

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

Funcionamiento familiar en la diabetes mellitus

Autor: María de los Ángeles Rentería Ortiz

**Tesis presentada para obtener el grado de:
Maestría en Psicoterapia Familiar**

**Nombre de los asesores:
Martha Patricia Bonilla Muñoz /
Emma Espejel Aco /
Arturo Monroy Gutiérrez**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación "Dr. Silvio Zavala" que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo "Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada", se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.





UWQ

UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



FUNCIONAMIENTO FAMILIAR
EN LA
DIABETES MELLITUS



TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN
PSICOTERAPIA FAMILIAR



PRESENTA

Maria de los Ángeles Rentería Ortiz

ASESORES DE TESIS:

DRA. MARTHA PATRICIA BONILLA MUÑOZ

DRA. EMMA ESPEJEL ACO

DR. ARTURO MONROY GUTIÉRREZ



MORFELIA MICHOACÁN, SEPTIEMBRE DE 2003

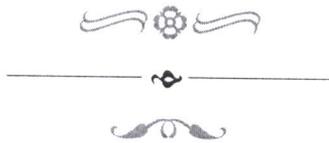
CLAVE 16PSU0020A



ALA

TM299

VIAES-960402



 **UWA**
UNIVERSIDAD
VASCO DE QUIROGA
Centro de Informacion
y Documentación
"Dr. Silvio Zavala"
Campus Santa Maria



UWQ
M.R.

UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR
EN LA
DIABETES MELLITUS**



TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN
PSICOTERAPIA FAMILIAR



P R E S E N T A :

María de los Ángeles Rentería Ortiz

A S E S O R E S D E T E S I S :

DRA. MARTHA PATRICIA BONILLA MUÑOZ

DRA. EMMA ESPEJEL ACO

DR. ARTURO MONROY GUTIÉRREZ



MORELIA MICHOACÁN, SEPTIEMBRE DE 2003

MAES-960402

CLAVE 16PSU0020A





Agradecimientos



Todo regalo verdadero es recíproco. Dios, de Quien recibimos el mundo, recibe de sus criaturas el mundo. ¿Qué es una dedicatoria, qué es esta página? No es el don de esa cosa entre las cosas, un libro, ni de los caracteres que lo componen; es, de algún modo mágico, el don del inaccesible tiempo en que se escribió y, lo que sin duda no es menos íntimo, del mañana y del hoy. Sólo podemos dar el amor, del cual todas las otras cosas son símbolos.

A todos y cada una de las personas que hicieron posible la realización de éste trabajo mi más sincero agradecimiento.

De manera especial a mis padres Ma.del Carmen y Enrique, ejemplos vivos de fé y confianza en Dios, quienes me enseñaron el significado de la familia.

A mis hijos Pauli y Tavo, quienes constituyen el motivo y razón de mi existencia, ambos colaboradores incondicionales, de principio a fin en la elaboración de éste trabajo.

Y finalmente a mi esposo Octavio, como una forma ínacabada de reiterarle lo que ya sabe, volverle a dar lo que ya tiene y refrendar, en medio de su andar de ser humano comprensivo y generoso, la inaudita dicha que significa aprender, compartir, aventurarse en el mar de la vida colgado de una sonrisa luminosa.



ÍNDICE

RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
JUSTIFICACIÓN	10

CAPÍTULO 1 PERSPECTIVAS DE LA ENFERMEDAD [13]

1.1 Enfermar y padecer Diabetes Mellitus	14
1.2 El proceso de padecer Diabetes Mellitus en la Familia	25
1.3 El proceso de padecer Diabetes Mellitus en la Medicina Social y Comunitaria	36

CAPÍTULO 2 MEDICINA Y PSICOTERAPIA FAMILIAR [39]

2.1 Medicina y Diabetes	40
2.2 Familia y Diabetes	48
2.3 Estudio Integral de la Familia: una visión médica	57
2.4 Los enfoques de terapia familiar	60

CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA [67]

3.1 Objetivos	69
3.1.1 Objetivo General	69

3.1.2 Objetivo Específico	69
3.2 Planteamiento del problema	70
3.3 Hipótesis	71
3.4 Definición de variables	71
3.5 Lugar donde se realizó el estudio	72
3.6 Muestra	72
3.7 Diseño de la investigación	73
3.8 Instrumentos	74
3.9 Procedimiento	80
3.10 Análisis estadístico	82

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

[83]

4.1 Descripción de resultados	85
4.2 Análisis de resultados	110

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

[122]

CAPÍTULO 6

REFERENCIAS

[127]

CAPÍTULO 7

ANEXOS

[133]

RESUMEN

El presente estudio investigó las características del funcionamiento familiar en la familia del enfermo con Diabetes Mellitus (DM). La hipótesis ofreció una visión diferente acerca de las características que tiene el funcionamiento familiar del enfermo con Diabetes Mellitus y la influencia recíproca sobre el control metabólico de la enfermedad. La construcción de un marco teórico - metodológico explica en forma amplia la cronicidad del descontrol metabólico como expresión metafórica de la disfunción familiar. El diseño del estudio es tipo descriptivo, observacional y causal comparativo. Se tomó una muestra de 30 familias de una población de 500, adscritas a un consultorio de medicina familiar de la clínica No.80 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Morelia. El procedimiento de selección fue al azar. Los instrumentos de evaluación del funcionamiento familiar fueron, la "Escala de Funcionamiento Familiar" propuesta por Espejel (1997), y el "Cuestionario sobre Funcionamiento Familiar" de la Dra. Palomar (1998). Se utilizaron los criterios de control metabólico de la DM propuestos por la Norma Oficial Mexicana para el Tratamiento y control de la Diabetes (1998). Las conclusiones a las que se llegó permiten aseverar que el descontrol metabólico se asocia a disfunción familiar, relacionada con familias de bajo ingreso económico y pobre escolaridad, donde los rasgos de funcionalidad están ligados a estructuras amalgamadas, límites difusos con escasa individuación. Se observa importante alteración en la relación de pareja, de tensión del desarrollo en el ciclo vital de la familia; comunicación indeficiente, evitación del conflicto y sobreprotección del enfermo diabético; todo lo cual impide que la familia mantenga a la enfermedad en su lugar.

PALABRAS CLAVE:

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR
DISFUNCION FAMILIAR
DIABETES MELLITUS
DESCONTROL METABOLICO

ABSTRACT

The present study investigated the characteristics of the familial functioning of the family of the patient with Diabetes Mellitus (DM). The hypothesis presented a different vision concerning the characteristics that the family of a patient with Diabetes Mellitus has, and their reciprocal influence on the metabolic control of this illness. The construction of a both theoretical and methodical basis, gives a clear explanation of the metabolic decontrol's chronic condition as a metaphoric expression of the familial malfunction. The design of the study is descriptive, observational and causal comparative. A sample consisting of 30 families was taken out of a population of 500, assigned to a familial medicine doctor's office at the 80th clinic at the Mexican Institute of Social Security (Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS), in Morelia.

The selecting criterion was randomly. The instruments used for the evaluation of the familiar functioning were, the "Scale of Familiar Functioning" proposed by Espejel (1997), and Dr. Palomar's "Questionnaire about Familiar Functioning" (1998). The criteria for DM's metabolic control, proposed by the Official Mexican Norm for Treatment and Control of the Diabetes, (Norma Oficial Mexicana para el Tratamiento y Control de la Diabetes, 1998) were used. The accomplished conclusions form a strong foundation to asseverate that the metabolic decontrol is associated with familiar malfunction, related to families with low incomes and minimum level of studies, were the functional characteristics are linked to integrated structures, diffuse limits with scarce individuation.

We noticed an important alteration that affects the relationship between couples; the development of the family's vital cycle stops, there is inefficient communication, and a tendency to avoid conflict and to overprotect the diabetic patient. All of which avoids the family "to keep the sickness where it belongs".

KEY WORDS:

FAMILIAR FUNCTIONING
FAMILIAR MALFUNCTIONING
DIABETES MELLITUS
METABOLIC DECONTROL

Introducción



El presente proyecto tiene como propósito estudiar las características de funcionamiento familiar en las familias con enfermo de Diabetes Mellitus. Los objetivos específicos buscan establecer el tipo de relación que guarda la familia con la enfermedad, utilizando una escala de funcionamiento familiar; es decir, Valorar la influencia de la dinámica familiar en el paciente diagnosticado con Diabetes Mellitus tipo 2; por tanto se pretende:

1. Delimitar las áreas del funcionamiento dinámico, sistémico estructural de la familia que más influyen en la vida de los pacientes con DM tipo 2.
2. Conocer la estructura familiar que caracteriza a la familia del paciente con DM tipo 2
3. Describir la influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético.
4. Conocer el funcionamiento familiar de familias con personas que padecen DM tipo 2, teniendo en cuenta el lugar que ocupa en la estructura familiar el paciente.
5. Aplicar la escala de funcionamiento familiar propuesta por Espejel (1997) en familias Michoacanas adscritas al IMSS en Morelia.

El estudio se justificó en el marco normativo del sistema de atención médica del IMSS, donde la misión es ofrecer atención integral al individuo y la familia. En esta institución, como en todo el país y en casi todo el mundo, las enfermedades crónicas del tipo de la DM ocupan los primeros lugares de morbilidad.

En la práctica médica del médico familiar es común observar la dificultad que enfrenta la familia y el propio paciente diabético para lograr un buen nivel de control metabólico y con ello modificar el curso natural de la enfermedad y las complicaciones agudas y crónicas.

Es pertinente precisar que si bien este estudio se enmarca en el contexto de una institución pública como lo es el IMSS, la evaluación del funcionamiento familiar se llevará a efecto en forma particular debido a que la técnica que se utilizará implica un proceso coterapéutico, situación que dentro de esta institución no se puede realizar. Sin embargo, las muestras de estudio se tomaron de familias atendidas en la misma.

La salud del individuo y la familia forman parte de un fenómeno complejo donde interactúan por un lado, los factores filogenéticos y ontogenéticos de la persona, las condiciones del medio ambiente y los procesos de interacción en el núcleo familiar. En este sentido, puede decirse que todo el proceso de enfermar está necesariamente vinculado al desarrollo familiar. Por ésta razón se construye el marco teórico contemplando aspectos psicopatológicos que permitan explicar los mecanismos de la enfermedad a nivel individual y junto a ello, la influencia que tiene el funcionamiento familiar y las características de la enfermedad crónica en nuestro medio.



Justificación



La DM afecta entre el 8 y el 10% de la población general a nivel mundial, predominando en el sexo femenino. Su frecuencia se incrementa con la edad de tal suerte que, en individuos mayores de 35 años su frecuencia es hasta del 48 %. En México desde hace varios años ocupa los primeros lugares de mortalidad hospitalaria y es la principal causa de ceguera y amputación de miembros pélvicos no traumática, contribuyendo de manera importante a la enfermedad renal crónica y a otras complicaciones cerebro-vasculares.

La Diabetes Mellitus se ubica entre las enfermedades sistémicas crónicas degenerativas. El común denominador en ellas es cierta predisposición hereditaria y participación de diversos factores ambientales. Afectando el metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas. Se caracteriza clínicamente por la presencia de hiperglucemia asociada a largo plazo con disfunción y daño de varios órganos especialmente ojos, nervios periféricos, corazón, riñones y vasos sanguíneos. Los síntomas predominantes relacionados con la hiperglucemia comprenden: poliuria, polidipsia, pérdida de peso, algunas veces polifagia y visión borrosa. La descompensación aguda del padecimiento puede originar hiperglucemia con cetoacidosis y síndrome hiperosmolar no cetónico. La DM evoluciona crónicamente generando retinopatía, nefropatía, neuropatía periférica y autonómica. Esta enfermedad se asocia con Hipertensión Arterial (HA), anormalidades en el metabolismo de las proteínas y lesiones periodontales, así como infecciones recurrentes por deficiencias inmunológicas.

En la actualidad se conocen diversos procesos patogénicos involucrados en la etiología, factores genéticos y virales (DM tipo 1), con destrucción auto inmune de las células beta y deficiente acción de la insulina.

La frecuencia con que en la actualidad se presentan las enfermedades crónicas del tipo de la DM en la consulta del primer nivel de atención, tanto en la medicina privada como en los sistemas de seguridad social, obligan a revisar

los modelos de atención tradicionales; Es decir, aquellos modelos donde el médico se limita a identificar la enfermedad por sus manifestaciones orgánicas en el enfermo y restringe su actuación a prescribir medidas generales de control y tratamiento farmacológico.

El impacto que la atención tradicional tiene en el control de las enfermedades crónicas se pone de manifiesto en el crecimiento de la morbimortalidad de estos padecimientos, los cuales ocupan los primeros lugares de muerte hospitalaria en casi todo el mundo. Por si esto fuera poco, detrás de la fase terminal de un diabético existe una secuela de sufrimiento y alteración de la dinámica familiar que se prolonga por varios años y que casi nunca es atendida por la forma tradicional de relación médico paciente.

La medicina familiar ofrece algunas alternativas para abordar la enfermedad crónica utilizando técnicas de apoyo social y consejería familiar. En la práctica sin embargo, el médico de familia que labora en el sistema médico familiar de la seguridad social se ve imposibilitado para ofrecer terapia familiar. No obstante, la terapia familiar resulta ser una estrategia altamente eficaz, ya que ofrece con mayor eficiencia apoyos para el control de la diabetes, reduciendo el impacto de las invalideces y retardando las complicaciones. Esta propuesta se sustenta en la idea de que el control metabólico de la DM requiere de la participación de todo el sistema de la familia, debido a que hay una serie de factores psicosomáticos involucrados en el descontrol; muchos de ellos se explican a partir de trastornos de dinámica familiar que se transforman en síntomas somáticos individuales.

El concepto de estructura y dinámica familiar aluden, de acuerdo con Espejel (1997), a la forma en que se organiza el sistema familiar según las jerarquías, alianzas, límites, territorio y geografía. El funcionamiento tiene que ver con la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

La cronicidad de una patología y su relación con la dinámica familiar constituye un complejo bio-psico-social que alude a la totalidad de la persona humana, donde se conjugan lo biológico con lo psíquico y lo social sin que puedan establecerse límites de interrelación de unos con otros. La alteración bio-

lógica trasciende a lo psicológico y lo social, de tal manera que el síntoma representa a la enfermedad en tanto que lesión física, como la manera de vivir la experiencia de enfermar por parte del sujeto enfermo. El rol del terapeuta familiar es evidenciar el significado del síntoma en el sistema familiar y con ello propiciar una dinámica más favorable.

El síntoma individual al manifestarse en el seno del sistema familiar adquiere valores simbólicos diversos, mismos que frecuentemente son reflejo de la interacción grupal; así, las alteraciones biológicas pueden enmascarar los mecanismos psicopatológicos que refuerzan o mantienen la cronicidad del trastorno.



CAPÍTULO I

Perspectivas de la enfermedad



La perspectiva epistemológica de la medicina respecto a la concepción y manejo del proceso salud-enfermedad tanto a nivel individual como del sistema de la familia. En primera instancia se pretende poner de manifiesto como históricamente la medicina científica se ha configurado en torno a un paradigma que enfatiza los aspectos físicos, químicos y biológicos de la salud y de la enfermedad individual; ignorando casi siempre los componentes psicosociales y culturales del contexto familiar. En segundo lugar, interesa documentar los aspectos teóricos de cómo la psicoterapia familiar puede ofrecer una alternativa de apoyo al padecer humano en general y en especial, al control metabólico de la Diabetes Mellitus (DM), una vez reconocido el hecho de que la estructura y dinámica de la familia influye en forma importante en el control-descontrol metabólico de la misma.

Lo anterior resulta fundamental para el tema de investigación que nos ocupa, dado que la DM desde el punto de vista científico está catalogada como un trastorno órgano-funcional que afecta al individuo en forma específica y, tanto la familia como las instituciones médicas públicas y privadas persisten en el abordaje terapéutico que sólo toma en consideración los aspectos biológicos individuales, en detrimento de los factores afectivos del contexto familiar.

Enfermar y padecer Diabetes Mellitus

Enfermar es diferente a padecer. La enfermedad es una noción esquemática y objetiva que describe las alteraciones fisiológicas y anatomoclínicas que se presentan en el organismo de los enfermos. Normalmente estas descripciones se encuentran clasificadas en los libros de medicina según el aparato, sistema u órgano que afectan. Por ejemplo, para el caso de la Diabetes, esta descripción tiene antecedentes en la medicina clásica griega, pues el propio Hipócrates (1999) hace referencia a cómo la orina de los enfermos diabéticos tiene sabor dulce.

El padecer en cambio, se refiere a la experiencia vivida por el enfermo, es decir, al aspecto subjetivo cuando es sujeto y objeto de un proceso mórbido. Esta dimensión de la salud de las personas rara vez se encuentra descrita en los textos de medicina científica a no ser como anecdotario curioso ó como experiencia personal de ciertos ámbitos hospitalarios relacionados con la salud mental. La explicación de ésta condición tiene que ver con el modelo de relación tradicional que la medicina mantiene con las personas enfermas. La relación médico-paciente que pretende objetivizar la enfermedad, buscando como equivalentes los síntomas y el daño, asume que enfermar y padecer son la misma cosa, con lo cual el padecer como experiencia de vida se ve reducido a nada y el enfermo es asumido como cosa.

Los relatos de personas que padecen cáncer y han sobrevivido a ello para contar su experiencia pueden ilustrar mejor la diferencia que hay entre enfermar y padecer, Frank (1991). Refiere que la enfermedad es un estado donde surge una interrogante, como resultado de la experiencia vivida, por ejemplo al relatar su experiencia con el cáncer dice: "un día mi cuerpo se descompuso, obligándome a preguntar, con temor y frustración, ¿qué me está pasando? Caer enfermo es hacerse ésta pregunta. El problema es, que tan pronto como el cuerpo precipita la pregunta sobre la muerte, la profesión médica le responde

nombrando una enfermedad. Esta respuesta es suficientemente útil para practicar la medicina, pero la medicina tiene sus límites. La medicina ha trabajado bien con mi cuerpo, pero hacerlo con el cuerpo solo es parte de lo que se necesita hacer por la persona. Lo que sucede cuando mi cuerpo se descompone no le sucede solo a ese cuerpo sino también a mi vida que es vivida en ese cuerpo. Aún cuando la visión médica se enfoca al cuerpo, no siempre rearma nuevamente la vida. La lógica de la medicina solo diagnostica y trata la descompostura. Pero a veces, en la persona enferma se han despertado tantos temores y frustración que arreglar la descompostura no los aquieta. En esos momentos la experiencia de la enfermedad va más allá de los límites de la medicina.

El término enfermedad, señala Iglesias (1996), tiene relación con el padecer (del latín *pati*) como el sentir corporalmente un dolor un daño una enfermedad, pena o castigo. Este sentir se relaciona con el sufrir (del latín *suffere*), que significa soportar padecer, tolerar. El elemento central es pues, sentir algo (que no es un beneficio, bondad o bienestar) que se tolera, que se soporta. Se distinguen así dos elementos: el pasivo, que es el padecer, el sufrir que como rasgo distingue al hombre que se llama paciente; y, el activo, que es el sentir unido a la sensación de no poder resolver por sí mismo ese padecer y que se expresa en una necesidad de ayuda.

Para el caso de la DM, la enfermedad objetivada se caracteriza por la presencia de alteración orgánica crónica e incurable, condicionada a un control permanente de tipo médico que obliga al enfermo a modificar radicalmente su estilo de vivir; por ejemplo, cambiar los hábitos en el comer, actividad física, consumo de tabaco y alcohol y restricción en el consumo de carbohidratos, grasas y proteínas; el padecer se experimenta por el sujeto a partir del momento en que éste debe reconocerse portador del trastorno.

Por tanto, la reacción del enfermo frente a la enfermedad puede ser muy diversa. Las respuestas en el plano psicológico van desde negación, racionalización o rebeldía, hasta francos procesos psicopatológicos con desorganización de la personalidad.

Evidentemente cada enfermo reacciona de acuerdo a la información que posee sobre la enfermedad a nivel consciente y en el caso de los niños, son los

padres quienes manifiestan cambios de actitud. Estos cambios, tanto en el individuo como en su familia, dependen de la etapa del ciclo vital en que se encuentra, del momento de la vida del paciente, el lugar que ocupa en la familia, así como de los requerimientos y demandas del padecimiento. De acuerdo con Islas, S. Lifshitz, A. (1999), las reacciones familiares hacia el paciente con DM, evolucionan de distintas maneras, distinguiéndose al menos tres fases sucesivas de esta evolución.

- a) Un periodo de conflicto inicial con reacciones de negación e incredulidad al diagnóstico.
- b) Un periodo de lucha contra la enfermedad, con ira y vehemencia, que se manifiesta por miedo, frustración y depresión.
- c) Un periodo prolongado de reorganización, información y aceptación del padecimiento.

Estos hechos ponen de manifiesto la influencia familiar en el control del padecimiento y en las conductas que asume el individuo para hacerse cargo de su padecer y enfermar simultáneamente.

Por otra parte, diversos estudios han señalado la asociación estadística entre depresión y diabetes, encontrando una frecuencia tres veces mayor en personas afectadas de éste padecimiento en relación con la población general Gavard (1993). Además, y en forma independiente, Lustman (1986), encontró que los síntomas depresivos en estos pacientes, se asocian con descontrol glucémico. Por su parte Jacobson (1997), sugiere que el descontrol glucémico está relacionado con un menoscabo en la capacidad de la persona para cuidar y hacerse cargo de su padecimiento; mientras Hampson (1990), piensa que el desinterés y la depresión están en relación con las creencias del paciente sobre la causa, el pronóstico y el tratamiento, situación en la cual tendría mucha importancia la manera como recibe la información por parte del médico.

Padecer y enfermar implican dos niveles distintos de la enfermedad, frecuentemente no advertidos por los médicos. La enfermedad tiene que ver con la presencia o evidencia de daño orgánico estructural o funcional del cuerpo

humano, ya sea al nivel molecular, celular, órganos, aparatos o sistemas. El padecer es una experiencia personal y subjetiva de la persona enferma. Mientras que la enfermedad se manifiesta por signos objetivos de sufrimiento, el padecer se expresa por síntomas, muy frecuentemente enmascarados con ansiedad, angustia y estados depresivos crónicos. Aunque el síntoma sigue siendo el efecto de una lesión del cuerpo, su expresión simboliza la manera como el enfermo asume su padecimiento, Martínez, (1987).

Además estas investigaciones, si bien no son concluyentes respecto a la influencia que tienen los factores psicosociales sobre el control metabólico de la DM, sus estudios afirman la importancia de las intervenciones psicoterapéuticas a nivel individual, ayudan a mantener un mejor control de la glucemia. Así mismo Ismail, K.; McGuire, H.; Winkley, K. (2002), hacen una revisión bibliográfica de los estudios de investigación realizados en los últimos 10 años relacionados con el intento de probar la efectividad de la psicoterapia en el control de la Diabetes; de acuerdo con ellos, los investigadores con mayor contribuciones al respecto son: Milton(1989), Vinamki (1991), Moran (1991), Fosbury (1997), Lustman (1998); quienes en algunos casos han hecho ensayos controlados, estudios de caso ó aleatorizados, tanto en diabetes tipo 1 como en tipo 2.

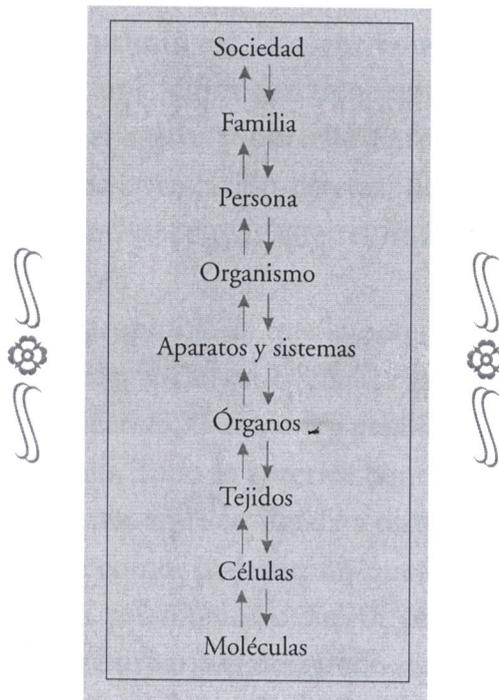
Desde finales del siglo XVIII y durante todo el XIX, investigadores como Margagni (1749), Bichat (1801), Laennec (1819), Virchow (1858) y Bernard (1865); hicieron aportaciones fundamentales a la medicina, donde el tema central es evidenciar la relación que existe entre la enfermedad y el padecer. Atribuyendo todo padecer a la presencia de una lesión biológica siempre evidenciable; de tal manera que los síntomas del enfermo debían quedar explicados por la presencia de lesiones orgánicas.

Este modelo de medicina científica, conocido como modelo médico biológico-lesional de la enfermedad, Martínez (1983), se coronó en el siglo XX con la biología molecular, según la cual, la vida se concibe "como un proceso que ocurre en sistemas complejos de macromoléculas organizadas en una jerarquía de patrones estructurales discontinuos, termodinámicamente poco probables y mantenidos gracias a la inversión continua de energía. Este proceso se carac-

teriza por el recambio más o menos rápido de casi todos los componentes y su capacidad para autorregularse y autorreplicarse". Evidentemente, la biología molecular no deja duda acerca de que el padecer como experiencia de vida del enfermo, es diferente de la enfermedad.

Este modelo biológico-lesional de la medicina al introducir los conceptos de contexto y de sistemas, en la comprensión de los problemas de los pacientes; reconoce que los factores psicosociales, pueden desempeñar un papel tan importante en la salud y la enfermedad como los factores biológicos. "La enfermedad" atraviesa todas las áreas de vida de una persona. Éstas se organizan de manera jerárquica como un sistema. Cada nivel en el sistema incluye al anterior (subsistema) pero no es la sola la sumatoria de las partes sino que tiene propiedades nuevas y diferentes. Si se asume este tipo de organización un cambio en un nivel produce otros en los demás y viceversa. La relación entre los diferentes niveles implica una retroalimentación continua y recíproca. Así la enfermedad se concibe como una lesión estructural y funcional del cuerpo.

En el modelo biológico la lesión puede ser única o múltiple, circunscrita o difusa, pero casi siempre se podrá detectar en algún nivel de organización de los sistemas naturales que conforman el organismo; cubriendo aparentemente la estructura y función de todos los sistemas orgánicos. No obstante, al conceptualizar la salud, no como opuesta a la enfermedad, sino como un resultado del funcionamiento armónico, silencioso y equilibrado de los sistemas orgánicos, psicosociales y culturales del hombre, el padecer resulta un elemento indispensable para comprender al hombre enfermo. Aún más, un enfoque sistémico de la salud debe partir de visualizar el padecer en un contexto jerárquico de los sistemas mostrado en el esquema siguiente:



Como puede apreciarse en el esquema, las flechas de doble dirección indican integralidad de un macrosistema biológico- psicológico- social que comprende niveles de organización y complejidad desde las moléculas hasta la organización social.

La visión médica enfrenta un grave problema debido a su incapacidad para comprender que la salud y la enfermedad no son estados que puedan definirse como exclusivamente naturales en el sentido que la ciencia natural entiende esos fenómenos. La salud y la enfermedad son procesos determinados por condiciones psíquicas, sociales y culturales. Por tanto, si se quiere tener una visión del hombre como totalidad habría que referirse a la circunstancialidad histórico-social y cultural que permite la integración del micro y macro procesos en los cuales se forma y se deforma la personalidad espiritual de los seres humanos.

Al respecto, Foucault (1987) hace un análisis relevante de la correlación que se presenta entre enfermedad y personalidad. Para éste autor, la enfermedad mental "es el proceso a lo largo del cual se deshace la trama de la evolución, suprimiendo primero y en sus formas más benignas, las estructuras más recientes, y afectando luego, en su culminación y en el punto máximo de la

gravedad, los niveles más primitivos". Lo que Foucault pretende establecer es que en la enfermedad hay una lógica que tiene que ver con el proceso mismo de la evolución normal del sujeto y por ello entre el desarrollo normal y el proceso patológico hay una correlación inversa, de tal suerte "que la historia natural de la enfermedad no tiene más que retomar la corriente de la historia natural del organismo sano".

La conclusión de esta propuesta es que la enfermedad es una arqueología; es decir, es una construcción social en la cual se pone en juego el proceso de desarrollo individual y colectivo, la circunstancialidad cultural y simbólica en que esta inserto el individuo. Todo lo anterior contradice la tesis según la cual, la enfermedad, especialmente aquella ligada a procesos emocionales, o sea, lo que en este texto se define como padecer; no puede basarse en el supuesto de que existe cierta sustancia psicológica o fuerza psíquica que actuaría como agente en la evolución y perturbaría el desarrollo individual y social, provocando las regresiones o las exaltaciones del estado de ánimo.

Gran parte del problema conceptual sobre el significado de la enfermedad individual y su relación con la historia de vida y la historia familiar se explica por la forma en que se ha concebido la clínica como herramienta de interpretación "científica". Foucault (1978) muestra como en el siglo XVIII la clínica asumía que la enfermedad era un hecho empírico ligado a la naturaleza biológica del individuo y las manifestaciones de la misma debían tener una correspondencia entre el ser real y la descripción nosográfica simbólica. En este momento histórico, los síntomas tenían una equivalencia exacta, casi matemática, con lo que representaban. Es decir, que no importaba lo que el enfermo sentía sino lo que el médico interpretaba.

Ahora bien en la medicina moderna, la enfermedad se individualiza y el médico trata de actuar de manera específica sobre los órganos, el tejido ó las células donde reside la alteración patológica, la institucionalización de la medicina ha provocado esta fragmentación, Carranza (2002). Las diversas formas de medicina precientífica tales como, la magia, hechicería, y todas las formas de medicina tradicional y popular evidencian la idea de que la enfermedad no tiene un lugar de localización definida en alguna parte del cuerpo humano,

sino que involucra la totalidad de la persona y frecuentemente está vinculada con la participación de los familiares con quien convive el enfermo, situación que de hecho, niega la medicina científica.

Raúl Rojas Soriano (1985) Insiste en la necesidad de ampliar el marco conceptual del proceso salud-enfermedad, estableciendo niveles de análisis del mismo. Un primer nivel donde las manifestaciones de la enfermedad en el organismo se explican por un paradigma unicausal y la ciencia responde pretendiendo ofrecer un medicamento único que puede curar el trastorno, mejor dicho, resolver la enfermedad. Para el caso de la diabetes este enfoque se limita a prescribir insulina, asumiendo que el problema fundamental es una deficiencia de la misma en el enfermo. Un segundo nivel de análisis propuesto por Raúl Rojas Soriano tiene que ver con un enfoque de salud pública, donde se podrían encontrar múltiples causas que originan el trastorno patológico; sin embargo la multicausalidad por sí sola no explicaría el nivel de salud y enfermedad que tiene un individuo, porque detrás de todo ello están las condiciones sociales de producción y reproducción de la sociedad.

Esta propuesta de Rojas Soriano (1985) que se enmarca en lo que el mismo designa como "sociología médica marxista", ha permitido en efecto ampliar los marcos conceptuales del análisis del proceso salud y enfermedad, sin embargo en la realidad ofrece muy pocos instrumentos concretos para transformarla, especialmente en el marco de las instituciones de la seguridad social. Paradójicamente, la seguridad social, dice Foucault (1991), produce "seguridad /dependencia". La dependencia tiene que ver con la limitación de la autonomía de los enfermos para tomar sus propias decisiones o incluso para hacerse cargo de su propio padecer. Por ejemplo, en el caso de los diabéticos la atención institucionalizada muestra incapacidad para inducir la autoorganización de grupos de diabéticos con fines terapéuticos y de autoayuda, o la creación de grupos autogestionarios.

Por tanto, el análisis de las relaciones familiares parece muy pertinente cuando se trata de comprender de qué manera estas participan en el padecer. Tan es así que varios modelos sobre los niveles de atención han identificado a la familia como el primer nivel de atención ante los problemas de salud que pre-

sentan sus integrantes. Esto es, que con frecuencia ante una dolencia cualquier miembro de la familia actúa en primer lugar ofreciendo remedios como alternativas de curación, del tipo de la herbolaria, ó simplemente cuidados generales que fortalecen al enfermo, y hasta en un segundo momento se recurre a los apoyos externos a la familia, como pueden ser las boticas ó las instituciones de salud públicas o privadas, Kroeger (1987).

No obstante la medicina occidental que se consolidó en el modelo de medicina científica a partir del Renacimiento, no solo abandonó la idea de que la familia está involucrada en el proceso salud enfermedad sino que, basándose en el paradigma de las ciencias naturales, especialmente en el modelo de la física; privilegió los diseños biológicos que se limitan a las manifestaciones somáticas. Ello ha propiciado que todos los intentos por recuperar una visión holística de la salud se hayan visto obstaculizados por una visión científica que insiste en reducir al ser humano a lo puramente somático.

Un avance importante en la comprensión de la enfermedad como totalidad de la persona se dio con las aportaciones del Psicoanálisis. Sin embargo, fue después de la teoría psicoanalítica que se centra en relaciones primarias y no logra visualizar todo el sistema familiar, el campo de investigación se amplió al núcleo familiar con una visión sistémica. Tratando de explicar un amplio grupo de padecimientos agrupados en la denominación de "psicosomáticos" y entre los cuales se pueden encontrar el asma y un amplio grupo de enfermedades alérgicas, endocrinas, cardiovasculares, gástricas y reumáticas; empieza a aparecer como relevante la estructura de la familia.

A este respecto, un fenómeno interesante de la estructura de la familia, comentado por Onnis, es lo que el denomina "el juego de los triángulos y el miedo al conflicto", fenómeno mediante el cual se evidencian las relaciones anómalas que se establecen entre los subsistemas familiares, por ejemplo, cuando la díada madre-padre utiliza a un hijo como mediador del conflicto e intenta a toda costa evitar éste se desencadene en el seno familiar. La contención del conflicto actúa como si fuera pulsión colectiva que amenaza con desintegrar a todo el sistema familiar, por lo cual buscará compensarse reacomodando la estructura y forzando el funcionamiento del sistema.

Un ejemplo claro de cómo la expresión sintomática refleja el conflicto familiar, es el caso del niño asmático que genera una aparente preocupación en los padres, pero que en realidad permite eludir el conflicto conyugal, de tal manera que, dice Onnis, "los padres se auto absuelven de cualquier responsabilidad utilizando la enfermedad del hijo". Evidentemente, la enfermedad del hijo desempeña el papel de mantener estática la estructura conflictiva en la familia.

Es así como el paciente participa "activamente" en los modelos interaccionales de la familia, pues además de ser poseedor de una alteración orgánica clínicamente bien establecida y fácil de evidenciar; es al mismo tiempo portavoz inconsciente del conflicto familiar, mismo que por supuesto puede ignorar, pero no por ello deja de participar en él. Es estas circunstancias que se genera el fenómeno conocido como Circularidad; donde si bien los miembros de la familia pueden influir en la estabilización de su síntoma, también el síntoma influye a su vez como una retroacción circular (feed-back) sobre el mantenimiento de aquellos modelos interactivos disfuncionales.

Siguiendo éste modelo, y para aplicarlo al caso de la Diabetes, podemos suponer que la cronicidad de la misma propicia un reacomodo de la estructura y dinámica familiar y que en determinado momento, el síntoma diabético expresado como descontrol metabólico crónico desempeña una función de retroalimentación en el sistema familiar que permite a éste, enmascarar otros conflictos no expresados en el modelo tradicional de la medicina; pero que sin embargo desempeña un papel preponderante en la efectiva limitación de los daños y los riesgos de la Diabetes mellitus.

La organización disfuncional de la familia facilita, junto con otros múltiples factores, internos ó externos al sistema, la aparición y la persistencia del síntoma psicossomático a cargo de uno de sus miembros, y como éste a su vez, mediante un mecanismo circular o feed-back, tiende a mantener estable la organización familiar disfuncional y a conservar su equilibrio patológico.

No obstante, en la concepción científica de la medicina actual se contraponen en tanto la salud se asume como un proceso fisiopatológico caracterizado por la pérdida del equilibrio homeostático; y de acuerdo con esta propuesta, el problema reside en las alteraciones moleculares ó celulares determinadas gené-

ticamente. En este enfoque, el enfermo entonces no es más que órganos y tejidos funcionando de manera aislada y sobre todo sin ninguna relación con la vida emocional, moral y espiritual de las personas. Es a esta visión de la medicina, tanto en su teoría como en su práctica, lo que se ha designado como concepción reducida de la salud; sin negar las muchas contribuciones de la medicina científica en el mundo moderno.

Así mismo, resulta hoy fácil vislumbrar el curso clínico que tendrán enfermedades hereditarias e incluso, muy pronto podrán ser curadas muchas de ellas a través del proyecto del genoma humano, y para no ir más lejos, basta recordar que no hace mucho tiempo los enfermos diabéticos por ejemplo, estaban condenados irremediablemente a la muerte temprana, antes de que en 1921 Basting y Best sintetizaron por primera vez la molécula de la insulina, descubrimiento que les valió en esa fecha el premio novel de fisiología y medicina.



El proceso de padecer Diabetes en la familia

El proceso de enfermar en la historia del hombre se basa en hechos cuantitativos demostrables experimentalmente. En este modelo científico, el enfermar no es un hecho demostrable pues tiene que ver con los síntomas que resultan de la experiencia del enfermo al vivir o sobrevivir la enfermedad. Así mismo el proceso de padecer es un hecho subjetivo, inconstante y vivencial.

Lo que decimos del padecer puede parecer extensivo a la salud y la enfermedad, ambas formando un complejo entramado de experiencia vivencial de las personas. En este sentido, la salud no existe desligada de la enfermedad, juntas conforman un continuo ser y estar en la vida tratando de mantener un equilibrio con el entorno. De hecho, una noción muy común de salud sugiere que ésta es la expresión de un promedio de normalidad de la población. Es decir, que la salud ni puede ser nula ni absoluta, pues en los extremos está la infelicidad, ya por exceso, ya por defecto.

Resulta interesante que la salud como *normalidad* sea una idea al mismo tiempo tan equívoca y difundida en la cultura médica moderna. Tanto los médicos como los pacientes piensan que existe un estado ideal de normalidad en el que debemos estar para preservarnos de la enfermedad y de la muerte. La dificultad mayor de esta mentalidad es que nadie haya establecido con toda exactitud la norma que garantice la salud. En la vida real, el modo de vida, los estilos culturales, el proceso formativo e informativo en que se fragua la personalidad de los seres humanos es lo que indica, sugiere y dicta el comportamiento orientado hacia la salud - enfermedad.

Por otra parte, si partimos del significado de salud que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS) y que concibe a la misma como "el completo estado de bienestar físico, mental y social". Resulta evidente que el proceso salud- enfermedad y los factores psicosociales que lo condicionan están en ín-

tima relación. Sin duda, los aspectos psicosociales de mayor influencia en el estado de salud de las personas tiene que ver con las interacciones psicodinámicas y las condicionantes sociales en que nace, crece, madura y se consolida la personalidad individual. Desde éste punto de vista, es la familia el nicho ecológico primario con mayor influencia en la salud y en la enfermedad.

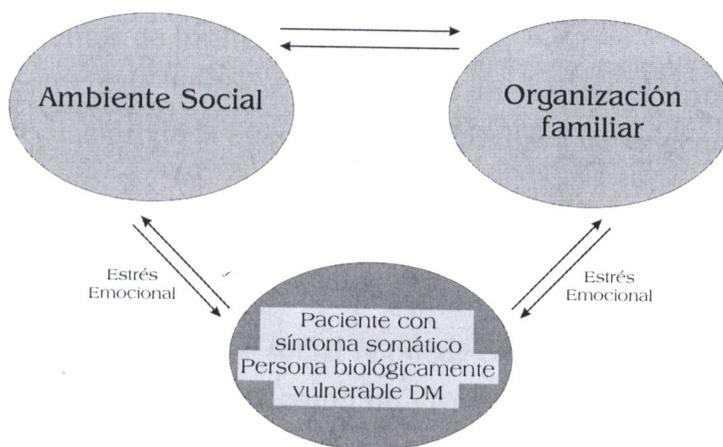
Sin embargo, es bastante complicado establecer con toda precisión las condicionantes de la salud individual y familiar, y sobre todo delimitar las influencias mutuas entre el sistema familiar y sus componentes. De hecho, el concepto de salud familiar resulta muy relativo. Para algunas escuelas de psicoterapia familiar se puede hablar de normalidad como sinónimo de salud, como utopía, promedio y proceso, Walsh (1985). De acuerdo con este punto de vista, por lo demás adoptado por toda la literatura médica anglosajona, una familia es normal si su funcionamiento es asintomático en todos sus miembros, es decir, que la ausencia de síntomas equivale a la salud. Podríamos decir que el completo estado de bienestar que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el individuo sería válido para la familia, y en ambos casos la salud es la ausencia de enfermedad.

Una idea más elaborada respecto al concepto de salud familiar lo proporciona Walsh (1985) cuando visualiza la normalidad como procesos transaccionales vividos por la familia. En este caso se entiende que la familia pasa por etapas de integración, mantenimiento y crecimiento; fenómenos que ocurren en un contexto social determinado y requieren a través del ciclo vital ajustes externos e internos para mantener el equilibrio del sistema. Es evidente que el equilibrio del sistema implica la dinámica interaccional; en consecuencia, la normalidad no significa ausencia de problemas sino más bien capacidad para ajustarse a las demandas del entorno y del endorno familiar.

Onnis (1996), desde la perspectiva del enfoque sistémico de la familia, propone un modelo que permite comprender cómo es que la familia y la enfermedad física que padece uno de sus integrantes se ven mutuamente influidos. El modelo está conformado por una tríada que integran el sistema psicológico individual, el sistema interpersonal familiar y el sistema socioambiental influenciados por el estrés emocional (Ver esquema infra). Este modelo tiene

como antecedente las investigaciones de Salvador Minuchin y Mara Selvini Palazoli. Para estos autores lo importante es entender que la expresión sintomática del enfermo debe interpretarse en un marco de referencia que aluda al contexto familiar, por ello, precisa Onnis (1996), "en el contexto comunicacional de la familia, el síntoma cobra otro significado, pues en este contexto el cuerpo del paciente "comunica"; de tal manera que el síntoma adquiere el valor de una metáfora en la cual el fenómeno corporal no solo se enriquece con valencias emocionales, sino que sintetiza en sí mismo y refuerza al mismo tiempo, los rígidos modelos interactivos del sistema interpersonal en el que aparece.

Esquema 2:
MODELO INTERACCIONAL



Una idea central en la propuesta de Onnis es el problema de la interpretación del síntoma como expresión de la conflictiva familiar. Desde Freud se puede rastrear la necesidad de explicar el síntoma como expresión de una conflictiva mental, sin precisar el límite entre lo psicológico y lo somático; Freud (1974), como es sabido, supone que los síntomas orgánicos de la histeria son resultado de un proceso de represión que se expresan convirtiéndose en molestias somáticas. Sin embargo, la insuficiencia que presenta el modelo freudiano tiene que ver con una visión rígidamente psicogenética de los síntomas somáticos que no logra integrar en una unidad la psique y el soma, y además, como dice Onnis, no logra resolver el problema de "¿porqué el conflicto

neurótico elige en algunos casos el camino de la exteriorización somática en vez de la psíquica?".

Según Hoffman (1998) supone que un síntoma es producto de un sistema familiar disfuncional, y que si la organización familiar se vuelve más "normal" el síntoma automáticamente desaparecerá. Sin embargo, ésta relación entre síntoma y disfunción familiar no es tan simple de establecer por el terapeuta a menos que éste se incluya "como intruso activo" en el sistema familiar y desde ahí la vivencié. Minuchin (1998), afirma que el terapeuta "sólo puede ver la realidad desde la perspectiva que tiene en el sistema".-En estas condiciones, el síntoma y su significado adquieren dimensiones de complejidad más allá de su sola presencia.

El enfoque estructural considera al sistema familiar como normal cuando es posible identificar al menos las siguientes pautas culturales:

- ❖ Existencia de límites claros y flexibles,
- ❖ Presencia de jerarquía ejercida por un sistema parental fuerte,
- ❖ Adecuación de la estructura de la familia a las exigencias del contexto,
- ❖ Flexibilidad del sistema para brindar autonomía e independencia a sus miembros.

La familia como institución social se puede concebir desde varios enfoques teóricos. En general se visualiza como un grupo de personas unidas por lazos consanguíneos, que interactúan entre sí y comparten una historia común, así como tradiciones, costumbres, valores, creencias y normas de conducta, Sánchez (1991). Sin embargo la concepción de la familia ha cambiado a lo largo de la historia, Engels (1971) presenta una síntesis histórica que muestra como ha evolucionado la familia desde la sociedad primitiva hasta la actualidad.

Desde la perspectiva de la Antropología filosófica, señala Iglesias, (1996) el hombre enfermo es un ser en el mundo. Con esta expresión se quiere indicar la relación que guarda el hombre con el mundo. Según Castilla del Pino, (1970) esta relación hombre-mundo ocurre de un modo peculiar, ya que la persona siempre está en situación, es decir, vive en la realidad y experimenta su vivir de manera peculiar y propia.

Lo anterior resulta fundamental cuando se trata de comprender la situación de estar enfermo, pues esta afirmación implica la vivencia de una realidad que no es sustituible, es decir, que nadie puede ocupar la situación de otro. En especial, la experiencia de estar enfermo resulta intransferible porque siempre representa un estar aquí y ahora de la propia persona enferma. En otras palabras, la experiencia del enfermo es intransferible porque solo es significativa para el propio enfermo, es un estado subjetivo.

En este contexto para comprender el significado singular de la DM para quien es portador de la misma; y cuál es la relación que lo vincula con la familia, a partir de su vivencia como enfermo y qué sentido tiene para la familia la existencia de un familiar que padece DM.

Klein, (1968) sostiene que existen en el ser humano dos tipos básicos de ansiedades ante el peligro de desintegración del yo: la ansiedad paranoide y la ansiedad depresiva. Ambas tienen su génesis en la interacción primigenia del sujeto con la madre. Esta ansiedad originaria determina la forma en que se fragua la personalidad y orientan los modos de conducirse frente al miedo de enfermar y morir. En la ansiedad paranoide el enfermo vivencia la enfermedad como proveniente del medio externo, de tal suerte que se puede atribuir el malestar a las circunstancias; pero en la ansiedad depresiva, es el propio sujeto quien se percibe a sí mismo como alterado. En cualquiera de las dos situaciones, la alteración se vive como sufrimiento o padecimiento.

La experiencia de padecer se vive en la conciencia en el campo subjetivo como una discontinuidad oscilatoria; afirma Wolff, (1960) entre situaciones de autoexpansión y autocontracción en relación a la importancia o indiferencia que se proporcione a sí mismo el yo. Entre un "sentirse bien" y un "sentirse cansado", un "estar contento" y un "estar triste", un "sentirse exaltado" y un "sentirse deprimido". En el aspecto de la motricidad, el sufrimiento se puede manifestar como una conducta bipolar caracterizada por actividad-pasividad; iniciativa-apatía; mientras que en el plano del yo se manifiesta como autoengrandecimiento-autoempequeñecimiento.

Por lo demás, agrega Iglesias, (1996) "todo hombre enfermo, vive la ansiedad paranoide y la ansiedad depresiva en diferentes formas y tiempos. Cuando

la enfermedad se instala se encuentra en situación paranoide ante el temor a la muerte; a la desintegración. Cuando acude al médico se coloca en situación depresiva, donde busca en la relación con el otro de una manera dependiente resolver su angustia ante la muerte. Esta situación depresiva es consecuencia de la situación depresiva de la fase oral- dependiente en la relación con la madre. La condición paranoide surge de la frustración, la cual genera agresión, colocándose ante la situación de ser agredido de la misma manera como él intenta agredir".

Kleiman (1988), propone tres niveles de significado de la enfermedad en el enfermo y su familia. En primer lugar el síntoma como señal de incapacidad, daño o alteración en el individuo, en segundo lugar, el significado cultural de la enfermedad y en tercer lugar el significado personal y social de la misma.

En el organismo individual la DM es una padecimiento cuya sintomatología es mínima en la primera etapa de su historia natural, a excepción de la llamada "forma juvenil" o Diabetes tipo 1. La enfermedad puede cursar asintomática durante varios años aún sin tratamiento e incluso, puede pasar desapercibida para el enfermo y para la familia. Generalmente los síntomas prominentes que obligan a demandar atención médica están relacionados con el descontrol crónico y el enfermo los refiere como fatiga física y mental, inestabilidad emocional, alteraciones del sueño, visión borrosa, polidipsia, polifagia, poliuria y pérdida de peso. Todos estos datos suelen estar asociados a características somatomorfos y de personalidad. De tal manera que al saberse enfermo de DM, su actitud quedará condicionada por su experiencia de vida.

En la familia la presencia de un paciente con DM puede pasar totalmente desapercibida en las primeras etapas, a excepción otra vez de la DM tipo 1, que suele presentarse como un cuadro clínico agudo aparatoso manifestado por una desequilibrio hidroelectrolítico, que casi siempre necesita atención médica de urgencias y de hospitalización; en el resto de los casos la familia se entera por el propio enfermo ó por médico tratante.

Para comprender como se vincula el enfermo con DM, al sistema de la familia y de que manera se influyen mutuamente hay que tener en cuenta las investigaciones de Minuchin y Selvini, citados por Onnis (1996). Minuchin estudió los modelos transaccionales de familias con diversos tipos de perturba-

ciones psicosomáticas, entre ellas 9 casos de niños con DM. Este estudio permitió documentar que independientemente del síntoma psicosomático presentado el sistema familiar revelaba modelos interactivos y organizativos en los cuales se podían reconocer características disfuncionales típicas como:

- ❖ *Aglutinamiento,*
- ❖ *Sobreprotección,*
- ❖ *Rigidez,*
- ❖ *Evitación del conflicto.*

Por otro lado, Selvini estudiando familias con pacientes anoréxicas llega a conclusiones análogas enfatizando las reglas fundamentales del modelo comunicativo en la familia y concluyendo lo siguiente:

- ❖ Cada miembro rechaza los mensajes de los otros,
- ❖ Todos los miembros de la familia revelan grandes dificultades para tomar abiertamente el rol de líder,
- ❖ Está prohibida toda alianza abierta de dos contra un tercero,
- ❖ Ningún miembro se hace cargo de culpa alguna.

Existen hechos relevantes en la enfermedad y de los cuales destacan:

1. La DM como padecer crónico tiene implicaciones en el sistema familiar, no sólo en cuanto a la lesión orgánica que la caracteriza, misma que incluso puede ser genéticamente heredable;
2. La persona que padece DM refiere su padecer al sistema familiar, ya sea para buscar refugio, apoyo emocional y asistencia técnica primaria, ya que de otra manera no podría sobrellevar el proceso mórbido; todo ello se traducirá en reajustes al interior de la familia.
3. La respuesta de la familia puede ser muy diversa, pero en general buscará acomodarse a la nueva situación, compensando el desequilibrio.

La enfermedad puede tener varios significados al asociarlo a la familia, ésta presenta creencias, mitos, ritos, fantasías y valores respecto de la Diabetes Mellitus. En la medida en que el enfermo diabético reciba información respecto a que la enfermedad tiene componentes hereditarios, es incurable y de muy difícil control, empieza a adoptar conductas de confrontación con su estilo de vida y recurre al acervo cultural de la familia para afrontar el proceso.

Las reacciones psicosociales del individuo y la familia dependen de factores tales como la edad, el sexo, la estructura de la familia y el rol que ocupa el enfermo en la familia. Así por ejemplo, se pueden despertar estados emocionales de culpabilidad, percibiendo la enfermedad como castigo y asumiendo actitudes defensivas de rechazo o negatividad. El sentimiento de culpa puede invadir de angustia a los miembros de una familia religiosa, especialmente cuando la enfermedad no es un episodio pasajero, sino una condición con la que se vive de por vida.

Navarro, (1995) describe tres fases del impacto de la enfermedad crónica en la familia: La fase de crisis previa al diagnóstico, la fase crónica en la que el grupo familiar deberá adaptarse al problema y la fase terminal en la que el enfermo fallece. Estas etapas implican el desarrollo de actividades familiares específicas, por ejemplo, en la crisis la familia se ve obligada a:

- ❧ Aprender a convivir con el dolor y otros síntomas derivados de la enfermedad.
- ❧ Aprender a convivir con el equipo médico responsable del enfermo.
- ❧ Dar un significado a la enfermedad que les permita una cierta sensación de control y competencia.
- ❧ Elaborar el duelo por la identidad familiar perdida, pues ya no serán una familia sana.
- ❧ En el caso de la enfermedad crónica, la familia debe establecer la continuidad de la identidad familiar desde el pasado hasta el presente y a futuro.
- ❧ Ser capaz de reorganizarse para dar una respuesta a la crisis presente y prever el futuro.

Los estudios sobre las alteraciones de una familia que tiene en su seno un enfermo físico crónico se resumen en el siguiente cuadro (Navarro, 1995): Como puede apreciarse, el autor propone tres ejes fundamentales para agrupar las alteraciones familiares: en la estructura, el ciclo evolutivo normativo y en la respuesta emocional. El esquema es de mucha utilidad didáctica porque muestra una panorámica de los efectos que tiene la presencia de un enfermo crónico y su familia.

I Alteraciones estructurales

1. Se Desarrollan en la familia coaliciones y exclusiones emocionales.
2. Las familias se adhieren a patrones rígidos, por ejemplo:
 - ❖ Falta flexibilidad para pasar de la configuración en crisis a la configuración crónica.
 - ❖ Patrón rígido entre cuidador primario familiar y el resto de la familia.
 - ❖ Sobreprotección del enfermo.
3. Aislamiento social
4. Cambios estructurales en los roles familiares y en el poder.
5. Las necesidades de la familia se someten a las del paciente.
6. El cuidador primario. El tema del respiro.

II Alteraciones Procesuales. (Del ciclo evolutivo normativo)

1. Compatibilizar la tarea evolutiva con la atención a la enfermedad.
2. Respuestas de celos en momentos centrípetos y de incompatibilidad en momentos centrífugos.
3. Los patrones de respuesta de la fase aguda son difíciles de cambiar.

III Alteraciones de la respuesta emocional

1. Sentimientos de contrariedad, culpa, resentimiento e impotencia; su expresión se juzga incompatible con la condición médica del paciente y con la estabilidad de la familia.
2. Malas experiencias por parte del sistema médico.
3. El ofrecimiento de ayuda psicológica se entiende como una acusación.
4. Duelo por la salud y funciones perdidas, también por la pérdida de partes del cuerpo.

En la familia con presencia de un miembro que padece DM se producen las tres clases de disfunción familiar comentadas en el cuadro y agrupadas en los siguientes componentes:

- I. Alteraciones estructurales.
- II. Alteraciones Procesuales, (Del ciclo evolutivo normativo).
- III. Alteraciones de la respuesta emocional.

Este también sería el punto de vista de Espejel (1997) en el intento de medir el grado de funcionamiento familiar, aunque ciertamente no en familias afectadas por una patología en especial. Nuestro propósito en este trabajo ha sido justamente probar la utilidad que puede tener un instrumento diagnóstico del funcionamiento familiar para el caso de familias con presencia de un miembro con diabetes.

Es evidente que la DM es un padecimiento que una vez establecido, independientemente de la etiología y de las características fisiopatológicas que deciden el tipo y complejidad del padecimiento, implica componentes familiares. Algunos autores de hecho han considerado que la DM es un trastorno psicósomático, Minuchin (1988), Onnis (1996), Gea (2002), (DSM IV).

El criterio que establece el DSM IV es que la enfermedad psicósomática debe considerarse temporalmente de acuerdo al curso ó evolución de la misma, lo que significa que el síntoma se debe interpretar a partir de éste referente. Es decir, debido a que el curso de la DM es crónico, es la cronicidad lo que determinará el síntoma psicósomático. El síntoma que interesa analizar en éste trabajo es el descontrol metabólico crónico.

Ahora bien, como apunta Onnis (1996), desde siempre se sabe que la expresión sintomática del enfermo se puede interpretar por el médico en un marco de referencia que aluda al contexto cultural del enfermo; si no fuera así el síntoma resultaría un fenómeno inexplicable no sólo para el paciente y su familia, sino incluso para el propio médico.

Es necesario ampliar el marco de referencia, para interpretar el descontrol metabólico crónico de la diabetes y observarlo como una expresión simbólica del nivel de funcionamiento familiar. Este tipo de planteamientos le significan

a la medicina mucho más que una anamnesis clínica, ya de por sí acuciosa y detallada sobre el enfermo individual; En realidad es un problema de comunicación difícil de resolver mientras el campo de observación no se amplíe lo suficiente para incluir el contexto en que ocurre el fenómeno. "Si el observador no se da cuenta de la maraña de relaciones entre un acontecimiento y la matriz en que éste se verifica, entre un organismo y su ambiente, o bien, se ve colocado frente a algo "misterioso", o bien es inducido a atribuir a su objeto de estudio ciertas propiedades que el objeto puede no tener Watzlawick, J. Beavin, B. Jackson (1997).



El proceso de padecer Diabetes en la medicina social y comunitaria

A finales del siglo XIX, la medicina enfrenta uno de los cambios más trascendentes de su historia. El desarrollo científico y tecnológico que para entonces había alcanzado la industria manufacturera obligó por un lado a los gobiernos y por otro a los propios empleadores a reconocer el derecho a la salud junto a los demás derechos humanos. Para dar cumplimiento a este principio, los gobiernos generaron iniciativas de ley que concluyeron en la creación de los sistemas de seguridad social destinados a garantizar el derecho humano a la salud y la protección de los medios de subsistencia.

En México, el 80 % de la población afectada por este problema, recibe atención médica a través del sistema de seguridad social; en segundo lugar, porque los modelos de abordaje social han intentado abordajes de la diabetes desde un enfoque familiar. Otro aspecto del impacto social que tiene la diabetes se refiere a la mortalidad hospitalaria, misma que ha venido creciendo en los últimos quince años, por ejemplo en el seguro social se incrementó la tasa de mortalidad de 0.82 a 1.40 entre 1980 y 1994 en ambos sexos, aunque la mortalidad es mayor en mujeres.

El concepto de seguridad social se concibe como el "conjunto de medios de que dispone la población para protegerse contra determinadas contingencias" Netter (1982). Es una idea que aparece en la historia contemporánea y que está en íntima relación con las ideas que motivaron la Revolución Francesa. En este sentido Francis Netter ofrece una revisión histórica que abarca desde el siglo XIX hasta después de la segunda guerra mundial en que se empiezan a generar convenios internacionales promovidos por la Organización de Naciones Unidas (ONU) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

De acuerdo con Netter (1982) la seguridad social tiene los siguientes objetivos:

1. La cobertura de los gastos de la reparación de las consecuencias que trae consigo la realización de las contingencias previstas, en la medida en que éstas tiene como resultado la alteración del nivel de vida de los individuos.
2. La prevención, o sea las medidas destinadas a evitar la aparición de contingencias que pueden traer consigo daños físicos ó económicos a las personas.
3. Por último, cuando no se puede evitar que se altere la capacidad de ganancia de un individuo conviene proporcionarle los medios para efectuar una actividad compatible con su estado físico y su capacidad intelectual.

El mismo autor antes citado, se refiere a como el convenio número 102 de la OIT distingue nueve ramas de aseguramiento:

- ⇐⇨ Atención médica.
- ⇐⇨ Indemnizaciones por enfermedad.
- ⇐⇨ Prestaciones por desempleo.
- ⇐⇨ Prestaciones por vejez.
- ⇐⇨ Prestaciones por accidente de trabajo y enfermedad profesional.
- ⇐⇨ Prestaciones familiares.
- ⇐⇨ Prestaciones de maternidad.
- ⇐⇨ Prestaciones de invalidez.
- ⇐⇨ Prestaciones de sobrevivientes.

Como puede apreciarse, la medicina social es una alternativa para atender las necesidades de salud que tiene la población de escasos recursos. El costo financiero de la atención recae en el Estado; aún cuando en los países con seguridad social se utiliza un esquema de cotización tripartita, compartido con patronos, trabajadores y el gobierno. Con el tiempo, como se mostrará enseguida, el estado terminará por agotarse y buscará iniciativas de participación comunitaria; no tanto porque se haya reconocido la importancia que tiene la participación de la familia y de la comunidad sino más bien porque a partir de ello se piensa en reducir los costos de la atención médica.

La medicina comunitaria aparece en la historia de la medicina social como una extensión de la misma. En esencia, éste enfoque consiste en una serie de lineamientos que buscan corresponsabilizar a la población en las iniciativas encaminadas a promover la salud adoptando conductas de salud positiva y modificando los estilos de vida.

Cuando se intenta aplicar este modelo a la DM funciona de la siguiente manera. En una comunidad determinada, la población reconoce la existencia de un fragmento de un grupo de personas que padece la enfermedad y decide adoptar una serie de medidas tendientes a prevenir los riesgos y limitar los daños. Por ejemplo, sabiendo que la DM tiene que ver con el consumo inmoderado de carbohidratos, y que a ello se suman factores como el tabaquismo, sedentarismo, obesidad y alcoholismo; probablemente la comunidad decidiera desarrollar una campaña de información sobre cuáles alimentos deben reducirse o evitarse y cuáles hábitos resultan saludables frente a otros que deberán restringirse. Este tipo de estrategias se propusieron por la OMS desde 1978 en lo que se conoce como Atención Primaria de la Salud, Kroeger (1987).

Las iniciativas más interesantes orientadas a lograr control metabólico de la DM desde el enfoque de la medicina social comunitaria están en torno de lo que se denomina "Grupos de Autoayuda". En esencia, se trata de propiciar la formación de una especie de "clubes de diabéticos," organizados y dirigidos por los propios enfermos. La idea central consiste en lograr una autonomía de los enfermos para crear espacios de reflexión, información y reconocimientos de su situación.

En teoría, las iniciativas de grupos autogestivos y de autoayuda parecen ofrecer una perspectiva de desarrollo cultural para la prevención, detección temprana y autocontrol de la DM. La pobre cultura y baja escala para trabajar en grupo y someterse voluntariamente a un régimen disciplinario suele actuar como obstáculo e influir para desintegrar las iniciativas.

La participación del grupo familiar y los grupos de autoayuda como Alcohólicos y de neuróticos anónimos, son grupos que han acabado por reconocer la importancia de que la familia se involucre en el análisis y la solución del complejo sintomático, que aunque aparentemente es individual, en realidad se trata de un problema sistémico, por lo que se puede hablar de "familias diabéticas".

CAPÍTULO 2

Medicina y Psicoterapia familiar



La DM es hasta ahora, al menos en México, un problema cuya solución busca alcanzarse casi exclusivamente por la acción médica; no obstante, la medicina ha mostrado limitaciones para ofrecer terapias que vayan más allá de los medicamentos. Con la finalidad de contextualizar el lugar que ocupa la DM en la medicina y la relación con la psicoterapia, en primera instancia presento la descripción médica de esta enfermedad; Enseguida conceptualizo la familia como sistema, destacando las propuestas teóricas que la definen desde diversos enfoques. En tercer lugar, establezco los elementos que integran un estudio completo de la familia en el ámbito institucional, ya sea con fines académicos ó con propósitos psicoterapéuticos; y por último caracterizo las principales escuelas de psicoterapia familiar, y con ello, se ubica cuál podría ser la perspectiva desde donde se pueda abordar la familia con un paciente con DM2.

Medicina y Diabetes

La Diabetes Mellitus se define como un padecimiento crónico degenerativo multifactorial, asociado a deficiencia en la producción ó acción de la insulina. Se caracteriza clínicamente por la presencia de hiperglucemia asociada a largo plazo con disfunción y daño de varios órganos especialmente ojos, nervios periféricos, corazón, riñones y vasos sanguíneos. Los síntomas predominantes relacionados con la hiperglucemia comprenden: poliuria, polidipsia, pérdida de peso, algunas veces polifagia y visión borrosa. La descompensación aguda del padecimiento puede originar hiperglucemia con cetoacidosis y síndrome hiperosmolar no cetónico. La DM evoluciona crónicamente generando retinopatía, nefropatía, neuropatía periférica y autonómica. Esta enfermedad se asocia con Hipertensión Arterial (HA), anormalidades en el metabolismo de las proteínas y lesiones periodontales, así como infecciones recurrentes por deficiencias inmunológicas.

Clasificación: Los comités internacionales promovidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) han propuesto clasificar la DM en varias categorías tomando en cuenta las causas que originan la enfermedad; así en la clasificación etiológica propuesta por el comité de expertos de la American Diabetes Association (ADA) reunida en 1997 destaca varias formas de la enfermedad, entre las que destacan:

- I . Diabetes tipo 1.
- II . Diabetes tipo 2.
- III . Otros tipos específicos.
- IV . Diabetes Mellitus Gestacional.

La Diabetes tipo 1 representa cerca del 10% de toda la población diabética mundial, entre sus causas se han reconocido factores genéticos asociados con

ciertos antígenos de histocompatibilidad (HLA) del cromosoma 6. Esta predisposición genética mantiene un equilibrio con el ambiente, de tal manera que aumenta o disminuye el daño sobre las células beta del páncreas. Entre los factores ambientales, figuran ciertas infecciones virales y agentes químicos que causan destrucción auto inmunitaria de las células. Esta forma de diabetes suele presentarse como dependiente de insulina lo que significa que el organismo es incapaz de sintetizar dicha sustancia y que de no administrarse la misma se pueden presentar estados de complicación aguda caracterizados por cetosis, coma y muerte.

La diabetes tipo 2 representa casi el 90% de la población afectada por la enfermedad, de la misma manera que la tipo 1 se han descrito componentes genéticos, sin embargo los factores ambientales y el estilo de vida influyen de manera muy relevante para el desencadenamiento y la evolución del padecimiento, entre los factores de riesgo con mayor relevancia se encuentra la obesidad, el estrés, sedentarismo.

Además de las dos formas ya descritas la DM se puede presentar ligada a otras alteraciones que pueden ser genéticas o no, como los defectos del cromosoma 12, 7, y 20, las alteraciones genéticas en la acción de la insulina, o bien, enfermedades del páncreas exócrino, alteraciones hormonales diversas, consumo de medicamentos diabetógenos, infecciones y alteraciones inmunológicas.

La forma clínica de Diabetes Gestacional se refiere a la alteración que presenta la mujer durante el embarazo y que consiste en el incremento de la glucosa sanguínea por arriba de cifras normales sin tener diagnóstico previo.

Epidemiología: A nivel Mundial la incidencia de la DM varía según el tipo de población de que se trate y de acuerdo con edad y sexo; por tanto las cifras pueden cambiar en un mismo país. Algo similar ocurre con la prevalencia. Las cifras de la ADA actualizadas a 1997 refieren que el 6% de la población mundial padece DM tipo 1, y entre el 2 y 4 % padecen otros tipos de diabetes. En México, la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC) realizada en 1993 reveló que 8.2% de la población mexicana de edad entre 20 y 69 años tiene Diabetes; del total de población afectada el 68.7 % tiene conocimiento de serlo y el 31.3% desconoce que padece la enfermedad, Secretaría de Salud-ENEC (1997).

La atención médica brindada a los pacientes diabéticos por sí sola representa un impacto social tanto en las instituciones oficiales del sector salud como en la medicina privada. La necesidad de atención médica la motiva el hecho de que cuando se deja el evolucionar el padecimiento de manera natural provoca deterioro sistemático de varios sistemas orgánicos y se pueden presentar complicaciones agudas que por sí solas llevan a la muerte.

En general el modelo de atención médica a la diabetes se basa en un esquema conocido en la medicina como historia natural de la enfermedad, Leavel, H. R., Clark, E. G (1965) (anexo 2). En el cual se considera la historia social, debido al medio ambiente psicosocial en que se presenta y se atiende al enfermo. De acuerdo con él, la enfermedad presenta una etapa prepatogénica caracterizada por cursar asintomática por largos períodos de tiempo, a pesar de que hay evidencias que ya en esta etapa se presenta daño crónico. En la etapa patogénica coincide con el momento en que los enfermos demandan atención por necesidad sentida que motiva el malestar de la enfermedad. Como ya se señaló los síntomas de la diabetes son muy vagos y pueden confundirse fácilmente con otros malestares. Los enfermos pueden percibir cansancio o fatiga generalizada, sed intensa, necesidad de ingerir alimentos con mayor frecuencia y cantidad e incremento en el número de las micciones diarias en cantidad y volumen.

Otras ocasiones los enfermos se dan cuenta de la presencia de la enfermedad al percibir visión borrosa, infecciones repetidas de las vías urinarias, odontopatías, lesiones de la piel con dificultad en los procesos de cicatrización alteraciones del sueño, ó bien son detectados casualmente en algún estudio de laboratorio realizado con otros propósitos.

Una vez que se conoce la presencia de la enfermedad en un enfermo es indispensable diseñar un esquema terapéutico que idealmente debería seguir el modelo de la historia natural y por lo tanto el tratamiento debería plantearse en las siguientes etapas:

- ❖ Educación para la salud: Se refiere al conjunto de acciones preventivas con la modificación de conductas mediante el proceso educativo.
- ❖ Detección oportuna de complicaciones: consiste en la vigilancia sistemática por parte del médico para advertir con oportunidad los daños

secundarios que ocasiona la DM en etapas tardías, o en descompensaciones agudas.

- ❖ Tratamiento no farmacológico: es la serie de medidas higiénicas y dietéticas que por sí solas pueden controlar la DM.
- ❖ Control de laboratorio: serie de estudios que con cierta periodicidad deben realizarse para monitorear el grado de control metabólico.
- ❖ Tratamiento farmacológico: prescripción de medicamentos específicos.
- ❖ Rehabilitación oportuna: medidas que se ofrecen al enfermo para evitar mayor limitación o invalidez. ←

Como hemos señalado en otra parte de éste trabajo la diabetes es una enfermedad para la cual la medicina actual no ofrece un tratamiento curativo en términos de que la enfermedad desaparezca, es decir se trata de una enfermedad incurable. Esta condición obliga al enfermo a mantener un contacto de por vida con los servicios médicos y ello se traduce en costos financieros asumidos por la familia o por el sistema social. A ello hay que agregar los costos que se derivan de los procesos degenerativos del padecimiento que en el curso de los años obligan al enfermo a ausencias laborales debidas a complicaciones crónicas o agudas.

Una idea del impacto económico que genera la diabetes en los sistemas de seguridad social ha sido comentada por Salazar (1999) al señalar que para 1990 el IMSS contaba con 500 mil trabajadores diabéticos pero para 1996 se incrementaron a 620 mil; si se establece como indicador mínimo de atención para estos enfermos dos consultas médicas al año, se estarían otorgando 1 240 000 consultas, y si por razones inherentes a la enfermedad se tuviera que incapacitar a los enfermos 7 días por consulta la erogación en pesos sería de 232 647 000; A lo cual habría que agregar que para las mismas fechas el 7.5% de los enfermos diabéticos asegurados tenían pensión por invalidez, situación que en 1997 representaba 14, 472 000 pesos.

Pero hay que tomar en cuenta que en la atención a la diabetes no se otorgan 2 consultas por año, sino en promedio de 10 a 12 y se realiza una batería de estudios de laboratorio y rayos x, por lo menos dos veces al año y requiere de una infraestructura en la que participa personal de trabajo social, dietología,

medicina preventiva, laboratorio y rayos x, todo ello en el caso de que la enfermedad no se complique y obligue al enfermo a ser hospitalizado. O bien, que requiera apoyo de diálisis peritoneal por insuficiencia renal o rehabilitación física obligada por amputaciones o accidentes de tipo vascular cerebral.

La Diabetes junto con las enfermedades crónicas, ocupan los primeros lugares de demanda de atención en los servicios de consulta externa del Sistema Nacional de Salud (SNS), este tipo de patologías han desplazado a las enfermedades agudas que caracterizaron el perfil epidemiológico de los países subdesarrollados durante el siglo pasado. Las teorías que se han propuesto para explicar este fenómeno se conocen como teorías de la transición epidemiológica y las explicaciones tienen que ver con los cambios que ha presentado la población en aspectos demográficos y epidemiológicos, así como con el avance de la investigación en salud que ha permitido el control de las enfermedades infectocontagiosas. El resultado de estos cambios es que la población tiene una mayor esperanza de vida y con ello se expone a las enfermedades que aparecen en la vejez.

Entre los modelos más típicos de enfermedad crónica se encuentran las llamadas "enfermedades degenerativas" como la Diabetes, Hipertensión arterial, Artritis reumatoide y otras enfermedades reumáticas. Junto a las anteriores se encuentran otros tipos de enfermedad como el cáncer, el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva, las enfermedades isquémicas del corazón y la enfermedad vascular cerebral. Todas estas enfermedades se encuentran entre las principales causas de mortalidad hospitalaria y son típicas de sociedades industrializadas.

Las enfermedades crónicas, en su gran mayoría tienen como causa trastornos genéticos y su expresión clínica es múltiple, constituyendo complejos sindrómicos que se prolongan en el tiempo y resultan muy difíciles de controlar.

Las enfermedades crónicas constituyen un grupo de patologías humanas que han cobrado importancia a partir de la segunda mitad del siglo XX. Se distinguen de las enfermedades transmisibles por el tipo de agentes que las producen, las características de la población que se ve afectada y el modelo de atención médica que las combate. En términos generales, las enfermedades crónicas de mayor impacto en la población mundial son: Cáncer, Enfermedad

des cardiovasculares, Diabetes Mellitus, Enfermedades Reumáticas, Neumopatías y Trastornos mentales.

En lo que se refiere a la demanda de atención, médica las enfermedades crónicas requieren de una infraestructura médica sanitaria que por un lado, obliga al consumo de tecnología y recursos hospitalarios, y por otro implica actuar a nivel de los estilos de vida de la población y el fomento de la cultura en salud.

La diabetes mellitus es abordada en la actualidad, tanto en el sistema de salud pública como en el medio privado recurriendo al uso de medicamentos tecnológicamente cada vez más sofisticados. Como se sabe, hasta hace pocos años se utilizaba la insulina heteróloga de origen bovino o porcino, hasta que recientemente se dispuso de insulina humana producida por recombinación genética a partir de bacterias *E. coli*. En lo que se refiere a medicamentos orales, en la actualidad se dispone de una variedad farmacológica suficiente para actuar en distintos niveles del metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas.

El enfoque clásico respecto al abordaje educativo del enfermo con diabetes lo sintetiza Piédrola (1992) en lo que él designa "decálogo del diabético".

1. Observar las instrucciones del médico y del resto del personal sanitario y ajustarse exactamente a la dieta,
2. Inyectarse la cantidad necesaria de insulina en el momento preciso o no olvidar la toma de tabletas ,
3. Para auto administrarse la insulina debe utilizar material desechable,
4. Realizar diariamente suficiente actividad corporal, con periodos de descanso adecuados ,
5. Evitar obesidad,
6. Mantener una limpieza corporal esmerada,
7. Evitar las heridas, incluso las más insignificantes,
8. Acudir al médico siempre que note algún cambio en su bienestar,
9. No usar preparados antidiabéticos, sin control médico,
10. No considerarse un inválido.

El problema de propuestas como la de Piédrola es que no consideran las posibilidades reales de que el enfermo con diabetes pueda asumir responsable-

mente el papel de hacerse cargo de su propio padecimiento; si se contrasta ésta postura con la señalada con Onnis, Minuchin y Palazoli comentadas en el capítulo anterior, no solo parecen paradójicas sino francamente contradictorias. La experiencia clínica y la literatura médica disponible de investigadores que han medido la eficiencia del modelo tradicional concluyen en que hasta un 20% de los pacientes que reciben tratamiento vigilado y supervisado presentan descontrol metabólico.

El problema de los enfoques terapéuticos reside en que en un caso, se insiste en centrar la atención médica exclusivamente en el enfermo, reduciendo el problema a las manifestaciones orgánicas del padecimiento y suponiendo que se trata de un trastorno fisiopatológico donde es posible localizar con toda precisión una lesión de los órganos. En éste esquema, ni siquiera se atreve a considerar todos los órganos sino que se centra en las particularidades del órgano que supone es responsable de la alteración. Evidentemente jamás considerará al individuo como persona.

Pero el problema que plantea la diabetes es que la sintomatología que expresa el enfermo a través del descontrol metabólico crónico, no se reduce exclusivamente a los aspectos biológicos sino que, involucra a todo el individuo y su ambiente familiar. Evidencia de ello es la serie de publicaciones, relacionadas con los aspectos emocionales que intervienen en la diabetes tipo 1, Anderson (1990), Carreto (1984), Hermida (1999), y los trastornos depresivos asociados a la diabetes tipo 2, Vázquez (1999).

La enfermedad crónica trasciende al individuo y repercute en el grupo familiar. Igual que cualquier proceso patológico, causa trastornos de la dinámica familiar y requiere ajustes del individuo y la familia. En esta interacción entre el enfermo y la familia, que tiende a prolongarse, se pueden observar diversas reacciones. En algunos casos el grupo familiar aporta fortalezas para sobrellevar el proceso morboso, otras tal vez, contribuye a mantenerlo e incluso a agravarlo.

Desde el punto de vista clínico se observan conductas distintas frente a la enfermedad, tanto en el enfermo como en su familia. Dependiendo de la etapa clínica, una reacción comúnmente observada es la de rechazo del diagnóstico; por lo que el enfermo y la familia buscan corroborarlo recurriendo a otros médi-

cos, sin iniciar el tratamiento hasta que se convencen de lo ineludible del problema. Esta circunstancia clínica se ve fortalecida por el hecho de que la enfermedad crónica cursa largos periodos subclínicos prácticamente asintomática.

En paralelo con los cambios demográficos y epidemiológicos han ocurrido cambios en la estructura y funcionamiento de la familia. La familia extensa de tipo rural dejó de cumplir su función social y fue progresivamente sustituida por la familia nuclear urbana, de tal manera que la enfermedad crónica y la familia nuclear parecen desarrollarse en un mismo modelo de sociedad y en la práctica médica es común encontrar esta asociación.

Llama la atención el hecho de que en la literatura médica publicada en revistas científicas indexadas, no se encontró referencias relacionadas con intervenciones de terapia familiar en relación con la DM en ninguna modalidad, ello queda de manifiesto en la revisión ya citada de Ismail (2002); donde, como ya se vio, todos los modelos psicoterapéuticos utilizados se basan en técnicas individuales y cuando se ha intentado un abordaje grupal, se limita a un grupo de diabéticos con uno o dos terapeutas; pero no con la familia.



Familia y Diabetes



La familia como objeto de análisis es abordada desde diversas enfoques y con fines múltiples. Existen varias perspectivas respecto a la concepción de salud familiar, de hecho, algunos teóricos de la terapia familiar eluden hablar de "familia sana", y más bien se refieren a "familia funcional", Simón (1997). Los criterios para diferenciar una familia funcional de una disfuncional tienen que ver con las estrategias que el grupo familiar pone en práctica para resolver problemas; así como la capacidad de adaptación que muestra el grupo durante el ciclo de vida familiar, o los mecanismos de cambio que desarrolla en el proceso terapéutico. De tal manera que la distinción entre una familia funcional y una disfuncional es su capacidad para el cambio; situación en la cual está implícita la posibilidad de detectar los problemas y generar un clima emocional para el mismo.

La importancia de la dinámica familiar radica en que la familia como grupo al interactuar contribuye más eficazmente a la resolución de problemas y no a lo que el individuo pueda lograr actuando aisladamente. La teoría comunicacional de acuerdo con Wynne (1984) supone que el equilibrio de las relaciones entre proximidad / distancia, apego/ protección están determinadas por el tipo y grado de individuación conexas ó discriminación self / objeto. El proceso de desarrollo individual y grupal en la familia exige un constante ajuste de las relaciones recíprocas, situación que necesariamente exige flexibilidad y capacidad para adaptarse a las circunstancias cambiantes. En este ambiente, concluyen Epstein, Bishop, "y" Baldwin (1993), el equilibrio del funcionamiento familiar debe entenderse como una dinámica que oscila entre estabilidad y desestabilidad que exigen una continua negociación del grupo familiar.

El modelo de funcionamiento familiar de McMaster propone tres esferas de tareas de funcionamiento familiar:

Esfera de tareas básicas.

Esfera de tareas de desarrollo.

Esfera de tareas arriesgadas.

La esfera de tareas básicas se relaciona con la satisfacción de las necesidades materiales de la familia, las tareas de desarrollo tienen que ver con el ciclo vital y las tareas arriesgadas se despliegan cuando la familia debe resolver crisis imprevistas. La propuesta de McMaster supone que una familia sana debe abordar las tres esferas con eficacia.

Satir, (1980) supone que a través del modelo de comunicación familiar es posible observar una serie de procesos comunicacionales que garantizan la funcionalidad de la familia. Lo más relevante de estos procesos se sintetiza en los siguientes rasgos:

Los miembros de la familia son capaces de elegir entre varias alternativas de conducta;

El proceso de comunicación es abierto;

Los mensajes que los miembros de la familia se envían mutuamente son enunciados con claridad;

La conducta es coherente con el mensaje y con los sentimientos;

Las transacciones iniciadas son concluidas;

Los problemas son planteados con claridad y precisión;

Los miembros de la familia reconocen el conflicto y se esfuerzan en interpretarlo;

La familia admite la diferencia de opiniones y es capaz de expresar las esperanzas, temores y expectativas respecto de los interactuantes, Satir (1980).

Por otro lado, bajo el enfoque de la Teoría General de Sistemas (TGS), la funcionalidad de la familia se ha caracterizado por un conjunto de atributos que interactúan y definen la estructura y la función del sistema familiar, estos elementos según Beavers (1977) permiten que la familia mantenga en común un sistema de valores muy diversos, ligados al sistema de actividades orientadas a mantener el bienestar del grupo; con la capacidad para trazar límites y afirmar la independencia individual y grupal.

Beavers insiste en lo relevante que resulta la familia como sistema, donde sentimientos tan encontrados como ternura, alegría, dolor y hostilidad pueden aflorar en el conflicto y aprovecharse para generar la solución de los momentos de crisis. Es dentro del sistema familiar que los individuos despliegan la voluntad para confiar y creer en las personas. Lo anterior lleva a generar el indispensable diálogo, donde cada uno pueda comprender lo que el otro dice y siente, un diálogo donde sea posible la imparcialidad, la justicia y la reconciliación.

Es así que todos tenemos una idea de lo que es familia. Incluso aquellos que podrían quejarse de carecer de ella, tienen alguna experiencia cercana de la vida en familia. En términos generales la familia es un grupo de personas que conviven, interactúan, comparten una historia común llena de tradiciones, valores culturales, creencias y tradiciones mitológicas; el elemento más fuerte de cohesión lo constituyen lazos consanguíneos. Casi resulta innecesario enfatizar el hecho de que la familia es fundamental para la satisfacción plena de necesidades biológicas, psicológicas y sociales, Sánchez (1991).

Para muchas sociedades humanas, independientemente de la cultura que posean, las creencias religiosas que profesen, la ideología política vigente y las condiciones económicas con que subsistan, la familia constituye el centro del proceso de socialización; mediante ella los individuos se entrenan en las conductas que más tarde les permitirá relacionarse con el cuerpo social.

La familia complejo nicho psico-social donde se desarrollan las capacidades emocionales del hombre, es fundamental en algunas etapas del desarrollo humano: alimentación, cuidado, abrigo, afecto y socialización, especialmente si se comparte la tesis de que el hombre es un ser con cierto grado de inmadurez al nacimiento y que por lo tanto tiene un periodo de dependencia mayor de los adultos en relación con otros mamíferos, Iglesias (1996).

En el último siglo disciplinas como la antropología, historia, filosofía de la cultura, sociología, psicología y la medicina misma se han ocupado del tema. Entre los antecedentes históricos referidos por Engels (1991) se encuentran los estudios referidos por Bachofen, Mac Lennan, Lebbuc, Morgan y el propio Engels. Todos estos estudios se ubican al final del siglo XIX y principios del XX. Durante el siglo XX antropólogos como, Claude Lévi Strauss (1963),

Margaret Mead (1985), Ralph Linton (1989) y Claude Lévi Strauss (1983), han dimensionado el estudio de la familia desde una perspectiva más amplia y sobre todo, han aportado los métodos de estudio social de los sistemas familiares. Es especialmente interesante el aporte de Lévi Strauss (1983), debido a que éste desarrolló el estructuralismo en el campo de la antropología y lo aplicó al análisis del parentesco.

Lo anterior ha llevado a considerar que la familia como objeto de análisis debe ser abordada en forma multidisciplinaria, teniendo en cuenta la redefinición de roles en el grupo familiar en la sociedad contemporánea; situación que se aprecia, por ejemplo, en mayor uso de las guarderías y estancias infantiles con el consecuente impacto en el tiempo de convivencia de los padres con sus hijos. Hecho relevante, según algunos psicólogos, que incluso ha llevado en el ámbito de la educación a hablar del "síndrome de guardería", donde el niño manifiesta impactos del aislamiento y el desapego del objeto primario. Este mismo fenómeno, relacionado con la incorporación de las mujeres a las actividades económicas, ha originado que muchas veces el cuidado de los niños pequeños quede a cargo de parientes o de empleadas domésticas. O bien, recurrir a la familia de origen en etapa de retiro para responsabilizarla del cuidado de los hijos.

Una conclusión evidente, por tanto, es que la familia no puede reducirse a ser objeto de estudio de la medicina, aún pretendiendo que la medicina familiar intente desarrollar modelos de abordaje integral. La medicalización de la familia sólo ha podido sesgar el interés social que merecen los estudios de familia y la relevancia que tendría la creación de Institutos de la Familia.

Las teorías sociológicas de la familia se han visto amplificadas a partir de considerar diversas concepciones histórico sociales aparentemente contradictorias. Como sabemos, el mundo actual se caracteriza por asistir al derrumbe de las ideologías polarizantes. Los llamados fenómenos de globalización y mundialización implican que la familia actual está inmersa en microsistemas abiertos de información y por lo tanto de influencias conductuales muy fuertes. Los medios de comunicación masiva, los sistemas de redes cibernéticas, y la tecnología telemática permiten saber al instante lo que ocurre casi en cualquier parte del mundo, y en ese sentido, la familia también se ve influenciada por esos fenómenos.

La función por parte de los padres, los hijos o los hermanos se ha clasificado de diversas maneras. Se habla del rol que juega el subsistema conyugal, el paternofilial y el fraternal; de tal manera que los papeles más representativos tienen que ver con el de esposo-esposa, madre-padre, hijo-hija, hermano-hermana; estos papeles están sujetos a condiciones culturales propias de cada familia y deben interpretarse en el contexto de la estructura y los objetivos que persigue el sistema familiar. No obstante, existe consenso respecto a que el desempeño de roles en la familia debería contemplar por lo menos las siguientes características:

- ☞ El rol de un miembro de la familia debe ser aceptado y reconocido por los otros.
- ☞ Debe haber flexibilidad para hacer ajustes periódicos al desempeño del rol ante situaciones de crisis familiar.
- ☞ Algunos roles familiares requieren ser complementarios, lo que significa que el esposo complementa a la esposa etc., Huerta (1999)
- ☞ Sánchez (1991) afirma, que la familia actual es:
- ☞ Una institución social y jurídica.
- ☞ Una relación sexual legítima y permanente.
- ☞ Un sistema de parentesco.
- ☞ Un sistema cultural basado en normas jurídicas, religiosas y morales.
- ☞ Un sistema regulatorio de actividades económicas y políticas.
- ☞ Un nicho ecológico para el vivir humano.

Otro enfoque de estudio de la familia, se refiere a los cambios cíclicos que ocurren en la familia desde su formación hasta que ésta se transforma en nuevas familias, a partir de la independencia de sus miembros originarios; a esta serie de fenómenos se le conoce como ciclo de vida familiar. Se trata de cambios que van ocurriendo en lo que podríamos llamar un ciclo vital de la familia, y en el cual cambia la forma y la función de la misma. Estrada (1997) propone designar estos fenómenos como fases del ciclo vital de la familia, señalando que se pueden identificar seis fases:

En la primera fase llamada de desprendimiento, algunos miembros de la

familia se lanzan a la búsqueda de un compañero, ó compañera con el propósito deliberado de integrar una nueva familia. En la segunda fase conocida como el encuentro, los miembros desprendidos de la familia de origen, consolidan una nueva familia en base a patrones de identidad, sexualidad, economía y funciones del yo, el autor plantea conformar las áreas que orientan el encuentro. La tercera fase tiene que ver con los hijos, y corresponde al momento que va del nacimiento hasta que los hijos entran en la etapa de la adolescencia. La cuarta fase continúa con la adolescencia e implica el reto de adaptarse a los cambios de la nueva generación, y al choque cultural que ello implica. La quinta fase designada como el reencuentro tiene que ver con el momento en que los hijos han crecido y empiezan a desprenderse de la familia de origen. El reencuentro alude a la circunstancia en que la pareja, ya sin hijos se vuelve sobre sí. La sexta fase finalmente tiene que ver con la vejez y evidentemente alude a una de las etapas más difíciles de la pareja humana, especialmente en la familia nuclear urbana que cursa con abandono de los viejos.

Otro enfoque de estudio de la familia en lo relativo tanto a roles familiares como a ciclo de vida, es el que presenta Macías (1998). El sustento teórico de esta propuesta es el enfoque sistémico; de acuerdo con ello, se concibe a la familia como "un grupo de (dos o más) personas de adscripción natural de seres humanos, con o sin lazos de consanguinidad, de pertenencia primaria (al menos para uno) y convivencia y generalmente bajo el mismo techo, que comparten la escasez o abundancia de sus recursos de subsistencia y servicios y que, al menos en alguna etapa de su ciclo vital, incluye dos ó más generaciones", Macías (1998).

La definición de familia que propone Macías se basa al menos en cuatro criterios; en el primero el grupo es lo fundamental, la adscripción natural y pertenencia primaria, la convivencia bajo el mismo techo y el hecho de que al menos en alguna etapa del ciclo vital, la convivencia sea mínimo de dos miembros. Estas categorías conceptuales permiten precisar la tipología familiar en cuanto a su extensión estructural como familia nuclear, extensa y extendida.

En lo que respecta a la tipología familiar, el mismo autor propone la siguiente clasificación:

- ❖ Familias patrilineales y matrilineales, considerando la línea de adscripción de la descendencia.
- ❖ Matriarcal y Patriarcal; según el ejercicio del poder de decisión económica y de liderazgo familiar.
- ❖ Matricéntricas o Patricéntricas: según sea la madre o el padre la figura central en el acontecer emocional del grupo familiar.

Sobre la base de esto se propone, una tipología de la familia mexicana actual y en síntesis la familia mexicana es: "*nuclear conyugal, patrilineal, patrimonial, patriarcal y matricéntrica*" Macías (1998). Estos rasgos han sido comentados por varios estudios socio antropológicos de nuestra cultura, a saber, por Octavio Paz (1993) "El laberinto de la soledad"; Samuel Ramos (1985) "La cultura en México"; Santiago Ramírez (1977) "El mexicano, psicología de sus motivaciones"; Oscar Lewis (1972) "Los hijos de Sánchez"; Luis Leñero (1987) "Valores familiares y dramaturgia social"; entre otros. En todos ellos se destaca el papel que desempeña el padre vestido de machismo y autoritarismo y la madre sumisa y abnegada marcando emocionalmente a los hijos.

Otro aporte importante de Macías (1998), tiene que ver con lo que él designa como "funciones psicosociales de la familia", mismas que agrupa en seis categorías:

1. Provee satisfacción a las necesidades biológicas de subsistencia.
2. Constituye la matriz emocional de las relaciones afectivas-interpersonales.
3. Facilita el desarrollo de la identidad individual, ligada a la identidad familiar.
4. Provee los primeros modelos de identificación psicosexual.
5. Inicia en el entrenamiento de los roles sociales.
6. Estimula el aprendizaje y la creatividad.
7. Es transmisora de valores, ideología y cultura.

La propuesta de Raymundo Macias sobre la familia mexicana constituye una base teórica para el presente trabajo, privilegia a la familia como una unidad sistémica, la cual divide en cuatro etapas y catorce fases tal y como se muestra en el siguiente cuadro:

ETAPAS	FASES
I. Los antecedentes (fases preliminares)	1. Desprendimiento de la familia de origen. 2. El encuentro y el cortejo. 3. El proyecto de pareja y la decisión de serlo. 4. El matrimonio: compromiso de vida y constitución formal de la pareja.
II. El inicio. (fases tempranas)	5. Integración inicial y decisión de ser familia. 6. Advenimiento de los hijos. Nuevos roles. 7. Familia e hijos pequeños. Lactancia, 1ª infancia.
III. El desarrollo. (fases intermedias)	8. Familia y época preescolar. 9. Los hijos y la escuela. 10. Pubertad y adolescencia de los hijos. 11. Los hijos jóvenes-adultos.
IV. La declinación. (fases tardías)	12. El desprendimiento de los hijos, el nido vacío y el reencuentro. 13. Las nuevas familias. Nuevos roles. 14. Vejez y muerte. Disolución de la familia nuclear.

Respecto a las funciones de la familia y a la evaluación de las mismas, Espejel (1997), señala que la funcionalidad familiar se concibe como "la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa". Esta definición coincide con la propuesta por Macias (1998) quien señala que los cambios y los ajustes que padece la familia en las distintas etapas del ciclo vital y la forma en que ésta resuelve satisfactoriamente a partir de las necesidades de sus integrantes, a través de lograr un predominio de un clima de bienestar y un proceso de desarrollo positivo, es lo que se podría llamar funcionalidad familiar.

Así, la funcionalidad se entiende a través de la evaluación de cada etapa del ciclo vital por el que curse la familia; de tal manera, que estructura y función parecen dos dimensiones inseparables de la evaluación de la funcionalidad familiar.

Existen diversos instrumentos que pretenden evaluar la funcionalidad familiar, una lista que no pretende ser exhaustiva es la siguiente Huerta, G, Farfán, Z (1999).

- ⇌ Índice de función familiar (Pless y Satterwhite).
- ⇌ Escala de evaluación Familiar (Beavers y Timberlawn).
- ⇌ Clasificación triaxial de la familia. (Tseng y McDermott).
- ⇌ Guía de McMaster.
- ⇌ Escala de Holmes. (Thomas Holmes).
- ⇌ Modelo psicodinámico -sistémico de evaluación familiar (Salinas et al).
- ⇌ Escala de funcionamiento familiar. (Espejel et al).
- ⇌ Apgar Familiar. (Smilkstein).
- ⇌ Círculo familiar. (Thrower, Bruce y Walton).
- ⇌ Faces (David H Olson).

Cada una de estas propuestas metodológicas para evaluar a la familia responde a marcos teóricos específicos y se sustenta en teorías psicodinámicas y sistémicas diferentes. Como ocurre casi siempre que se pretende medir fenómenos psicosociales complejos, los instrumentos deben adaptarse a las condiciones del objeto que se va a estudiar. En nuestro caso como ya lo hemos señalado nos ubicamos en el marco teórico conceptual utilizado en el Instituto de la Familia A.C. (IFAC), señalado por Macías (1998). como "enfoque dinámico sistémico integrativo"

El instrumento utilizado bajo el enfoque arriba señalado corresponde a la Escala de funcionamiento Familiar de Espejel (1997), mismo que evalúa: territorio ó centralidad, límites, roles, jerarquías, afectos, alianzas, comunicación, modos de control de conducta y patrones de identificación y solución de problemas ó psicopatología. Macías (1998).



El estudio integral de la familia:
una visión médica

El concepto de Familia Humana tiene varias connotaciones en la ciencia social, se puede definir desde una concepción demográfica, antropológica o sociológica. En cada caso hablamos de lo mismo, pero cambia la perspectiva de análisis. Por ejemplo, mientras la demografía tiende a considerar la estructura, la antropología centra su interés en los elementos culturales que regulan las pautas de comportamiento y la sociología intenta describir los procesos funcionales que cumple el grupo en relación con el sistema social.

Esta diversidad de enfoques de estudio de la familia refleja la complejidad que ofrece ésta como objeto de estudio para una disciplina como la medicina, que pretende ser práctica. De hecho, hasta hace poco tiempo la medicina no consideraba a la familia como parte del abordaje integral de la salud del individuo.

Actualmente el ámbito de la medicina, especialmente en la práctica profesional de la Medicina Familiar, se ha creado una definición de familia que tiende a ser operativa: se asume a la familia como "el grupo social primario de individuos unidos por lazos consanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven permanentemente manteniendo en forma común y unitaria relaciones personales directas, con formas de organización y acciones tanto económicas como afectivas, con el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza y que comparten factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que pueden afectar su salud individual y colectiva" Huerta y Farfán (1999).

Ochoa (1995), afirma que la terapia familiar como estrategia general de apoyo a la solución de problemas individuales de los "enfermos" empieza a surgir en la década entre 1952-1962. Esta autora relata brevemente como fueron las investigaciones de Nathan W. Ackerman y Gregory Bateson lo que propició la creación de uno de los primeros centros de terapia familiar, el Mental Research Institute en 1959, donde participan, además de Bateson, Don

Jackson, Jules Riskin, Virginia Satir; y más tarde, Paúl Watzlawick, Jay Haley y John Weakland.

En México, el IMSS propuso un Modelo de Medicina Familiar desde 1971. Este modelo de medicina de familia presenta inconsistencias metodológicas que han dificultado la posibilidad de brindar atención integral al individuo y a su familia. No obstante, cada médico del IMSS tiene asignado un grupo de familias; pero en la práctica la consulta se otorga en forma individualizada. En 1992 un grupo de especialistas en Medicina Familiar coordinados por la Jefatura de Servicios de Atención Médica del IMSS, propusieron un instrumento para elaborar el diagnóstico de las disfunciones familiares que facilitara el quehacer del especialista en medicina familiar; este documento consta de los siguientes capítulos: (anexo 3)

Un esfuerzo similar ha realizado el Consejo Mexicano de Medicina Familiar (Anexo 4), para uniformar el criterio que debe ser un Estudio Integral de Familia, requisito que incluso se exige a los médicos especialistas con fines de Certificación de la Especialidad y de Acreditación para el examen de ingreso a las asociaciones profesionales. La versión completa de este protocolo lo presenta Huerta y Farfán (1999) y se puede resumir en el siguiente esquema de capitulado.

Lo que caracteriza a estos dos protocolos de estudio familiar es, que en ambos predomina el enfoque médico, en el cual, la visión se enfoca hacia la disfunción familiar como expresión de una patología orgánica; ambos han sido utilizados institucionalmente en abordaje familiar desde la perspectiva de la medicina familiar. La intencionalidad de que el médico familiar modifique su práctica tradicional centrada en los aspectos bio-psico-somáticos individuales por una práctica holística que involucre al grupo familiar, ha sido tendencia en la medicina social mexicana desde que se creó el Sistema Medico Familiar (SMF), mismo que ahora es común a todo sector salud mexicano.

Es indiscutible la importancia que tiene el SMF en cuanto estructura administrativa. Desde sus origen permitió uniformar las características de la atención, ya que el modelo administrativo permite asignarle a cada médico 500 familias y responsabilizarlo de su atención integral en aspectos de prevención, tratamiento y control de procesos relacionados con salud-enfermedad; para

que esto sea posible, las instituciones ofrecen infraestructura física y equipo humano de apoyo, así como soporte tecnológico indispensable.

En los aspectos operativos el médico del IMSS cuenta con apoyo de trabajadoras sociales y asistentes de consultorio para brindar atención grupal. Se espera que con un equipo mínimo de apoyo, cada médico logre realizar un diagnóstico situacional de la población bajo su responsabilidad y con base en ello, jerarquizar, planear y ejecutar acciones.

El médico familiar y el médico general son habilitados para la misma función, trabajan bajo el mismo diseño operativo y en esencia desempeñan la misma actividad; ambos enfrentan la misma dificultad estructural y metodológica. La atención del sistema médico familiar (SMF) a la Diabetes Mellitus se dirige principalmente a brindar información individual y colectiva respecto de los riesgos de salud. El propósito es que la familia logre modificar los estilos de vida relacionados con la obesidad, los hábitos nutricionales y el sedentarismo, así como capacitar a los miembros de la familia y al propio paciente para que pueda hacerse cargo de administrarse los medicamentos. Todo este proceso suele ocurrir en forma anónima y de manera no organizada, además de que casi siempre se limita a los enfermos. El médico envía a los pacientes con la trabajadora social y ésta diseña sesiones de información, después de haber valorado el grado de información previa que poseen las personas. Difícilmente se trabaja con el grupo familiar, es evidente que los protocolos de abordaje familiar constituyen el camino correcto para lograr que la medicina familiar institucional transite hacia una medicina familiar holística.



Los enfoques en la terapia familiar

En los apartados precedentes se han establecido las relaciones entre medicina, diabetes y familia. De igual manera se describieron los modelos de estudio integral de la familia. Así mismo, se analizó el enfoque medicalizante de la problemática familiar. Ahora me ocuparé de hacer una revisión panorámica de los distintos modelos de abordaje de la familia con fines terapéuticos. En este apartado presento una síntesis de las principales escuelas de terapia familiar, destacando sus enfoques teóricos y sus técnicas específicas.

A pesar de las críticas de que ha sido objeto la familia, Fromm (1978), en algunos casos evidenciada como Aparato Ideológico del Estado, Althuser (1978); cuestionada y puesta en entredicho respecto de su papel social Laing (1988), en otros, llevada a la crítica hasta anunciar su inutilidad como "la muerte de la familia" Cooper (1981); la familia sin embargo, sigue siendo una estructura fundamental de la base social.

En México, por ejemplo, dice Saucedo (1999), 95% de las personas viven en grupos familiares; de ellas 68.4% son familias de tipo nuclear, 25.1% son extensas y 1.1% son compuestas. Esta realidad actual de la familia mexicana está sujeta a una dinámica de cambio social y económico bastante rápido. Entre los factores más influyentes deben considerarse aquellos que se derivan de la llamada transición demográfica por la que pasa la población; fenómeno que consiste en descenso de las tasas de natalidad, incremento de la esperanza de vida y envejecimiento de la población.

Otra conclusión derivada de las últimas encuestas, es la proporción cada vez menor de los arreglos conyugales, donde el esposo se ajusta al arquetipo de único proveedor y la mujer-esposa como ama de casa. Tal modelo de familia sólo se encuentra en 52% de los hogares mexicanos, lo que hace suponer que ante la crisis económica y las transformaciones demográficas y sociales, las fa-

milias tienden a colocar un mayor número de sus integrantes en actividades remuneradas. Seguramente que esta situación va cambiando por estados y por regiones.

Mucho de lo anterior ha sido posible por la sistematización de fenómenos sincronizados en diversos campos de la ciencia. Es casi un hecho común referirse a señalar que el origen de todo esto arranca en los años inmediatos a la segunda guerra mundial y está en relación con lo que Von Bertalanffy llamó "Teoría General de Sistemas" (TGS) Bertalanffy (1984). Esta teoría pretende ser una ciencia general de la propia ciencia, o al menos una ciencia de la totalidad. En sus orígenes la TGS tuvo como antecedentes la teoría de la información propuesta por Shannon y Weaver en 1949, la informática y la cibernética.

La virtud principal que tiene la TGS es que puede ser aplicada en diversos campos de la ciencia, así por ejemplo, Bertalanffy propone la aplicación de ésta teoría a los sistemas biológicos, a las ciencias sociales, a la psicología, a las ciencias naturales y a las matemáticas. En efecto, a partir de la definición general de sistema y de sus elementos se puede adaptar el enfoque sistémico a casi cualquier objeto de estudio.

La concepción de la familia como sistema, proviene en principio de la Teoría General de Sistemas (TGS). La idea general permite asumir a la familia como una totalidad inmersa en el macro proceso social, constituida por conjunto de subsistemas interaccionantes. La propuesta de Bertalanffy busca superar el enfoque reduccionista para el estudio de totalidades complejas del tipo de los sistemas abiertos, Bertalanffy (1984), este sería el caso de la familia.

Los sistemas abiertos se mantienen en un estado dinámico de entradas y salidas que a su vez interactúan con el medio ambiente y con otros sistemas, esta condición provoca que los sistemas abiertos intercambien energía e información con el ambiente, situación que les obliga a constantes adaptaciones. Los sistemas cerrados en cambio, logran mantener el equilibrio interno por medio de reacciones reversibles que retroentran al sistema, fenómeno que referido los sistemas orgánicos se conoce como *homeostasis*, el término equivalente para la misma condición en los sistemas abiertos es *heterostasis*.

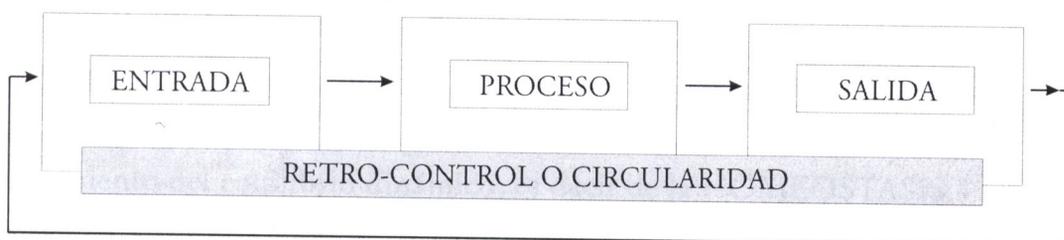
Otros conceptos derivados de la TGS aplicada a la terapia familiar tienen que ver con *equifinalidad*, término con el cual se indica la tendencia de los

sistemas a alcanzar el equilibrio. La *totalidad*, alude a la idea de que el todo del sistema es algo más que la suma de sus partes. La noción de *límite* permite comprender las fronteras del sistema y su entorno. Por otro lado, el *control* tiene que ver con los mecanismos que regulan las entradas y las salidas, pero que además puede recircular las salidas en entradas, produciendo círculos viciosos.

La aplicación de la TGS al estudio de familia y los enfoques terapéuticos ha permitido comprender el "sistema familiar" y definirlo como "un conjunto de personas relacionadas entre sí, que forman una unidad frente al medio externo, Ochoa (1995). Al mismo tiempo, agrega esta autora, se han podido definir los conceptos básicos que configuran el enfoque sistémico de terapia familiar. Así, "en un sistema familiar, precisa Ochoa (1995), podemos observar principalmente las propiedades de totalidad, causalidad circular, equifinalidad, equicausalidad, limitación, reglas de relación, ordenación Jerárquica y teleología".

Todas las escuelas de Terapia Familiar consideran a la familia como sistema que tiene que ver con un conjunto de fenómenos, hechos u objetos en interrelación, en donde existen entradas, procesos y salidas. Las entradas y las salidas pueden ser identificadas clínicamente, pero los procesos quedan ocultos en el despliegue del sistema. Una aproximación interpretativa de lo señalado se puede apreciar al observar que en el sistema familiar hay una serie de condiciones del tipo de historias de vida, rituales, mitologías, sentimientos, expectativas, acomodaciones, experiencias, logros y fracasos que actúan como elementos de entrada, es decir que son disparadores y generadores de procesos.

ESQUEMA GENERAL DE LA ESTRUCTURA DE SISTEMA.



Ahora bien, lo común es que todos los elementos de entrada se ajusten a un orden estructural y funcional del sistema. Por tanto, el análisis de la estructura del sistema familiar de las personas con Diabetes Mellitus resulta indispensable para tener idea de su funcionamiento y de las condicionantes que determinan la dinámica del mismo. Una idea básica de la TGS es la capacidad del sistema para interactuar con el medio ambiente. Mientras más abiertos, más complejidad implican y mejores procesos de ajuste o adaptación deben poseer. Un sistema mal adaptado tiende a contraerse y a volverse rígido.

A este fenómeno se le ha llamado homeostasis del sistema y en esencia representa el estado de equilibrio que asegura la persistencia del mismo. Se ha querido ver el mismo fenómeno en los sistemas abiertos, pero en realidad es muy diferente. En este caso, se trata en todo caso de un equilibrio-dinámico, lo cual en sí mismo parece paradójico; se le ha designado heterostasis.

La TGS tiene la virtud de ser aplicable al análisis de casi cualquier fenómeno, pero sin duda ha sido en el campo del comportamiento humano donde mayor aceptación tiene. En el caso de la Terapia Familiar, el enfoque sistémico ha precisado y definido algunos conceptos clave. De la comprensión que se tenga de estas variables depende el éxito del enfoque terapéutico, por ello presentamos enseguida una idea de cada concepto.

TOTALIDAD: Se refiere a los aspectos cuali-cuantitativos del sistema, se dice que el todo es algo más que la suma de las partes.

LIMITES: son las fronteras de interacción entre los elementos del sistema, de su establecimiento depende la cohesión, la dinámica flexible o la inmovilidad rígida.

JERARQUIA: un sistema organizado tiene niveles de organización, subsistemas subordinados o líneas de mando ordenadas lógicamente. Así es como la familia tiene el subsistema conyugal, fraterno y filial.

CONTROL: Se refiere a los mecanismos para regular las salidas y las entradas del proceso. El control es un elemento fundamental, especialmente en el mantenimiento del equilibrio dinámico; es decir de la HOMEOSTASIS.

TIEMPO Y ESPACIO: los sistemas se desarrollan en el tiempo y ocupan un lugar físico en el espacio. Por tanto tienen una historia y viven un presente.

CAUSALIDAD CIRCULAR: a diferencia de la causalidad lineal en los sistemas dispersos, en un sistema organizado, un elemento afecta a otro de manera reiterativa, o bien, el sistema se retroalimenta en forma negativa, lo que significa que funciona a base de círculos viciosos.

COMUNICACIÓN: todos los sistemas funcionan con un lenguaje de señales y símbolos. Los enlaces entre un subsistema y otro suelen ser establecidos por medio de relaciones lingüísticas verbales o no. Para el caso de la terapia familiar, la comunicación es tal vez uno de los factores más relevantes.

Las principales escuelas y modelos de terapia familiar presentan las siguientes características:

ESCUELA ESTRUCTURAL

Se centra en la estructura familiar tomando en cuenta las siguientes variables: Límites, Alianzas, Coaliciones, Subsistemas estructurales, Jerarquías y Roles familiares. La función del terapeuta es ser agente de cambio, promoviendo una fuerte alianza entre él y los miembros de la familia. Utiliza como herramienta diagnóstica el mapa familiar. El proceso terapéutico se plantea en tres etapas y desde el principio el terapeuta se posiciona como líder del sistema. Minuchin, S. Fishman, Ch. (1994). Esta escuela utiliza la técnica del desafío para provocar la crisis y con ello producir cambios en la estructura familiar, Monroy, G. A. (1994).

ESCUELA ESTRATEGICA

Se centra en las incongruencias jerárquicas que genera la comunicación entre los miembros de la familia y toma en cuenta los siguientes fenómenos: Neutralidad, Circularidad, Cambio y persistencia, Homeostasis, Jerarquías, Doble vínculo, Mensaje analógico, Mensaje digital, Retroalimentación, Paradojas, Metáforas y Rituales Familiares.

El terapeuta asume la función de estratega, planteando los problemas familiares en el aquí y el ahora y estableciendo las posibles soluciones que deben compartir la familia y el terapeuta Haley, J (1974).

Utiliza técnicas hipnóticas, de simulación y directivas.

El proceso terapéutico se planea en etapas secuenciales que plantean el cambio disfuncional por uno funcional y satisfactorio para los miembros de la familia. En este enfoque, dice Monroy (1994), se consideran los siguientes postulados teóricos: epistemología cibernética, los tipos lógicos, las relaciones simétricas-asimétricas, la homeostasis familiar y el triángulo perverso.

ESCUELA TRANSGENERACIONAL

Descrito por Monroy (1994) como el enfoque tradicional o clásico, tiene como antecedente los postulados psicodinámicos de Ackerman, esta escuela se centra en el estudio de la familia de origen en tanto que ésta genera un proceso de diferenciación del sí mismo individual. Tomando en cuenta las siguientes variables: Masa indiferenciada del yo de la familia, Proceso de proyección, Proceso de transmisión multigeneracional, Diferenciación del yo individual, Aspectos triangulares, Sistema emocional, Legados, Méritos, Lealtades invisibles, Boszormenyi, N Framo, L.(1991).

El terapeuta procede identificando el sistema emocional basado en la triangulación y trabaja específicamente con el cónyuge más sano con el propósito de destriangular.

Utiliza la técnica de "proyección de la familia" que permite exponer la percepción Transgeneracional en la que aparecen las lealtades invisibles, el libro de cuentas, los legados, la justicia y el perdón, Boszormenyi N I Spark, G. (1994).

Framo, J. (1996) sintetiza en los siguientes puntos el proceso terapéutico de ésta escuela: desde la entrevista inicial el terapeuta identifica quien llama y trata de irrumpir en el sistema familiar. En la exposición del problema por parte de la familia identifica los estilos de relato y experiencias. Recopila información sobre la familia nuclear. Elabora historia de la familia de origen del esposo y de la esposa. Con esos elementos se plantea el análisis en profundidad de la relación conyugal, el apego de los padres a la familia de origen. La identificación de chivos expiatorios ó víctimas del sistema, Framo, JL(1990)

ESCUELA EXPERIENCIAL

Los exponentes de ésta escuela son Virginia Satir y Carl Whitaker, quienes piensan que el proceso se debe enfocar principalmente al individuo en quien se promueve el crecimiento como experiencia subjetiva. Las variables involucradas en el proceso terapéutico son cambio existencial, intimidad, autoestima, comunicación, experiencia de vida, autoconocimiento, vínculos sociales, sentido de pertenencia, individuación y disgregación de la identidad, Satir, V. (1998).

El proceso terapéutico procura trabajar con familias extensas completas, por lo menos en las primeras sesiones; propone realizar un diagnóstico diádico, enfoca la terapia hacia el poder y la intimidad de la familia, procurando ser lo más directo posible; Whitaker, C. (1992).

Cada uno de estos modelos de abordaje terapéutico de la familia, presupone marcos teóricos y contextos distintos, así como técnicas específicas; aún cuando las estrategias puedan ser muy similares, en el fondo hay un solo objetivo respecto a lo que se puede lograr con el sistema familiar. No obstante, en la práctica terapéutica se utilizan uno o más enfoques, según la naturaleza del conflicto y la patología subyacente. Podríamos decir que la ortodoxia no es la regla, ya que a partir del diagnóstico del problema, el terapeuta puede optar por distintas modalidades de abordaje terapéutico.

Es pertinente señalar que todo intento por clasificar las diferentes escuelas de psicoterapia familiar resulta complejo por la diversidad de postulados teóricos y propuesta técnicas de abordaje. Para algunos autores es posible concebir un enfoque epistemológico, Monroy (1994), donde pueden agruparse escuelas diversas como la de Wisconsin representada por Whitaker, la de Milán por Selvino Palazzoli, la de Roma representada por Andolfi, el Instituto (Nueva York), donde estacan Hoffman y Papp y los enfoques teórico-epistemológicos de Dell Papp, Maturana, Maruyama y Prigogine.



CAPÍTULO 3

Metodología



En este capítulo se presentan los aspectos formales del diseño metodológico de la investigación, mismos que fueron considerados, tanto para la formulación del proyecto en su etapa de planeación, como para la ejecución; a partir de la propuesta de Bonilla y Hernández (2001). El objetivo trazado busca establecer el modelo de relación que guarda la familia con enfermo crónico del tipo de la Diabetes Mellitus y el funcionamiento familiar, utilizando una escala de funcionamiento familiar que permita reconocer este vínculo.

El estudio está planteado en el marco normativo del sistema de atención médica de Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

En la práctica médica del médico familiar, es común observar la dificultad que enfrenta la familia y el propio paciente diabético para lograr un buen nivel de control metabólico y con ello modificar el curso natural de la enfermedad y las complicaciones crónicas de la misma.

La frecuencia con que en la actualidad se presentan las enfermedades crónicas en la consulta de primer contacto, tanto a nivel privado como en los sistemas de seguridad social, obligan a revisar los modelos de atención al estilo tradicional; es decir, aquellos modelos donde el médico se limita a identificar la enfermedad por sus manifestaciones orgánicas en el enfermo y restringe su

actuación a prescribir medidas generales de control y tratamiento farmacológico; ignorando la influencia de la dinámica familiar en el tratamiento.

La eficiencia que la atención tradicional tiene en el control de las enfermedades crónicas se pone de manifiesto en el crecimiento de la morbimortalidad de estos padecimientos, los cuales ocupan los primeros lugares de muerte hospitalaria en casi todo el mundo. Por si esto fuera poco, detrás de la fase terminal de un diabético existe una secuela de sufrimiento y alteración de la dinámica familiar que se prolonga por varios años y que casi nunca es atendida por la forma tradicional de relación médico paciente.

Tomando en cuenta la frecuencia con que se presenta la diabetes, el efecto psicológico que tiene en los pacientes y los desajustes en la dinámica familiar que trae aparejados, así como el pobre impacto que tiene la atención médica tradicional que se ofrece; resulta relevante un estudio que pretende encontrar la relación que guarda el funcionamiento familiar en familias con enfermo diabético y el control metabólico de la enfermedad.

3.1

Objetivos



3.1.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la influencia del funcionamiento familiar en el control metabólico del paciente diagnosticado con Diabetes Mellitus tipo 2.

3.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Seleccionar una muestra de familias con un integrante diagnosticado con DM e historial clínico de descontrol metabólico crónico.
2. Delimitar las áreas del funcionamiento dinámico-sistémico-estructural de la familia con mayor influencia en la vida de los pacientes con DM tipo 2 y sus familias
3. Conocer la estructura familiar que caracteriza a la familia del paciente con DM tipo 2 a través de una escala de funcionamiento familiar
4. Valorar la influencia de la dinámica familiar en el control metabólico del paciente diabético.
5. Aplicar la Escala de Funcionamiento Familiar propuesta por Espejel (1997) en familias michoacanas adscritas al IMSS en Morelia.
6. Validar la percepción individual del funcionamiento familiar por el paciente con DM tipo 2 a través del cuestionario de Palomar (1998).

Planteamiento del problema



El abordaje terapéutico de la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM) se centra en el uso de fármacos hipoglucemiantes asociado a medidas de apoyo dietológico y modificación del estilo de vida. No obstante, en un alto porcentaje de pacientes no se logran los objetivos propuestos porque no existe el control metabólico que limite el daño crónico, evite las complicaciones agudas y contribuya a una mejor calidad de vida. Por otra parte, se ha observado que en las familias con enfermos crónicos del tipo de la DM tipo 2 existe disfunción familiar asociada que contribuye significativamente en el control metabólico, Ismail (2002). Por tanto, el problema que se planteó en este proyecto es el siguiente:

¿Qué características tiene el funcionamiento familiar en familias con presencia de enfermo crónico de Diabetes Mellitus tipo 2 y cómo influye la dinámica familiar en el control metabólico del paciente?

3.3

Hipótesis

HIPÓTESIS ALTERNA

El descontrol metabólico crónico del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 está relacionado con disfunción familiar.

HIPÓTESIS NULA

El Descontrol metabólico crónico del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 no está relacionado con disfunción familiar.

3.4

Variables

Funcionamiento familiar: Se le define como el grado de cumplimiento de las funciones familiares relacionadas con autoridad, control, supervisión, afecto, apoyo, y comunicación. Para fines operativos esta variable se mide con la Escala de Funcionamiento Familiar de Espejel (1997).

Descontrol metabólico crónico del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2: se define como la persistencia por más de tres meses continuos de cifras altas de glucosa en ayuno y postprandial, así como alteraciones en las cifras de colesterol, triglicéridos, lipoproteínas de alta densidad, tensión arterial e índice de masa corporal; el criterio de validez para considerar la concentración sérica de estas sustancias se tomó de las recomendaciones que hace la Asociación Americana de Diabetes (ADA), la Asociación Europea de Diabetes (European NIDDM Policy Group) y la Norma Oficial Mexicana (NOM 015-SSA2 1997) para la prevención, tratamiento y control de la DM tipo 2 en la Atención Primaria. (Anexo 6)

3.5

Lugar donde se realizó el estudio

El estudio se realizó tomando una muestra representativa de familias de la población asegurada en el IMSS adscrita al consultorio No. 19 del turno matutino perteneciente a la Unidad de Medicina Familiar No. 80, misma que se localiza en la Ciudad de Morelia, con domicilio en Avenida Madero Poniente 1200.

3.6

Muestra

Para determinar el tamaño de la muestra se tomó en consideración la frecuencia de familias con un familiar con Diabetes Mellitus tipo2 en un universo de 500 familias de las cuales es responsable un médico familiar. Dado que de acuerdo con el diagnóstico del consultorio y según datos proporcionados por el Sistema Médico Operativo (SIMO) del Sistema Único de Información del IMSS, el 40% de las familias presentan un miembro con DM tipo2; y considerando un intervalo de confianza de 1.96 y un grado de significancia estadística de .05 se consideró significativa una muestra de 30 familias, según la siguiente fórmula:

$$N = \frac{Z^2 (p) (q)}{(d)^2}$$

Otro procedimiento recomendado por algunos textos de metodología estadística para determinar el tamaño de la muestra consiste en tomar el 10% del universo de población que tiene la característica a estudiar, en este caso el 10 % de 200 familias afectadas de DM tipo2 serían 20. Por lo que se toma la decisión de optar por el procedimiento calculado a partir de proporciones, y en consecuencia la muestra de estudio quedó

constituida por 30 familias, Dawson-Saunders (1995).

El procedimiento para la selección y toma de la muestra se hizo al azar, de acuerdo con los siguientes criterios de selección:

1. Familias con presencia de un miembro con diabetes mellitus tipo 2 adscritas al consultorio 19 de la clínica No 80 del IMSS, con la característica de ser un paciente con descontrol metabólico crónico.
2. El criterio de familia seleccionada se consideró a partir de la presencia de al menos dos generaciones que vivan bajo el mismo techo donde vive el paciente identificado.
3. Se solicitó firmaran carta de aceptación para participar en el estudio donde se especificó cuál es la finalidad del estudio, mismo que se realizó fuera de las instalaciones del IMSS (anexo 9).

3.7

Diseño de la investigación

Se trata de un estudio descriptivo y causal comparativo. Es descriptivo a partir de que se intenta explicar sistemáticamente características de la familia con familiar diabético. La causalidad se consideró a partir de juzgar que el descontrol metabólico crónico del enfermo con DM2 está relacionado con la disfunción familiar, y si no es la causa única, por lo menos, es un factor asociado significativamente.

Para una mayor comprensión de la estrategia general del estudio, se construyó un modelo teórico donde se esquematiza la forma como interactúan la DM y el descontrol metabólico (anexo 7). Como puede observarse en el esquema, la dinámica familiar y la diabetes mellitus se influyen mutuamente, generando un proceso de Circularidad; de tal manera que en ciertas condiciones, el Diabético utiliza su descontrol metabólico de su enfermedad, como mecanismo compensatorio para mantener el equilibrio en el sistema familiar.

Instrumentos



Para la valoración del descontrol metabólico crónico de la DM tipo 2 se utilizaron los indicadores de laboratorio, según los Criterios establecidos por la ADA, European NIDDM Policy Group, Norma Oficial Mexicana (1998), (anexo 6).

Para valorar la estructura y el funcionamiento familiar se utilizó la "**Escala de Funcionamiento Familiar**" (EFF) Espejel (1997). Esta escala consiste en una entrevista abierta y dirigida que se aplica a la familia; es un instrumento de evaluación conformado por 40 reactivos en forma de pregunta y con 8 opciones de respuesta tipo nominal que varían en cada uno de los reactivos. Para ésta investigación el instrumento no se evaluó como un inventario de estructura familiar y cada una de las preguntas fue analizada por separado. De ésta forma los reactivos no se consideraron en escala ordinal, sino que cada uno de ellos fue evaluado a través de una escala nominal, con las siguientes categorías:

1. Padre
2. Madre
3. Hijos
4. Hijas
5. Otro pariente
6. Otra persona no familiar
7. Nadie
8. Todos

Cada uno de los reactivos representa preguntas paradigmáticas, es decir, circulares e interaccionales cuya significación está en relación con el contexto y de acuerdo a la puntuación de un orden secuencial en la descripción del proceso.

Las preguntas estimulan relaciones circulares entre los distintos miembros de la familia, pueden remitir a diadas o triángulos dentro de los subsistemas, o

bien pueden englobar a toda la familia o producir polaridades; un polo cobra realidad en la medida en que difiere del otro; tales posibilidades son el resultado de la estructura de los reactivos en los que subyace la exploración de las diferencias entre los distintos miembros y subsistemas familiares.

La Escala fue diseñada para investigar nueve áreas de funcionamiento dinámico, sistémicoestructural de la familia.

Las 9 áreas que evalúa son las siguientes:

TERRITORIO O CENTRALIDAD: se refiere al espacio que cada cual ocupa en determinado contexto. También se refiere a la centralidad que cada miembro logra dentro de su familia y se identifica en un momento dado con el grado de significancia que uno de los miembros tiene para los demás en la familia.

ROLES: Son las expectativas conscientes o inconscientes que cada miembro de la familia tiene acerca de la conducta que tendrá otro miembro.

JERARQUÍA: es la dimensión de autoridad que se define como el poder o derecho de tener el mando, imponer obediencia, tomar decisiones o hacer las decisiones finales.

LIMITES: son las reglas que consciente o inconscientemente son formuladas por la familia. También se consideran como fronteras entre una generación y otra (la de los hijos, las de los padres, la de los abuelos).

MODOS DE CONTROL DE CONDUCTA: son los patrones que una familia adopta para manejar sus impulsos y para mantener modelos de qué es bueno y qué es malo y para luchar contra las situaciones físicas peligrosas.

ALIANZAS: es la asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia. Las más funcionales son las que incluyen a los miembros de la misma generación, la de los esposos y la de los hermanos.

COMUNICACIÓN: es el intercambio de información y el conjunto de mensajes verbales y no verbales a través de los cuales la gente se relaciona con los demás.

AFEECTO: las manifestaciones verbales y no verbales de bienestar o malestar que son utilizadas entre los miembros de la familia.

PSICOPATOLOGÍA: se habla de Psicopatología familiar cuando los conflictos no se resuelven debido a la rigidez de patrones de interacción.

Es importante destacar que la EFF incluye además, un familiograma, datos sociodemográficos, económicos, de la vivienda y espacio para anotar observaciones. Cada una de las áreas incluye de 3 a 5 reactivos. El instrumento es producto de varias investigaciones realizadas en familias mexicanas y validado estadísticamente con un índice de confiabilidad de $\alpha = .91$; además de ser fácil de aplicar, cuenta con manual de procedimientos para aplicación e interpretación de los resultados, así como sustento bibliográfico, metodológico y conceptual, (anexo 5). Para la elaboración y análisis del familiograma se tomará como referencia la metodología de McGoldrick (1996)

Los criterios de calificación de la EFF se especifican en las instrucciones contenidas en el Manual Operativo, incluyen tres aspectos:

ETAPA DEL CICLO VITAL POR LA QUE CURSA LA FAMILIA

CLASE SOCIOECONÓMICA Y CULTURAL

ESTRUCTURA DE LA FAMILIA

El ciclo vital de la familia tiene que ver con la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo de vida y las crisis por las que atraviesa. Para evaluación de este factor en la EFF, el ciclo vital de la familia, se hace utilizando la clasificación de Macias (1998). Los aspectos socioeconómicos y culturales se evalúan tomando como referencia el ingreso económico mensual, la posición que ocupa en la familia el enfermo, el grado de escolaridad formal, su ocupación y el nivel de información cultural.

Otro aspecto de evaluación de la EFF es la estructura y el funcionamiento familiar, este se refiere a la tipología de la familia y se define como la forma en que se organiza el sistema de acuerdo a las jerarquías, alianzas, límites, territorio y geografía. Para tipificar la estructura familiar se consideran las siguientes categorías:

1. **FAMILIA PRIMARIA NUCLEAR:** familia integrada por padre, madre e hijos de ambos, sin que haya uniones previas con hijos.
2. **FAMILIA PRIMARIA SEMIEXTENSA:** es una familia primaria con quienes viven uno o varios miembros de la familia de origen de alguno de los cónyuges.
3. **FAMILIA PRIMARIA EXTENSA:** es una familia nuclear que va a vivir con la familia de origen de uno de los cónyuges o que nunca salió del seno familiar y ahí permaneció después de realizar su unión conyugal.
4. **FAMILIA REESTRUCTURADA:** es una familia formada por una pareja donde uno o ambos de los cónyuges ha tenido una unión previa con hijos, independientemente de los hijos que conciban juntos.
5. **FAMILIA REESTRUCTURADA SEMIEXTENSA:** es una familia formada por una pareja donde uno o ambos de los cónyuges ha tenido una unión previa con hijos, y que incluyen bajo un mismo techo a uno o más miembros de la familia de origen de alguno de ellos.
6. **FAMILIA REESTRUCTURADA EXTENSA:** es una familia formada por una pareja donde uno o ambos de los cónyuges ha tenido unión previa con hijos y que vive con la familia de origen de él o de ella.
7. **FAMILIA UNIPARENTAL NUCLEAR:** una familia integrada por padre o madre con uno o más hijos.
8. **FAMILIA UNIPARENTAL SEMIEXTENSA:** una familia integrada por padre o madre con uno o más hijos y que reciben en su hogar a uno o más miembros de su familia de origen.
9. **FAMILIA UNIPARENTAL EXTENSA:** una familia integrada por padre o madre con uno o más hijos que vive con su familia de origen.

Para la metodología de aplicación de la Escala, los autores recomiendan se haga con la participación de dos terapeutas, uno de ellos realiza la entrevista y el otro anota las observaciones interaccionales. Otra recomendación metodológica es que se aplique preferentemente en presencia de la familia nuclear, o por lo menos, uno de los miembros de cada generación. Del cumplimiento correcto de estas recomendaciones dependen los resultados, tanto en el aspecto cuantitativo, como cualitativo.

El formato de calificación de la EFF concentra los reactivos por función de la manera siguiente:

1. **AUTORIDAD:** se mide en diez reactivos; 1, 3, 4, 5, 11, 12, 14, 28, 39, 40;
2. **CONTROL:** se mide por ocho reactivos; 8, 10, 17, 26, 31, 34, 35, 40;
3. **SUPERVISIÓN:** se mide por los siguientes cinco reactivos; 16, 25, 26, 28, 30;
4. **AFECTO:** se mide por siete reactivos; 22, 23, 24, 27, 31, 32, 33;
5. **APOYO:** incluye seis reactivos; 7, 16, 18, 20, 39, 40;
6. **CONDUCTA DISRUPTIVA:** siete reactivos; 5, 9, 36, 37, 38, 39, 40;
7. **COMUNICACIÓN:** comprende los reactivos; 4, 10, 15, 18, 19, 21, 22, 36, 38;
8. **AFECTO NEGATIVO:** incluye los reactivos 6, 15, 29, 34;
9. **RECURSOS:** por los reactivos 2, 12, 13, 14, 17, 40.

De manera general se reconoce que hay instrumentos para explorar el funcionamiento familiar donde se pretende captar las diferentes percepciones de los integrantes respecto de la familia como unidad estructural. Esta cualidad de los instrumentos está determinada por el diseño, la intencionalidad y el procedimiento específico de aplicación de los mismos. En éste sentido, la EFF se propone captar a la familia como un todo. No obstante, cuando el propósito es explorar todos los aspectos de la familia como objeto de estudio también resultan muy importantes las percepciones individuales, pensando en ello fue que se decidió utilizar otro instrumento complementario.

El instrumento seleccionado para lograr la percepción individual del paciente identificado, en éste caso, es el paciente con DM tipo 2 y descontrol metabólico crónico, fue el "**Cuestionario de Funcionamiento Familiar (CFF)**", construido por Palomar (1998). Este cuestionario fue construido y probado para estudiar el funcionamiento familiar en familias residentes del Distrito Federal y zonas conurbadas, los objetivos que se buscaron en la investigación original; estuvieron orientados a demostrar que existen diferentes percepciones del funcionamiento familiar según el nivel de escolaridad, el sexo, la etapa del ciclo vital y los antecedentes de la familia de origen.

El cuestionario de referencia consta de 56 ítems y tiene índices de consistencia que van desde $\alpha = .52$ hasta $\alpha = .94$. En este instrumento se define "fun-

cionamiento familiar" como el conjunto de patrones de comportamiento del sistema familiar que rigen el estilo de vida familiar y promueven su funcionalidad o disfuncionalidad" Palomar, J (1998).

La aplicación del CFF consiste en solicitar a un integrante de la familia, conteste el cuestionario de manera individual. Los sujetos tienen que contestar señalando con una cruz las siguientes opciones: nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre; lo que equivale a 0% del tiempo, menos del 25%, alrededor del 50%, más del 75% y 100% del tiempo respectivamente. Los 56 ítems del cuestionario se concentran en diez factores de la manera siguiente:

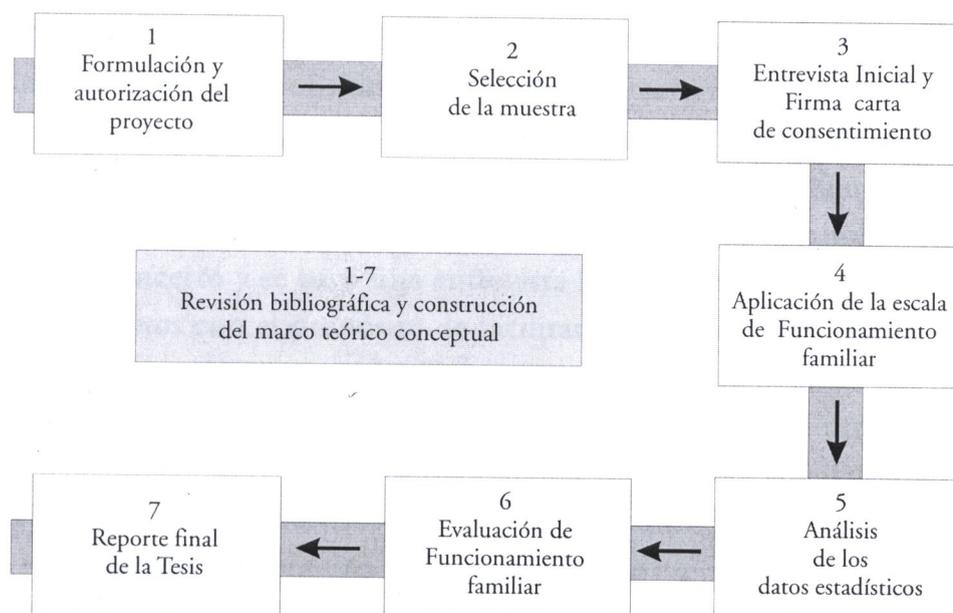
1. RELACIÓN DE PAREJA: agrupa los reactivos 1,7,11,18,21;
2. COMUNICACIÓN: incluye a 3, 31, 47;
3. COHESIÓN FAMILIAR: 4,6,17 33,45;
4. ASPECTOS DISFUNCIONALES: 2, 10,22, 36, 46;
5. TIEMPO QUE COMPARTE LA FAMILIA: 19, 23, 30, 44;
6. ROLES FAMILIARES Y TRABAJO DOMESTICO: 5, 24, 32, 35, 40;
7. AUTONOMÍA-INDEPENDENCIA: 8, 9, 14, 20, 28, 34;
8. ORGANIZACIÓN: 12, 29, 38, 41, 43;
9. AUTORIDAD-PODER: 15, 16, 25, 37;
10. VIOLENCIA FÍSICA Y VERBAL: 13, 26, 27.



3.9

Procedimiento

La realización de la investigación comprendió varias etapas desde su concepción teórica hasta la presentación como examen de grado. El proceso completo para la realización del trabajo de investigación se representa en el siguiente diagrama de bloques:



La primera etapa del trabajo formó parte del plan académico de Maestría en Psicoterapia Familiar, por lo que el proyecto se presentó como parte de los seminarios de "Metodología de las Ciencias Humanas" y de "Investigación", mismos que se cursan en el 3º y 4º semestres. Una vez aprobado el protocolo, se procedió a seleccionar la muestra. La población de estudio está constituida por familias adscritas al régimen de Seguridad Social del IMSS en Morelia. Las consideraciones estadísticas de la muestra ya fueron comentadas; sólo hay que agregar que se trata de familias demandantes de atención médica para la Dia-

betes Mellitus; dicha atención es siempre individualizada y otorgada en forma de "consulta médica "tradicional.

El punto de partida para la inclusión de los casos fue la evaluación médica de los pacientes con DM tipo2. El instrumento para esta evaluación se conformó con los criterios normativos que establece la Norma Oficial Mexicana para el diagnóstico, tratamiento y control de la DM. Esta norma recoge las recomendaciones internacionales y las incorpora como elementos de control metabólico. La base de los datos de control se conforma por resultados de laboratorio, utilizando unidades de medida estandarizadas y aceptadas internacionalmente. La Presión Arterial se midió en mm/Hg, utilizando Baumanómetro digital marca OMROM serie HEM-601.

Una vez tomada la decisión del tamaño y características de la muestra, se localizó el paciente identificado (paciente con DM), se le informó acerca de la investigación y sus propósitos, solicitándole comunicarse a su familia si acepta participar y de ser así, acudir a la próxima cita con toda la familia. En todos los casos se concertó y se tuvo una entrevista familiar previa a la aplicación de los instrumentos con el propósito de facilitar la empatía y aprovechar para la firma de una carta de aceptación. Una vez acordado lo anterior, en cita programada se procedió a aplicar los instrumentos. Se utilizó un consultorio privado, con diseño y estructura adecuada para sesiones de psicoterapia familiar.

Al finalizar la aplicación de los instrumentos, ya sin la familia; la entrevistadora y la coentrevistadora procedían a calificar los resultados, formando con ello un expediente familiar. Para facilitar el manejo estadístico, se utilizó una hoja de cálculo de Excel, como captura, para posteriormente convertirlos al SPSS ver.10; mismo que fue utilizado para hacer el análisis de frecuencias, la validación de la consistencia interna, el análisis factorial, análisis de varianza y las correlaciones. Los detalles al respecto, se describen en el capítulo de resultados. Con los datos anteriores se concluyó en cada familia, con un diagnóstico de funcionalidad familiar.

El marco teórico se fue construyendo desde la aprobación del protocolo, fue objeto de asesorías personalizadas que permitieron en forma progresiva la concreción de los capítulos respectivos. La investigación documental inheren-

te constituyó una actividad longitudinal en todo el proceso. Finalmente, cuando se tuvieron los resultados analizados, se inició la redacción del trabajo de tesis y se puso a consideración de las autoridades académicas para su aprobación.

3.10

Análisis Estadístico

*P*ara la presentación descriptiva, análisis e interpretación de los datos estadísticos se utilizará el paquete estadístico SPSS versión 10, Camacho (2001). Se conformarán tres bases de datos, construidas en Excel y posteriormente se trasladará al SPSS:

En la primera contiene los resultados de la aplicación de la Escala de Funcionamiento Familiar;

La segunda concentra los resultados del Cuestionario de Funcionamiento Familiar;

La tercera se conforma con resultados de laboratorio del control metabólico de los pacientes con Diabetes Mellitus



CAPÍTULO 4

Resultados



Se estudiaron 30 familias con presencia de un integrante diagnosticado con DM tipo 2. El total de la muestra se obtuvo de familias adscritas al consultorio 19 de la Clínica No. 80 de IMSS en Morelia. A todas se les aplicó los dos instrumentos de evaluación del funcionamiento familiar y el monitoreo de control metabólico estandarizado por la ADA, adaptado a la Norma Oficial Mexicana para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus. La metodología utilizada para la aplicación de la **Escala de Funcionamiento Familiar** consistió en una entrevista abierta y dirigida con todo el grupo familiar y la participación de un coterapeuta. Esta técnica permitió obtener una serie de observaciones que completan el perfil de funcionalidad familiar. El Cuestionario de Funcionamiento Familiar fue contestado de forma individual por el paciente identificado.

Para la descripción de los datos se construyeron cuadros con análisis de frecuencia, rangos y promedios. En la validación del CFF se utilizó la prueba Alpha de Cronbach, a fin de considerar la consistencia global y el estimador de Spearman-Brown para evaluar la consistencia interna. Con base en el criterio de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, se utilizaron las pruebas de correlación de Pearson en los casos de análisis paramétrico y la prueba de Sperman para datos no paramétricos; Green, Salkind, Akey (2001). En el análisis de variables, se utilizó prueba de T-apareada

para muestras independientes y se aplicó análisis de varianza de una vía (Anova) cuando las variables tienen más de 2 entradas. Así mismo, se realizó un análisis de contingencia para buscar asociación significativa entre funcionamiento familiar y control metabólico con prueba de Chi-cuadrada.

Al finalizar cada entrevista con la familia en estudio y después de aplicar los instrumentos de evaluación del funcionamiento familiar, las terapeutas conjuntaron una serie de observaciones de la entrevista familiar, con esos datos se elaboró una síntesis descriptiva complementaria al análisis estadístico. Los elementos básicos para la interpretación clínica del funcionamiento familiar que se describen son el Familiograma y el Perfil de funcionalidad de cada familia, (anexo 1). No obstante, nada sustituye la vivencia de la entrevista familiar y lo que ahí se observa como lenguaje de comunicación no verbal, éste tal vez sea la mayor riqueza del estudio y por ello, estos datos cualitativos se presentan en el apartado de análisis e interpretación.

En ésta investigación se asumió que la EFF es un instrumento suficientemente validado en estudios previos, como se muestra el manual respectivo. De acuerdo con los resultados de esas investigaciones, "los 40 ítems resultaron con discriminación aceptable, y la consistencia interna a través del coeficiente alpha de Cronbach es $\alpha=0.91$ ". En este caso se ha podido ratificar la capacidad discriminativa del instrumento al permitirnos establecer grados de disfunción por agrupamiento de familias.

Con la finalidad de valorar las variables de funcionamiento familiar, se agruparon los datos por categorías, buscando en cada caso las correlaciones significativas. Las categorías definidas se especifican al pie de cada cuadro.

4.1

Descripción de los Resultados

CUADRO NO.1
 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS FAMILIAS CON UN MIEMBRO
 DIAGNOSTICADO CON DM TIPO 2

PERFIL FAMILIAR	RANGO MÍNIMO	RANGO MÁXIMA	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
Tiempo de formada en años	7	57	<i>33.67</i>	11.84
Nivel socioeconómico ¹	1	2	<i>1.07</i>	.25
Etapas del ciclo vital ²	9	14	<i>11.90</i>	1.12
Número de miembros	3	18	<i>7.13</i>	3.60
Adultos	1	9	<i>3.90</i>	1.69
Adolescentes	0	6	<i>1.83</i>	1.68
Niños	0	7	<i>1.40</i>	1.75
Tipo de familia ³	1	8	<i>2.77</i>	2.62
Posición dentro de estructura familiar ⁴	1	4	<i>1.57</i>	.68
Escolaridad ⁵	1	7	<i>2.67</i>	1.84
Edad promedio	36	82	<i>59.87</i>	11.15
Ocupación ⁶	1	6	<i>2.53</i>	1.63
Aportación económica a la familia ⁷	1	2	<i>1.33</i>	.48

N = 30

Fuente: EFF, Espejel y Cols (1997).

CLAVES:

¹ Indica número de salarios mínimos en pesos mexicanos² Clasificación de Raymundo Macias.³ De 1 a 9, según la escala.⁴ Padre =1, Madre = 2, Hijo = 3, Abuelo = 4⁵ Se consideró diez niveles.⁶ Se agrupan en seis categorías.⁷ Trabaja y aporta =1, No trabaja =2

El cuadro No.1 concentra los datos relacionados con el perfil sociodemográfico de las familias estudiadas. Puede observarse que se trata de familias con un promedio de 33 años de vida familiar, fenómeno relacionado con la naturaleza crónica del padecimiento estudiado. El nivel económico las ubica con ingreso promedio de seis salarios mínimos. La etapa del ciclo vital corresponde al desarrollo y la declinación, entre las fases de los hijos y la escuela y la de desprendimiento, el nido vacío y el reencuentro. Son familias de tipo primario semiextensas, numerosas, con predominio de adultos y promedio de escolaridad por debajo de sexto año de prima-

ria. En lo que se refiere al paciente portador de DM tipo 2, su edad oscila en un rango de entre 36 a 82 años, con promedio de 59.87. El 46.7 % de ellos son pensionados, 30% son obreros y 13.3% son albañiles; esto explica que su aporte económico a la familia sea muy bajo.

CUADRO NO.2
ESTRUCTURA FAMILIAR POR EDAD

NO. FAMILIA	EDAD	TAMAÑO	ADULTOS	ADOLESCENTES	NIÑOS
7	36	4	1	0	3
5	38	6	2	3	1
12	45	3	2	1	1
16	50	7	3	3	1
23	50	10	4	4	2
29	50	6	3	3	0
3	52	8	3	4	1
4	52	4	2	2	0
2	53	6	4	1	1
15	53	4	2	2	0
8	53	6	5	1	0
11	54	13	4	4	5
6	58	5	5	0	0
9	58	7	5	0	2
19	61	18	9	2	7
24	61	5	3	2	0
27	61	6	3	2	1
17	63	8	5	1	2
14	65	4	3	1	0
18	65	9	5	2	2
25	66	5	4	1	0
1	67	8	4	4	0
20	67	16	8	6	2
10	68	12	6	1	5
13	71	6	3	0	3
22	72	4	4	0	0
26	72	4	3	0	1
30	75	5	4	0	1
28	78	6	4	0	2
21	82	9	4	5	0

N = 30

Fuente: EFF, Espejel y Cols. (1997).

Nota: el número de la familia es aleatorio a la edad del paciente identificado.

El cuadro número 2 complementa las características sociodemográficas de las familias estudiadas y refleja datos relacionados con la estructura, el tamaño y ciclo vital. Es de notar la presencia de niños y adolescentes conviviendo con adultos mayores. El número de familia se refiere al orden aleatorio en que fueron estudiadas y se ordenaron en el cuadro por orden ascendente de edad del paciente con DM tipo 2.

CUADRO NO.3.
PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR, SEGÚN PUNTAJE T EN LA EFF

LÍNEA 1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
LÍNEA 2	31	33	20	38	37	34	33	34	26	35	26	35	38	31	34	31	34	23	41	35	33	41	37	26	36	45	40	40	35	21
LÍNEA 3	31	27	23	38	46	29	27	44	31	32	29	47	41	39	44	39	39	37	44	27	38	25	35	25	27	39	36	46	44	29
LÍNEA 4	40	35	23	48	40	27	44	49	31	17	44	43	40	27	49	44	40	31	49	39	36	36	49	36	27	36	44	27	27	27
LÍNEA 5	29	29	29	47	43	34	28	26	29	28	20	47	44	38	50	43	40	41	41	25	29	25	36	25	25	41	45	47	45	27
LÍNEA 6	36	48	36	48	39	39	45	36	36	42	33	41	35	44	51	30	48	27	45	39	32	33	42	24	42	39	42	42	33	36
LÍNEA 7	27	32	30	48	37	29	39	37	30	33	27	40	41	32	46	29	32	41	46	34	37	39	33	30	37	46	44	37	37	20
LÍNEA 8	25	21	27	42	27	29	32	27	29	25	13	38	36	40	29	40	35	25	40	27	35	25	17	17	36	44	27	36	40	16
LÍNEA 9	39	34	26	43	34	43	47	34	39	34	39	42	47	39	35	47	39	43	47	34	47	34	39	15	26	34	43	39	47	34
LÍNEA 10	27	32	29	42	47	35	29	40	29	35	37	42	42	32	42	40	24	27	45	24	35	40	42	32	42	42	47	45	42	24
LÍNEA 11	21	20	20	39	33	27	22	27	22	17	17	37	36	27	37	37	43	23	40	23	26	24	27	17	25	37	30	37	35	18

LÍNEA 1= FAMILIA/ FACTOR

LÍNEA 2= AUTORIDAD

LÍNEA 3= CONTROL

LÍNEA 4= SUPERVISIÓN

LÍNEA 5= AFECTO

LÍNEA 6= APOYO

LÍNEA 7= CONDUCTA DISRUPTIVA

LÍNEA 8= COMUNICACIÓN

LÍNEA 9= AFECTO NEGATIVO

LÍNEA 10= RECURSOS

LÍNEA 11= PUNTAJE T

N = 30

Fuente: EFF, Espejel y Cols. (1997)

Código de calificación para funcionalidad en puntaje T

Familia funcional: >50

Familia disfuncional: <50

Cuadro No.3 muestra el puntaje T por factor considerado en la EFF. Puede apreciarse como todas las familias tienen puntaje T por debajo de 50, lo que las coloca a todas ellas como familias disfuncionales.

CUADRO NO. 4
FRECUENCIA Y NIVEL DE DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN PUNTAJE T

Factor	PERFIL DE DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR							
	<20 a 30	%	>30 a 40	%	>40 a 50	%	>50 a 60	%
Autoridad	6	20	19	63.33	5	16.66	0	0
Control	10	33.33	12	40	8	26.66	0	0
Supervisión	8	26.66	12	40	10	33.33	0	0
Afecto	14	46.66	4	13.33	12	40	0	0
Apoyo	3	10	14	46.66	12	40	1	3.33
Conducta disruptiva	8	26.66	15	50	7	23.33	0	0
Comunicación	17	56.66	11	36.66	2	6.66	0	0
Afecto negativo	3	10	16	53.33	11	36.66	0	0
Recursos	19	63.33	10	33.33	1	3.33	0	0

N = 30

Fuente: EFF, Espejel y Cols (1997)

Código de calificación para funcionalidad en puntaje T

Familia muy disfuncionales: PUNTAJE <20 a 30.

Familia medianamente disfuncionales: PUNTAJE >30 a 40.

Familia con disfunción mínima: PUNTAJE de 41 a 50.

Familias sin disfunción: PUNTAJE >50.

El cuadro 4 muestra los rangos de disfunción familiar, según el puntaje T por familia. Con base en estos datos se conformaron cuatro categorías de disfunción familiar: familias con menos de 30 puntos T en todos los factores (muy disfuncionales), familias con más de 30 y menos de 40 puntos T (medianamente disfuncionales), familias con puntaje T entre 41 y 50, (disfunción mínima) y familias con puntaje mayor a 50 (funcionales). Esta categorización se consideró importante para el posterior análisis de contingencia.

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LA DIABETES MELLITUS

CUADRO NO. 5
ANÁLISIS FACTORIAL DEL CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO
FAMILIAR DE PALOMAR (1998).
FACTOR 1: RELACIÓN DE PAREJA

REACTIVOS	ALFA DE CRONBACH
1: comparto actividades e intereses con mi pareja	.8862
7: me siento valorado por mi pareja	.8798
11: las relaciones sexuales con mi pareja son buenas	.8913
18: cuando tenemos problemas mi pareja y yo, generalmente lo resolvemos de manera rápida	.8636
21: como pareja somos cariñosos	.8888
Total alpha de Cronbach	.9035

CUADRO NO. 6
ANÁLISIS FACTORIAL DEL CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO
FAMILIAR DE PALOMAR (1998)
FACTOR 2: COMUNICACIÓN

REACTIVOS	ALFA DE CRONBACH
3: Cuando alguno de los miembros de mi familia se enoja, puede decirlo	.8436
31: en mi familia se puede hablar abiertamente acerca de las preocupaciones de cada uno	.6592
47: tomar las decisiones más importantes	.5285
Total alpha de Cronbach	.7648

CUADRO NO. 7
ANÁLISIS FACTORIAL DEL CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO
FAMILIAR DE PALOMAR (1998).
FACTOR 3: COHESIÓN FAMILIAR

REACTIVOS	ALFA DE CRONBACH
4: disfruto mucho las actividades que hago con mi familia	.7901
6*	
17: los miembros de nuestra familia demuestran con facilidad el cariño e interés por los demás	.7744
33: cuando un miembro de la familia tiene éxito los demás nos sentimos contentos	.7935
45: cuando tengo un problema los primeros en saberlo son los miembros de mi familia	.7661
Total alpha de Cronbach	.8267

*reactivo eliminado

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LA DIABETES MELLITUS

CUADRO NO. 8
ANÁLISIS FACTORIAL DEL CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO
FAMILIAR DE PALOMAR (1998).
FACTOR 4: ASPECTOS DISFUNCIONALES

REACTIVOS	ALFA DE CRONBACH
2: es difícil llegar a un acuerdo con mi familia	.7790
10: existe confusión acerca de lo que debe hacer cada uno de nosotros dentro de la familia	.8222
22: en mi pareja es difícil decir lo que uno siente sin que alguien se moleste	.7247
36: en mi familia es difícil solucionar nuestros problemas	.6719
46: algunos parientes (suegros, cuñados, hermanos, etc.,) intervienen en las decisiones que se toman en mi familia	.9855
Total alpha de Cronbach	.8024

CUADRO NO. 9
ANÁLISIS FACTORIAL DEL CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO
FAMILIAR DE PALOMAR (1998).
FACTOR 5: TIEMPO QUE COMPARTE LA FAMILIA

REACTIVOS	ALFA DE CRONBACH
19: en mi familia hacemos actividades juntos	.5938
23: en mi familia compartimos mucho interés	.3433
30: los miembros de mi familia acostumbramos hacer actividades juntos	.3970
44: los miembros de mi familia pasamos juntos nuestro tiempo libre	.6149
Total alpha de Cronbach	.6247

CUADRO NO. 10
ANÁLISIS FACTORIAL DEL CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO
FAMILIAR DE PALOMAR (1998).
FACTOR 6: ROLES FAMILIARES Y TRABAJO DOMÉSTICO

REACTIVOS	ALFA DE CRONBACH
5: los quehaceres de la casa están distribuidos equitativamente	.7557
24: en nuestra familia todos tenemos responsabilidades	.5982
32*	
35: cada uno de nosotros cumple con lo que tenemos que hacer en casa	.6698
40: en mi familia cada uno puede decir la forma en la que ayuda en las tareas de la casa	.6347
Total alpha de Cronbach	.7314

*reactivo eliminado

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LA DIABETES MELLITUS

CUADRO NO. 11
ANÁLISIS FACTORIAL DEL CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO
FAMILIAR PALOMAR (1998).
FACTOR 7: AUTONOMÍA-INDEPENDENCIA

REACTIVOS	ALFA DE CRONBACH
8: en mi familia se anima el hecho de decir lo que cada cual piensa, sea lo que sea	.8250
9: en casa se respetan las decisiones que cada cual tome	.7927
14: en mi familia se fomenta que cada cual haga lo que crea que es mejor	.7850
20*	
28: cada miembro de la familia puede tomar parte en las decisiones familiares importantes	.8558
34: en mi familia se inculca que cada uno debe valerse por sí mismo	.8362
Total alpha de Cronbach	.8505

*reactivo eliminado

CUADRO NO. 12
ANÁLISIS FACTORIAL DEL CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO
FAMILIAR DE PALOMAR (1998).
FACTOR 8: ORGANIZACIÓN

REACTIVOS	ALFA DE CRONBACH
12: los miembros de mi familia se aseguran de que todo esté recogido y ordenado en sus cuartos	.8462
29: en mi familia somos ordenados	
38: en nuestra familia las actividades se planean con bastante cuidado	.8444
41: ser puntual es importante para nosotros	.8628
43*	.8763
Total alpha de Cronbach	.8889

*reactivo eliminado

CUADRO NO. 13
ANÁLISIS FACTORIAL DEL CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO
FAMILIAR DE PALOMAR (1998).
FACTOR 9: AUTORIDAD-PODER

REACTIVOS	ALFA DE CRONBACH
15: cuando no se cumple una regla en casa sabemos cuales son las consecuencias	.7783
16: en mi familia está claro quien manda	.7677
25: las normas familiares están bien claras	.7005
37: las reglas familiares no se discuten, se cumplen	.7184
Total alpha de Cronbach	.7933

CUADRO NO. 14
 ANÁLISIS FACTORIAL DEL CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO
 FAMILIAR DE PALOMAR (1998)
 FACTORES 1 A 5, SEGÚN ALFA DE CRONBACH GLOBAL

REACTIVO	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5
1	.8862				
7	.8798				
11	.8913				
18	.8636				
21	.8888				
3		.8436			
31		.6592			
47		.5285			
4			.7901		
6*					
17			.7744		
33			.7935		
45			.7661		
2				.7790	
10				.8222	
22				.7247	
36				.6719	
46				.9855	
19					.5938
23					.3433
30					.3970
44					.6149

CUADRO NO.14.1
ANÁLISIS FACTORIAL DEL CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO
FAMILIAR DE PALOMAR (1998).
FACTORES 6 A 9, SEGÚN ALFA DE CRONBACH GLOBAL.

REACTIVO	FACTOR 6	FACTOR 7	FACTOR 8	FACTOR 9
5	.7557			
24	.5882			
32*				
35	.6698			
40	.6347			
8		.8250		
9		.7927		
14		.7850		
20*				
28		.8558		
34		.8362		
12			.8462	
29			.8444	
38			.8628	
41			.8763	
43*				
15				.7783
16				.7677
25				.7005
37				.7184
13*				
26				
27				

* Reactivo eliminado

Fuente: Cuestionario de Funcionamiento Familiar. Palomar (1998).

N =30

Los cuadros 5 a 14.1 contienen los datos obtenidos en la prueba de validación del Cuestionario de Funcionamiento Familiar de Palomar (1998), actividad que constituyó uno de los objetivos de esta investigación. La validación estadística de un instrumento permite reconocer si el instrumento mide lo que pretende medir, y si al aplicarlo en circunstancias similares los resultados son predecibles, consistentes y específicos. Se utilizó la prueba Alpha de Cronbach para medir la consistencia interna a través del método de mitades con el estimador de Spearman Brown. Se tomó la decisión de eliminar aquellos reactivos con valores menores a 0.35 quedando en total 31 ítems de los 56 que conforman el instrumento. El valor Alpha de Cronbach global es de $\alpha = 0.92$, con una correlación interítems de 0.83 y estimador Spearman-Brown de $\alpha = 0.91$ para α_1 y 0.93 para α_2 . Con estos datos se puede concluir que el Cuestionario referido tiene una alta confiabilidad, sensibilidad, especificidad y consistencia interna.

Los cuadros 5 a 14 muestran los valores alpha por factor y grupo de reactivos, incluyendo aquellos que no fueron considerados en la validación; los cuadros 14 y 14.1 concentran en bloques los valores alpha por factor.

CUADRO 15
GRADO DE CONTROL METABÓLICO DE LOS PACIENTES CON DM TIPO 2

LÍNEA 1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
LÍNEA 2	143	158	160	262	267	250	362	205	248	171	176	197	191	149	200
LÍNEA 3	234	321	298	232	397	185	484	325	148	242	224	281	273	261	175
LÍNEA 4	500	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	0	1000
LÍNEA 5	132	152	196	227	246	249	180	163	209	128	118	439	234	185	250
LÍNEA 6	437	123	131	262	301	730	62	198	209	208	99	472	150	115	385
LÍNEA 7	32	32	33	33	33	28	30	30	31	30	30	31	32	32	32
LÍNEA 8	95.4	95.4	136.8	141.6	152.8	128	120	93.4	68	56.4	110	313.6	172	130	141
LÍNEA 9	0.8	0.8	0.5	0.8	1.0	1.1	0.6	0.3	0.8	0.8	1.8	0.7	0.8	0.8	5.0
LÍNEA 10	25.29	32.21	29.77	28.51	34.22	33.79	24.97	29.15	33.70	36.39	28.90	28.08	28.88	30.25	23.87
LÍNEA 11	132/81	133/79	1129/84	132/79	131/82	162/93	124/81	134/73	132/75	151/93	133/92	119/81	145/72	123/80	111/71

LÍNEA 1= FAMILIA/ FACTOR

LÍNEA 2= GLUCOSA EN AYUNO

LÍNEA 3= GLUCOSA POSTPRANDIAL

LÍNEA 4= GLUCOSA EN ORINA

LÍNEA 5= COLESTEROL

LÍNEA 6= TRIGLICÉRIDOS

LÍNEA 7= COLESTEROL HDL

LÍNEA 8= COLESTEROL LDL

LÍNEA 9= CREATININA

LÍNEA 10= ÍMC

LÍNEA 11= PA

N =30

Fuente: Expediente clínico de los pacientes

Criterios de referencia (anexo)

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LA DIABETES MELLITUS

CUADRO NO.15.1
GRADO DE CONTROL METABÓLICO DE LOS PACIENTES CON DM TIPO 2

LÍNEA 1	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
LÍNEA 2	212	242	282	215	338	166	90	143	216	266	173	230	362	380	295
LÍNEA 3	201	252	282	300	448	289	234	205	406	340	300	400	305	400	350
LÍNEA 4	1000	1000	2000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
LÍNEA 5	142	236	387	165	225	135	197	156	193	349	202	280	308	360	295
LÍNEA 6	86	269	1960	153	51	300	133	163	98	225	230	200	492	620	385
LÍNEA 7	31	32	31	33	34	35	32	31	32	33	32	32	33	31	32
LÍNEA 8	93.8	150.2	1867	101.4	180.4	40	138.4	92.4	141.4	271	124	208	176.6	205	186
LÍNEA 9	0.9	0.7	0.7	0.8	0.9	0.9	0.9	0.6	0.7	0.7	0.9	0.8	1.4	1.2	0.8
LÍNEA 10	22.48	24.38	28.30	31.68	19.55	29.76	27.51	39.46	30.85	36.26	34.1	*	28.26	22.22	27.39
LÍNEA 11	128/35	132/72	135/81	128/84	128/79	127/85	110/77	112/86	133/91	185/102	180/110	132/79	153/84	157/99	154/95

LÍNEA 1= FAMILIA/ FACTOR

LÍNEA 2= GLUCOSA EN AYUNO

LÍNEA 3= GLUCOSA POSTPRANDIAL

LÍNEA 4= GLUCOSA EN ORINA

LÍNEA 5= COLESTEROL

LÍNEA 6= TRIGLICÉRIDOS

LÍNEA 7= COLESTEROL HDL

LÍNEA 8= COLESTEROL LDL

LÍNEA 9= CREATININA

LÍNEA 10= ÍMC

LÍNEA 11= PA

N =30 Fuente: Expediente clínico de los pacientes

* No se consideró el IMC por tratarse de una persona con amputación bilateral de miembros pélvicos.

CUADRO NO. 15.2
PRINCIPALES INDICADORES DE CONTROL METABÓLICO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

VARIABLE DE CONTROL METABÓLICO DE LA DM TIPO 2	RANGO MÍNIMO	RANGO MÁXIMA	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
Glucosa en ayuno	90	380	225.17	72.26
Glucosa postprandial	148	484	293.07	82.79
Glucosa en orina	1000	5000	1133.33	730.30
Colesterol	118	439	224.60	81.24
Triglicéridos	51	1960	308.23	353.37
Colesterol HDL	28	35	31.77	1.38
Colesterol LDL	40	1867	197.78	57
Creatinina	0	5	1.13	.78
Índice de masa corporal	20	39	29.28	4.59
Presión Arterial	110/70	180/110	133/82	131/76

N =30
Criterios de referencia (anexo)

Fuente: Expediente clínico de los pacientes

CUADRO NO.15.3
NIVELES DE DESCONTROL METABÓLICO POR PERCENTILES

PERCENTIL	GLUCOSA DE AYUNO Mg./dl.	GLUCOSA POSTPRANDIAL Mg./dl.
1	<170	<234
2	171-214	235-286
3	215-266	287-343
4	>267	>344

N =30

Fuente: Expediente clínico de los pacientes

Los cuadros 15, 15.1, 15.2 y 15.3 contienen los datos que reflejan el grado de control metabólico de los pacientes identificados con DM tipo 2. El indicador más significativo es el nivel sérico de glucosa; las cifras esperadas son: <126 Mg. / dl en ayuno y <140 mg/dl postprandial. De los 30 pacientes estudiados, sólo uno presentó cifras de glucosa dentro de lo esperado, el 96.7 % registró niveles de glucosa en ayuno entre 143 y 380 Mg. / dl. El paciente que registra datos de glucosa dentro de lo normal, se refiere a un caso de Insuficiencia Renal, situación clínica que sesga la posibilidad de aseverar si el control está o no relacionado con el funcionamiento familiar, no obstante, la glucosa postprandial y todas las demás variables se encuentran en franco descontrol. La totalidad de los pacientes cursa con glucosa postprandial elevada, el 84% por arriba de 200Mg; situación que explica en parte porqué en el 100% de los casos existe glucosuria, la cual es resultado de un proceso fisiológico y no se debe a daño renal, si se toma en cuenta que solo dos pacientes registran alteración de la creatinina sérica.

La otra serie de variables relacionadas con el control metabólico son los factores asociados con el IMC, la concentración de colesterol y triglicéridos, los cuales constituyen importantes factores de riesgo en la diabetes. El 75% cursa con obesidad exógena; es decir IMC > a 25 y asociado a ello, 50% cursa con hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia un dato de enorme relevancia a este respecto es la concentración de colesterol- HDL (colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad), debido a que los niveles séricos < a 35 MG /dl incrementan el riesgo de cardiopatía isquémica. Como puede apreciarse la to-

talidad de los pacientes estudiados presentan cifras por debajo de éste indicador. En lo que se refiere a la presión arterial, 73% de pacientes tienen cifras dentro de límites normales, 10% se pueden considerar como hipertensos descontrolados.

CUADRO NO. 16
PRUEBA DE *t* PAREADA PARA MUESTRAS INDEPENDIENTES DE LA EFF

FACTORES	EDAD	TAMAÑO DE FAMILIA	TIPO DE FAMILIA	POSICIÓN	OCUPACIÓN
Autoridad	.432	.575	.470	.008*	.321
Control	.225	.291	.277	.015*	.174
Supervisión	.457	.992	.596	.215	.194
Afecto	.217	.607	.136	.002*	.201
Apoyo	.956	.792	.775	.062*	.767
Conducta disruptiva	.240	.671	.422	.002*	.201
Comunicación	.546	.432	.623	.046*	.810
Afecto negativo	.217	.607	.136	.002*	.201
Recursos	.898	.509	.716	.025*	.641

*Significativo $p = .05$

Fuente: EFF, Espejel y Cols. (1997)

En el cuadro 16 se muestran los resultados de la prueba de T apareada para muestras independientes. Los datos significativos se destacan con negritas y asterisco para un valor de $p = 0.05$. Como puede observarse a excepción del factor supervisión todos los demás factores de la EFF resultan significativos en relación a la posición que ocupa el paciente identificado en la estructura familiar. Esta misma prueba se realizó para el caso del CFF, cuadro 17, en este caso hay correlaciones significativas relacionadas con el tamaño y tipo de familia, así como respecto a la posición y ocupación del paciente identificado.

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LA DIABETES MELLITUS

CUADRO NO. 17
PRUEBA DE *t* PAREADA PARA GRUPOS INDEPENDIENTES DEL CFF

FACTORES	EDAD	TAMAÑO DE FAMILIA	TIPO DE FAMILIA	POSICIÓN	OCUPACIÓN
Relación de pareja	.912	.443	.430	.000*	.239
Comunicación	.478	.025*	.482	.886	.307
Cohesión familiar	.306	.419	.887	.083*	.633
Aspectos disfuncionales	.343	.384	.984	.101	.408
Tiempo que comparte la familia	.446	.938	.664	.595	.418
Roles familiares y trabajo doméstico	.639	.658	.587	.082*	.987
Autonomía e independencia	.676	.571	.575	.057*	.805
Organización	.919	.904	.861	.029*	.844
Autoridad y poder	.151	.993	.077*	.011*	.099*
Violencia física y verbal	.564	.899	.942	.052*	.886

N = 30

*Significativo $p = .05$

Fuente: Cuestionario de Funcionamiento Familiar de Palomar. (1998)

CUADRO NO. 18
ANÁLISIS GLOBAL DE CORRELACIÓN DE PEARSON PARA LA EFF

FACTORES	AUTORIDAD	CONTROL	SUPERVISIÓN	AFECTO	APOYO	CONDUCTA DISRUPTIVA	COMUNICACIÓN	AFECTO NEGATIVO	RECURSOS
Autoridad	1.0	.678**	.478**	.735**	.706**	.817**	.635**	.735**	.492**
Control	.678**	1.0	.358	.518**	.534**	.599**	.421*	.518**	.261
Supervisión	.478**	.358	1.0	.657**	.631**	.566**	.679**	.657**	.745**
Afecto	.735**	.518**	.657**	1.0	.826**	.809**	.729**	1.0	.669**
Apoyo	.706**	.534**	.631**	.826**	1.0	.731**	.846**	.826**	.643**
Conducta disruptiva	.817**	.599**	.556**	.809**	.731**	1.0	.716**	.809**	.612**
Comunicación	.635**	.421*	.679**	.729**	.846**	.716**	1.0	.729**	.859**
Afecto negativo	.735**	.518**	.657**	1.0	.826**	.809**	.729**	1.0	.669**
Recursos	.492**	.261	.745**	.669**	.643**	.612**	.859**	.669**	1.0

N = 30

** Significativo a nivel 0.01

* Significativo = 0.05

Fuente: EFF, Espejel y Cols. (1997).

CUADRO NO. 19
ANÁLISIS DE CORRELACIÓN DE PEARSON PARA LA EFF

	AUTORIDAD	AFECTO	AFECTO NEGATIVO	RECURSOS
Autoridad	1.0	.379*	.115	.750**
Afecto	.379*	1.0	.514**	.561**
Afecto negativo	.115	.514**	1.0	.200
Recursos	.750**	.561**	.200	1.0

N = 30

Fuente: *EFF, Espejel y Cols. (1997)*

** Significativo a nivel 0.01

*significativo a nivel 0.05

CUADRO NO. 20
ANÁLISIS DE CORRELACIÓN DE SPEARMAN PARA LA EFF

	CONTROL	SUPERVISIÓN	APOYO	CONDUCTA DISRUPTIVA	COMUNICACIÓN
Control	1.0	.241	.175	.405*	.480**
Supervisión	.241	1.0	.195	.417*	.052**
Apoyo	.175	.195	1.0	.404*	.271
Conducta disruptiva	.405*	.417*	.404*	1.0	.518**
Comunicación	.480**	.052	.271	.518**	1.0

N = 30

Fuente: *EFF, Espejel y Cols. (1997)*

** Significativo a nivel 0.01

*significativo a nivel 0.05

Los cuadros 18, 19 y 20 corresponden al análisis de correlación entre los nueve factores de la EFF. Utilizando el criterio de normalidad de Kolomogorov-Smirnov, se decidió usar la prueba de Pearson para datos paramétricos, quedando la correlación entre autoridad, afecto negativo y recursos separados de los factores de control, supervisión apoyo, conducta disruptiva y comunicación, que fueron tratados con la prueba de Spearman.

Con éste análisis se pudo identificar que el factor autoridad correlaciona con todos los demás y de manera más significativa con conducta disruptiva, afecto, afecto negativo, control y comunicación. De igual forma se asocia significativamente el control con conducta disruptiva y afecto; en tanto que su-

pervisión está asociada a recursos, afecto negativo, apoyo y comunicación. Afecto, apoyo y conducta disruptiva se asocian con comunicación y recursos.

De estas correlaciones entre los distintos factores de la de la Escala de Funcionamiento Familiar, se infiere otra vez las características del perfil de funcionalidad de las familias en cuestión. En ellas, como ya se señaló anteriormente, la autoridad ejercida propicia conductas disruptivas que tienden a desorganizar el sistema familiar, ya sea de manera abierta o velada. Es interesante que junto a las conductas disruptivas y la autoridad, se encuentre el afecto negativo complementariamente al control. Si se observa, el afecto y el afecto negativo se encuentran ligados a la autoridad con el mismo nivel de significancia (0.735); fenómeno que resulta paradójico, pues indica que en la misma proporción que se acepta, se rechaza. A este respecto, ya se comentó la observación hecha durante las entrevistas, en el sentido de que la centralidad se ubica en los hijos, al tiempo que se mantiene vigente la transmisión de valores por parte de los padres.

CUADRO 21
ANÁLISIS DE VARIANZA DE UNA VÍA PARA LA EFF (ANOVA)

FACTORES	ESCOLARIDAD	TIEMPO DE FORMADA
Autoridad	.494	.153
Control	.203	.416
Supervisión	.323	.695
Afecto	.028*	.485
Apoyo	.201	.723
Conducta disruptiva	.392	.328
Comunicación	.698	.843
Afecto negativo	.028*	.485
Recursos	.403	.802

N = 30

** Significativo a nivel 0.01

*significativo a nivel 0.05

Fuente: EFF, Espejel y Cols. (1997)

CUADRO 22
ANÁLISIS DE VARIANZA DE UNA VÍA PARA EL CFF (ANOVA)

FACTORES	ESCOLARIDAD	TIEMPO DE FORMADA
Relación de pareja	.770	.430
Comunicación	.899	.482
Cohesión familiar	.110	.887
Aspectos disfuncionales	.495	.948
Tiempo que comparte la familia	.192	.664
Roles familiares y trabajo doméstico	.727	.587
Autonomía e independencia	.202	.575
Organización	.580	.861
Autoridad y poder	.320	.077*
Violencia física y verbal	.398	.942

N = 30

Fuente: *Cuestionario de Funcionamiento Familiar de Palomar. (1998).*

*Significativo $p = .05$

Los cuadros 21 y 22 muestran los resultados del análisis de varianza tanto para la EFF como para el CFF, en ambos casos se trata de buscar asociación significativa entre el nivel de escolaridad y el tiempo que tiene de formada la familia. En el caso de la EFF resultó significativa la asociación entre afecto y afecto negativo con escolaridad, mientras en el CFF se socia autoridad y poder con el tiempo de formada. Se consideró de interés la escolaridad y el tiempo que lleva formada la familia. La variable, tiempo de formación se agrupó en tres categorías: de 7 a 30 años, 31 a 40, y 40 y más. La variable escolaridad se categorizó en tres niveles: analfabetas, primaria incompleta y primaria y más. El tiempo de formada no influye en ningún factor, en ambos instrumentos de evaluación. La escolaridad mostró significancia ($p = 0.05$) en relación a Afecto y Afecto negativo de la EFF. En el CFF sólo se asocian autoridad y poder con tiempo de formación.

CUADRO NO. 23
ASOCIACIÓN ESTADÍSTICA ENTRE DISFUNCIÓN FAMILIAR Y
DESCONTROL METABÓLICO CRÓNICO.

FACTORES	PORCENTAJE DE DISFUNCIÓN			PORCENTAJE DE DESCONTROL		
	GRAVE ¹	MODERAD ²	LEVE ³	GRAVE ⁴	MODERAD ⁵	LEVE ⁶
Autoridad	.432	.575	.470	.008*	.321	.321
Control	.225	.291	.277	.015*	.174	.174
Supervisión	.457	.992	.596	.215	.194	.194
Afecto	.217	.607	.136	.002*	.201	.201
Apoyo	.956	.792	.775	.062*	.767	.767
Conducta disruptiva	.240	.671	.422	.002*	.201	.201
Comunicación	.546	.432	.623	.046*	.810	.810
Afecto negativo	.217	.607	.136	.002*	.201	.201
Recursos	.898	.509	.716	.025*	.641	.641

¹) menos de 20 puntos T

²) de 20 a 30 puntos T

³) de 30 a 50 puntos T

⁴) leve (glucosa de ayuno <170)

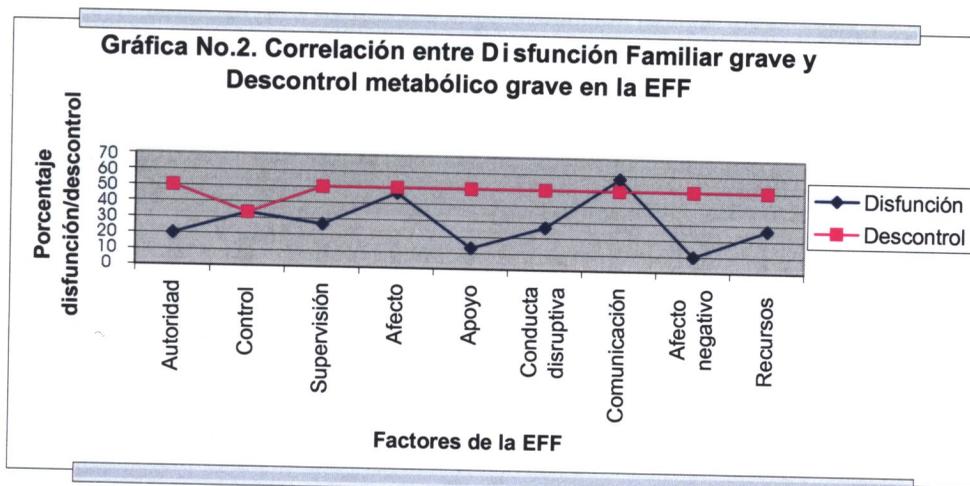
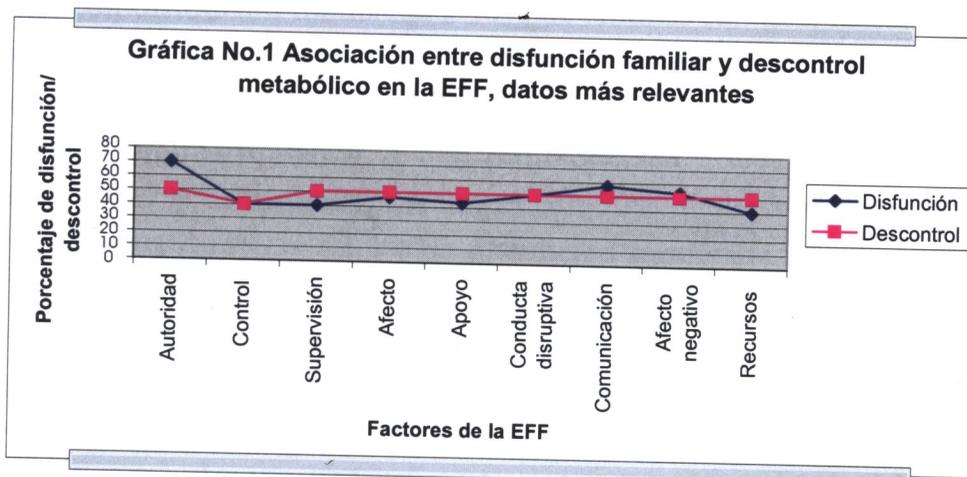
⁵) moderado (glucosa de ayuno 171-214)

⁶) grave (glucosa de ayuno 215-266)

El cuadro 23 concentra los datos más relevantes de los porcentajes de asociación entre disfunción familiar y descontrol metabólico. Para el análisis de contingencia se clasificó la disfunción y el descontrol en tres grados, utilizando el criterio de disfunción en base al puntaje T obtenido en la EFF y el grado de descontrol se valoró considerando el valor de los percentiles. Los porcentajes del cuadro 23 resultan de sumar los valores parciales que contienen los cuadros 24 a 24.8 (anexo 8). Una representación gráfica de estos valores se puede apreciar en la gráfica No 1.

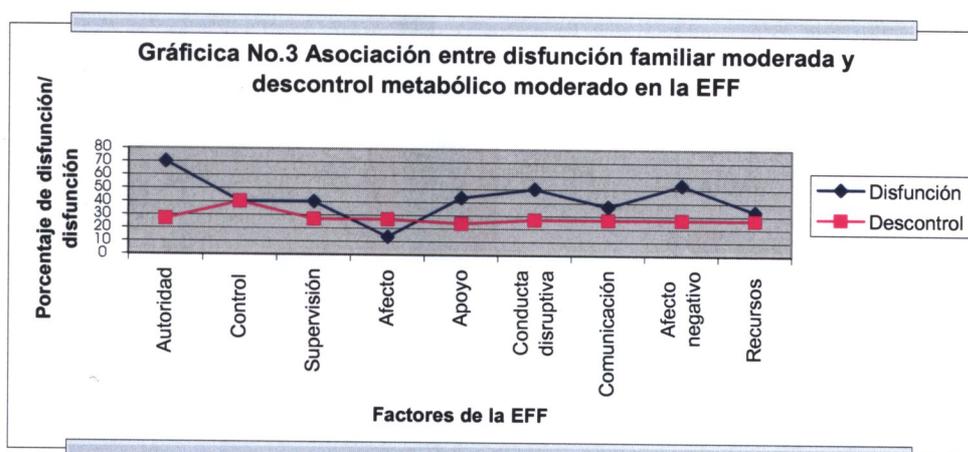
Debido a que todas las familias estudiadas presentan disfunción, y todos los pacientes presentan descontrol metabólico, se consideró conveniente estratificar ambas variables. Para el caso del porcentaje de descontrol se conformaron tres categorías, denominadas como; **Leve, Moderada y Grave**; la disfunción familiar se clasificó, como se indicó anteriormente en **muy disfuncional, medianamente disfuncional y mínima disfunción**. En contraste con ello, se categorizó a los niveles de glucosa por cuartiles, en el primer cuartil se ubican los

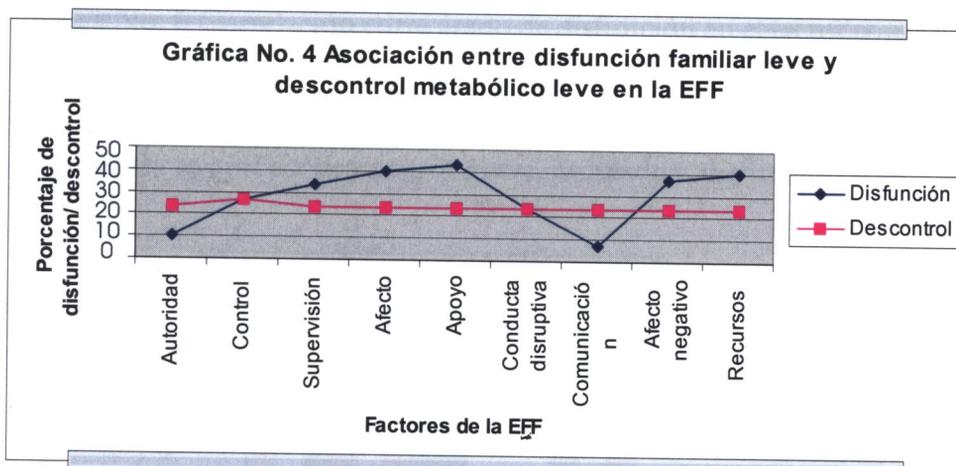
valores de glucosa en ayuno < 170 Mg/dl., y <234 para la postprandial; en el segundo cuartil quedaron valores de 171 a 214 Mg/dl., y de 235 a 286 para la glucosa de ayuno y postprandial respectivamente; en el tercer cuartil quedan valores de 215 a 266 en ayuno, y 287 a 343 postprandial; los valores más altos se ubican por arriba de 267 Mg/dl. y 344 Mg/dl. para ambas condiciones. El resultado de este análisis se presenta en los cuadros 24 a 24.8 (Anexo 8) y se muestra en las gráficas 1 a 13.



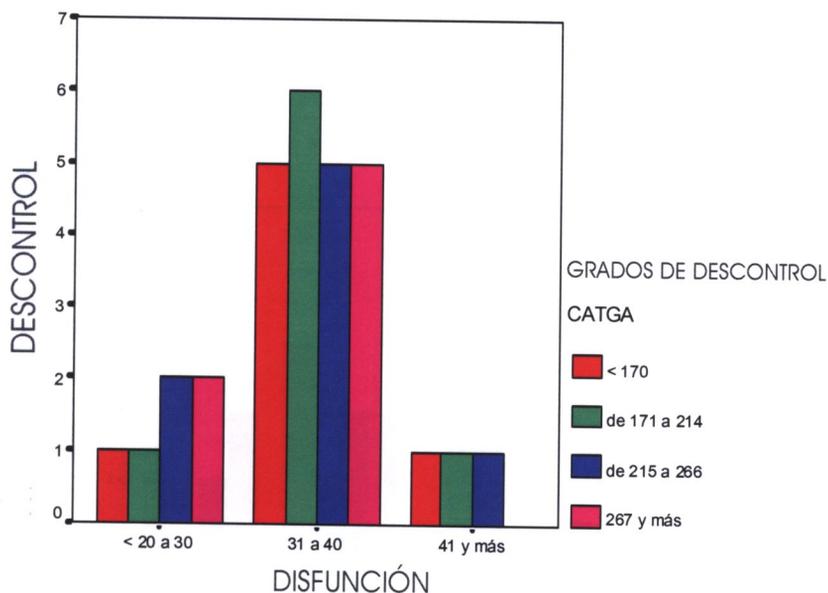
Las graficas 2,3 y 4 destacan de manera más específica la asociación entre descontrol y disfunción grave, moderada y leve, de acuerdo a los criterios explicados para considerar esta clasificación. Es llamativo el hecho de que el descontrol tienda a mantenerse a un nivel medio similar, mientras que la disfunción varía de un grado a otro, por ejemplo la disfunción grave se agudiza en relación con apoyo y afecto negativo, en cambio la disfunción leve se agudiza en relación con el factor comunicación, gráficas 2 y 4 respectivamente.

Destacan los siguientes datos: en el factor **Autoridad** se asocia 70% de las familias con disfunción moderada a 50% de familias con **descontrol moderado** (cuadro 24); de la misma manera el factor **Control** se asocia 40% de disfunción moderada con 40% de **descontrol moderado**; respecto a **Supervisión**, 40% de las familias presentan disfunción moderada y 50% **descontrol grave**; en **Afecto** 46.7% de disfunción se asocia con 50% de **descontrol grave**; en lo que se refiere a **Apoyo** el 43.3% de **disfunción moderada** 43.3% de leve se asocia 50% de **descontrol grave**. La Conducta disruptiva se correlaciona en 50% de disfunción moderada con 50% de descontrol grave; en tanto que en **Comunicación** el 57.7% de las familias con disfunción grave se corresponden con 50% de **descontrol grave**. **Afecto negativo** representa el 53.3% de disfunción moderada con 50% de **descontrol grave**; mientras que **Recursos** se asocia en 40% de disfunción leve con 50% de **descontrol grave**.

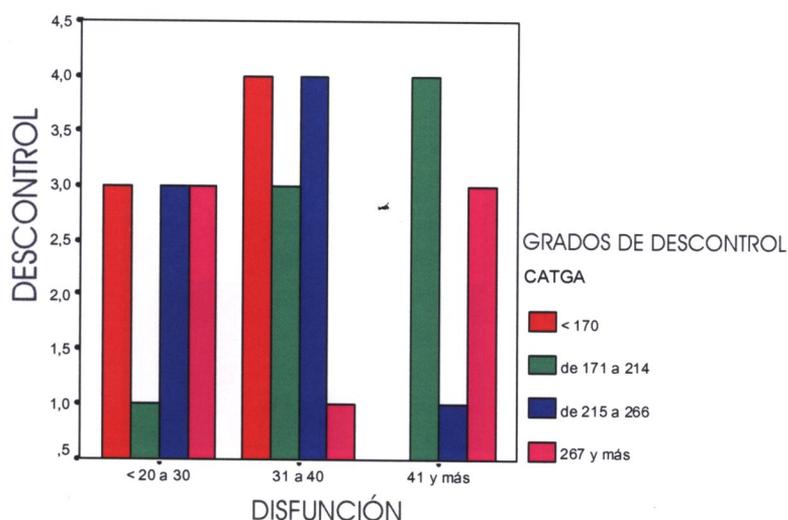




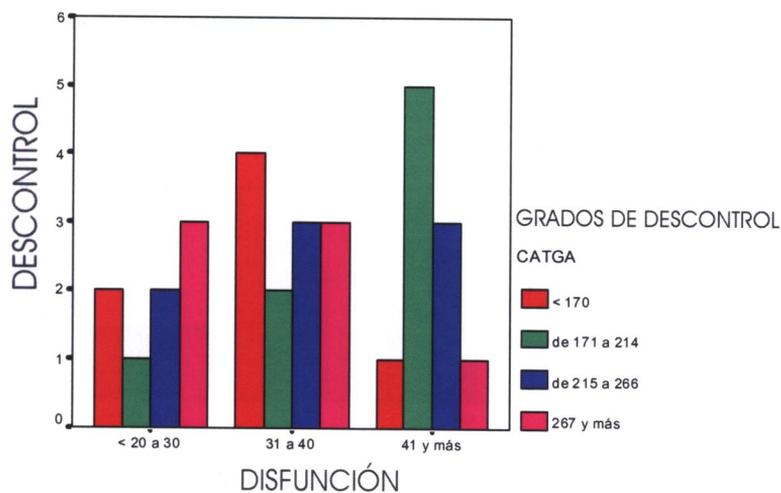
Grafica No. 5 Asociación entre grado de disfunción en autoridad y descontrol metabólico con Glucosa de ayuno. Destaca que de 31 a 40% de las familias tienen descontrol metabólico en relación con el factor autoridad, lo que corresponde a disfunción y descontrol en grado moderado.



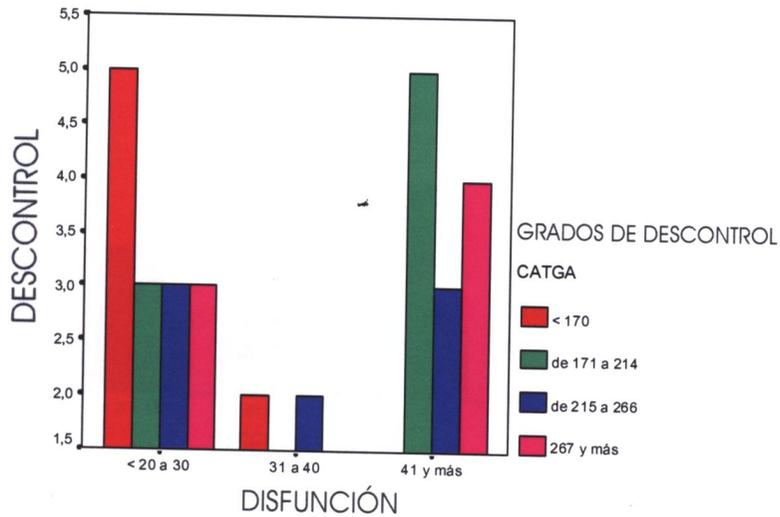
Grafica No. 6 Correlación entre grado de disfunción en el factor control de la EFF y descontrol metabólico con glucosa de ayuno. **Nuevamente la disfunción y el descontrol de glucosa coinciden en grado moderado aún cuando se aprecia descontrol grave, asociado a disfunción leve.**



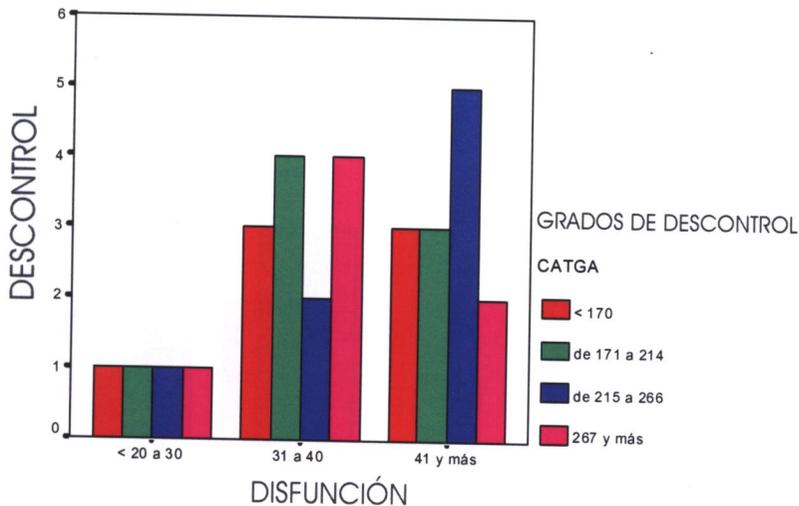
Grafica No. 7 Correlación entre grado de disfunción en supervisión y descontrol metabólico con glucosa de ayuno. **En esta gráfica se observa que el descontrol metabólico y el factor supervisión tienen un bajo nivel de asociación y por ello se aprecian dispersos ambos factores, sin embargo el descontrol mayor se encuentra en la disfunción leve.**



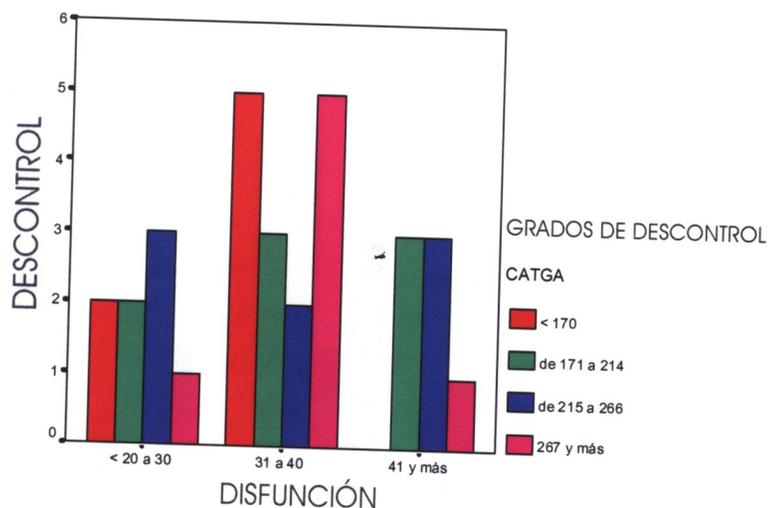
Grafica No. 8 Correlación entre grado de disfunción en afecto y descontrol metabólico con glucosa de ayuno. El descontrol metabólico está polarizado, hay descontrol leve en disfunción grave y descontrol moderado en disfunción leve.



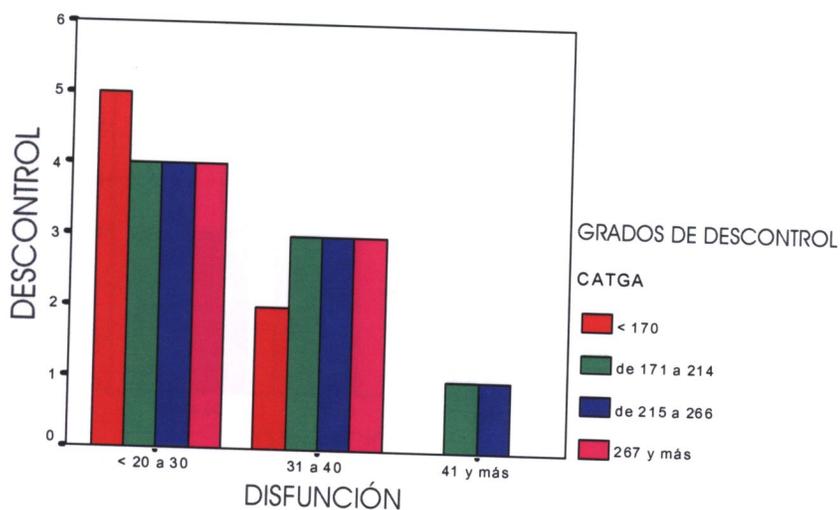
Grafica No. 9 Correlación entre grado de disfunción en apoyo y descontrol metabólico con glucosa de ayuno. El factor apoyo se asocia con descontrol grave y disfunción moderada y leve.



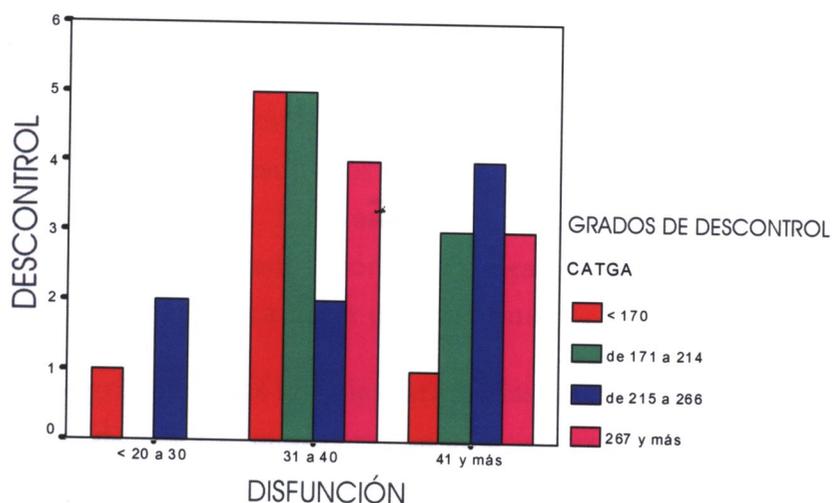
Grafica No. 10 Correlación entre grado de disfunción en conducta disruptiva y descontrol metabólico con glucosa de ayuno. **La conducta disruptiva se asocia con disfunción moderada y descontrol moderado.**



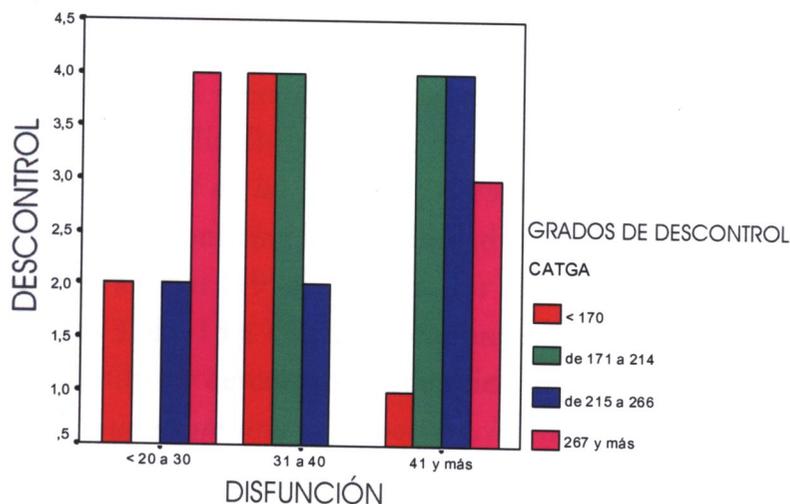
Grafica No. 11 Correlación entre grado de disfunción en comunicación y descontrol metabólico con glucosa de ayuno. **Como puede apreciarse en este factor hay asociación entre descontrol leve a moderado y disfunción grave.**



Grafica No. 12 Correlación entre grado de disfunción en afecto negativo y descontrol metabólico con glucosa de ayuno. Destaca en esta correlación la predominancia del descontrol grave y moderado con disfunción leve.



Grafica No. 13 Correlación entre grado de disfunción en recursos y descontrol metabólico con glucosa de ayuno. El comportamiento del descontrol en este factor es de grave a moderado, con disfunción leve y moderada.



Análisis e interpretación de los resultados

Con los datos descriptivos ya comentados, a continuación se hace un análisis inferencial, interpretando los resultados de las pruebas estadísticas utilizadas según la naturaleza de los datos. En el análisis e interpretación de los resultados se toma en cuenta los postulados teóricos expuestos en los capítulos del marco teórico-conceptual y se busca hacer correlaciones.

El perfil sociodemográfico de las familias estudiadas las ubica como grupos familiares de clase social media y baja, cuyas características coinciden con las descripciones hechas por Leñero (1987). Según Leñero, la condición económica de la familia mexicana, modula muchos valores de su vida cotidiana, por ejemplo, dice, la conformación extensa o semiextensa frecuentemente depende de la disponibilidad y características de la vivienda. *En el caso de las familias aquí estudiadas, la condición social y económica lleva a que en estas familias convivan integrantes de varias generaciones bajo un mismo techo.*

El criterio de selección de los pacientes identificados al iniciar el estudio fue la presencia de descontrol metabólico crónico, y se buscaba que en cada caso coincidiera con una familia disfuncional. *Esta hipótesis se corroboró al cien por ciento, ya que la totalidad de las familias presentaron disfunción en grados diversos.* En este sentido, se confirma la sensibilidad de los Instrumentos utilizados, Espejel (1997), Palomar (1998). Lo anterior se corrobora al confrontar los datos de los cuadros 3, 4 y 15 a 15.3., que contiene la información sobre el grado de función familiar y descontrol metabólico de los pacientes diabéticos. *La conclusión, es que existe una correspondencia estrecha entre disfunción familiar y descontrol metabólico crónico de la Diabetes Mellitus, juicio que fue formulado en la hipótesis planteada en éste trabajo.*

Al asociar las variables sociodemográficas de las familias con los nueve factores de funcionamiento familiar de la **Escala de Funcionamiento Familiar (EFF)** y los diez del **Cuestionario de Funcionamiento Familiar (CFF)** explorados, *se aprecia que la posición que ocupa el paciente diabético en las mismas resulta altamente significativa para todas las variables*, aunque en menor grado con la de supervisión en la EFF, y comunicación, aspectos disfuncionales y tiempo que comparte la familia, en el CFF. *La posición está relacionada con el rol de Autoridad*, pues en su totalidad forma parte del subsistema parental, ya sea como padre o madre.

Navarro (1995) ha establecido los impactos que tiene la enfermedad en la familia, señalando que los mismos dependen de la naturaleza aguda o crónica del padecimiento, de la etapa del ciclo vital y la concepción que la familia tenga de la enfermedad. De acuerdo con ello, este autor identifica tres etapas de experiencia de la enfermedad por parte de la familia: crisis, cronicidad y muerte. La intensidad de la experiencia será diferente según la posición que ocupe el enfermo en el sistema familiar. De hecho, Navarro (1995), divide las alteraciones en la familia ocasionadas por la enfermedad en: alteraciones estructurales, procesuales y emocionales. *Por tanto, la posición del paciente identificado tiene que ver con las alteraciones estructurales (ver pag. 33).*

La cronicidad de la Diabetes implica en primer lugar una reorganización de la familia para adaptarse y asumir los roles de la nueva situación. Es decir, un miembro de la familia debe asumir la responsabilidad de hacer aquello que el enfermo ya no puede realizar. Y por otro lado, si el enfermo requiere cuidados especiales, alguien debe asumir el rol de cuidador primario, Navarro (1995). Esta etapa, que suele ser muy prolongada en la DM, obliga a que la familia se adapte a la progresión de la enfermedad, la tarea más importante en este sentido, dice Navarro (1995), es la de compatibilizar el cuidado al enfermo con el mantenimiento de una cierta normalidad de funcionamiento, es decir, *que la familia logre mantener a la enfermedad en su lugar*. Es en este sentido que debe interpretarse la significancia de la relación de variables con la posición del paciente en la familia

Aún cuando estadísticamente la edad, la ocupación, el tamaño y tipo de la familia, no resulten significativos en ambas pruebas, son indicadores de características del perfil de funcionalidad familiar. En el ciclo vital de la familia, la edad es un componente básico de la estructura, con influencia sobre el tipo y tamaño de la familia; situación que se refleja en la presencia de miembros familiares con edades diversas; lo que a su vez impacta en la dinámica del grupo familiar; como lo señala el cuadro No.2, relacionado con edad, tamaño de la familia y presencia de adolescentes y niños. Es pertinente comentar que en la mayoría de los casos, la presencia de niños se refiere a la relación parental abuelo-nieto.

Por tanto, *un hallazgo importante en este trabajo es la presencia de niños en las familias de los pacientes con DM2*, de mayor edad, por ejemplo, en las familias de los pacientes con edad por arriba de los 65 años. De igual forma ocurre con la presencia de adolescentes. En varias familias se aprecia la existencia de niños, sin adolescentes, presentando un espacio intergeneracional muy grande, ver cuadro 2. Aunque ya se señaló la relación parental abuelo-nieto; hay sin duda un amalgamamiento, que se explica por la detención en el desarrollo del ciclo vital. *El aglutinamiento en estas familias implica escasa definición de las fronteras generacionales e intergeneracionales*, lo que se puede apreciar mejor en los Familiogramas.

De acuerdo con Rolland (1998) la adaptación de la familia a la enfermedad conlleva alternancia de momentos centrípetos y centrífugos, en los cuales se mantiene o se pierde la estructura. Así, cuando aparece la Diabetes, se genera un respuesta aglutinante, (la familia se reúne en torno al enfermo); y a partir de este momento se ve forzada a hacer compatible la tarea evolutiva con el cuidado al enfermo, situación que puede llevar a afrontar o negar la enfermedad, lo que a su vez, puede coincidir con la detención en el ciclo vital, produciendo otro sistema.

El análisis de los rasgos básicos de funcionalidad de estas familias coincide con lo descrito por Onnis (1996) en lo que él llama "Modelo interaccional" que como se recordará relaciona el ambiente social con la organización familiar y con ello se explica el síntoma somático como expresión de estrés emocional.

Las alteraciones estructurales que resultan alteradas por la presencia de un enfermo en la familia, según Minuchin y Fishman (1988), conllevan cambio de roles e implican coaliciones, exclusiones, adhesión a patrones rígidos y modificación de la autoridad y el poder. *En estas familias el padre tiene poco territorio o centralidad, debido a su posición periférica dentro del sistema de la familia*; el padre se limita en la mayoría de las veces a cumplir el papel instrumental de proveedor y su interacción con el resto de la familia es escasa. *En estas familias el mayor grado de significancia es para los hijos, ocupan la máxima centralidad al ser considerados como los más trabajadores y quienes tienen mayor número de obligaciones. En consecuencia la autoridad del padre es ineficiente y ésta reside en el subsistema fraterno.* Al respecto, Haley (1993) ha señalado que cuando las jerarquías y la organización familiar incluyen personas de diferentes generaciones, la manifestación de síntomas por parte de un individuo es señal de que la organización en que vive tiene un ordenamiento jerárquico confuso, a tal grado que no logre distinguir quién es su par, y quién su superior.

Dentro de los diferentes niveles de autoridad destaca la jerarquía que ocupan los hijos en cuanto a reglas que gobiernan la organización familiar, ya que en torno a estos se decide el funcionamiento, pero en cuanto a la toma de decisiones y la transmisión de valores, los padres siguen siendo la figura central. *En cuanto al estilo y forma de tomar las decisiones importantes, los padres no toman un acuerdo conjunto y mucho menos lo consensan con los hijos.* Esta última situación propicia poca flexibilidad del sistema para efectuar cambios ante situaciones críticas, lo que a su vez puede condicionar rigidez y dificultad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, Espejel (1997).

En su mayoría son familias amalgamadas, lo que produce un exagerado sentido de pertenencia al grupo familiar y escasa autonomía individual. Los límites son permeables entre sus subsistemas, con escasa diferenciación individual, dejando la impresión de que ceden la libertad a cambio de protección. La organización es inestable y la disciplina ineficaz, con aislamiento de sus miembros, mala comunicación y marcada dificultad para mostrar afectos positivos, sobre todo entre la pareja.

Minuchin (1994) al referirse a la disfuncionalidad relacionada con los límites, considera dos modalidades de disfunción familiar: familias desligadas y familias aglutinadas. Para este autor, ambos tipos se refieren a estilos transaccionales y de interacción, no a una diferencia cualitativa entre lo funcional y lo disfuncional. Sin embargo, para Bowen (1991) las familias aglutinadas conforman "una masa familiar indiferenciada de egos", donde la proximidad emocional lleva a que los integrantes de la familia conozcan recíprocamente sus sentimientos, pensamientos y sueños.

En estas familias, es la madre y los hijos quienes organizan la alimentación, mientras el padre participan con la economía sin apoyo de los mismos. Cuando es necesario sustituir a alguien en cuanto a sus obligaciones, nadie lo hace por otro; destacando el hecho de que, en casi el 50% de las familias estudiadas, no existan obligaciones definidas. El involucramiento en estas familias parece por tanto un fenómeno paradójico, pues por un lado están aglutinadas y por otro están desligadas. *La sustitución del padre por los hijos* ha sido comentada por Bowen (1991) en el sentido de que los padres incluyen a los hijos en el sistema conyugal cuando enfrentan situaciones críticas como una forma de aliviar la tensión.

El aglutinamiento es también resultado de las alteraciones en la respuesta emocional de la familia ante la presencia de la Diabetes en uno de sus integrantes. Este fenómeno se acompaña de ambivalencia de sentimientos, conspiración del silencio, duelo y sobreprotección, Navarro (1995). La ambivalencia es producto del deseo de ayudar al enfermo y la responsabilidad que conlleva el cuidado y dedicación de tiempo al enfermo. *Como la Diabetes es una enfermedad de evolución progresiva y deteriorante*, que con frecuencia obliga a hospitalizaciones por descontrol agudo, mantiene en vilo a la familia en estado de crisis recurrentes. Esta condición induce a guardar silencio respecto de ciertos contenidos sobre el estado físico y emocional del enfermo, lo cual termina por aislarlo.

Otro rasgo muy importante de estas familias reside en las alianzas, una de las áreas que muestra mayor alteración. *La familia no se divierte junta*, constituyen un grupo familiar desestructurado que no apoya ni acompaña ni prote-

ge; pero tampoco acuden al exterior para solucionar sus necesidades, lo que propicia aislamiento y soledad. *El problema reside en la incapacidad para compartir intereses, valores y vínculos familiares*; habilidad que está ligada a formas inadecuadas de relación entre padres e hijos, Watzlawick (1995).

Respecto a la expresión de afectos, son familias que permiten más los afectos negativos que positivos. Los padres son percibidos como más fríos y distantes que el resto del sistema. Nadie se abraza espontáneamente. *En el sistema conyugal predomina el enojo y discusión* de manera recíproca, llegando en ocasiones a la violencia física. Esta situación se relaciona con asunción del rol de cuidador primario asumido por uno de los conyuges. La tarea de cuidar puede ser muy gravosa que resulte incompatible con la realización personal del cuidador. *En estas familias ocurre que el rol de cuidador primario se adjudica*, no se negocia, lo que a la larga incrementa la expresión de afectos negativos.

Aún cuando la invalidez derivada de la Diabetes suele ser muy severa, sobre todo cuando se presentan complicaciones como: Insuficiencia Renal, Amputación de miembros pélvicos, ceguera y Insuficiencia Vasculat Cerebral, en su gran mayoría los enfermos diabéticos sin complicaciones sólo requieren cuidados paliativos. No obstante, en estas familias, la adjudicación del rol de cuidador primario tiende a ser sobreprotector del enfermo. Existe usurpación de la autonomía del enfermo, impidiendo la reintegración a la normalidad de su vida. El enfermo sobreprotegido, aislado, segregado del sistema termina por aceptar pasivamente su papel.

Esta sensación de inutilidad en el enfermo, ligada a la dificultad en la expresión de los afectos trastorna más la comunicación. Cuando intentan comunicarse, *la comunicación es ineficiente.* Existe aislamiento. Frecuentemente, nadie escucha y no hay acuerdos. *Evitan expresar libremente sus opiniones*, la comunicación es escasa y cuando se produce, es principalmente con la madre. A este respecto, Leñero (1983) observa como en las familias pequeñas se da mejor comunicación que en las grandes, lo que también favorece la expresión de los estados emocionales y el contacto físico.

Minuchin (1975), por otra parte, ha señalado el aglutinamiento como una

de las disfunciones estructurales típicas de las familias psicósomáticas, ligado a la sobreprotección, rigidez, falta de resolución del conflicto y detención del proceso evolutivo. *Todos estos rasgos se pueden observar en las familias estudiadas, en ésta investigación, como se aprecia en los familiogramas y en las gráficas de perfil de funcionamiento familiar.*

Otra deducción a la que se llega a partir de las correlaciones de la EFF, es lo significativo que resulta la comunicación, la cual es instrumental, pero al mismo tiempo cargada de contenidos afectivos que buscan evitar el conflicto mediante el lenguaje verbal, aunque el conflicto se manifieste inconscientemente a través del lenguaje analógico. En este mismo sentido, destaca la posición del paciente identificado en el sistema familiar como predominante figura paterna o materna; ya que *todos los enfermos diabéticos estudiados desempeñan el rol de padres.* Esta incongruencia en la comunicación condiciona, en palabras de Satir (1988), familias donde se respira temor y aburrimiento, sin capacidad de disfrute, aplanamiento de las emociones y sobre todo, desempeño rígido de los roles.

La posición que ocupa el paciente identificado en el sistema familiar, es determinante para la dinámica del grupo familiar en su totalidad y de los subsistemas; pero además, influye en la definición de roles, impacta la cohesión grupal, determina la autonomía e independencia de los miembros y resulta fundamental para la relación de pareja, a pesar de que entre ella pueda ocurrir violencia física y verbal. Es decir, la Diabetes y el Diabético organizan el sistema familiar en torno suyo, tal como ha sido señalado por Onnis (1996) respecto de las familias psicósomáticas.

Ya se señaló, como estas familias tienen un promedio de tiempo de formación de 33 años, con rangos de 7 a 57. Con la idea de valorar la importancia de esta condición en el sistema familiar, se hizo análisis de varianza de una vía (Anova), tanto para la EFF como para el CFF.

Es interesante lo poco relevante que resulta para el sistema familiar *el tiempo de formación o de unión de la pareja.* Indica por un lado, que la dinámica familiar tiende a permanecer estática a lo largo del tiempo, evitando el cambio

que propicia el despliegue de las etapas del ciclo familiar. Por otra parte, la morfostasis condiciona circularidad, ya que en términos de Onnis (1996), el síntoma es la expresión del conflicto familiar y se utiliza como argumento para mantener estática la estructura conflictiva de la familia. Así, *el descontrol metabólico crónico actúa como síntoma de la disfunción familiar* y juega el papel de amortiguador; de tal suerte que se gana la atención y el cuidado de la familia perpetuando el síntoma y manteniendo la organización disfuncional y el equilibrio patológico.

En relación con *el grado de escolaridad de los pacientes con DM*, en la EFF son significativos Afecto y Afecto negativo en la misma proporción. Si se considera que el grado máximo de escolaridad de los pacientes es de primaria, se puede colegir que el nivel educativo no impacta en la manifestación de los afectos familiares, pues como bien señala Leñero (1987), a propósito de que *los valores familiares son más producto de la cultura transgeneracional* que de un proceso formativo en el seno familiar.

Otro procedimiento estadístico importante para la interpretación de los resultados en este estudio, lo constituyó el análisis de contingencia para buscar asociación entre niveles de disfunción familiar y los correspondientes niveles séricos de glucosa en ayunas y postprandial, es decir, posterior a la ingesta de alimento, como indicadores de descontrol metabólico. El estadístico utilizado para de este propósito fue la prueba de Chi-cuadrada.

El análisis de contingencia con la prueba de Chi cuadrada no mostró valores significativos de Asociación en los diferentes grados de disfunción familiar y descontrol metabólico; sin embargo, si se toma en cuenta que se trata de familias disfuncionales y de pacientes diabéticos descontrolados, el porcentaje de asociación entre ambas variables es indicativo de la relación que mantienen y aporta elementos que complementan el perfil de funcionalidad de éste tipo de familias.

La autoridad de acuerdo con Espejel (1997), representa la jerarquía, el poder o derecho de tener el mando, imponer obediencia y tomar acciones o hacer las decisiones finales, a su vez, considera que son más funcionales a aquellas familias donde la autoridad reside en el subsistema parental y es compartida

por ambos padres. Esta precisión resulta relevante aquí, porque *la contribución de la disfunción de autoridad al descontrol metabólico en estas familias*, tiene que ver con el desplazamiento de la autoridad al subsistema fraterno, como ya se comentó, y como puede observarse en los familiogramas.

La disfunción de autoridad que presentan estas familias tiene también un conflicto de límites y alianzas. El rol del padre es ineficaz para mantener las reglas que hacen eficiente el sistema familiar y por tanto, el sistema tiende a desintegrarse, favoreciendo alianzas en los subsistemas; mismos que resultan disfuncionales por estructurarse entre miembros de distintas generaciones. En estas condiciones, el padre es reducido al papel instrumental de proveedor, como ya se señaló anteriormente, también.

En la percepción individual de la familia obtenida a través del CFF, igual que en la EFF, *el Factor Autoridad y Poder presentan rasgos de disfunción comunes.* Partiendo de la idea subyacente en ambos instrumentos de evaluación del funcionamiento familiar, en el sentido de que la Autoridad debe estar claramente delimitada. *Los resultados obtenidos por ambos instrumentos coinciden en que el ejercicio de la autoridad en estas familias es difuso, ineficiente para mantener la homeostasis y la morfostasis del sistema en condiciones normales;* con importantes rasgos de autoritarismo, utilizado principalmente como último recurso para imponer límites y normas. Esta forma de ejercer la autoridad y el poder frecuentemente se manifiesta por violencia física o verbal. A este rasgo familiar de autoridad flexible y difusa frente al autoritarismo como recurso, alude Leñero (1987) cuando describe la "dramaturgia social" y los valores familiares.

Evidentemente, en estas familias hay disfunción en el control y la supervisión, ambos factores ligados a la función de autoridad. El control implica mantenimiento del orden y regulación de la conducta, la supervisión evalúa la funcionalidad de la vigilancia de normas y comportamiento. *Ante esta ausencia de la imagen paterna, la autoridad se diluye entre la madre y los hijos.* La cohesión del grupo familiar es paradójica, como se apuntó antes; están amalgamados y dispersos. La convivencia conjunta se dificulta por la carencia de involucra-

miento y reconocimiento de intereses comunes. Junto a ello, se presenta dificultad para expresar el afecto y como no existen objetivos comunes, tampoco se tienen éxitos comunes.

En este sentido el afecto y el apoyo tienen un impacto importante en el descontrol metabólico, como lo muestran las investigaciones realizadas por Minuchin y Selvini, citadas por Onnis (1996) respecto a familias con trastornos psicósomáticos, indican que *estas familias presentan como características aglutinamiento, sobreprotección, rigidez y evitación del conflicto.*

El aglutinamiento se manifiesta como un sobreinvolucramiento recíproco de pensamientos, sentimientos, acciones y comunicaciones de unos y otros, sin límites definidos, donde los roles se confunden y su funcionamiento es deficiente. En contrapartida a ello, *en estas familias hay serias dificultades para tomar acuerdos*, no logran socializar el conflicto ni los problemas. Nadie quiere involucrarse, a menos que la situación se haya vuelto crítica, como ocurre en los casos de hospitalización, episodio de enfermedad grave o muerte de un familiar. En esos casos el involucramiento tiene forma de sobreprotección.

La sobreprotección aparece como una demanda de atención por parte del paciente diabético, especialmente cuando el descontrol implica descompensación seria del estado de salud. Por ejemplo, *cuando el enfermo diabético es hospitalizado, todo el sistema se vuelca en interés del enfermo*, con lo cual el síntoma cumple la función de distractor de otros conflictos intrafamiliares que por el momento quedan silenciados. Es este fenómeno a lo que Onnis (1996) llama "función protectora de la enfermedad" respecto a la familia.

El afecto intrafamiliar es fundamental en cuanto favorece las manifestaciones verbales y no verbales de bienestar y malestar. Ante la presencia de síntomas, el afecto es un indicador de cómo la familia asume la enfermedad y realmente se involucra en el problema del enfermo. *En el caso de las familias aquí estudiadas*, fuera del episodio crítico que pone en riesgo la vida del enfermo; el afecto se diluye, la rutina cotidiana se reestablece, el enfermo pasa a ocupar el lugar habitual; hasta en tanto se presente la oportunidad de volver a llamar la

atención del sistema; por tanto, el afecto está presente, pero no se manifiesta abiertamente.

En la relación de pareja existe seria alteración afectiva: el paciente identificado percibe la relación como empobrecida en interés y afecto; con sexualidad poco satisfactoria, incapacidad para resolver problemas en conjunto, lo que propicia toma de decisiones de manera individual o permite la intervención de un tercero. Este problema está relacionada con varios factores, tales como: tiempo que tiene la pareja para convivir sola, dificultad en la comunicación y expresión de afectos, irrupción de los hijos y otros familiares y la ineficiencia propia de la pareja para buscar contacto físico como expresión afectiva.

En su investigación de familias mexicanas, Palomar (1998) ha reconocido que uno de los factores más importantes para el funcionamiento familiar es la relación de pareja. Apoyada en otros autores, concluye al respecto: las parejas sanas contribuyen al desarrollo de familias sanas; lo que podría llamarse "buenos matrimonios" están sostenidos en una comunicación eficaz, tiempo que comparten y distribución equitativa de las tareas del hogar.

La disfunción de comunicación empieza justamente por la dificultad que estas familias tienen para hacer explícitos los afectos, salvo en los momentos de crisis de la enfermedad; pero aún ahí, el afecto puede eludirse para evitar el conflicto. Es decir, la enfermedad inhibe la libre manifestación del los afectos y propicia formas de comunicación inadecuadas. *Los miembros de estas familias luchan con la dificultad comunicativa,* a veces se intentan comunicar de forma deliberada, lográndolo a medias, porque *sus mensajes son múltiples y disímbolos,* no logran ponerse de acuerdo, pues estas familias están formadas por individualidades que pocas veces son grupo; a consecuencia de ello, no se involucran, ejercen la autonomía individual dejando que cada quien se las arregle como pueda.

Satir (1998) al referirse a la comunicación intrafamiliar insiste en el efecto nocivo de los juegos comunicativos que suelen darse; siempre hay por ahí un acusador junto a un distractor, o aplacador frente a un calculador. El hecho es que cuando estos estilos de relación comunicativa se han mantenido por varios

años, los integrantes de la familia terminan sintiéndose infortunados y ven el mundo con desinterés, se sienten sombríos, tristes; dejan de crecer y realmente empiezan a morir antes de tiempo.

La evitación del conflicto significa un aplazamiento del mismo, pero más temprano que tarde éste habrá de presentarse y la única forma de dirimirlo es mediante la comunicación. La comunicación también está relacionada con la intensidad emocional de la familia, lo que se refleja a través de la comunicación verbal y no verbal de sentimientos, tanto de ternura y cariño, como de enojo y ansiedad. De hecho, insiste Satir (1998), los juegos perversos de la comunicación familiar pueden llevar a establecer patrones fijos de relación, como los siguientes:

"Si despierto tu culpa, podrías perdonarme"

"Si despierto tu temor, podrías obedecerme"

"Si despierto tu envidia, podrías aliarte conmigo"

"Si despierto tu deseo de diversión, podrías tolerarme"

El problema en todos los casos, concluye Satir (1998), es que no se puede amar a las personas, y sin amor lo único que hacen es sobrevivir.

En estas familias existe un pobre potencial de recursos para adaptarse a las contingencias que imponen la dinámica social y las necesidades propias de la familia. La carencia de capacidades instrumentales para afrontar las crisis, lleva a que en estas familias se profundicen los conflictos y se mantengan círculos viciosos. *En el seno de ellas, la crítica y la autocrítica son escasas, generan malentendidos, discusiones, odio, rencor venganzas.* La perpetuidad de estos conflictos depende tanto de la estructura y funcionamiento de la familia, como de los mecanismos que despliega para intentar superar las etapas evolutivas de su ciclo vital.



CAPÍTULO 5

Conclusiones, Limitaciones y Sugerencias



Conclusiones

El objetivo principal en esta investigación fue evaluar la influencia del funcionamiento familiar sobre el descontrol metabólico crónico que presentan los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Para lograr tal finalidad se buscó delimitar las áreas de la dinámica familiar con mayor influencia en la vida de las personas que padecen esta enfermedad. Así mismo, se buscó conocer las características estructurales y funcionales de las familias involucradas, utilizando dos instrumentos de medición del funcionamiento familiar.

El enfoque teórico-metodológico desde el cual se planteó el problema y se construyó el marco conceptual, buscó sustentar la hipótesis acerca de la influencia de factores psicosomáticos en el control metabólico de la DM tipo 2.

La intención metodológica de esta investigación se centró en tres propósitos:

- ❖ Probar la idoneidad de los instrumentos para el estudio de la dinámica familiar;
- ❖ Evidenciar el impacto de la dinámica familiar en el control metabólico de los pacientes con DM tipo 2;
- ❖ Ofrecer psicoterapia familiar como apoyo alternativo a las familias con presencia de un enfermo con DM tipo 2.

Con base en estos antecedentes, a continuación presento las principales conclusiones a que la investigación ha permitido llegar, procurando ser puntual y concreta. Las sugerencias, al final se apuntan, tienen dos destinatarios: por un lado, la institución de salud a donde están adscritos como asegurados los pacientes y las familias estudiadas; y por otro, las familias estudiadas, a quienes se les entregó un informe sobre su situación y las posibilidades de apoyo terapéutico.

En las 30 familias estudiadas predomina un perfil sociodemográfico en cuyos rasgos principales destaca: un promedio de 33 años de vida familiar, de ingreso económico bajo, ciclo vital en fases tardías, entre desprendimiento, nido vacío y reencuentro. En el seno de cada una de ellas se identificó como caso de estudio a un portador de Diabetes Mellitus tipo 2, con historia clínica de descontrol metabólico crónico. El promedio de edad de estas personas es de 59 años, poseen escolaridad mínima, casi el 50% son pensionados, con ingresos económicos muy bajos.

Con base en los Genogramas de cada una de ellas, se logró establecer la forma en que están estructuradas; destacan como familias de tipo primario, semiextensas, numerosas, sobre todo por la presencia de niños y adultos jóvenes de una segunda y tercera generación (abuelos, nietos y bisnietos). Son familias amalgamadas, con alto sentido de pertenencia al grupo, especialmente en momentos de crisis familiar, aún cuando en su cotidianidad tiendan a vivir dispersas, con escasos vínculos comunicativos y poca calidez emocional.

Con los instrumentos utilizados para evaluar el funcionamiento familiar y el descontrol metabólico del paciente identificado, se encontró disfunción familiar y descontrol en el 100% de los casos. Lo fortalece la hipótesis de una asociación entre estas dos condiciones. Es importante señalar que ambos ins-

trumentos demostraron tener, validez y consistencia interna, por lo que los resultados pueden considerarse confiables.

Aún cuando la disfunción familiar tiene grados, los factores detectados con más alteración son: Autoridad, Afecto, Apoyo y Comunicación.

La autoridad contribuye a la homeostasis familiar cuando está depositada en el subsistema parental, ello racionaliza las jerarquía, el poder y derecho de imponer obediencia y tomar acciones o hacer las decisiones finales. Sin embargo, en estas familias el padre tiene poco territorio o centralidad, ha sido desplazado a una posición periférica dentro de la familia, por lo que se limita en la mayoría de las veces a cumplir el papel instrumental de proveedor y su interacción con el resto de la familia es escasa. En consecuencia la autoridad del padre es ineficiente. El rol de éste es ineficaz para mantener las reglas que hacen eficiente el sistema familiar y por tanto, el sistema tiende a desintegrarse, favoreciendo alianzas en los subsistemas; mismos que resultan disfuncionales por estructurarse entre miembros de distintas generaciones.

En estas familias el mayor grado de significancia es para los hijos, ocupan la máxima centralidad al ser considerados como los más trabajadores y quienes tienen mayor número de obligaciones.

En la expresión y vitalidad de afectos, permiten más los afectos negativos que los positivos, los padres son percibidos como fríos y distantes, en su vida ordinaria predomina el enojo y las discusiones, llegando incluso a la violencia física y verbal. Son familias desvitalizadas, con frecuencia abandonan el tratamiento, lo que favorece presencia de estados depresivos y desesperanza; situaciones que dificultan la adherencia terapéutica y agudizan el descontrol de la DM.

En un intento por apoyarse, estas familias batallan, por un lado con su aglutinamiento, mismo que viven sobreinvolucramiento de unos con otros, sin límites definidos, donde los roles se confunden y su funcionamiento es deficiente. Por otro lado, en estas familias se dificulta tomar acuerdos, no logran socializar el conflicto ni los problemas. Nadie quiere involucrarse, a menos que la situación se haya vuelto crítica, como ocurre en los casos de hospitalización, episodio de enfermedad grave o muerte de un familiar. En esos casos el involucramiento tiene forma de sobreprotección.

La comunicación es tal vez uno de los rasgos disfuncionales más visibles y de mayor impacto en el funcionamiento del sistema familiar. Sus formas de comunicación son ineficientes, lo que motiva y fortalece el conflicto, mismo que se evita sistemáticamente, con lo cual se empeora la comunicación, se induce aislamiento y soledad.

Esta investigación permitió conocer las características del funcionamiento familiar de los pacientes que padecen diabetes y sufren descontrol metabólico crónico, se logró identificar mediante instrumentos eficaces de evaluación familiar, cuáles son las áreas donde parece haber más oportunidad para intervenir, tanto desde el punto de vista médico, como de la terapia familiar.



Limitaciones

*A*ún cuando la muestra seleccionada en este estudio resultó significativa para la proporción de Enfermos Diabéticos adscritos a un Médico Familiar en el IMSS, los resultados no se pueden generalizar a toda la población. Primero, porque este estudio se ha limitado a familias del ámbito urbano, excluyendo a las de la zona rural. Segundo, porque sólo se han considerado los caso de pacientes diabéticos descontrolados.

Dado el número de familias adscritas al Médico Familiar y demanda de consulta institucional, este estudio debe considerarse como un "ensayo clínico", hasta en tanto se realicen estudios complementarios que corroboren y rectifiquen los planteamientos propuestos.

El estudio se planteó de forma transversal, no en forma comaprativa con familias que no presentan patología. Todas las familias estudiadas fueron informadas que su participación en el estudio no implicaba recibir tratamiento terapéutico en el instituto.

Sugerencias

Los resultados de este estudio permiten estimar las ventajas que aporta la observación directa de la familia, el trabajo conjunto y la aplicación de la psicoterapia familiar. Sin embargo, en la práctica institucional, como ya se señaló, el abordaje de la familia con fines terapéuticos resulta muy complicado y operativamente no existen condiciones para realizarlo, con base en ello se propone la siguientes acciones.

- ⇐⇨ 1. Considerar a la familia como unidad de tratamiento en la DM, mismo debería iniciarse con una evaluación familiar que permita conocer en forma específica las áreas de disfunción con mayor impacto en el control metabólico y también los recursos y las áreas que están funcionando bien.
- ⇐⇨ 2. Un instrumento útil, práctico y eficaz para el estudio de la dinámica familiar de pacientes diabéticos sería la EFF.
- ⇐⇨ 3. Incorporar la psicoterapia familiar como herramienta terapéutica en aquellas familias con paciente diabético caracterizado por historia de descontrol metabólico crónico, donde los recursos farmacológicos han resultado insuficientes para modificar el estilo de vida y el perfil de riesgo epidemiológico de los pacientes.
- ⇐⇨ 4. En la intervención terapéutica de la familia debería considerarse la participación de un equipo multidisciplinario.
- ⇐⇨ 5. Es indispensable crear condiciones para aplicar la EFF y el trabajo con familias, para la cual es recomendable crear una Unidad Docente de entrenamiento en técnicas de la entrevista familiar en cámara de Gesell.
- ⇐⇨ 6. En el abordaje institucional debe contemplarse la participación social y los recursos de la comunidad para crear grupos de autoayuda entrenados y capacitados en la autogestión y la capacidad para utilizar estrategias de atención primaria a la salud mediante educación, prevención, detección y limitación del daño.



CAPÍTULO 6

Referencias



Althusser, L. (1988) *Los Aparatos Ideológicos del Estado*. Siglo XXI, México.

American Diabetes Association (1998). *Diabetes Care*, 15 (suppl)

Anderson DL, *Health-Care communication and selected psychosocial correlates of adherence in diabetes management*. *Diabetes Care*, 1990.

Aristóteles (2000). *Ética Nicomáquea*, Gredos, Barcelona

Asociación Europea de Diabetes (European NIDDM Policy Group) (1998) *Diabetes Care*, 15 (Suppl) 15-28.

Beavers, W. R. (1977). *Psychotherapy and growth: A family systems perspective*, Nueva York, Brunner/ Mazel.

Bertalanffy, Von L. (1984). *Teoría General de Sistemas*. FCE, México

Bonilla, M. MP y Hernández, R. AM (2002). *Manual para la elaboración de trabajos de investigación*. Universidad Vasco de Quiroga, Morelia.

Boszormenyi N. I; Spark, G (1994) *Lealtades invisibles*. Amorrortu, Buenos Aires.

Boszormenyi, N. I.; Framo, JL. (1991). *Terapia familiar intensiva*. Aspectos teóricos y prácticos. Trillas. México.

Bowen, M (1991) *Psicoterapia familiar de la esquizofrenia en el hospital y en la práctica privada*. En: Boszormenyi, N. I.; Framo, JL. (1991). *Terapia familiar intensiva*. Aspectos teóricos y prácticos. Trillas. México.

Camacho, RJ (2001). *Estadística con SPSS para Windows*. Alfa omega. RA-MA, México.

- Carranza, B. O. (2003). *El Hombre fragmentado: la crisis del humanismo en la medicina*. Red utopía Jitanjáfora, Morelia.
- Carreto, M. Travis, L. (1984) *Implicaciones de los factores psicológicos y familiares en el tratamiento de la diabetes*. Clin Ped North Am. 3:677-697.
- Castilla del Pino, C. (1970). *Dialéctica de la Persona, Dialéctica de la Situación*. Península, Barcelona.
- Cooper, D. (1981). *La muerte de la familia*, Paidós, México.
- Dawson-Saunders, B. Trapp, R. (1995). *Bioestadística médica*. Manual moderno, México.
- Del Rey C. J. (1999). *Importancia sanitario-social de las enfermedades crónicas. Factores de riesgo. Estrategias de prevención y control*. En: Piedrola, G. P y Cols. Medicina Preventiva y salud pública. Ediciones Científicas y Técnicas, Masson, Barcelona.
- Engels, F. (1991) *El origen de la familia, la propiedad privada y el estado*, Progreso, Moscú.
- Epstein, N, B., Bishop, D. S. y Baldwin, L: M.: *McMaster model of family functioning: «A view of then normal family»*
- Espejel, A. E. Almagro, F; R, B. BM; Cortes, FJ; Poulat, ML. (1997). *Manual para la Escala de Funcionamiento Familiar*. Instituto de la Familia A. C. Universidad de Tlaxcala, México.
- Estrada, I .L. (1997) *El ciclo vital de la familia*. Grijalbo, México.
- Foucault, M. (1978) *El nacimiento de la clínica*. Editorial Siglo XXI. México.
- Foucault, M. (1987) *Enfermedad mental y personalidad*. Paidós Studio. México
- Framo, J.L. (1990) *Exploraciones en terapia familiar y matrimonial*. Desclée de Brouwer. Bilbao.
- Francis Netter (1982). *La seguridad social y sus principios*. Ediciones del IMSS, México.
- Frank, A, W (1991). *Volver a vivir*. Reflexiones de un hombre que sobrevivió al cáncer. Selector, México.

- Freud, S (1974). *Escritos sobre la histeria*. Alianza Editorial, Madrid.
- Fromm, E.; Horkheimer, M.; Parsons, T. (1978). *La familia*. Península, Barcelona.
- Gavard, J. Lustman, P. Clouse, R. (1993) *Prevalence of depression in adults with diabetes. An epidemiological evaluation*. Diabetes Care. 16:1167-78.
- Green, S.B; Salkind, N.J; Akey, T.M (2001). *Using SPSS for Windows. Analyzing and Understanding Data*. Prentice Hall, New Jersey.
- Guerrero, R. J. F ; Rodríguez, M. M. (1996) *Diabetes mellitus: Un análisis de mortalidad por causa básica*. Rev Med IMSS (Mex 34 (1: 43-48).
- Haley, J. (1974) *Tratamiento de la Familia*. Barcelona: Toray. 191-193.
- Haley, J (1993). *Terapia para resolver problemas*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Hampson S Glasgow R, Toobert D.(1990) *Personal models of diabetes and their relations to self-care activities*. Health Psychology. 9:632-46.
- Hermida, G . G.I.; Barrón, C.; Pérez, P E.;(1999) *Aspectos emocionales en la diabetes tipo 1*. Islas, A. S.; Lifshitz, G. A. Diabetes Mellitus. McGraw Hill. 357-364.
- Hipócrates (1999) *Tratados Hipocráticos. Aforismos*. Gredos, Barcelona.
- Hoffman, L (1998). *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. Fondo de cultura económica. México. 248.
- Huerta, G. J.L.; Farfán, Z. G. (1999). *Estudio de Salud Familiar*. Intersistemas, México.
- Iglesias, L. (1996) *Antropología médica*. Tiempo y obra, Monterrey, México.
- Islas, A.S. Lifshitz, G.A. (1999). *Diabetes Mellitus*, McGraw Hill Interamericana, México : 360-361.

- Ismail, K. Mc Guire, H. Minkley, K. (2002) *Psychological interventions for improving glycaemic control in patients with diabetes mellitus*. The cochrane Database of Systematic Reviews.
- Jacobson, A. De Groot, M. Samson J (1997) *The effects of psychiatric disorders and symptoms on quality of life in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus*. Quality of life Research. 6:11-20.
- Kleiman, A. (1988). *The Illness Narratives. Suffering, healing and the human condition*. Nueva York, basic books. Citado por Navarro, G. J. Terapia Familiar con enfermos físicos crónicos. (1995) Paidos terapia Familiar, México.
- Klein, M. (1968). *El sentimiento de Soledad y Otros Ensayos*. Hormé, Argentina.
- Kroeger, A. Luna, R. (1987). *Atención primaria de salud: principios y métodos*. Pax , México.
- Laing, R. D . (1988). *El cuestionamiento de la familia*. Paidos Studio, México.
- Leavel, H.R.; Clark, E. G, (1965) *Preventive Medicine for the Doctor in this, community*, McGraw Hill. New York.
- Leñero, O. L. (1987). *Valores familiares y dramaturgia social*. En: Hernandez, M.A. (Comp). *Como somos los mexicanos*. CREA, México.
- Leñero, O. L. (1993) *El fenómeno familiar en México*, IMES, México.
- Lévi-Strauss, C. (1963)). *La familia*. En: Shapiro, H. L. *Hombre, cultura y sociedad*, FCE, México; 363-387.
- Lévi-Strauss, C (1983). *Las estructuras elementales del parentesco*. Paidos Studio. México.
- Linton, R (1967). *Estudio del hombre*. FCE. México.
- Lustman, P. Griffith, L. Freedland, K.. Et-al. (1998) *Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes mellitus. A randomized, controlled trial*. Annals of Internal Medicine. 129: 613-21.
- Macias, R. (1998) *Sexualidad Humana: La Familia*. CONAPO, México.

- Martínez, C. F (1983). *Enfermedad y padecer*. La prensa Médica, México.
- Martínez, C. F(1987) *Enfermedad y padecer*. En: Tratado de Medicina Interna. El Manual moderno, México, Tomo 1, 2-8
- McGoldrick, M.,Gerson,R (1996). **Genogramas en la evaluación familiar**. Gedisa,Barcelona.
- Mead, M.(1985). **Adolescencia, sexo y cultura en Samoa**. Planeta,Barcelona.
- Minuchin, S (1979). *Familias y terapia familiar*. Gedisa, México. Pas
- Minuchin, S. Fishman, CH. (1988) *Técnicas de psicoterapia familiar*. Paidos. México. 18 .
- Minuchin, S. Rosman, B. Baker, L. (1978) *Psychosomatic Families. Anorexia Nervosa in Context*. Harvard University Press.
- Minuchin, S., Fishman, CH. (1994) *Técnicas de Terapia Familiar*. Paidos. México.
- Monroy, G. A. (1994). *Origen y escuela de la terapia familiar*, documento inédito.
- Navarro, G. J (1995). *Terapia Familiar con enfermos físicos crónicos*. Paidos terapia Familiar, México.
- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994*, para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus en la Atención Primaria. Secretaria de Salud, México.
- Ochoa, de AI. (1995). *Enfoques en la Terapia Familiar Sistémica*. Herder, Barcelona.
- Onnis, L. (1996). *Terapia familiar de los trastornos psicósomáticos*. Paidos. México.
- Palomar, J. (1998). *Funcionamiento Familiar y calidad de vida*. Tesis inédita de Doctorado en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, DF.
- Pérez, T. R. (1999). *La medicina Moderna*. FCE. México.
- Piédrola, G. G; Del Rey, C. J. (1992) *Medicina Preventiva y Salud Pública*, Masson- Salvat. Barcelona.
- Rojas, S. R. (1985) *Capitalismo y enfermedad*. Folios Ediciones. México.

- Rolland, J. S (1989). *Chronic illness and the Family life cycle*. En: Carter, B. McGoldrick, E. *The changing family life cycle*, Boston.
- San Martín, H (1995). *Salud -Enfermedad*, Interamericana, México.
- Sánchez, A. J. (1991). *Familia y sociedad*. Joaquín Mortiz, México.
- Satir, V (1998) *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. Pax, México.
- Satir, V (1980) *Psicoterapia familiar conjunta*. La prensa médica mexicana, México.
- Secretaria de Salud, Departamento de Epidemiología (1993). *Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas*, México.
- Sauceda, G. JM. (1999) *Lineamientos para evaluar la vida en la familia*. IMSS. Departamento de Salud Mental, Hospital de Pediatría, CMN siglo XXI, México.
- Simon, F. B; Stierling H.; Wynne L .C. (1997). *Vocabulario de terapia familiar*. : 164. Barcelona. Gedisa.
- Vallejo, R. (1999). *Introducción a la psiquiatría*. Masson, Barcelona
- Vázquez, E .F.; Ruiz, F. LG. (1999) *Depresión en la Diabetes Mellitus tipo 2*. en Walsh, F. (1985). *Ibidem*, 13.
- Walsh, F. (1985) *Normal Family Processes* New York, Guilford Press.
- Watzlawick, J. Beavin, B. Jackson, D. D (1997). *Teoría de la comunicación humana*. Paidós. México.
- Whitaker, C. (1992) *Meditaciones nocturnas de un terapeuta familiar*. Paidós. México.
- Wolf, W (1960). *Introducción a la Psicopatología*. FCE, México.
- Wynne, L. C.; (1984). *A model The epigénesis of relational system for understanding family development*. Family process. 23:297-318.



CAPÍTULO 7

Anexos



ÍNDICE DE ANEXOS

- [134] ANEXO 1 [134]
Perfil de funcionamiento y Familiogramas.
- [194] ANEXO 2 [194]
Esquema del modelo de Historia Natural de la Enfermedad y niveles de intervención para atenderla.
- [195] ANEXO 3 [195]
Modelo para el Estudio de Familia en el IMSS propuesto por Especialistas en Medicina Familia (1992).
- [197] ANEXO 4 [197]
Contenidos del Expediente clínico Familiar, Modelo propuesto por el Consejo Mexicano de Medicina Familiar.
- [198] ANEXO 5 [198]
Reactivos de la Escala de Funcionamiento Familiar.
- [208] ANEXO 6 [208]
Cifras de Referencia Nacional e Internacional para el Control Metabólico de la DM tipo 2.
- [209] ANEXO 7 [209]
Esquema de interacción Familia-Diabetes.
- [210] ANEXO 8 [210]
Cuadros complementarios del Análisis de Contingencia entre Disfunción Familiar y Descontrol metabólico de la DM tipo 2
- [215] ANEXO 9 [215]
Modelo de carta de consentimiento informado, firmada por las familias participantes.

Anexo 1

PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR NO. 1

Familia: Escobedo Díaz

Fecha de aplicación: 14 Octubre 2002

Tiempo de formada: 38 años

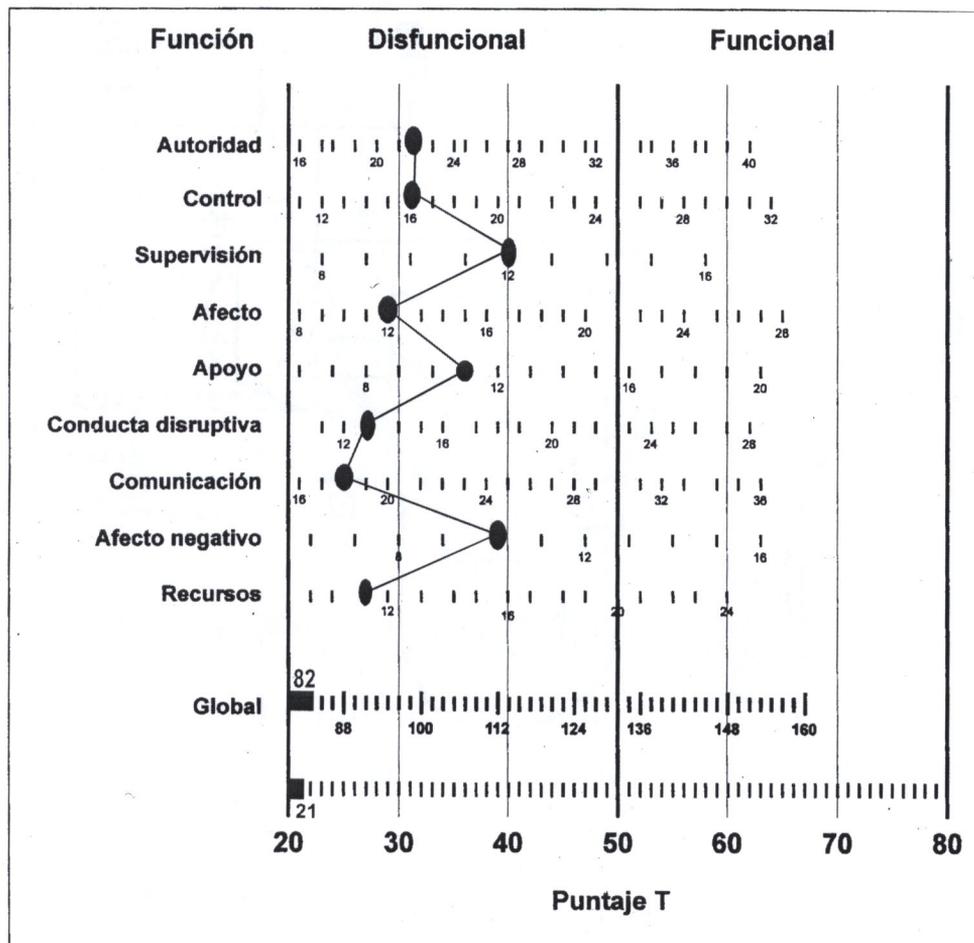
Etapas de ciclo vital: Declinación, Desprendimiento.

Tipo Nivel socioeconómico: Bajo

Núm. de miembros: 8 / Adultos 4 / Adolescentes 4 / niños 0

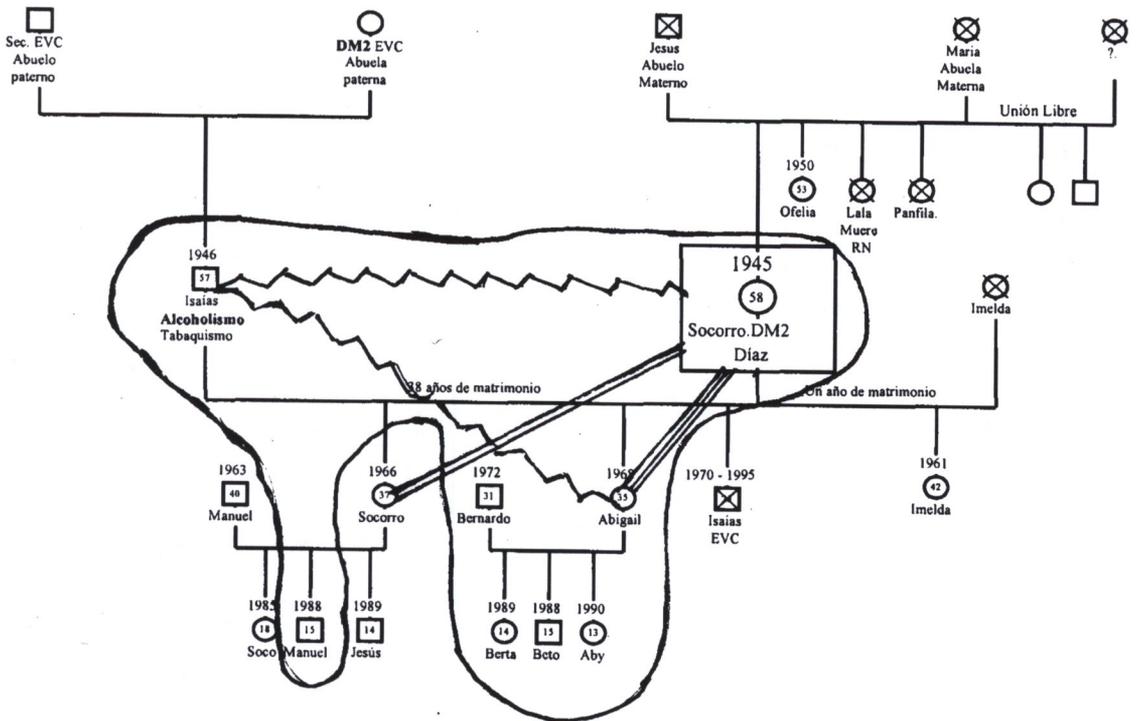
Tipo de familia: Reestructurada.

Paciente identificado: Díaz Murillo, Socorro.



FAMILIOGRAMA No 1
Familia Escobedo Díaz

Paciente Identificado: Doña Socorro dedicada al hogar. Con la historia de haber tenido esposo alcohólico, y con tabaquismo intenso, Recuerda poco de sus padres, muere su mamá joven post- aborto, se cría con la segunda esposa de su papá, siendo siempre desplazada por ella y sus medios hermanos. Tiene problemas con sus hijos, pues ninguno se lleva bien, casi no se hablan, y si lo hacen es solo por necesidad, se siente sola y deprimida, cada vez ve menos y se cansa más, Desearía vivir sin los nietos en la misma casa ya que ellos son jóvenes y necesitan libertad, ella esta ya grande y enferma y necesita tranquilidad y silencio, pero su esposo no la apoya.



PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR No. 2

Familia: Ruíz Medina

Fecha de aplicación: 09 de Noviembre 2002

Tiempo de formada: 32 años.

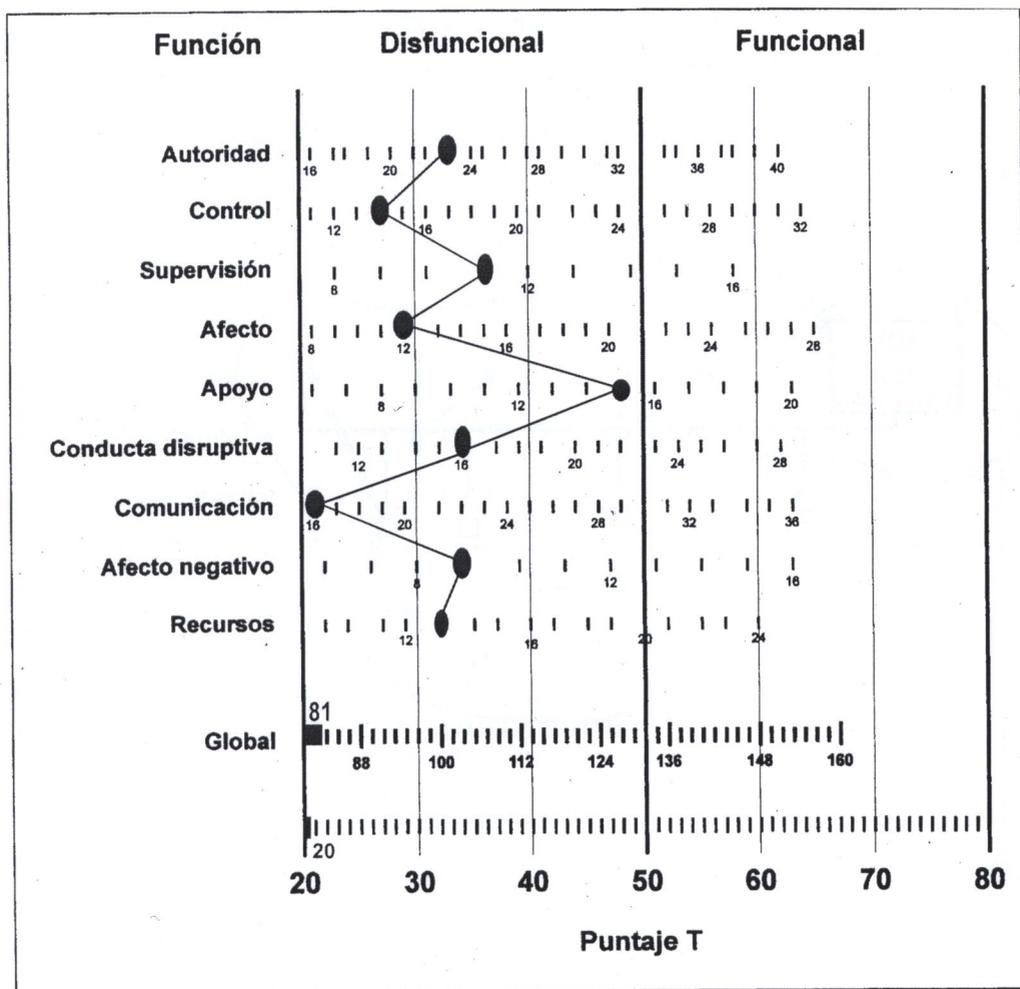
Etapa de ciclo vital: Declinación. Desprendimiento.

Nivel socioeconómico: Bajo

Núm. de miembros: 6 / Adultos 4 / Adolescentes 1 / niños 1

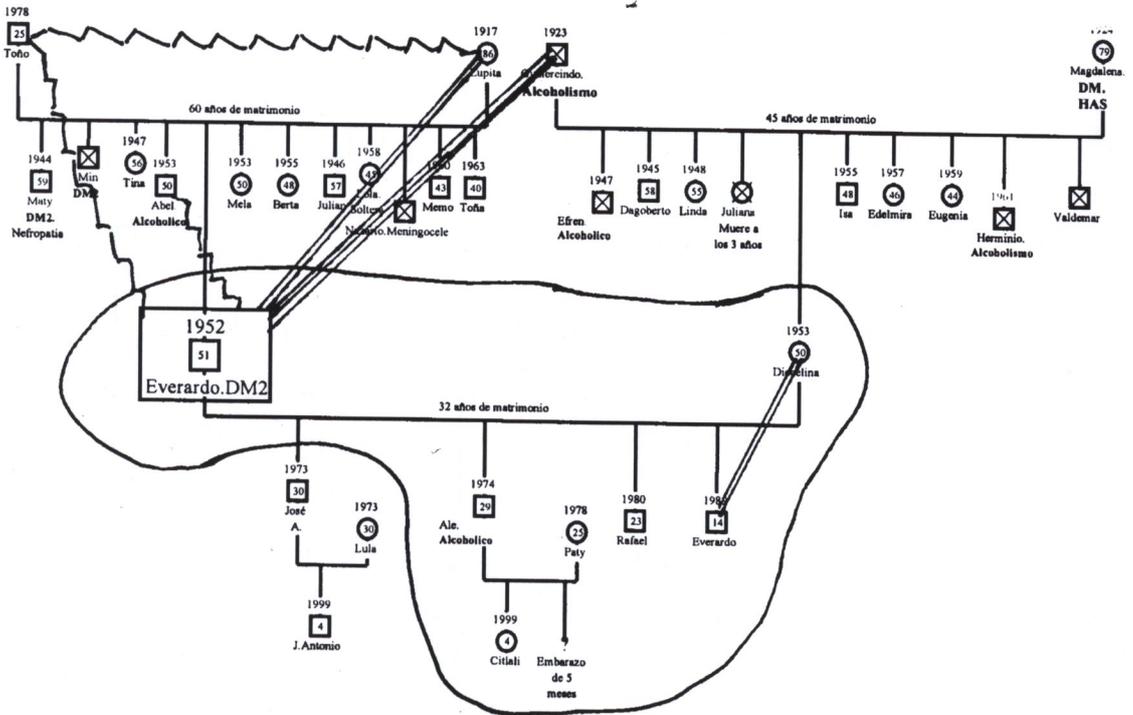
Tipo de familia: Primaria nuclear.

Paciente identificado: Ruíz Rodríguez, Everardo.



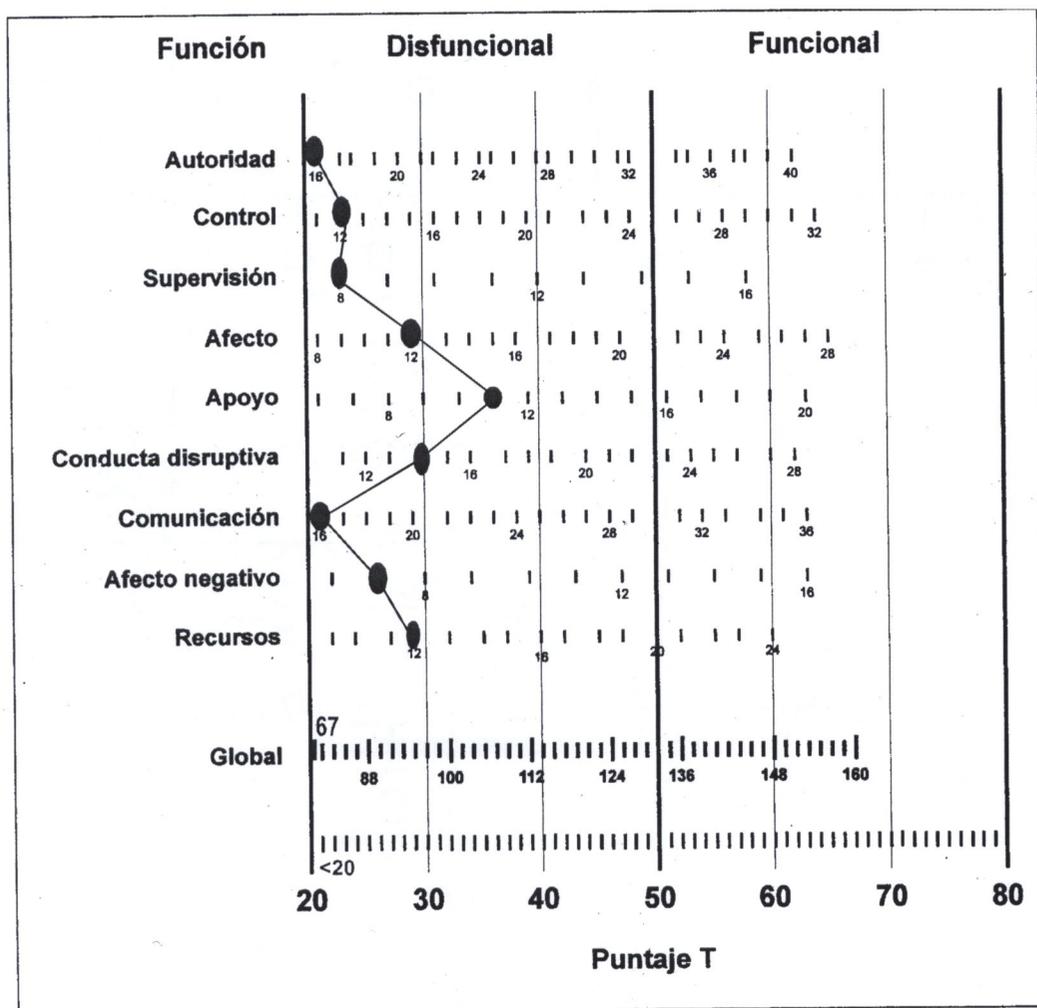
FAMILIOGRAMA No. 2
Familia Ruiz Medina

Paciente Identificado: Don Everardo. Operador de Maquinaria pesada. (Rol Parental, refiere una infancia muy difícil, educación muy rígida, siempre pensó que no era hijo de su padre, con recuerdos dolorosos de su niñez en relación al maltrato del padre "sin afecto". Recuerda que en una ocasión su padre lo "crucificó" por espacio de 10 días por no haber recibido a tiempo los bueyes en la parcela.



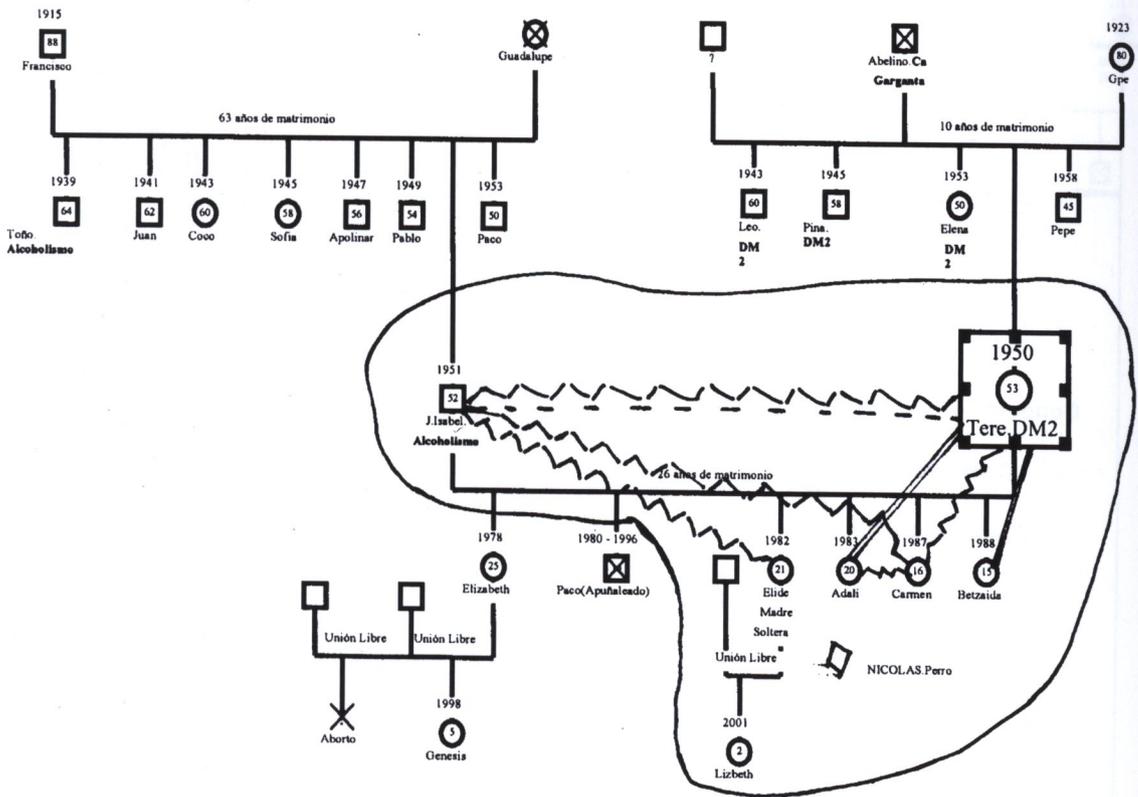
PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR No. 3

Familia: Solórzano Moreno
 Fecha de aplicación: 17 de Noviembre 2002
 Tiempo de formada: 26 años
 Etapa de ciclo vital: Desarrollo. Hijos jóvenes-adultos.
 Nivel socioeconómico: Bajo
 Núm. de miembros: 8 / Adultos 3 / Adolescentes 4 / niños 1
 Tipo de familia: Primaria nuclear.
 Paciente identificado: Moreno Blancas, Teresa.



FAMILIOGRAMA No. 3
Familia Solórzano Moreno

Paciente Identificado: Doña Teresa. Empleada Doméstica. Antecedente de alcoholismo y tabaquismo crónico de su hermano mayor y de su esposo, quien además la golpea, actualmente su 5ª hija, Carmen con problema de ingesta de alcohol a pesar de tener 16 años. Tere recuerda que su padre murió cuando ella tenía 4 años. A ésta entrevista acudió también "Nicolás" quien es un perrito callejero que cuando sale toda la familia invariablemente también los acompaña.



PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR No. 4

Familia: Ramírez Facio

Fecha de aplicación: 08 Octubre 2002

Tiempo de formada: 35 años

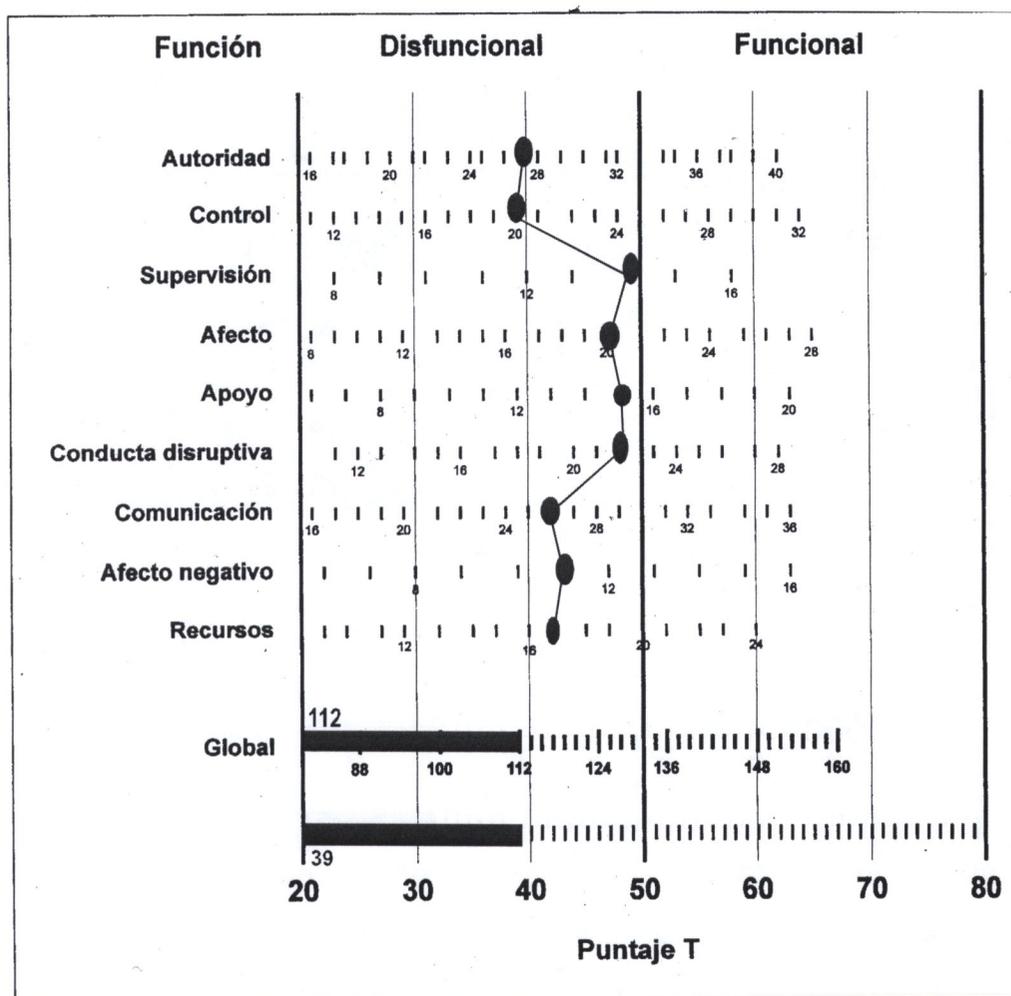
Etapas de ciclo vital: Declinación. Desprendimiento.

Nivel socioeconómico: Medio-Bajo

Núm. de miembros : 4 / Adultos 2 / Adolescentes 2 / niños 0

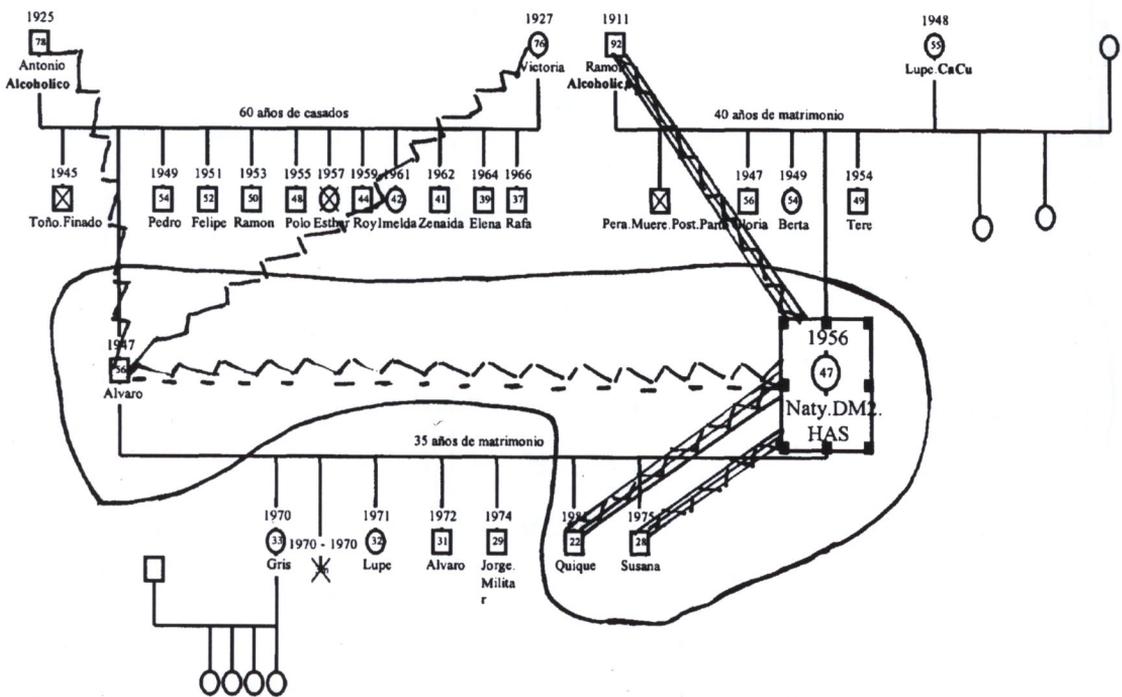
Tipo de familia: Primaria nuclear.

Paciente identificado: Facio Vieyra, Natividad.



FAMILIOGRAMA No. 4
Familia Ramírez Facio

Paciente Identificado: Doña Natividad. Dedicada al hogar, tiene tratamiento múltiple, prácticamente ya no hay un medicamento más que ofrecerle para su control, ha bajado de peso hasta 12 kilogramos a base dieta y ejercicio y sin embargo persiste el descontrol de su Diabetes; Recuerda con tristeza de su niñez el alcoholismo de su padre, y actualmente refiere tener problemas con su esposo quien cursa con disfunción eréctil.



PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR No. 5

Familia: Sandoval Toledo

Fecha de aplicación: 28 Octubre 2002

Tiempo de formada: 18 años.

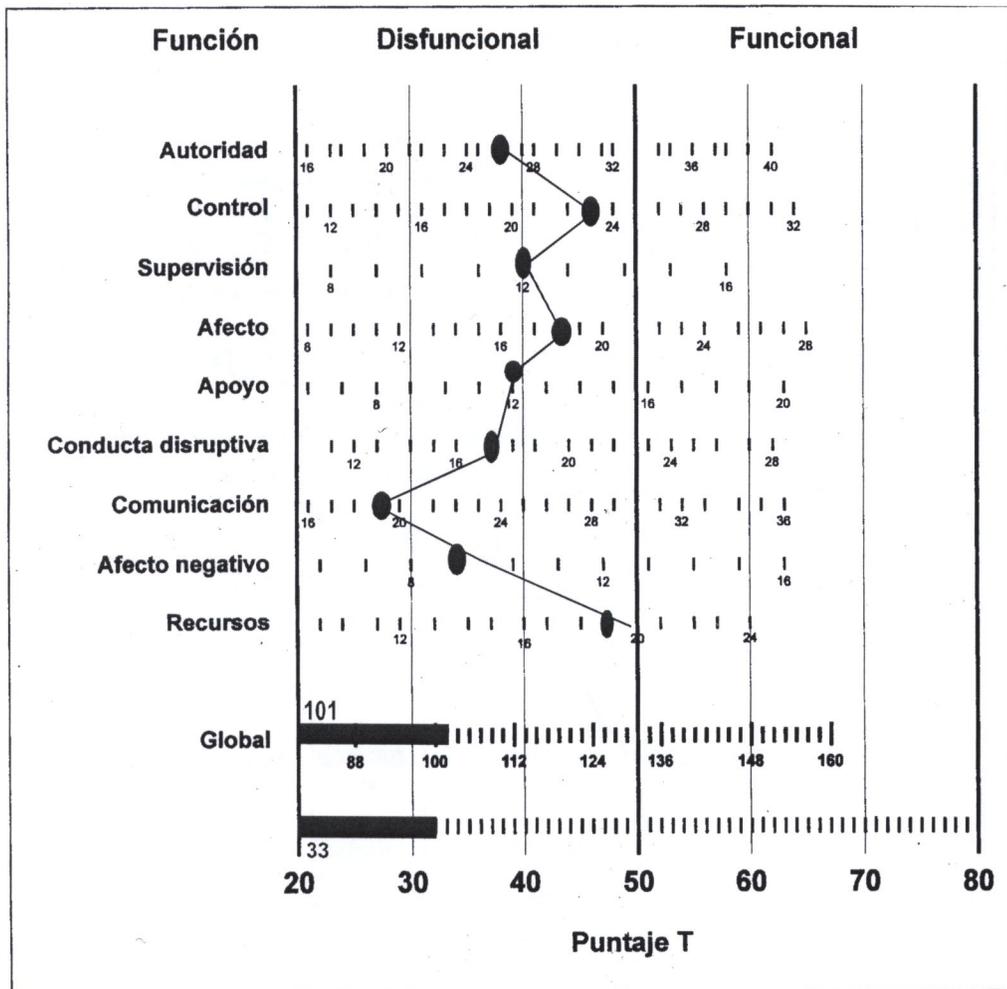
Etapa de ciclo vital: Desarrollo. Adolescencia de los hijos.

Nivel socioeconómico: Bajo

Núm. de miembros : 6 / Adultos 2 / Adolescentes 3 / niños 1

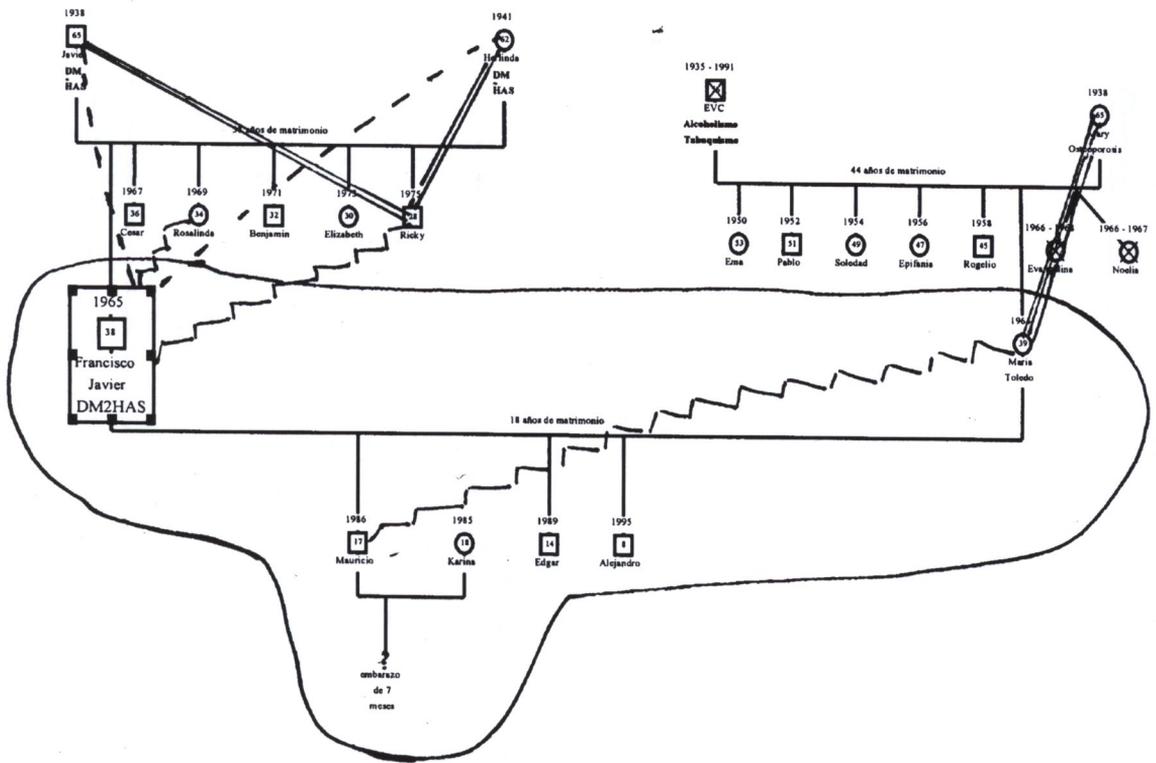
Tipo de familia: Primaria nuclear.

Paciente identificado: Sandoval Zúñiga, Francisco.



FAMILIOGRAMA No. 5
Familia Sandoval Toledo

Paciente Identificado: Don Francisco. Es Operador de Autobuses, refiere "orgullosamente" que sus padres tienen DM2 e HAS como él, y que su relación con ellos es más bien distante. Recuerda su niñez como "normal", aunque le hubiera gustado haber recibido más muestras de cariño de sus padres.



PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR No. 6

Familia: Reyes Ayala

Fecha de aplicación: 13 de Noviembre 2002

Tiempo de formada; 32 años

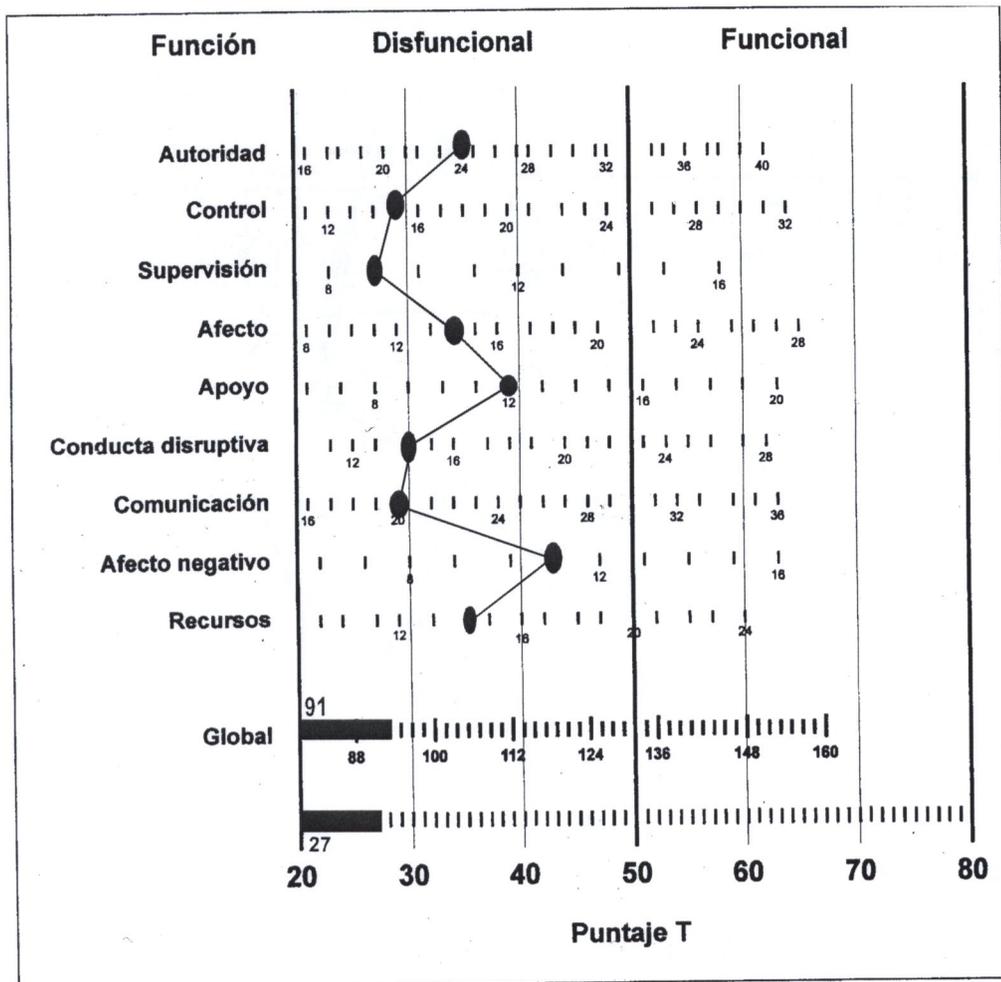
Etapa de ciclo vital: Declinación. Desprendimiento.

Nivel socioeconómico: Alto

Núm. de miembros: 5 / Adultos 5 / Adolescentes 0 / niños 0

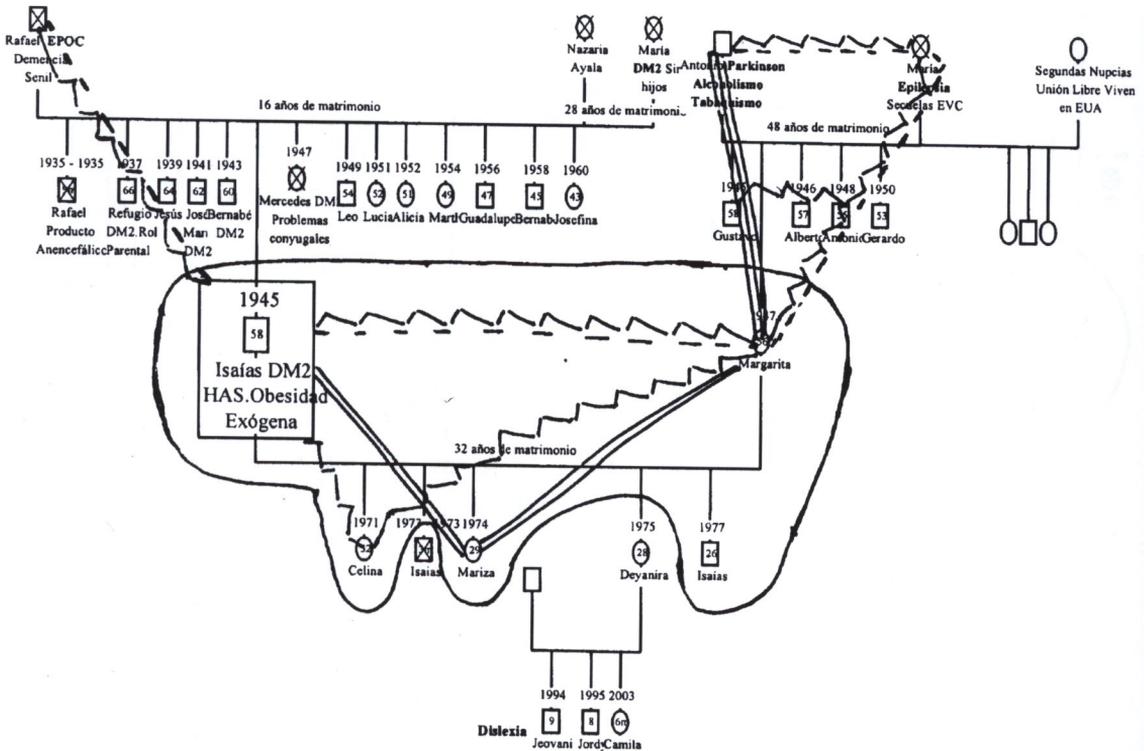
Tipo de familia: Primaria nuclear.

Paciente identificado: Reyes Muñiz, Isaías.



FAMILIOGRAMA No. 6 Familia Reyes Ayala

Paciente Identificado: Don Isafas. Comerciante. Comenta no conoció a su madre, murió al nacer él ("muerte de cuna"), a los 11 años abandona el hogar paterno por maltrato del padre y madrastra, vivió 18 meses en la calle, y curiosamente al reiniciar la relación con su padre quien actualmente cursa con demencia senil, se da cuenta que padece DM2. Entre otras cosas de su vida enfatiza le es muy difícil relacionarse con la demás personas.



PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR NO. 7

Familia: Ramírez Santacruz

Fecha de aplicación: 12 de Noviembre 2002

Tiempo de formada: 7 años

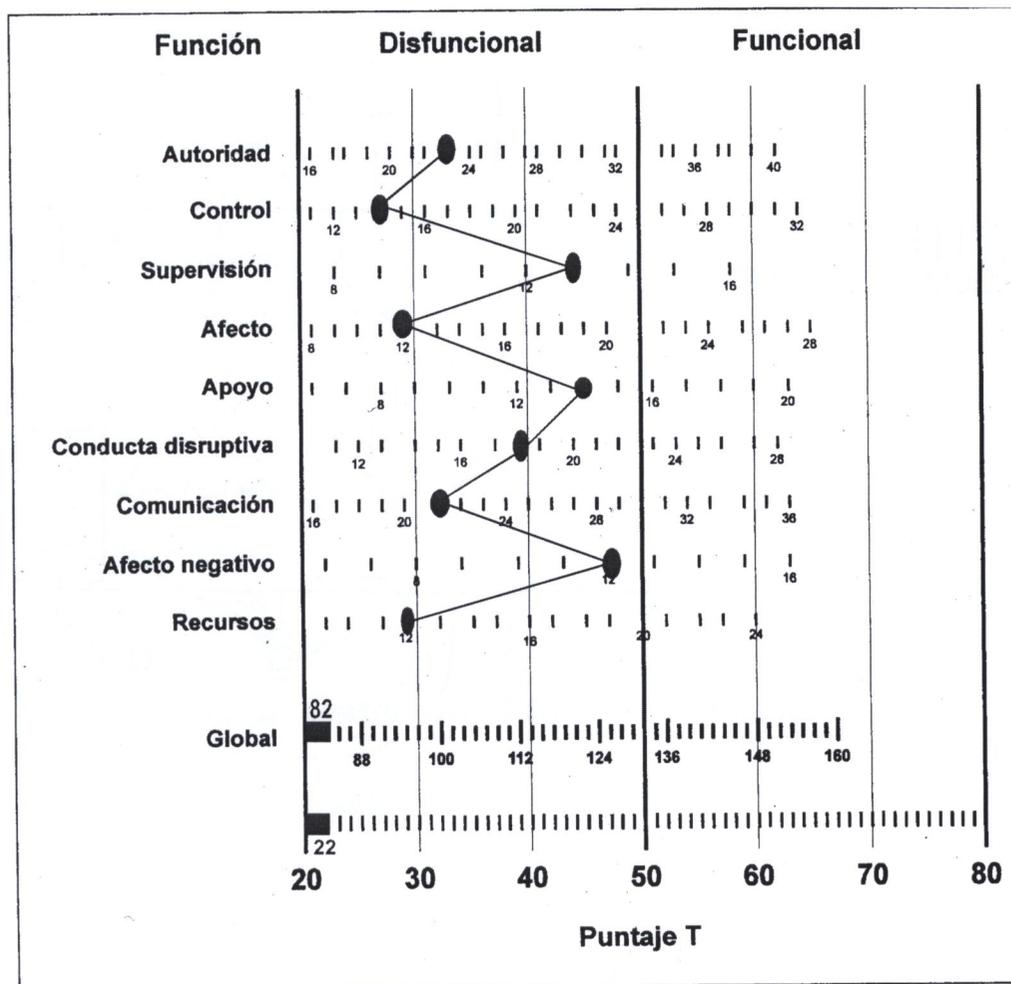
Etapas de ciclo vital: Desarrollo. Los hijos y la escuela.

Nivel socioeconómico: Bajo

Núm. de miembros: 4 / Adultos 1 / Adolescentes 0 / niños 3

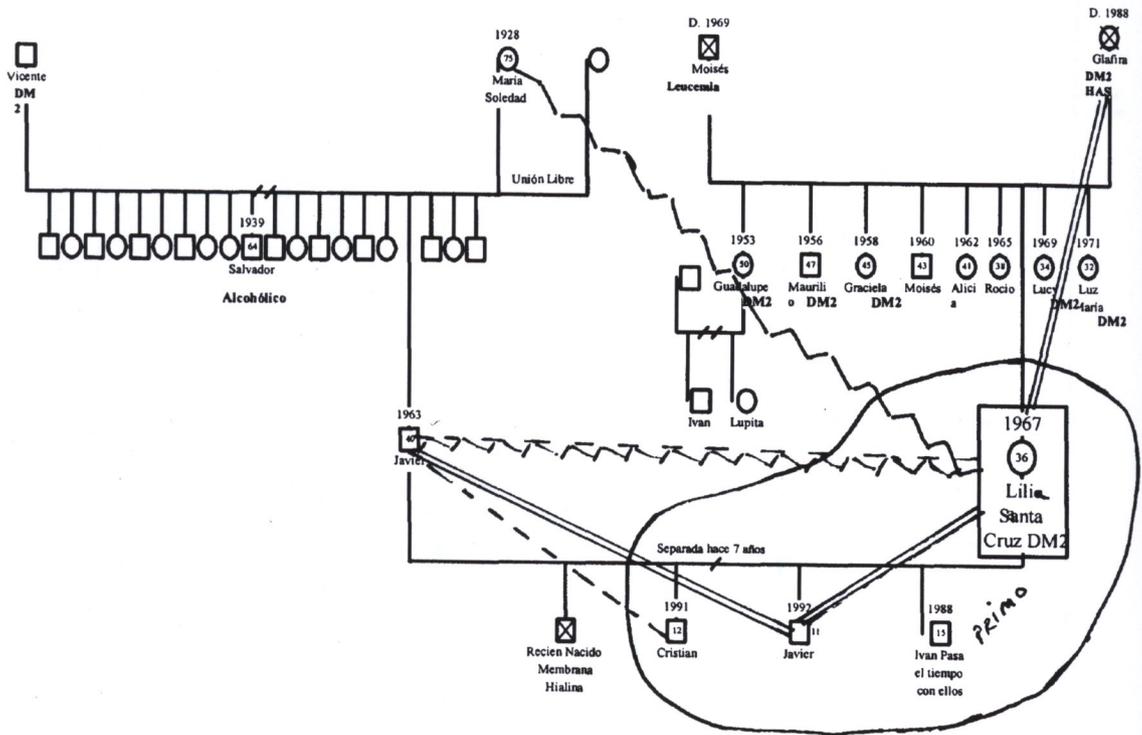
Tipo de familia: Uniparental nuclear.

Paciente identificado: Ramírez Téllez, Lilia.



FAMILIOGRAMA No. 7
Familia Ramírez Santa Cruz

Paciente Identificado: Doña Lilia. Empleada de Mostrador. Nos comenta su Madre quien también es Diabética, enviudó a los 36 años, cuando ella tenía 18 meses de edad. Actualmente Lilia tiene 7 años de divorcio por infidelidad de su esposo de quien además refiere es alcohólico. Vive con sus dos hijos y su único deseo es salir adelante juntos. De su niñez no recuerda "nada especial", aunque le hubiera gustado que su padre viviera.



PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR NO. 8

Familia: Salgado Zirate

Fecha de aplicación: 16 de Noviembre 2002

Tiempo de formada: 20 años

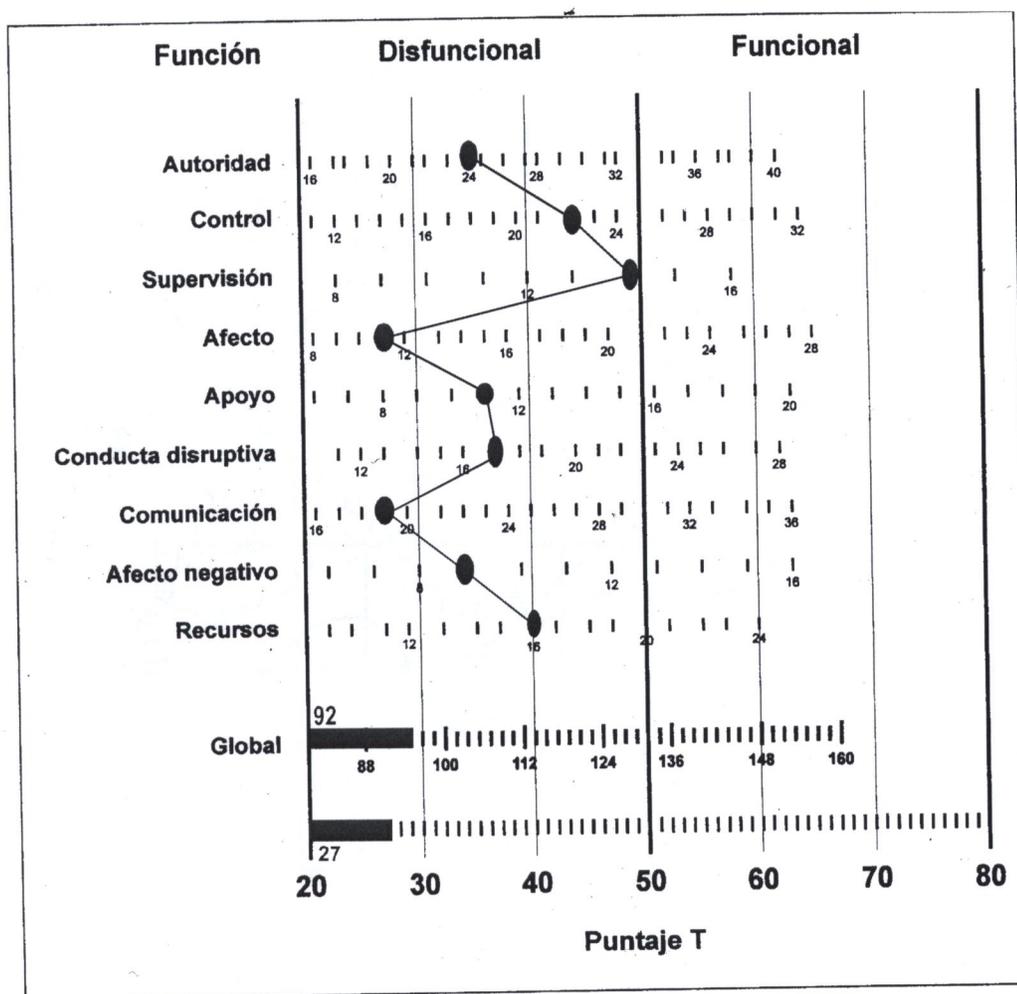
Etapa de ciclo vital: Desarrollo. Hijos jóvenes-adultos.

Nivel socioeconómico: Bajo

Núm. de miembros: 6 / Adultos 5 / Adolescentes 1 / niños 0

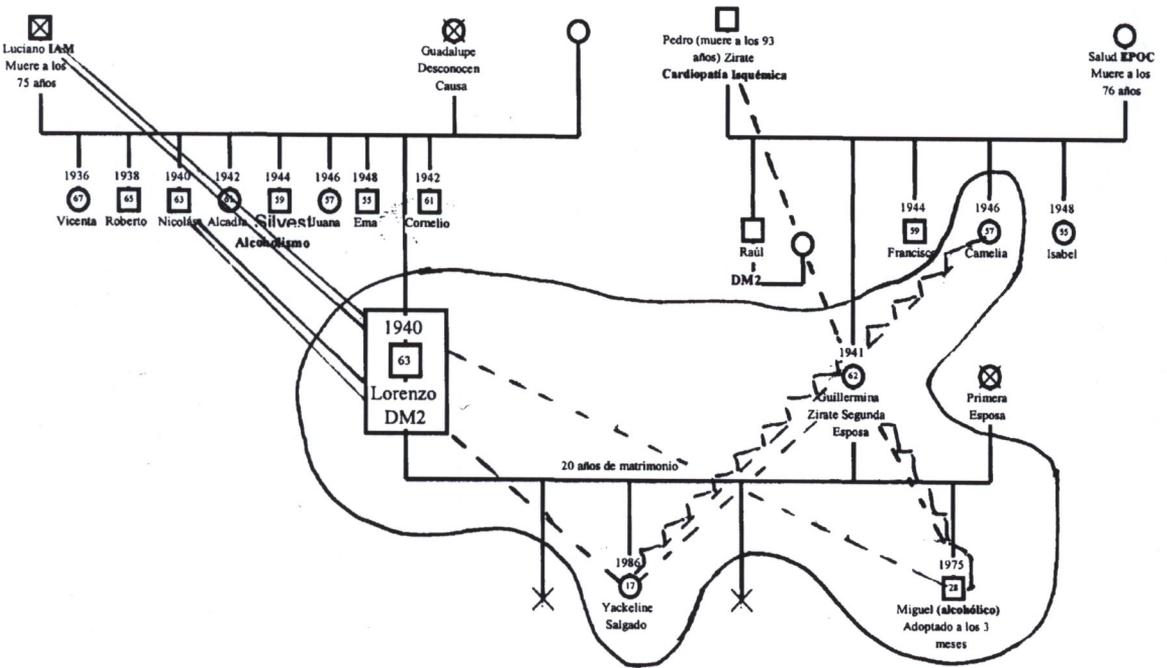
Tipo de familia: Reestructurada semiextensa.

Paciente identificado: Salgado Mota, Lorenzo.



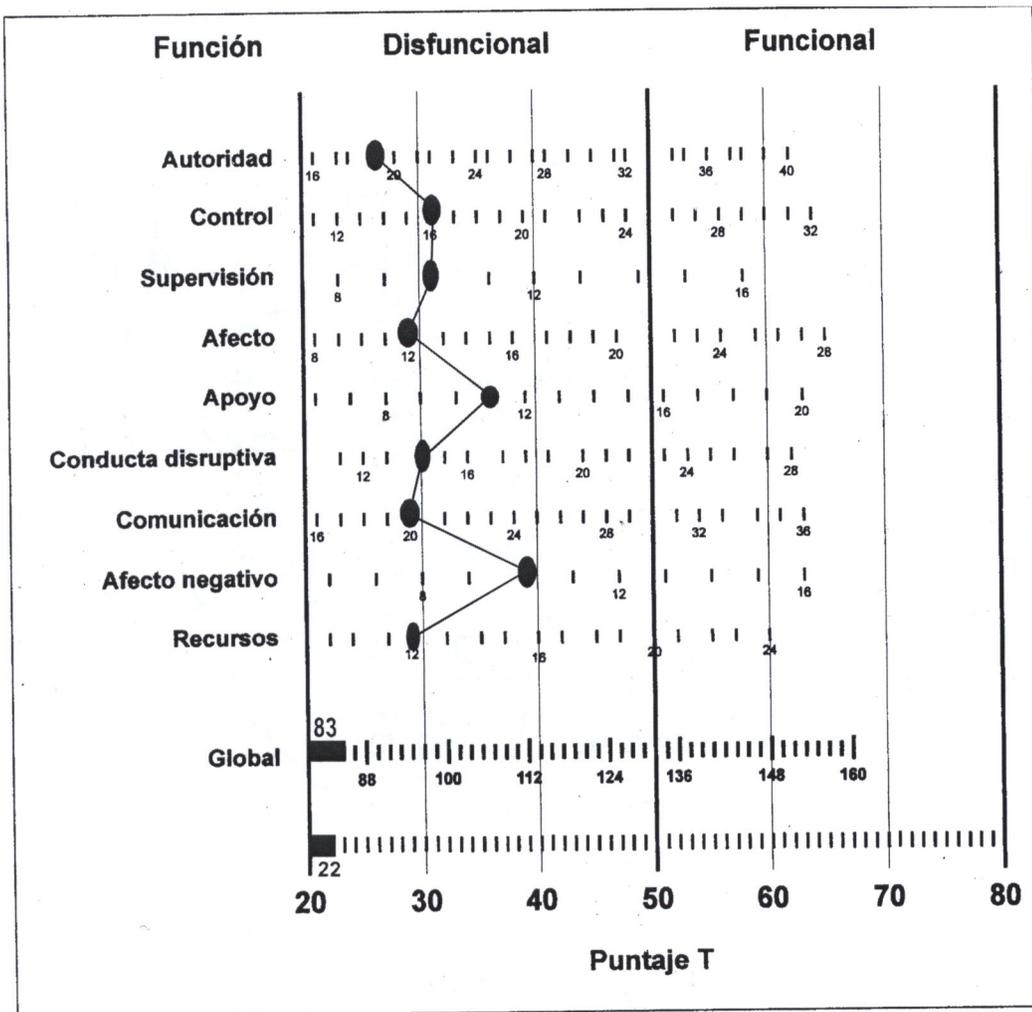
FAMILIOGRAMA No. 8
Familia Salgado Zirate

Paciente Identificado: Don Lorenzo. Técnico Electricista. De carácter introvertido. Nos comenta tenía 3 años cuando quedó huérfano de padre, con muchos problemas posteriores con la familia por la herencia paterna, Su 1ª esposa murió por Ca Cu. Adopta a un hijo de 3 meses de edad producto de relación fortuita de una niña de 12 años de edad. A la fecha no está convencido de su enfermedad, nos refiere relación distante con su esposa por celos.



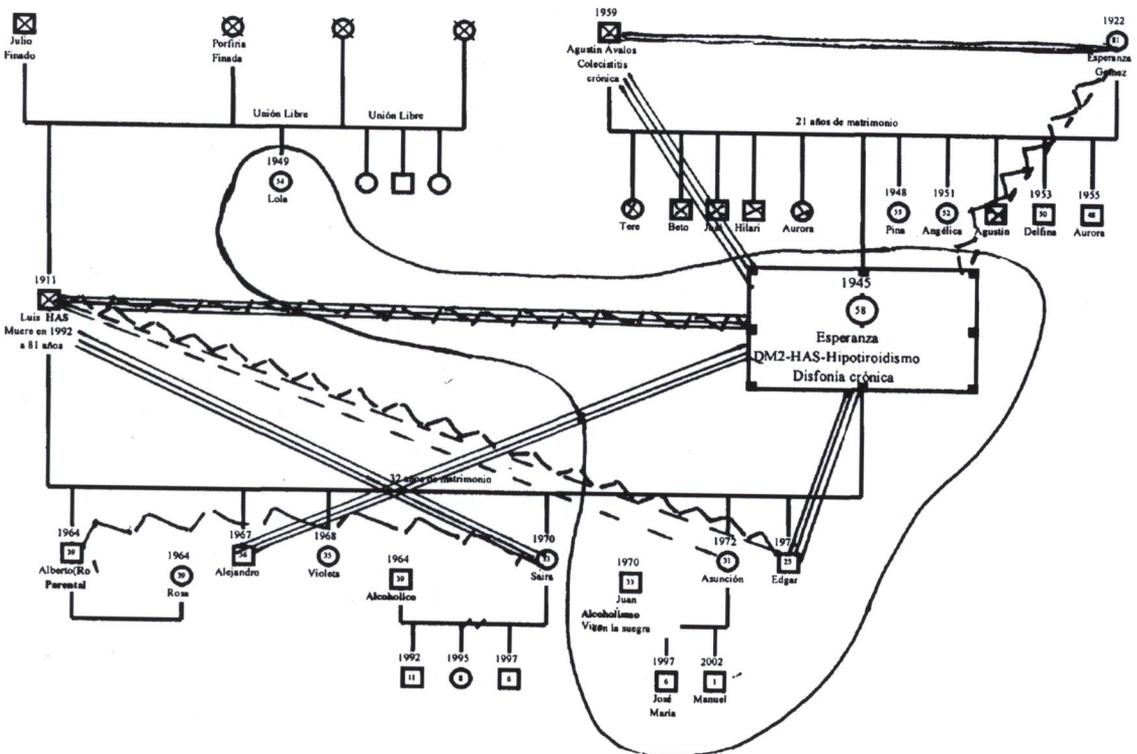
PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR No. 9

Familia: Ávalos Gómez Fecha
 De aplicación: 16 de Noviembre 2002
 Tiempo de formada: 32 años
 Etapa de ciclo vital: Declinación. Desprendimiento.
 Nivel socioeconómico: Bajo
 Núm. de miembros: 7 / Adultos 5 / Adolescentes 0 / niños 2
 Tipo de familia: Uniparental semiextensa.
 Paciente identificado: Gomez Frausto, Esperanza.



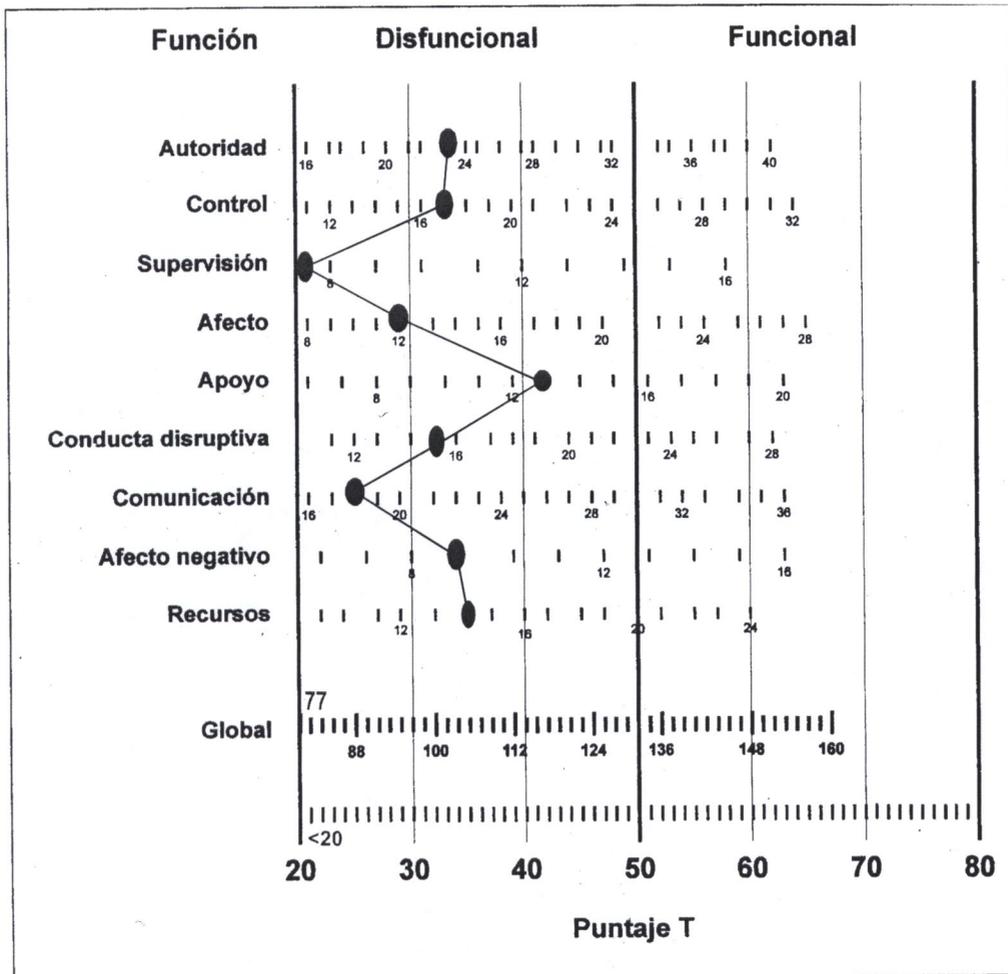
FAMILIOGRAMA No. 9
Familia Avalos Gómez

Paciente Identificado: Doña Esperanza. Empleada. Refiere el día de su cumpleaños No 13 falleció su padre; de su vida nos comenta "un infierno" su esposo típico macho mexicano, fallecido hace 12 años, tuvo otras parejas, lo que hizo de su vida conyugal puros problemas. Conviven conflictivamente a la fecha con su cuñada Dolores a quien por lástima acogen en el hogar. De su niñez refiere una relación conflictiva y distante con su madre, y recuerda también con tristeza que 7 de sus 10 hermanos ya murieron.



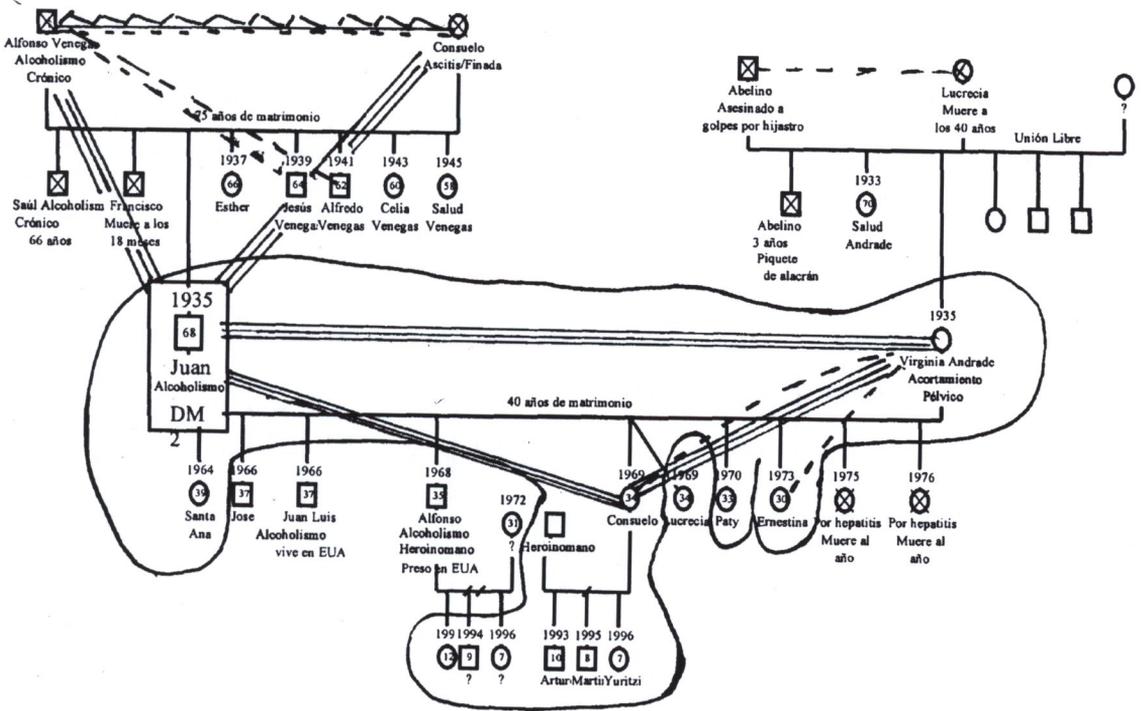
PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR No. 10

Familia: Venegas Andrade
 Fecha de aplicación: 15 de Noviembre 2002
 Tiempo de formada: 40 años
 Etapa de ciclo vital: Declinación. Desprendimiento.
 Nivel socioeconómico: Bajo
 Núm. de miembros: 12 / Adultos 6 / Adolescentes 1/ niños 5
 Tipo de familia: Primaria nuclear.
 Paciente identificado: Venegas Guerrero, Juan.



FAMILIOGRANA No. 10
 Familia Venegas Andrade

Paciente Identificado: Don Juan. Campesino. Sus padres ya murieron, Recuerda de su padre y hermano mayor su Alcoholismo. Y le preocupa que actualmente su 3er hijo Juan también toma alcohol. Vive en franca pobreza pero satisfecho de su papel en la vida, nos dice que en cada cosecha aporta a la casa aproximadamente 30 toneladas de maíz y con ello " nada puede faltar ", yo cumplo con ello pues es todo lo que les puedo dar.



PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR NO. 11

Familia: Alba Gil

Fecha de aplicación: 21 de Noviembre 2002

Tiempo de formada: 32 años

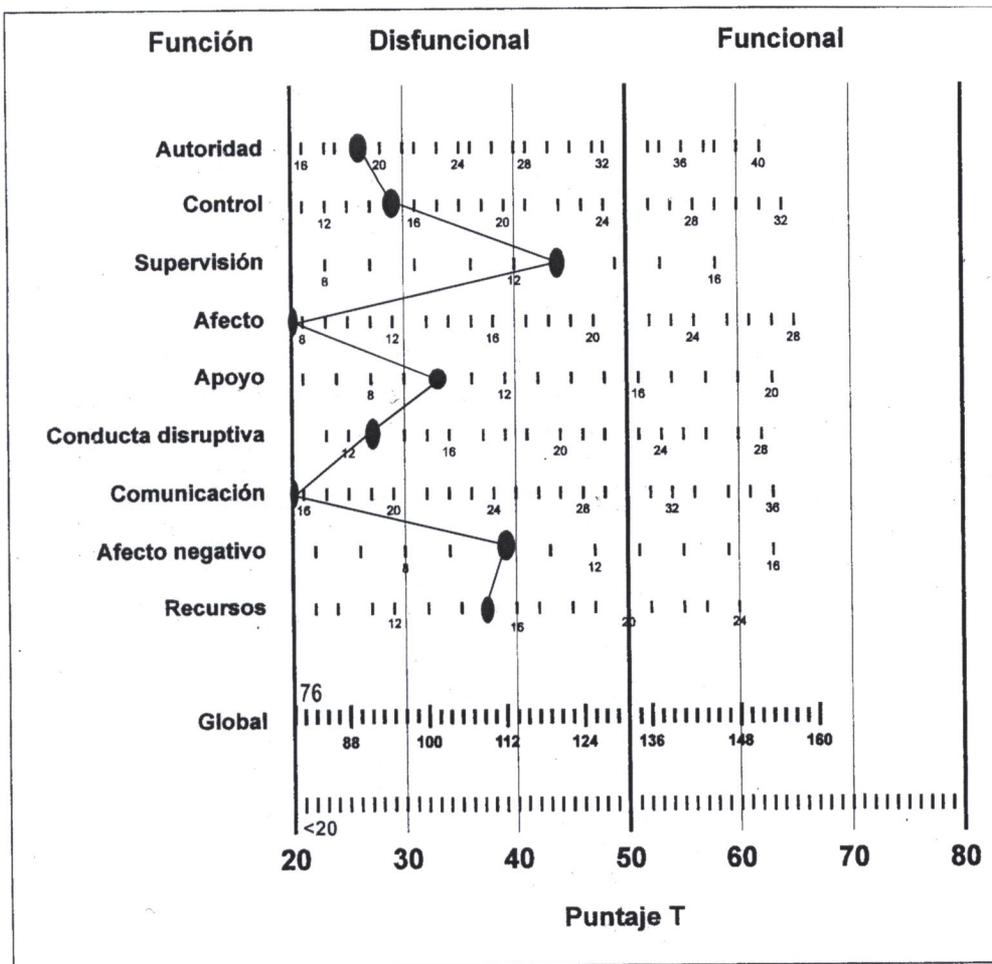
Etaapa de ciclo vital: Declinación. Desprendimiento.

Nivel socioeconómico: Bajo

Núm. de miembros: 13 / Adultos 4 / Adolescentes 4 / niños 5

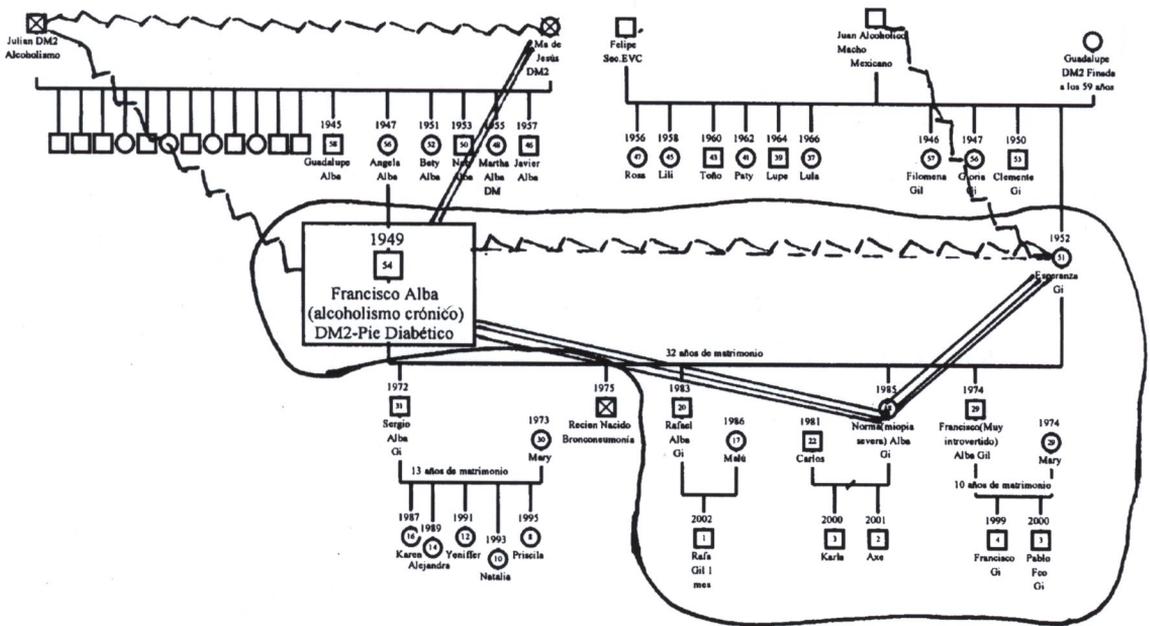
Tipo de familia: Primaria nuclear.

Paciente identificado: Alba Vázquez, Francisco.



FAMILIOGRAMAS No. 11
Familia Alba Gil

Paciente Identificado: Don Francisco. Mesero. Existe en el desinterés total por su enfermedad, actualmente cursa con Pie Diabético, que ha ameritado amputación de varios dedos de ambos pies, Cursa con Alcoholismo Crónico vigente. Para referirse a su papá con gran resentimiento lo nombra como "El Señor", quien también fue alcohólico, tuvo 18 hermanos, de quienes le resulta a veces difícil recordar sus nombres. Recuerda de su infancia que fue con "todas" las carencias del mundo. Tiene 32 años de casado con una relación muy conflictiva y dependiente, sabe que los necesita.



PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR NO. 12

Familia: Arévalo Olvera

Fecha de aplicación: 30 de Octubre 2002

Tiempo de formada: 18 años

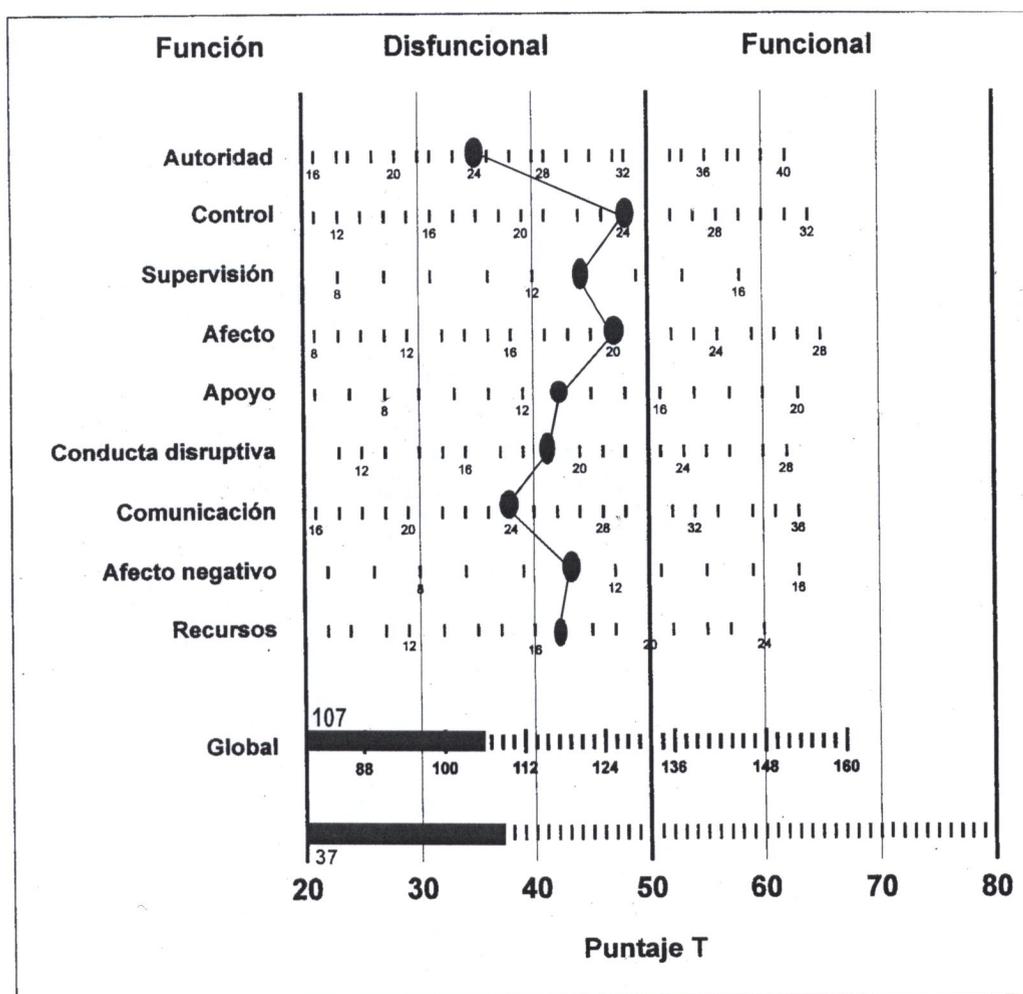
Etapas de ciclo vital: Desarrollo. Adolescencia de los hijos.

Nivel socioeconómico: Bajo

Núm. de miembros: 3 / Adultos 2 / Adolescentes 1 / niños 0

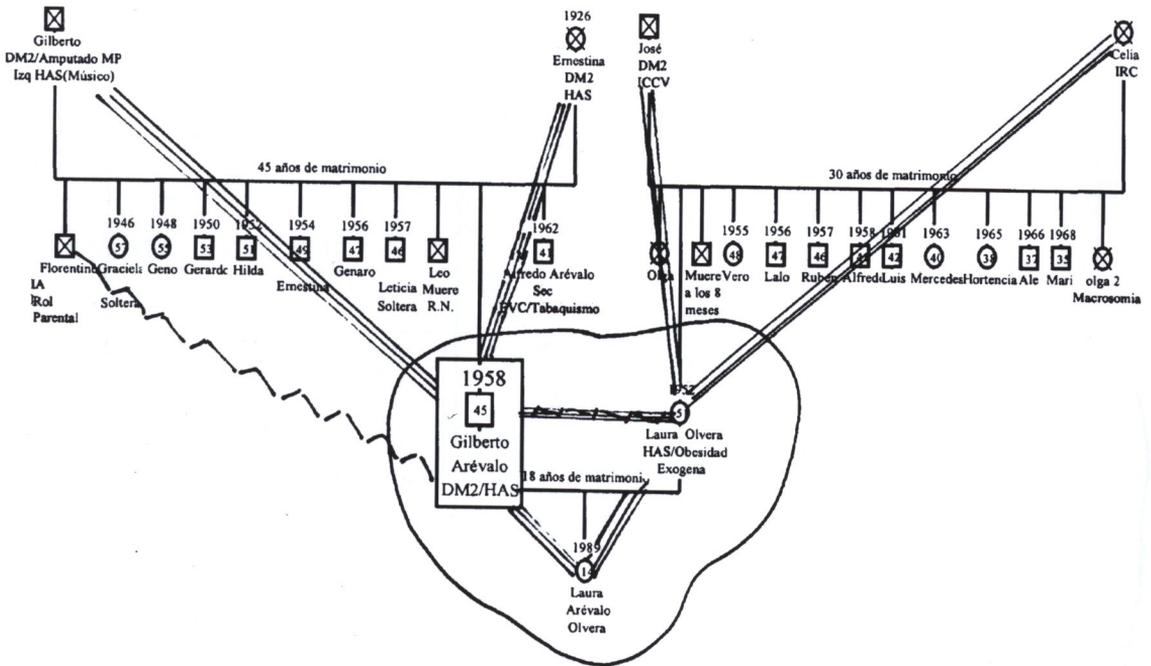
Tipo de familia: Primaria nuclear.

Paciente identificado: Olvera Villagómez, Laura.



FAMILIOGRAMA No. 12
Familia Arévalo Olvera

Paciente Identificado: Don Gilberto. Músico. Nos cuenta es el Décimo de 11 hijos, sus padres tuvieron también DM2 e HAS; "El cáncer para mi familia es como para otros la DM2 e HAS por eso solo tuvimos una hija". Recuerda mucho de su infancia que su padre fue amputado de su pierna Izquierda a consecuencia de la DM2, Y de su hermano mayor quien fue profesor y quien asumió el rol parental, cuando tenían conflicto, "les tiraba de balazos" para que entendieran.



PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR NO. 13

Familia: López Barrera

Fecha de aplicación: 03 de Octubre 2002

Tiempo de formada: 38 años

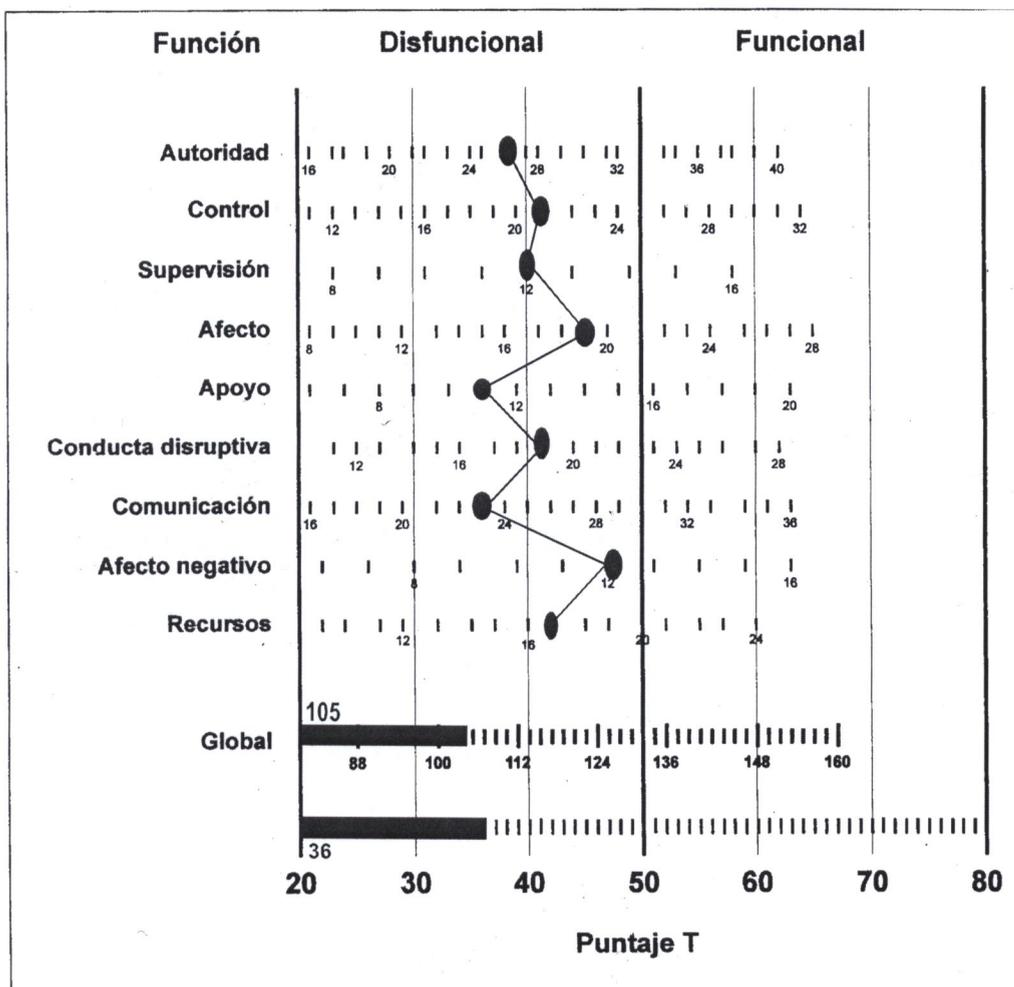
Etapas de ciclo vital: Declinación. Vejez.

Nivel socioeconómico: Bajo

Núm. de miembros: 6 / Adultos 3 / Adolescentes 0 / niños 3

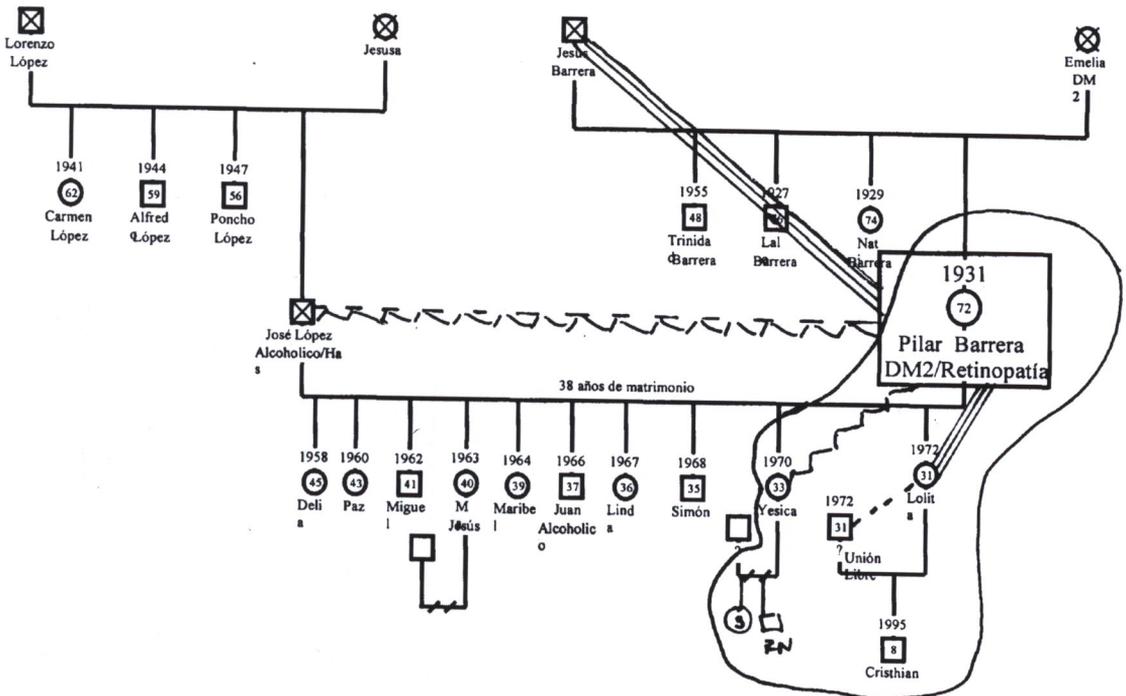
Tipo de familia: Uniparental nuclear.

Paciente identificado: Barrera Juárez, Pilar.



FAMILIOGRAMA No. 13
Familia López Barrera

Paciente Identificado: Doña Pilar: Ama de casa. No conoció a su madre, de quien sabe también padeció DM2, murió al nacer junto con su gemela ("cuata de animales"). Vivió su niñez con su padre a quien admiro y amo mucho. Estuvo casada por 38 años con José quien fue alcohólico, lo recuerda con cariño, pero con resentimiento ya que la golpeaba. Actualmente cursa con retinopatía diabética con pérdida de la visión de manera lenta y progresiva.



PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR No. 14

Familia: Espinoza Medina

Fecha de aplicación: 27 de Agosto 2002

Tiempo de formada: 38 años

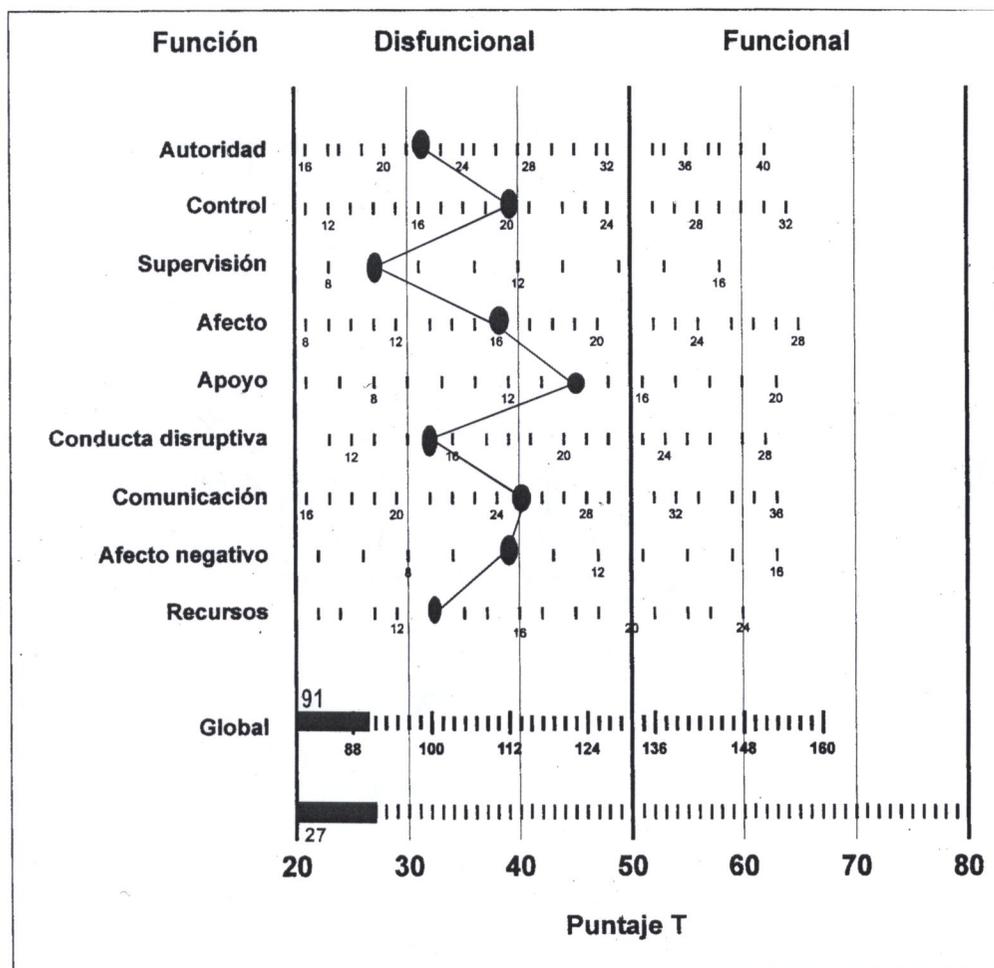
Etapa de ciclo vital: Declinación. Vejez.

Nivel socioeconómico: Medio-Bajo

Núm. de miembros: 4 / Adultos 3 / Adolescentes 1 / niños 0

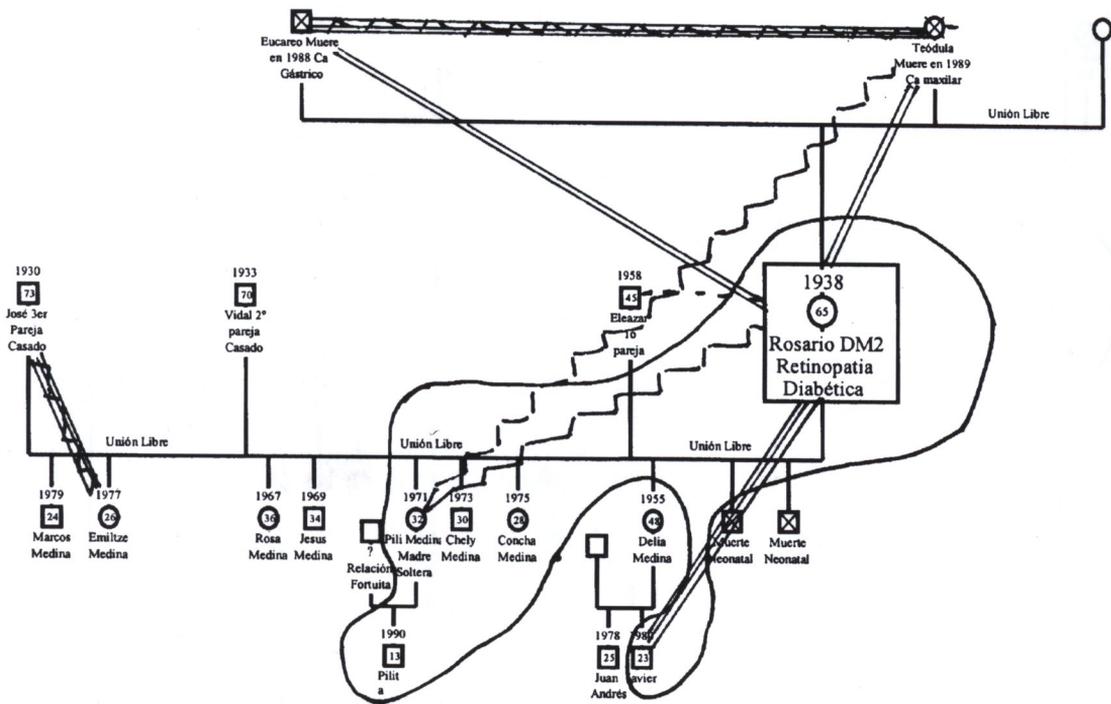
Tipo de familia: Uniparental nuclear.

Paciente identificado: Espinoza Medina, Rosario.



FAMILIOGRAMA No. 14
Familia Espinoza Medina

Paciente Identificado: Doña Rosario. Ama de casa. Fue hija única, quedó huérfana desde muy pequeña, recuerda su infancia muy sola y muy triste. Tiene en su historia 3 matrimonios todos ellos en unión libre, los dos primeros porque sus parejas ya eran casadas con las tres parejas tuvo hijos quienes están registrados como hijos naturales, nos dice que a pesar de haber intentado todo por dejar de fumar, cada vez su tabaquismo aumenta. Tiene retinopatía diabética proliferativa.



PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR No. 15

Familia: Herrera Arroyo

Fecha de aplicación: 30 de Septiembre 2002

Tiempo de formada: 30 años

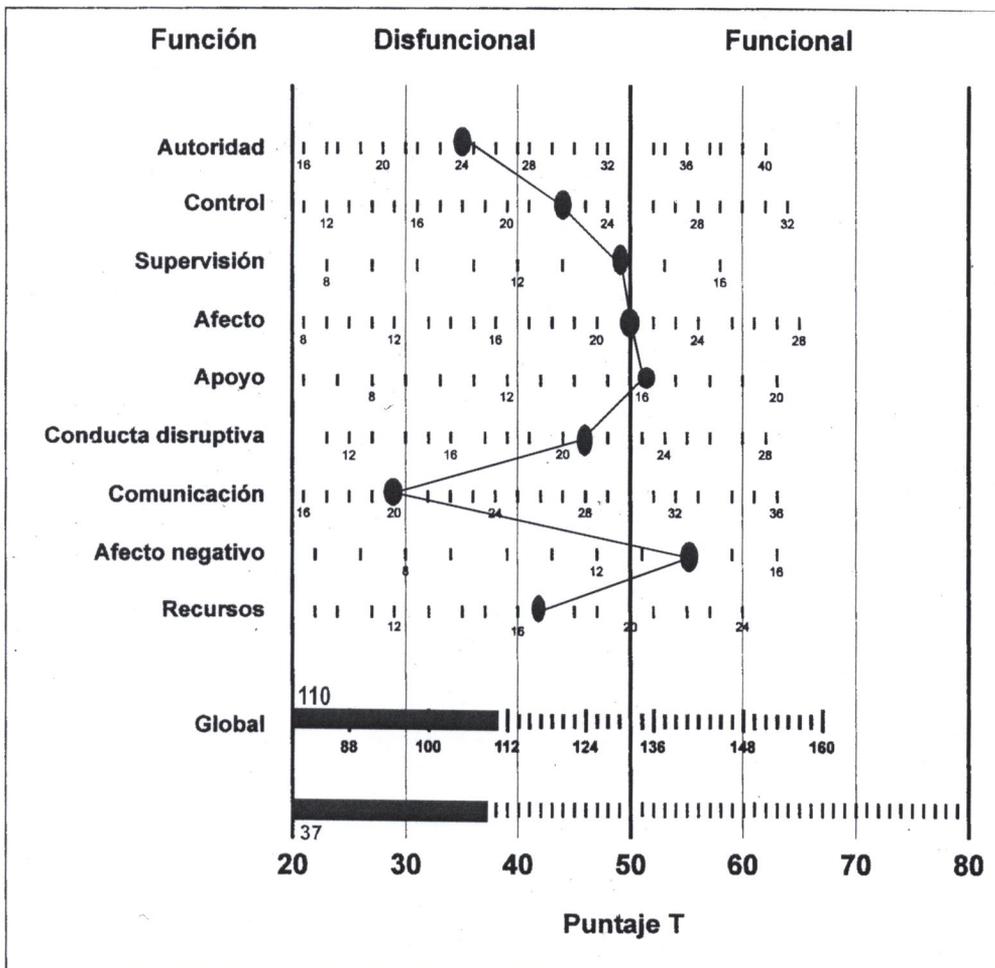
Etaa de ciclo vital: Declinación. Desprendimiento.

Nivel socioeconómico: Bajo

Núm. de miembros: 4 / Adultos 2 / Adolescentes 2 / niños 0

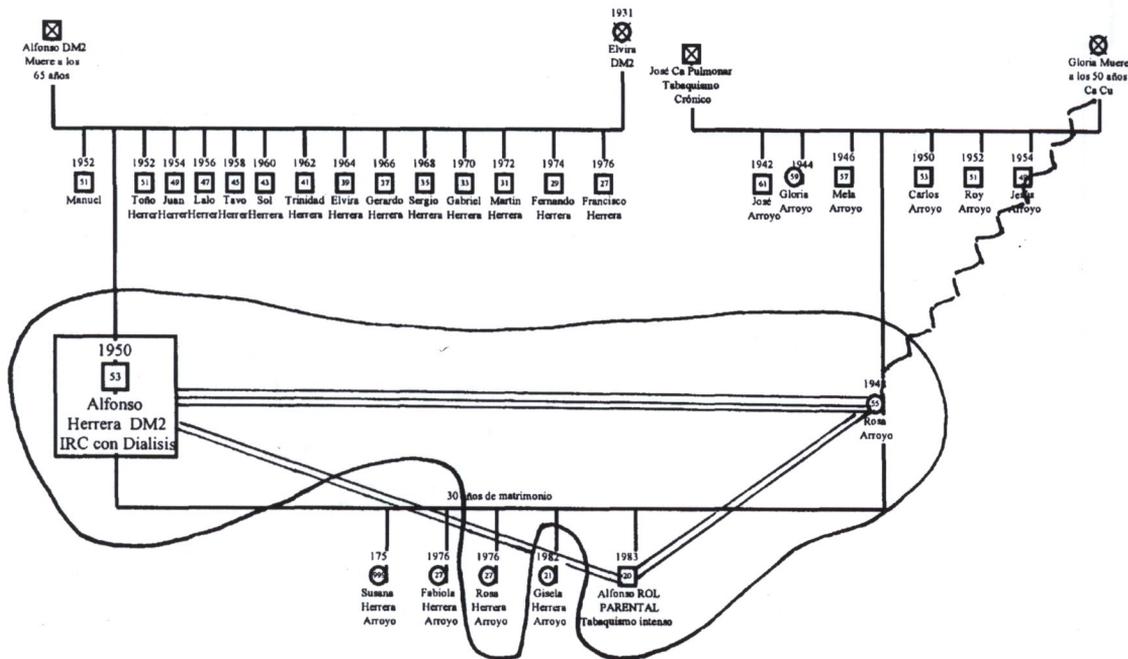
Tipo de familia: Primaria nuclear.

Paciente identificado: Herrera Contreras, Alfonso.



FAMILIOGRAMA No. 15 Familia Herrera Arroyo

Paciente Identificado: Don Alfonso. Herrero. Es quizá el paciente con mayor daño físico del total de la muestra estudiada, tiene como consecuencia de su DM2, Insuficiencia Renal Crónica. Porta Diálisis peritoneal, y ceguera secundaria retinopatía, se muestra en todo momento sereno, confiado en Dios, reconoce se descuidó en su juventud y en consecuencia tiene ahora estos problemas de salud. Agradece a su familia el apoyo brindado en todo momento ya que depende al 100 % de otra persona, para lo cual se turnan entre la esposa y las hijas. Nos cuenta que con frecuencia quisiera retomar el pasado para corregir sus errores, y espera que la ciencia médica le devuelva la salud.



PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR No. 16

Familia: Vázquez Aparicio

Fecha de aplicación: 02 de Octubre 2002

Tiempo de formada: 29 años

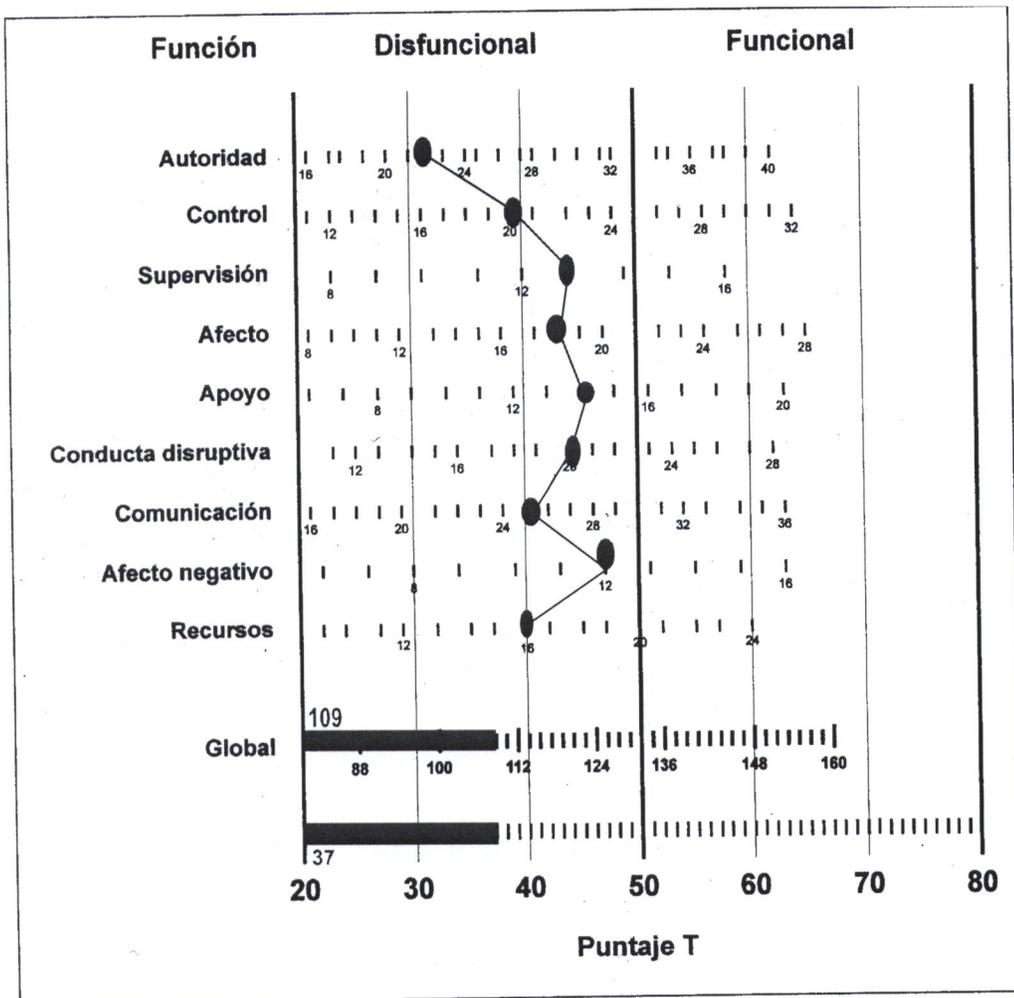
Etapa de ciclo vital: Declinación. Desprendimiento.

Nivel socioeconómico: Medio-Bajo

Núm. de miembros: 7 / Adultos 3 / Adolescentes 3 / niños 1

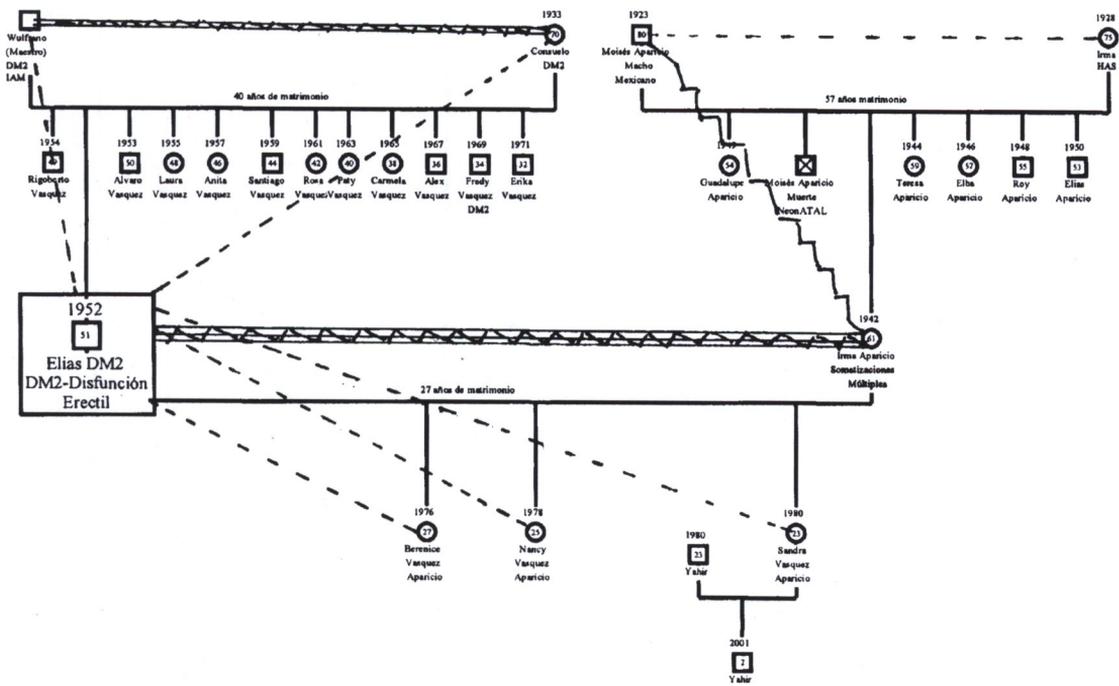
Tipo de familia: Primaria nuclear.

Paciente identificado: Vazquez Huerta, Elías.



FAMILIOGRAMA No. 16
Familia Vázquez Aparicio

Paciente Identificado: Don Elías. Empleado. Sus padres tienen también DM2, Nos refiere una infancia muy difícil, y triste. Además de que su matrimonio no funciona muy bien, tiene problemas de Disfunción eréctil, desde hace 10 años, con una dificultad para expresar sus sentimientos ante su familia, particularmente hacia su esposa, quién al oír el comentario de Don Elías nos dice es irreconciliable su relación conyugal, hay demasiado resentimiento acumulado y gran dificultad para decir lo que piensan. Las dos hijas mayores de éste matrimonio aseguran "nunca" se casaran para no vivir lo mismo que sus padres.



PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR No. 17

Familia: Toledo Alcalá

Fecha de aplicación: 07 de Octubre 2002

Tiempo de formada: 25 años

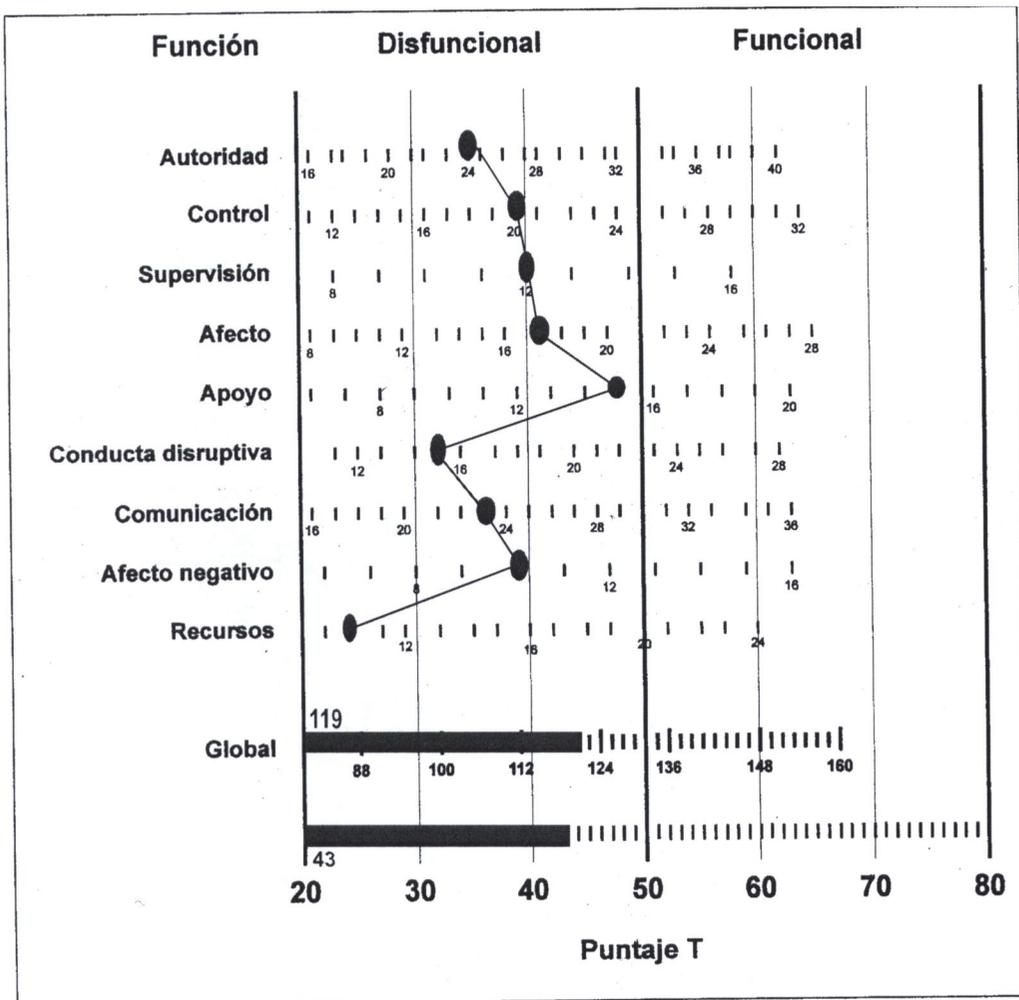
Etapa de ciclo vital: Declinación. Desprendimiento.

Nivel socioeconómico: Bajo

Núm. de miembros: 8 / Adultos 5 / Adolescentes 1/ niños 2

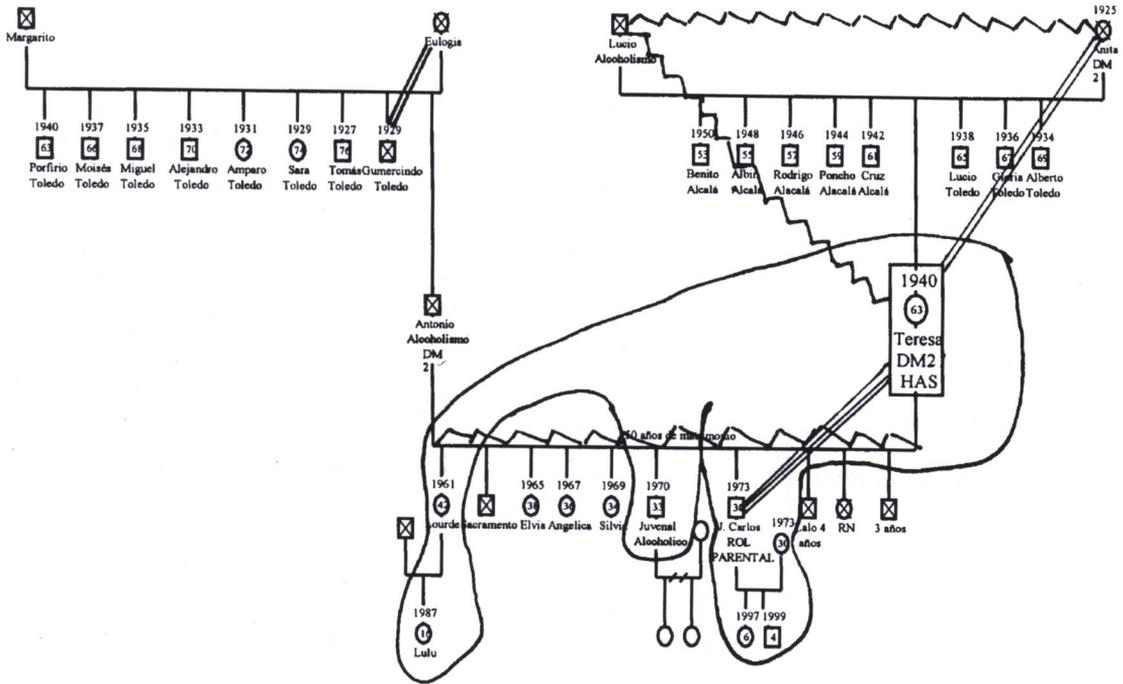
Tipo de familia: Uniparental nuclear.

Paciente identificado: Toledo Alcalá, Teresa.



FAMILIOGRAMA No. 17
 Familia Toledo Alcalá

Paciente identificado: Doña Teresa, dedicada al hogar. Vive en pobreza extrema desde su infancia; recuerda el alcoholismo de su padre, y a su madre quien también fue diabética, frecuentemente su padre golpeaba a su madre, lo que le provocaba mucha rabia y coraje en contra de él. No comprendió porque su madre nunca abandonó a su padre, hasta que ella vivió el alcoholismo de su esposo, y como es analfabeta y no sabe hacer nada, pues... tuvo que aguantarse. Acude religiosamente al IMSS cada mes por su medicina ya que sin ella considera ya se habría muerto.



FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LA DIABETES MELLITUS

PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR No. 18

Familia: Huazano Izquierdo

Fecha de aplicación: 31 de Octubre 2002

Tiempo de formada: 30 años

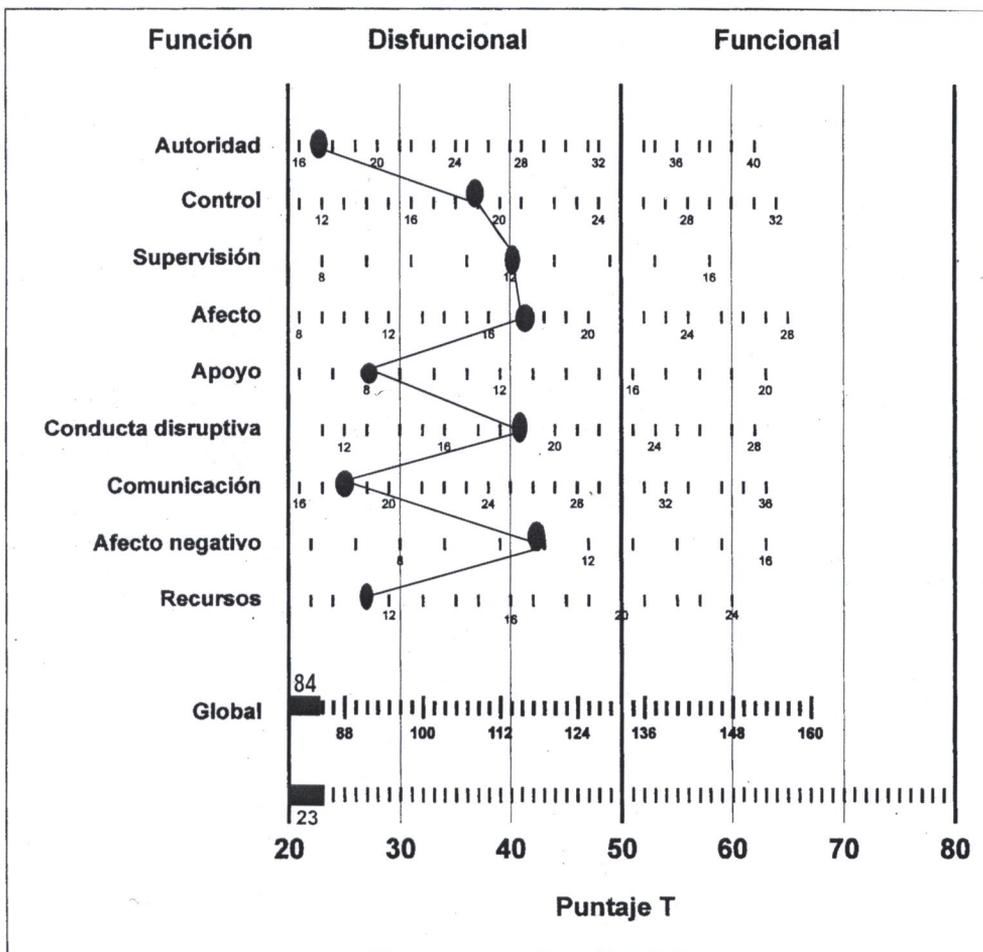
Etapa de ciclo vital: Declinación. Desprendimiento.

Nivel socioeconómico: Bajo

Núm. de miembros: 9 / Adultos 5 / Adolescentes 2 / niños 2

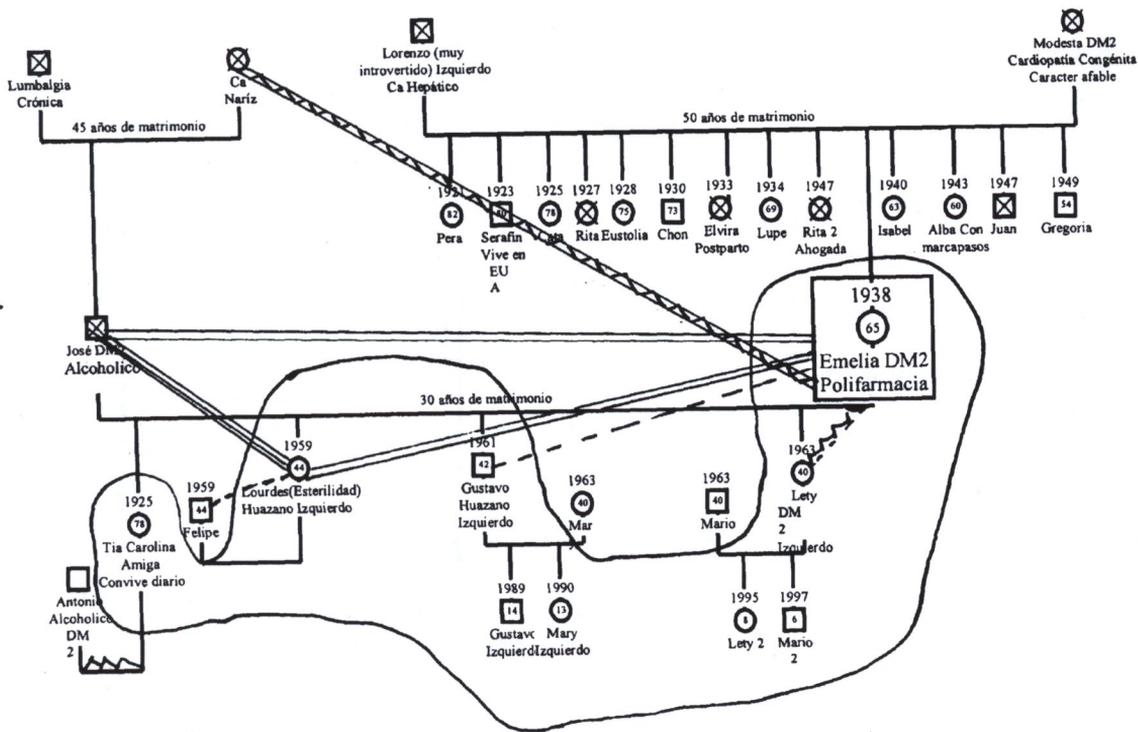
Tipo de familia: Uniparental nuclear.

Paciente identificado: Izquierdo López, Emelia.



FAMILIOGRAMA No. 18 Familia Huazano Izquierdo

Paciente Identificado: Doña Emelia. Ama de casa. Vivió durante los 30 años de su matrimonio en casa de su suegra; Refiere "un hombre achicalado por su mamá nunca se compone". Siempre hubo conflicto con su suegra. De su madre nos dice también fue diabética, la recuerda con cariño. Cursa con depresión crónica, en momentos piensa sería mejor morirse, tiene problemas múltiples con sus hijos, ya que no hacen lo que ella dice. Tiene como tratamiento de su DM2 polifarmacia incluyendo la insulina y sin embargo "no la curan".



PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR No. 19

Familia: Ziranda Romero

Fecha de aplicación: 10 de Octubre 2002

Tiempo de formada: 37 años

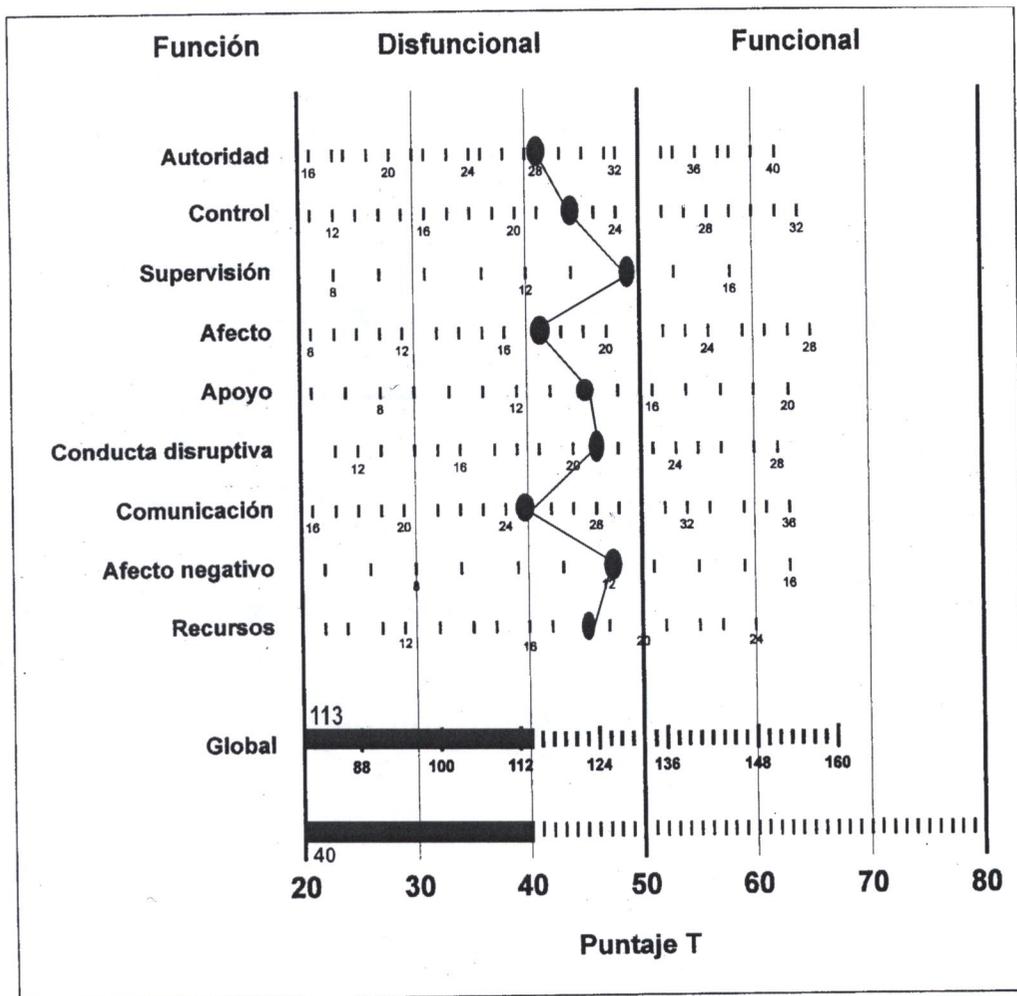
Etapa de ciclo vital: Declinación. Desprendimiento.

Nivel socioeconómico: Bajo

Núm. de miembros: 18 / Adultos 9 / Adolescentes 2 / niños 7

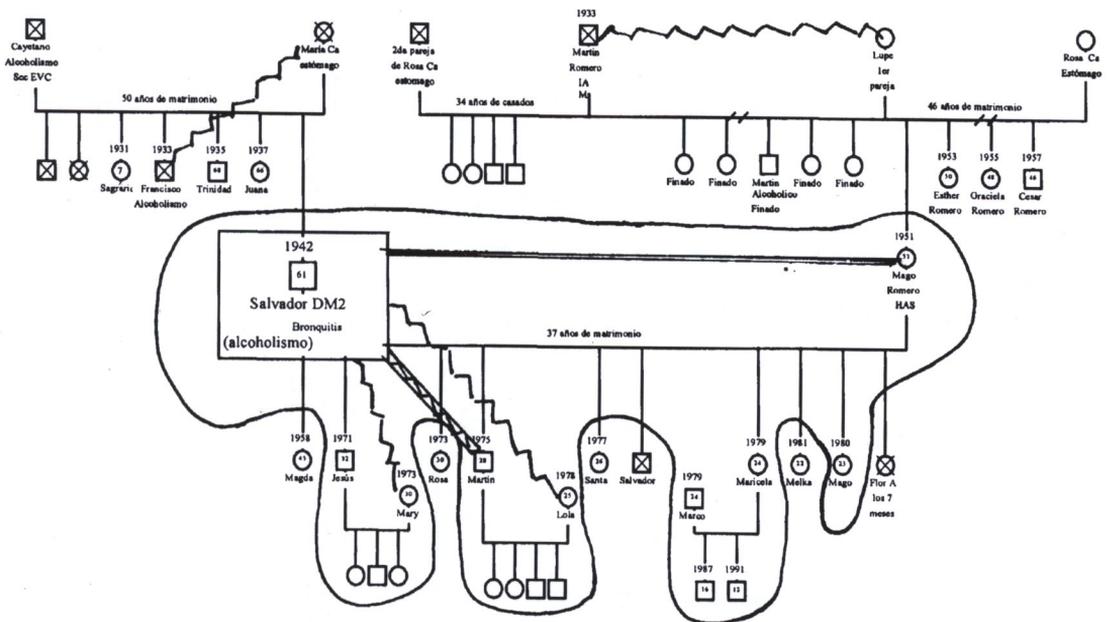
Tipo de familia: Primaria nuclear.

Paciente identificado: Ziranda Rosales, Salvador.



FAMILIOGRAMA No. 19
Familia Ziranda Romero

Paciente Identificado: Don Salvador. Pensionado (EPOC) Es alcohólico crónico; Se muestra orgulloso de que su familia viva toda junta en una comunidad en Sta clara del cobre Mich. A sus respectivas casas las separan un pasillo de 4 ó 5 metros, ubicadas de tal manera que para poder salir a la calle forzosamente todos tienen que pasar por la casa paterna que está "estratégicamente" ubicada primero que las demás. Recuerda de su niñez a su padre alcohólico, y a su madre que muere de cáncer. Refiere de su matrimonio actual no tener ningún problema, su esposa lo entiende y atiende "como debe de ser".



PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR NO. 20

Familia: López Raya

Fecha de aplicación: 02 Noviembre 2002

Tiempo de formada: 44 años

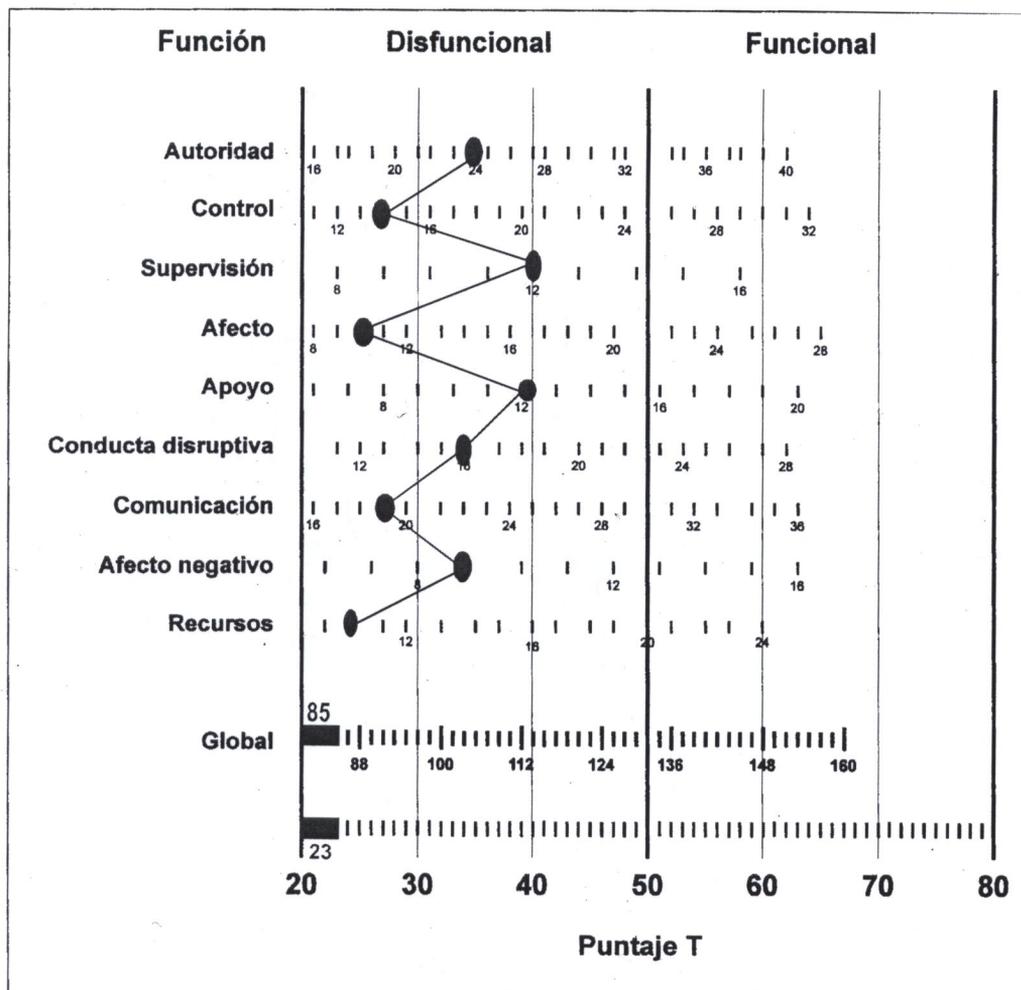
Etapas de ciclo vital: Declinación. Desprendimiento.

Nivel socioeconómico: Bajo

Núm. de miembros: 16 / Adultos 8 / Adolescentes 6 / niños 2

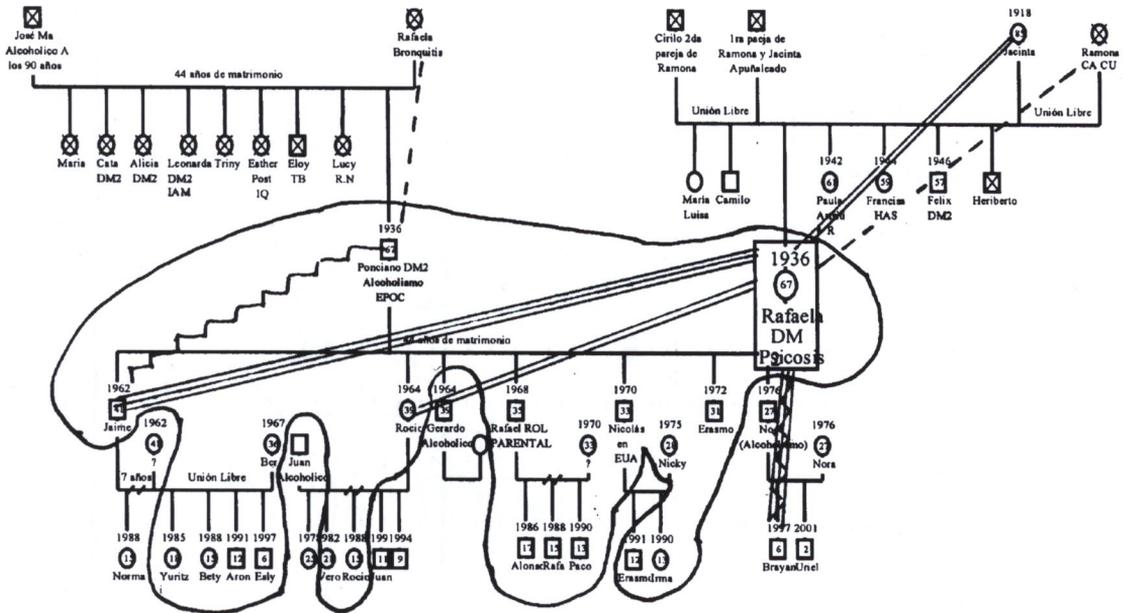
Tipo de familia: Primaria nuclear.

Paciente identificado: **Raya González, Rafael.**



FAMILIOGRAMA No. 20
 Familia López Raya

Paciente Identificado: Doña Rafaela. Ama de casa. Analfabeta. Recuerda de su casa paterna el haber vivido con promiscuidad y hacinamiento, "éramos muy pobres". Su mamá murió de Cáncer en la matriz. Se casó tres veces, con los 3 tuvo hijos. La relación con su madre fue distante y escasa, A su padre no lo conoció lo apuñalearon a los dos meses de que ella nació. Presenta al momento de la entrevista pérdida aproximada de 30 Kilos de peso en un lapso menor a un año, en consecuencia "psicosis" y al consecuente descontrol metabólico de su Diabetes.



PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR NO. 21

Familia: Pantoja Morales

Fecha de aplicación: 29 de Octubre 2002

Tiempo de formada: 57 años

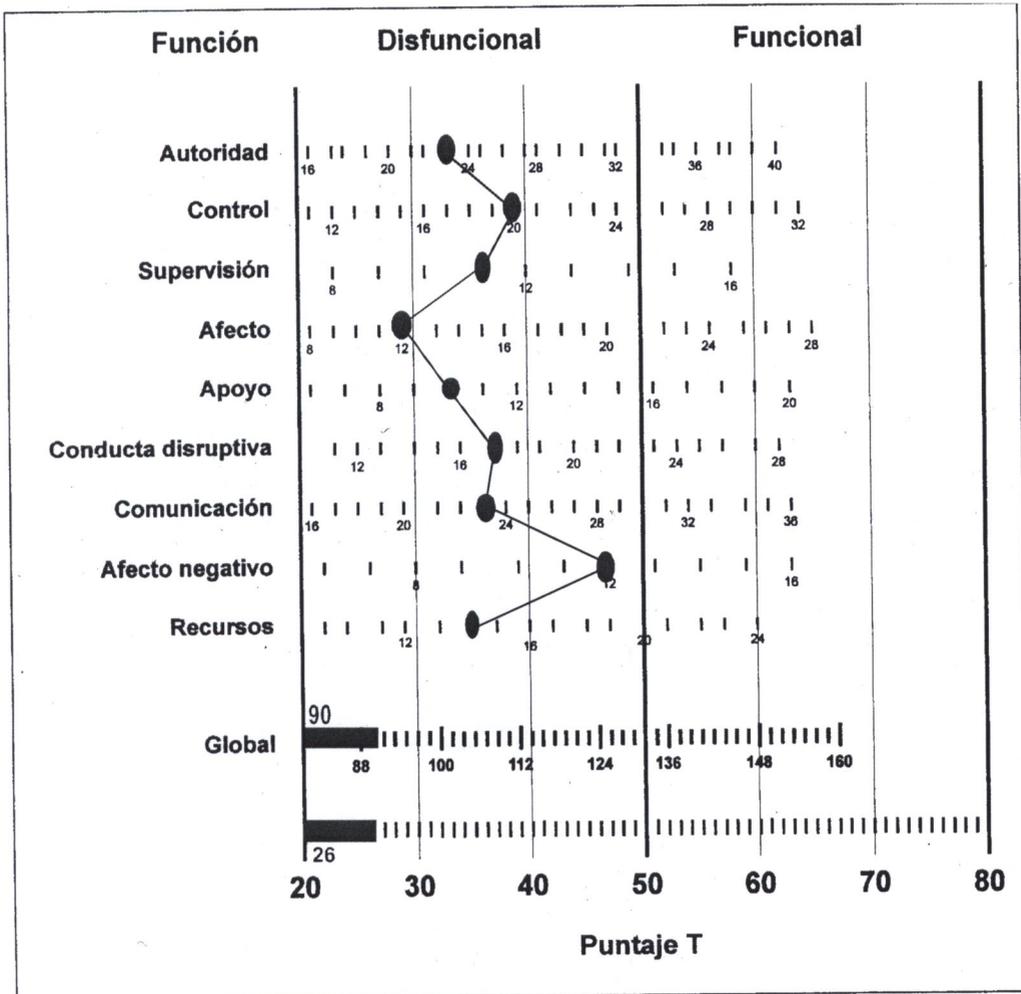
Etapa de ciclo vital: Declinación. Vejez.

Nivel socioeconómico: Bajo

Núm. de miembros: 9 / Adultos 4 / Adolescentes 5 / niños 0

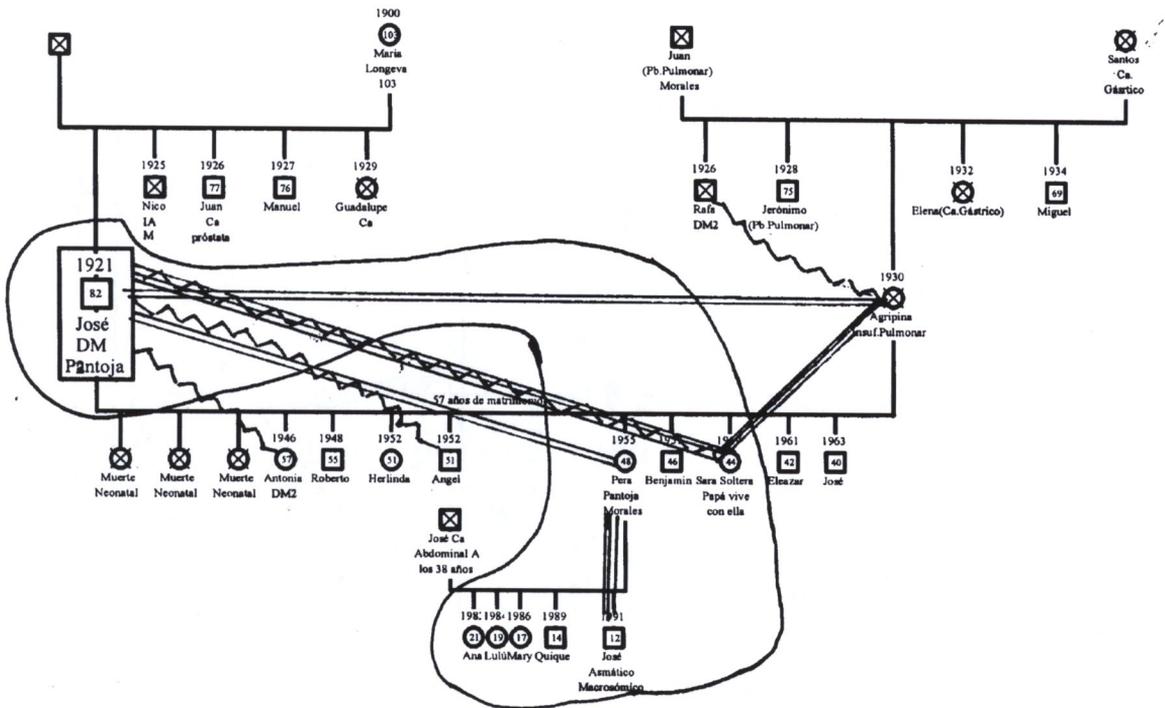
Tipo de familia: Uniparental nuclear.

Paciente identificado: Pantoja Toledo, José



FAMILIOGRAMA No. 21
 Familia Pantoja Morales

Paciente Identificado: Don José. Comerciante. Analfabeta. Recuerda poco de su familia de origen. Refiere tiene Diabetes a partir que murió su esposa. Vive con Sara la 10ª de sus hijas, quien refiere no se casó por cuidar a su padre, ya que fue una promesa al morir su madre, se queja don José de sus cuidados, refiere "me cuida como si fuera un niño". Entre ellos la comunicación es incongruente, poco afectiva y distante.



PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR No. 22

Familia: Bibian Guido

Fecha de aplicación: 13 de Noviembre 2002

Tiempo de formada: 50 años

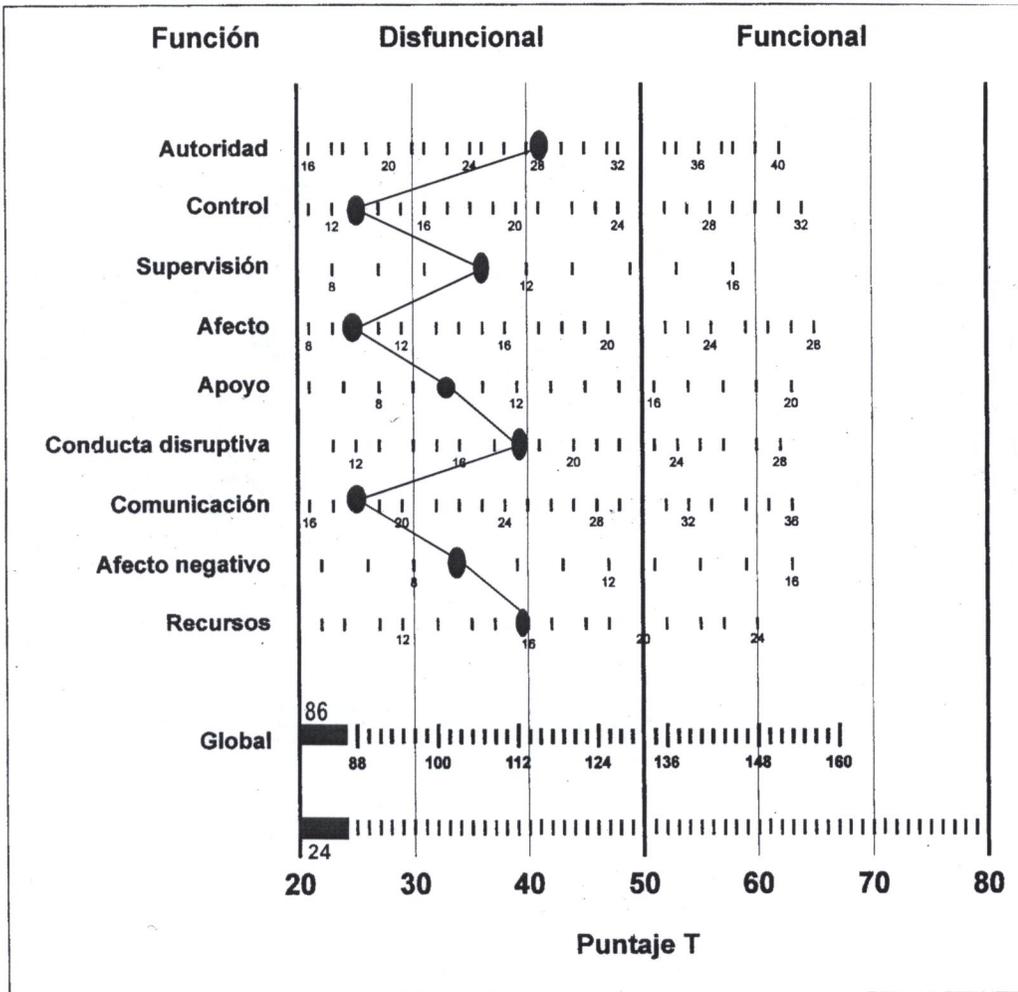
Etaapa de ciclo vital: Declinación. Desprendimiento.

Nivel socioeconómico: Bajo

Núm. de miembros: 4 / Adultos 4 / Adolescentes 0 / niños 0

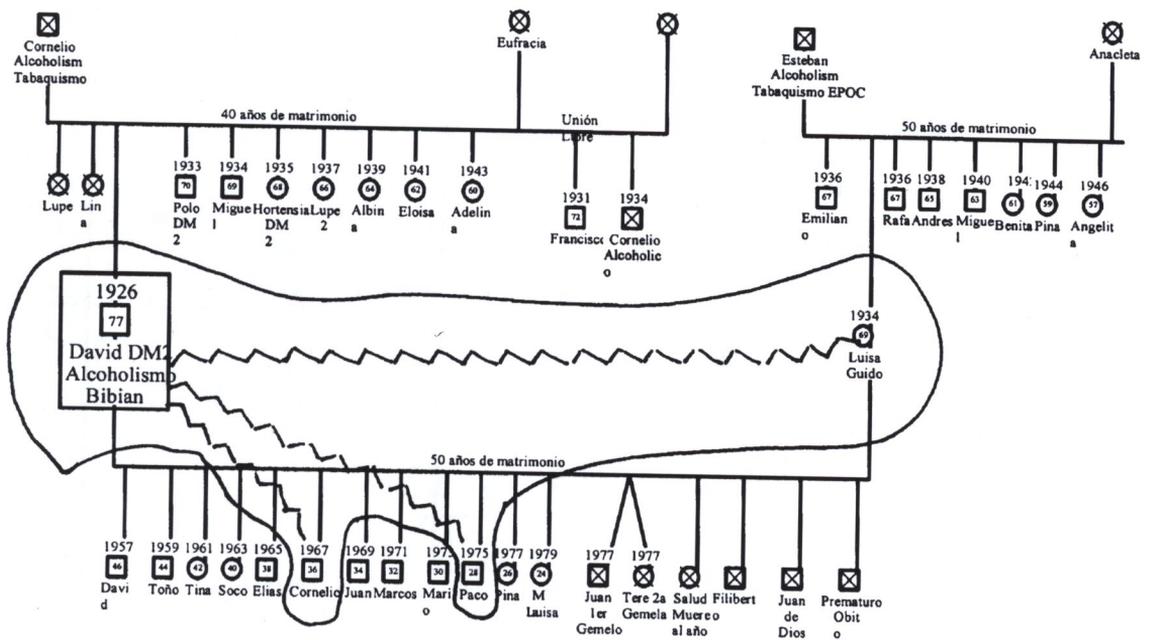
Tipo de familia: Primaria nuclear.

Paciente identificado: Bibian Sánchez, David.



FAMILIOGRAMA No. 22
 Familia Bibian Guido

Paciente Identificado: Don David. Misionero, con antecedente de Alcoholismo crónico en su juventud rehabilitado a través de la religión de los Testigos de Jehová. Menciona que el alcohol le tendió cadenas que amarran, fue obra del demonio. "Satanas nos zangolotea para volver a la vida de antes". Nuestra relación de esposos se ha normalizado desde que conocemos al Señor. A pesar de ello refiere que todos sus hijos lo culpan de haber sido mal padre. Cuando necesita ayuda siempre acude a Dios. Cursa con Disfunción Eréctil y no desea tratamiento médico.



PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR NO. 23

Familia: Calderón Reyes

Fecha de aplicación: 17 de Octubre 2002

Tiempo de formada: 26 años

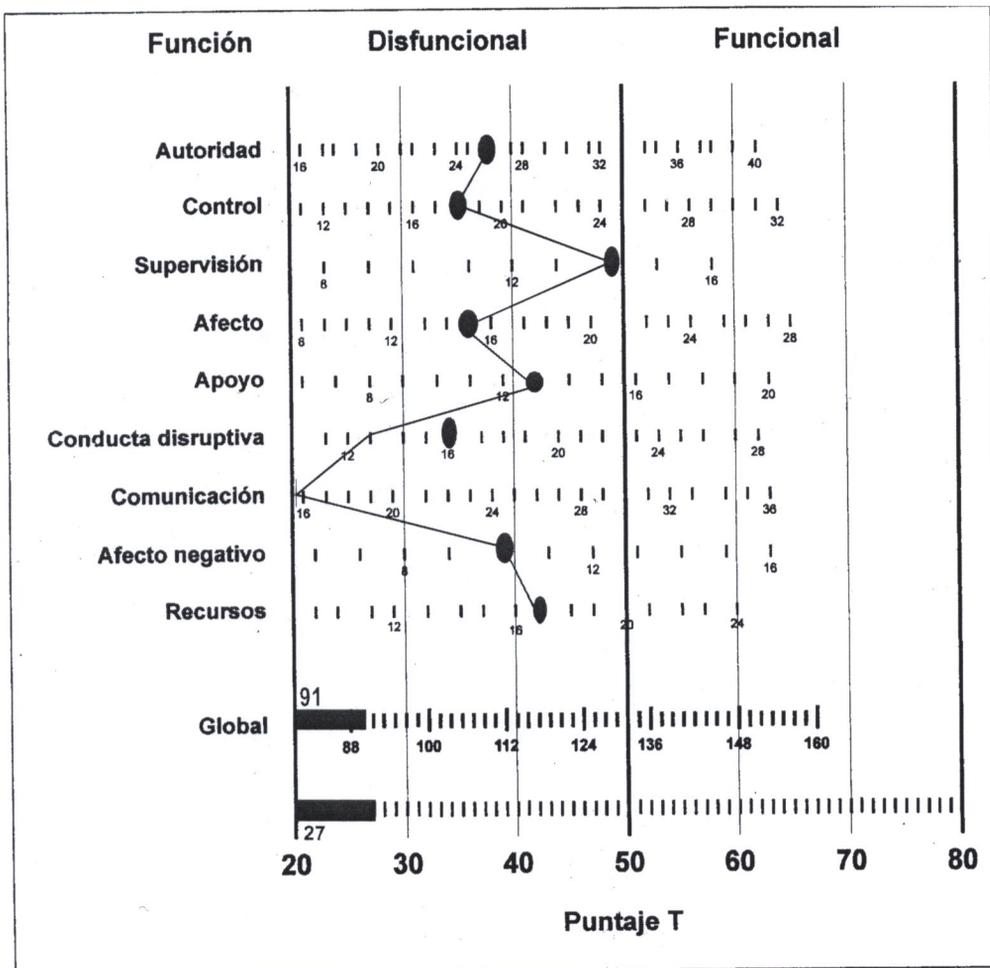
Eta de ciclo vital: Declinación. Desprendimiento.

Nivel socioeconómico: Bajo

Núm. de miembros: 10 / Adultos 4 / Adolescentes 4 / niños 2

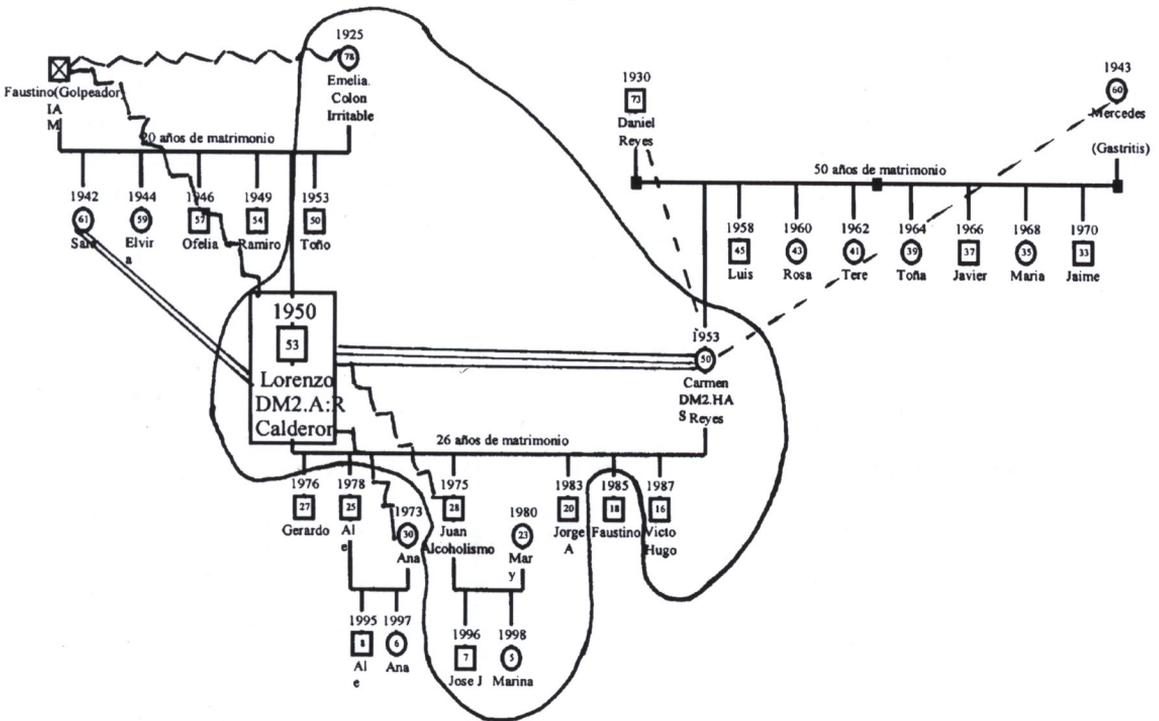
Tipo de familia: Primaria semiextensa.

Paciente identificado: Reyes Méndez, Carmen.



FAMILIOGRAMA No. 23
Familia Calderón Reyes

Paciente Identificado: Don Lorenzo. Incapacitado por Artritis Reumatoide activa. Invierte su rol de proveedor con su esposa, es ella quien aporta el dinero a la familia y don Lorenzo quien se encarga de la casa; Recuerda una infancia feliz, con pobreza y con una madre siempre enferma, pero muy cariñosa. A partir del cambio de roles, como pareja han funcionado muy bien, se sienten ambos comprendidos y apoyados, a pesar de sus enfermedades, dicen su problema consiste en las relaciones conflictivas con su nuera y nietos, que viven actualmente en su casa desearían estar solos, sin hijos para disfrutarse y vivir su vejez a su manera.



PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR NO. 24

Familia: Morón Santillán

Fecha de aplicación: 21 de Noviembre 2002

Tiempo de formada: 38 años

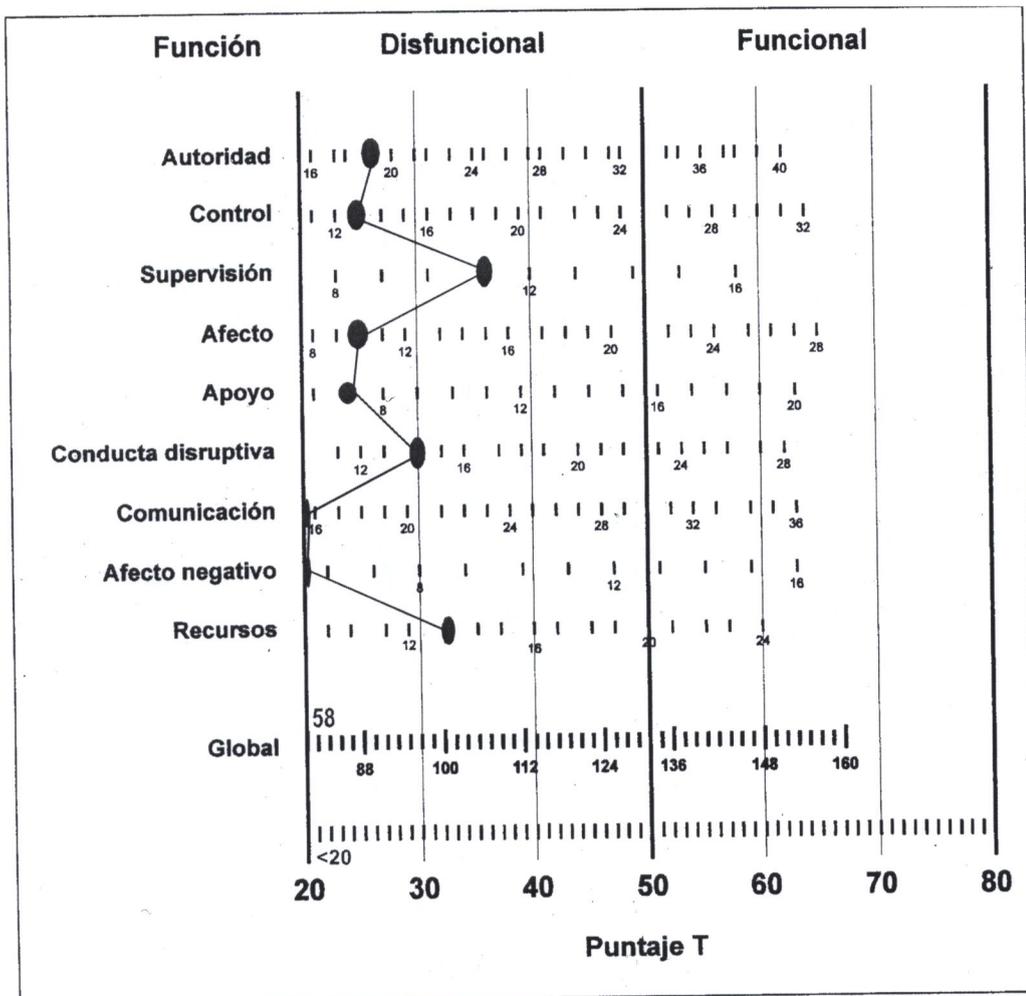
Etapa de ciclo vital: del desarrollo. Hijos jóvenes-adultos.

Nivel socioeconómico: Bajo

Núm. de miembros: 5 / Adultos 3 / Adolescentes 2 / niños 0

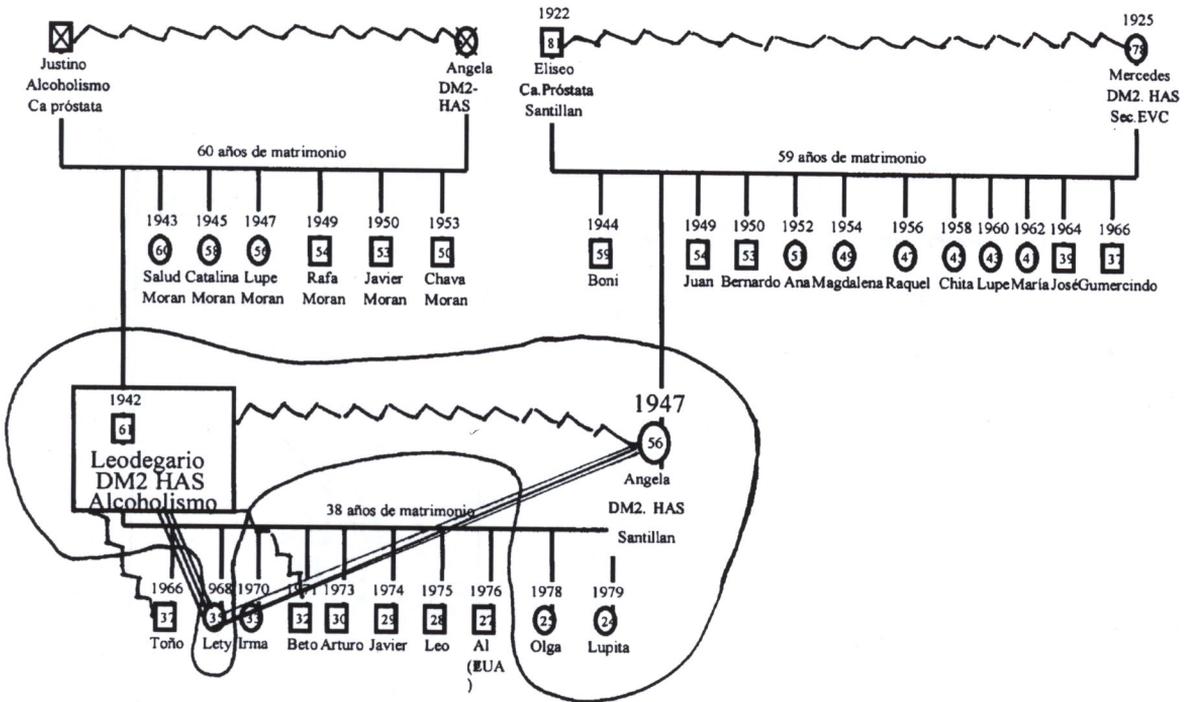
Tipo de familia: Primaria nuclear.

Paciente identificado: Morón Santos, Leodegario.



FAMILIOGRAMA No. 24
Familia Morón Santillán

Paciente Identificado: Don Leodegario. Comerciante. Recuerda que al igual que el, su padre fue alcohólico en su juventud. Su madre fue diabética e hipertensa, la recuerda siempre enferma, Don Leo nos cuenta de su esposa le tiene un resentimiento crónico, le reprocha el no haber cumplido como padre y esposo, sacó a sus hijos adelante sola, ahora ya es demasiado tarde, hay cosas que no se pueden olvidar. Familia desvitalizada, comunicación incongruente.



PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR NO. 25

Familia: Zavala Chávez

Fecha de aplicación: 01 Noviembre 2002

Tiempo de formada: 43 años

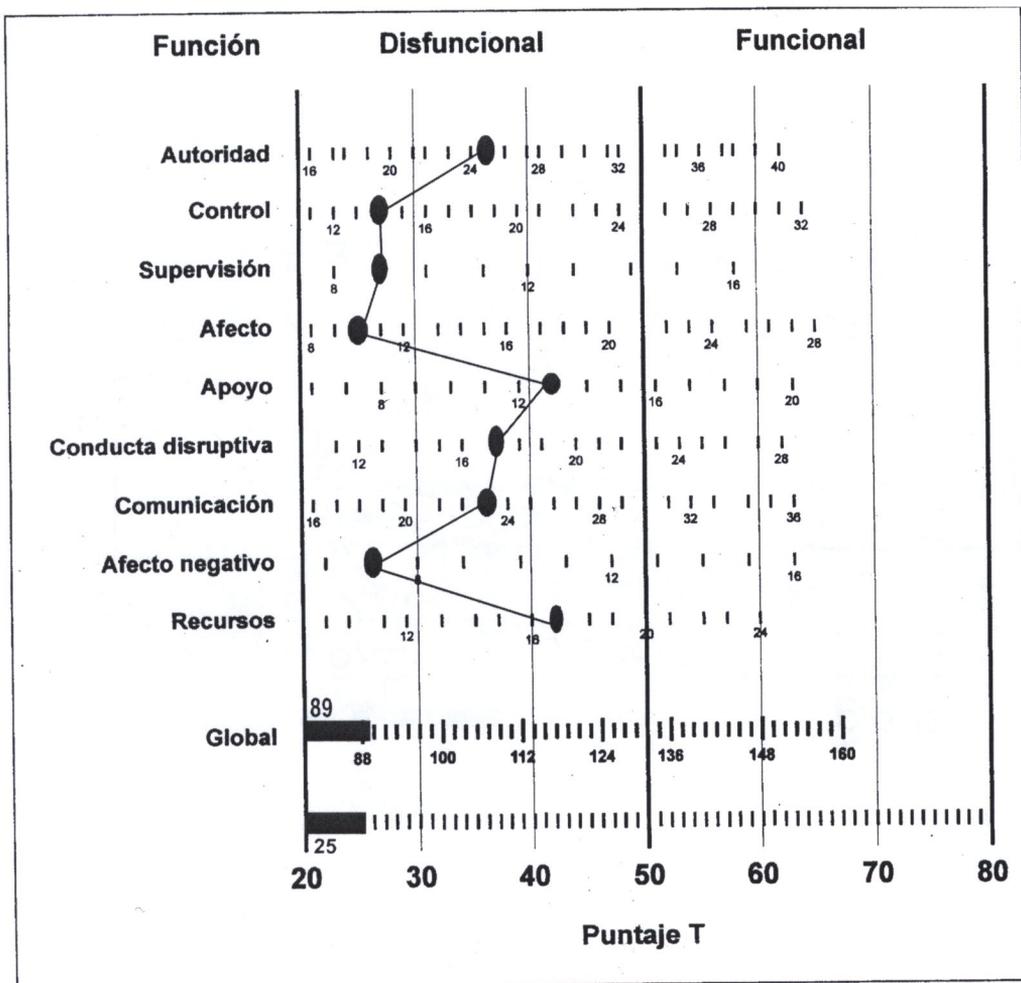
Etapa de ciclo vital: Declinación. Desprendimiento.

Nivel socioeconómico: Bajo

Núm. de miembros: 5 / Adultos 4 / Adolescentes 1 / niños 0

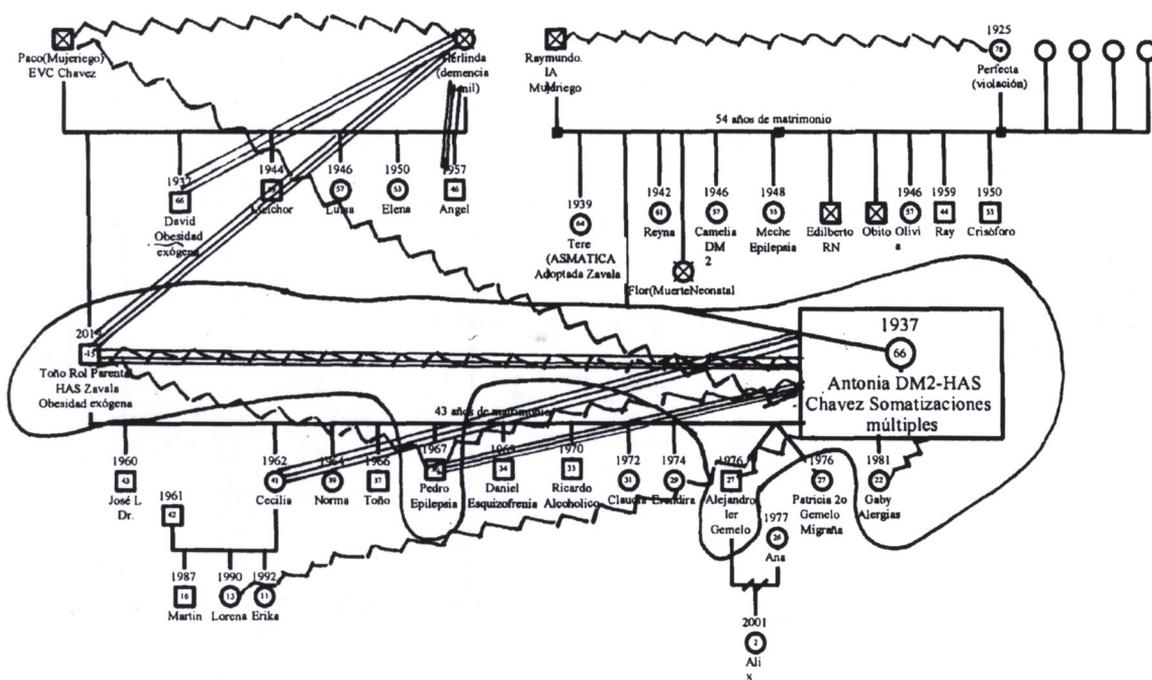
Tipo de familia: Primaria nuclear.

Paciente identificado: Chavez Álvarez, Antonia.



FAMILIOGRAMA No. 25 Familia Zavala Chávez

Paciente Identificado: Doña Antonia. Ama de casa. Todo cuanto recuerda de sus padres en negativo, todo lo ve con pesimismo, se siente víctima. No entiende porque tantos problemas con su familia en general. Es de carácter fuerte y dominante, poco tolerante, interrumpe la comunicación dirigida a otros miembros de la familia imponiéndose sobre éstos, lo que genera mucha confusión y malestar, su esposo es demasiado pasivo y tolerante, evita el conflicto para no tener más problemas. Le da todo cuanto puede a su mujer, pero a ella le resulta insuficiente. Es claro en esta familia quién manda.



FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LA DIABETES MELLITUS

PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR NO. 26

Familia: Ferreira López

Fecha de aplicación: 10 de Octubre 2002

Tiempo de formada: 50 años

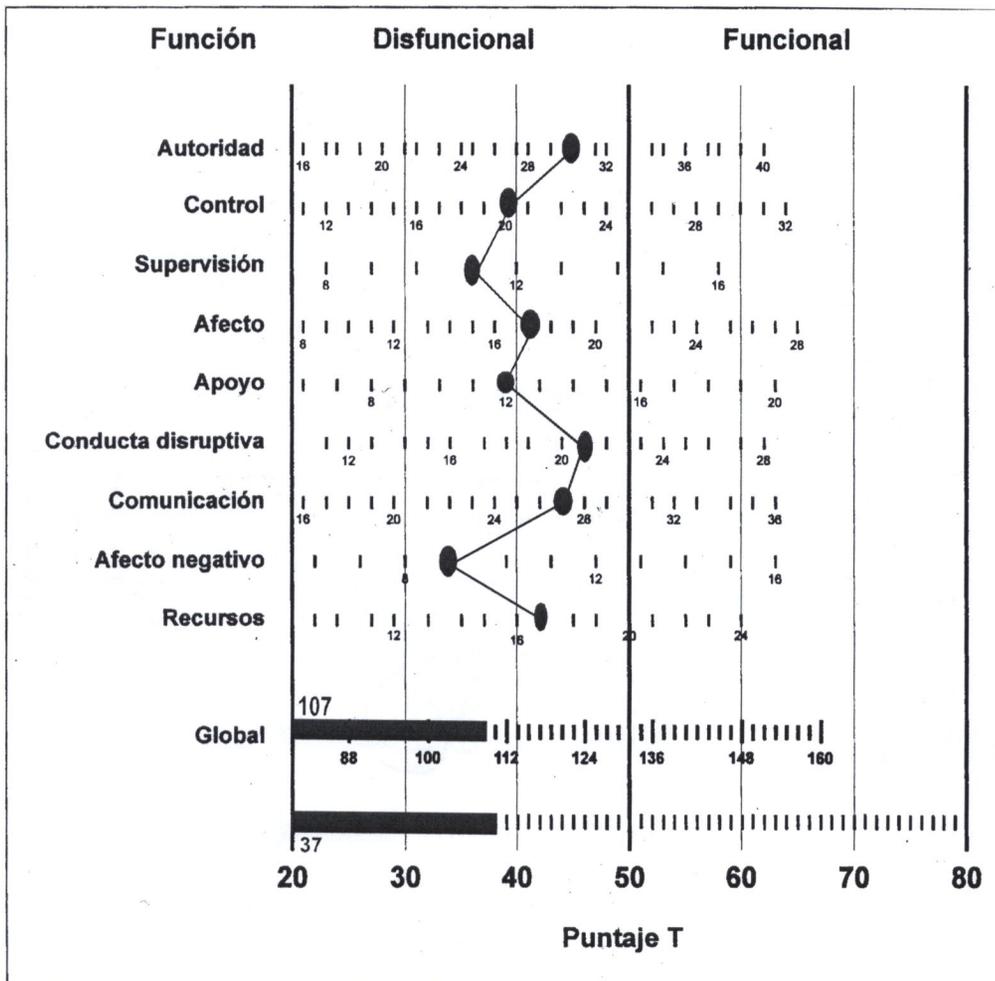
Etapa de ciclo vital: Declinación. Desprendimiento.

Nivel socioeconómico: Medio

Núm. de miembros: 4 / Adultos 3 / Adolescentes 0 / niños 1

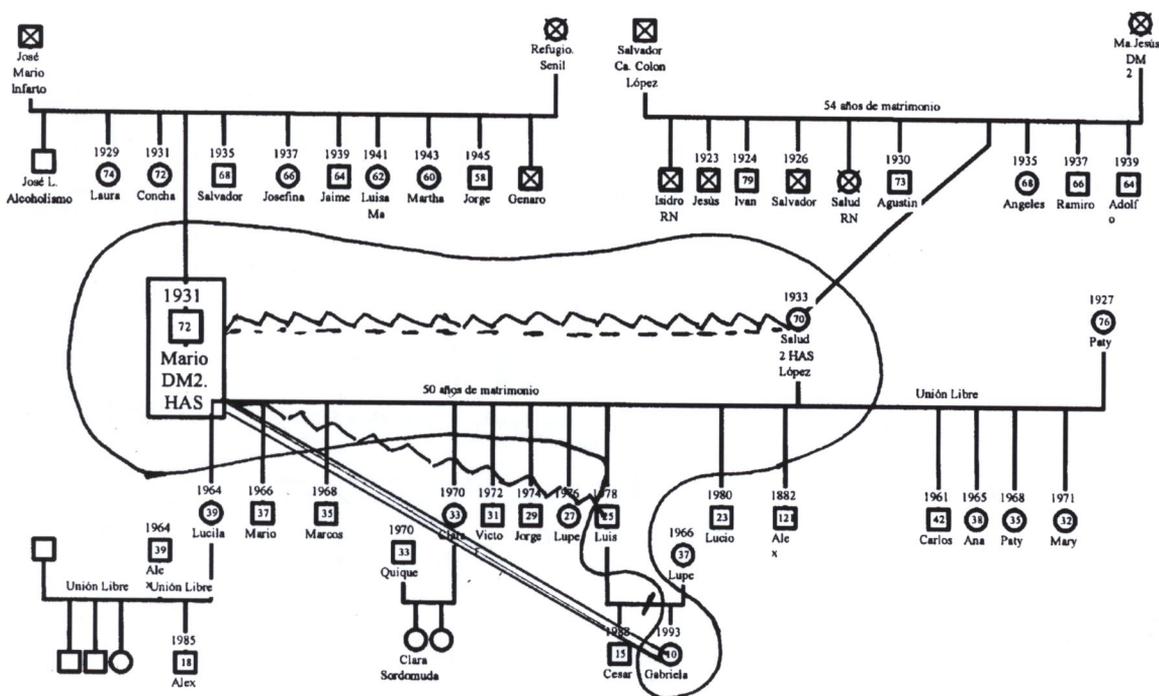
Tipo de familia: Reestructurada.

Paciente identificado: Ferreyra Infante, Mario.



FAMILIOGRAMA No. 26
Familia Ferreira López

Paciente Identificado: Don Mario. Auto transportista. Recuerda su niñez sin afecto de sus padres, siempre estaban ocupados con los otros hermanos más chicos, su padre tenía un carácter muy fuerte, no había más ley que la suya, hasta llegar a la violencia física y verbal. Vive con su esposa Salud quien no perdona, ni olvidará nunca la infidelidad de su esposo, si está con él es porque no tiene a donde más ir. Existe sobreinvolucramiento con su nieta Gabriela de 10 AÑOS, de quien refiere "me trae de cabeza".



PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR NO. 27

Familia: Morales Farfán

Fecha de aplicación: 09 de Octubre 2002

Tiempo de formada: 15 años

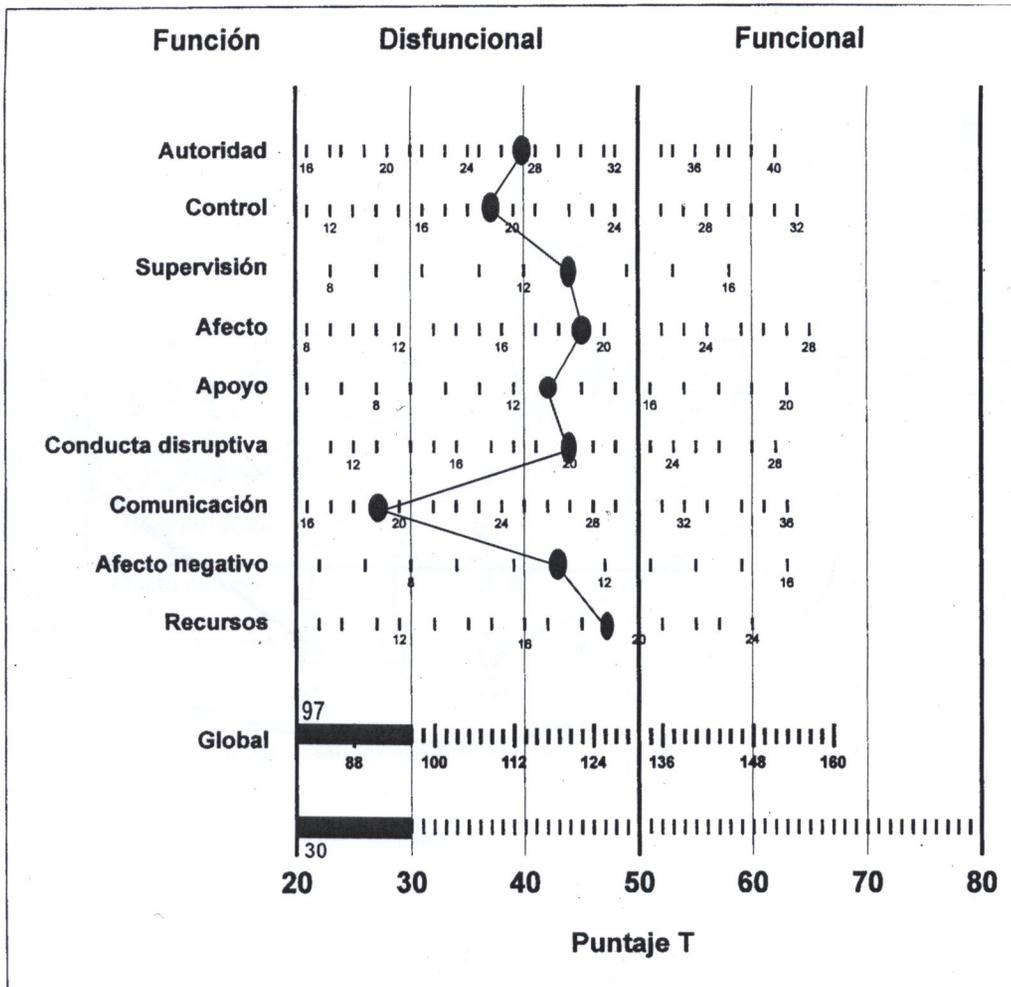
Etapas de ciclo vital: Declinación. Vejez.

Nivel socioeconómico: Bajo

Núm. de miembros: 6 / Adultos 3 / Adolescentes 2 / niños 1

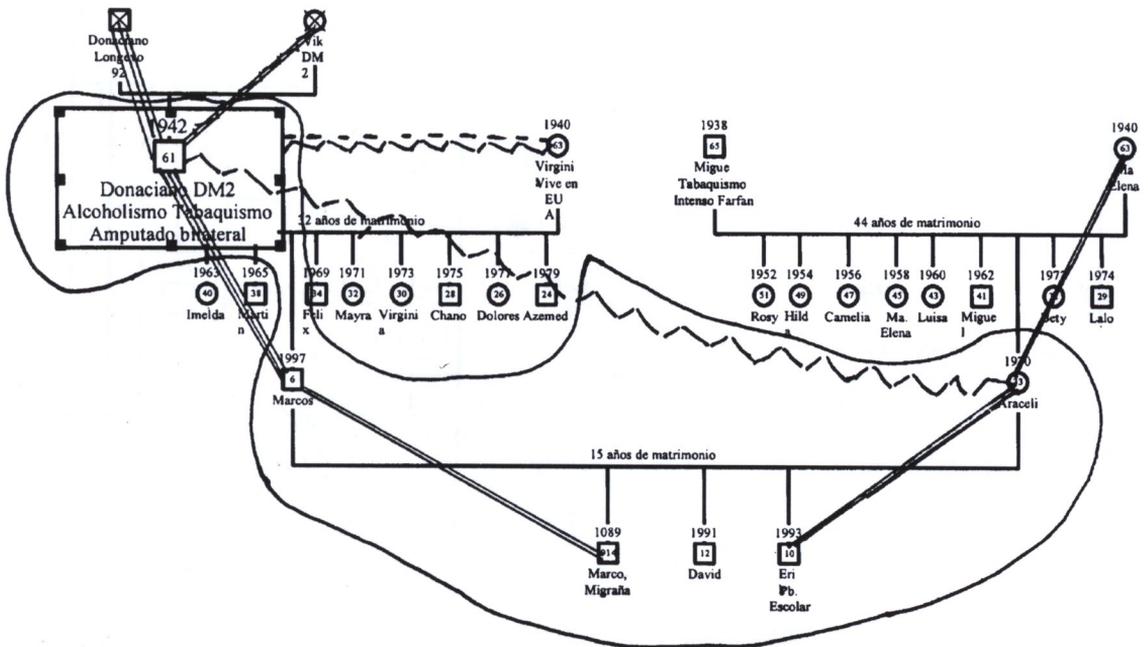
Tipo de familia: Primaria semiextensa.

Paciente identificado: Morales Cendejas, Donaciano.



FAMILIOGRAMA No 27
Familia Morales Farfán

Paciente Identificado: Don Donaciano. Tablajero. Es él el único paciente con Rol de Abuelo, captado como paciente identificado. Tiene amputación supracondílea bilateral a consecuencia de neuropatía diabética. Es obeso y fuma y toma alcohol con frecuencia, siendo los nietos ó el mismo hijo quien le proporciona los cigarros o alcohol, prefiere dárselos y tenerlo en casa a que se salga y las cosas se compliquen. Cursa con depresión crónica, y descontrol metabólico crónico. A partir de su llegada a casa de marcos, sus nietos Marco y David reprueban 1º y 2º de secundaria, actualmente el más pequeño tiene problemas escolares por bajo rendimiento.



PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR No. 28

Familia: Ruíz Bautista

Fecha de aplicación: 08 de Octubre 2002

Tiempo de formada: 44 años

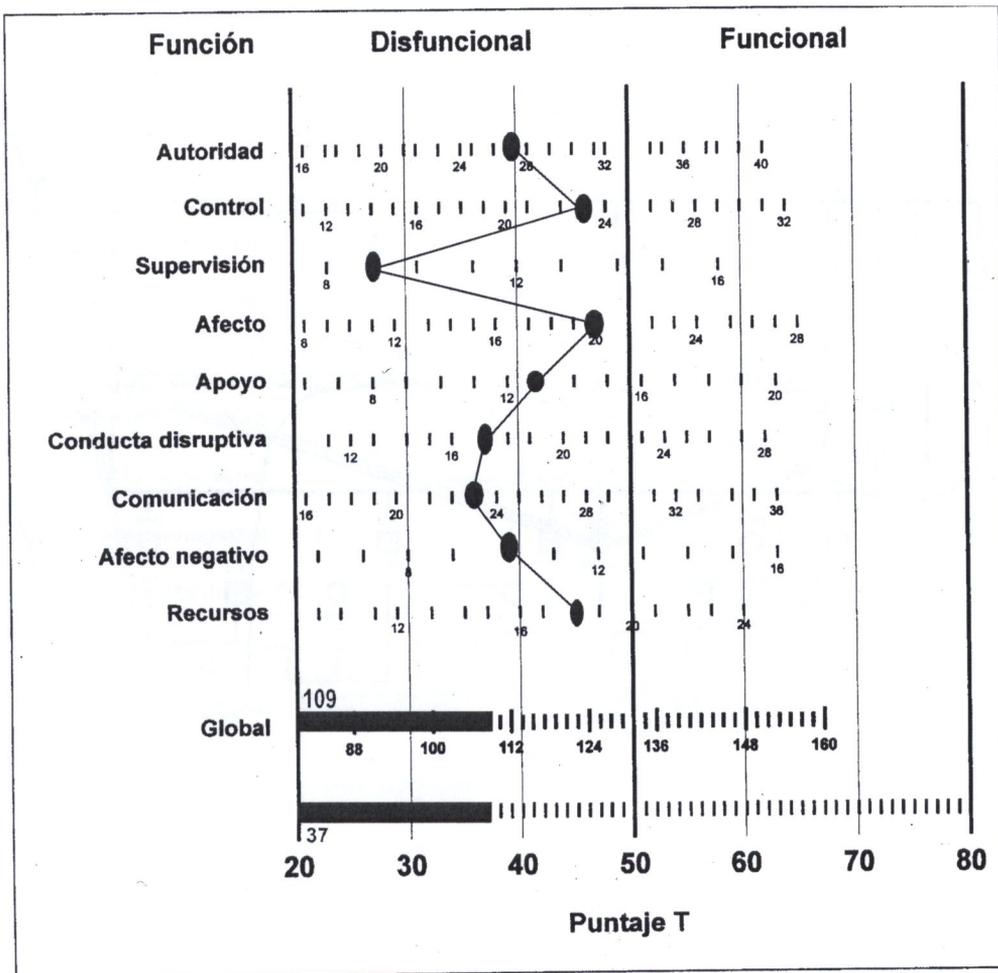
Etapa de ciclo vital: Declinación. Desprendimiento.

Nivel socioeconómico: Medio-Bajo

Núm. de miembros: 6 / Adultos 4 / Adolescentes 0 / niños 2

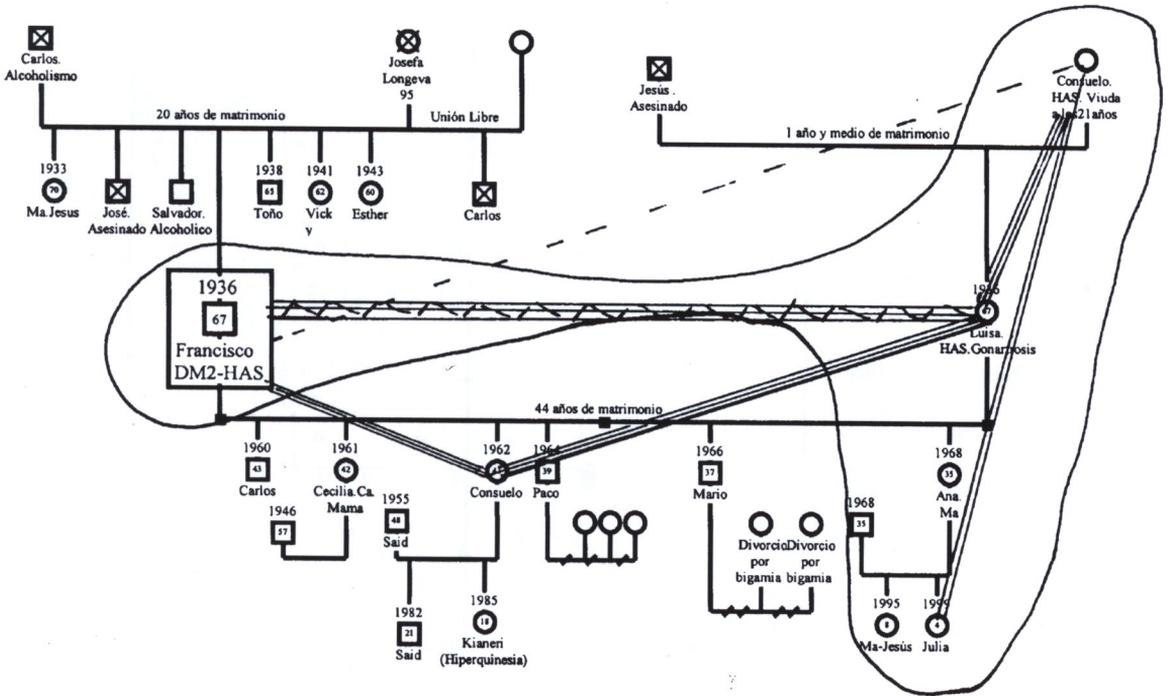
Tipo de familia: Primaria semiextensa.

Paciente identificado: **Ruiz Guerra, Francisco.**



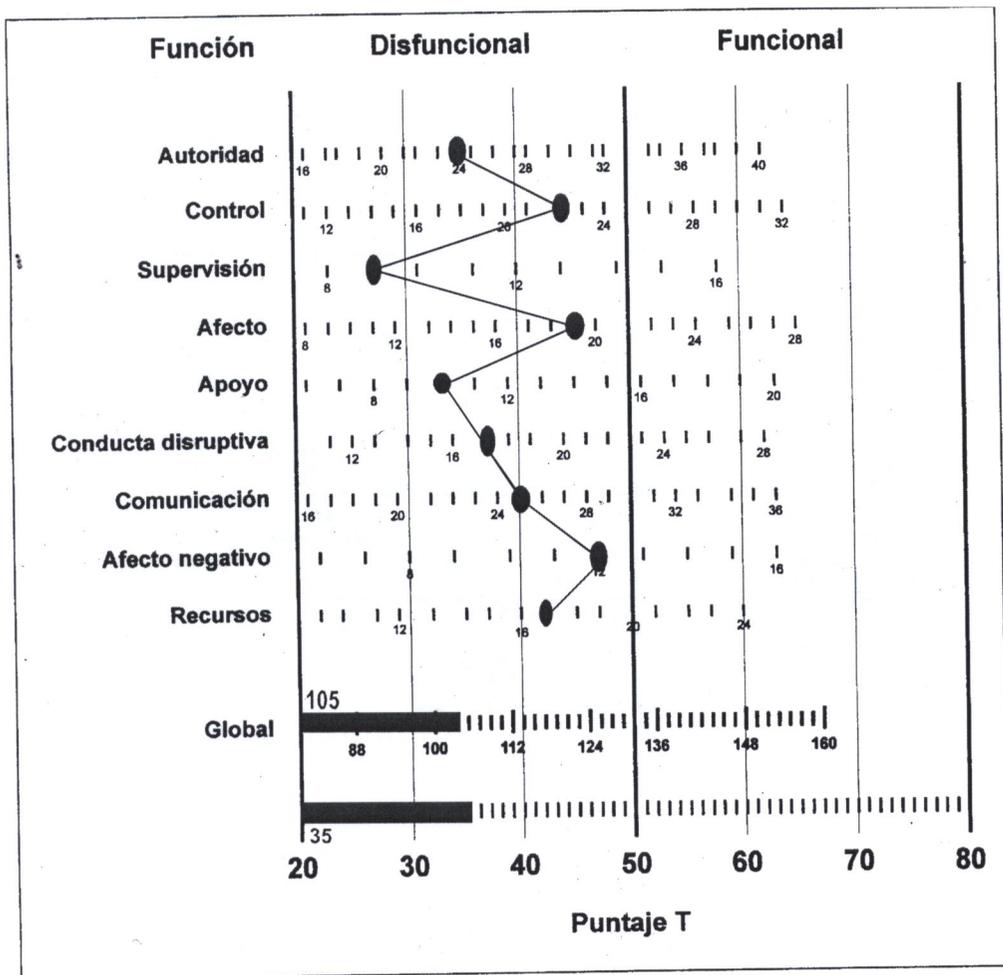
FAMILIOGRAMA No. 28
 Familia Ruiz Bautista

Paciente Identificado: Don Francisco. Chofer de Taxi. También fue alcohólico crónico, lo mismo que su padre, y al dejar el alcohol inicia tabaquismo intenso el es ahora aún vigente. En apariencia todo está muy bien, es una familia feliz. Muy unida. Evita hablar de conflictos, refiere eso pertenece al pasado. Niega cualquier sintomatología, su relación de pareja es estable, aun cuando su esposa Luisa se queja del carácter fuerte e irascible de su esposo. Incredulidad respecto a su enfermedad. Sin adherencia a tratamiento.



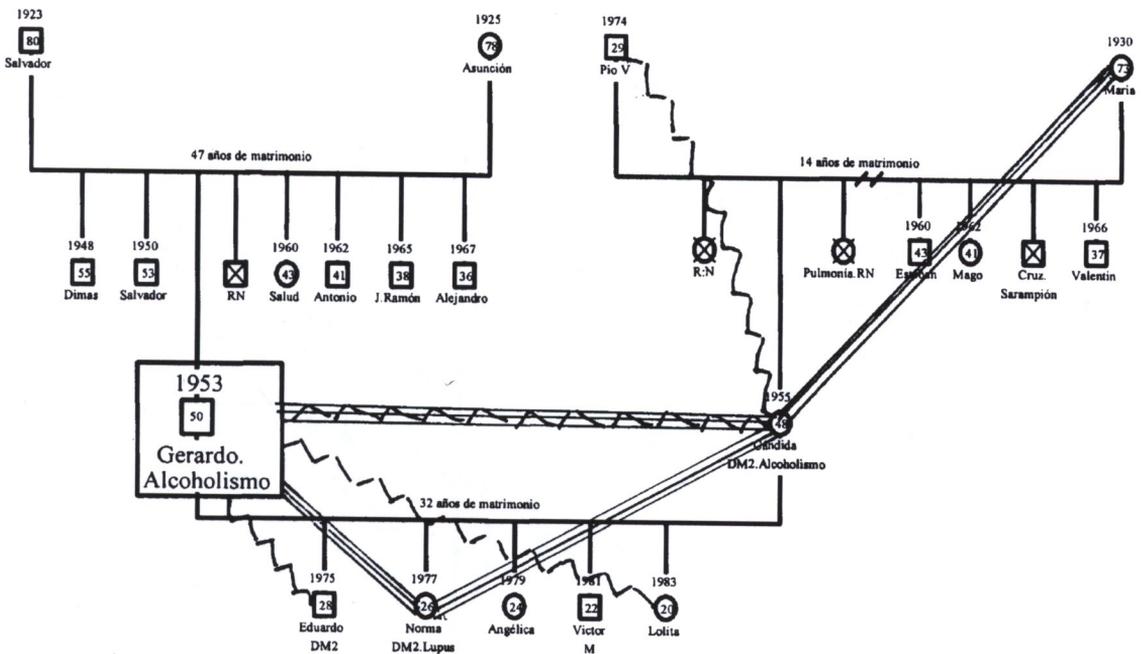
PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR No. 29

Familia: Dueñas Villaseñor
 Fecha de aplicación: 04 de Septiembre 2002
 Tiempo de formada: 29 años
 Etapa de ciclo vital: Desarrollo. Hijos jóvenes-adultos.
 Nivel socioeconómico: Bajo
 Núm. de miembros: 6 / Adultos 3 / Adolescentes 3 / niños 0
 Tipo de familia: Primaria nuclear.
 Paciente identificado: Villaseñor González, Cándida.



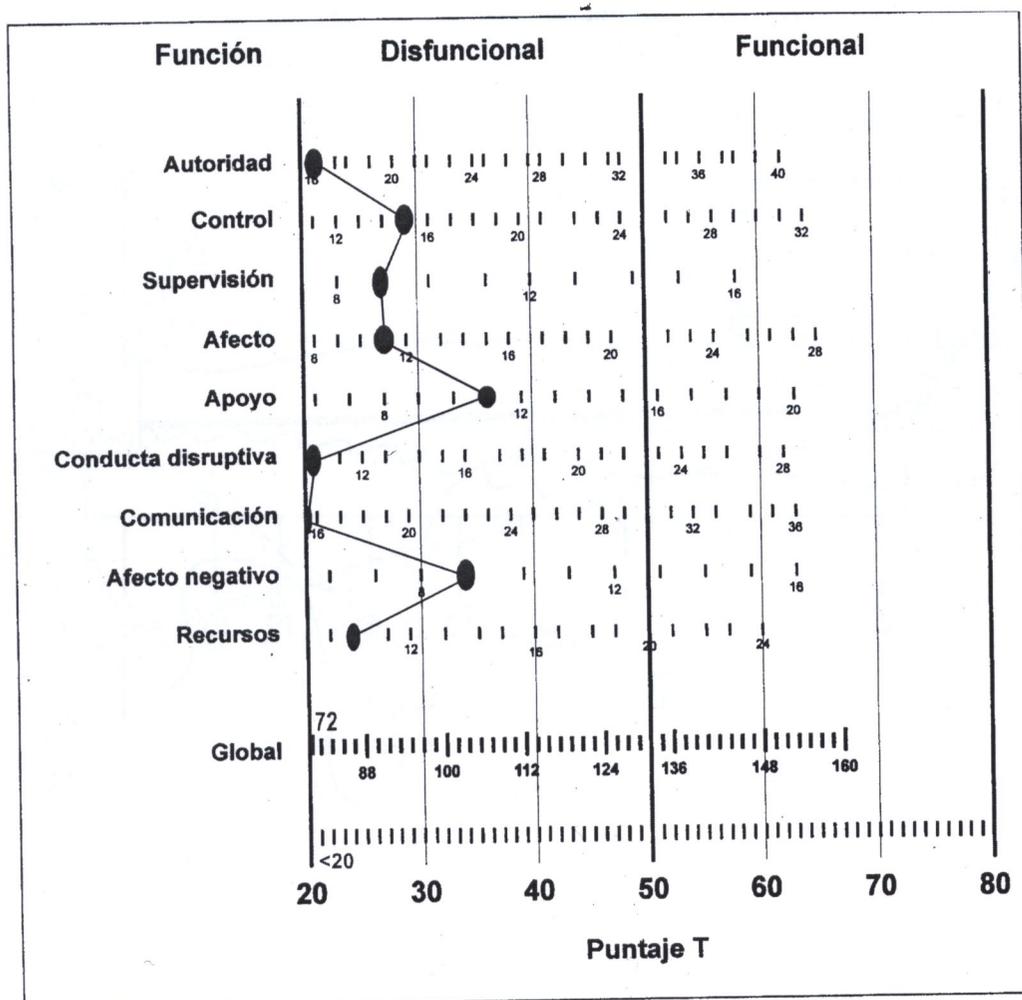
FAMILIOGRAMA No. 29
Familia Dueñas Villaseñor

Paciente Identificado: Don Gerardo. Fotógrafo Profesional. Infancia en medio rural con promiscuidad y hacinamiento; Antecedente de alcoholismo de ambos, el y su esposa prefieren tomar juntos en su casa para evitar que éste se vaya, existe una triangulación evidente con su hija Norma, quien entre otras enfermedades cursa con Lupus DM juvenil, estudia enfermería y piensa que "de algo ha servido estar enferma", quizá así sus padres y hermanos puedan seguir juntos; Todos los integrantes se quejan de don Gerardo pues sienten que sobreprotege y quiere más a Norma.



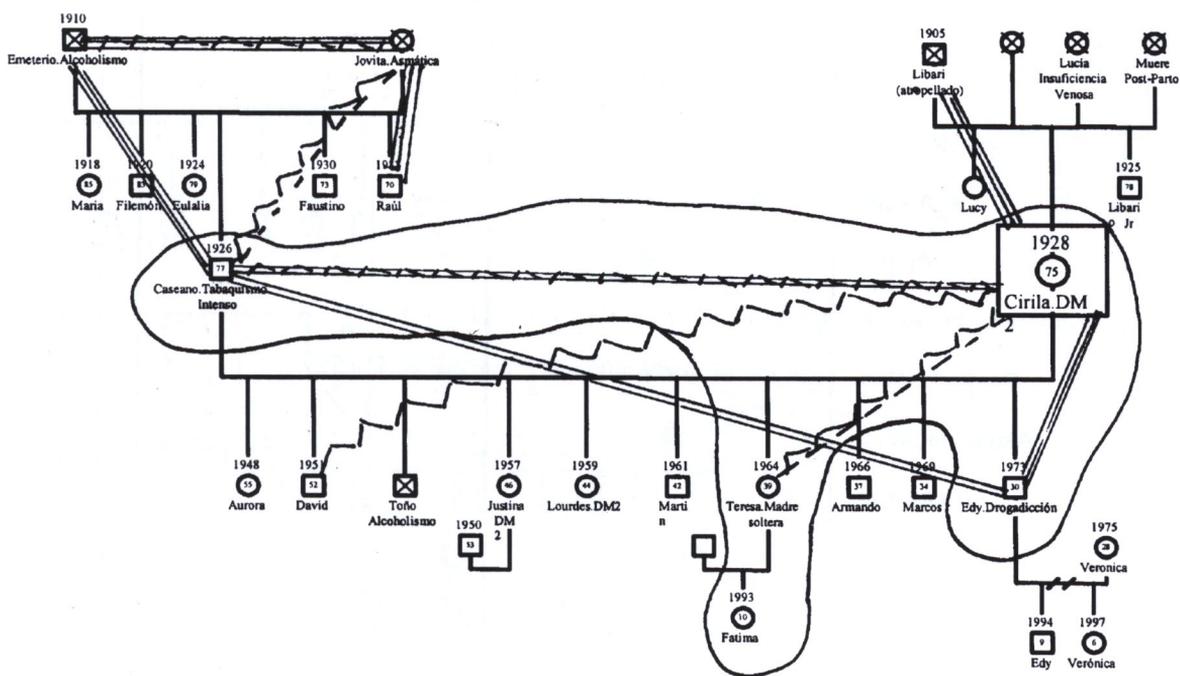
PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR No. 30

Familia: Montoya Espinoza
 Fecha de aplicación: 16 de Noviembre 2002
 Tiempo de formada: 57 años
 Etapa de ciclo vital: Declinación. Desprendimiento.
 Nivel socioeconómico: Bajo
 Núm. de miembros: 5 / Adultos 4 / Adolescentes 0 / niños 1
 Tipo de familia: Primaria nuclear.
 Paciente identificado: Áspera Nambo, Cirila.



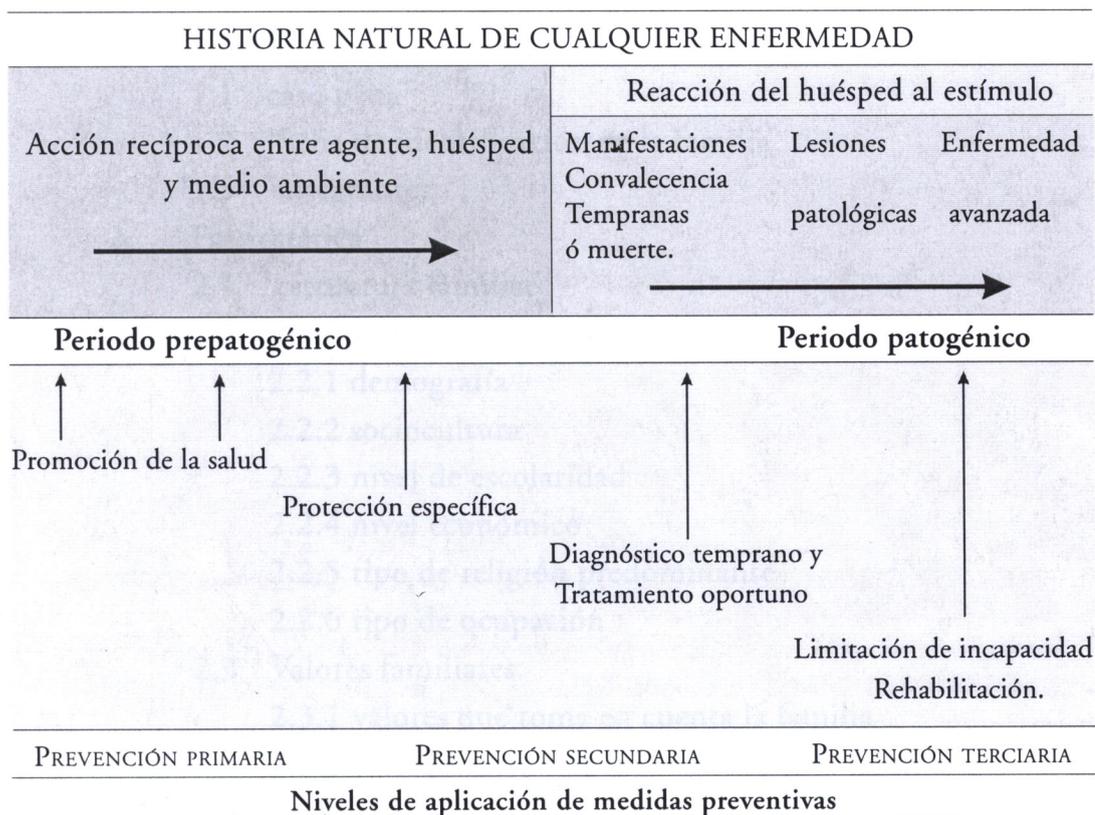
FAMILIOGRAMA No 30 Familia Montoya Espinoza

Paciente Identificado: Doña Cirila. Ama de casa. Su mamá murió cuando ella tenía 5 años, recuerda poco de ella. Vivió con distintas parejas de su padre, quienes la toleraban a solicitud de su padre. Su esposo cursa con tabaquismo intenso crónico y refiere preocupación por tener 3 hijos con alcoholismo crónico, una hija con tabaquismo intenso y su hijo menor en rehabilitación vigente por drogadicción. Entre sus hermanos nadie se puede ver, su relación es distante y ocasional, salvo cuando se enferma doña Cirila. Lo que más desea es poder tener a todos sus hijos juntos y poder relacionarse más sanamente, con aceptación y tolerancia mutua. Y confía lograrlo a través de la Terapia familiar.



Anexo 2

ESQUEMA: MODELO DE HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD Y NIVELES DE INTERVENCIÓN PARA ATENDERLA.



Anexo 3

MODELO PARA EL ESTUDIO DE FAMILIA EN EL IMSS PROPUESTO POR ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR (1992).

1. Identificación
 - 1.1 caso pista
 - 1.2 ficha de identificación de la familia
 - 1.3 integrantes
2. Fase estática
 - 2.1 estructura familiar
 - 2.2 tipología familiar
 - 2.2.1 demografía
 - 2.2.2 sociocultura
 - 2.2.3 nivel de escolaridad
 - 2.2.4 nivel económico
 - 2.2.5 tipo de religión predominante
 - 2.2.6 tipo de ocupación
 - 2.3 Valores familiares
 - 2.3.1 valores que toma en cuenta la familia
 - 2.3.2 Jerarquización de los valores por la familia
3. Fase dinámica
 - 3.1 manejo de problemas
 - 3.2 comunicación
 - 3.2.1 tipo de comunicación predominante
 - 3.2.2 contenido predominante de los mensajes
 - 3.2.3 forma predominante de recibir los mensajes
 - 3.2.4 relación predominante entre la comunicación verbal y la no verbal
 - 3.3 interjuego de roles
 - 3.3.1 mecanismo de interjuego

- 3.3.2 principio predominante del interjuego
- 3.3.3 funcionalidad del interjuego
- 3.4 manejo de la sexualidad
- 3.5 formas de recibir y expresar los afectos
- 3.6 control de la conducta
 - 3.6.1 forma de ejercer el control
 - 3.6.2 persona que ejerce el control
 - 3.6.3 forma utilizada predominante-mente para ejercer el control
- 3.7 actitud de la familia ante la presencia de un miembro enfermo, agudo o crónico
- 3.8 tipo de involucramiento afectivo
- 3.9 cumplimiento de las funciones familiares
- 3.10 funcionamiento de la familia como sistema
 - 3.10.1 fase del ciclo de vida en que se encuentra la familia
 - 3.10.2 subsistemas existentes
 - 3.10.3 funcionamiento de los subsistemas familiares
 - 3.10.4 funcionamiento general del sistema familiar
- 4. Conclusión diagnóstica
 - 4.1 Familiograma
 - 4.2 ¿existe disfunción familiar?
 - 4.3 disfunción familiar existente
 - 4.4 tipo de familia
 - 4.5 diagnóstico de la disfunción familiar



Anexo 4

CONTENIDOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO FAMILIAR, MODELO PROPUESTO POR EL CONSEJO MEXICANO DE MEDICINA FAMILIAR.

1. Historia de cada miembro de la familia
2. Estudio de salud familiar
 - 2.1 Ficha de identificación
 - 2.2 Justificación
 - 2.3 Antecedentes
 - 2.3.1 heredo familiares de morbi- mortalidad
 - 2.3.2 del desarrollo familiar
 - 2.3.3 crisis familiares
 - 2.4 Aspectos socio-económicos familiares
 - 2.5 Situación actual de la vida familiar
 - 2.5.1 Familiograma
 - 2.5.2 Tipología familiar
 - 2.5.3 Etapa actual del ciclo vital familiar
 - 2.5.4 Estructura familiar
 - 2.5.5 Detección de problemas emocionales
 - 2.5.6 Funciones familiares que ameritan atención
 - 2.5.7 Estrato socioeconómico
 - 2.5.8 Evaluación del funcionamiento familiar
 - 2.5.9 Recursos familiares
 - 2.6 Actividades médico-preventivas familiares
3. Diagnóstico Familiar
4. Detección de factores de riesgo
 - 4.1 Identificación
 - 4.2 Jerarquización
 - 4.3 Objetivos
 - 4.4 Programa de actividades
 - 4.5 Evolución y evaluación periódica
5. Comentarios

Anexo 5

REACTIVOS DE LA ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Escala de Funcionamiento Familiar

Espejel E. / Cortés J. / Ruiz Velasco V. / Copyright 1995

Familia: _____

Tiempo de Unión: _____ Edad del primer hijo (a) * _____

Ingreso familiar: _____ Ingreso per capita: _____

Posición	Sexo	Edad	Escolaridad	Ocupación	Aportación económica a la familia
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Descripción de la vivienda: _____

Observaciones _____

Material de investigación
Prohibida su reproducción sin permiso expreso de los autores

* Se indica la edad del hijo mayor que
viva en la familia

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LA DIABETES MELLITUS

Instrucciones para el examinador: marque con una cruz el o los cuadros que correspondan al miembro de la familia al que se refiera la respuesta expresada por los entrevistados.

1. ¿Hay en su familia algún o algunos miembros considerados como los más trabajadores?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>							

Funcionalidad

2. Quién organiza la alimentación en la familia (ir al mercado, decir los menús, etc.)

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>							

Funcionalidad

3. En su familia, ¿hay alguna o algunas personas que sean más reconocidas y tomadas en cuenta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>							

Funcionalidad

4. Si se reúne la familia para ver la televisión, ¿quién decide el programa?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>							

Funcionalidad

5. ¿Quién o quiénes de la familia tienen más obligaciones?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>							

Funcionalidad

6. ¿Quién o quiénes de la familia intervienen cuando los padres discuten o pelean entre sí?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>							

Funcionalidad

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LA DIABETES MELLITUS

Instrucciones para el examinador: las casillas oscuras nunca deben marcarse

7. En los problemas de los hijos, ¿quién o quiénes intervienen?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>							

Funcionalidad

8. ¿Quién reprende a los hijos cuando cometen una falta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>							

Funcionalidad

9. Si en casa existen horarios para comer o llegar, ¿quiénes respetan los horario de llegada?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>							

No existen horarios Funcionalidad

10. Si uno de los padres castiga a un hijo, ¿quién interviene?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>							

No ha sucedido Funcionalidad

Instrucciones para el examinador: a partir de esta pregunta explore todos los indicadores. Cuando la respuesta involucre a toda la familia, marque las celdas necesarias.

11. Cuando alguien invita a la casa a quien se le avisa...

A quién se le avisa:

Quién invita	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	No avisa
Padre	<input type="checkbox"/>						
Madre	<input type="checkbox"/>						
Hijos	<input type="checkbox"/>						
Hijas	<input type="checkbox"/>						
Otro familiar	<input type="checkbox"/>						
Otro no familiar	<input type="checkbox"/>						

Nunca invitan Funcionalidad

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LA DIABETES MELLITUS

12. ¿Quiénes participan y quiénes no participan en la economía familiar?

Estatus	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar
<i>Trabaja y participa</i>						
<i>Trabaja y no participa</i>						
<i>No trabaja y participa</i>						
<i>No trabaja</i>						

Funcionalidad

13. Si cada quien tiene obligaciones definidas en esta familia, ¿quién sustituye a quién para cumplirlas cuando no puede hacerlo el responsable?

Quién sustituye:

Responsable	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Nadie
<i>Padre</i>							
<i>Madre</i>							
<i>Hijos</i>							
<i>Hijas</i>							
<i>Otro familiar</i>							
<i>Otro no familiar</i>							

No existen obligaciones definidas

Funcionalidad

14. En las decisiones familiares importantes, ¿quiénes participan?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

15. Para ausentarse de la casa, ¿quién le avisa o pide permiso a quién? A quién se pide permiso:

Pide permiso	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Nadie
<i>Padre</i>							
<i>Madre</i>							
<i>Hijos</i>							
<i>Hijas</i>							
<i>Otro familiar</i>							
<i>Otro no familiar</i>							

Funcionalidad

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LA DIABETES MELLITUS

16. Cuando alguien comete una falta, ¿quién y cómo castiga?

Cómo castiga

Quién castiga	Verbalmente	Corporalmente	Instrumentalmente
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

No se castiga Funcionalidad

17. Si acostumbran hacer promesas sobre premios y castigos, ¿quiénes las cumplen siempre?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

18. Cuando alguien se siente triste, decaído o preocupado, ¿quién pide ayuda?

A quién se pide ayuda

Pide ayuda	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

19. ¿Quiénes de ustedes salen juntos con cierta frecuencia?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LA DIABETES MELLITUS

20. En esta familia, ¿quién protege a quién?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

21. Si conversan ustedes unos con otros, ¿quién con quién lo hace?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

22. Si consideran ustedes que expresan libremente sus opiniones, ¿quiénes son los que lo hacen?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

No Funcionalidad

23. ¿Quiénes tienen mejor disposición para escuchar?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LA DIABETES MELLITUS

24. Cuando entre algunos de ustedes se toma una decisión o se llega a algún acuerdo, ¿a quiénes se les hace saber con claridad?

A quién se le hace saber

Quiénes acuerdan	Subsistema parental	Subsistema hijos	Otro familiar	Otro No Familiar	Nadie
Subsistema parental					
Subsistema hijos					
Otro familiar					
Otro no familiar					

No hay acuerdos Funcionalidad

25. ¿Quién supervisa el comportamiento escolar de los hijos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>							

Funcionalidad

26. ¿Quién se responsabiliza de los hábitos higiénicos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>							

Funcionalidad

27. Para transmitir los valores más importantes en esta familia, ¿quién se ha responsabilizado de su transmisión y vigencia?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>							

Funcionalidad

28. Cuando algo se descompone, ¿quién organiza su reparación?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>							

Funcionalidad

29. ¿Quién o quiénes participan en la solución de un problema grave?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>							

Funcionalidad

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LA DIABETES MELLITUS

30. ¿Quiénes tomaron la decisión de vivir en este lugar?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

31. En esta familia, ¿quiénes son los más alegres o los que se divierten más?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

32. ¿Quién en esta familia estimula las habilidades y aptitudes?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

33. ¿Quiénes en la familia se abrazan espontáneamente?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

34. Cuando se llegan a enojar en esta familia, ¿quiénes son los que lo hacen y con quiénes?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LA DIABETES MELLITUS

38. Si en esta familia ha habido problemas con la autoridad (policía, jefes, maestros, etcétera) ¿Quién los ha tenido?

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad

39. ¿Quién ha presentado algún problema emocional?

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad

40. ¿Quién en la familia se aísla?

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad

Anexo 6

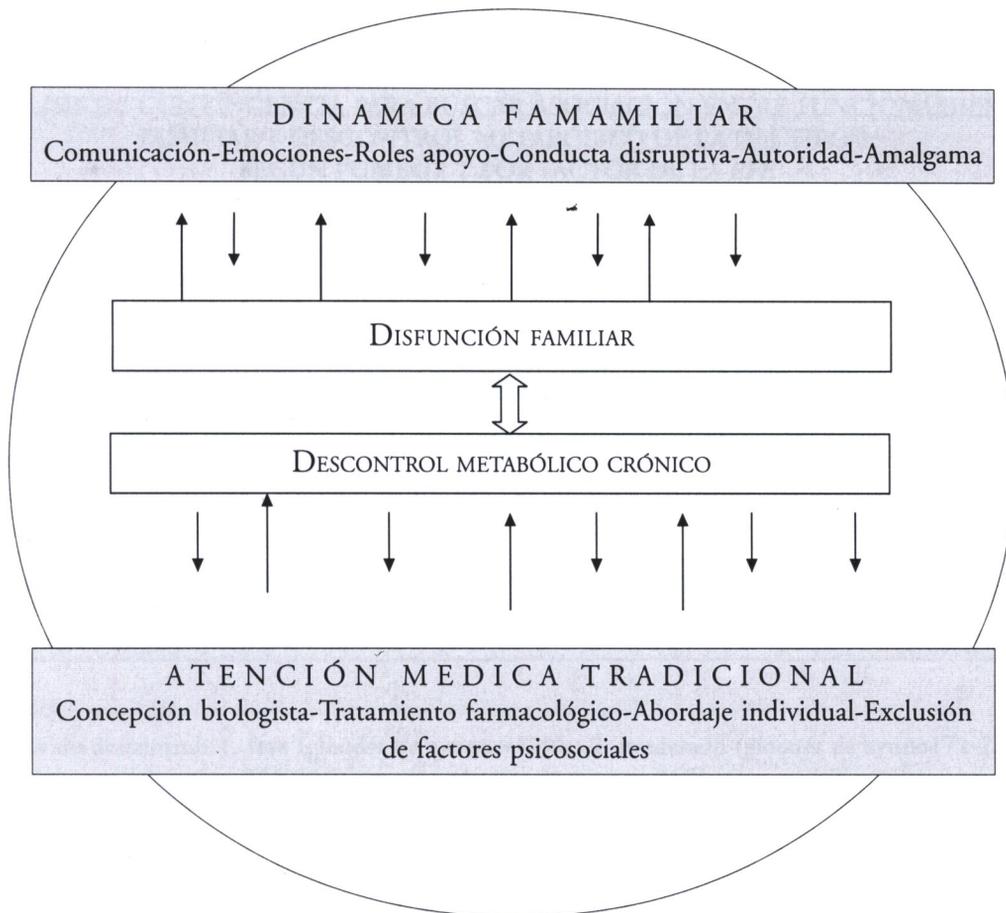
CIFRAS DE REFERENCIA PARA EL CONTROL METABÓLICO DE LA DM TIPO 2, DE ACUERDO A RECOMENDACIONES DE LA ADA, EUROPEAN NIDDM POLICY GROUP Y NOM 015-SSA2 1997 PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DM TIPO 2 EN LA ATENCIÓN PRIMARIA.

METAS DEL TRATAMIENTO	BUENO	REGULAR	MALO
Glucemia en ayunas	80-110 mg/dl	111-140 mg/dl	>140 mg/dl
Glucemia postprandial	80-144	<180	>180
Glucosa en orina	0.0 %	0.5 %	0.5 %
Colesterol total mg/dl	< 200	<250	>250
Triglicéridos mg/dl	<150	<200	>200
HDL mg/dl	>40	> 35	<35
IMC en mujeres	19-24	25-26	>26
IMC en hombres	<25	26-27	>27
PA mmHg	140/90	160/95	>160/95



Anexo 7

INTERACCIÓN FAMILIA-DIABETES



Anexo 8

CUADROS COMPLEMENTARIOS DEL ANÁLISIS DE CONTINGENCIA ENTRE DISFUNCIÓN FAMILIAR Y DESCONTROL METABÓLICO DE LA DM TIPO 2

CUADRO NO. 24
ANÁLISIS DE CONTINGENCIA PARA BUSCAR ASOCIACIÓN ENTRE FUNCIONAMIENTO
FAMILIAR Y DESCONTROL METABÓLICO DE LA DM TIPO 2,
SEGÚN PUNTAJE T POR FACTOR DE LA EFF

FACTOR: AUTORIDAD	GLUCOSA DE AYUNO MG./DL				TOTAL	GLUCOSA POSTPRANDIAL MG/DL				TOTAL
	<170	171-214	215-266	>267		<234	235-286	287-343	>344	
DISFUNCIÓN GRAVE	16.7	16.7	33.3	33.3	100%	33.3	16.7	16.7	33.3	100%
DESCONTROL GRAVE	14.3 (3.3%)	12.5 (3.3%)	25.0 (6.7%)	28.6 (6.7%)	20%	22.2 (6.7%)	16.7 (3.3%)	12.5 (3.3%)	28.6 (6.7%)	20%
DISFUNCIÓN MODERADA	23.8	28.6	23.8	33.3	100%	28.6	23.8	23.8	23.8	100%
DESCONTROL MODERADO	71.4 (16.7%)	75.6 (20%)	62.5 (16.7%)	28.6 (16.7%)	70%	66.7 (20%)	83.3 (16.7%)	62.5 (16.7%)	71.4 (16.7%)	70%
DISFUNCIÓN LEVE	33.3	33.3	33.3		100%	33.3		66.7		100%
DESCONTROL LEVE	14.3 (3.3)	12.5 (3.3%)	12.5 (3.3%)		10%	11.1 (3.3%)		25.0 (6.7%)		10%
TOTAL	23.3%	26.7%	26.7%	23.3%	100%	30%	20%	26.7%	23.3%	100%

N = 30

Grados de descontrol: 1. leve (glucosa de ayuno <170); 2. moderado (glucosa de ayuno 171-214);
grave (glucosa de ayuno 215-266); severo (glucosa de ayuno >267).

Fuente: EFF, Espejel y Cols. (1997)

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LA DIABETES MELLITUS

CUADRO NO. 24.1
ANÁLISIS DE CONTINGENCIA PARA BUSCAR ASOCIACIÓN ENTRE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y DESCONTROL METABÓLICO DE LA DM TIPO 2, SEGÚN PUNTAJE T POR FACTOR DE LA EFF

FACTOR: CONTROL	GLUCOSA DE AYUNO MG./DL				TOTAL	GLUCOSA POSTPRANDIAL MG/DL				TOTAL
	<170	171-214	215-266	>267		<234	235-286	287-343	>344	
DISFUNCIÓN GRAVE	30	10	30	30	100	30		30	40	100
DESCONTROL GRAVE	42.9 (10%)	12.5 (3.3%)	37.5 (10%)	42.9 (10%)	33.3	33.3 (10%)		37.5 (10%)	55.1 (13.3%)	33.3
DISFUNCIÓN MODERADA	33.3	25	33	8.3	100	41.7	33.3	17.7	8.3	100
DESCONTROL MODERADO	57.1 (13.3%)	37.5 (10%)	50 (13.3%)	14.3 (3.3%)	40	55.6 (16.7%)	66.7 (13.3%)	25 (6.7%)	14.3 (3.3%)	40
DISFUNCIÓN LEVE		50	12.5	37.9	100	12.5	25	37.5	25	100
DESCONTROL LEVE		50 (13%)	12.5 (3.3%)	42.9 (10%)	26.7	11.1 (3.3%)	33.3 (6.7%)	37.5 (10%)	28.6 (6.7%)	26.7
TOTAL	23.3%	26.7%	26.6%	23.3%	100	30%	20%	26.7%	23.3%	100

N = 30

Grados de descontrol: 1. leve (glucosa de ayuno <170); 2. moderado (glucosa de ayuno 171-214); grave (glucosa de ayuno 215-266); severo (glucosa de ayuno >267)

Fuente: EFF, Espejel y Cols. (1997)

CUADRO NO. 24.2
ANÁLISIS DE CONTINGENCIA PARA BUSCAR ASOCIACIÓN ENTRE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y DESCONTROL METABÓLICO DE LA DM TIPO 2, SEGÚN PUNTAJE T POR FACTOR DE LA EFF

FACTOR: SUPERVISIÓN	GLUCOSA DE AYUNO MG./DL				TOTAL	GLUCOSA POSTPRANDIAL MG/DL				TOTAL
	<170	171-214	215-266	>267		<234	235-286	287-343	>344	
DISFUNCIÓN GRAVE	25	12.5	25	37.5	100	12.5	25	37.5	25	100
DESCONTROL GRAVE	28.6 (6.7%)	12.5 (3.3%)	25 (6.7%)	42.9 (10%)	26.7	11.1 (3.3%)	33.3 (6.7%)	37.5 (10%)	28.6 (6.7%)	26.7
DISFUNCIÓN MODERADA	23.3	16.7	25	25	100	25	25	25	25	100
DESCONTROL MODERADO	57.1 (13.3%)	25 (6.7%)	37.5 (10%)	42.9 (10%)	40	33.3 (10%)	50 (10%)	37.5 (10%)	42.9 (10%)	40
DISFUNCIÓN LEVE	10	50	30	10	100	50	10	20	20	100
DESCONTROL LEVE	14.3 (3.3%)	62.5 (16.7%)	37.5 (10%)	14.3 (3.3%)	33.3	55.6 (16.7%)	16.7 (3.3)	25 (6.7%)	28.6 (6.7%)	33.3
TOTAL	23.3%	26.7%	26.7%	23.3	100%	30%	20	26.7%	23.3%	100%

N = 30

Grados de descontrol: 1. leve (glucosa de ayuno <170); 2. moderado (glucosa de ayuno 171-214); grave (glucosa de ayuno 215-266); severo (glucosa de ayuno >267)

Fuente: EFF, Espejel y Cols. (1997)

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LA DIABETES MELLITUS

CUADRO 24.3
ANÁLISIS DE CONTINGENCIA PARA BUSCAR ASOCIACIÓN ENTRE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y DESCONTROL METABÓLICO DE LA DM TIPO 2, SEGÚN PUNTAJE T POR FACTOR DE LA EFF

FACTOR: AFECTO	GLUCOSA DE AYUNO MG./DL				TOTAL	GLUCOSA POSTPRANDIAL MG/DL				TOTAL
	<170	171-214	215-266	>267		<234	235-286	287-343	>344	
DISFUNCIÓN GRAVE	35.7	21.4	21.4	21.4	100	28.6	7.1	35.7	28.6	100
DESCONTROL GRAVE	71.4 (16.7%)	37.5 (10%)	37.5 (10%)	42.9 (10%)	46.7	44.4 (13.3%)	16.7 (3.3%)	62.5 (16.7%)	57.1 (13.3%)	46.7
DISFUNCIÓN MODERADA	50		50		100	50	50			100
DESCONTROL MODERADO	28.6 (6.7%)		25 (6.7%)		13.3	22.2 (6.7%)	33.3 (6.7%)			13.3
DISFUNCIÓN LEVE		41.7	25	33.3	100	25	25	25	25	100
DESCONTROL LEVE		62.5 (16.7%)	37.5 (10%)	57.1 (13.3%)	40	33.3 (10%)	50 (10%)	37.5 (10%)	42.9 (10%)	40
TOTAL	23.3	26.7	26.7%	23.3%	100%	30%	20%	26.7%	23.3%	100%

N = 30

Grados de descontrol: 1. leve (glucosa de ayuno <170); 2. moderado (glucosa de ayuno 171-214); grave (glucosa de ayuno 215-266); severo (glucosa de ayuno >267)

Fuente: EFF, Espejel y Cols. (1997)

CUADRO NO. 24.4
ANÁLISIS DE CONTINGENCIA PARA BUSCAR ASOCIACIÓN ENTRE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y DESCONTROL METABÓLICO DE LA DM TIPO 2, SEGÚN PUNTAJE T POR FACTOR DE LA EFF

FACTOR: APOYO	GLUCOSA DE AYUNO MG./DL				TOTAL	GLUCOSA POSTPRANDIAL MG/DL				TOTAL
	<170	171-214	215-266	>267		<234	235-286	287-343	>344	
DISFUNCIÓN GRAVE	25	25	25	25	13.3	50	25		25	13.3
DESCONTROL GRAVE	14.3 (3.3%)	12.5 (3.3%)	12.5 (3.3%)	14.3 (3.3%)	100	22.2 (6.7%)	16.7 (3.3%)		14.3 (3.3%)	100
DISFUNCIÓN MODERADA	23.1	30.8	15.4	30.8	43.3	30.8	7.7	30.8	30.8	43.3
DESCONTROL MODERADO	42.9 (10%)	50 (13.3%)	25 (6.7%)	57.1 (13.3%)	100	44.4 (13.3%)	16.7 (3.3%)	50 (13.3%)	57.1 (13.3%)	100
DISFUNCIÓN LEVE	23.1	23.1	38.5	15.4	43.3	23.1	30.8	30.8	15.4	43.3
DESCONTROL LEVE	42.9 (10%)	37.5 (10%)	62.5 (16.7%)	28.6 (6.7%)	100	33.3 (10%)	66.7 (13.3%)	50 (13.3%)	26.6 (6.7%)	100
TOTAL	23.3%	26.7%	26.7%	23.3%	100%	30%	20%	26.7%	23.3%	100%

N = 30

Grados de descontrol: 1. leve (glucosa de ayuno <170); 2. moderado (glucosa de ayuno 171-214); grave (glucosa de ayuno 215-266); severo (glucosa de ayuno >267)

Fuente: EFF, Espejel y Cols. (1997)

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LA DIABETES MELLITUS

CUADRO 24.5
ANÁLISIS DE CONTINGENCIA PARA BUSCAR ASOCIACIÓN ENTRE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y DESCONTROL METABÓLICO DE LA DM TIPO 2, SEGÚN PUNTAJE T POR FACTOR DE LA EFF

FACTOR: CONDUCTA	GLUCOSA DE AYUNO MG./DL				TOTAL	GLUCOSA POSTPRANDIAL MG/DL				TOTAL
	<170	171-214	215-266	>267		<234	235-286	287-343	>344	
DISRUPTIVA										100
DISFUNCIÓN GRAVE	25	25	37.5	12.5	100	62.5		12.5	25	26.7
DESCONTROL GRAVE	28.6 (6.7%)	25 (6.7%)	37.5 (10%)	14.3 (3.3%)	26.7	55.6 (16.7%)		12.5 (3.3%)	28.6 (6.7%)	100
DISFUNCIÓN MODERADA	33.3	20	13.3	33.3	100	13.3	26.7	33.3	26.7	50
DESCONTROL MODERADO	71.4 (16.7%)	37.5 (10%)	25 (6.7%)	71.4 (16.7%)	50	22.2 (6.7)	66.7 (13.3%)	62.5 (16.7%)	57.1 (13.3%)	100
DISFUNCIÓN LEVE		42.9	42.9	14.3	100	28.6	28.6	28.6	14.3	23.3
DESCONTROL LEVE		37.5 (10%)	37.5 (10%)	14.3 (3.3%)	23.3	22.2 (6.7%)	33.3 (6.7%)	25 (6.7%)	14.3 (3.3%)	100
TOTAL	23.3%	26.7%	26.7%	23.3%	100%	30%	20%	26.7%	23.3%	100%

N = 30

Grados de descontrol: 1. leve (glucosa de ayuno <170); 2. moderado (glucosa de ayuno 171-214); grave (glucosa de ayuno 215-266); severo (glucosa de ayuno >267)

Fuente: EFF, Espejel y Cols. (1997)

CUADRO NO. 24.6
ANÁLISIS DE CONTINGENCIA PARA BUSCAR ASOCIACIÓN ENTRE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y DESCONTROL METABÓLICO DE LA DM TIPO 2, SEGÚN PUNTAJE T POR FACTOR DE LA EFF

FACTOR: COMUNICACIÓN	GLUCOSA DE AYUNO MG./DL				TOTAL	GLUCOSA POSTPRANDIAL MG/DL				TOTAL
	<170	171-214	215-266	>267		<234	235-286	287-343	>344	
DISFUNCIÓN GRAVE	29.4	23.5	23.5	23.5	100	41.2	11.8	17.6	29.4	100
DESCONTROL GRAVE	71.4 (16.7)	50 (13.3%)	50 (13.3)	57.1 (13.3%)	56.7	77.8 (23.3%)	33.3 (6.7%)	37.5 (10%)	71.4 (16.7%)	56.7
DISFUNCIÓN MODERADA	18.2	27.3	27.3	27.3	100	9.1	36.4	36.4	18.2	100
DESCONTROL MODERADO	28.6 (6.7%)	37.5 (10%)	37.5 (10%)	42.9 (10%)	36.7	11.1 (3.3%)	66.7 (13.3%)	50 (13.3%)	28.6 (6.7%)	36.7
DISFUNCIÓN LEVE		50	50		100	50		50		100
DESCONTROL LEVE		12.5 (3.3%)	12.5 (3.3%)		6.7	11.1 (3.3%)		12.5 (3.3%)		6.7
TOTAL	23.3%	26.7%	26.7%	23.3%	100%	30%	20%	26.7	23.3	100%

N = 30

Grados de descontrol: 1. leve (glucosa de ayuno <170); 2. moderado (glucosa de ayuno 171-214); grave (glucosa de ayuno 215-266); severo (glucosa de ayuno >267)

Fuente: EFF, Espejel y Cols. (1997)

CUADRO 24.7
ANÁLISIS DE CONTINGENCIA PARA BUSCAR ASOCIACIÓN ENTRE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y DESCONTROL METABÓLICO DE LA DM TIPO 2, SEGÚN PUNTAJE T POR FACTOR DE LA EFF.

FACTOR: AFECTO	GLUCOSA DE AYUNO MG./DL				TOTAL	GLUCOSA POSTPRANDIAL MG/DL				TOTAL
	<170	171-214	215-266	>267		<234	235-286	287-343	>344	
NEGATIVO										
DISFUNCIÓN GRAVE	33.3		66.7		100			66.7	33.3	100
DESCONTROL GRAVE	14.3 (3.3%)		25 (6.7%)		10			25 (6.7%)	14.3 (3.3%)	10
DISFUNCIÓN MODERADA	31.3	31.3	12.5	25	100	37.5	18.8	25	18.8	100
DESCONTROL MODERADO	71.4 (16.7%)	62.5 (16.7%)	25 (6.7%)	57.1 (13.3%)	53.3	66.7 (20%)	50 (10%)	50 (13%)	42.9 (10%)	53.3
DISFUNCIÓN LEVE	9.1	27.3	36.4	27.3	100	27.3	27.3	18.2	27.3	100
DESCONTROL LEVE	14.3 (3.3%)	37.5 (10%)	50 (13.3%)	42.9 (10%)	36.7	33.3 (10%)	50 (10%)	25 (6.7%)	42.9 (10%)	36.7
TOTAL	23.3%	26.7%	26.7%	23.3%	100%	30%	20%	26.6%	23.3%	100%

N = 30

Grados de descontrol: 1. leve (glucosa de ayuno <170); 2. moderado (glucosa de ayuno 171-214); grave (glucosa de ayuno 215-266); severo (glucosa de ayuno >267)

Fuente: EFF, Espejel y Cols. (1997)

CUADRO 24.8
ANÁLISIS DE CONTINGENCIA PARA BUSCAR ASOCIACIÓN ENTRE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y DESCONTROL METABÓLICO DE LA DM TIPO 2, SEGÚN PUNTAJE T POR FACTOR DE LA EFF.

FACTOR: RECURSOS	GLUCOSA DE AYUNO MG./DL				TOTAL	GLUCOSA POSTPRANDIAL MG/DL				TOTAL
	<170	171-214	215-266	>267		<234	235-286	287-343	>344	
DISFUNCIÓN GRAVE	25		25	50	100	25	25	12.5	37.5	100
DESCONTROL GRAVE	28.6 (6.7%)		25 (6.7%)	57.1 (13.3%)	26.7	22.2 (6.7%)	33.3 (6.7%)	12.5 (3.3%)	42.9 (10%)	26.7
DISFUNCIÓN MODERADA	40	40	20		100	40	20	30	10	100
DESCONTROL MODERADO	57.1 (13.3%)	50 (13.3%)	25 (6.7%)		33.3	44.4 (13.3%)	33.3 (6.7%)	37.5 (10%)	14.3 (3.3%)	33.3
DISFUNCIÓN LEVE	8.3	33.3	33.3	25	100	25	16.7	33.3	25	100
DESCONTROL LEVE	14.3 (3.3%)	50 (13.3%)	50 (13.3%)	42.9 (10%)	40	33.3 (10%)	33.3 (6.7%)	50 (13.3%)	42.9 (10%)	40
TOTAL	23.3%	26.7%	26.7%	23.3%	100%	30%	20%	26.7%	23.3%	100%

N = 30

Grados de descontrol: 1. leve (glucosa de ayuno <170); 2. moderado (glucosa de ayuno 171-214); grave (glucosa de ayuno 215-266); severo (glucosa de ayuno >267)

Fuente: EFF, Espejel y Cols. (1997)

Anexo 9

CARTA DE CONSENTIMIENTO



DELEGACIÓN REGIONAL DEL IMSS EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 80

CARTA DE CONSENTIMIENTO

Estamos enterados del estudio de investigación que realiza la Dra. María de los Ángeles Rentarías Ortiz sobre la relación entre la funcionalidad de la familia y el control metabólico de la Diabetes Mellitus.

Una vez que hemos recibido la información sobre los objetivos del estudio, no tenemos inconveniente en participar como Familia en la aplicación de las Escalas de Funcionamiento Familiar.

ATENTAMENTE

NOMBRE DE LA FAMILIA

Morelia, Michoacán.