UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO:

"FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y NIVELES DE GLICEMIA EN DIABÉTICOS TIPO 2 EN LA CIUDAD DE LOJA".

Tesis de grado, previa a la obtención del Título de Médico General

AUTOR:

Sr. Galo Andrés Coronel Chamorro

DIRECTOR:

Dr. Byron Garcés Loyola.

Loja - Ecuador

2014

CERTIFICACIÓN

Dr. Byron Garcés Loyola.

DOCENTE DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICA:

Que la tesis de grado titulada: **"FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y NIVELES DE GLICEMIA EN DIABÉTICOS TIPO 2 EN LA CIUDAD DE LOJA".**

De autoría del Sr. Galo Andrés Coronel Chamorro, estudiante de la carrera de Medicina Humana, previo a la obtención del título de Médico General. Ha sido dirigida y revisada en su integridad, cumpliendo con los requerimientos académicos estipulados para su aprobación; por lo que se autoriza su publicación.

Loja, 13 de Octubre del 2014

.....

Dr. Byron Garcés Loyola

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo Galo Andrés Coronel Chamorro declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositório Institucional-Biblioteca Virtual

Autor: Galo Andrés Coronel Chamorro.

Firma:

Cédula: 1104661804.

Fecha: 13 de Octubre del 2014.

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo Galo Andrés Coronel Chamorro, declaro ser autor de la tesis titulada **"FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y NIVELES DE GLICEMIA EN DIABÉTICOS TIPO 2 EN LA CIUDAD DE LOJA",** como requisito para optar al grado de Medico General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 13 días del mes de Octubre del dos mil catorce, firma el autor.

Firma:

Autor: Galo Andrés Coronel Chamorro.

Cédula: 1104661804.

Dirección: Barrio San Pedro de Bellavista. Correo Electrónico: galo_and@hotmail.es

Teléfono: 0980737638.

DATOS COMPLEMENTARIOS.

Director de Tesis: Dr. Byron Garcés Loyola.

Tribunal de Grado: Dra. Elvia Ruiz. PRESIDENTE DEL TRIBUNAL.

Dra. María Esther Reyes.

Dr. Flavio Fernández.

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico principalmente a Dios por haberme permitido llegar hasta este momento importante de mi formación profesional. A mi madre y mis hermanos por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional, guiándome por el buen camino, para seguir adelante y no desmayar

Galo Andrés Coronel Chamorro

AGRADECIMIENTO

A mi Universidad y Docentes que impartieron con sencillez y cariño todos sus conocimientos para hacerme crecer como persona y también profesionalmente.

Doy gracias incondicionales a las personas que han sido y serán el pilar fundamental y a quienes agradezco de todo corazón por tenerlos en mi vida, mi madre Olga Grimanesa Chamorro Granda y mis hermanos Rómulo Antonio, José Israel, Jorge Luis por su paciencia, comprensión y por sus sabios consejos.

Gracias de corazón.

Galo Andrés Coronel Chamorro.

1. TÍTULO

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y NIVELES DE GLICEMIA EN DIABÉTICOS TIPO 2 EN LA CIUDAD DE LOJA”.

2. RESUMEN

Mediante la presente investigación se determinó la relación entre funcionalidad familiar y el control glicémico en pacientes diabéticos tipo 2, atendidos en consulta externa del Hospital Manuel Ygnacio Monteros IESS-Loja. Con ello se estableció la importancia de la vinculación de la familia en la atención del paciente diabético.

Es un estudio descriptivo, prospectivo y transversal; teniendo como universo a 346 pacientes, se tomó como muestra a 100 pacientes desde Febrero a Julio del 2013. Se aplicó el Test APGAR FAMILIAR, para determinar la funcionalidad familiar, mientras que el control glicémico se obtuvo de los valores de glicemia en ayunas y hemoglobina glicosilada, datos de la historia clínica del paciente diabético.

De acuerdo a los resultados se encontró, que de los 100 individuos estudiados, 50 personas pertenecen a una familia funcional, de los cuales 32 pacientes tienen un control glicémico adecuado y 18 pacientes presentaron un control glicémico inadecuado. Del grupo con disfuncionalidad familiar conformado por 50 pacientes, 27 individuos perciben una disfuncionalidad familiar severa, mientras que la disfuncionalidad familiar moderada se presentó en 23 individuos, de este grupo el 62% tienen un control glicémico inadecuado.

Al aplicar la prueba estadística ODDS RATIO se determinó que la población con disfuncionalidad familiar tiene mayor predisposición (2.9), para presentar un control glicémico inadecuado. Además se observó que la población mayormente afecta por la DMT2 son trabajadores activos remunerados, demostrando la influencia que puede tener sobre esta población, afectando su calidad de vida.

Palabras clave: funcionalidad familiar, disfuncionalidad familiar, control glicémico, diabetes mellitus tipo 2.

SUMMARY

The present study seeks to determine the relation between family functionality and glycemic medical control, in type II mellitus diabetic patients cared in the "Manuel Ygnacio Monteros Hospital- IESS of Loja city". And to establish the importance of the care inclusion of relatives of type 2 diabetic patients.

This is a descriptive, prospective and transversal study, where the population is made up of 346 patients, taking as sample 100 patients from February to July of the year 2013. For the research, was applied the Test family APGAR to assess the family functionality; and it was possible to get data of the values of fasting blood glucose and glycosylated hemoglobin.

According to the results, was found that in the sample of 100 patients, 50 persons family belongs to a functional, of whom, the 32 keeps adequate blood glycemic levels, and 18 patients had inadequate glycemic control. In the group with family dysfunctionality 27 persons perceive it like severe dysfunctionality, while 23 perceive it like moderate dysfunctionality. In the glycemic medical control of the patients with family dysfunction, the 62% keeps inappropriate blood glycemic levels.

Applying the ODDS RATIO was determined that the patients group with family dysfunction, has main predisposition (2.9), for having inappropriate blood glycemic levels. In addition it was possible to know that the population most affected with DMTII is the active paid workers, demonstrating the influence it may have on this population, affecting their life quality.

Key words: Family functioning, family dysfunction, blood glucose levels, type II mellitus diabetic.

3. INTRODUCCIÓN

La familia es un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo, es considera como la base de la sociedad. La unión familiar asegura a sus integrantes estabilidad emocional, social y económica. Es allí donde se aprende tempranamente a dialogar, a escuchar, a conocer y desarrollar sus derechos y deberes como persona humana. Este entorno se puede ver afectado por factores externos como la aparición de una enfermedad crónico como la diabetes mellitus tipos 2 en uno de sus miembros, que ocasionara alteración de las relaciones familiares, con ello un cambio en la familia.

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2) es una alteración del metabolismo de los hidratos de carbono, las proteínas y los lípidos resultante del desequilibrio entre la insulina disponible y la insulina necesaria. Puede ser consecuencia de la deficiencia absoluta de la insulina, deficiencia de la liberación de la insulina por parte de las células beta del páncreas, receptores para insulina insuficientes o defectuosos, o producción de insulina inactiva o insulina que es degradada antes de que pueda ejercer sus efectos.

En Ecuador el cuadro epidemiológico la DMT2 constituye un problema de salud afectando hasta el 2012 a 116.973 entre las edades de 50 a 64 años, mientras que en la provincia de Loja, la DMT2 se encuentra entre las 10 principales causas de morbilidad según datos estadísticas del Ministerios de Salud Pública, en el 2012 se notificaron 2.526 casos, mientras que en el año 2013 durante los meses enero a junio, se notificaron 2208 casos, prevaleciendo en el género femenino con 1394, según el grupo poblacional, los adultos mayores son los más afectados con 891 casos, pero la población considerada económicamente activa entre 20 a 64 años se notificaron cerca de 1303 casos. En el cantón de Loja durante el período de enero a junio del 2013 se ha notificado 610 casos prevaleciendo en el género femenino con 349 casos notificados de DMT2.

Al ser una enfermedad crónica y que en muchas de estas personas al momento del diagnóstico presentan complicaciones propias de la enfermedad, como nefropatía, neuropatía y retinopatía diabéticas, entre otras; lo que implica que el paciente se vea frente a las necesidades que demanda esta enfermedad, como es, la administración de tratamiento farmacológico sea con antidiabéticos orales, con insulina o combinados, controles médicos y de laboratorio rutinarios, cambios en el estilo de vida, entre otras, han hecho que se vea afectado el paciente, la familia, y el entorno en el cual se desenvuelve, lo que se refleja en un conflicto familiar manifestado como disfuncionalidad familiar y en los pacientes con diabético se verá reflejado en los valores de glucosa y hemoglobina glicosilada inadecuado.

El desarrollo del presente trabajo denominado ¨**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y NIVELES DE GLICEMIA EN DIABÉTICOS TIPO 2 EN LA CIUDAD DE LOJA.**¨ tiene como objetivo principal determinar la relación entre la funcionalidad familiar y el control de glicemia en diabéticos tipo 2 atendidos en hospital Manuel Ygnacio Monteros y como objetivos específicos, identificar mediante el TEST APGAR FAMILIAR (Anexo1), la funcionalidad y disfunción familiar; determinar la asociación entre familia funcional y los niveles de glicemia en pacientes diabéticos tipo 2; y, la relación entre familia disfuncional con los niveles de glicemia en pacientes diabéticos tipo 2, lo que permitirá demostrar la importancia que tiene la familia en el control glicémico de este tipo de pacientes.

La realización de esta investigación con carácter descriptivo, transversal y prospectiva, se fundamenta en que en la actualidad las relaciones intrafamiliar influyen en el control de la diabetes mellitus tipo 2, es así que la disfunción familiar da lugar a un control inadecuado con un mayor riesgo de complicaciones de la enfermedad, afectando aún más el estado de salud de las personas con DMT2. En el presente estudio en el que se conformó dos grupos con 50 individuos cada uno, del primer grupo que obtuvieron una puntuación entre 7 a 10, el 64% tiene valores de glucosa y hemoglobina glicosilada dentro de los valores adecuados, mientras que, de los 50 individuos con disfuncionalidad familiar, 27 presentaron una familia disfuncional severa y 23

individuos pertenecen a una familia disfuncional moderada. A su vez, este grupo 62% presentaron un control glicémico inadecuado.

De esta manera al comparar el presente trabajo con otras investigaciones realizadas en diferentes centros hospitalarios y universidades se ha demostrado que contar con el apoyo de la familia es indispensable para el control y autocontrol de la diabetes por parte de los pacientes, sin olvidar que la diabetes es un problema social y de salud pública de alcance mundial, por el riesgo de complicaciones y el alto costo económico que representa para el estado.

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN DIABÉTICOS TIPO 2.

1. FAMILIA.

1.1. Definición.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como familia a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado de sangre, adopción y matrimonio. Es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella.

Al ser un conjunto organizado e interdependiente de unidades ligadas entre sí por sus reglas de comportamiento y por funciones dinámicas, en constante interacción entre sí y en intercambio permanente con el exterior.[1]

En Medicina Familiar se refiere al grupo social primario formado por individuos con lazos sanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar la salud individual y familiar de sus miembros.[2]

En el núcleo familiar se satisfacen las necesidades más elementales de las personas, como comer, dormir, alimentarse, etc. Además se da amor, cariño, protección y prepara a los hijos para la vida adulta, colaborando con su integración en la sociedad. La unión familiar asegura a sus integrantes estabilidad emocional, social y económica. Es allí donde se aprende tempranamente a dialogar, a escuchar, a conocer y desarrollar sus derechos y deberes como persona humana.[3]

En las Américas, los factores culturales de las familias repercuten significativamente en el acceso a la salud y en las actitudes saludables, en la

Región han aumentado las familias en crisis. Las sociedades ya no pueden suponer que todas las familias protegerán a sus miembros por sí mismas. El maltrato, el descuido, la explotación sexual de los niños, la violencia conyugal y otro tipo de violencia doméstica, así como el descuido de los ancianos, son hechos comunes dentro de la familia de importancia para la salud pública.[4]

En consonancia con las tendencias internacionales respecto de la integración de las intervenciones de salud y de la interrelación entre los diferentes determinantes de la salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha propuesto un enfoque que hace de la familia un ámbito clave para las intervenciones dirigidas a mejorar la salud de la población.[4]

1.2. El ciclo vital de la familia.

La familia es una organización dinámica, se halla en una interacción constante que es responsable del crecimiento personal, individual y colectivo. La familia tiene una historia natural -un ciclo vital- que la hace caminar por sucesivas etapas, se puede considerar entonces como un organismo vivo, que nace, crece, se reproduce y muere; en cada una de dichas etapas sus miembros experimentan cambios y adoptan comportamientos que, de alguna manera, son previsibles por atenerse a normas conductuales y sociales preestablecidas.[5]

Cada etapa ocasiona cambios que requiere adaptación para el paso de una fase a otra, la que está marcada en algunas ocasiones por inestabilidad y crisis, pero este período no necesariamente debe de ser negativa.[1]

El ciclo familiar se puede comprender en las siguientes etapas:

- **Matrimonio:** la unión de una pareja responde a expectativas individuales de crecimiento físico y emocional (enamoramiento) que culmina con un paso decisivo de todo ser humano cuando debe separarse de su propia familia para formar una nueva. Éste hecho engloba implicaciones biológicas, sentimentales, religiosas, culturales, que cambian la vida del individuo, de su pareja y de quienes integran las dos familias que se unen en un vínculo social. [1,6]

- **Expansión:** o llegada de los Hijos, constituye la fase en la que la pareja pasa a ejercer el rol de padres. Dado que la paternidad requiere estabilidad y madurez emocional se aconseja que en lo posible la pareja espere entre uno o dos años para iniciar ésta etapa ello pasa asegurar un ajuste en la relación, así como la preparación para la llegada del nuevo miembro que de cierta forma alterará la dinámica de la joven familia. A través de los hijos la familia penetra al ambiente cultural de la escuela, los clubes, los amigos del niño y sus familiares, con lo que enriquece el núcleo familiar. [1,6]
- **Dispersión:** se encuentra a una familia con el/los hijo(s) adolescente que busca libertad, independencia y autenticidad. Es una etapa en la que se pone a prueba la resistencia del sistema familiar, y la formación de los padres y educadores. En un gran número de familias predomina la ansiedad, producto del miedo a perder la autoridad. [1,6]
- **Independencia:** el adolescente que ya encontró su identidad y está en condiciones de planear su futuro, conocerá la capacidad de amar, de recibir y dar, estará en condiciones entonces de formar una familia dejando de lado a la que le dio origen. En esta etapa los hijos abandonan el hogar ya sea para: casarse, continuar con sus estudios o para trabajar en forma independiente. [1,6]

La crisis de la salida de los hijos del hogar es más difícil para la mujer, sobre todo si esta ha hecho del cuidado de los hijos la tarea más importante y el sentido de su vida, a diferencia de las que trabajan, quienes se resienten menos. En esta etapa uno de los abuelos enviude o requiere de cuidados especiales, por lo que suele solicitar el apoyo de uno de sus hijos, o estos pueden ofrecerse a cuidarlo. La situación de los abuelos provoca cambios en la familia. La resentirá a la pareja, y también los hijos se verán afectados. [1,6]

- **Vejez y Muerte:** se caracteriza por un declive gradual de las funciones, físicas o psíquicas, por lo general se debe al envejecimiento natural y gradual de las células del cuerpo, en otros casos son las enfermedades crónico-degenerativas las que afectan a alguno de los miembros de la pareja, por lo que el otro puede ejercer el rol del cuidador, lo cual no

siempre resulta fácil; y en otras ocasiones se invierten los roles y ahora los hijos cuidan de sus padres ancianos. [1,6]

1.3. Tipos de familia.

Existen varias formas de clasificación u organización familiar, ello dado los procesos de organización y conformación propios de cada grupo, se pueden citar así los siguientes:[6]

- **En Base a su Estructura:**

  Cada familia tiene una estructura específica que sustenta las funciones básicas que deben tener y recibir sus miembros para su adecuado desarrollo individual y colectivo. "La estructura familiar se define típicamente por quienes son los miembros de la familia y la relación entre ellos". También podría decirse que "la estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos que interactúan los miembros de una familia[5]. Se conocen las siguientes formas y expresiones de familias:

  a) **Familia Nuclear**: madre, padre e hijos.
  b) **Familia Extensa:** padres, hijos y abuelos
  c) **Familia Extensa Compuesta:** familia nuclear más otros familiares consanguíneos o de parentesco legal (tíos, primos, yernos, cuñados etc)
  d) **Familias Monoparentales:** Resulta cuando la pareja decide no seguir viviendo junta o separarse o divorciarse.

- **En Base a su Desarrollo:**

  a) Familias Primitivas: cuando la organización familiar corresponde al clan o a la organización tribal. Es decir está constituida por varias generaciones en línea directa (tres o cuatro) y se trata, de hecho de varias familias emparentadas entre su, compartiendo el mismo terreno y bajo la jerarquía del patriarca.

  b) Familia Tradicional: cuando los roles familiares están perfectamente caracterizados dentro del patrón tradicional de organización familiar: el padre como autoridad máxima y como proveedor de bienes: la madre encargada de las laborea domésticas, la maternidad y la que proporciona

afecto y cuidados; los hijos supeditados a la autoridad paterna y cuidados maternos.

c) Familia Moderna: cuando ambos padres comparten derechos y obligaciones en el sostenimiento familiar y en la crianza de los hijos. La autoridad es también compartida y los patrones no son tan rígidos. Los hijos participan en la organización familiar y en la toma de decisiones.[6]

- **En Base a su Integración:**

a) Familia Integrada: cuando los conyugues viven juntos y cumplen además adecuadamente sus funciones (socialización, cuidado, afecto, reproducción, estatus)

b) Familia Semi-integrada: cuando los cónyuges viven juntos pero no cumplen las funciones propias de la familia.

c) Familia Desintegrada: es aquella en la cual falta alguno de los conyugues por muerte, divorcio, separación o abandono.

- **En Base a su Demografía:**

a) Familia Urbana: con las características socioeconómicas y culturales de una ciudad pequeña, mediana o grande y los servicios urbanos y domésticos que esto implica: energía eléctrica, agua entubada, drenaje, transporte, escuelas, diversiones etc.

b) Familia Rural: con las características socioeconómicas y culturales de las comunidades rurales: dedicadas a la agricultura y la ganadería como medio principal de subsistencia; pocos recursos económicos, educacionales y tecnológicos, acceso limitado a los grandes centros urbanos, patrones tradicionales o primitivos de organización tradicional.

c) Familia Suburbana: con las características del medio rural en cuando a su organización y sus costumbres domésticas pero injertados en el medio urbano, generalmente en colonias periféricas y con carencia de servicios públicos, compuestas en su mayoría por familias que emigran del campo a la ciudad y que paulatinamente van cambiando sus patrones culturales, sobre todo en las generaciones jóvenes.[6]

1.4. FUNCIONES DE LA FAMILIA.

La familia está encargada, como ente principal de la composición de una sociedad, de desarrollar todos los procesos básicos que llevan al progreso de sus miembros. En este núcleo social se trasmiten los principios y actitudes psicosociales. Las conductas, comportamientos y enfermedades pueden delinearse en la interacción de los participantes de una familia. Entre las funciones que se deben llevara a cabo en una familia, están:

- **Funciones Intrafamiliares**

- Apoyo y protección para satisfacer las necesidades materiales y biológicas.
- Ayuda para que cada persona logre un desarrollo de su personalidad adecuado, y pueda realizar los roles que le imponen los demás participantes de su familia, así como también la sociedad.
- La satisfacción de la pareja, la reproducción y la crianza de los hijos, entre otros.

- **Funciones Extrafamiliares**

- La familia debe "trasmitir los valores, actitudes éticas, normas de comportamiento, estrategias para sobrevivir y tener éxito en un mundo social complejo y competitivo".
- Dada la influencia del estrato social en la que se halla, también tiene la función de proveer un status a sus miembros.
- Al ser la familia la unidad primaria de la sociedad, entre sus miembros se desarrollan diversas funciones de comunicación, división de roles y transacciones múltiples, que le permiten tener una dinámica específica y propia.[22]

- **Otras Funciones:**

- Educar a los niños que se encuentren dentro de ella, para asegurar su socialización.
- Establecer patrones de comportamiento y límites de conducta, sin ser demasiado permisivos o demasiado rígidos.

1.5. FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

Desde la revisión de la literatura sobre familia y terapia familiar realizada por David H. Olson, Candyce Russell y Douglas Sprenkle (1979, 1980, 1982 Y 1983) se integraron conceptos provenientes de tres dimensiones centrales del comportamiento familiar: cohesión (vínculos familiares), adaptabilidad (cambio) y comunicación. Estas variables de la funcionalidad familiar se ven influidas por las etapas del ciclo vital familiar, proceso de desarrollo que consiste en atravesar una serie de fases que implican cambios y adaptaciones. Estos cambios pueden provocar crisis de menor o mayor intensidad, cada crisis lleva a desenlaces exitosos que posibilita nuevos desarrollos, o desenlaces negativos, que conllevan a estancamiento y puede generar enfermedades físicas y/o psicológicas[8].

La palabra función viene del vocablo functio-nis-nos hace referencia al cumplimiento, ejercicio, desempeño. La disfunción obstaculiza las operaciones anteriores o las lleva a cabo en el ámbito de otra competencia[9].

El funcionalismo estudia las funciones y su complejidad, además explica la dinámica de la sociedad mediante la contribución de las partes o las necesidades del conjunto y establece los requerimientos que una sociedad ha de satisfacer para mantenerse[9].

De acuerdo al paradigma funcional de Etzioni cuyo fin es la satisfacción de las necesidades sociales, en ciertas circunstancias, períodos del ciclo vital de una familia, aunque las necesidades son universales, las misma siempre y en todas partes las respuestas son alternativas, pero no equivalentes, por lo que difieren en su eficacia, dando como resultado las manifestaciones de funcionalidad o disfuncionalidad antes las necesidades a las que se enfrenta la familia[9].

La funcionalidad familiar juega un papel importante en el desarrollo social y psicológico de los miembros que constituyen el núcleo familiar, y depende no sólo de la generosidad que lleva a los seres sociales a unirse para sobrevivir, sino también, de la plasticidad operacional conductual que permita a los miembros operar consensualmente, como condición para la realización de sus funciones particulares mediante la pertinencia al sistema. De acuerdo con esto,

las perturbaciones o situaciones estresantes que comprometan el sistema familiar puede producir un desequilibrio, ya sea en los planos físico o emocional de él o los integrantes que hacen parte de él.[10]

Un sistema familiar equilibrado y bien estructurado favorece la realización y logro de las funciones de todos sus miembros. El vocablo sistema proviene del griego synitanai, poner junto. Se trata de unidades ligadas que forman un grupo cuyos elementos que lo componen son interdependientes entre sí. El sistema es similar a un cuerpo cuyo crecimiento hace a cada miembro más fuerte sin alterar a los restos de los integrantes del sistema.[9]

La interacción dentro del sistema tiene las siguientes características[9]:

a. Multidireccional: todos los integrantes influyen y son influidos por los demás.
b. Un objetivo puede lograrse a través de medios y actividades diferentes.
c. Las partes de un sistema en cuanto tales son subsidiadas entre sí.
d. Existe la jerarquía entre los elementos de cada sistema y entre los diversos sistemas.
e. Todos influyen y son influidos de alguna manera por el ambiente.

Pérez E (1977), define la salud familiar como el resultado del equilibrio armónico entre sus 3 componentes: la salud, los factores socioeconómicos y culturales y el funcionamiento familiar, siendo este último el que juega el papel rector, pues expresa la capacidad, la relación dinámica y sistémica que se establece entre sus miembros, y la capacidad que tiene el grupo para enfrentar las crisis.[11]

Cuadro 1: LA FAMILIA COMO SISTEMA[6]

Elementos	Sistema familiar	Impacto ad-intra	Impacto ad-extra
Sí funcionan	Sí funciona	Permanencia	Control social
No funcionan	No funciona	Desintegración	Parasitismo social
Algunos sí funcionan (otros no)	Sí funciona	Inequidad familiar	Cierto protagonismo social
Algunos no funcionan (otros sí)	No funciona	Estabilidad precaria	Conductas antifamiliares

Autora del cuadro: Dra. Ana Teresa López de Llergo

Siempre se tiene que tener en cuenta que la salud familiar no es un estado estático, sino está sometido a un proceso de transformación, donde juegan un papel fundamental las potencialidades con que cuenta la familia.[11]

En el seno del sistema familiar, todos influyen en todos, cada uno desempeñan ciertas tareas o funciones. Por eso, la causa de los éxitos y los fracasos no se deben a un solo miembro del grupo, sino a todos, en mayor o menor grado. Lo ideal para la permanencia de la familia es que funcione tanto el sistema como cada uno de sus elementos, lo que le da tal peso que por su misma presencia es capaz de ejercer un adecuado control ético-cultural de la vida social.[9]

Dejando esclarecida la relación entre lo individual, y la familia y la sociedad, podemos pasar a hacer algunas especificaciones sobre la salud familiar:[11]

- La salud familiar no es un estadio, sino un proceso continuo. La salud familiar se construye a diario, en la propia dinámica interna que establecen los miembros, en la toma de decisiones, en el enfrentamiento ante cada nueva situación, en la forma en que se educan y socializan a los miembros.
- La salud familiar es un proceso único e irrepetible en cada familia, que se caracteriza por manifestaciones propias que la identifican en cada grupo familiar.
- La salud familiar no es la suma de la salud individual.
- La salud familiar es un proceso dinámico que se encuentra en un continuo equilibrio y cambio. La familia siempre está retada al cambio, los acontecimientos propios del ciclo vital y aquellos hechos o situaciones accidentales producen cambios en la vida familiar; es la capacidad de adaptación, la llamada al reajuste familiar y la búsqueda del equilibrio.
- Los problemas de salud familiar tienen un origen multicausal. La salud familiar está determinada por factores socioeconómicos (condiciones materiales de vida de la familia, total de ingresos y percápita familiar), factores sociopsicológicos (modo de vida familiar, integración social, participación social, convivencia social), factores socioculturales (nivel educacional de los miembros de la familia), el funcionamiento familiar, la estructura familiar, el estado de salud de los miembros de la familia, la forma

de afrontamiento a los acontecimientos y conflictos internos y externos, y el acceso a las redes de apoyo.

Si la disfunción es total, la familia se desintegra y expulsa inertes a sus miembros, convirtiéndolos en parásitos sociales. Mientras que si un elemento se encuentra en un sistema funcional, la responsabilidad de sacar adelante a la familia recae en unos y otros solo se aprovechan los beneficios. Sin embargo como tiene seguridad, hay confianza básica que les permite cierto protagonismo social, sin conseguir del todo el control social. Si esto mismo elementos funcionan dentro de una familia disfuncional, la estabilidad familiar es precaria y sus miembros, y sus miembros al no encontrar cobijo, desconocen y atacan lo que les es propio.[9]

Cada uno de los miembros del sistema cumple roles y aportan al sistema familiar, de esta manera pueden existir miembros que aportan a familia, y otros que no lo hacen, otros que se desarticulan del sistema, y sus criterios pueden afectar muchas más a la familia lo que podría originar graves disfunciones familiares.[9]

Una mirada más amplia de la familia debe abordarla no sólo como generadora de las situaciones de violencia sino desde su potencial rehabilitador aún en comunidades de alta vulnerabilidad, La familia, con base en modificaciones de su funcionamiento, puede ser un contexto desde el cual reconstruir expectativas de vida diferentes, de paz, autonomía, y armonía individual y familiar.[8]

Lo anterior sugiere entonces, que una mejor funcionalidad familiar, es decir, una cohesión, adaptabilidad y comunicación más adecuadas en las familias con enfermos crónicos, conllevarían a una disminución de factores de riesgo y a su vez podría prever situaciones descontroladas y complejas.

1.5.1. Indicadores de la Funcionalidad Familiar

Entre los indicadores más utilizados para valorar la funcionalidad familiar podemos señalar los siguientes:

a) **La adaptabilidad familiar:** se refiere a la flexibilidad o capacidad de la familia para adoptar o cambiar sus reglas o normas de funcionamiento, roles,

etc, ante la necesidad de tener que enfrentar determinados cambios, dificultades, crisis o conflictos por los que puede atravesar la misma en un momento dado. La no presencia de esta flexibilidad impide a la familia hacer un uso adecuado de sus recursos, lo que provoca un aferramiento a esquemas, normas, roles, actitudes, que resultan poco funcionales y dificultan encontrar una solución viable a la situación familiar problemática.

b) **La participación:** Es la participación como socio, en cuanto se refiere a compartir la toma de decisiones y responsabilidades como miembro de la familia. Define el grado de poder y participación de cada uno de los miembros de la familia.

c) **Crecimiento:** Se refiere a la posibilidad de maduración emocional y física, y de autorrealización de los miembros de la familia, por el apoyo mutuo. Afecto: Es la relación de amor y atención que existen entre los miembros de la familia.

d) **Recursos:** Es el compromiso o determinación de dedicar tiempo (espacio, dinero) a los otros miembros de la familia.

e) **La cohesión:** es una de las dimensiones centrales de la dinámica familiar y puede ser definida a partir de los vínculos emocionales que los miembros de una familia establecen entre sí. Cuando la cohesión es estrecha favorece la identificación física y emocional y el establecimiento de sólidos vínculos y un fuerte sentimiento de pertenencia con el grupo familiar en su conjunto.[12,13,14]

En su artículo Patricia María Herrera Santí, sobre la familia funcional y disfuncional, un indicador de salud, menciona que manera general los indicadores recomendados para medir funcionamiento familiar son los siguientes:

a) **Cumplimiento eficaz de sus funciones**: económicas, biológicas y culturales-espirituales.

b) **Desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros:** Cuando la familia exige una fusión o dependencia excesiva entre sus miembros limita la superación y realización personal e individual de éstos, pero por el contrario, cuando la relación familiar es muy abierta y defiende

mucho la individualidad, tienden a anularse los sentimientos de pertenencia familiar. Para que la familia sea funcional hay que mantener los "límites claros" (fronteras psicológicas entre las personas que permiten preservar su espacio vital) de manera tal que no se limite la independencia, ni haya una excesiva individualidad para poder promover así el desarrollo de todos los miembros y no se generen sentimientos de insatisfacción o infelicidad.[15]

c) **Flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos:** Se considera una familia funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por éstos. Es importante también para que la familia sea funcional que no haya sobrecarga de rol que puede ser debido a sobre exigencias, como podría ser en casos de madres adolescentes o de hogares monoparentales y también se deben a sobrecargas genéricas o por estereotipos genéricos que implican rigidez en cuanto a las funciones masculinas y femeninas en el hogar.

   Otra condición necesaria para que funcione adecuadamente la familia es que exista flexibilidad o complementariedad de rol, es decir, que los miembros se complementen recíprocamente en el cumplimiento de las funciones asignadas y éstas no se vean de manera rígida.

   Se debe analizarse la jerarquía o distancia generacional que puede darse de una manera horizontal (cuando se tiene el mismo poder) o de una manera vertical (cuando hay diferentes niveles de jerarquía). La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía, (por ejemplo: la madre que pide autorización al hijo para volverse a casar) y cuando la jerarquía se confunde con el autoritarismo.[15]

d) **Comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas:** Cuando existe una comunicación distorsionada o disfuncional, es decir, a los dobles mensajes o mensajes incongruentes o sea, cuando el mensaje que se trasmite verbalmente no se corresponde o es incongruente con el que se trasmite extraverbalmente o cuando el mensaje es incongruente en sí mismo y no queda claro.

Cuando en la comunicación hay dobles mensajes es porque hay conflictos no resueltos, por lo que las dificultades en la comunicación pueden verse más bien como consecuencia de las disfunciones entre otros vínculos familiares, como las reglas, roles, jerarquías, etc., aunque no se debe olvidar que todas ellas funcionan de manera circular.

e) **Adaptación a los cambios:** La familia funciona adecuadamente cuando no hay rigidez y puede adaptarse fácilmente a los cambios. La familia es un continuo de equilibrio-cambio. Para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, en fin, de modificar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros.[15]

La capacidad de adaptación es uno de los más importantes, no sólo porque abarca todo el conjunto de vínculos familiares, sino también por el hecho de que la familia está sometida a constantes cambios porque tienen que enfrentar constantemente 2 tipos de tareas que son las tareas de desarrollo (tareas relacionadas con las etapas que necesariamente tiene que atravesar la familia para desarrollarse a lo cual se le denomina "ciclo vital") y las tareas de enfrentamiento (que derivan del enfrentamiento a las llamadas crisis familiares no transitorias).

1.6. DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR.

Los problemas pueden originarse dentro del seno familiar o venir de fuera y afectar la intimidad de este núcleo. En muchas ocasiones cuando los problemas o dificultades internos no se resuelven vuelcan su insatisfacción y enojo fuera de ella lo que genera nuevos problemas.[9]

El malestar en la vida familiar puede deberse a problemas estructurales, a alteraciones en su dinámica o a ambos. En la estructura hay problemas cuando falta algún miembro, sea por abandono, enfermedad o muerte. En la dinámica se da debido a que no se realizan bien las tareas correspondientes, no las hace quien debería, se las lleva a cabo fuera de tiempo, y del lugar oportuno. Estos factores afectan las relaciones humanas fundamentales para el bienestar

familiar. Algunas disfunciones se deberán a la falta de recursos materiales y humanos.

La respuesta simplistas y el reducir los problemas a un solo ámbito, un caso sería pensar que la falta de comunicación intrafamiliar de debe a la falta de recursos materiales y que no influye en nada la poca disponibilidad en algunos de sus integrantes, tiende a generar que los problemas no sean resuelvan de manera adecuada.[9]

La familia como sistema tiene muchas funciones las mismas que al ser cumplidas se pueden evitar disfunciones:

- Satisfacer las necesidades físicas: alimento, vestido, vivienda, salud.
- Formar los roles sexuales
- Cubrir las necesidades afectivas y favorecer la salud mental.
- Fortalecer la personalidad
- Estimular las necesidades de aprendizaje y apoyar la creatividad
- Preparar para el desempeño de los papeles sociales.

Cuando la familia funcional exige la salud física de sus miembros, cualquier tipo de enfermedad supone un desajuste, que será tan grave como lo sea la enfermedad, especialmente si carece de recursos económicos. De igual forma la salud mental que se expresa con la actitud a uno mismo y al entorno, tiene que ver con la aceptación de cada uno de los miembros tal cual son: enfermos, minusválidos, desequilibrados emocionalmente, poco o muy poco inteligentes. El rechazo mutila afectivamente a los miembros de la familia que carecen de confianza para cumplir sus roles. En caso de los miembros enfermos se deberá compensar la disfunción de la enfermedad física con una actitud mental sana.[9]

Cuando el entorno familiar se ve afectado será necesario el diálogo, el mismo que debe cumplir con algunos aspectos:

- Saber escuchar, sobre todo a quienes les afectará una resolución o a quienes puedan aconsejar.
- Dar razones y explicar lo adecuado para inspirar a la demás seguridad y la confianza.

- Tener disposición de aceptar las sugerencias razonables, para mejorar las decisiones.
- Establecer un sistema de diálogo que se apoye en lo común y respete lo diverso.

1.7. LA FAMILIA COMO DETERMINANTE DE LA SALUD.

La familia constituye la unidad de la producción de la salud a escala microsocial, cumple funciones importantes en el desarrollo biológico, psicológico y social. La familia es para el individuo un valor de alto significado y compromiso personal y social, fuente de amor, satisfacción, bienestar y apoyo, también constituye fuente de insatisfacción, malestar, estrés y enfermedad. Las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud. La vivencia de problemas familiares precipita respuestas de estrés, entre las cuales se encuentra el descontrol de la enfermedad crónica o su inicio.[16]

La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida, y por lo tanto se reconoce que ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y sus daños.

Comprobaciones empíricas han evidenciado el rol de la familia en la salud y la enfermedad. *Dingle* y colaboradores en la década de los 60 analizaron familias por un período de tres años para estudiar la incidencia de enfermedades respiratorias y obtuvieron que la incidencia acumulativa de las más comunes de estas enfermedades varíen en dependencia de la intensidad y magnitud de las relaciones familiares. Por otra parte la susceptibilidad al infarto se encontró altamente relacionada con la fragmentación y desorganización de la familia, definida como situaciones de divorcio, separación, hogares monoparentales.

En estudio de caracterización biopsicosocial de las 154 familias de un consultorio médico del municipio Playa, Ciudad de la Habana, en 1994, se obtuvo que la disfuncionalidad familiar estuvo asociada con las condiciones materiales limitadas, con la estructura familiar multigeneracional y con riñas

matrimoniales e intergeneracionales. Las familias disfuncionales tenían una incidencia más alta de enfermos crónicos con pobre control de su enfermedad, las mujeres de esas familias no planificaban su reproducción. En esos hogares se concentraban los problemas de alcoholismo, conducta antisocial, promiscuidad, conducta suicida y métodos incorrectos de crianza.[16]

1.8. ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTE (AVE) EN LA FAMILIA.

La familia se ve afectada en las diferentes etapas su ciclo vital, especialmente a partir de los 50 años en la cual los padres empiezan quedarse sin la compañía de sus hijos, en el ámbito social, empiezan a culminar sus funciones laborales. Las enfermedades con carácter crónico degenerativo empiezan a modificar los estilos de vida, una de las que tiene mayor prevalencia es la Diabetes Mellitus tipo 2.

Toda situación de cambio percibida como negativa que desencadenan una serie de modificaciones en las personas a fin de a adaptarse a la situación. La falta de adaptación o resolución a dicha situación puede desencadenar numerosos síntomas y signos, como la aparición de enfermedades. A nivel familiar, pueden desestabilizar la homeostasis del grupo familiar y en caso de no contar con estrategias y recursos adecuados para su adaptación, pueden concluir en una disfunción familiar.

El impacto de la Diabetes Mellitus al igual que otros de factores estresante vitales en la familia dependerá de:

- El tipo, la intensidad y las características del agente estresante.
- La calidad y la cantidad de los recursos familiares.
- El equilibrio u homeostasis de la familia, las creencias y la percepción frente al agente estresante.

Cuando una situación de estrés es muy intensa (fallecimientos, divorcio inesperado, despido laboral, cambio de trabajo de domicilio) y la familia cuenta con poco apoyo social es posible que desencadene una crisis, en cambio el mismo estrés en presencia de óptimos recursos familiares facilitará su adaptación y evolución del sistema.[17]

Se distinguen tres grupos de factores estresantes:

- Ambiente físico: el hacinamiento, ruidos, cambios extremos de temperatura.
- Estructura social: relacionados a las condiciones económicas, laborales y sociales.
- Situaciones conflictivas: eventos estresantes que tienen origen interpersonal o en la familia, como presencia de enfermedad grave, discapacidad, fallecimiento, violencia conyugal.

Por otra parte existen consecuencias de los AVES sobre el individuo y la familia, éstas son:

- Aparición de enfermedades: Cardiovasculares (HAS, IAM, EVC); Endócrinas (DM); Gastrointestinales (Síndrome de colon irritable, alteraciones motoras). Padecimientos psiquiátricos: ansiedad, depresión. También se ha encontrado una relación entre estos eventos y problemas de asma, cefaleas y algunas epilepsias.

Cuando los AVE son intensos y no existen recursos familiares, o son insuficientes, pueden desencadenar una crisis familiar. Las crisis familiares generan desequilibrios y el sistema puede alterar su funcionamiento al no mantener las normas de convivencia ni cumplir con las actividades y tareas de los distintos miembros. Los elementos que definen la crisis familiar son los siguientes:

- Incapacidad de la familia para cumplir los roles y sus tareas habituales en el trabajo, el negocio y la escuela.
- Incapacidad para tomar decisiones y solucionar problemas
- Incapacidad para cuidar de otros en la forma habitual

En algunos problemas psicosociales, se ha comprobado relación causal entre los propios AVE, es decir que un evento estresante conduce a otro y así sucesivamente hasta la resolución ya sea óptima o no. Ejemplo: la muerte de un hijo conduce a problemas conyugales finalizando con el divorcio; por otra

parte puede concluir en unión de la pareja y ayuda mutua para enfrentar la situación.[17]

1.9. DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA FAMILIA.

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2), es una enfermedad metabólica crónica, asociada a la deficiencia absoluta o relativa de insulina, dando lugar a hiperglucemia y sus complicaciones específicas a largo plazo[20], caracterizado por tres tipos de manifestaciones: un síndrome metabólico, vascular, neuropático.[21]

La Diabetes Mellitus Tipo 2 como enfermedad crónica, tiene una evolución prolongada, y que requiere, en la mayoría de los casos, una atención médica continuada. En curso de esta enfermedad manifestar diferentes síntomas en función del estadio y su pronóstico va a variar según las complicaciones presentes.[18]

La enfermedad crónica puede considerarse como una crisis, al ser capaz de desorganizar el sistema familiar, su aparición en algunos miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición. Podría considerarse como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros. Para adaptarse a esta situación la familia pone en marcha mecanismos que le permitan seguir funcionando de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, que puede llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio que ponen en riesgo el manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar.[19]

Estos cambios no siguen un patrón específico, y se basan en las características de la familia, como su etapa en el ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de solidez de la familia, el nivel socioeconómico, etc.

En la enfermedad aguda-grave se puede observar que el grado de desajuste es muy grande, la necesidad de cambios en breves lapsos de tiempo, como en

las diferentes situaciones que conlleva el tener conocimiento de que ya es un diabético o como en muchas de las situaciones se da que esto presentas sus diferentes complicaciones, esto ocasiona que sea necesario la intervención de personas externas para sobrellevar él acontecimiento. Conforme evoluciona la enfermedad hasta volverse crónica, el paciente se ve ante necesidades diferentes, las necesidades de cuidado y alimentación, que afectan la relación interpersonal con los demás miembros de la familia, y con sus conocidos. Esta situación puede evolucionar lentamente hasta el deterioro irreversible así como a una situación de estrés crónico que afecta tanto al funcionamiento familia como la evolución de la enfermedad.[19]

Como en el caso de las familias donde existe un familiar diabético, en otras también deben hacer frente a las enfermedades crónicas (HTA, hipotiroidismo, osteoporosis, enfermedad respiratorias) de uno de sus miembros en algún momento de su ciclo vital. La prevalencia de las enfermedades crónicas va en aumento reemplazado a las enfermedades agudas e infecciosas como la primera causa de morbilidad y mortalidad. La mitad de la población mayor de 65 años y una cuarta parte de las personas que tiene entre 45 y 64 años sufren algún tipo de limitación en sus actividades a causa de una enfermedad crónica. Con el aumento de la población de edad avanzada, se incrementa la carga de enfermedades crónicas y las familias se ven forzadas a asumir cada vez más la responsabilidad de su cuidado.[7,18]

Las enfermedades crónicas afectan profundamente a las familias y la manera en que ésta logra adaptarse a esa situación repercute a su vez en el curso de la enfermedad, ya que el cuidado de estos pacientes recae principalmente sobre las familias, más que sobre los profesionales de la salud. Son las familias quienes deben ocuparse de la mayor parte de los cuidados materiales de la enfermedad, que incluye desde la preparación de comidas especiales para un miembro afectado por una enfermedad endócrina, la administración de insulina a un diabético, o el manejo de un aparato de diálisis en el domicilio. Además los familiares constituyen la principal fuente de apoyo emocional y social, son quienes comparten la frustración, el desaliento y la desesperación que ocasiona el vivir con una enfermedad crónica.[7,18]

La mayoría de los individuos que padecen una enfermedad crónica y sus familias se adaptan adecuadamente a las tensiones y exigencias de la enfermedad y tienden a aumentar esfuerzos y fortalecer lazos. Ciertas familias se cierran en sí misma y quedan atrapadas, llegando a asumir en exceso el cuidado del enfermo, limitando su autonomía e independencia. Otros en cambio se distancian a causa de la presión de la enfermedad, hasta el punto de desintegrarse por la vía del divorcio, la institucionalización o la muerte. Los cónyuges de los pacientes crónicos a menudo experimentan un padecimiento subjetivo mayor que el del propio enfermo. Los profesionales de salud con frecuencia se centran en la atención del paciente y pasan por alto el sufrimiento del cónyuge, descuidando sus necesidades físicas y emocionales. La desatención de las necesidades de los restantes miembros de la familia, aparte de las del paciente, por los profesionales de salud puede conducir a un círculo vicioso: la familia sufre un deterioro físico y emocional que añade mayor presión a las demandas familiares y termina en desbordar y agotar a sus miembros.[7]

1.9.1. IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN EL DIABÉTICO.

Los individuos con diabetes mellitus tipo 2 tienen a ser propensos a presentar las complicaciones propias de la enfermedad que para muchos de estos pacientes ocasionan grandes impactos en su calidad de vida, por ello se ha convertido para el personal de salud en un objetivo, para evitar o retardar la progresión de la enfermedad, remitir cualquier alteración en su estado metabólico, prevenir la aparición de complicaciones agudas y crónicas[20].

Debido a su carácter crónico en varios de estos individuos se presentan trastornos depresivos y por las demandas y cambios que debe asumir para convivir a diario con la diabetes.[23]

A pesar de las múltiples intervenciones que realizan el personal de salud, la diabetes y sus complicaciones aumentan cada año, es por ello que los factores psicológicos y sociales dentro de este grupo se encuentra la familia han cobrado mayor interés. Al ser una entidad que exige mayor participación por parte del afectado, pues por sí mismo debe administrarse debe administrarse la

inyección de insulina, tomar tabletas o ambas, realizarse las pruebas de orina, responsabilizarse con lo que come, esto ocasiona a que el individuo se encuentre todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre a los integrantes de la familia en busca de ayuda y consejos para solucionar sus problemas de salud; la respuesta que le brinden influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica. Esta sitúa al sistema familiar ente una situación nueva e inesperada., con las dificultades reales de adaptación que ello exige para el resto de los miembros de la familia.[24]

Posteriormente se pondrán en marcha los recursos con los que cuente la familia, su capacidad organizativa, buscando en el caso de ser necesario apoyos extrafamiliares para conseguir una correcta homeostasia que asegure un funcionamiento familiar. En muy pocas patologías está tan condicionada el éxito terapéutico, de la aptitud terapéutica del paciente, de la dinámica familiar y de la relación médico paciente como en la diabetes[24].

El impacto de la diabetes sobre el adulto y su familia dependerá de la fase del ciclo vital en la que se establezca e diagnóstico. La respuesta del paciente frente a la enfermedad será de acuerdo a sus creencias y expectativas, experimentará un sufrimiento relacionado con la enfermedad crónica o más aún con la pérdida de salud. En el caso de la pareja sin hijos se plantearán la cuestión de tener o no. A los padres les preocupa que sus hijos puedan heredar la diabetes. Si la paciente es mujer embarazada le preocupara el posible impacto sobre la salud de su bebe y la capacidad para cuidar al lactante.

El diagnóstico de DMT2 o la aparición de sus complicaciones se realizan con más frecuencia en la cuarta etapa del ciclo vital familiar. Cuando los cónyuges tienen alrededor de 50 años, con la partida de todos sus hijos condiciona una nueva relación en la pareja y una nueva etapa; la mujer se encuentra sin el objetivo esencial de su vida, que constituía la crianza de sus hijos; el marido revisa su trayectoria vital, generalmente enfrentándose con la problemática de la jubilación. El diagnóstico de diabetes o la aparición de sus complicaciones instauran un nuevo acontecimiento estresante en un momento del ciclo vital

familiar en el que son necesarios todos los recursos para lograr los cambios adaptativos imprescindibles para superar esta etapa de forma funcional.[24]

Las condiciones en las que se encuentre en ese momento la familia influirán fuertemente en sus miembros; ya que el diagnóstico de la DMT2 en uno de los integrantes provocara alteraciones con frecuencia en toda la familia. Si la familia se encontrara en un estado disfuncional se reflejaría en la falta de apoyo para que el paciente pueda controlar de la mejor manera su enfermedad.

La importancia de la dinámica familiar normal o funcional en la que se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás. En cambio, las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés y descompensación. Además es posible que se atribuya a la diabetes la existencia de una disfunción familiar, la que dificultará el adecuado control de la enfermedad, transformándose en un círculo vicioso.

1.9.2. CAMBIOS EN LAS FAMILIAS DE LOS DIABETICOS.

Los psicólogos y educadores en salud deben fomentar en el diabético que realice actividades que ayudarán a mejorar sus interacciones familiares, que son las que sostienen o perjudican su conducta terapéutica, y que en cierta forma son el reflejo de algunas características familiares. A través de la red familiar, además de los amigos, es posible encontrar apoyo emocional. Por ello la influencia de las relaciones familiares ha suscitado, considerable interés entre profesionales interesados en el control de la diabetes, y hay un consenso en que el comportamiento de los miembros de la familia puede favorecer la adherencia al tratamiento, pero también interferir su cumplimiento.

De esta manera, si la familia refuerza positivamente las conductas adecuadas del paciente con respecto a su tratamiento, se obtendrá un apoyo positivo para su salud; pero cuando el apoyo social potencia comportamientos inadaptados de salud, el efecto funcional producirá una influencia negativa.

La funcionalidad familiar de un diabético está comprometida debido a que en sus miembros se manifiestan trastornos emocionales en forma de ansiedad, pena, insomnio, síntomas psicosomáticos, por lo que resulta afrontar estos difíciles y dolorosos problemas familiares.[25]

El control metabólico de la diabetes se ve condicionado por aspectos socioculturales, psicológicos, educaciones, lo que implica lograr cifras glucémicas próximas a la normalidad, que requiere de la participación activa del paciente donde el estado afectivo emocional, puede ser la limitante o el apoyo para mantenerse motivado. Algunos estudios sugieren la necesidad de completar aspectos psicosociales y estrategias educativas, en grupos especialmente vulnerables como es el caso de los diabéticos tipo 2.

La diabetes mellitus tipo 2 se caracteriza por una disminución de la calidad de vida relacionada con la salud, no solo desde el punto de vista físico, sino también en apreciaciones psicológicas, que habitualmente los médicos no quieren tomar a su cargo. Se ha demostrado que los pacientes portadores de diabetes y sus cuidadores tienen más depresión y menor autoestima comparadas con pacientes controles, esto se da sobre todo en aquellos con sobrepeso u obesidad.[25]

1.9.3. APOYO FAMILIAR EN LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO EN LOS DIABÉTICOS.

En la adhesión por parte del paciente al tratamiento farmacológico como no farmacológico influyen diferentes condiciones sociodemográficas, además de las relacionadas propiamente con el entorno familiar,[26] en este estudio, se valoraron diferentes variables revelando que el apoyo familiar fue el factor más relevante en el apego.

El cambio en el estilo de vida, considerando que la mayoría de estas personas tiene un estilo de vida definido requiere del manejo integral de la DMT 2 siendo difícil de lograr los objetivos terapéuticos sin una participación convencida de los enfermos y sus familiares, ya que implican modificaciones del estilo de vida, que no pueden lograrse sin la participación conjunta de la familia.[27]

Por eso en estudios de enfermedades crónicas, una de los aspectos a tener en cuenta acude a consulta con descontrol de su enfermedad, entorno familiar es un aspecto a valorar, ya que al ejercer una influencia significativa sobre el apego al tratamiento podrían ser una de las causas de la falla terapéutica. En este estudio demuestra que los pacientes con enfermedades crónicas como la hipertensión tienen un mayor grado de apego al tratamiento cuando reciben apoyo familiar, de lo que se desprende la necesidad de dirigir acciones de intervención orientadas al mejoramiento del entorno familiar, independientemente de las características de la familia.[27]

Cuando el paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia, y a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia terapéutica.[26]

1.10. METAS DE CONTROL CLÍNICO Y METABÓLICO EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2.

En principio deberíamos intentar conseguir que la HbA1c (hemoglobina glucosilada) se encuentre en valores alrededor o por debajo del 7%, dado que se ha demostrado que mediante el estricto control glucémico se reducen las complicaciones microvasculares (UKPDS 33, 1998), y a largo plazo, también las macrovasculares (Holman RR, 2008).[28]

1.10.1. Control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV)

Dentro de los objetivos de control tiene especial importancia el control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), porque aproximadamente el 65% de los diabéticos fallecen a consecuencia de una enfermedad CV, en parte debido a la propia diabetes (el riesgo CV se multiplica por dos en hombres y por cuatro en mujeres), pero también debido a su frecuente asociación con otros FRCV como son la HTA, la dislipemia y la obesidad.

En múltiples estudios ha quedado demostrado que los diabéticos presentan un RCV elevado (Vaccaro O, 2004; Juutilainen A, 2005; Whiteley L, 2005; Natarajan S, 2005; Schramm TK, 2008), aunque sin llegar al nivel de pacientes no diabéticos que padecen una enfermedad coronaria (Bulugahapitiya U,

2009), por lo que se recomienda actuar agresivamente sobre todos los FRCV, persiguiendo los mismos objetivos de control que en prevención secundaria. Además también ha quedado demostrada la obtención de mayores beneficios en cuanto a morbilidad y mortalidad CV con el tratamiento agresivo de los FRCV en diabéticos (Collins R, 2003; Colhoun HM, 2004; Gæde P, 2008).

Objetivos de control en la DM2 (ADA, 2011).	
	Objetivo de control
HbA1c (%)	<7
Glucemia basal y prepandrial	70-130
Glucemia posprandial	< 180
Colesterol total (mg/dl)	<185
LDL (mg/dl)	<100
HDL (mg/dl)	>40 H; >50 M
Triglicéridos (mg/dl)	<150
Presión arterial (mmHg)	<140/80
Peso (IMC=Kg/m^2)	IMC<25
Cintura (cm)	<94 H ; <80 M
Consumo de tabaco	No
(*) Glucemia capilar. La postprandial se determinará entre 60-120 minutos tras la ingesta	

Se puede considerar un objetivo de buen control glucémico para todos los pacientes la consecución de una HbA1c < del 7%. Sin embargo dependiendo de las características de los pacientes el objetivo de control puede ser diferente (Gerstein HC, 2008; Duckworth W, 2008):

Tipo de paciente	Objetivo HBA1C
En general	< 7%
Evolución corta DM2 **Expectativa de vida larga** **Ausencia Complicaciones** **Riesgo Bajo Hipoglucemia**	6–6.5%
Evolución DM2 >10 años **Expectativa de vida corta** **Presencia Complicaciones** **Hª Hipoglucemias severas**	7–8%

Del mismo modo en pacientes de corta evolución, con larga expectativa de vida y sin presencia de complicaciones puede recomendarse un objetivo de control glucémico aún más estricto (HbA1c<6,5%), siempre que éste se pueda conseguir sin generar hipoglucemia ni otros efectos secundarios (Patel A, 2008).

1.11. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Son muchos los factores que aumentan, el número de casos de DMT2 como obesidad, mayor expectativa de vida por envejecimiento de la población, ajustes en el diagnóstico, crecimiento de grupos étnicos, hábitos alimenticios occidentales, sedentarismos, urbanización e industrialización.[20]

El tratamiento no farmacológico, es un conjunto de aspectos en los cuales el paciente bajo indicaciones del médico tratante modifica con la finalidad de un manejo adecuado de la DMT2.

Compres principalmente dieta, ejercicio físico, hábitos saludables.

- **DIETA:**

Basa en la pirámide de alimentos creada por el Departamento de los Estados Unidos para indicar las pautas diabéticas actuales. Esta debe ser individualizada, ajustada a las necesidades del individuo. Deberá constar de:

- Carbohidratos
- Alimentos derivados de plantas, verduras y frutas
- Productos derivados de animales.
- Grasas

Recomendaciones para buena alimentación:

1. Personalizada, en lo posible coordinar con el nutricionista.
2. El aporte calórico total deberá ser distribuido en 5 o 6 tomas durante el día, que se distribuirán en: tres comidas principales, y dos colaciones (media mañana y media tarde); los individuos que estén utilizando insulina se recomienda una colación nocturna.
3. El consumo de sal debe ser moderado (6g/día), en caso que el individuo presente patología asociadas como HTA, Insuficiencia cardíaca, y renal, deberá ser restringida.
4. Comer a la misma hora aproximadamente todos los días.
5. Limitar el consumo de alcohol.
6. Consumo de frutas completas en lugar de jugos, los que deberán acompañar a las comidas y no para calmar la sed.
7. Consumo de fibra especialmente soluble (25g/día).
8. Poner atención a los alimentos que se consumen.
9. Comer sentado en la mesa.
10. Usar platos pequeños.
11. Cocinar porciones pequeñas de alimentos, masticar lentamente los alimentos, tomar sorbos pequeños de agua mientras come.

- **EJERCICIO:**

Influye de manera positiva en el control de la DMT2, considerado como pilar su tratamiento, las recomendaciones para su realización deben ser individualizadas considerando el estado de salud y el nivel de entrenamiento del paciente. El tipo de ejercicio recomendado: ejercicio aeróbico (caminata, ciclismo, tenis, natación, etc).

Metas con el ejercicio físico:

1. Cambiar el hábito del sedentarismo mediante caminatas diarias.
2. Frecuencia de realización del ejercicio será de por lo menos 3 veces a la semana en días alternos, con duración mínima de 30 minutos cada vez
3. Incrementar la frecuencia y duración de la actividad física a 30-45 minutos al día en 3-5 días o una acumulación de 150 minutos de actividad física por semana.
4. En caso de individuos inactivos deberán aumentar las actividades diarias
5. Registrar los progresos

Requisitos para realización de ejercicio intenso:

1. Evaluación del estado cardiovascular
2. Evaluación del estado físico general en relación a las áreas de posible impacto del ejercicio (codos, rodillas, pies, manos)
3. Revisación de los pies antes de cada actividad física
4. Autocontrol de los niveles de glucemia con corrección inmediata de niveles bajos
5. Las personas que se administren insulina deben consumir una colación rica en carbohidratos complejas antes de iniciar los ejercicios y tener a su disposición una bebida azucara.
6. Ejercicio físico gradual
7. Realizar calentamiento: caminar lento 5-10 minutos, estiramiento de piernas, cadera, columna
8. Realizar siempre enfriamiento: caminar seguido y lento, estiramiento.

Contraindicaciones para no realizar o suspender el ejercicio

1. Individuos con DMT2 descompensada
2. Evitar ejercicio de alto riesgo, donde no se puede recibir auxilio inmediato
3. Si hay dolor precordial
4. Dolor muscular en piernas o columna
5. Mareo o disnea

6. Excesiva inclinación de columna
7. Uso de zapatos inadecuados
8. Si no hay apoyo adecuado
9. Glicemia menor a 80 o mayor a 250 mg/dl

- **CUIDADO DE LOS PIES**

En vista al elevado porcentaje de DMT2 que presenta complicaciones crónicas, como neuropatías, amputaciones de miembros inferiores, hay la necesidad de poner en marcha medidas de prevención, indicando al individuo diabético lo siguiente:

1. Revisar los pies a diario para la detección de cortes, ampollas, cambio de color, edema.
2. Observar la planta del pie con un espejo.
3. Utilizar calzado adecuado, dentro como fuera de la casa.
4. Revisar el interior del calzado antes de colocarse.
5. La compra de calzado nuevo se lo debe de realizar al final del día.
6. Uso de calcetines, no apretados, que no tenga agujeros.
7. Lavar los pies con agua y jabón, lavar con cuidado los espacios interdigitales.
8. Utilización de cremas hidratantes
9. Corte de uñas de pies rectas y limar partes afiladas
10. Revisión de los pies de manera periódica por profesional especializado.
11. Mantener las heridas cubiertas con gasa estériles

1.12. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

El tratamiento farmacológico es una media complementaria y no suplementaria a las medidas no farmacológicas y está dirigido a corregir las causas fisiopatológicas de la enfermedad, es decir la insulinoresistencia y a deficiencia de insulina.

- **Características del fármaco:** Existen 6 grupos de fármacos:

a) **Sulfonilureas:** Estimulan la secreción de insulina, por lo que solamente se puede utilizar cuando existe secreción endógena de esta hormona. Se inicia a dosis bajas aumentando paulatinamente según respuesta. Está indicada principalmente en individuos obesos. Los efectos adversos más frecuentes es la hipoglicemia, que puede producir coma o convulsiones en especial en personas mayores de 65 años.

b) **Metiglitinidas**: Estimulan la liberación de insulina principalmente en la primera fase de la secreción, indicada en la hiperglucemia postprandial, los efectos adversos hipoglicemia no severa, cefalea, problemas gastrointestinales como diarrea.

c) **Biguanidas:** Inhiben la producción hepática de glucosa, disminución de la glucemia basal, no produce hipoglicemia, están indicadas en individuos con sobrepeso, y obesos. La metformina es uno de los medicamento hipoglicemiante más utilizadas a nivel mundial, en monoterapia baja la A.1c 1.5%, no produce hipoglicemias.

d) **Inhibidores de la alfa glucosidasa:** Retardan la absorción intestinal de la glucosa, ocasiones reacciones adversas fundamentalmente gastrointestinales como dispepsia, flatulencia y diarrea

e) **Tiazolidinediona (Glitazonas):** Produce insulinosensibilidad al tejido adiposo, hepático y musculo estriado, estimulando a los receptores PPAR, potencia la transcripción de los genes que son activados por la insulina, reduciendo el flujo de glucogenólisis, disminuyendo la lipólisis y liberando ácidos grasos no esterificados por lo que el hígado es el `principal órgano blanco, cuyas reacciones adversas son aumento de peso, anemia por hemodilución y edema.

f) **Potenciadores de incretinas:** Aumenta los niveles de incretinas séricas, estimulan la producción de insulina, reduciendo la glucosa sanguínea, inhibe la liberación de glucagón en condiciones de hiperglucemia.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es descriptivo ya que está dirigido a determinar la caracterización de las variables estudiadas, transversal puesto que se examinarán las variables de una población en un período de tiempo determinado haciendo un corte en el tiempo y prospectivo porque la información se registró según fueron ocurriendo los hecho.

LUGAR

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros IESS-Loja.

UNIVERSO Y TIEMPO

UNIVERSO: Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros IESS Loja, conformado por 346 personas.

TIEMPO: La ejecución de la presente investigación se llevó a cabo entre febrero a Julio del 2013

MUESTRA

Está conformada por los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión atendidas en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros IESS – Loja. Conformando dos grupos cada uno de 50 pacientes de acuerdo a las características explicadas en la operalización de las variables.

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos en el área de consulta externa, que deseen formar parte del estudio.
Pacientes que cuenten con exámenes de glucosa y hemoglobina glicosilada actualizado en la historia clínica.

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

No entran en el estudio los pacientes con diagnóstico de diabetes Mellitus tipo 2 que presenta limitaciones para la comprensión o la comunicación y aquellas que no deseen participar en el estudio.
Pacientes que no cuenten con exámenes de glucosa y hemoglobina glicosilada actualizado en la historia clínica.
Pacientes diabéticos tipo 2 atendidos fuera del período de estudio.

MÉTODO

El método científico fue utilizado para realizar el presente estudio; para su desarrollo se empleó como fuente primaria el Test de APGAR FAMILIAR (Anexo 1) y la ficha de recolección de datos (Anexo 2) elaborado por el autor donde consta: Exámenes de Laboratorio (Glucosa Basal y Hemoglobina Glicosilada) realizados en el laboratorio del Hospital Manuel Ygnacio Monteros IESS Loja.
Como Fuentes Secundarias están dadas por: internet, revistas, libros.

PROCEDIMIENTO

Para el desarrollo de esta investigación se procedió a pedir el permiso respectivo mediante una solicitud (Anexo 4) al Dr. Nelson Samaniego director del Hospital Manuel Ygnacio Monteros IESS – Loja, para la realización de la tesis en esta institución.

Se solicitó el consentimiento debidamente informado (Anexo 3) a los pacientes diabéticos para poder aplicar el Test APGAR FAMILIAR. Para la valoración de la segunda variable se procedió a pedir el permiso respectivo mediante una solicitud (Anexo 5) dirigida al Ing. Napoleón Orellana Jaramillo director administrativo del hospital Manuel Ignacio Monteros IESS – Loja para poder acceder al sistema y realizar el llenado de la ficha de recolección (Anexo 2) de datos obteniendo las cifras de glicemia en ayunas, hemoglobina glicosilada de datos de laboratorio de la institución y las características sociodemográficas

como edad, género, estado civil, ocupación, lugar de procedencia, tiempo de evolución y patologías asociadas a la diabetes Mellitus tipo 2.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los instrumentos empleados son el Test del APGAR FAMILIAR y la ficha individual para a cada paciente.

- Test APGAR FAMILIAR (Anexo 1) de Smilkstein, cuya validación fue realizada por Maddaleno, Horwitz, Jara, Florenzano y Salazar en 1987 y utilizada en otros estudio (referencia), en base a la percepción del individuo que a partir del cual nace la problemática.

  Para establecer los parámetros por los cuales la salud funcional de la familia pudiera ser medida, se escogieron cinco componentes básicos de la función familiar: Adaptación, la cooperación, el desarrollo, la efectividad y la capacitación resolutiva de la familia.

  El test consta de 5 ítems, cada ítems se califica con una escala que va de 0 a 2, en la que 0 equivale a “casi nunca”, 1 a “a veces” y 2 a “casi siempre”, cuya suma total fluctúa entre 0 y 10 puntos. De acuerdo a la puntuación obtenida por parte los participantes de 7 a 10 puntos serán calificados como familia funcional, los individuos que obtengan una puntuación entre 6 a 4 representaran al grupo de familia disfuncional moderada y los que obtenga una puntuación entre 3 a 0 representan el grupo de familia disfuncional severa.

- Ficha de recolección (Anexo 2) de datos que abarca:

1) Edad, género, estado civil, ocupación, lugar de procedencia, tiempo de evolución y patologías asociadas a la diabetes Mellitus tipo 2.

2) Parámetros de laboratorio que permitirán valorar el control glicémico y metabólico:

1. Hemoglobina glicosilada (HbA1C), dato que será obtenido de las historias clínicas del Sistemas del Hospital Manuel Ygnacio Monteros IESS-Loja.
2. Glucemia en ayunas, dato que será obtenido de las historias clínicas del Sistemas del Hospital Manuel Ygnacio Monteros IESS-Loja.

Los niveles de glicemia se obtendrán de los valores de hemoglobina glicosilada y glicemia en ayunas. Los individuos con un control glicémico adecuados presentan valores de Glicemia en ayunas ≤ 140mg/dl, HbA1C ≤ 7%, mientras que los individuos que presenten control glicémico inadecuado tienen valores de Glicemia en ayunas > 140mg/dl y HbA1C > 7%.

PLAN DE ANÁLISIS

Los datos fueron procesados en el programa Microsoft Word, los resultados son presentados en las tablas. Para determinar la relación entre la disfuncionalidad familiar y los niveles de glicemia se empleara la prueba estadística ODDS RATIO[29], considerada como una medida de efecto relativo que permite cuantificar la fuerza de asociación entre y una enfermedad por medio de una razón de frecuencias que utiliza como punto de referencia para establecer la comparación, la frecuencia de la enfermedad en el grupo no expuesto. De esta manera nos informa de cuántas veces mayor o menor es el riesgo de padecer la enfermedad en el grupo expuesto en comparación con el no expuesto. El valor nulo de este tipo de medidas es 1. Cuando el efecto relativo es mayor a 1, la exposición incrementa el riesgo de la enfermedad; y cuando está entre 0 y 1, la exposición disminuye el riesgo. Mismos que sirvieron para plantear conclusiones y a la vez realizar recomendaciones.

6. RESULTADOS

DATOS GENERALES

TABLA Nº 1. Distribución de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 según Edad, atendidos en consulta externa del HMYM IESS-Loja, durante el periodo Febrero – Julio 2013.

EDAD	FAMILIA FUNCIONAL		FAMILIA DISFUNCIONAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
≤ 40 AÑOS	1	2	2	4
41-59 AÑOS	19	38	14	28
≥ 60AÑOS	30	60	34	68
TOTAL	50	100	50	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos del hospital Manuel Ignacio Monteros IESS-Loja
ELABORADO POR: Galo Andrés Coronel Chamorro

La frecuencia de individuos con DMT2 pertenecientes a familias funcionales según la edad, 30 de ellos cuentan con edades ≥ 60años que representa el 60%, 19 individuos se encuentran entre 41-59 años que representa el 38%, y 1 individuos se tiene edad ≤40años que representan el 2% restante, mientras que la frecuencia de individuos con DMT2 pertenecientes a familias disfuncionales según la edad, 34 de ellos cuentan con edades ≥ 60años que representa el 68%, 14 individuos se encuentran entre 41-59 años que representa el 28%, mientras que 2 individuos tienen una edad ≤40años que representan el 4% restante.

TABLA Nº 2. Distribución de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 según ocupación, atendidos en consulta externa del HMYM IESS-Loja, durante el periodo Febrero – Julio 2013

OCUPACIÓN	FAMILIA FUNCIONAL		FAMILIA DISFUNCIONAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
LABORES DEL HOGAR	11	22	9	18
TRABAJO ACTIVO REMUNERADO	24	48	21	42
JUBILADO	15	30	20	40
DESEMPLEADO	0	0	0	0
TOTAL	50	100	50	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos del hospital Manuel Ignacio Monteros IESS-Loja
ELABORADO POR: Galo Andrés Coronel Chamorro

Según la ocupación, 24 individuos pertenecientes a un familia funcional son trabajadores activos remunerados que representa el 48%, 15 individuos son jubilados que representa el 30% y 11 individuos realizan labores de hogar que representa el 22% restante, mientras que de las personas diabéticas con disfunción familiar 21 individuos son trabajadores activos remunerados que representa el 42%, 20 individuos son jubilados que representa el 40%, y 9 individuos realizan labores de hogar que representa el 18% restante.

TABLA Nº 3. Distribución de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 según Tiempo de Evolución, atendidos en consulta externa del HMYM IESS-Loja durante el periodo Febrero – Julio 2013

TIEMPO DE EVOLUCIÓN	FAMILIA FUNCIONAL		FAMILIA DISFUNCIONAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
≤ 5 AÑOS	26	52	12	24
6-9 AÑOS	3	6	11	22
≥ 10 AÑOS	21	42	27	54
TOTAL	50	100	50	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos del hospital Manuel Ignacio Monteros IESS-Loja
ELABORADO POR: Galo Andrés Coronel Chamorro

Según el tiempo de evolución de la DMT2, 26 individuos pertenecientes a una familia funcional tienen con un tiempo de evolución ≤5años que representan el 52%, 21 individuos son portadores de DMT2 por un periodo de tiempo ≥10años que representa el 42% y 3 individuos se encuentran entre 6-9años que representa el 6% restante, mientras que 27 individuos pertenecientes a familias disfuncionales tienen con un tiempo de evolución ≥10años que representan el 54%, 12 individuos son portadores de DMT2 por un periodo de tiempo ≤5años que representa el 24% y 11 individuos se encuentran entre 6-9años que representa el 22% restante.

TABLA Nº 4. Distribución de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 según tratamiento farmacológico, atendidos en consulta externa del HMYM IESS-Loja durante el periodo Febrero – Julio 2013

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	FAMILIA FUNCIONAL		FAMILIA DISFUNCIONAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
ANTIDIABÉTICOS ORALES	31	62	14	28
ANTIDIABÉTICOS ORALES COMBINADOS CON INSULINA	7	14	12	24
INSULINA	12	24	24	48
TOTAL	50	100	50	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos del hospital Manuel Ignacio Monteros IESS-Loja
ELABORADO POR: Galo Andrés Coronel Chamorro

Según el tipo de tratamiento de la DMT2, 31 individuos pertenecientes a familias funcionales reciben tratamiento con antidiabéticos orales que representan el 62%, 12 individuos reciben insulina que representa el 24% y 7 individuos reciben tratamiento combinado representa el 14% restante, mientes que 24 individuos pertenecientes a familias disfuncionales reciben tratamiento con insulina que representan el 48%, 14 individuos reciben con antidiabéticos orales que representa el 28% y 12 individuos reciben tratamiento combinado representa el 24% restante.

TABLA Nº 5. Distribución de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 según Comorbilidades y/o Complicaciones, atendidos en consulta externa del HMYM IESS-Loja durante el periodo Febrero – Julio 2013

COMORBILIDAD Y/O COMPLICACIÓN PRESENTE	FAMILIA FUNCIONAL		FAMILIA DISFUNCIONAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
	47	94	49	98
AUSENTE	3	6	1	2
TOTAL	50	100	50	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos del hospital Manuel Ignacio Monteros IESS-Loja
ELABORADO POR: Galo Andrés Coronel Chamorro

De acuerdo a la presencia de comorbilidades en personas con DMT2, 47 individuos pertenecientes a familias funcionales tiene antecedente de comorbilidad que representa el 94% y 3 individuos portadores de DMT2 las comorbilidades se encuentran ausentes que representa el 6% mientras que 49 individuos pertenecientes a familias disfuncionales además de DMT2 tiene antecedente de comorbilidad que representa el 98% y 1 individuos portadores de DMT2 las comorbilidades se encuentran ausentes que representa el 2%.

TABLA Nº 6. Funcionalidad familiar de los pacientes diabéticos tipo 2 que asistieron a consulta externa en el HMYM IESS-Loja según puntuación obtenida en test APGAR FAMILIAR durante el periodo Febrero – Julio 2013.

APGAR FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
FAMILIA FUNCIONAL	50	50
DISFUNCION FAMILIAR MODERADA	23	23
DISFUNCION FAMILIAR SEVERA	27	27
TOTAL	100	100

FUENTE: Test APGAR FAMILIAR de Smilkstein
ELABORADO POR: Galo Andrés Coronel Chamorro

De acuerdo al test APGAR FAMILIAR, de los 100 individuos estudiados, 50 individuos que obtuvieron una puntuación entre 7 – 10 puntos que corresponde al grupo que perciben una funcionalidad familiar adecuada que representan al 50% del total de la población, mientras que 27 individuos que representan al 27% obtuvieron una puntuación entre 0 – 3, perteneciendo a una familia disfuncional severa demostrando la influencia que tiene la familia en la población con DMT2; además 23 individuos que representan al 23% de la población estudiada obtuvieron una puntuación entre 4 – 6, es decir que perciben una funcionalidad familiar moderada.

TABLA Nº 7. Distribución de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 pertenecientes a una familia funcional según el control glicémico, atendidos en consulta externa del HMYM IESS-Loja, durante el periodo Febrero – Julio 2013.

CONTROL GLICÉMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
ADECUADO	32	64
INADECUADO	18	36
TOTAL	50	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos del hospital Manuel Ignacio Monteros IESS-Loja y TEST APGAR FAMILIAR DE Smilkstein.
ELABORADO POR: Galo Andrés Coronel Chamorro

Esta variable se obtuvo mediante los valores de hemoglobina glicosilada y glicemia basal, donde los individuos con DMT2 pertenecientes a familias funcionales un número importante de individuos presentaron un control glicémico adecuado, siendo 32 personas que representa el 64%, mientras que 18 individuos presentan controles glicémicos inadecuados que representan el 36%.

TABLA Nº 8. Distribución de los pacientes con Diabéticos Mellitus tipo 2 pertenecientes a una familia disfuncional según el control glicémico, atendidos en consulta externa del HMYM IESS-Loja, durante el periodo Febrero – Julio 2013.

CONTROL GLICÉMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
ADECUADO	19	38
INADECUADO	31	62
TOTAL	50	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos del hospital Manuel Ignacio Monteros IESS-Loja y TEST APGAR FAMILIAR DE Smilkstein
ELABORADO POR: Galo Andrés Coronel Chamorro

Según la frecuencia de individuos con DMT2 pertenecientes a una familia disfuncional 31 de ellos cuentan con un control glicémico inadecuado que representa el 62% mientras que 19 individuos presentan controles glicémicos adecuados que representan el 38%

TABLA Nº 9. Relación entre disfuncionalidad familiar y niveles de glicemia en pacientes con Diabéticos Mellitus tipo 2, atendidos en consulta externa del HMYM IESS-Loja, durante el periodo Febrero – Julio 2013.

FUNCIÓN FAMILIAR \ DIABETES MELLITUS TIPO 2	CONTROL INADECUADO	CONTROL ADECUADO	TOTAL
FUNCIONAL	18	32	50
DISFUNCIONAL	31	19	50
ODDS RATIO		2.9	

FUENTE: Ficha de recolección de datos del hospital Manuel Ignacio Monteros IESS-Loja y TEST APGAR FAMILIAR DE Smilkstein
ELABORADO POR: Galo Andrés Coronel Chamorro

Para determinar la relación entre las variables se aplica la prueba estadística Odds Ratio en la que los pacientes que fueron expuestos a la disfunción familiar, tienen mayor probabilidad (2.9) de presentar control glicémico inadecuados que los diabéticos tipo 2 con una función familiar adecuada.

7. DISCUSIÓN

Un individuo con Diabetes Mellitus tipo 2 se enfrenta todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre a los integrantes de la familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud; la respuesta que le brinden influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutico, de ahí que la influencia familiar en cada una de sus integrantes ha sido analizada en diversos estudios y en comunidades de muy distintas características socioeconómicas y demográficas. Con lo que se deduce que la intervención paciente-familia es de vital importancia.

La medición de la funcionalidad familiar permitió identificar la satisfacción o insatisfacción del entrevistado con su vida familiar, así como conocer la percepción que tiene del funcionamiento a fin de determinar si la familia es una influencia positiva o negativa en el control de la diabetes mellitus tipo 2, mediante la aplicación del TEST APGAR FAMILIA (Anexo1), de los 50 pacientes que sirvieron de muestra, 32 pacientes que representan el 64% presentó un control glicémico adecuado y 18 individuos que representan el 36% presentaron un control glicémico inadecuado, confirmando la importancia de la influencia de la función familiar adecuada en los pacientes diabéticos que concuerda con lo señalado por Dulce María Méndez López[30], quien señala que la dinámica familiar influyen en el comportamiento de cada miembro, haciendo que funcione bien o mal como unidad, algunos estudios destacan el papel preponderante de la familia, e incluso afirman que la mayoría de los enfermos crónicos reciben y prefieren los cuidados y el apoyo de la familia; en el estudio realizado por Marcela del Carmen Concha Toro y Carlos René Rodríguez Garcés en el Centro de Salud Familiar Ultraestación de Chillán[12], se determina la relación entre funcionalidad familiar y presencia de eventos descompensatorios en pacientes crónicos, diabéticos e hipertensos, donde se empleó el test de APGAR Familiar de Smilkstein, de la población estudiada 36.4% corresponde a pacientes diabéticos tipo 2, la mayor parte (80,5%) presentaron una funcionalidad familiar adecuada, dato que está en relación con lo encontrado en el presente estudio.

El 60% del grupo con función familiar adecuado de nuestro estudio se encuentra entre las edades ≥60años, evidenciando que la DMT2 es un

importante problema de salud pública en la población del adulto mayor tanto en Ecuador como en otros países como México, donde el incremento de la prevalencia de esta enfermedad se refleja con afectación a más de 10% de la población adulto mayor.

En la presente investigación, de los 50 pacientes involucrados 24 son trabajadores activos remunerados que representa el 48%, además en este grupo 26 individuos que representan el 52% presentan un tiempo de evolución de la enfermedad ≤5 años lo que pone de manifiesto el impacto que tiene en la población económicamente activa con las implicaciones sociales y financieras. Si se lo asocia con la edad, predisponen aún más a la aparición de complicaciones propias de la enfermedad; a su vez el tiempo de evolución de la enfermedad se correlaciona con el tipo de tratamiento farmacológico que reciben estos diabéticos tipo 2, donde 31 pacientes que representa 62% reciben tratamiento con antidiabéticos orales, similitud que se encuentra en el estudio realizado por Dulce María Méndez López[30], donde el 60% reciben tratamiento con antidiabéticos orales, pero en lo que concuerda a la evolución de la enfermedad se diferencia ya que en su estudio solo el 39.2 % tenían menos de cinco años de evolución y 60.8 % tienes una evolución ente cinco a 10 años.

Del grupo con disfuncionalidad familiar 27 individuos que representan el 27% manifiestan disfunción severa, y 23 que representan el 23% de la población en estudio perciben una disfunción familiar moderada. En relación con el control glicémico, 19 personas que representan el 38% presentó un control glicémico adecuado, mientras 31 individuos (62%) presentaron un control glicémico inadecuado, para determinar la relación entre la disfuncionalidad familiar y el control glicémico se realizó la prueba estadística ODDS RATIO donde se demuestra que la disfuncionalidad familiar es un factor de riesgo (2.9) de presentar un control glicemia inadecuados, dato que concuerdan con los resultados obtenidos en otras investigaciones como el realizado por Marcela del Carmen Concha Toro y Carlos René Rodríguez Garcés[12], donde una proporción significativa (19,5%) registra niveles de disfunción familiar moderada y en menor medida (5.1%) presentan disfunción severa, y que el pertenecer a una familia disfuncional es un riesgo para presentar un control inadecuado.

Además es este estudio se hace mención que quienes pertenecen al grupo con funcionalidad moderada o severa evidencian 21 veces mayores probabilidades de sufrir eventos descompensatorios, dato que es de relevancia se correlación con nuestro estudio donde de los 50 individuos con disfuncionalidad familiar 31 de ellos tienen controles glicémicos inadecuados.

En el estudio realizado por Dulce María Méndez López[30] en la unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, con muestra de 300 pacientes diabéticos tipo 2, para identificar la asociación entre disfunción familiar y grado de control en el paciente diabético tipo 2, el 56% de los sujetos que pertenecieron a familias disfuncionales mostró parámetros dentro del límite de control, demostrando que al igual que en nuestro estudio la disfunción familiar se asoció con mayor frecuencia de descontrol en el paciente diabético.

Por otra parte Jiménez-Benavides Ana María[31], donde se buscó la relación existente entre el control de la glucemia en diabéticos tipo 2 y la función familiar, demuestra que la disfunción familiar es un factor de riesgo para que el paciente diabético tipo 2 presente valores de glicemia inadecuados (10% del total de la población estudiada), este dato es relevante ya que concuerda con nuestro estudio en el cual 31 pacientes (62%) con disfunción familiar tienen controles glicémicos inadecuados.

Víctor Gómez López[32], en su estudio Control de la Diabetes Mellitus tipo 2, en el cual se validó el índice de hiperglicemia, demostró que 70% de los pacientes estudiados mostraron cifras de HbA1c compatibles con inadecuado control diabético, dato similar al obtenido en nuestro estudio donde 31 pacientes (62%) tienen control glicémico inadecuado, a su vez en este estudio se enfatiza sobre la importancia de un tratamiento intensivo para lograr un control metabólico debido al retraso de la aparición de las complicaciones de la enfermedad. Esto es de vital importancia como menciona Karina Rosibel Castillo Castillo en su estudio realizado en el Hospital Regional Isidro Ayora – Loja, en la Unidad de Hemodiálisis[33], donde determinó que la causa que llevó a estos pacientes a una Insuficiencia Renal Crónica Terminal es la Diabetes Mellitus tipo 2, de ahí que de persistir el control inadecuado en nuestra población estudiada podría

llevar a estos pacientes a una nefropatía grado V incrementando aún más la disfuncionalidad familiar.

En lo referente al grupo etario al igual que el grupo de funcionalidad familiar, 34 individuos (68%) tienen una edad ≥ 60años, pertenecen a la población con trabajo activo remunerado, 27 individuos (54%) de esta población tiene ≥10 años de evolución de la enfermedad donde es evidente la presencia de complicaciones propias de la DMT2 ya que 49 pacientes que representan 98% presentan las complicaciones además 31 pacientes (62%) presentaron controles glicémicos inadecuados que es el principal factor para la aparición de las mismas, además el tiempo de evolución de la enfermedad está en relación con el tipo de tratamiento que reciben estos pacientes donde 24 (48%) individuos se administran insulina, este dato no concuerda con el obtenido por Dulce María Méndez López[30] donde 39.2 % de los diabéticos tuvieron un tiempo de evolución de la enfermedad ≤5 años y 60.8 % entre 5 a 10 años, además el tratamiento que predominó (60%) fue metformina y glibenclamida, otra diferencia que se encontró con nuestro estudio se da en relación al grupo etario en el que prevaleció la edad de 49.18 ± 7.2 años.

Por último Evelyn Ariza et al[34], en su estudio buscó los factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2, determinándose que los pacientes diabéticos con disfuncionalidad familiar moderada y severa tienen un riesgo de 3.3% de no tener un adecuado control metabólico frente a aquellos con buena funcionalidad familiar o disfunción leve, dato que concuerda con lo obtenido en nuestro estudio confirmando que las Disfunción familia es un factor de riesgo para un control inadecuando de la DMT2.

Además sabemos que los pacientes no siempre siguen las recomendaciones de las medidas preventivas, en algunas ocasiones debido a la falta de información en relación al riesgo que significa la enfermedad.

En consecuencia la contribución del equipo de salud para mejorar el control de la diabetes mellitus, consiste en el ejercicio pleno del papel educativo y asistencial que se ejerce sobre el núcleo familiar del paciente. Cada paciente tiene creencias, experiencias previas, situaciones individuales y familiares que determinan su disposición para seguir las recomendaciones del médico o modificar en su estilo de vida, por ello en México se realizó un estudio sobre

Costo-efectividad de SOHDi[35] (acrónimo derivado de las cuatro entidades clínicas involucradas: sobrepeso, obesidad, hipertensión y diabetes), en pacientes con diabetes tipo 2 sin hipertensión, dejando en claro que para el manejo de las enfermedades crónicas o degenerativas y sus complicaciones hacen necesaria la definición y aplicación de nuevas estrategias operativas aunadas a la atención médica que se otorga dentro del consultorio. Tal es el caso de los grupos de autoayuda SOHDi, cuya finalidad es disminuir los riesgos de muerte a temprana edad y las complicaciones de estos padecimientos a través de la educación de sus integrantes.

La propuesta de realizar el análisis desde la perspectiva de la relación costo-efectividad se da en el actual contexto que viven los sistemas de salud inmersos en la dinámica de la economía, donde los recursos son escasos y, por lo tanto, la asignación y el uso se debe establecer desde la perspectiva de la eficiencia, asumiendo que los resultados pueden ser de utilidad para el tomador de decisiones de los sistemas de salud.

Así tenemos que la adecuada funcionalidad familiar permite la adaptabilidad, solidaridad, afecto y la capacidad de solucionar los problemas. Este factor puede ser un elemento clave para evitar la progresión hacia las diferentes complicaciones propias de la enfermedad.[25]

8. CONCLUSIONES

Al finalizar el presente estudio investigativo se realizan las siguientes conclusiones:

1. Luego de haber aplicado el TEST APGAR FAMILIAR en la población estudiada, 50 pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 obtuvieron una puntuación entre 7 a 10 es decir, que pertenecen a una familia funcional, mientras que 27 individuos presentaron una disfunción familiar severa y 23 individuos pertenecen a una familia con disfunción moderada, demostrando la importancia de las relaciones intrafamiliares en estos pacientes diabéticos.
2. De los datos obtenidos durante el estudio se observa que los individuos que tienen una función familiar adecuada, tienen mayor posibilidad de tener niveles de glucosa y hemoglobina glicosilada dentro los parámetros para un adecuado control diabético, ya que de los 50 individuos con función familiar adecuada 32 pacientes que representan el 64% presentaron un control glicémico adecuado.
3. La disfunción familiar en nuestro estudio si influye en el control glicémico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 considerándose como un factor de riesgo (ODDS RATIO: 2.9) para presentar valores inadecuados de glicemia que se van a reflejan en los niveles de hemoglobina glicosilada alterado. De los 50 individuos con disfunción familiar, 31 pacientes que representan al 62% presentaron valores de glicémicos inadecuados. Esto demostrando la importancia que tiene la familia en los pacientes con enfermedad crónica como la diabetes mellitus tipo 2.
4. Al comparar el presente trabajo con otras investigaciones y estudios realizados en diferentes centros hospitalarios y universidades nacionales e internacionales, se ha demostrado que contar con el apoyo de la familia es indispensable para el control y autocontrol de la diabetes por parte de los pacientes ya que la misma influye positivamente en su calidad de vida y en la disminución del riesgo de complicaciones.

9. RECOMENDACIONES

1. Con los datos obtenidos se sugiere al director del HMYM IESS-Loja, la socialización de la importancia que tiene la familia en el control glicémico de los pacientes diabéticos.

2. Se recomienda al personal de salud de Medicina Familiar vincular a los pacientes diabéticos para que se integre en los programas que llevan a efecto en esta unidad operativa, para mejorar los estilos de vida y dar consejería para un mejor manejo y control de la diabetes.

3. Debido al elevado índice de pacientes con control glicémico inadecuado, en la presente investigación, se recomienda a los Directivos de este centro de salud asignar a los pacientes que presenten estos parámetros, un equipo multidisciplinario que incluya Endocrinólogo, médico con especialidad en Medicina Familiar, enfermera, nutricionista, psicólogo, para que tengan una valoración exhaustiva y un control clínico-laboratorial minucioso, que se adapte a las necesidades de cada caso, y en función a los resultados obtenidos en las evaluaciones realizadas.

4. Al no contar con estudios en nuestra provincia sobre la influencia de la familia en los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, recomiendo al personal docente del Área de Salud Humana, de la Carrera de Medicina se incentive a realizar estudios investigativos comparativos sobre la importancia de la intervención médica en los pacientes diabéticos y sus familias y sus beneficios en el control glicémico-metabólico.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. EGUILIZ L, Dinámica de la familia. Un enfoque psicológicosistémico. Editorial Pax México. Primera edición 2003. Pág. 8-15,19
2. GONZALES J., Vásquez E., Sánchez E. “Dinámica familiar y otros factores asociados al retardo en el crecimiento en niños de 12 a 24 meses que acuden a una unidad de atención primaria”. Revista Médica Medigraphic. Vol. 64, mayo-junio 2007. [internet]
3. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile-BCN. La familia. Chile. Disponible en: http://www.bcn.cl/ecivica/concefamil.
4. Organización Panamericana de la Salud. La familia y Salud. 44º Consejo Directivo. 55º Sesión del Comité Regional. Washington, D.C., EUA, 22 al 26 de setiembre 2003. Disponible en: http://cidbimena.desastres.hn/filemgmt/files/DiaInternacionaldelasFamilias.pdf
5. OSORIO A., Álvarez A., “Introducción a la Salud Familiar”. Costa Rica. 2004. [internet].
6. CHAVEZ, J. “Introducción a la Medicina Familiar”. 1992. Capítulo VI, VII. pag. 48-50.
7. MCDANIEL S., Campbell T, Seaburn D. Orientación Familiar en Atención Primaria. Manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud. Estados Unidos. Edición y traducción en español Spreinger-Verlag Ibérica, Barcelona 1998. Pág., 257-272.
8. VELEZ Llano Yeimi. Calidad de vida, funcionalidad familiar y apoyo social de redes comunitarias deportivas-recreativas en las familias de estrato bajo con adolescentes. Universidad tecnológica de Pereira. Facultad ciencias de la salud. Disponible en: http://repositorio.utp.edu.co/dspace/bitstream/11059/1353/1/79607V436.pdf.
9. GALLEGOS J., Pérez J., Pensar la familia. Tema: familia Funcional. Vol. 8. Madrid–España. Editorial Palabra S.A. 2001.

10. COGOLLEO Z., Gómez E., De Arco O., RUIZ I., Campo A., Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia. Scielo. rev.colomb.psiquiatr. vol.38 no.4 Bogotá Oct./Dec. 2009 Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502009000400005&script=sci_arttext.
11. GOZÁLES I. Reflexiones acerca de la salud familiar. Rev Cubana Med Gen Integr v.16 n.5 Ciudad de La Habana sept.-oct. 2000. Scielo. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252000000500015&script=sci_arttext.
12. CONCHA M., Rodríguez C., Funcionalidad familiar en pacientes Diabéticos e Hipertensos compensados y descompensados. Theoria, Vol. 19 (1): 41-50, 2010. issN 0717-196X. disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29916956004.
13. HORWITZ N., Florenzano R., Ringeling I., Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. Bol Of Sanit Panam 98(2), 1985. http://hist.library.paho.org/spanish/bol/v98n2p144.pdf.
14. LOMBARDI Z., Medicina familiar y comunitaria. Instrumentos de atención integral a la familia. Ministerio de salud Perú. Disponible: http://sancosmecentrodesalud.files.wordpress.com/2010/08/exposicion-apgar-familiar.pdf.
15. HERRERA P. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev Cubana Med Gen Integr v.13 n.6 Ciudad de La Habana nov.-dic. 1997. SCIELO. Disponible en la Web: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251997000600013&script=sci_arttext.
16. BERNAL I. La familia en la determinación de la salud. Rev Cubana Salud Pública v.29 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2003. Scielo. Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662003000100007&script=sci_arttext.
17. VARGAS, I. *“Familia y Ciclo Vital Familiar”.* [internet]

18. CRIVELLO M., Implicancias y consecuencias de la enfermedad crónica sobre el grupo familiar**.** Revista Virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador. 2013, 30, 24-36. ISSN 1515-1182. DISPONIBLE EN: https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&ved=0CEwQFjAE&url=http%3A%2F%2Fp3.usal.edu.ar%2Findex.php%2Fpsico%2Farticle%2Fdownload%2F1261%2F1714&ei=hA4EUqfHK8_-4APVz4HgDg&usg=AFQjCNHnemvHJuGS6zwsFUCAq-7bzl0bnA&sig2=udbwjMy6hi14mbNg89IArw&bvm=bv.50500085,d.dmg.
19. FERNÁNDEZ M., Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina UNAM. El impacto de la enfermedad en la familia. Disponible en: http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no47-6/RFM47606.pdf.
20. AMOROSO A., Torres H., Isulino Resistencia, Prediabetes, Diabetes y Riesgo cardiovascular. 1ra ed. Ecuador. 2007. Pag. 10-30; 42-51.
21. Farreras-Rozman. Medicina Interna.15ta ed. Madrid. Elsevier España S.A. Diabetes Mellitus. Pag, 1942-1969. Complicaciones Crónicas. Pag, 1969-1977.
22. Lila M, Cava, M, J. (2006). Roles de los padres e hijos: Análisis de un modelo de intervención psicosocial. Editado. Alfaguara. Madrid. 2004. Pág. 569
23. GARCÍA M., Reyes M., Garduño J., Fajardo A., Martínez C. La calidad de vida en el paciente diabético tipo II y factores relacionados. In línea. Rev. méd. IMSS;33(3):293-8, mayo-jun. 1995. tab. Acceso 2 enero del 2013.
24. MARTINEZ B., Torres L., Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus insulinodependiente.reevista de psicología y salud. Jilio-diciembre 2007, vol. 17, número 002. Universidad de Veracruzana. México. Disponible: http://www.redalyc.org/pdf/291/29117207.pdf
25. MARTÍNEZ P. Funcionalidad familiar y diabetes tipo 2. Revista de la universidad del Azuay. Medicina familiar. Diciembre 2009. Nº 50. http://www.uazuay.edu.ec/bibliotecas/publicaciones/UV-50_small.pdf
26. Rodríguez M, Guerrero J. Importancia del apoyo familiar en el control de la glicemia. Salud Publica Mex 1997;39:44-47. Disponible en web:

http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/1997/v39%20n1/vol39_n1%20Importancia%20del%20apoyo%20familiar.pdf

27. Marín F, M.C., Rodríguez M, M.C., M. en C. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Salud pública Méx vol.43 no.4 Cuernavaca jul./ago. 2001. Disponible en Web: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000400010
28. García F, at colaboradores. Diabetes Mellitus Tipo 2. Control de los factores de riesgo cardiovasculares. Fisterra.com. disponible en web: http://www.fisterra.com/guias-clinicas/diabetes-mellitus-tipo-2/
29. FRUTOS J., Royo M., Salud Pública y Epidemiología. Manual de dirección médica y gestión clínica. Editorial. Ediciones Díaz de Santos. Madrid- España. 2006. Pag. 238, 239.
30. MÉNDEZ D., Gómez V., García M., Pérez J., Navarrete A. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. Versión definitiva: 1 de septiembre de 2003. Aceptado: 2 de septiembre de 2003. Rev Med IMSS 2004; 42 (4): 281-284. http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2004/im044b.pdf
31. JIMÉNEZ A., Gómez V. Función familiar: control de diabetes mellitus tipo 2. Edición Especial No. 8-2005. Febrero del 2005. Monterrey. N.L. México. http://www.respyn.uanl.mx/especiales/2005/ee-08-2005/documentos/42.htm.
32. GÓMEZ V., Zúñega S., García E., Couttolenc M., Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2. El índice de hiperglucemia como indicador. Rev. Med IMSS 2002; 40 (4): 281-284. http://201.144.108.128/revista_medica/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=1745:control-de-la-diabetes-mellitus-tipo-2-el-indice-de-hiperglucemia-como-indicador&catid=662:aportaciones-clinicas&Itemid=721
33. CASTILLO K. Percepción de la calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben Diálisis en el Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, durante el período febrero 2011-Julio 2011, Tesis Universidad Nacional de Loja. Loja 2011.

34. ARIZA E, Camacho N, Londoño E., Niño C., Sequeda C., Solano C., Borda M., Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2005; 21: 28-40. http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/21/4_Factores%20asociados%20a%20control%20metabolico.pdf
35. VILLARREAL E., Vargas R., Rodríguez L., Martínez L., Calero C., Hernández M., Costo-efectividad de SOHDi en pacientes con diabetes tipo 2 sin hipertensión. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2010; 48 (5): 535-538. http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=718:costo-efectividad-de-sohdi-en-pacientes-con-diabetes-tipo-2-sin-hipertension-&catid=138:ano-2010-vol-

11. ANEXOS

ANEXO 1
APGAR FAMILIAR

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS IESS LOJA

1. Nombres y apellidos:_____

Las preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral. FAMILIA se define como el o los individuos con quienes usted usualmente vive, si usted vive solo, su familia consiste en las personas con quien tiene un lazo emocional más fuerte. Para cada pregunta marcar solo con una X que parezca aplicar para usted.

	Casi nunca 0	**A veces 1**	**Casi siempre 2**
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad			
Me satisface la forma como mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo			
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades			
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza o amor.			
Me satisface cómo compartimos en familia el tiempo de estar juntos, los espacios en casa o el dinero			

GACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 2
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

Fecha:……

1. Nombre_____
2. Cédula_____
3. Dirección: _____
4. Teléfono: _____
5. Género: 1. Masculino _____ 2. Femenino _____
6. Edad:_____ años
7. Estado civil: _____
8. Instrucción:_____
9. Ocupación:_____
10. Lugar de residencia: _____
11. Tiempo de evolución de la diabetes:_____
12. Tipo de Medicación:_____
13. Patologías asociadas:_____
_____
_____
____

CONTROL:

HEMOGLOBINA GLICOSILADA		GLUCEMIA EN AYUNAS	
Mes	**Valor**	**Mes**	**Valor**

ANEXO 3.

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS IESS LOJA

Autorización.

En plena capacidad de decisión, acepto libremente y bajo responsabilidad personal participar en el estudio cuyo tema es: **"**Función Familiar y Niveles de Glicemia en pacientes Diabéticos en la Ciudad de Loja." Para la aplicación del test.

Nota: Los datos brindados serán exclusivamente manejados por el personal de investigación.

FIRMA: …….

C.I.: ……..

ANEXO 4.

OFICIO DE AUTORIZACIÓN DE LA UNIDAD HOSPITALARIA.

Loja. 18 Febrero del 2013

Dr. Nelson Samaniego

DIRECTOR DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS IESS - LOJA.

Ciudad.

De mis consideraciones:

Yo Galo Andrés Coronel Chamorro, con cédula de ciudadanía 1104661804, estudiante de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja; me dirijo a usted muy respetuosamente deseándole éxitos en el desempeño de sus funciones y diario vivir; el motivo de la misma es para solicitarle ya que por motivo de estar en etapas de culminar mi carrera profesional y como requisito es realizar el estudio de Tesis previo grado de Médico General, me digno pedir el permiso correspondiente para realizarla en la Institución que responsablemente usted dirige, para poder desarrollar y llevar a cabo mi Tesis cuyo tema es: **"**Funcionalidad Familiar y Niveles de Glicemia en pacientes Diabéticos Tipo 2, en la Ciudad de Loja."

Por la atención prestada y esperando una respuesta positiva desde ya antelo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente

…….

Galo Andrés Coronel Chamorro

1104661804

ANEXO 5.

OFICIO DE AUTORIZACIÓN DE LA UNIDAD HOSPITALARIA.

Loja. 26 de Abril del 2013

Ing. Napoleón Orellana Jaramillo.

DIRECTOR ADMINISTRATIVO DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS IESS - LOJA.

Ciudad.

De mis consideraciones:

Yo Galo Andrés Coronel Chamorro, con cédula de ciudadanía 1104661804, estudiante de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja; me dirijo a usted muy respetuosamente deseándole éxitos en el desempeño de sus funciones y diario vivir; el motivo de la misma es para solicitarle ya que por motivo de estar en etapas de culminar mi carrera profesional y como requisito es realizar el estudio de Tesis previo grado de Médico General, me digno pedir el permiso correspondiente para realizarla en la Institución que responsablemente usted dirige, para poder desarrollar y llevar a cabo mi Tesis cuyo tema es: **"**Funcionalidad Familiar y Niveles de Glicemia en pacientes Diabéticos Tipo 2, en la Ciudad de Loja."

Por la atención prestada y esperando una respuesta positiva desde ya antelo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente

…….

Galo Andrés Coronel Chamorro

1104661804

ANEXO 5

HOSPITAL MANUEL YGNACION MONTEROS

IESS LOJA

Ubicación: Ibarra entre Tarqui y Santo Domingo

Barrio: Gran Colombia

Parroquia: El Valle

Teléfono: 2570214

12. INDICE

CERTIFICACIÓN.....ii
AUTORÍA.....iii
DEDICATORIA.....v
AGRADECIMIENTO.....vi
1. TÍTULO.....1
2. RESUMEN.....2
SUMMARY.....3
3. INTRODUCCIÓN.....4
4. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....7
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN DIABÉTICOS TIPO 2.....7
1. FAMILIA.....7
1.1. Definición.....7
1.2. El ciclo vital de la familia.....8
1.3. Tipos de familia.....10
1.4. FUNCIONES DE LA FAMILIA.....12
1.5. FUNCIONALIDAD FAMILIAR.....13
1.5.1. Indicadores de la Funcionalidad Familiar.....16
1.6. DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR.....19
1.7. LA FAMILIA COMO DETERMINANTE DE LA SALUD.....21
1.8. ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTE (AVE) EN LA FAMILIA.....22
1.9. DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA FAMILIA.....24
1.9.1. IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN EL DIABÉTICO.....26
1.9.2. CAMBIOS EN LAS FAMILIAS DE LOS DIABETICOS.....28
1.9.3. APOYO FAMILIAR EN LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO EN LOS DIABÉTICOS.....29
1.10. METAS DE CONTROL CLÍNICO Y METABÓLICO EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2.....30
1.10.1. Control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV).....30
1.11. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO.....32
1.12. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.....35
5. MATERIALES Y MÉTODOS.....37

6. RESULTADOS 41
DATOS GENERALES 42
TABLA Nº 1. 42
TABLA Nº 2. 43
TABLA Nº 3. 44
TABLA Nº 4.. 45
TABLA Nº 5.. 46
TABLA Nº 6. 47
TABLA Nº 7. 48
TABLA Nº 8. 48
TABLA Nº 9. 49
7. DISCUSIÓN 50
8. CONCLUSIONES 55
9. RECOMENDACIONES 56
10. BIBLIOGRAFÍA 57
11. ANEXOS 62
12. INDICE 69