



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION REGIONAL EN MICHOACAN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N.75

APOYO FAMILIAR AL PACIENTE DIABÉTICO EN FAMILIAS PHURÉPECHAS
ADSCRITAS A LA UMF 20 PÁTZCUARO

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DR. EFRAIN EMILIANO RIOS

MORELIA, MICHOACÁN.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**APOYO FAMILIAR AL PACIENTE DIABÉTICO EN FAMILIAS PHURÉPECHAS
ADSCRITAS A LA UMF 20 PÁTZCUARO**

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

PRESENTA

DR. EFRAIN EMILIANO RIOS

AUTORIZACIONES

DR. OCTAVIO CARRANZA BUCIO

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERAL EN EL IMSS**

ASESOR DE TESIS

DRA. MARIA DE LOS ANGELES RENTERIA ORTIZ

MEDICO FAMILIAR

PSICOTERAPEUTA FAMILIAR

**APOYO FAMILIAR EN PACIENTE DIABETICO EN FAMILIAS
PHUREPECHAS ADSCRITAS A LA UMF 20 PATZCUARO**

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

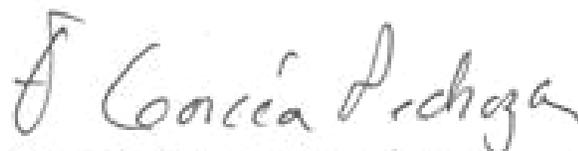
PRESENTA

DR. EFRAIN EMILIANO RIOS

AUTORIZACIONES



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



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

Agradecimientos

A Dios, por la vida y la salud.

A mis padres Jesús y Margarita y a mi hijo Efraín, por ver el esfuerzo y dedicación y ahora espiritualmente el resultado. (+)

A Teté, hija gracias por tu apoyo y comprensión.

A mis maestros, Dr. Octavio Carranza Bucio y su esposa Dra. Ma. De los Angeles Rentería Ortiz, que contribuyeron en mi formación académica, con sus enseñanzas y ejemplos de éxito en la medicina familiar.

Gracias.

1. Introducción.....	5
2. Antecedentes.....	7
3. Problema.....	25
4. Justificación.....	26
5. Objetivos.....	28
6. Metodología.....	29
7. Resultados.....	38
8. Discusión.....	80
9. Conclusiones.....	81
10. Anexos.....	82
11. Bibliografía.....	85

1.- Introducción

El objetivo de éste estudio es valorar el apoyo con que cuenta un miembro de la familia Phurépecha portador de Diabetes Mellitus tipo 2, adscrito a la clínica No. 20 del IMSS en Pátzcuaro, Michoacán.

Se trata de un estudio de enfoque etnográfico donde la observación participante en la entrevista constituye el elemento básico. Las familias estudiadas forman parte de la cultura tradicional Phurépecha. En teoría esta cultura se mantiene autóctona y conserva usos y costumbres propios. Sin embargo, la modernidad es un proceso inevitable y especialmente en las zonas urbanas ha transformado localmente las costumbres y los valores.

La investigación cualitativa de tipo etnográfico plantea problemas diferentes a los que se estudian en la investigación biomédica. En el caso de éste estudio, se utilizó la entrevista con la familia con el deliberado propósito de observar los comportamientos generados en el interior de la misma relacionados con el apoyo. El apoyo puede ser físico biológico, como cuando un integrante de la familia es menor de edad y no puede valerse por si mismo; o puede tratarse de apoyo psicoemocional y social en cuyo caso se trata de observar la dinámica del grupo. En cualquier caso, la dificultad mayor reside en poder observar las pautas que indican la presencia o ausencia del fenómeno.

Con la idea de objetivizar la observación, en este estudio se utilizaron tres instrumentos: a cada familia se le elaboró un Genograma, se solicitó contestar la escala FACES III y el cuestionario Medical Outcomes Study MOSS-20.

Los resultados indican que estas familias no tienen una cultura de apoyo distinto a las comunidades “occidentalizadas” de la propia cultura Phurépecha; sin

embargo, resulta interesante como intentan resolver dentro de sus usos y costumbres las crisis que les genera la enfermedad. El elemento más valioso obtenido en este estudio está en relación a la interpretación del Genograma socio dinámico, instrumento que se revela aquí como de gran interés para la práctica de la medicina familiar.

2.- Antecedentes

La American Diabetes Association (ADA), en su informe emitido en 1997 definió a la Diabetes Mellitus (DM) como un síndrome clínico dentro del cual se engloban diferentes entidades nosológicas ⁽¹⁾. Este nuevo concepto de enfermedad diabética fue ratificado por la Organización Mundial de la Salud en 1998. Es una enfermedad crónica, actualmente incurable y que evoluciona a complicaciones irreversibles; sin embargo puede ser abordada con un tratamiento integral y constante, que bien llevado permite al paciente y a su familia una calidad de vida mejor.

Más que una entidad única, la diabetes es un grupo de procesos con causas múltiples que pueden afectar la psicología del enfermo. Ese déficit puede ser mínimo o puede ser total, con todos los grados intermedios. Pero todos, en mayor o menor cuantía, tienen comprometida su salud, sus posibilidades de vivir sin padecimientos físicos y probablemente ver cortada su existencia. Todas estas posibilidades negativas pueden ser corregidas con un tratamiento integral adecuado y una conducta disciplinada tanto del enfermo como de su familia.

De tal manera que si la diabetes no es controlada adecuadamente, puede llevar a serias complicaciones familiares y médicas como las macro vasculares y micro vasculares. La forma de evitar estas complicaciones, es el control por parte del enfermo y la familia, dicho control tiene que ser continuo en donde intervienen el equipo de salud y el apoyo familiar.

La Diabetes Mellitus afecta entre el 8% y 12% de la población estadounidense. La incidencia aumenta con la edad: 2% entre los 20 y 44 años de

edad; 18% entre los 65 y los 74 años de edad. Es responsable del 8% de todos los casos de ceguera y representa la causa principal de enfermedad renal terminal. La enfermedad cardiovascular es dos veces mas frecuente en los diabéticos que en los no diabéticos. En 1985 la OMS estimó la existencia de 30 millones de personas con diabetes. Diez años después el número alcanzó los 135 millones. Actualmente existen más de 150 millones de diabéticos en el mundo y es probable que en el año 2025 se llegue a 300 millones ⁽²⁾. En México alrededor del 8.2% de la población entre 20 y 69 padece Diabetes Mellitus, y cerca del 30% de los individuos afectados desconoce que la tiene. En nuestro país existen más de 4 millones de personas enfermas, de las cuales poco más de 1 millón no han sido diagnosticadas. Una proporción importante de personas la desarrollan antes de los 45 años de edad, situación que debe se evitada. Actualmente ocupa el 3er. Lugar de la mortalidad general³

En el organismo normal, la insulina mantiene la glucosa sanguínea a un nivel satisfactorio (normo glucemia), previene su aumento o lo corrige, e influye en la producción y el consumo de glucosa. Cuando las concentraciones de azúcar en la sangre son bajas, el páncreas libera glucagón, que actúa contrariamente a la insulina, estimulando la degradación de glucógeno y la liberación de glucosa del hígado. Cuando las concentraciones de glucosa en la sangre son elevadas, el páncreas libera insulina, que eliminan la glucosa del torrente sanguíneo. Influye en el consumo de glucosa estimulando los receptores de las células a captarlas.

Hay otro porcentaje de diabéticos que carece absolutamente de capacidad para producir insulina por sí mismos. El aprovechamiento de los glúcidos es primordial en el organismo ya que es una forma de energía, por lo que la falta de

insulina es totalmente incompatible con la vida. Es por eso que estos diabéticos son llamados insulino dependientes, ya que requieren obligatoriamente la aplicación de dosis inyectables de insulina.

El diagnóstico de la Diabetes Mellitus se realiza por clínica y laboratorio. El primero se establece por la sintomatología clásica de: poliuria, polidipsia, polifagia, asociada con la pérdida de peso, visión borrosa, vaginitis por monilias (mujeres), infecciones cutáneas o deshidratación. Muchas veces pueden ser asintomáticos y se detectan en los análisis de rutina. El segundo implica hacer determinaciones de glucosa en ayunas o curva de tolerancia; aunque en la actualidad se puede hacer determinación de insulina y otras pruebas para descartar o confirmar síndrome metabólico.

Existen varios tipos de Diabetes:

- Diabetes Mellitus insulino dependiente (o tipo I) (DMID), caracterizada por que:
 - ✓ Suele comenzar en la infancia o en la etapa adulta joven.
 - ✓ Sin tratamiento con insulina se produce cetosis y acidosis.
 - ✓ Etiología multifactorial (por ejemplo, predisposición genética, vírica, auto inmune).
- Diabetes Mellitus no insulino dependiente (DMNID o tipo 2), cuyos rasgos clínicos son:
 - ✓ Constituye el 90% de todos los casos de Diabetes Mellitus.
 - ✓ Suele aparecer después de los 40 años; el 60-90 % de los pacientes son obesos.

- ✓ No predispone a la cetosis. Pero puede requerir tratamiento con insulina para controlar la hiperglucemia. Se puede desarrollar cetosis en condiciones de estrés, como en las infecciones.
- ✓ Etiología. El componente genético es mas fuerte que en la DMID.
- Diabetes Mellitus gestacional, cuyo comienzo se produce durante el embarazo. La hiperglucemia suele resolverse con el parto, aunque estas pacientes tienen un mayor riesgo de desarrolla DM mas adelante.
- Otras Diabetes Mellitus(secundarias), patología que pueden asociarse a:
 - ✓ Tratamiento con esteroides o síndrome de Cushing.
 - ✓ Pancreatectomia o insuficiencia pancreática secundaria a pancreatitis.
 - ✓ Enfermedad Tiroidea, Acromegalia, otros trastornos endocrinos.

Es relevante señalar que cualquiera de los tipos de diabetes, si no son tratadas al comienzo de la enfermedad y tienen tiempo suficiente de evolución, aparecen complicaciones que pueden comprometer la vida en corto plazo, sobre todo derivadas de lesiones de arterias y venas de mediano y pequeño calibre, que originan trastornos principalmente en corazón, riñón, ojos y piernas. También se lesionan los nervios que coordinan los movimientos y la sensibilidad de los miembros y el funcionamiento de los órganos como el corazón, el estomago, el intestino, la vejiga y el aparato genital masculino. Además, el paciente con diabetes tiene alterado el sistema inmunológico, por lo cual es más proclive a sufrir infecciones del aparato urinario, y sobre todo el pie diabético.

Las complicaciones de la Diabetes Mellitus, son a nivel micro vascular y macro vascular. Dentro de las cuales se engloban la Nefropatía, Retinopatía,

Neuropatía, Miopatía, Gastroparesia, Artropatía, Pie Diabético y Disfunción eréctil (impotencia sexual masculina). Alrededor del 15% de los pacientes diabéticos presentan Retinopatía a los 15 años de evolución, cifra que aumenta un 1% por año después del diagnóstico. La frecuencia de Neuropatía se acerca al 70-80% en DM2. Desarrollan nefropatía el 35-45% de los pacientes con DMID y el 20% de los afectados por DM2.

Las infecciones suelen ser más frecuentes en los pacientes con Diabetes debido a varios factores, por ejemplo el trastorno de la función de los leucocitos, la disminución de la percusión histica por enfermedad vascular, el traumatismo repetido por pérdida de sensibilidad y la retención urinaria por neuropatía. La cetoacidosis diabética, el coma hiperosmolar y la hipoglucemia son los trastornos más frecuentemente atendidos en los servicios de urgencias. Un aspecto que también es importante señalar, dentro de las complicaciones de la DIABETES MELLITUS, es el del aspecto psicológico. Ya que normalmente éste se deja de lado en cuanto a la atención de urgencia y en la propia consulta externa.

Sin duda este aspecto crónico de Diabetes es el que más repercute en la circunstancia sociocultural y socioeconómica del paciente. Ya que como es una enfermedad de larga evolución, aún a pesar de que el paciente cuente con seguridad social no por ello deja de impactar su economía familiar, también influye la alimentación especial. La dieta, por ejemplo, es un elemento traumatizante, ya que el paciente debe acostumbrarse a medir y controlar el alimento que ingiere. En el caso del paciente joven, es un gran problema para la familia ya que muchos no quieren aceptar su situación.

La diabetes es una enfermedad que no puede curarse definitivamente, pero un buen tratamiento permite al diabético disfrutar de la vida y adaptarse a la enfermedad. En ello juega un papel fundamental la familia; pues en el curso de la historia natural de esta patología el enfermo necesita del soporte familiar para:

- Autocuidado
- Ejercicio físico
- Dieta adecuada
- Tratamiento farmacológico

El concepto de familia incluye una compleja organización biopsicosocial con diversas dimensiones y funciones. Es la matriz de un grupo muy peculiar, con lazos especiales para vivir juntos y que tienen un potencial para crecer, desarrollarse y comprometerse. La familia se define como un grupo primario de individuos que dependen de sí, viviendo bajo el mismo techo, con características propias de un sistema natural abierto, en donde las acciones de cada uno de sus miembros producen reacciones y contra reacciones en los otros y en el mismo.

La familia como sabemos, está integrada por un sistema y varios subsistemas, donde se realizan y desempeñan funciones, dentro de estos subsistemas de una familia nuclear encontramos el conyugal, paterno filial y fraterno. Una definición de interacciones de familia se señala como un grupo de intimantes relacionados por fuertes lazos de afecto y lealtad, con su historia, un futuro común y que participan de un sentido de hogar.

Los miembros de la familia están ligados por lazos que los unen como familia, existen vínculos tanto biológicos, psicológicos, sociales, culturales y

económicos. De los biológicos, el vínculo es por la perpetuación de la especie, de los psicológicos por lazos de tipo afectivo y necesidades de interdependencia, económico por la provisión de necesidades materiales y de allegarse recursos para la supervivencia. Estos lazos y vínculos pueden consolidarse o relajarse ante un evento crítico que se presente en la existencia primero del individuo y posteriormente en el ámbito familiar.

El papel familiar de un individuo puede definirse, como la forma de actuación o de actuar ante una situación específica en la que se involucran otras personas de la familia. Esto implica cómo toma uno el papel que le corresponde en la función familiar, y como lleva el rol dentro del sistema, si está o no de acuerdo en lo que hace, si lo acepta y como lo acepta o no lo acepta.

Dentro de las funciones básicas de la familia podemos citar las siguientes:

- Asegurar subsistencia de sus miembros a través de la protección biopsicosocial.
- Proveer de afecto.
- Proveer la identidad familiar e individual.
- Reproducción y sexualidad de sus miembros.
- Proporcionar nuevos miembros a la sociedad.

De lo anterior se desprende que una función social básica de la familia es brindar apoyo para satisfacer las necesidades de sus miembros. La fundamentación de este apoyo reside en el hecho de que en el grupo siempre hay condiciones de desigualdad, ya sea por la edad, sexo u otras circunstancias de minusvalía entre los miembros, y ante los cuales se generan valores de unión y solidaridad.

Por otra parte, es evidente que la familia está permeada por la cultura y, en ese sentido podemos decir que hay modelos socio-antropológicos de familia. Para el caso de la cultura Phurépecha, la familia tiene rasgos muy particulares. Esta cultura conservada hasta hoy, es producto de una mezcla de grupos chichimecas y nahuas, que habitaron las riberas e islas del lago de Pátzcuaro a finales del Siglo XII, establecidos en Tzintzuntzan, Ihuatzio y Pátzcuaro Michoacán. Esta cultura conserva tradiciones religiosas que juegan un papel fundamental en la organización social, en las actividades productivas (agricultura), en la estructura política y por supuesto en la vida cotidiana. En este sentido, la salud o la enfermedad puede estudiarse, aún hoy bajo la idea de ciertos mitos, pues mantienen explicaciones metafísicas o supersticiosas en el sentido de atribuir cuestiones como enfermedad, salud, dolor, sufrimiento, a acciones relacionadas con lo divino, la maldad, la magia, la brujería o la hechicería.

Definen la enfermedad como aquella sensación de malestar ajena al cuerpo que altera el estado natural, el bienestar corporal, mental, individual y social. Consideran que cuando alguien enferma y padece un dolor o malestar, se interrumpe el buen funcionamiento del organismo, que debe tener una armonía interna y externa. La enfermedad inhabilita al hombre (jefe de familia) para efectuar las actividades que le permitan obtener para su familia el sustento y cumplir su función social. Cuando el malestar del enfermo es interno, interpretan el dolor como la tristeza, angustia, preocupación, pues eso modifica el estado natural del hombre.

Para los Phurépechas la salud es el estado “normal” del individuo, en la cual no hay enfermedad manifiesta, ni dolor alguno que altere su naturaleza

biológica, familiar y social, pues se esta exento de dolor y malestar. La enfermedad representa un estado anormal, por que esta es ajena a la condición “normal-habitual” y las actitudes son diferentes a las del resto de la familia y o población. Las creencias sobre salud, dolor, son inciertas dentro de la familia Phurépecha y tiene su significado en sus distintas interpretaciones.

La familia suele ser el primer nivel de atención, seguido del médico tradicional, que pude ser de muy diversa disciplina: herbolario, quesero, partera, hechicera o sobador. Desde la antigüedad, atribuyeron propiedades curativas a los alimentos, las plantas, y diversos materiales, considerando que algunos de esos recursos también son medios para transmitir y contraer enfermedades.

En este contexto se busca analizar las formas como la familia dentro de la cultura Phurépecha ejerce las funciones de apoyo a los integrantes que enferman de Diabetes Mellitus. Partimos de la idea que sostienen que la vida en familia de un miembro con diabetes repercute en el sistema familiar. La medicina occidental insiste en un tratamiento integral de la diabetes con un enfoque multidisciplinario y que el equipo debería estar integrado por profesionales de distintas especialidades. En la dimensión psicosocial no parecerá extraño afirmar que la aparición de la diabetes afecta la convivencia diaria. Así, las personas con las que se comparte la vida pasan a ser una variable a tener presente, no solo por la influencia (positiva o negativa) que pueden ejercer en el diabético, sino también por el hecho de como es éste, con las peculiaridades de la enfermedad va a condicionar la vida del resto de los miembros de la misma.

Al recibir el diagnóstico, la persona se ve obligada a modificar sus hábitos, muchos de los cuales están íntimamente relacionados con el resto de la familia,

por lo que se produce una transformación intrafamiliar que obliga a todos a adquirir una nueva forma de organizarse. La familia no puede ser un mero espectador de la enfermedad de uno de sus miembros. Es tal la implicación y las consecuencias de esta circunstancia, que algunos hablan de Diabetes Familiar para referirse a ciertas peculiaridades que se dan en quien convive con alguien que padece diabetes.

Ampliando un poco este marco teórico, Rolland ⁽⁴⁾ ha señalado cómo una enfermedad crónica en un miembro de la familia y la supone como una prueba para el funcionamiento de la misma, ya que provoca cambios a nivel de su organización, haciendo que ésta vuelque la atención en el enfermo y reconocerlo como nuevo miembro del sistema. Esto se refleja en un mayor grado de apoyo que la familia brinda al sujeto enfermo, manifestándose en acciones y actitudes que le ayuden a:

- Formar nuevas estructuras de pensamiento y conducta, así como a buscar nuevas fuentes de interés y satisfacción.
- Desarrollar una nueva identidad que complemente, por un lado, su “sí mismo” previo al diagnóstico y, por otro, los cambios necesarios a realizar ahora que ha surgido la enfermedad.
- Revalorar el coraje, la dedicación y el afecto.
- Aprender a apreciar más la calidad de vida que la cantidad de su sufrimiento estéril.

Sin embargo, que la familia sea la fuente natural del apoyo del enfermo pareciera ser universalmente aceptado,⁵ pero la presencia de la enfermedad

crónica, con su narrativa de miedo y estigma ha venido a poner a prueba esta afirmación. Varios autores⁶ han cuestionado el papel de la familia como el cuidador primario del paciente crónico, a esto contribuyen tanto el miedo como el estigma social, marca que portarán no sólo el enfermo, sino también su familia, la que manifiesta miedo ante lo incurable, lo impredecible, el contagio, el temor a que alguien se entere o a que la familia se separe al haber quienes rechacen y quienes acepten al paciente, así como temor a no poder solventar los gastos que el padecimiento implica y el signo social que conlleva la enfermedad.

Por su parte, el individuo con enfermedad crónica presentará temor a no valerse por si mismo, al dolor, sufrimiento, rechazo, humillación, a lo que vendrá, a llegar a ser una carga para su familia y/o sus amigos, y finalmente se sentirá asustado frente a su posible muerte. Otro factor que hace difícil a la familia adaptarse a la enfermedad es que se le hace evidente el estilo de vida de quien la padece, lo cual se encuentra sujeto a los prejuicios tanto por parte del grupo social como de la familia. El estigma social individual y familiar dificulta que ésta logre aceptar al individuo y a su enfermedad no solo por padecerla, sino también por ser el portador del ostracismo social.

Tradicionalmente se acepta que el apoyo social puede actuar como amortiguador del estrés asociado a la enfermedad, así como que constituye un arma para disminuir la progresión del padecimiento. Pero la responsabilidad de brindar apoyo al enfermo, por tradición social, usualmente recae en la familia y en particular en la mujer⁷. Sin embargo, si el individuo que padece una enfermedad no tiene una fuente de apoyo a la cual recurrir, o las personas a las que este sujeto acude para solicitar soporte no se lo pueden brindar, aun cuando

tradicionalmente parezcan ser quienes están obligados a proporcionarlo o, finalmente, si el individuo enfermo se niega la oportunidad de solicitar cualquier tipo de ayuda debido a su temor de que le sea negada, todo ello puede afectar adversamente la forma como el enfermo llega a enfrentar, aceptar y sobrellevar su padecimiento.

En los últimos años se ha reportado que el apoyo tiene un papel preponderante en mantener y mejorar la salud del individuo, así como en la adaptación a un padecimiento⁸. Las investigaciones realizadas hasta el momento parecen indicar que el apoyo recibido del cónyuge es la forma de soporte más eficaz para afrontar las vicisitudes de la vida, como una enfermedad, cirugía o pérdida del empleo, así como para disminuir el estrés diario generado por la crianza de los hijos y otros eventos difíciles de la vida diaria⁹. Pero ¿Qué es el apoyo?, ¿de que depende que se otorgue durante una enfermedad?, ¿Es brindado por obligación familiar o por expectativa social?

El apoyo se define como todo aquello que sirve para sostener, proteger, auxiliar, favorecer o brindar soporte a un individuo. No obstante hay definiciones más precisas, entre las que se encuentran las proporcionadas por Caplan y Killilea¹⁰ quienes lo conceptualizan como el comportamiento entre individuos que persigue mejorar la competencia adaptativa de quien requiere soporte, para que pueda enfrentar y manejar más efectivamente la crisis, los periodos de transición entre las diferentes etapas de la vida, el estrés cotidiano y las tensiones que surgen como consecuencia de las pruebas a las cuales lo enfrenta la vida. El apoyo también ha sido conceptualizado como la ayuda que se da a otros¹¹; como el soporte emocional que brindan las personas y grupos sociales del entorno a un

individuo, y como la ayuda que proveen a la persona sus familiares, amigos, compañeros de trabajo y amistades¹².

Otros autores consideran que el apoyo es la disponibilidad y preocupación por motivar, comprender y brindar soporte a una persona, de manera que ésta encuentre las herramientas que le conduzcan a la auto-superación, así como las capacidades para que enfrente con firmeza y seguridad las situaciones difíciles, por medio de saber cómo actuar y reaccionar ante diversos eventos, sin dejarse descontrolar por el estrés y las emociones que le despiertan¹³

El apoyo ha sido medido con diversas dimensiones: apoyo de la estructura social, que consiste en la ayuda que proporciona la familia y los amigos, disposición de interacción social, soporte material y emocional. Para Emmons y Colby⁽¹⁴⁾, el apoyo incluye, además de la ayuda económica e instrumental, el soporte informativo. De esta manera resultan interesantes no solo la forma de conceptualizar el apoyo, sino también las diversas formas que se han descrito de brindar apoyo, entre los que están formales y casuales, que es el apoyo que se brinda casualmente ante los pequeños problemas de la vida diaria y los sociales y de grupo de soporte, entre los que figuran la protección y cuidado que las instituciones proveen al individuo. Un tercer tipo corresponde a los instrumentales conocida como el hecho de proveer al sujeto de cualquier bien material. Y por último el apoyo y sustento a la autoestima, el cual proporciona un sentido de guía al individuo y lo ayuda a sentirse querido y valorado. Hasta el momento, la información que se ha reunido en torno al apoyo es que, en general, ayuda a reducir la tensión y como consecuencia, tiende a beneficiar a las personas que lo reciben y que lo dan.

Algunos autores han conceptualizado el apoyo como una de las fuerzas de la familia, las cuales generalmente han sido entendidas por los sociólogos como los recursos de la familia ⁽¹⁵⁾. Y así, fue como los trabajos realizados durante los años treinta y cuarenta dividieron a las fuerza de la familia en dos grandes grupos: Integración y Adaptabilidad. Posteriormente, Otto ⁽¹⁶⁾ (1963) quien trató de clarificar estas fortalezas familiares encontró que se podían agrupar en las siguientes habilidades:

- Proveer a sus miembros de un sentido de unidad, lealtad y cooperación interfamiliar.
- Proporcionar a los miembros apoyo y seguridad.
- Desempeñar los roles con flexibilidad.
- Mantener relaciones constructivas con la comunidad.

Por otro lado, Tanner- Nelson y Bononis ⁽¹⁷⁾ han propuesto la idea de familia « fuerte » cuando en el interior de ésta se valoran de manera importante las relaciones dentro del grupo familiar y cuando los integrantes de ella se apoyaban mutuamente tanto en los buenos tiempos como en los malos. En el mismo sentido, Olson y Cols ⁽¹⁸⁾ resumen las siete fuerzas que varios autores han descrito sobre la familia en:

- ✓ El orgullo familiar, entendido como la percepción individual de los diferentes miembros de la familia de que ésta es un recurso de satisfacción
- ✓ para ellos, en la cual las cosas siempre se hacen lo mejor posible, con lealtad, optimismo y confianza.

- ✓ El apoyo familiar, entendido como la habilidad para promover el crecimiento y desarrollo de los diferentes miembros de la familia, a la vez que se les provee de seguridad y de ayuda para fomentar su creatividad y se tiene la sensibilidad para detectar y tratar de satisfacer las necesidades de sus integrantes.
- ✓ La cohesión, es decir, qué tan cercanos se sienten los diferentes miembros del grupo familiar entre sí.
- ✓ El grado con el cual la familia como unidad puede adaptar su organización, roles y reglas para enfrentar las necesidades de cambio que surgen en su seno.
- ✓ La comunicación.
- ✓ La orientación religiosa, es decir, satisfacer las necesidades espirituales de la familia.
- ✓ El apoyo social, el cual es definido como la habilidad e interés para mantener relaciones constructivas y responsables con los vecinos, en la escuela, en el trabajo y con la comunidad.

Estudios similares realizados en México por Díaz Living ⁽¹⁹⁾ realizó redes semánticas en una población abierta para determinar lo que significaba para el mexicano el apoyo. Posteriormente clasificó estas redes semánticas de acuerdo con el sexo y el nivel de estudios, encontrando lo siguiente:

- ✓ Para las mujeres con nivel máximo de secundaria, el apoyo es una relación basada en la comprensión, la ayuda, el amor, el cariño, la confianza y la seguridad. Es una unión mutua, una responsabilidad moral, en la cual es proporcionado lo necesario, sea éste económico o emocional, así como

consejos, pero dentro de un mínimo de respeto. Usualmente lo proveen los padres y la familia, mientras que parece brindarse más frecuentemente a los hijos y la pareja.

- ✓ Para las mujeres con un nivel de estudios de preparatoria, las 10 palabras utilizadas con más frecuencia para definir el apoyo fueron: comprensión (100%), amor (71.14%), ayuda (62.55%), cariño (57.92%), confianza (50.22%), seguridad (42.95%), pareja (37.88%), moral (37.66%), amistad (34.58%) y familia (35.25%).
- ✓ Las mujeres con una educación a nivel de Licenciatura definen el apoyo como una relación basada en la comprensión, el cariño, la ayuda, el amor, la confianza y la seguridad. Es, por tanto un intercambio mutuo que permite la solidaridad incondicional entre amigos y pareja. Se da en un marco de respeto y sinceridad, satisfaciendo necesidades económicas, brindando fortaleza y compañía y permitiendo comunicarse y escucharse.
- ✓ Los hombres con un nivel educacional de secundaria utilizan más frecuentemente para definir apoyo los siguientes conceptos: comprensión (100%), ayuda (86.29%), moral (61.29%), apoyo (41.93%), económico (39.91%), trabajo (35.48%), pareja (28.22%), familia (24.19%), cariño (17.74%) y necesidad (16.12%).
- ✓ Los hombres con un nivel educativo de preparatoria definen el apoyo como una relación basada en la comprensión, la ayuda, la confianza y el amor. Ésta es una unión moral que permite comunicarse, buscar entendimiento en un marco de total cariño, amistad, respeto y responsabilidad. Se puede brindar dentro de la familia o la pareja, tanto en el aspecto económico

como sentimental, satisfaciendo las necesidades y permitiendo escuchar al otro.

- ✓ Para los varones con licenciatura, el apoyo es una relación basada en el amor, la ayuda, el cariño, la confianza, la compasión y la amistad. Es una unión moral de responsabilidad y protección mutua, en la cual se garantiza la seguridad, la comunicación y la compañía. Siempre se proporciona dentro de la familia o la pareja en el aspecto económico y garantizando lo necesario, brindando la fuerza para seguir adelante. Así, estas son las diez palabras más frecuentemente utilizadas para definir apoyo en esta población. Podría concluirse que para el mexicano, el apoyo es una unión moral basada en la comprensión, la ayuda, el cariño, la confianza, el amor y la amistad, que produce seguridad al satisfacer las necesidades de los individuos y la pareja. Necesidades que se satisfacen tanto en el terreno instrumental como en el emocional.

Todas estas ideas subyacen en el acercamiento a la cultura Phurépecha, entidad etnográfica tan cercana e íntima en la historia de México, y sin embargo tan lejana y extraña; aún para quienes vivimos en el seno mismo de las comunidades indígenas. Sin duda ello tiene que ver con el etnocentrismo cultural que representa la homogeneidad de la educación mexicana, pues estas comunidades que siguen hablando su lengua autóctona, mantienen sus costumbres y se comportan diferentes al resto de la población nacional, en buena parte nos son ajenas, aunque nos sean propias.

Hasta la fecha, los métodos etnográficos nos son extraños, aún cuando sean el camino para conocer y reconocernos, para entender nuestra identidad

cultural y nuestro matriz socio antropológico. Pese a todo ello, la etnografía sigue siendo considerada una ciencia blanda.

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Diabetes Mellitus es una enfermedad frecuente en la población general, el grupo étnico de la cultura Phurépecha no es la excepción. La primera descripción clínica de esta patología la hizo Juan Manuel González Urueña en 1830. En esa monografía el autor sostiene la idea de que la Diabetes de los Phurépechas es diferente a las formas clínicas que se habían descrito en Europa, lo cuál quedaría como hipótesis hasta que se conoció mejor los mecanismos etiológicos y fisiopatológicos de esta entidad nosográfica. Estudios recientes han probado la existencia de genes diabetógenos en población Phurépecha, que aún cuando no producen formas clínicas diferentes, indican factores constitucionales propios del grupo étnico.

La cultura Phurépecha ha mantenido sus rasgos lingüísticos, junto con la organización social primaria en la familia y las tradiciones culturales que permiten distinguirla de otros grupos autóctonos en México. Durante casi 500 años, esta cultura se ha mantenido cerrada a la influencia colonizadora, y aunque se han estudiado sus costumbres y valores familiares; hay aspectos de la dinámica que se desconocen; especialmente aquellos que tienen que ver con el afrontamiento de enfermedades crónicas; donde el enfermo requiere ser apoyado por un miembro de la familia o por todo el sistema. En este sentido es que nos preguntamos: **¿Qué características tiene el apoyo familiar que brinda la familia Phurépecha residente en la zona rural de la región de Pátzcuaro al paciente con Diabetes Mellitus tipo2?**

4.- JUSTIFICACION

Diabetes Mellitus, como muchas enfermedades crónicas actuales, han roto las barreras sociales. Lo mismo están presentes en la población que dispone de recursos económicos, que en aquellas que carecen de lo más elemental. Así, los grupos marginados y en pobreza extrema soportan el peso de las enfermedades tradicionalmente ligadas a la miseria social y al mismo tiempo son participes de las crónico-degenerativas, mayormente ligadas al desarrollo socioeconómico.

Aunque la Diabetes ha estado presente en la cultura Phurépecha desde sus orígenes, se había mantenido en el ritmo epidemiológico acomodado a las condiciones de vida de estas comunidades. Sin embargo, la modernidad occidental ha presionado a adquirir estilos de vida que le son ajenos. Por ejemplo, el consumo de alimentos industrializados, la urbanización progresiva, la migración y la socialización cultural han llevado a modificar radicalmente las costumbres y los hábitos de vida. Todo ello ha contribuido a que la transición epidemiológica se retrase y se prolongue.

La familia es otra instancia social sometida a cambios que se gestan desde el contexto externo y por ello también observamos que la familia Phurépecha a modificado sus funciones intentando adaptarse a la cultura occidental. En éste sentido se ha modernizado y con ello se ha ido deshaciendo de tradiciones mitológicas que la caracterizaban como grupo autóctono. Por esta razón es pertinente observar de que manera la familia de estas comunidades cumplen sus funciones básicas, en este caso interesa valorar la función de apoyo hacia los

enfermos de Diabetes Mellitus, reconociendo de antemano que ésta enfermedad es demandante de apoyo familiar importante.

El reconocimiento de estos valores familiares puede orientar estrategias de abordaje familiar específico hacia este grupo cultural, pues si bien es cierto la familia es universal y la cultura tiende a ser homogénea, cada comunidad y cada región conserva sus propias normas morales, sus creencias y sus valores. De manera que éste trabajo puede aportar beneficios para la institución de salud en cuanto a que los procesos de educación y prevención se ubiquen en el contexto específico y para el médico puede significar la oportunidad de entender el mejor camino para trabajar con la familia Phurépecha.

5.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Describir las características del apoyo que otorga la familia al paciente con Diabetes Mellitus tipo2 en el contexto de las familias Phurépechas residentes en la zona rural de la región de Pátzcuaro.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1.- Comprender a través del Genograma socio dinámico las características del apoyo que ofrece la familia Phurépecha al paciente con DM tipo 2.

2.- Evaluar la magnitud del apoyo familiar a través de Escala de Desenlaces Médicos (Medical Outcomes Study (MOS-20) y el FACES III.

3.- Proponer una estrategia de abordaje familiar que fortalezca el apoyo que se brinda a los pacientes diabéticos en familias Phurépechas.

6.- METODOLOGIA

Tipo de estudio: Etnográfico

Población: Derechohabientes del IMSS, adscritos a la Unidad de Medicina Familia No. 20, consultorio 2 TV de Pátzcuaro.

Muestra: Se eligieron todas las familias con integrante diabético de la comunidad de Cucuchucho, mismas que son atendidos en el consultorio 2 turno vespertino.

Criterios de inclusión: Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, ambos sexos, integrantes de familias que residen en la comunidad de Cucuchucho, pertenecientes a la cultura Phurépecha, mayores de 40 años, ambos sexos.

Criterios de exclusión:

Pacientes diabéticos menores de 40 años que no formen parte de la comunidad Phurépecha, que tengan otro tipo de Diabetes o que tengan complicaciones severas de la misma.

Definición operativa de las variables:

Variable dependiente:

Apoyo familiar.- Para fines de este estudio el apoyo se concibe en tres niveles conceptuales: apoyo emocional, apoyo instrumental y apoyo informacional. De manera general se define como el sentimiento personal que tiene el paciente diabético de ser amado, la seguridad de poder confiar en alguien, disponer de ayuda y recibir consejo para afrontar los problemas que plantea la enfermedad. En éste caso se mide a través del MOS- 20. Como complemento a este instrumento

se utiliza el FACES III para explorar aspectos de adaptabilidad y cohesión familiar. Adicionalmente se elabora un Genograma por cada familia.

Variable independiente:

Diabetes Mellitus tipo 2. Persona mayor de 40 años. Ambos sexos a quien se le ha establecido por clínica y laboratorio el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 de acuerdo a los criterios establecidos en las Normas y criterios internacionales.

Análisis estadístico:

Los datos de del MOS 20 y del FACES III se concentraron en hojas de Excel y de acuerdo con la metodología que propone el MOS se agruparon por factores categorizando el apoyo en leve, moderado y alto según el puntaje. Para el FACES III se agruparon las respuestas pares y las nones, y de acuerdo con las escalas se ponderó la función familiar. Con estos datos se organizan cuadros y gráficas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Antes de considerar a un paciente como parte del estudio, se les explicó el propósito de la investigación solicitando su autorización por escrito, para lo cual debían firmar una carta de consentimiento bajo información. Este documento está normado por la Ley General de Salud en materia de investigación y en correspondencia con la Declaración de Helsinki²⁰, y otros códigos internacionales²¹ y nacionales de Bioética²². El formato de la carta de consentimiento se anexa al final de la tesis.

La declaración de Helsinki en principios básicos señala: “salvaguardar la salud de las personas, obtener su conocimiento para participar en estudios de investigación; porque se sugiere que el diseño y la realización de cualquier procedimiento experimental que implique a personas, debe formularse claramente en un protocolo experimental, mismo que debe presentarse a la consideración, comentario y guía de un comité nombrado especialmente. Además, la investigación biomédica que implica a seres humanos debe ser realizada únicamente por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un facultativo. Todo proyecto debe basarse en una evaluación de los riesgos y beneficios previsibles para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad. Respetar el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Adoptar las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental. Los médicos deben suspender toda investigación en la que se compruebe que los riesgos superan a los posibles beneficios.

Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito. En el momento de obtener el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación, el médico debe obrar con especial cautela si las personas mantienen con él una relación de dependencia. En este caso, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico no comprometido en la investigación y completamente independiente con respecto a esta relación oficial

La Ley General de Salud en México, ha establecido los lineamientos y principios a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud, correspondiendo a la Secretaría de Salud orientar su desarrollo, proponer y considerar en materia de investigación, que la misma es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general; para desarrollar tecnología en los servicios de salud e incrementar su productividad; que el desarrollo de la investigación para la salud debe atender aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación; que el desarrollo de la investigación para la salud requiere del establecimiento de criterios técnicos para regular la aplicación de los procedimientos relativos a la correcta utilización de los recursos destinados a ella.

Que en el caso particular de la investigación que se realice en seres humanos y de la que utilice materiales o procedimientos que conlleven un riesgo, es preciso sujetarse a los principios científicos, éticos y a las normas de seguridad generalmente aceptadas, y que la investigación en seres humanos de nuevos recursos profilácticos, de diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación, debe sujetarse a un control para obtener una mayor eficacia y evitar riesgos a la salud de las persona.

Como es bien conocido, tanto las leyes mexicanas que regulan la investigación, como los códigos internacionales tiene como finalidad la protección de los pacientes que participan, así como el respeto a la autonomía y los derechos fundamentales de las personas para que libremente decidan cuando y como

participan, conozcan los riesgos y en su caso, los beneficios que obtendrían.
Instrumentos.

Se utilizaron tres instrumentos de estudio familiar:

- Genograma Socio-Dinámico
- MOS Escala de Desenlaces Médicos (Medical Outcomes Study MOS-20)
- FACES III

El Genograma es un instrumento de estudio fundamental para la exploración descriptiva de la estructura y funcionamiento de la familia. Para los fines de éste estudio el Genograma comprende las siguientes categorías ⁽²³⁾:

- 1.- Estructura familiar
- 2.- Adaptación al ciclo vital
- 3.- Repetición de pautas a través de las generaciones
- 4.- Sucesos de la vida y funcionamiento familiar
- 5.- Pautas vinculares y triángulos
- 6.- Equilibrio y desequilibrio familiar

El cuestionario MOS fue desarrollado por Sherbourne y Stewart en 1991 del grupo el MOS-SSS, The Medical Outcomes Study Social Support Survey y centraliza el análisis en la percepción de ayuda justificándose en el hecho de que si una persona no recibe ayuda durante un largo periodo de tiempo, esto no quiere decir que no disponga de apoyo. Por otra parte, recibir apoyo es, a menudo, confundido con necesidad y puede no reflejar exactamente la cantidad de apoyo que está disponible para una persona.

Las medidas de apoyo social, generalmente exploran el llamado “apoyo estructural” (tamaño de la red social) o el “apoyo funcional” (percepción de apoyo). El apoyo funcional quizá sea el más importante (Sherbourne, 1992) y es multidimensional: emocional (amor, empatía), instrumental (tangible), informativo (consejos de feedback), valoración (ayuda a la autovaloración) y compañerismo durante el tiempo libre. En España se ha utilizado con puntos de corte empleando 57 para puntuación total, 24 para emocional, 12 para instrumental y 9 para interacción social y para afectivo. La consistencia interna para la puntuación total es alta (alfa=.97) y para las subescalas oscila entre .91 y .96. La fiabilidad test-retest es elevada (.78).

FACES III.- A finales de los setentas, Olson y sus colaboradores desarrollaron FACES, para hacer operativas de dos de las tres dimensiones del modelo circunflejo, de los sistemas familiares y conyugales ²⁴, el cual tiene el propósito de facilitar, el enlace entre la practica clínica, la teoría y la investigación con familias²⁵, aunque se han desarrollado otros modelos de evaluación con propósitos semejantes, el circunflejo ha sido el mas exitoso, estimulando además el dialogo profesional entre clínicos e investigadores.

El modelo circunflejo se ha utilizado en cientos de proyectos de investigación en la última década ²⁶ y ha servido de guía en una amplia variedad de escenarios de terapia de familias, lo cual ha propiciado su evaluación y comparación con otros modelos e instrumentos²⁷.

Es necesario indicar que el modelo circunflejo, dio origen al paquete de evaluación circunfleja (CAP), que incluye once instrumentos dentro de los cuales

se encuentra FACES III, este instrumento de auto aplicación, permite evaluar las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. FACES I fue un instrumento inicial con 42 reactivos, posteriormente FACES II fue el resultado de un riguroso análisis de confiabilidad y constructo, la aplicación de la técnica de análisis factorial, fue de gran utilidad para seleccionar 30 reactivos²⁸, el mismo tipo de análisis permitió nuevamente depuración, para que apareciera FACES III con 20 reactivos²⁹ (alpha de Chrombach de 0.62 a 0.77).Se tiene noticia que Olson y su equipo se encuentran elaborando FACES IV pero con el propósito de evaluar a las familias extremas³⁰.

FACES III es un instrumento fácil de aplicar, tiene una escala que cuenta con cinco opciones con valores del 1 al 5, puede ser contestado por cualquier miembro de la familia, mayor de 18 años de edad. Se dispone de versiones adaptadas y probadas para parejas sin hijos, con hijos, con hijos adolescentes y parejas en etapa de retiro. Permite clasificar a las familias, con 16 posibles combinaciones de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, su capacidad discriminatoria, de familias clínicas entre las no clínicas, ha sido ampliamente demostrada³¹.

Deberá contestarse el cuestionario en cuanto a la forma en que considera que su familia reacciona en forma habitual, no como piensa que debería de reaccionar, una vez hecha la suma correspondiente a las dos dimensiones, se ubica el resultado en la aptitud de clase de la familia acorde al esquema del modelo circunflejo, elaborado para tal fin.

El FACES III, mide el grado de dos de las dimensiones señaladas en el modelo (COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD), se ha establecido la hipótesis de que las familias extremas presentan mayor riesgo de disfunción.

CALIFICACIÓN:

COHESIÓN: Es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ITEMS nones.

ADAPTABILIDAD: Es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ITEMS pares.

Una vez hecha la suma de las dos dimensiones de cohesión y adaptabilidad, se buscan las calificaciones obtenidas en cada una de las aptitudes de clase que aparecen en las tablas 1 y 2, con lo cual se puede obtener la clasificación de la familia, correspondiente en el esquema del modelo circunflejo.

Tabla 1

COHESION	AMPLITUD DE CLASE
NO RELACIONADA	10-34
SEMIRRELACIONADA	35-40
RELACIONADA	41-45
AGLUTINADA	46-50

Tabla 2

ADAPTABILIDAD	AMPLITUD DE CLASE
RIGIDA	10-19
ESTRUCTURADA	20-24
FLEXIBLE	25-28
CAÓTICA	29-50

7.- RESULTADOS:

Se estudiaron 20 familias con un integrante diabético. Las características de los pacientes diabéticos son las siguientes: promedio de edad 55.35, con rangos de 72 a 40; de acuerdo con el sexo fueron 12 mujeres y ocho varones. Los años de evolución de la Diabetes es muy variable desde 1 hasta 20, con un promedio de 11.5. Respecto de las familias por su conformación todas son nucleares, en su mayoría tradicionales, integradas, en etapa de dispersión e independencia, cuadro N° 1.

En el cuadro N° 2 se concentran los datos relacionados con el apoyo y la frecuencia observada. Se puede apreciar que predomina el apoyo instrumental y que el apoyo emocional, afectivo e interaccional se encuentran por arriba de la media esperada por arriba del 75 % de las familias. Al valorar la cohesión y adaptabilidad familiar.

El análisis de los Genogramas se muestra inmediatamente después de presentar cada una de las imágenes, ver Genogramas 1 a 20.

Cuadro N° 1. Características principales de las familias estudiadas en la comunidad indígena de Cucuchucho que tienen un integrante con diabetes

Desarrollo Familiar		Integración Familiar		Ocupación Familiar		Ciclo vital de la familia	
Tradicional	13	Integrada	19	Empleado	4	Dispersión	9
Moderna	7	Semi-integrada	1	Comerciante	5	Independencia	4
				Pescador	4	Retiro	7
				Campesino	4		
				Obrera	3		

Cuadro N° 2. Frecuencia de apoyo y características del mismo en familias con enfermo Diabético de la comunidad de Cucuchucho.

Categoría	Grado de apoyo	Valores esperados	Frecuencia	%
Apoyo emocional	Máximo	20	0	0
	Medio	24	18	90
	Mínimo	8	2	10
Apoyo afectivo	N		20	100
	Máximo	15	3	15
	Medio	9	15	75
	Mínimo	3	2	10
Apoyo instrumental	N		20	100
	Máximo	20	11	55
	Medio	12	8	40
	Mínimo	4	1	5
Apoyo de Interacción social positiva	N		20	100
	Máximo	20	1	5
	Medio	12	16	80
	Mínimo	4	3	15
	N		20	100

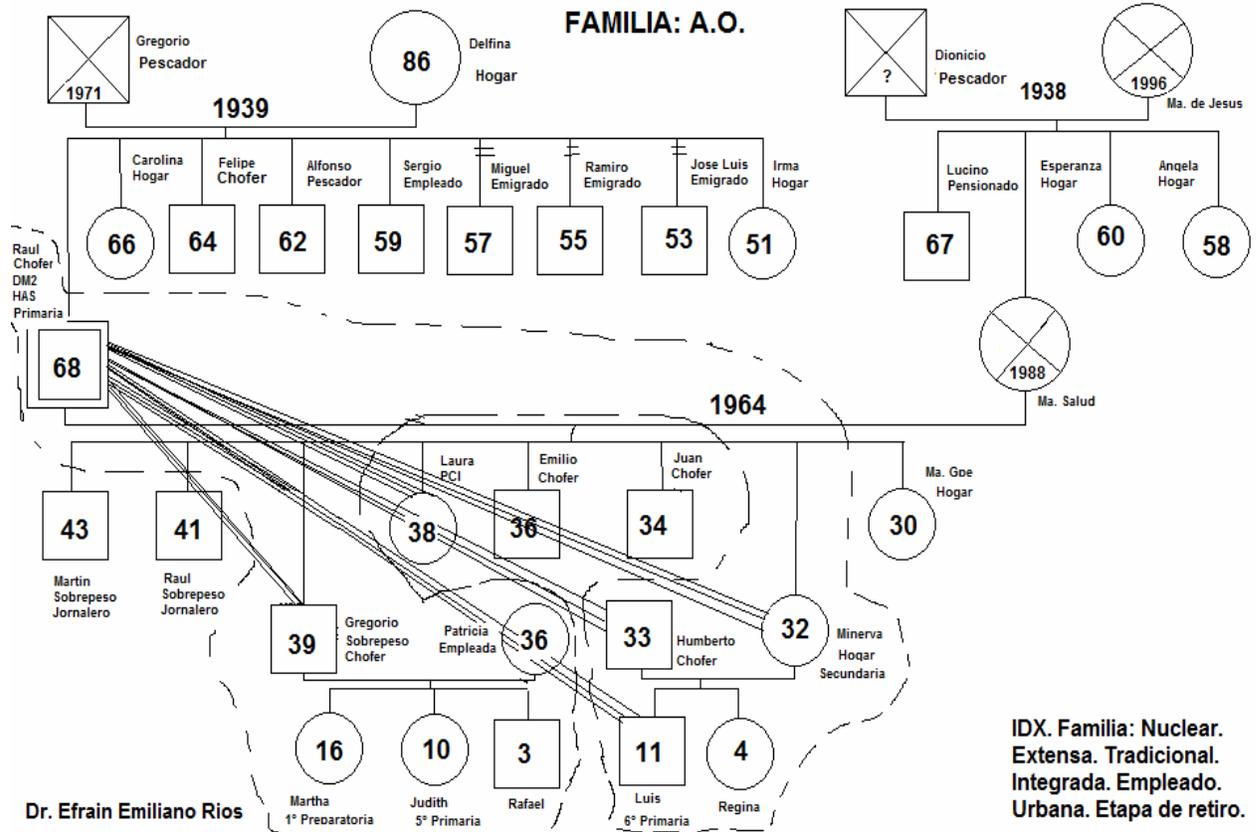
Fuente: Datos obtenidos del estudio realizado en la UMF N° 20 con familias con integrante diabético.

Cuadro N° 1 Resultados de FACES III con respecto a cohesión

COHESION	FRECUENCIA	%
NO RELACIONADA	2	10
SEMIRRELACIONADA	9	45
RELACIONADA	9	45
AGLUTINADA	0	0
N	20	100

Cuadro N° 2 Resultados de FACES III con respecto a adaptabilidad

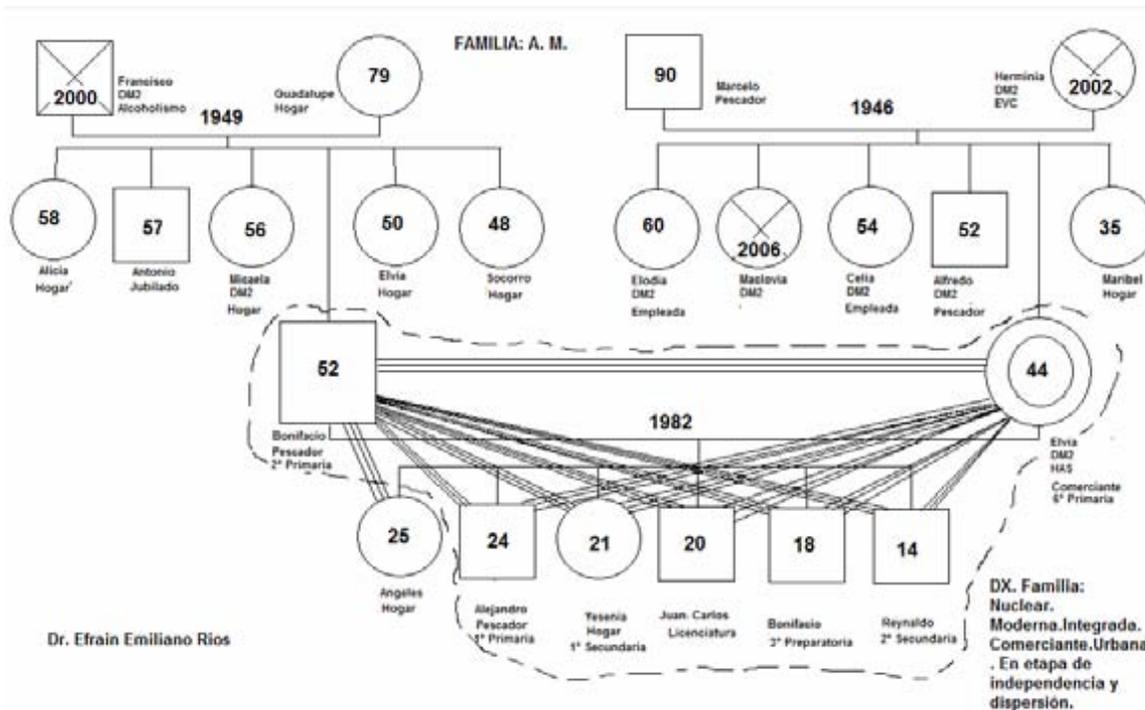
ADAPTABILIDAD	FRECUENCIA	%
RIGIDA	0	0
ESTRUCTURADA	5	25
FLEXIBLE	10	50
CAOTICA	5	25
N	20	100



FAMILIA A. O.

Familia Nuclear Extensa. Tradicional. Integrada. Empleado. Urbana. En etapa de retiro. Paciente identificado del sexo masculino de 68 años es el primero de nueve hermanos. Con cónyuge (finada hace 20 años) segunda de cuatro hermanos. Con adecuada experiencia de vida entre hermanos, con espacio inter genésico promedio entre dos y cuatro años y buena complementariedad conyugal. Sin configuraciones familiares inusuales ni otros factores que influyan modificando el rol de la constelación familiar. En etapa de Retiro y muerte con trastorno en el

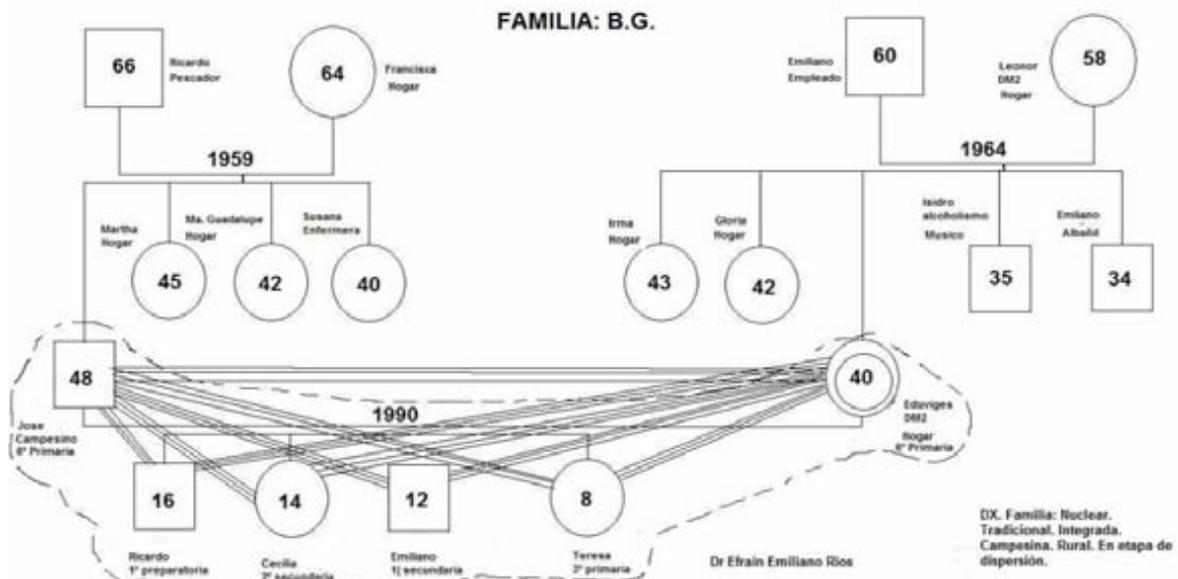
desarrollo por muerte del cónyuge ignorándose causa. Con adecuada adaptación al desarrollo del ciclo vital al encontrarse dentro de las expectativas normativas. Sin pautas sintomáticas de ningún tipo incluyendo alcoholismo incesto, síntomas físicos, violencia y suicidio, éxito o de fracaso. Destacan como sucesos de la vida y funcionamiento familiar, las enfermedades crónico- degenerativas del tipo de la Diabetes e Hipertensión Arterial. Muerte del cónyuge no reciente y adecuada resolución del duelo. Convivencia estrecha con cinco nietos con edades entre 3 y 16 años. Residencia común con dos de sus yernos. Estrato socioeconómico bajo. Dentro de las pautas vinculares destacan las relaciones estrechas con dos de sus ocho hijos y sus yernos quienes aún viven en el hogar materno. Sin triangulación de alguno de sus miembros, ni relaciones fuera de la familia. En general predomina el equilibrio en la mayoría de las pautas mencionadas en particular en la estructura, roles y nivel de funcionamiento.



FAMILIA: A. M.

Familia Nuclear, moderna, integrada, comerciante, urbana, en fase intermedia de dispersión/independencia. Paciente identificado del sexo femenino de 44 años de edad, la quinta de seis hermanas con cónyuge cuarto de un total de seis hermanos. Escasa convivencia con el sexo opuesto y diferencia de edad entre hermanos promedio de uno a cuatro años y antecedente de matrimonio en edad adolescente, con factores de riesgo de incompatibilidad conyugal. Sin otros factores relevantes, incluyendo éxito, fracaso, alcoholismo, incesto, violencia, suicidio, etc. Tampoco se aprecian configuraciones familiares inusuales. En etapa del desarrollo del ciclo vital Intermedia entre Dispersión- independencia, con diferencia de edad entre los cónyuges de ocho años, sin problemas de adaptación a las diversas etapas del ciclo vital y dentro de las expectativas normativas. Carga

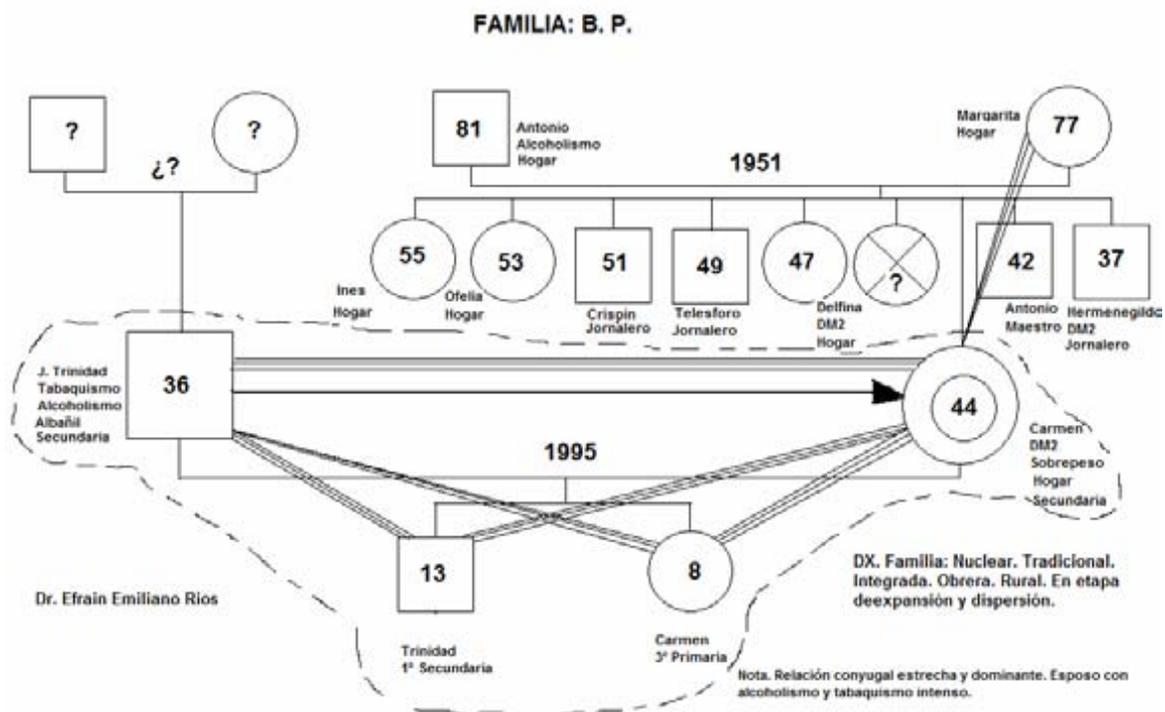
genética para DM. Como única pauta repetitiva generacional .Relaciones estrechas en los subsistemas, conyugal y paterno filial, sin triangulación con alguno de los hijos. Como suceso relevante destaca la muerte de la madre y hermana mayor por secuelas de diabetes. En esta familia potencialmente se puede ver equilibrio en todas las pautas antes mencionadas, en particular en la estructura, los roles, el nivel de funcionamiento y los recursos de la familia. Sin contrastes o características sobresalientes.



FAMILIA B. G

Familia nuclear. Tradicional. Integrada. Campesina. Rural en Etapa de dispersión. Paciente identificado del sexo femenino de 40 años de edad, tercera de cinco hermanos, con cónyuge primogénito de cuatro hermanos varones, con escasa experiencia de vida con el sexo opuesto y espacio intergenésico promedio de uno a tres años. Con complementariedad conyugal. Sin otros factores que modifiquen el rol de la constelación familiar. Sin constelaciones familiares inusuales. En etapa de dispersión dentro del desarrollo del ciclo vital, con expectativas normativas acordes a la etapa. Existe carga genética para Diabetes por rama materna, no tiene antecedente de pautas para alcoholismo incesto, síntomas físicos, violencia y suicidio, éxito o de fracaso. Como suceso relevante se encuentra la Diabetes Mellitus que padece la paciente identificada. En relación a las pautas de interrelación familiar, predominan las relaciones estrechas o cerradas entre el subsistema conyugal y paterno filial. En general predomina el

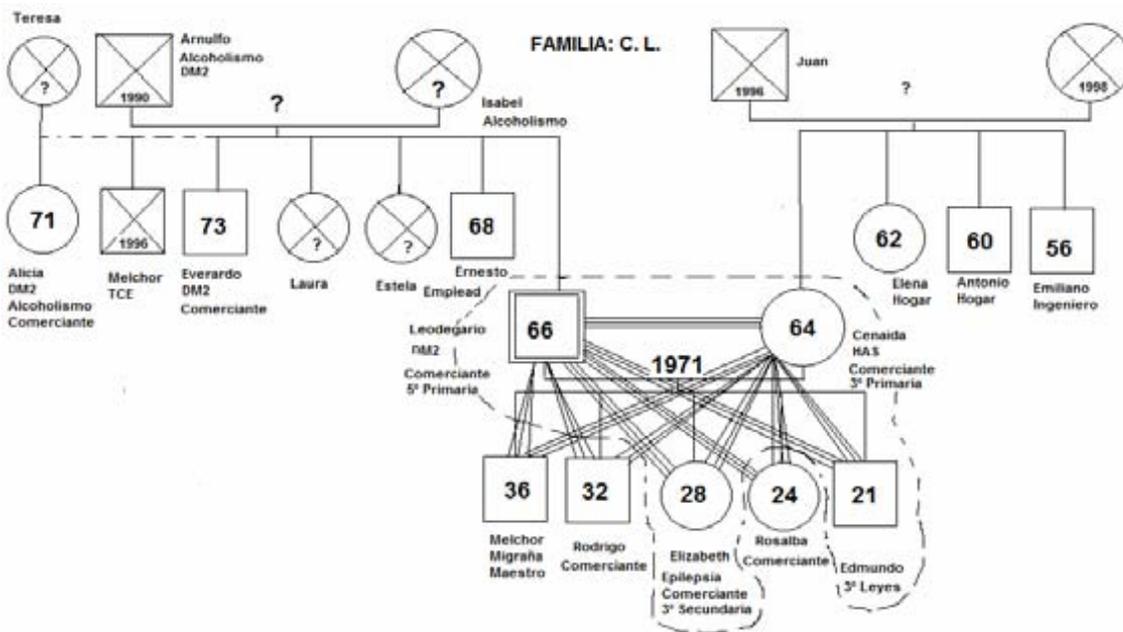
equilibrio familiar en todas las pautas antes mencionadas, en particular en la estructura, los roles, el nivel de funcionamiento y los recursos de la familia.



FAMILIA B. P

Familia Nuclear. Tradicional. Obrera. Rural. En etapa de dispersión. Paciente identificado del sexo femenino de 44 años, séptimo de nueve hermanos, con espacio ínter-genésico promedio de dos a cinco años, casado con cónyuge ocho años menor de edad, hijo único. Con adecuada experiencia de vida y presencia de complementariedad conyugal, sin otros factores que pueden influir modificando el rol de la constelación familiar. Sin antecedentes de alcoholismo, incesto, violencia, suicidio ni de configuraciones familiares inusuales. Con adecuada transición y adaptación al ciclo vital familiar, actualmente en etapa de Dispersión. Presenta como pauta repetitiva a través de las generaciones el antecedente de Diabetes por rama materna y Alcoholismo paterno. Sin pautas sintomáticas en relación a incesto, síntomas físicos, violencia y suicidio, éxito o de fracaso. Dentro de los sucesos de la

vida y funcionamiento familiar se registra en antecedente de muerte de una hermana mayor, sin precisarse fecha u causa de la muerte, así como la Diabetes mellitus tipo 2 en la paciente identificada, y el alcoholismo y tabaquismo presente en el cónyuge. Destaca nuevamente como pauta vincular las relaciones estrechas entre los subsistemas conyugal y fraterno-filial, con relación conyugal dominante. Predomina el equilibrio en el análisis familiar previo, en particular en la estructura, los roles, el nivel de estilo de funcionamiento y recursos.



Dr. Efraín Emiliano Ríos

DX. Familia: Nuclear. Moderna. Integrada. Comerciante. Urbana. En etapa de retiro

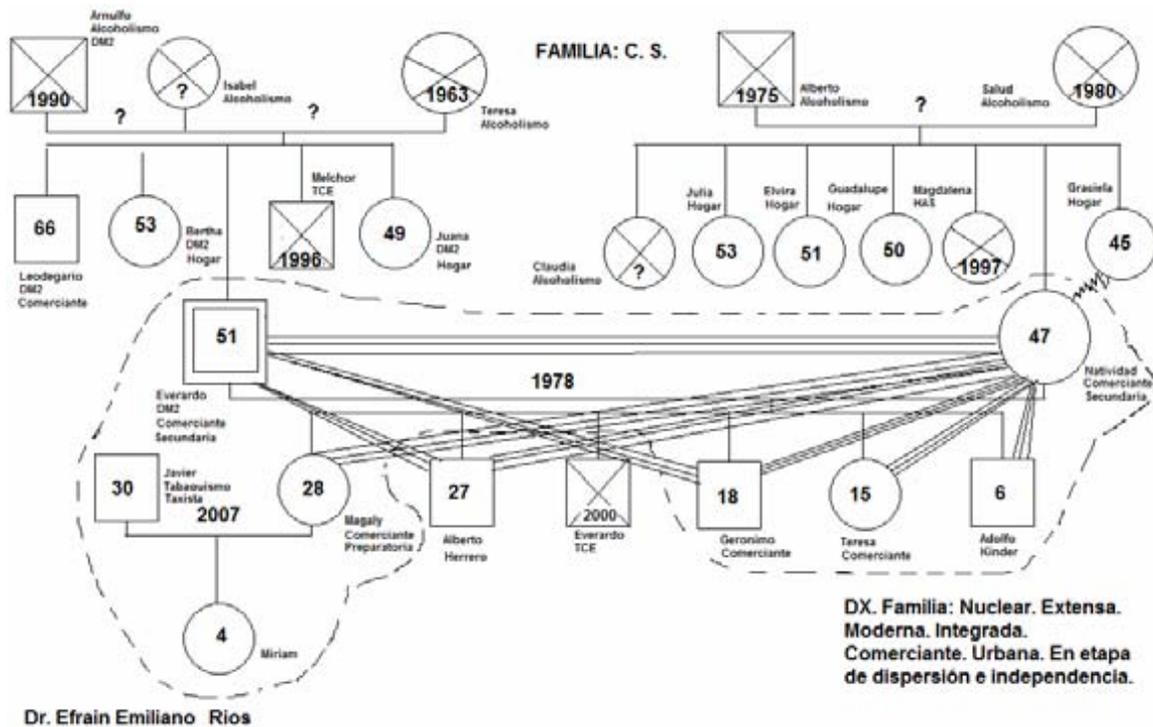
FAMILIA: C. L

Familia nuclear, moderna, integrada, comerciante, urbana, en fase de Dispersión/ Independencia. Acostumbrado que otros se ocupen de él, se siente más libre, con menos responsabilidades. Convivencia con hermanos de ambos sexos, lo que favorece la compatibilidad matrimonial. Con etapas de desarrollo sin problemas, espacio inter-genésico promedio entre dos a tres años. Configuraciones familiares inusuales: Antecedente de unión libre de sus padres. Con reiteración de una misma profesión: comerciantes. En fase de Dispersión/Independencia dentro de expectativas normativas. Complementariedad conyugal. Con problemas para dejar el hogar e independizarse la tercera de sus cinco hijos, Elizabeth de 28 años, dedicada al comercio, quien padece epilepsia. Edad de los cónyuges al momento de contraer matrimonio 28 y 30 años. Como pauta repetitiva se observa la Diabetes Mellitus.

Sucesos de la vida y funcionamiento familiar: Antecedente de muerte de los padres por rama paterna por secuelas de alcoholismo.

Son datos característicos en relación a repetición estructura familiar, de transición, traumas críticos. Sin impacto dramático en el sistema familiar y en sus miembros. Destaca la Diabetes Mellitus en el paciente y su padre. Alcoholismo en la madre y una de las hijas. Relaciones estrechas o cerradas entre la pareja, y los hermanos maternos Relación triangulada: entrelazados padre- hijos, madre- hijos.

Predomina el equilibrio familiar: Con relaciones familiares de tipo centrípeto, con riesgo de evolucionar al amalgamamiento. Sin Impacto por sucesos relevantes, coincidencias, reacciones de aniversario, suceso crítico o traumático.



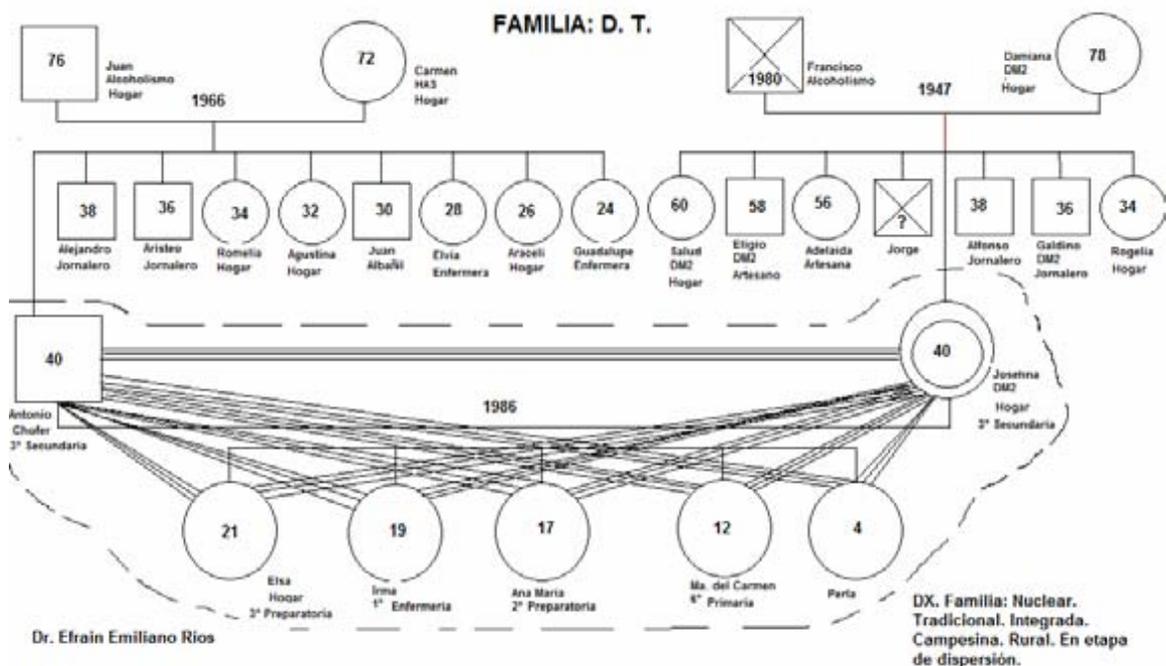
FAMILIA: C. S

Familia Nuclear extensa, moderna, integrada, comerciante, urbana, en fase intermedia de dispersión/independencia. El primero de tres hermanos producto de segunda relación de su padre en unión libre. Con responsabilidad de mantener el bienestar de la familia o de continuar con la tradición familiar. Convivencia con hermanos de distinto sexo, con experiencia con ambos sexos, traduce compatibilidad marital. Diferencia de edad entre hermanos, promedio un año, con adecuada experiencia de hermanos y cumplimiento de roles familiares. Otros factores que pueden modificar el rol de la constelación familiar son: alcoholismo en la segunda y tercera generación. Reiteración en la elección de un tipo de profesión: comerciantes.

Etapa de desarrollo del ciclo vital: Fase intermedia entre Dispersión e Independencia. Fuera de las expectativas de transición del ciclo vital, por la

presencia en el hogar materno de Magaly la hija mayor, con su esposo e hija de 2 años. Conviviendo con los tres hijos menores en edad adolescente y preescolar. Fallecimiento del tercero de sus seis hijos por TCE en el año 2000. Repetición de pautas a través de las generaciones. Alcoholismo en los abuelos paternos y maternos. Diabetes Mellitus por rama paterna.

Duelo por muerte de varios miembros de la familia, con buen proceso de adaptación actualmente superados, sin reacciones de aniversario. Antecedente de matrimonio previo del padre con muerte de la pareja ignorándose causa. Matrimonio de sus padres en segundas nupcias en unión libre. Fallecimiento de padres en 1993 y de los suegros por alcoholismo crónico en 1975 y 1980. Sin otro tipo de impacto familiar. Lo que muestra vulnerabilidad moderada a futuras tensiones. Relación estrecha entre el paciente identificado y su medio hermano mayor. Relaciones estrechas entre el subsistema conyugal entrelazados entre cada uno de los conyugues y cada uno de sus hijos. Relación estrecha o cerrada entre cada uno de los integrantes del subsistema fraterno. Triangulación de los padres con Alberto y el segundo y cuarto de sus hijos. Potencialmente se puede ver un equilibrio en la estructura, roles, nivel de funcionamiento y los recursos de la familia.

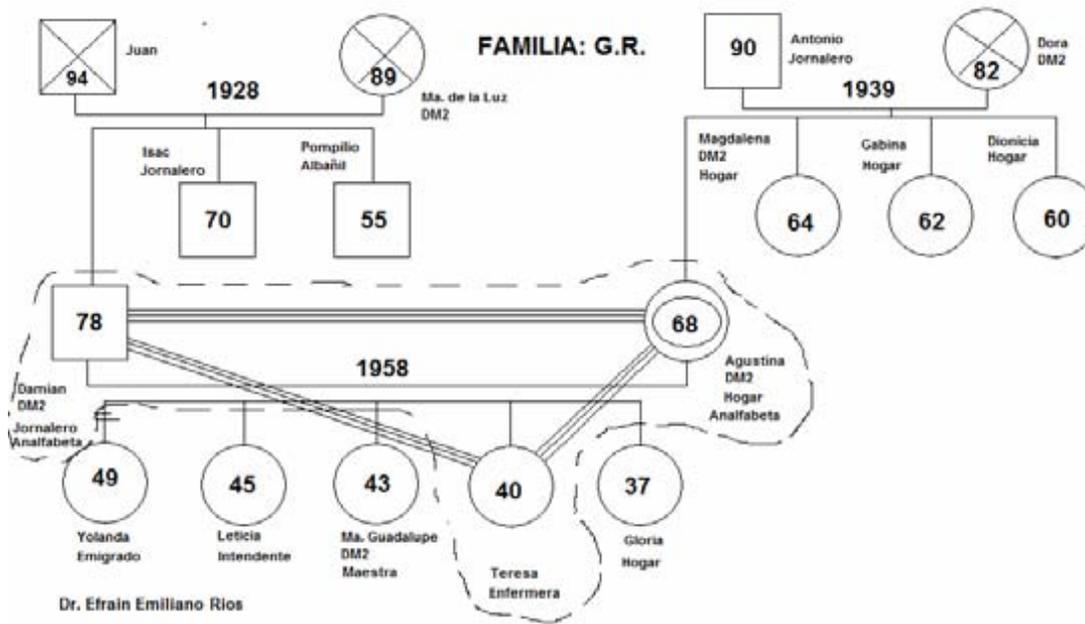


FAMILIA D. T

Familia Nuclear. Tradicional. Campesina. Rural. En etapa de dispersión. Paciente identificado del sexo femenino de 40 años quinta de ocho hermanos, con espacio inter-genésico promedio de dos años, casada con cónyuge de la misma edad, hijo único. De la misma edad primogénito de nueve hermanos. Con adecuada experiencia de vida y complementariedad conyugal, sin otros factores que pueden influir modificando el rol de la constelación familiar En fase de Dispersión, dentro de expectativas normativas y buena adaptación al desarrollo del ciclo vital.

Presenta como pauta repetitiva carga genética para Diabetes, destaca la presencia de alcoholismo en los abuelos, sin otras pautas sintomáticas en relación a violencia, suicidio, éxito o fracaso. Presenta como sucesos relevantes

de la vida y funcionamiento familiar la presencia de Diabetes en el paciente identificado y antecedente de hermano mayor finado. Relaciones estrechas entre la pareja y todos y cada uno de los hijos. Predomina el equilibrio familiar: Con relaciones familiares de tipo centrípeto, con riesgo de evolucionar al amalgamamiento. Sin Impacto por sucesos relevantes, coincidencias, reacciones de aniversario, suceso crítico o traumático



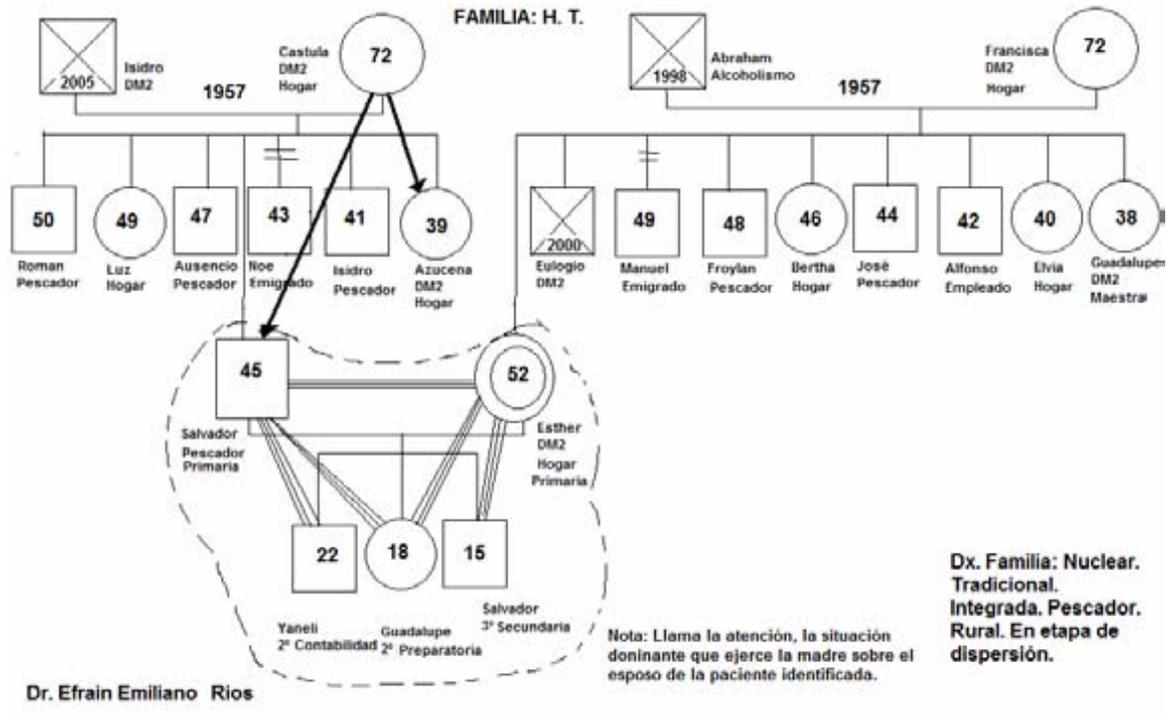
DX. Familia: Nuclear. Moderna. Integrada. Campesina. Rural - En etapa de retiro

FAMILIA G. R

Familia nuclear, tradicional, integrada, campesina, rural, en fase de retiro. El paciente identificado del sexo femenino de 68 años de edad, dedicada al hogar analfabeta. la primera de cuatro hermanas, con cónyuge primogénito de tres hermanos, con falta de experiencia con el sexo opuesto con adecuada complementariedad conyugal.

En etapa actual de desarrollo del ciclo vital de retiro. Dentro de las expectativas normativas. Destaca como única pautas repetitiva a través de las generaciones la presencia de Diabetes Mellitus.. Sin antecedente de alcoholismo. incesto, violencia y suicidio. Dentro de los sucesos relevantes está el antecedente de muerte de la madre y suegra por complicaciones de diabetes. La presencia de enfermedad del tipo de la diabetes en la paciente identificada y su cónyuge. Con lazos de interacción estrechos entre los cónyuges y triangulación del la cuarta de cinco hijas, quien permanece soltera, trabaja como enfermera y vive aún dentro del hogar materno. En general predomina el

equilibrio familiar, ya que cursa sin problemas graves de adaptación en el desarrollo del ciclo vital, existe complementariedad y relación conyugal funcional.

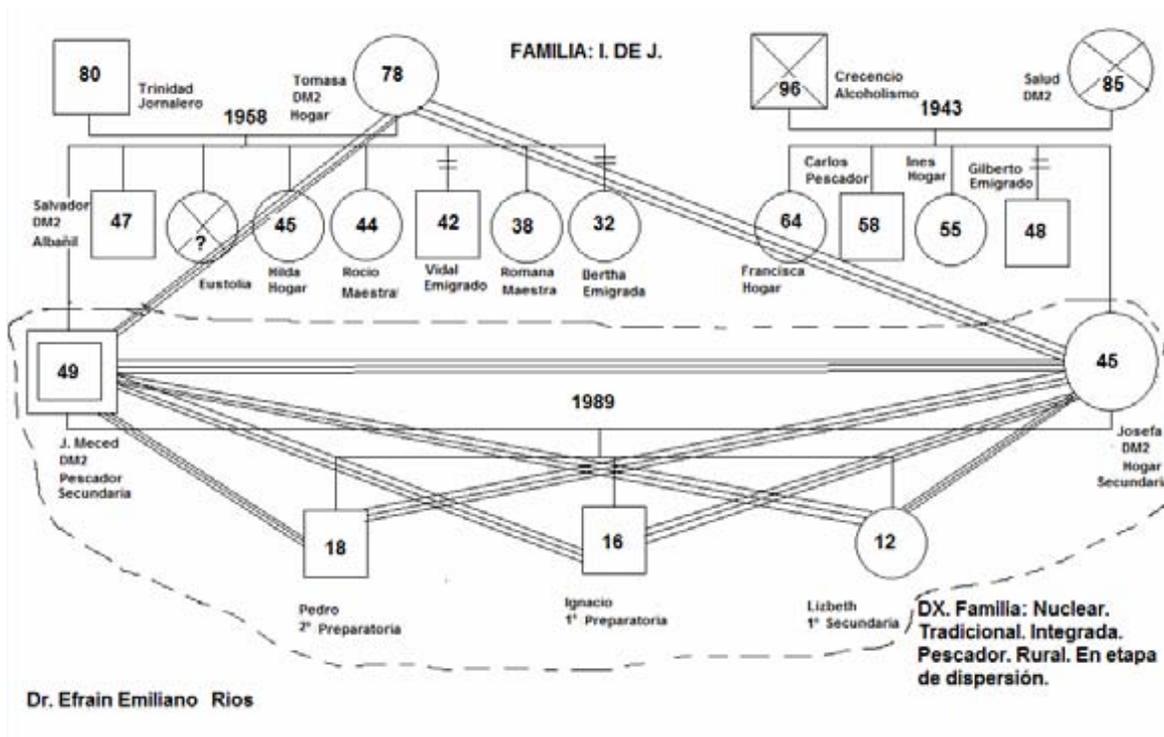


FAMILIA: H. T

Familia Nuclear. Tradicional, Integrada. Comerciante, Rural en etapa de dispersión. Paciente identificado del sexo femenino de 52 años de edad, escolaridad primaria y dedicada al hogar. Ocupa el primer lugar de un total de nueve hermanos, con cónyuge que ocupa el cuarto lugar entre seis hermanos, con adecuada experiencia de vida entre ambos sexos, espacio de edad entre hermanos promedio de dos y tres años, lo que predice adecuada complementariedad conyugal.

Se encuentra en etapa de dispersión. Con adecuada adaptabilidad al desarrollo del ciclo vital, con resolución de las crisis dentro de las expectativas normativas. Destacan como sucesos relevantes la presencia de diabetes en la paciente identificada. Fallecimiento del padre y por alcoholismo. Antecedente de muerte del suegro por secuelas de diabetes. Muerte de un hermano menor

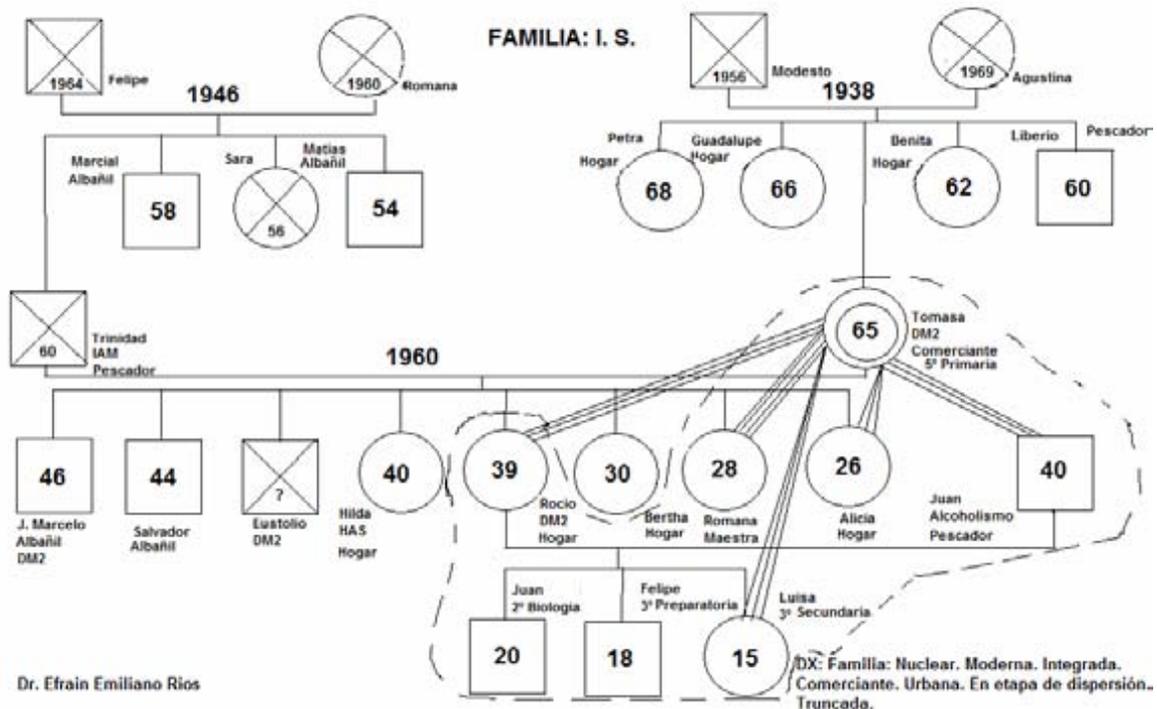
diabético y otro que vive lejos del hogar por estar emigrado. Presenta como única pauta reiterativa a través de las generaciones la diabetes. Dentro del estilo de interrelación familiar predominan las relaciones estrechas entre los subsistemas, conyugal y paterno-filial. En general predomina el equilibrio familiar, principalmente en relación a su estructura, estilo de funcionamiento y delimitación de roles, así como la utilización de recursos.



FAMILIA I DE J

Familia Nuclear. Tradicional. Integrada, Comerciante. Rural. En etapa de dispersión. Paciente identificado del sexo masculino de 49 años, escolaridad secundaria y dedicado a la pesca, padece Diabetes Mellitus, es el primero de un total de ocho hermanos, casado con cónyuge que ocupa el último lugar entre cinco hermanos. Con adecuada experiencia de vida entre ambos sexos e intervalo de edad entre hermanos promedio de tres años, lo que traduce adecuada complementariedad conyugal. Se encuentra en etapa de dispersión, con desarrollo adecuado y buena adaptación. Dentro de los sucesos relevantes destaca la presencia de diabetes en la paciente identificada, el fallecimiento de una hermana menor, de la cual se ignora causa y el estar dos hermanos emigrados que viven lejos del hogar materno. Las relaciones interpersonales predominantes son de tipo

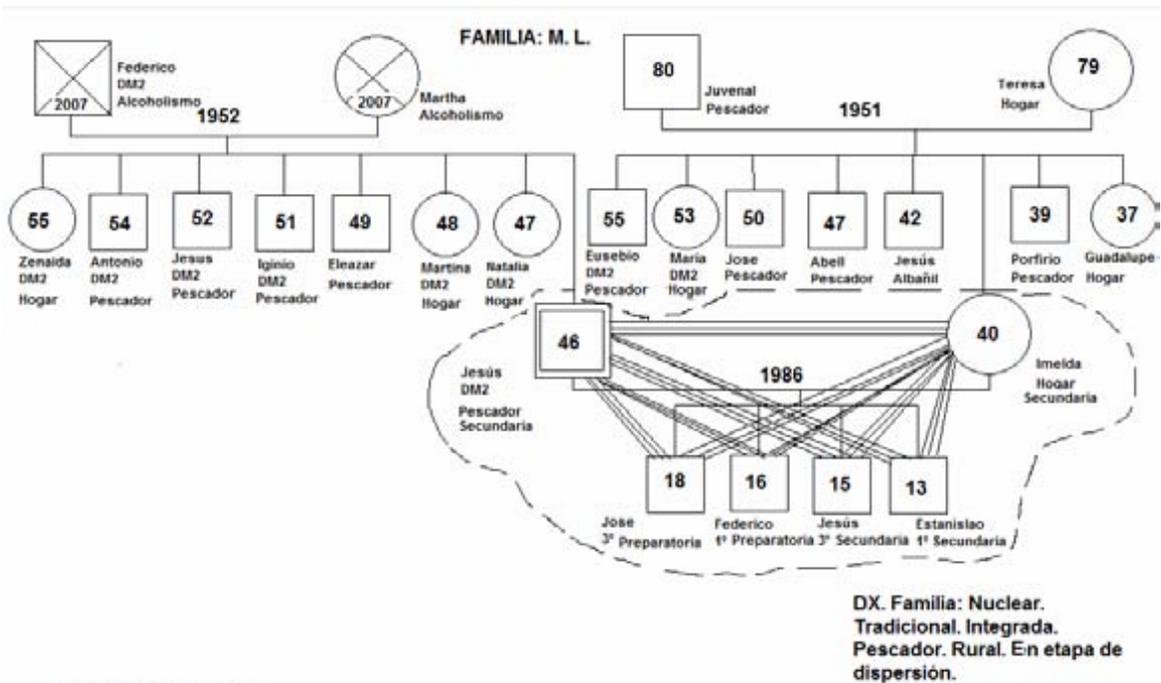
estrecho entre el subsistema conyugal y fraterno filial. Como pauta reiterativa generacional se encuentra la diabetes. En general predomina el equilibrio familiar, en relación a su estructura, nivel de funcionamiento, delimitación de roles y uso de recursos.



FAMILIA: I. S

Familia nuclear .Moderna. Integrada. Comerciante. Urbana. En etapa de dispersión. Paciente identificada del sexo femenino de 65 años de edad, de escolaridad primaria, dedicada al comercio quien padece Diabetes Mellitus. Es la tercera de un total de cinco hermanos, con cónyuge primogénito finado. Con escasa experiencia de vida entre hermanos de otro género y diferencia de edad entre hermanos de 2 a 4 años, lo que traduce problemas de complementariedad conyugal. Actualmente en etapa de desarrollo del ciclo vital de dispersión, misma que se encuentra fuera de las expectativas, debido a la convivencia actual en el hogar materno de la quinta de sus hijas, incluyendo a sus esposo y tres hijos adolescentes. Sin otros factores que modifiquen el rol de la constelación familiar. El antecedente de la muerte de los cuatro abuelos, la del cónyuge por infarto agudo del miocardio y la muerte el tercero de sus hermanos conforman los sucesos relevantes en ésta familia, así como la

enfermedad crónica del paciente identificado. Se presenta como única pauta repetitiva través de las generaciones la Diabetes Mellitus. Dentro del tipo de interrelación predominan las relaciones estrechas entre los cónyuges y el subsistema paterno filial. Potencialmente se aprecia tendencia al equilibrio en todas las pautas antes mencionadas, en particular en la estructura, los roles, el nivel de funcionamiento y los recursos de la familia.

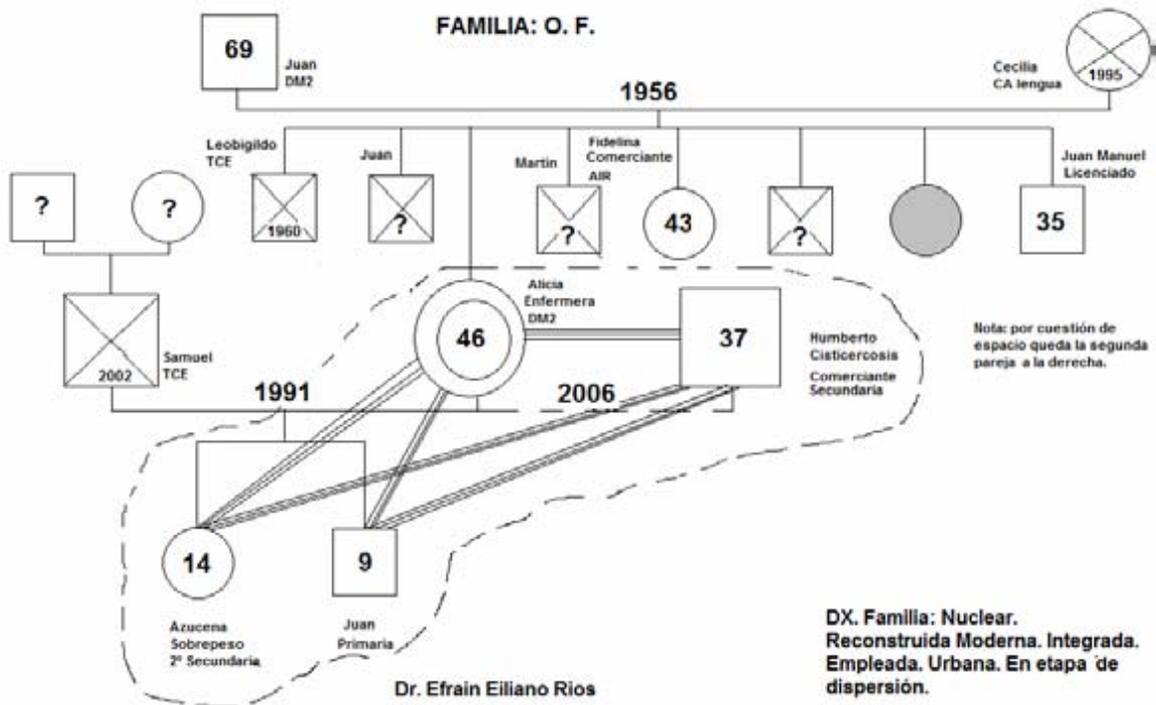


Dr. Efrain Emiliano Ríos

FAMILIA: M. L.

Familia Nuclear. Tradicional. Integrada. Comerciante. Rural. En etapa de dispersión. Paciente identificado del sexo masculino de 46 años de edad. Pescador, de escolaridad secundaria, portador de Diabetes mellitus. El octavo de un total de ocho hermanos, con cónyuge sexta de entre ocho hermanos, con adecuada experiencia de vida entre la constelación fraterna con edades entre sus miembros que varía de uno a tres años, sin problemas de complementariedad conyugal, ni configuraciones familiares inusuales. Se encuentra dentro del desarrollo del ciclo vital dentro de la etapa de dispersión, con adaptación al ciclo evolutivo, dentro de las expectativas normativas. Dentro de los sucesos relevantes de la vida familiar, se encuentra el antecedente de la muerte de sus padres por alcoholismo y la presencia de la enfermedad en el paciente identificado. La única pauta repetitiva a través de las generaciones es para la Diabetes mellitus. Las

interacciones familiares son de tipo estrecho entre los subsistemas conyugal y fraterno-filial. En general predomina el equilibrio en todas las pautas antes mencionadas, en particular en la estructura, los roles, el nivel de funcionamiento y los recursos familiares.

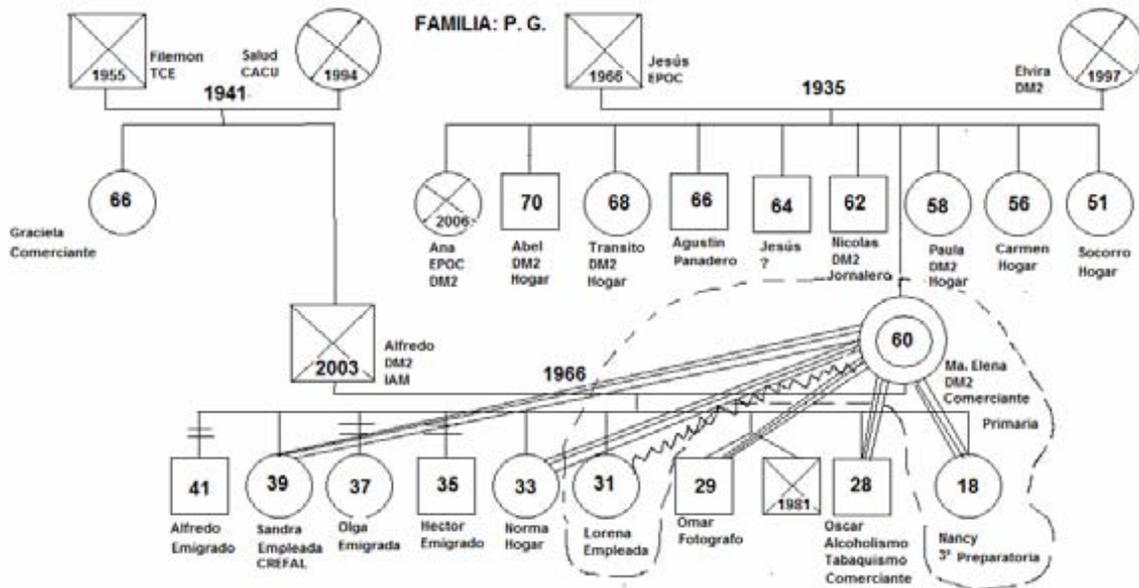


FAMILIA: O. F

Familia Nuclear. Reconstruida. Moderna. Integrada. Empleada. Urbana. En etapa de dispersión. Paciente identificado del sexo femenino de 46 años, enfermera y padece Diabetes mellitus. Tercera de un total de ocho hermanos, casada en segundas nupcias con cónyuge nueve años menor, si poder precisar más datos en relación a la constelación fraterna y complementariedad conyugal por falta de información. En etapa actual de desarrollo del ciclo vital de dispersión, fuera de las expectativas normativas, relacionadas con la muerte del primer esposo por traumatismo craneoencefálico, segundas nupcias con cónyuge de menor edad. Dentro de los sucesos relevantes de la vida destaca la presencia de la enfermedad en la paciente identificada, muerte materna por cáncer de lengua, el antecedente de muerte de seis de los 7 hermanos sin poder precisarse la causa

y la muerte de su cónyuge hace dos años por traumatismo craneo encefálico. Sin otro tipo de configuraciones familiares inusuales. La única repetición de pauta reiterativa generacional, es la Diabetes Mellitus. Como líneas de interrelación predominantes se encuentran las relaciones estrechas entre el subsistema conyugal y paterno-filial. Predomina el desequilibrio familiar debido a los contrastes y características señaladas a nivel de la estructura, roles, nivel y estilo de funcionamiento.

.



Nota: Relación materno filial conflictiva, por religión diferente.

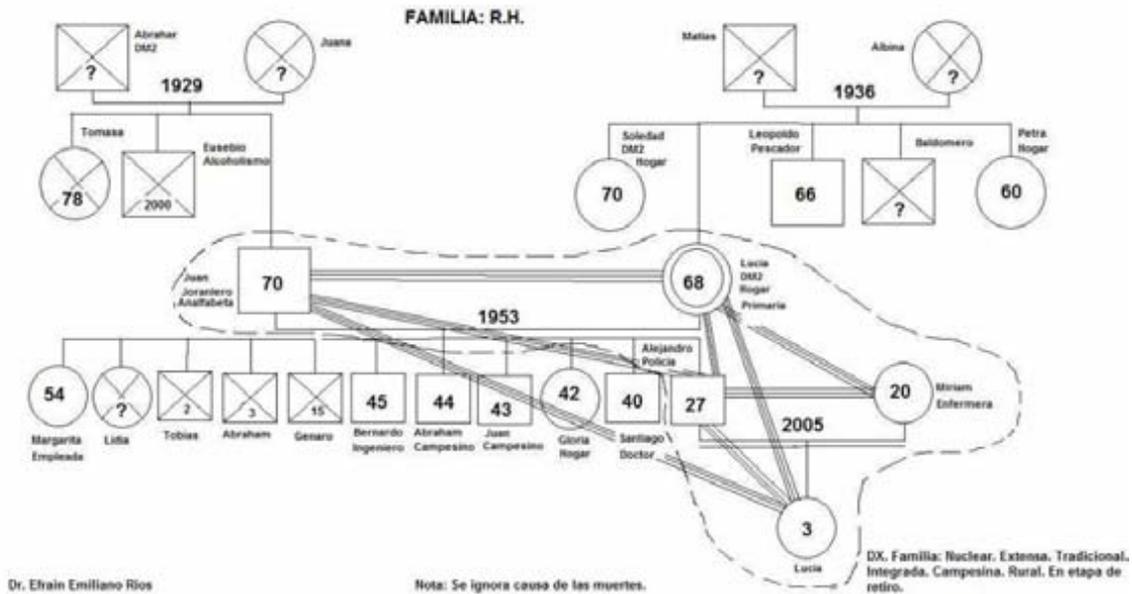
DX. Familia: Nuclear. Moderna. Truncada. Integrada. Obrera. Urbana. En etapa de dispersión.

Dr. Efraín Emiliano Ríos

FAMILIA P. G

Familia Nuclear. Moderna. Integrada. Obrera. Urbana. En etapa de dispersión. Paciente identificado del sexo femenino de 60 años de edad, de escolaridad cuarto de primaria y ocupación de panadero. Padece Diabetes Mellitus, es la séptima de un total de diez hermanos, con cónyuge finado, segundo de dos hermanos. Con espacio de edad entre hermanos promedio de uno a cinco, convivencia con ambos tipos de géneros y adecuada experiencia de vida en la constelación fraterna lo que predice adecuada complementariedad conyugal. Se encuentra en etapa de dispersión, con desarrollo fuera de las expectativas normativas por muerte hace cinco años del cónyuge por infarto. Los sucesos relevantes en esta familia están en relación a la presencia de la enfermedad del tipo de la diabetes en la paciente identificada, a la muerte de sus cuatro abuelos. Muerte de su hermano mayor por EPOC. Muerte de su cónyuge por infarto agudo

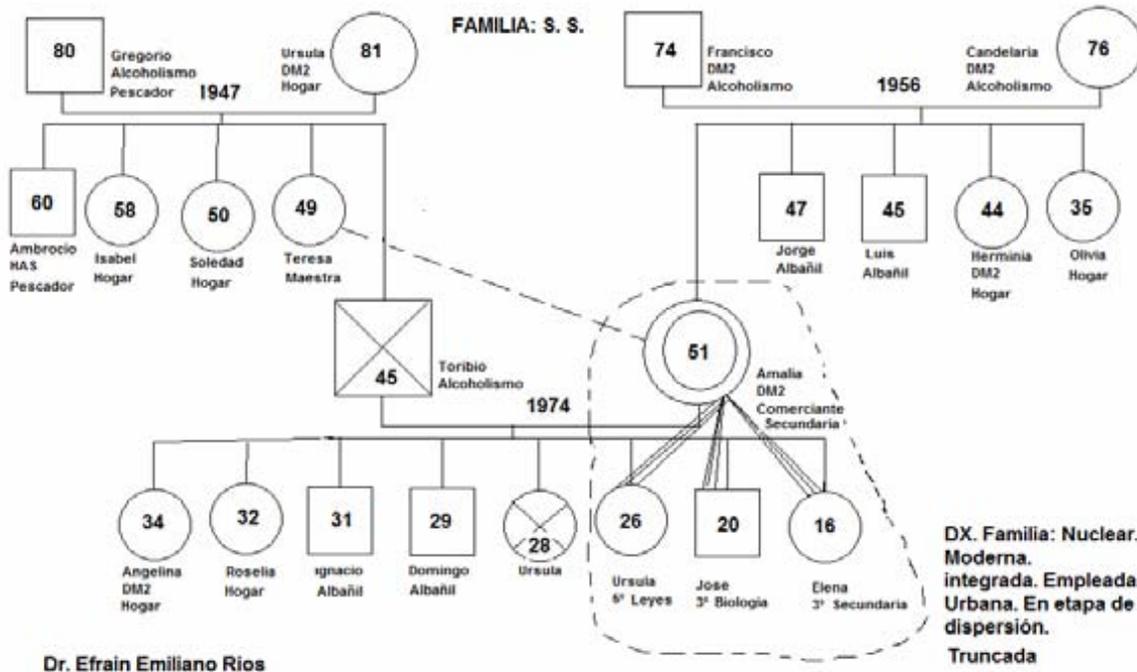
del miocardio y muerte del octavo de sus hijos (segundo gemelo) por alcoholismo y tabaquismo, cuatro hijos mayores emigrados y viven lejos del hogar. Como pautas repetitivas se encuentran la Diabetes, y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El estilo de relación predominante es de tipo estrecho, destaca la presencia de relación conflictiva en el subsistema materno-filial por profesar distintas corriente religiosa. En general predomina el desequilibrio por en particular en relación a la estructura, cumplimiento de roles, nivel de funcionalidad familiar y utilización de recursos.



FAMILIA. R. H.

Familia Nuclear extensa. Tradicional. Integrada. Campesina. Rural. En etapa de retiro. Paciente identificada del sexo femenino de 68 años de edad, escolaridad de tercero de primaria y dedicada al hogar. Segunda de un total de cinco hermanos, con cónyuge tercero de un total de tres hermanos. Con escasa experiencia de vida en la constelación fraterna, lo que predice falta de complementariedad conyugal. Se encuentra dentro del desarrollo del ciclo vital en etapa de retiro, fuera de las expectativas normativas por la presencia en el hogar materno del menor de sus once hijos junto con su esposa e hija de tres años. Destacan como sucesos relevantes la muerte de los padres y suegros, sus dos únicos cuñados, una hermana menor y cuatro de sus hijos, sin poder precisarse mayor información. La única pauta reiterativa de comportamiento es la Diabetes Mellitus. Las líneas de interacción dominantes son de tipo estrecho entre los diversos subsistemas, conyugal y paterno-filial. Se aprecia triangulación del único

nieto. En general predomina el desequilibrio familiar, particularmente a nivel de la estructura, estilo de funcionamiento, delimitación de roles y uso de recursos.

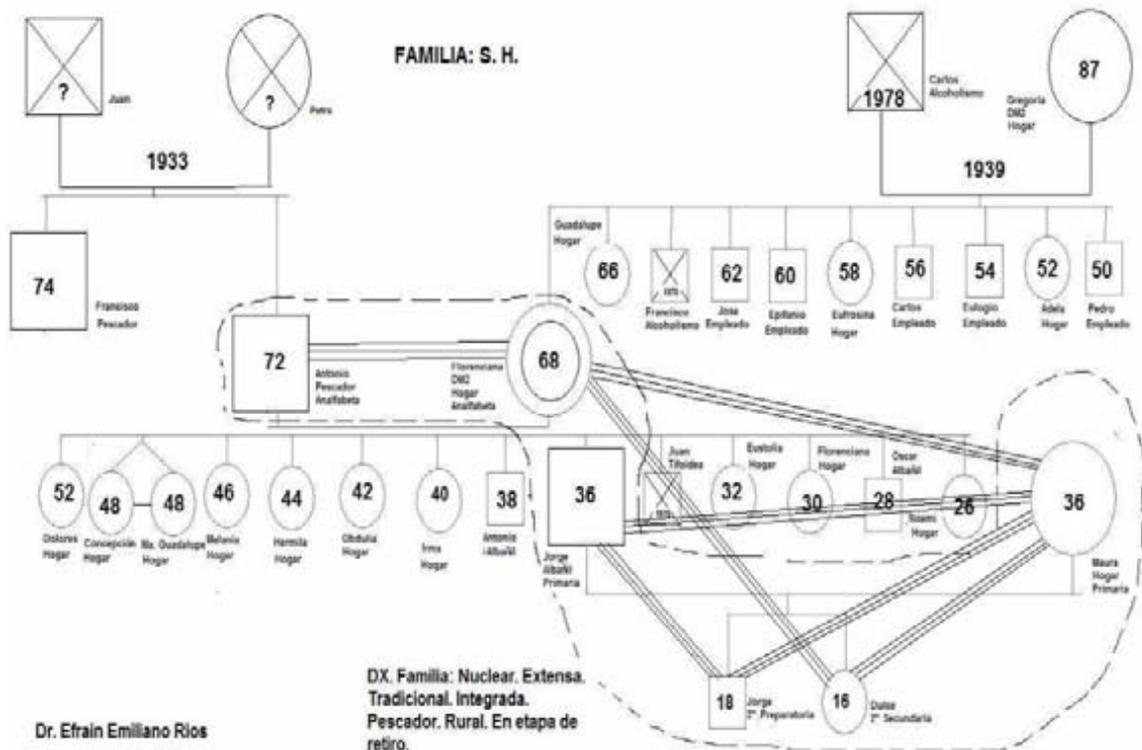


FAMILIA S. S.

Familia Nuclear. Moderna. Integrada. Empleada. Urbana. En etapa de dispersión

Paciente identificado femenino de 51 años de edad. Comerciante de escolaridad secundaria, padece diabetes mellitus. Es la primogénita de un total de cinco hermanos, con cónyuge el menor de entre cinco hermanos. Ambos con adecuada experiencia de vida dentro de la constelación fraterna, convivencia con ambos géneros y espacio de tiempo entre hermanos promedio de uno a y cinco años, lo que predice complementariedad conyugal. En etapa de dispersión, con aceptable adaptación al desarrollo del ciclo vital, con familia truncada por muerte del cónyuge. Dentro de los sucesos relevantes de la vida destaca el padecimiento de la diabetes por parte de la paciente identificada, el fallecimiento del cónyuge por alcoholismo. Y la muerte de la quinta de sus hijas ignorándose causa. Existe como pauta repetitiva carga genética para diabetes y alcoholismo. El estilo de interrelación predominante es de tipo

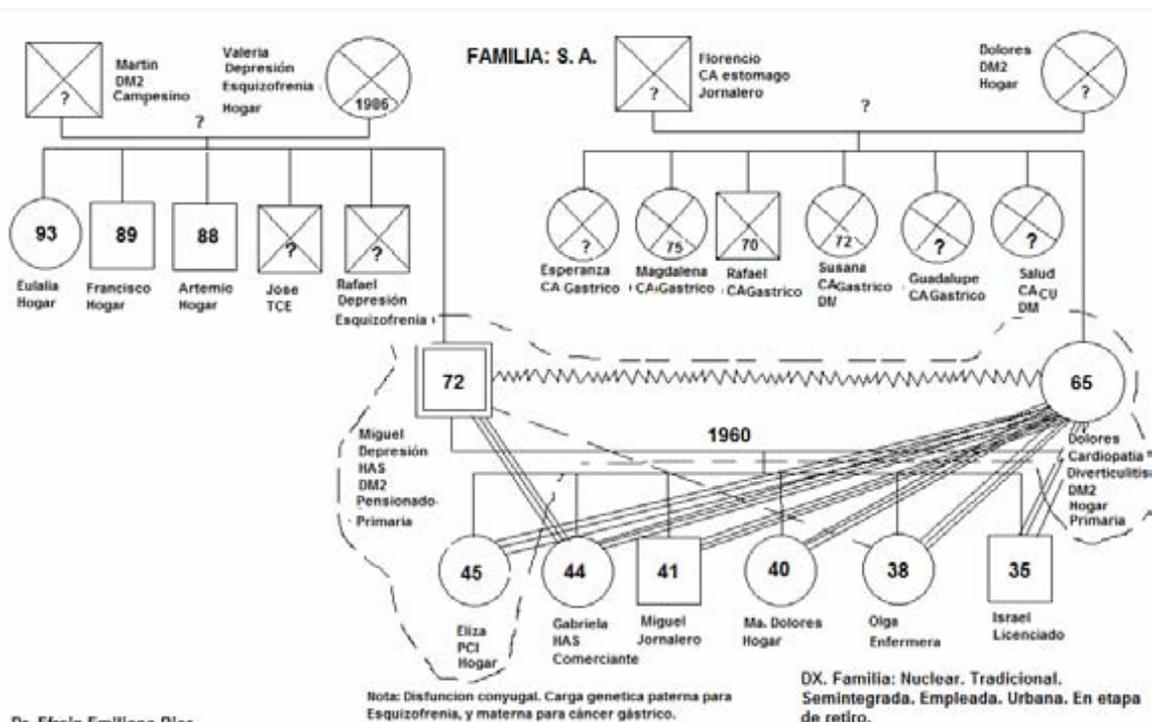
estrecho entre la paciente identificada y sus hijos. Predomina el desequilibrio familiar en relación a la estructura, roles, nivel de funcionamiento y utilización de recursos.



FAMILIA: S. H

Familia Nuclear. Extensa. Tradicional. Integrada. Comerciante. Rural. En etapa de retiro. Paciente identificado del sexo femenino de 68 años de edad, escolaridad primaria, dedicada al hogar, quien padece Diabetes mellitus. Es la primogénita de un total de diez hermanos, con cónyuge segundo de un total de dos hermanos. Con adecuada experiencia de vida en la constelación fraterna y diferencia de edad entre hermanos promedio de 2 años, lo que predice adecuada complementariedad conyugal. Actualmente se encuentra en etapa de retiro, con expectativas fuera de lo normado, debido a la presencia vigente en el hogar materno del noveno de sus hijos, su esposa y dos hijos adolescentes. Los sucesos relevantes en esta familia están en relación a la presencia de la enfermedad en la

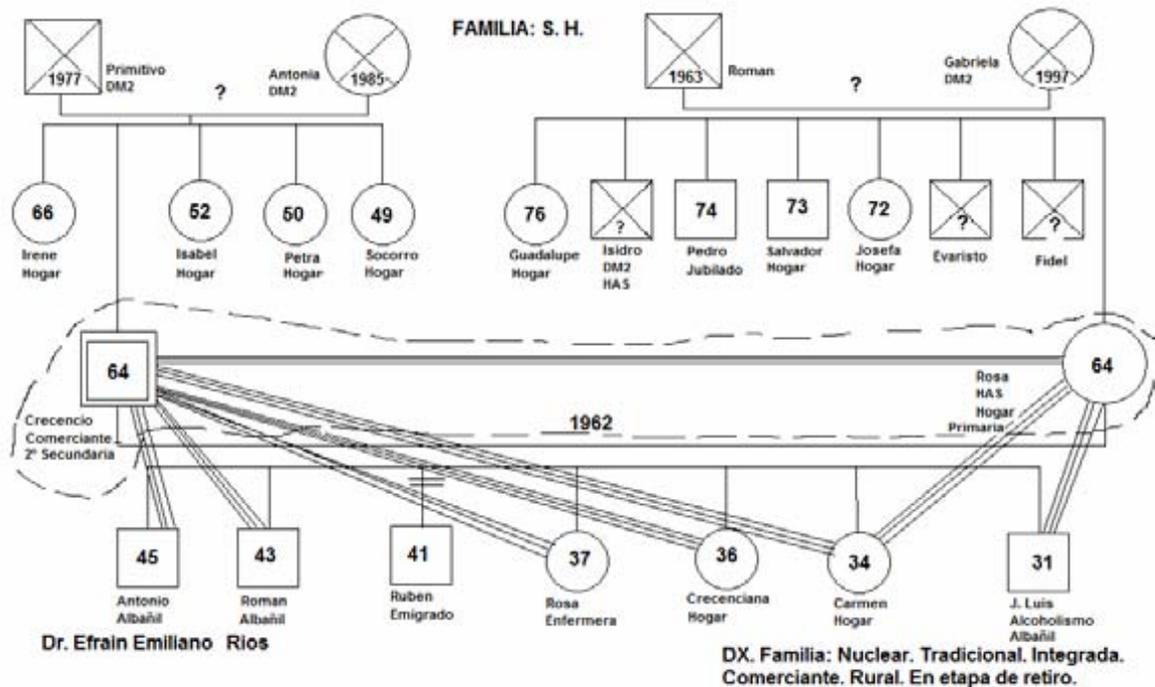
paciente identificada, la muerte de los suegros sin precisarse causa. Muerte de su padre y el tercero de sus hermanos por alcoholismo. Así como la muerte del décimo de sus hijos. Destaca como pauta repetitiva generacional la presencia de Diabetes y el alcoholismo. Las líneas de interacción son de tipo estrecho entre los diferentes subsistemas, conyugal y paterno-filial. En general predomina el desequilibrio familiar en cada una de los sucesos analizados, en relación a la estructura, grado de cumplimiento y tipo de roles, estilo de funcionalidad familiar y utilización de los recursos.



FAMILIA S. A

Familia nuclear, tradicional, semi-integrada, pensionada, urbana, en fase de retiro. Crisis para normativa secundaria a Disfunción conyugal. Paciente identificado: 72 años, hijo menor, con satisfactoria experiencia de vida. Es el menor de seis hermanos, con cónyuge que ocupa la misma posición fraterna con dificultades de adaptación. Dos hermanos varones y una sola mujer, con falta de experiencia con el sexo opuesto, afecta la compatibilidad matrimonial. Factores que influyen en la relación fraterna: Dos hermanos mayores finados, ignora edad y causa, uno de ellos con antecedente de esquizofrenia. En etapa actual de desarrollo del ciclo vital de retiro. Fuera de las expectativas normativas por detención en el desarrollo del ciclo vital familiar, etapa de independencia por presencia en el hogar materno de la hija mayor de 45 años, quien permanece soltera, con PCI. Pautas repetitiva a través de las generaciones para

Cáncer gástrico, Diabetes Mellitus y Depresión. Sin antecedente de alcoholismo. Incesto, violencia y suicidio. Como sucesos relevantes: crisis normativa por encontrarse actualmente el paciente identificado pensionado. Hijo mayor “especial” por discapacidad física. Muerte de dos de sus hermanos mayores ignora causa y edad al morir. Hermano menor con diagnóstico de depresión y esquizofrenia igual que su madre. Por parte de la esposa Dolores: muerte del padre y sus seis hermanos, todos por el mismo diagnóstico de cáncer de estómago. Relación conyugal conflictiva. Relación distante padre hija. Relación triangulada: padres- hija mayor (Discapacidad física PCI). Distanciamiento padre- hija mayor. Predomina el desequilibrio familiar, por problemas de adaptación a desarrollo del ciclo vital, falta de complementariedad y disfunción conyugal. Antecedente de depresión en el padre y en paciente identificado.



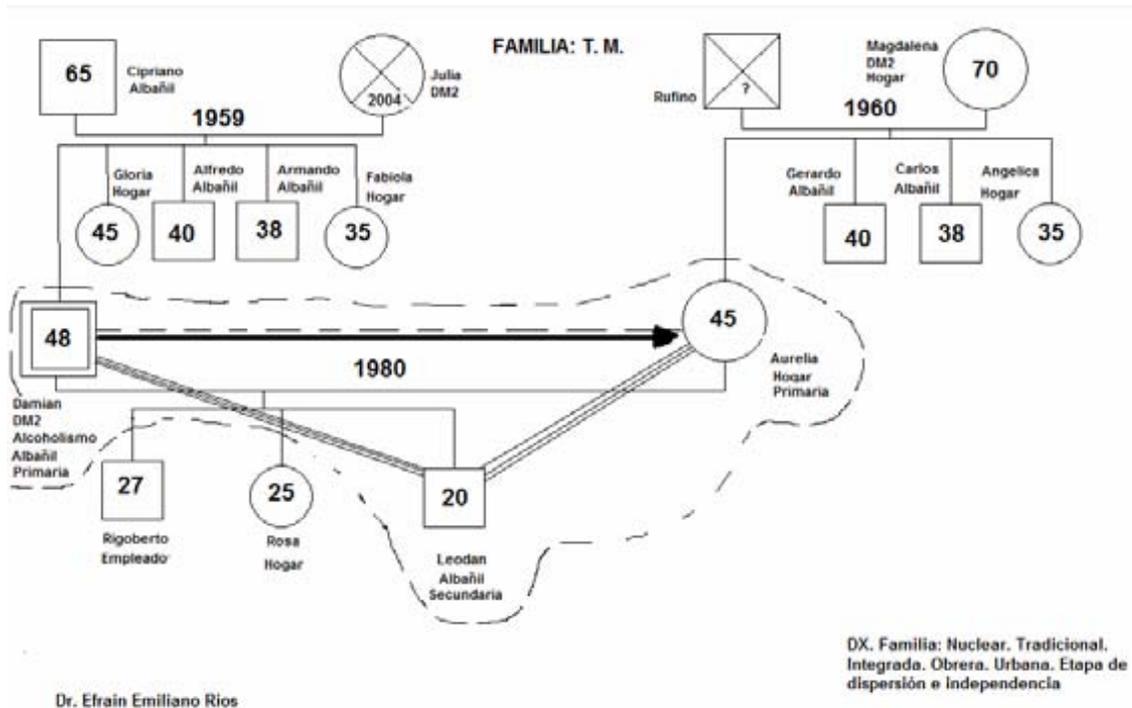
FAMILIA S. H.

Familia Nuclear. Tradicional. Integrada. Comerciante. Rural. En etapa de retiro.

Paciente identificado, masculino de 64 años, comerciante, de escolaridad de segundo de secundaria, es el segundo de un total de cinco hermanos, con cónyuge que ocupa el último lugar de un total de ocho hermanos, con escasa experiencia de vida con el sexo opuesto ya que todas sus hermanas son mujeres y cuentan con intervalo de edad promedio de uno a dos años, prediciendo falta de complementariedad conyugal. Se encuentra actualmente en etapa de retiro o nido vacío. Con expectativas dentro de lo normado. Los sucesos relevantes en esta familia están en relación a las muertes de los padres y suegros por secuelas de diabetes. La muerte de sus dos hermanos menores sin precisarse edad ni causa del fallecimiento. La emigración del tercero de sus hijos y la presencia de alcoholismo en el menor de sus hijos. La única pauta repetitiva a través de las generaciones la conforma la diabetes mellitus. El estilo

de interrelación es de tipo estrecho o cerrado entre los diferentes subsistemas, conyugal y paterno-filial.

En general predomina el equilibrio familiar en particular en relación a la estructura, establecimiento de roles, estilo de funcionalidad familiar y utilización de los recursos.



FAMILIA: T. M

Familia Nuclear. Tradicional. Integrada. Obrera. Urbana. En etapa intermedia entre dispersión e independencia. Paciente identificado masculino de 48 años de edad. Albañil de escolaridad primaria, quien padece diabetes mellitus y alcoholismo. Es el primogénito de un total de cinco hermanos, con cónyuge también primogénito de entre cuatro hermanos. Ambos con adecuada experiencia de vida dentro de la constelación fraterna, convivencia con ambos géneros y espacio de tiempo entre hermanos promedio de dos y cinco años, lo que predice complementariedad conyugal. Dentro del desarrollo del ciclo vital se encuentra en etapa intermedia entre dispersión e independencia. Con problemas en el proceso de adaptación presentando relación conyugal dominante. La muerte de la madre por diabetes, la muerte de su suegro ignorándose causa y la presencia de diabetes mellitus y alcoholismo en el paciente identificado son los sucesos relevantes de la vida que destacan. La única

pauta repetitiva generacional es la presencia de diabetes. Dentro de la pautas de interacción destaca la presencia de relación dominante esposo-esposa y relaciones estrechas de cada uno de los padres con el hijo menor. Potencialmente predomina en las etapas anteriores el equilibrio familiar, en relación a la estructura, roles, estilo de funcionalidad y utilización de recursos.

8.- DISCUSIÓN

En México existen varios grupos indígenas que han mantenido su identidad cultural resistiéndose a la influencia de la cultura hegemónica nacional. Este es el caso de la cultura Phurépecha. Como se revela en este estudio hay una fuerte tendencia de la familia a adoptar el modelo de la familia nuclear moderna. Es decir, tendencia a descargar el peso del cuidado y el apoyo del enfermo en el sistema de salud. Se observa cada vez con más frecuencia que la familia busca el apoyo externo para el diabético en detrimento del que ella misma le puede ofrecer.

La respuesta que estas familias están ofreciendo para enfrentar la diabetes se concentra en amalgamamiento, patrón interaccional predominante del tipo estrecho, triangulación con uno de los hijos. Estos elementos aunque no son propios de familias rurales, son típicos de familias tradicionales de ésta cultura. Varios estudios antropológicos realizados entre los Phurépechas han mostrado las fortalezas que tienen estas familias en la crianza de los hijos⁽³²⁾.

Otros antropólogos³³ que han estudiado esta cultura señalan que en la misma existe la creencia de que la enfermedad es un castigo, sin embargo este valor familiar que obligaba a mantener los enfermos bajo cuidado estrecho por el temor de ser castigados en generaciones subsecuentes, hoy se ve francamente diluido y con tendencia a desaparecer.

9.- CONCLUSIONES

La familia mexicana tradicional que reside en las zonas rurales y que forma parte de la cultura Phurépecha está siendo absorbida culturalmente por los estilos de vida modernos y está perdiendo valores solidarios con los enfermos que viven en su seno.

Las formas de apoyo emocional y social que tradicionalmente ofrecía la familia y que se traducían en conservar y cuidar a los enfermos, ofreciendo apoyo para aligerar el peso de la enfermedad empieza a perderse y a descargarlo en las instituciones de salud.

Las respuestas de amalgamamiento familiar, triangulación y relaciones estrechas hablan de las dificultades que se presentan en éste tipo de familias para por un lado mantener la tradición cultural y por otro afrontar la modernidad.

10.- ANEXOS

1. - Carta de consentimiento
2. -Escala Medical Outcomes Study – MOS -20
3. - FACES III



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo _____reconozco que me ha proporcionado información amplia y precisa sobre el estudio al que se me pide participar por lo que entiendo y declaro lo siguiente:

- 1.- Se me informó sobre el estudio de investigación que se pretende realizar.
- 2.- Que seré sometida a un instrumento de evaluación para valorar la funcionalidad de mi familia.
- 3.- Que la información obtenida de los datos que yo proporcione se manejará de manera confidencial y no se harán públicos de ninguna forma escrita, verbal o electrónica.
- 4.- Que no sufriremos ningún tipo de consecuencia por participar en el estudio.
- 5.- Que me comprometo a contestar el instrumento de la manera mas veraz y de acuerdo a las indicaciones que reciba.

Por lo anterior, manifiesto, que es mi decisión libre y consciente de participar en el estudio que se me solicita

Firmo este consentimiento informado por mi libre voluntad en presencia de un testigo y sin haber estado sujeta a ningún tipo de presión o coerción para hacerlo.

Lugar y fecha

Aceptante

Nombre y firma

NSS

Testigo

unidad medica de adscrip.

Nombre y firma

Unidad donde se otorgó consentimiento

personal responsable

UMF 20 Patzcuaro Mich.,

DR. Efrain Emiliano Rios

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR SEMIPRESENCIAL
MODULO DE FAMILIA
ESCALA FACES III
OLSON D H, PORTNER J. LAVEE Y.
VERSION EN ESPAÑOL GÓMEZ C. E I R I G O Y E N C.

INSTRUCCIONES:

ESCRIBA EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE A CADA PREGUNTA LA RESPUESTA QUE USTED ELIJA SEGÚN EL NÚMERO INDICADO.

NUNCA: 1 CASI NUNCA: 2 ALGUNAS VECES: 3 CASI SIEMPRE: 4 SIEMPRE: 5.

DESCRIBA A SU FAMILIA:

- ___1.- LOS MIEMBROS DE NUESTRA FAMILIA SE DAN APOYO ENTRE SÍ
- ___2.- EN NUESTRA FAMILIA SE TOMAN EN CUENTA LAS SUGERENCIAS DE LOS HIJOS PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS.
- ___3.- ACEPTAMOS LAS AMISTADES DE LOS DEMÁS MIEMBROS DE LA FAMILIA
- ___4.- LOS HIJOS PUEDEN OPI NAR EN CUANTO A DI SCIPLI NA.
- ___5.- NOS GUSTA CONVIVIR SOLAMENTE ON LOS FAMILIARES MÁS CERCANOS.
- ___6.- CUALQUI ER MI EMBRO DE LA FAMILIA PUEDE TOMAR LA AUTORIDAD.
- ___7.-NOS SENTIMOS MÁS UNIDOS ENTRE NOSOTROS QUE CON PERSONAS QUE NO SON DE NUESTRA FAMILIA.
- ___8.- NUESTRA FAMILIA CAMBIA EL MODO DE HACER SUS COSAS.
- ___9.- NOS GUSTA PASAR EL TIEMPO LIBRE EN FAMILIA.
- ___10.- PADRES E HIJOS SE PONEN DE ACUERDO EN RELACIÓN A LOS CASTIGOS.
- ___11.- NOS SENTIMOS MUY UNIDOS.
- ___12.- EN NUESTRA FAMILIA LOS HIJOS TOMAN DECISIONES.
- ___13.- CUANDO SE TOMA UNA DECISIÓN IMPORTANTE. TODA LA FAMILIA ESTÁ PRESENTE.
- ___14.- EN NUESTRA FAMILIA LAS REGLAS CAMBIAN.
- ___15.- CON FACILIDAD PODEMOS PLANEAR ACTIVIDADES EN FAMILIA.
- ___16.- INTERCAMBIAMOS LOS QUEHACERES DEL HOGAR ENTRE NOSOTROS.
- ___17.- CONSULTAMOS UNOS CON OTROS PARA TOMAR DECISIONES.
- ___18.- EN NUESTRA FAMILIA ES DIFICIL IDENTIFICAR QUIEN TIENE LA AUTORIDAD.
- ___19.- LA UNIÓN FAMILIAR ES IMPORTANTE
- ___20.- ES DIFICIL DECIR QUIEN HACE LAS LABORES DEL HOGA

11. - BIBLIOGRAFIA

¹ American Diabetes Association. Report of the expert committee on the diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 1997, 21(Suppl1): S5-S16

² Frenk MJ. Mensaje en la inauguración del 15° Congreso Nacional de la Federación Mexicana de Diabetes. León, Guanajuato, 20 de marzo de 2003.

³ Secretaria de Salud. Modificación a la Norma Oficial 015-SSA2-1994. Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. <http://portal.salud.gob.mx/>

⁴ Roland JS. Chronic illness and the life cycle: a conceptual framework, *Family Process* (1998), 26: 203-221.

⁵ Walter G. (1992), *In the midst of winter. Systemic therapy with families, couples, and individuals with AIDS infection.* Nueva York: W.W. Norton y Company.

⁶ Millar D. Counseling, *British Medical Journal* (1987),, 294: 1671-1674

⁷ Brody EM, Johnson MC, Fulcomer AM. Women's changing roles and help to elderly parents: attitudes of three generation of women, *Journal of Gerontology* (1983), 8: 597-607.

⁸ Gurung RA, Sarason IG. Personal characteristics, relationship quality, and social support perceptions and behavior in young adult romantic relationships, *Journal of the International Society for the Study of Personal Relationships* (1997) 4: 319-339.

⁹ Ladewing BH, McGee GW, Newell W. Life strains and depressive effect among women, *Journal of Family Issues* (1990)., 11: 36-47.

¹⁰ Caplan G, Killilea M. Support systems and mutual help: multidisciplinary exploration, New York: Grune and Straton. (1976)

¹¹ Antonucci, y J. S. Jackson Social support, interpersonal efficacy and health: a life course perspective, en L. L. Cartesen y B. A. Edelstein, Handbook of Clinical Gerontology. (1987) (/pp. 291-311), U.S.A: Pergamon Press.

¹² Emmons RA, Colby PM. Emotional conflict and well-being. Relation to perceived availability, daily utilization and observed reports of social support, Journal of personality and Social Psychology (1995), 68: 947-959.

¹³ Samter, W., B. B. Whaley, S. T. Mortenson y B. R. Burleson (1997).” Ethnicity and emotional support in same sex friend. A comparision of Asian - American, African- American and Euro-American”, Personal Relationships, 4: 413-430.

¹⁴ Emmons, R. A. y P. M. Colby (1995), Op.Cit.

¹⁵ Olson DH, McCubbin HI, Barnes H.L, Larsen AS, Muxen JM, Wilson MA, Families: What makes then work, . (1989), edition publicity, Neuburry Park: sage Publication: The Publisher of professional Social Science.

¹⁶ Otto HA. Criteria for assessing family strength, Family Process (1963), 2: 239-337.

¹⁷ Tanner- Nelson, P Banonis B “Family consensus and stress identified in Delaware` s White House Conference on the Family”, en N. Stinnett, J. De Frain, K. King P. Knaub y G. Rowe, Family Strengths III: roots of well being, Lincoln: .(1981), University of Nebraska Press.

¹⁸ FK Grossman, J Beinashowitz, L Anderson, M Sakurai. Risk and resilience in young adolescents. Journal of Youth and Adolescence 1992, 21, 5: 529

¹⁹ Díaz Living, R y col. (en prensa), Redes semánticas sobre el apoyo, 1999.

²⁰ Declaración de Helsinki: Principios éticos de investigación biomédica con sujetos humanos. <http://www.seeiuc.com/investig/helsinki.htm>

²¹ Declaración de Helsinki de la Asociación Medical Mundial. <http://www.uchile.cl/bioetica/doc/helsink.htm>

²² Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Código de Bioética para el personal de salud. México 2002. <http://www.codamedver.gob.mx/bioetica2002.htm>

²³ M. McGoldrick y R. Gerson. Genogramas en la evaluación familiar. Ed. Gedisa. Segunda Edición. 1996.

²⁴ Olson DH, Sprenkle DH Russell CS. Circumflex Model of Marital and Family Systems I: Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Fam Proc* 1979; 18:3-28.

²⁵ Olson DH. Circumplex Model VII: Validation studies and FACES III. *Fam Proc* 1986;25:337-351

²⁶ Olson DH. Circumplex Model Of Family systems VIII Family assessment and intervention. In Olson DH. Russel CS a Sprenkle DH (eds) *Circumplex Model. Systematic assessment and treatment of Families* .NY: Haworth Press, 1989.

²⁷ Gren RG ,Harris RN, Forte JA, Robinson M. Evaluating FACES III and the Circumplex Model:2440 families. *Fam. Proc* 1991;30:55-73.

²⁸ Olson DH, Portner J, Bell R. FACES III: Family adaptability and cohesion evaluation scales. Department of Family Social Science, University of Minnesota, 1985.

²⁹ Olson DH, Portner J, Lavee y. FACES III. Department of Family Social Science, University of Minnesota. 1985.

³⁰ Olson DH. Curvilinearity Survives: The World is not Flat. Fam Proc 1994; 33:471-478

³¹ Olson DH Circumflex Model Of Marital and Family Systems. Assessing Family Functioning In Walsh F Normal Family Processes. The Guilford Press, NY/London 1993. 62-74.

³² Heise L. Violencia contra la mujer. La carga oculta sobre la salud. OPS / OMS(1994), Washington, D.C. p.5.

³³ Oviedo M MA, Espinosa LF, Reyes MH, Trejo Pérez JA, Gil V E. Guía clínica para el diagnóstico y el manejo de la diabetes Mellitus tipo 2. Instituto Mexicano del Seguro Social, México 2005.

³² Saenz M. Tzintzuntzan. Ediciones del Gobierno de Michoacán, Morelia 1996.

³³ Foster MG. Las culturas tradicionales y los cambios técnicos. Fondo de Cultura Económica, México 1998.