo físico y lo mental, dando al adulto mayor una imagen de incapacidad, de inutilidad social y de rigidez, ahí que acepten su deterioro como algo fatal que los lleva a asumir una actitud de resignación y apatía, restringiéndose cualquier iniciativa de superación por grandes temores a ser rechazados.

3) Ausencia del rol

Las etapas de niñez, adolescencia y adultez tienen sus roles perfectamente establecidos, pero no existe una definición socio-cultural del conjunto de actividades que serían específicas de los adultos mayores y cuyo desempeño los haría sentirse útiles, conseguir reconocimiento social, elevando su autoestima. (2)

En muchos casos el compañero (a) ya partió y deben enfrenar los desajustes emocionales de la viudez, unidos en la mayoría de los casos, con la independencia de los hijos.

Cada persona mayor debe buscar que hacer, ver tareas más o menos valiosas para él, pero sin garantía que serán reconocidas socialmente, esto hace que unos pocos logren su quehacer y que muchos otros deban resignarse al estrecho mundo de las cuatro paredes de su hogar donde viven un transcurrir sin anhelos, sin entusiasmo, sin horizontes.

Es así como podemos clasificarlos en tres grupos a las personas mayores: normal, frágil y postrado o terminal. (2,6)

Normal

Es la persona que ha logrado un bienestar y vida satisfactoria en la etapa de adulto mayor, representa alrededor del 56% de la población mayor de 65 años y se caracteriza por:

Ha asumido la vejez

Sano física y psíquicamente

Independiente

Ha causado en forma positiva y creativa la experiencia acumulada

Sabe que hacer con su vida, buena autoestima

Tiene actividad de crecimiento personal

Tiene compañía y afecto (pareja, familia, amigos)

Seguridad económica

Vivienda.

Frágil

Es la persona que no ha logrado una vida plena en el transcurso de su vejez y se encuentra en una situación de riesgo, este grupo representa aproximadamente al 28% de la población adulto mayor y se condiciona por:

Que no ha asumido la vejez

Sufre algún daño físico o psíquico

Dependiente

No tiene actividad creativa para él

Mala autoestima

Carente de afecto

Problemas económicos

No tiene posibilidades de vivir independientemente

Maltratado o sobreprotegido (que lo inutiliza)

Tiene temores de pobreza, enfermedad, soledad.

Postrado o terminal

Es la persona muy dañada, sin posibilidad de superación, dependiente absoluto o institucionalizada. Representa un porcentaje aproximado al 16% de la población mayor con un porcentaje de más o menos el 4% de ella, recluida en algún Hogar de Ancianos.
(5)

La familia

Ante la presencia de un enfermo crónico la familia requiere adaptarse y transformarse a la sociedad al mismo tiempo; precisamente por las dificultades transaccionales, la tarea psicosocial de la familia deberá priorizar el apoyo a sus miembros (6)

La familia es lo más importante para el hombre, y es considerada un recurso para el mantenimiento de la salud y la atención preventiva, ya que influye en el individuo a través de sus relaciones de intimidad, solidaridad y afecto. De igual manera las experiencias emocionales contribuyen como producto de su cultura y de su grupo social, la familia constituye una unidad básica de la atención médica y de la salud, que presenta patrones característicos de la morbilidad, la respuesta a los síntomas y a la utilización de los servicios médicos.(7-11)

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.(12)

Las reacciones de la familia ante la presencia de una enfermedad dependerán de varios factores: del tipo de familia, la cultura y la educación de cada miembro; 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.(11,13-15)

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.(16.17)

Los amigos

Se ha señalado la participación de la familia es de suma importancia pero ante la evidencia del número de hogares unipersonales de los adultos mayores, cobra importancia otros grupos como el de los amigos, poco estudiado y que recientemente Liliana Arias y colaboradores lo han abordado (18).

El Apoyo y Bienestar que se obtiene de la familia y de los amigos tiene un doble efecto sobre el bienestar psicosocial.

Efecto Directo: Al permitir que el individuo se sienta parte integrante de un conjunto de personas unidas por lazos de solidaridad y responsabilidad mutua, con los que puede contar en caso de necesitarlas; también le permite satisfacer sus necesidades de pertenencia y afecto y darle un sentido a su vida mediante el amor que da y recibe de otros.

Efecto Indirecto: Atenúa y protege de los efectos disturbadores de las condiciones estresantes, al aumentar la capacidad de respuesta frente a las situaciones cotidianas.

Forma de apoyo social

Apoyo cognitivo: Facilita al individuo enfrentar las circunstancias de la vida al recibir consejo e información.

Apoyo emocional: Al expresar emociones y recibir cobijo, consuelo y aliento, dar afecto y simpatía, amar y apoyar a otro sentirse amado, tranquilizar, alentar y dar consuelo.

Apoyo instrumental: Al ser asistido con cuidados de ayuda material o bienes que pudiera requerir para salir adelante, crear condiciones de vida más favorables.

Relaciones interpersonales: Los miembros de la familia son agentes socialmente definidos como los principales proveedores de apoyo.

También hay otras instancias donde se puede establecer este tipo de relación personal:

Grupo de amigos, vecinos, clubes de ancianos, profesionales y proveedores de servicios.

Es importante avalar una política social de fomento y apoyo a la creación de redes de relaciones personales a las que se pueden integrar los adultos mayores.

Dos categorías de proveedores de apoyo

1. Familiar:

Ayuda práctica al intercambio de bienes y servicios

Apoyo afectivo y sentido de pertenencia.

Responsabilidad mutua con la seguridad de apoyo necesario en caso requerido.

2. No Familiares:

Conversar, intercambiar experiencias y entretenerse.

La responsabilidad primordial se da entre los miembros de la familia nuclear:

Padres por hijos

Cónyuges entre sí

Hijos adultos atienden primeramente su hogar y en menor escala a sus padres ancianos.

Los adultos mayores reconocen la obligación primordial de sus hijos a su propia familia, por lo que acuden a ellos sólo en caso de emergencia.

La relación de los adultos mayores con su familia es de intercambio.

El mantener relaciones interpersonales únicamente con familiares no sería suficiente para experimentar un alto nivel de bienestar; además se requeriría de vínculos con a lo menos un amigo. (5)

Apgar Familiar y de los amigos

La familia como sistema juega un papel importante no sólo en el proceso generador de alteración de la salud sino en su proceso de rehabilitación, esto depende de si la familia es disfuncional o, por el contrario, es funcional, y cuenta con unos recursos adecuados de soporte social. (19)

El clínico identifica con mucha facilidad la disfunción familiar severa, bien sea por el interrogatorio o por la observación de las interacciones familiares. Sin embargo, lo más común en la práctica ambulatoria es que el enfermo haga una negación de sus problemas familiares o que el agente de salud tenga dificultad para abordar tales temas. En esas oportunidades instrumentos de evaluación familiar como el APGAR familiar cobra su importancia como herramienta de enfoque del problema, en el seguimiento y orientación para una remisión oportuna y adecuada en los casos que sea necesario. (19)

El Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, en 1978 creó el APGAR familiar como una respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia, con un instrumento que se diligencia por sí mismo, que es entendido fácilmente por personas con educación limitada y que en muy poco tiempo se puede completar (20)

Se diseñó para el uso potencial de personas en distintos estratos socioeconómicos y en diversos contextos socioculturales; además, es capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes importantes de la función familiar. Sus parámetros se delinearon sobre la premisa que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar:

1. Adaptación
2. Participación

3. Ganancia o crecimiento

4. Afecto

5. Recursos

Para el instrumento inicial se propusieron 3 posibles respuestas (2, 1, 0) en cada parámetro; al sumar los 5 parámetros, el registro oscilaba entre 0 y 10 puntos, que indican baja o alta satisfacción con el funcionamiento de la familia¹. Más adelante se observó que la precisión del instrumento se aumentaba cuando cada uno de los 5 aspectos que se evalúan en el APGAR familiar se categorizaba bajo 5 opciones (4, 3, 2, 1, 0). Así, al sumar los 5 parámetros, el puntaje oscila de 0 a 20, para indicar baja o alta satisfacción con el funcionamiento de la familia¹. Este sistema de puntuación es el que se utiliza actualmente a nivel de atención primaria y de investigación.

La validación inicial del APGAR familiar se efectuó para establecer correlaciones con un instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index), e igualmente con estimativos de función familiar hechos por diversos psicólogos. La validación mostró un índice de correlación de 0.80 entre el APGAR/Pless-Satterwhite y de 0.64 entre APGAR/estimación de psicólogos. Este mismo estudio observó cómo los puntajes en familias de profesionales (promedio = 8.24) eran significativamente más altos que los puntajes observados en las familias no profesionales (promedio = 5.89).
(21-22)

Después de esta validación inicial, el APGAR familiar, se evaluó en múltiples investigaciones, como la efectuada por los departamentos de psicología y de psiquiatría de la Universidad de Washington, y el estudio longitudinal de la Universidad de Taiwán en 1980, que mostraron unos índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83.
(22)

En tales estudios se estableció que el soporte social que suministran los amigos se percibía como un factor importante para el individuo y se correlacionaba significativamente con la función familiar. Esto motivó a la Dra. Liliana Arias y a Herrera incluir en el APGAR familiar el apoyo que brindan las amistades. (18).

La puntuación conjunto entre Apgar familiar y el soporte de amigos, da un valor máximo de 28 /28. Es posible definir el uso del Apgar familiar, del soporte de amigos a nivel individual o para evaluación conjunta, según el objetivo de la evaluación o investigación, la propuesta es evaluar de acuerdo los nuevos criterios de los ítemes bajo cinco opciones (4, 3, 2, 1,0) y agregar las opciones de ¿Tiene Ud. alguna persona, amiga o amigo cercano, a quien pueda buscar cuando necesita ayuda? Y el de ¿Estoy satisfecho con el soporte que recibo de mis amigos o amigas?, los autores de esta modalidad incluyen las respuestas desde la categoría de casi nunca 1, algunas veces 2, casi siempre 3 y siempre 4 , que sumadas a las categorías actuales del Apgar dan en total de 28 , entonces la clasificación de satisfacción se hace en base a los equivalentes de : buena función familiar de 18 –20, disfunción familiar leve 14-17, disfunción familiar moderada 10-13, disfunción familiar severa < 9, agregando el apoyo de soporte social de amigos con un porcentaje máximo de 8/8 en cuanto a su presencia y su calidad (18) .

Método de aplicación

La forma como se diligencia el APGAR familiar, es importante para evitar la introducción de sesgos del investigador o del trabajador de campo; sólo cuando la persona no está en capacidad de leer, lo puede hacer el entrevistador. Si el individuo puede leer, existe una contraindicación absoluta, debido a que influye el tono de la voz, la comunicación no verbal difícil de controlar en el investigador, y las presiones involuntarias que él mismo puede ejercer, el instrumento fue validado por la profesora

asistente, Departamento de Salud Familiar, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali,
Colombia. en 1994 (18)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El estudio de la influencia que tiene la familia y los amigos sobre el individuo diabético resulta complicado, porque los parientes y la red social que rodean al diabético con frecuencia son de gran magnitud; hay mucha influencia cultural, aunque muchos médicos admiten la importancia de la familia y del contexto social en el control metabólico, es complicado identificar y documentar los aspectos más relevantes. Una gran parte de lo que se ha escrito acerca de la familia y la diabetes, se relaciona con la diabetes tipo I, (insulina dependiente y no dependiente), de la fisiopatología, de lo genético, etc., pero existe poca información sobre la familia del diabético tipo II y de sus amigos.

Es importante destacar que como trabajadores en salud se debe fomentar la participación de la familia y de los amigos en el cuidado del diabético tipo II sobre todo cuando vulnerables como es la población del adulto mayor que vive circunstancias especiales previamente señaladas, ya que las interacciones familiares y de amistad son las que sostienen o perjudican la conducta terapéutica del paciente y, éstas en cierta forma son el reflejo de algunas características de su familia o de sus amigos.

- 1. ¿Existe soporte y ayuda familiar y de amigos en los adultos mayores diabéticos?*
- 2. ¿Cómo se asocian las características sociodemográficas de la familia?*

5.- JUSTIFICACION.

En nuestra Unidad se desconocen estudios previos sobre el comportamiento de la familia y de los amigos , en el apoyo del adulto mayor diabético, el Apgar familiar y de los amigos puede ser una herramienta útil para la atención de los pacientes , que al utilizarlo permita no solo diagnosticar la funcionabilidad familiar, sino evaluar en conjunto el apoyo que reciben de sus amigos según la percepción de los diabéticos mayores de 60 años y además identifique que relación guarda con sus características principales: la edad, estructura del núcleo familiar, funcionamiento familiar y características de generales de la familia , sobre todo cuando el médico familiar se enfrenta al dilema de tratar adultos mayores diabéticos aislados

6.- OBJETIVO

Objetivo General

Determinar la satisfacción y ayuda que recibe el adulto mayor diabético de la familia y de los amigos en el HGSZ no. 20 del IMSS San Luis de la Paz , Guanajuato.

Objetivos específicos

1. Determinar la satisfacción y ayuda de la familia y amigos de acuerdo al tipo de estructura familiar del adulto mayor diabético
2. Determinar la satisfacción y ayuda de la familia y los amigos de acuerdo al genero del adulto mayor diabético
3. Determinar la satisfacción y ayuda de la familia y los amigos de acuerdo a ocupación del adulto mayor diabético

7.- HIPOTESIS CONCEPTUAL

El adulto mayor diabético se encuentra satisfecho con el soporte familiar y de amigos , entendido como el ajuste de los mismos a los eventos que le suceden de forma única e individual y que determina la capacidad de interactuar con ellos , afrontar las adversidades y le permite detentar a su familia y amigos como sistemas de apoyo durante el evento crítico de la diabetes.

8.- MATERIAL Y METODOS.

Diseño. Estudio descriptivo, trasversal, con hipótesis conceptual

Muestra : No probabilística , por conveniencia , 2 de Mayo- Agosto del 2005, unidad de investigación: paciente mayor de 60 años o más independientemente de su estado civil o escolaridad con red de amigos y familia, la pirámide de población de la unidad tiene 903 adultos mayores del género masculino y 617 mujeres adultas mayores, la prevalencia reportada a nivel nacional para este grupo de edad en promedio es de tres veces más del promedio nacional que se estima del 6.8% (23) y dado que el total de diabéticos de la Unidad fue de 750 en todas las edades , un promedio estimado del 18%(135 adultos mayores) son de diabéticos a Junio 2004 , se pudo tener acceso a 46 diabéticos que completaron sus cuestionario y cumplieron los requisitos de consentimiento y suficiencia mental , fueron excluidos o eliminados 17 casos , doce por no completar los cuestionarios y cinco por percibirse enfermos para la entrevista

Criterios de inclusión: Adulto mayor diabético tipo 2 con red o sin red familiar y con red de amigos .Pacientes con adscripción al la unidad sede. Aceptación de su consentimiento verbal informado

Criterios de exclusión: Pacientes gravemente enfermos, sin suficiencia mental

Criterios de eliminación: No terminar la encuesta.

Definición operacional de las variables:

Variable dependiente

Satisfacción en el soporte familiar y de amigos para este trabajo se entiende como el grado de ajuste de familia y amigos a los eventos que le suceden de forma única e individual y que determina la capacidad de interactuar con ellos, afrontar las adversidades y le permite detentar a su familia y amigos como sistemas de apoyo

Variable Independiente

Característica sociodemográfica de cada paciente considerando el género, estructura familiar y ocupación.

Procedimiento: Se aplicó el cuestionario del Apgar familiar y de amigos de la Dra. Liliana Arias y col, autoadministrada y salvo que el adulto mayor fuera analfabeta fue ayudado por la trabajadora social de la Unidad, el tiempo fue libre y el lugar destinado para su aplicación fue el aula de trabajo social a fin de mantener confidencialidad y privacidad, además se aplicó la Cedula básica de identificación familiar

Criterios de medición. Nominal

Manejo estadístico: se Utilizó estadística descriptiva para variables universales, se empleó la prueba Ji cuadrada y exacta de Fisher para frecuencias esperadas menor de 5 para comparación de género y disfuncionalidad familiar con p menor de 0.05 para significancia estadística y la presentación es en tablas y gráfico de sectores circulares.

9.- RESULTADOS.

Se pudo tener acceso a 46 diabéticos que completaron su cuestionario y cumplieron los requisitos de consentimiento y suficiencia mental, fueron excluidos o eliminados 17 casos, doce por no completar los cuestionarios y cinco por percibirse enfermos para la entrevista

, las características generales de la población de estudio son mostradas en la **tabla 1** , el promedio de la edad sitúa a los encuestados en la etapa intermedia de la vejez , un poco mas de la mitad fueron mujeres , mayormente con nula o baja escolaridad , casados en su mayoría, con una mediana de 50 años de unión conyugal, con familia numerosa , solo una tercera parte perteneció urbanas ,la mayor parte con desarrollo tradicional , todas en fase de retiro, la mitad de las familias por ocupación pertenecen a pensionadas , se encontraron 12 matrimonios diabéticos .

Las medianas obtenidas mediante la aplicación del Apgar familiar y de amigos son mostrados en la **tabla 2** y por indicador ,la mediana y promedios la sitúan en general en funcionales, la clasificación por genero **tabla 3** las medianas de Apgar familiar y soporte de amigos son iguales, sin embargo mediante la clasificación general de las familias en el **Gráfico 1** de sectores circulares se muestran que un total de 37 (81%) son funcionales , el 19% mostró algún grado de disfunción .La calificación de familias de acuerdo a genero es mostrada en la **tabla 4** la prueba exacta de Fisher $p = 0.875$ con tres grados *No significativa* $p >0.05$. Por indicador se puede decir que se presentaron casos con diferente nivel de satisfacción familiar dado que el recorrido fue de 1 (casi nunca) a 5 (siempre) en los indicadores de adaptabilidad, participación, ganancia , solo el indicador de afecto tuvo un recorrido de 3 (algunas veces hasta siempre) En cuanto a los recursos de los amigos el recorrido fue desde 2 (casi nunca) hasta 8 (siempre) pero la media de 4.9 ± 1.9 . Los sitúa contar con recursos de amigos algunas veces.

Tabla 1. Características de la población

Edad en años	Mediana	Rango	Moda
	70.9(±5.7)	60 –85	70
	Media en Hombres	71.5 años	
	Media en Mujeres	70.5 años	
Genero	Número	Porcentaje	
<i>Masculino</i>	20	43.5%	
<i>Femenino</i>	26	56.5 %	
Escolaridad	Número	Porcentaje	
<i>Primaria o nula</i>	43	93.5%	
<i>Secundaria o mas</i>	3	6.5 %	
Estado Civil			
<i>Casados</i>	45	98%	
<i>Unión Libre</i>	1	2%	
Unión Conyugal en años	Mediana	Rango	Moda
	50 ±6.7	33-64	50
Número de Hijos	Mediana	Rango	Moda
	10 ±4.1	0-20	10
Clasificación de familia			
<i>Según desarrollo</i>	Número	Porcentaje	
Tradicional	32	69.5%	
Moderno	14	30.5%	
<i>Según localidad o comunitario</i>			
Urbano	42	91.3%	
Según estructura	4	8.7%	
Etapas del ciclo	46	100%	
Retiro			
Ocupación			
<i>Masculino</i>	Numero	Porcentaje	
Pensionados	10	50%	
Obreros	5	25%	
Otros	5	25%	
<i>Femenino</i>			
Dedicados al hogar	26	100%	
Evolución de la diabetes en años	Mediana	Rango	Moda
	14±7.6	0.6-30 años	20 años

Fuente Cebif 1.

Tabla 2 Calificación de Apgar y de amigos en la población general

	Mediana	Rango	Moda
Calificación global de Apgar	20	6 a 20	20
Calificación Adaptabilidad	4.5	1 a 5	5
Calificación de Participación	4.5	1 a 5	5
Calificación Ganancia	4.5	1 a 5	5
Calificación de Afecto	4.5	3 a 5	5
Calificación de Recursos de los amigos	4.9	2 a 8	4

Fuente Apgar Familiar y de los amigos

Tabla 3 Calificación de Apgar y de amigos en la población por genero

	<i>Masculinos</i>	<i>Femeninos</i>
Calificación de Apgar Global	Mediana 18.3 Rango 6 a 20	Mediana 18.0 Rango 6 a 20
Calificación de Recursos de los Amigos	Mediana de 4.9 Rango 2 a 8	Mediana de 4.9 Rango 2 a 8

Fuente Apgar familiar y de amigos

Grafico 1 Clasificación de funcionalidad de acuerdo a Apgar familiar

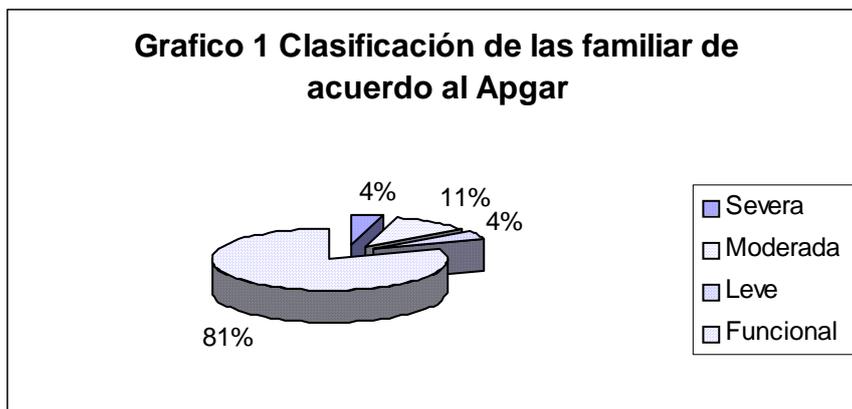


Tabla 4 Clasificación de familia de acuerdo a funcionalidad y genero

<i>Familia</i>	<i>Masculinos</i>	<i>Femeninos</i>
Funcional	17	20
Disfuncional leve	0	2
Disfuncional moderada	2	3
Disfuncional severa	1	1

Prueba exacta de Fisher $p = 0.875$ con tres grados No significativa $p > 0.05$

10.- DISCUSION.

El promedio de edad de la población en estudio fue de 70.9 ± 5.7 años, la sitúa cerca del promedio de la esperanza de vida de 73.1 años en México reportada por *Roberto Ham* (3), el 50% de los hombres encuestados se encontraban en la fase jubilación parte del desarrollo social manifestado durante el proceso del envejecimiento laboral (5)

En el estudio predominó el sexo femenino con un 56.5 %, recordamos que la prevalencia de las diabetes en las mujeres es un poco mayor que en los hombres (mujeres 10.6% y hombres 6.6%) (24), sin embargo también por el diseño del estudio es posible que sean mujeres las que acuden más a la consulta.

Se estudio un grupo de pacientes con enfermedad crónico degenerativa Diabetes con un promedio de evolución de 14 ± 7.6 años con un rango desde los 6 meses hasta 30 años , algunos pacientes pueden ya tener las repercusiones crónicas de la enfermedad, por tanto es importante el apoyo que reciben de su familia y amigos ante su enfermedad como lo menciona *Lasch C* , la familia es el refugio en un mundo despiadado, comenta que ante la presencia de un enfermo crónico la familia requiere adaptarse y transformarse a la sociedad al mismo tiempo, precisamente por las dificultades transaccionales, la tarea psicosocial de la familia deberá priorizar el apoyo a sus miembros.(6)

También en cuanto a la evolución de la enfermedad, *Meissner* señala 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, las familias estudiadas demostraron ser satisfactoria en su mayor parte a los enfermos (12)

Se encontró doce matrimonios que padecen Diabetes Mellitas tipo 2, Esto llama la atención como factor de riesgo muy elevado para las familias de los descendientes, la literatura internacional refiere que hay un elevado riesgo de predisposición genética y multifactorial, para padecerla.

En este trabajo se encontró que el instrumento resultó ser útil para buscar intencionadamente la funcionalidad familiar y el soporte de amigos, la población de estudio tuvo una mediana de funcionalidad familiar de 20 ± 3.7 , que los sitúa en un 81% funcionales grafica 1.

Las implicaciones biológicas y sociales reportadas en los programas de Geriatria y Gerontología de la Pontificia Universidad Católica de Chile , distinguen en general la población adulta mayor en tres grandes grupos : Normal , que en este estudio la mayoría de las familias presentó una funcionalidad en el 81% y que al considerar el grado de satisfacción que es el indicador principal del apgar familiar se puede asumir que este grupo corresponde a las características de : asumir la vejez , independencia, tiene compañía , afecto , satisfacción de la familia y crecimiento personal,

Aunque hubo calificaciones bajas en los recursos de los amigos con medianas en general de 4.9 y con rango de 2 a 8 situó a los pacientes con un soporte proveniente de los amigos de casi a nunca –casi siempre y al agregar el resultado soporte familiar mostrado con una mediana de 18.3 y con un rango de 6 a 20 que los sitúan en la clasificación de Frágil determinada : la poca satisfacción y afecto que reciben de la familia, no asumir la vejez, la presencia de la enfermedad concomitante , carencia de afecto , dependencia, baja autoestima, problemas económicos maltrato que en este trabajo no se investigaron directamente , un tercer grupo fue de Postrado o Terminal fue identificado en el trabajo y muy en particular se pudo identificar dos casos en la población , una mujer y un hombre con disfuncionalidad severa , que lo sitúan en una

clasificación de personas muy dañadas, sin satisfacción familiar , sin posibilidad de superación, dependiente absoluto o institucionalizada.

Los pacientes estudiados tienen a los miembros de la familia como principales proveedores de soporte pero también cuentan en algún grado con soporte de los amigos, con esto se puede considerar la importancia de avalar una política social de fomento y apoyo en la creación de redes de relaciones personales a las que se pueden integrar los adultos mayores y en las que se incluyan los amigos

Las limitaciones del estudio son principalmente dadas por el diseño de carácter transversal y el poco acceso a la población, sin embargo los resultados que son en un poco mas de la tercera parte del universo los adultos mayores diabéticos de la unidad se considera adecuada , se sugiere para nuevas investigaciones un carácter prospectivo y que indague cual es el apoyo que reciben los adultos mayores diabéticos en lo concerniente a: apoyo cognitivo , instrumental , emocional y de relaciones interpersonales

11.- CONCLUSIONES.

1. La mayoría de los pacientes estudiados tienen aporte primario de la familia y algunas veces de los amigos.
2. Existe funcionalidad familiar en la mayoría de la población de estudio.
3. La calidad de vida del adulto mayor puede incrementarse con el apoyo que recibe de la familia y de los amigos.
4. En cuanto a la hipótesis conceptual se pudo determinar que el adulto mayor diabético se encuentra satisfecho con el soporte familiar y de amigos.

BIBLIOGRAFÍA

1. OPS/OMS, INSAD, INEGI, SSA y COLEF. Base de datos de la encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en el área metropolitana de la ciudad de México, levantada en 1999. Arturo Lozano Cardoso. Introducción a la Geriátría. 2 ediciones, Méndez Editoriales; México 2000.
2. Walshe TM. Manual de problemas clínicos en medicina geriátrica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1987:1-3 (Edición Revolucionaria).
3. Roberto Ham, Luis M. Gutiérrez-Robledo. "El envejecimiento demográfico en México: importancia económica, social y política" Eds. México, Panamericana, 2001
4. González Torres E. Terceras Jornadas por los derechos de las personas adultas mayores Universidad Iberoamericana 2004
5. Pontificia Universidad Católica de Chile facultad de medicina departamento de medicina interna programa de geriatría y gerontología manual de geriatría Capítulo II. Proceso de Envejecimiento: sus implicancias biológicas y sociales 2004
6. Lasch C. Refugio en un mundo despiadado. La familia santuario o institución asediada. Barcelona España: Ed. Gedisa, 1984: 239-250.
7. 11. Gartley E. Pacientes, médicos y enfermedades. Familia y la atención de la salud y seguridad social. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 1982: 123-126.
8. Susman MB, Burchinad LG. La red familiar del parentesco en la sociedad urbana industrial de los Estados Unidos. En: Anderson M, comp. Sociología de la familia. Mexico: Fondo de Cultura Económica, 1980: 27-32.
9. Organización Panamericana de la Salud, la mala nutrición y los hábitos alimentarios. México: OPS, 1963: 13-24.
10. Levin I. Investigación en educación para la salud orientada hacia la familia, consideraciones generales. Bol Of Sanit Panam 1980; 2(38): 537-542.

11. Valadez I, Aldrete G. La familia como unidad de autoatención. Rev Asoc Méd de Jalisco, 1990; 19: 15-17.
12. Meissner WW. Family dynamics and psychosomatic process. Family Process 1966; (5): 142-161
13. Rodney MC. Sociología de la medicina. Madrid: Alianza Universidad, 1984: 111-139.
14. Williams JI, Leaman T. Estructura y función de la familia. En: Howard C. Medicina familiar. México, D.F.: Interamericana, 1974: 64-72.
15. Brand J, Maymhen C. Fogarty systems therapy a four dimensional concept of selfed. Washington D.C.: Groome Child Guidance Center, 1971.
16. Harwitz NC et al. La familia y la salud familiar, un enfoque para la atención primaria. Bol Of Sanit Panam 1985; 98(2): 144-153.
17. Strowig S. La educación de pacientes, un modelo para la toma de decisiones autónomas y para la acción deliberada en la autoasistencia de la diabetes En: Clínicas Médicas de Norteamérica. México, D.F.: Interamericana, 1979: vol.7: 1246-1255.
18. Arias CL, Herrea AJ. El Apgar familiar en el cuidado primario de la salud Colombia Médica 1994;25: 26-8
19. Smilkstein G. The patient, the family and the biopsychosocial model. Fam Med 1988; 6: 7.
20. Smilkstein G. The physician and family function assessment. Fam Syst Med 1984; 2: 262-78.
21. Good MJD, Smilkstein G, Good BJ, et al. The family APGAR index: a study of construct validity. J Fam Pract 1979; 8: 55.
22. Chen YC, Chen CC, Hsu SH, et al. A preliminary study of family APGAR index. Acta Pediatric Scand 1980; 21: 210.

23. García GJJ. Panorama de la mortalidad en el adulto mayor en México. Rev Fac Med UNAM, 1999; 42:35-36.
24. Alvarado Osuna C, Milan Suazo F, Vallez Sanchez V. Prevalence of diabetes mellitus and hyperlipidemias in otomi indians. Salud publica de Mexico. Septiembre/octubre 2001, vol 43, no5 p 459-63. ISSN 0036-3634.

ANEXOS

Formato APGAR familiar y de amigos.

Formato Cebif (cedula básica de identificación familiar)

ANEXO 1

ESCALA DE RECURSOS APGAR FAMILIAR DE AMIGOS

Las preguntas son de gran ayuda para entender su salud integral de familia. Familia se define como el o los individuos con quienes usted usualmente vive. Si usted vive solo, su familia consiste en la(s) persona(s) con quien(es) usted tiene ahora el lazo emocional más fuerte. Para cada pregunta marcar solo una x que parezca aplicar para usted.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi Siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y / o necesidad. ADAPTABILIDAD					
Me satisface como compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios en la casa, c) el dinero. PARTICIPACION					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades. GANANCIA.					
Me satisface como mi familia expresa a mis emociones como rabia, tristeza, amor. AFECTO					
Estoy satisfecho con el soporte que recibo de mis amigos (amigas). RECURSO.					
Tiene usted alguna (a) amigo (a) cercano a quien pueda buscar cuando necesita ayuda. RECURSO					

ANEXO 2

CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR (CEBIF – 1)

Familia: _____

Edo. Civil: Casados () U. Libre () Años de unión conyugal: _____

Nombre de la persona que responde al test: _____

Edad: _____ Sexo: M F Escolaridad: _____

Domicilio: _____

Edad del padre: _____ Edad de la madre: _____

Numero de hijos (hasta de 10 años de edad): _____

Numero de hijos (de 11 a 19 años de edad): _____

Numero de hijos (de 20 o más años de edad): _____

TOTAL:

Tipo de Familia: Marque con una equis ()

Desarrollo Familiar	Moderna ()	Desarrollo Comunitario	Urbana ()
	Tradicional ()		Rural ()

Estructura: Nuclear ()
Extensa ()
Extensa compuesta ()

Ocupación del padre de familia: _____

Ocupación de la madre de familia: _____

Etapa del ciclo vital familiar: Expansión () Dispersión ()
Independencia () Retiro ()

Observaciones: _____