

**FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA DE LOS PACIENTES CON DM II QUE
INGRESAN CON ALTERACIONES INCAPACITANTES AL SERVICIO DE
MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA, DURANTE
EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2007**

**JOHANNA PATRICIA CASTAÑEDA
MAGDA LORENA HOLGUÍN
LUZ OMAIRA GÓMEZ
ESPER FABIÁN CORTÉS
LUIS FELIPE ÁLVAREZ**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
NEIVA
2007**

**FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA DE LOS PACIENTES CON DM II QUE
INGRESAN CON ALTERACIONES INCAPACITANTES AL SERVICIO DE
MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA, DURANTE
EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2007**

**JOHANNA PATRICIA CASTAÑEDA
MAGDA LORENA HOLGUÍN
LUZ OMAIRA GÓMEZ
ESPER FABIÁN CORTÉS
LUIS FELIPE ÁLVAREZ**

**Trabajo presentado como requisito de la asignatura SEMINARIO DE
INVESTIGACION II**

**Asesora,
MARÍA YEDME SÁNCHEZ PASTRANA
Enfermera Magíster en Salud Pública, Especialista en Salud Familiar Integral.
Docente Universidad Surcolombiana**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
NEIVA
2007**

Nota de aceptación:

Firma del Asesor

Firma del coordinador de Área

Firma de un docente

Neiva, Noviembre 29 de 2007

DEDICATORIA

A Dios, quien siempre nos ha colmado de su sabiduría y gran amor, dándole verdadero sentido a nuestras vidas.

A cada uno de los miembros de nuestras familias, quienes siempre nos han apoyado, dándonos confianza, ánimo y todo lo que ha estado al alcance de sus posibilidades.

A nuestros compañeros de estudio, y a aquellos quienes se convirtieron en nuestros amigos, apoyándonos en esta etapa de gran importancia para nuestras vidas.

A todas las familias diabéticas, quienes día a día están en la búsqueda de soluciones para una enfermedad crónica incapacitante, como es la Diabetes Mellitus tipo II, a quienes queremos aportarles con los resultados de este proyecto.

Omaira, Johana, Magda, Fabián y Felipe

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan agradecimientos a:

Dios, por darnos sabiduría y perseverancia.

A la Facultad de Salud, al Programa de **Enfermería** de la Universidad **SURCOLOMBIANA** y a sus profesores, especialmente a Edilberto Suaza, epidemiólogo; y Hernán Chávarro, especialista en salud familiar, quienes con su colaboración permitieron elaborar y estructurar este proyecto.

Muy especialmente a la profesora María Yedme Sánchez Pastrana, nuestra asesora, quien con su apoyo, colaboración y disponibilidad, nos compartió sus conocimientos haciendo posible la realización de este proyecto; y fomentó en nosotros interés por la investigación.

A todos los pacientes índices y sus familiares, quienes aportaron sus experiencias e información.

A nuestras familias y a todas aquellas personas que con su colaboración y ayuda hicieron posible este proyecto.

CONTENIDO

	Pág
INTRODUCCIÓN.....	17
1. MARCO REFERENCIAL	19
1.1. LA PERSONA.....	19
1.2. LA DIABETES MELLITUS II	20
1.2.1. Historia social y natural de la DM II.....	20
1.3. LA FAMILIA, UNIDAD PRIMARIA DE ATENCIÓN	22
1.3.1. Tipos de familia:.....	23
1.3.2. Funciones de la Familia:	23
1.3.3. Ciclo Vital Familiar	24
1.3.4 Teoristas de enfermería.....	25
1.3.5. Enfoque familiar.....	26
1.3.6. La funcionalidad familiar	26
1.4. ASOCIACIONES DE DIABÉTICOS	28
1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	30
2. DISEÑO METODOLÓGICO	32
2.1. METODOLOGÍA.....	32
2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	32
2.2.1. Los criterios de inclusión serán los siguientes: Para la persona índice:	32
2.3. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	33
2.3.1. Método.....	33
2.3.2. Técnica.	33
2.3.3. Prueba de confiabilidad y validez.....	34
2.4. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	34
2.4.1. Pasos para la recolección de la información.....	34
2.4.2. Tabulación y Análisis	35

	Pág
2.5. IMPLICACIONES ÉTICAS	35
3. RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACIÓN	36
3.1. INFORMACIÓN DE LA PERSONA INDICE.....	36
3.2. ESTRUCTURA Y CARACTERÍSTICAS FAMILIARES	46
3.3. INTERACCIÓN SOCIO-FAMILIAR	61
3.3.1. Sistema de salud	61
3.3.2. Trabajo.....	68
3.3.2. Religión y sistema de creencias.....	69
3.3.3. Transporte	70
3.3.4. Recreación.....	71
3.3.5. Cultural	71
3.4. RESULTADOS DE LA VALORACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA, BAJO PARÁMETROS BÁSICOS (APGAR).....	73
4. ANÁLISIS.....	85
4.1. PACIENTE ÍNDICE	85
4.2. FAMILIA DEL PACIENTE ÍNDICE	89
4.3. INTERACCIÓN CON LOS SISTEMAS SIGNIFICANTES.....	93
4.4. FUNCIONALIDAD FAMILIAR	98
5. DISCUSIÓN	102
6. LINEAMIENTOS DEL MODELO DE ATENCIÓN HACIA LA FAMILIA COMO UNIDAD DE CUIDADO.....	108
6.1. OBJETIVOS.....	108
6.1.1. Objetivo General	108
6.1.2. Objetivos Específicos.....	108
6.2. METAS	109
6.3. PRINCIPIOS	109

	Pág
6.4. ENFOQUE	110
6.5. ESTRATEGIAS.....	110
6.6. CARACTERÍSTICAS	110
7. CONCLUSIONES	112
8. RECOMENDACIONES.....	115
BIBLIOGRAFÍA.....	117
ANEXOS.....	119

LISTA DE TABLAS

	Pág
Tabla 1: Distribución por grupos etáreos	36
Tabla 2: Ocupación del paciente índice	36
Tabla 3: Distribución de los pacientes por estrato socioeconómico	37
Tabla 4: Relación del estrato socioeconómico y ocupación de los pacientes	37
Tabla 5: Relación del estrato socioeconómico y nivel de educación de los pacientes	39
Tabla 6: Número de complicaciones por género de los pacientes índices	40
Tabla 7: Relación entre el nivel educativo y el número de complicaciones	41
Tabla 8: Relación entre el tipo de complicaciones y el estrato socioeconómico	41
Tabla 9: Frecuencia de hospitalizaciones según el género del paciente	42
Tabla 10: Recepción de tto qx por complicaciones de la DM II según el género.....	43
Tabla 11: Presencia de patologías diferentes a la dm ii según género.....	44
Tabla 12: Enfermedades actuales diferente a la DM II	45
Tabla 13: Familia con la que vive el paciente según sexo del paciente	46
Tabla 14: Relación entre el nº de complicaciones y la familia con que vive el paciente	47
Tabla 15: Distribución de género por grupos de edades	48
Tabla 16: Relación entre la familia con que vive el paciente y el número de miembros de esta	48
Tabla 17: Nivel de escolaridad según el género del paciente índice	50
Tabla 18: Relación entre el nivel de escolaridad de los hombres y la familia con que convive el paciente.....	50
Tabla 19: Relación entre el N° de complicaciones y el nivel de escolaridad de los hombres	52
Tabla 20: Relación entre el tipo de familia y el nivel educativo de los	

	Pág
pacientes.....	53
Tabla 21: Relación entre el nº de complicaciones y el tipo de familia.....	54
Tabla 22: Relación entre el nº de veces que ha sido hospitalizado el paciente por complicaciones de la DM II y el tipo de familia.....	55
Tabla 23: Ciclo vital familiar	55
Tabla 24: Relación entre el Nº de complicaciones presentadas y el CVF.....	56
Tabla 25: Relación entre el nº de veces que ha sido hospitalizado por complicaciones de DM II y el CVF	57
Tabla 26: Relación entre género y CVF	57
Tabla 27: Descripción de la percepción del paciente sobre la calidad del apoyo brindado por la familia durante la enfermedad	59
Tabla 28: Descripción del tipo de apoyo recibido por parte de los miembros de la familia.....	60
Tabla 29: Tipo de relación del paciente con otros miembros de la familia diferente a los hijos	61
Tabla 30: Relación entre la asistencia a controles médicos por parte de los pacientes y el tipo de familia.....	62
Tabla 31: Asistencia a controles médicos y la ocupación de los pacientes índices	63
Tabla 32: Estrato socioeconómico y la frecuencia de la compañía.....	64
Tabla 33: Recepción de información sobre su enfermedad por parte del equipo de salud según el género del paciente.....	65
Tabla 34: Relación entre la recepción de información sobre la enfermedad por parte del equipo de salud y el número de complicaciones del paciente	66
Tabla 35: Nivel de conocimientos sobre la enfermedad	67
Tabla 36: Recepción de información sobre la enfermedad por parte del equipo de salud y el nivel de conocimientos sobre la enfermedad	67
Tabla 37: Nivel de conocimientos de la enfermedad y la ocupación	

	Pág
del paciente.....	68
Tabla 38: Religión a la que pertenece el paciente	69
Tabla 39: Religión a la que pertenecen los demás miembros de la familia.....	70
Tabla 40: Nivel de satisfacción que tienen los pacientes con el uso del medio de transporte.....	70
Tabla 41: Número de subsistemas funcionales en los pacientes.....	71
Tabla 42: Relación entre el número de sistemas funcionales y género del paciente	72
Tabla 43: Número de sistemas funcionales y el CVF	73
Tabla 44: Grado de disfunción según APGAR familiar	73
Tabla 45: Resultados del APGAR del paciente.....	74
Tabla 46: Grado de disfunción familiar y el estrato socioeconómico	74
Tabla 47: Relación entre el número de complicaciones de la DM II y el total del APGAR del paciente	75
Tabla 48: Frecuencia de hospitalizaciones por complicaciones de DM II y el total del APGAR para el paciente.....	76
Tabla 49: Relación entre el grado de disfunción familiar y el N° de complicaciones de la DM II.....	76
Tabla 50: Relación entre el grado de disfunción familiar y el N° de veces que ha sido hospitalizado por complicaciones de DM II	77
Tabla 51: Total del APGAR para el familiar	78
Tabla 52: Total del APGAR para el familiar y estrato socioeconómico	79
Tabla 53: Diferencia de APGAR para el paciente y familiar.....	79
Tabla 54: Diferencia de APGAR y tipo de familia.....	80
Tabla 55: Asociación entre los componentes del APGAR familiar y algunas variables de interés.....	80
Tabla 56: Tipo de familia y la diferencia de adaptación	81
Tabla 57: Tipo de familia y la diferencia de participación.....	82
Tabla 58: Estado civil y diferencia de participación.....	82

	Pág
Tabla 59: Tipo de familia y la diferencia de crecimiento	83
Tabla 60: Tipo de familia y la diferencia de afectividad.....	84
Tabla 61: Relación entre el grado de disfunción familiar y la diferencia de afectividad.....	84

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág
Gráfica 1: Cuidado Integral (Smilkstein).....	28
Gráfica 2: Mapa de la ciudad de Neiva por comunas	34
Gráfica 3: Distribución por grupos de edades para la población general.....	47
Gráfica 4: Edad de los pacientes índice.....	85
Gráfica 5: Relación entre el estado civil y el género del paciente índice	86
Gráfica 6: Relación entre el número de complicaciones y el género del paciente índice.....	87
Gráfica 7: Pacientes índice que han recibido Tto Qx por complicaciones de la DMII	88
Gráfica 8: Tipo de familia del paciente índice, según su género.....	89
Gráfica 9: Tipo de familia de los pacientes índice.....	92
Gráfica 10: Recepción De Información Sobre Su Enfermedad Por Parte Del Equipo De Salud Según el Género.....	95
Gráfica 11: Nivel De Conocimientos que tienen los pacientes sobre la Enfermedad.....	95
Gráfica 12: Cambios implementados por la familia para apoyar al paciente en la evolución de su enfermedad.	98

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Entrevista Semiestructurada.....	120
Anexo B. Apgar Familiar.....	133

RESUMEN

Objetivo: Determinar el grado de funcionalidad de la familia del paciente con Diabetes Mellitus tipo II, para direccionarla como una unidad de cuidado familiar en la limitación de la enfermedad.

Materiales y Métodos: Mediante un estudio descriptivo transversal, se investigaron 18 pacientes que ingresaron con alteraciones incapacitantes al servicio de medicina interna del Hospital Universitario de Neiva en el primer semestre del año 2007. Estos fueron visitados en sus domicilios, aplicando una entrevista semiestructurada que indagaba sobre la persona índice, estructura, características familiares e interacción socio-familiar. Se les pidió que llenaran un formato autodiligenciable correspondiente al APGAR familiar, el cual también fue aplicado a un familiar.

Resultados: La edad promedio de los pacientes índices fue de 63.4 años. No hubo familias que accedieran a todos los sistemas significantes indagados, en un 66.70% tuvieron menos de 3 de ellos; esto se asoció estadísticamente con el género del paciente ($p= 0.010$). Las mujeres contaron con un menor número de sistemas en comparación con los hombres. Se asoció con el CVF ($p= 0.031$), donde las familias en la etapa de salida de los hijos presentan menor número de sistemas.

Las familias de los pacientes índices son en un 66.7% funcionales. En los hombres el 100% de sus familias son funcionales, mientras que en las mujeres el 29.4% son disfuncionales.

El puntaje obtenido por el paciente en el APGAR familiar se asoció estadísticamente con el número de complicaciones presentadas ($p= 0.049$) y con la frecuencia de hospitalizaciones por esta causa ($p= 0.0094$). Aquellos individuos que obtuvieron mayor puntaje APGAR, mostraron menor número de complicaciones y de hospitalizaciones. La funcionalidad de la familia también se asoció con el número de complicaciones sufridas por el sujeto índice ($p= 0.020$).

Conclusión: La funcionalidad familiar se relacionó con el número de complicaciones y hospitalizaciones. También se encontraron otros factores relacionados como: género Femenino, Tipo de familia extensa o abierta, Ciclo vital familiar: salida de los hijos; y acceso a menor número de sistemas significantes.

Palabras claves: Funcionalidad familiar, Diabetes Mellitus, Complicaciones, Hospitalizaciones.

ABSTRACT

Objective: To determine the functionality degree of the patient's family regarding Diabetes Mellitus type II, with the purpose of guiding it as a mechanism of family care within the limitation of the disease.

Methods and Materials: Through a descriptive transversal study, 18 patients with an arrival of disabling alterations at the internal medicine service of Hospital Universitario de Neiva during the first semester of the year 2007 were investigated. They were visited at their dwellings where a semi structural interview was carried out, examining the person, structure, family characteristics and their socio-familial interactions. They were asked to fill in a format from APGAR familiar, which was given to another member of the family.

Results: The average age of the patients was 63.4 years. There were no families that acceded all the significant systems investigated. In a 66.7% the results showed less than 3 of them, having a rapidly association with the gender of the patient ($p=0.010$). Women remained with a lower number of systems compared with the men. This was also related with the CVF ($p= 0.031$) where the stage in which kids leave home, presented a minor number of systems.

The families' patients' rates are 66.7% functional. In men, 100% of the families are functional while 29.4% in the women's are dysfunctional.

The score obtained from the patient at APGAR familiar, was associated statistically with the number of presented complications ($p= 0.049$) and the frequency rate of hospitalizations regarding the source ($p= 0.0094$). Those who received a higher score at APGAR, demonstrated a lower number of complications and hospitalizations. The family's functionality was linked as well with the number of suffered complications concerning the individual's rate ($p= 0.020$).

Conclusion: Family functionality was related with the number of complications and hospitalizations. In addition, there were other elements which were associated to it like female gender, type of family either extended or open, vital familiar cycle: departure of the kids and the access to a minor number of significant systems.

Key words: Familiar functionality, Diabetes Mellitus, complications, hospitalizations

INTRODUCCIÓN

Mantener la salud es un proceso integral en el que no sólo el bienestar físico juega un papel importante, sino que también el bienestar mental, espiritual, social y afectivo, son elementos claves para que una persona pueda conservar su estado de salud y más aún recuperarlo.

Todas las patologías tienen un componente social y familiar que las hace vulnerables y condicionadas al estado anímico del paciente, el cual a su vez está regido por las relaciones intra e interpersonales. Son estas las que determinan la interacción social de las personas, de su ser físico y mental a la vida en sociedad, a la vida comunitaria y familiar.

Es la Diabetes Mellitus tipo II (DM II), una patología que afecta directamente al paciente que la padece e indirectamente a las personas que rodean a dicho paciente, debido a que su proceso de recuperación incluye un cambio en el estilo de vida, una adecuación de los hábitos alimenticios y de las costumbres al realizar actividades físicas, factores que a su vez modifican la vida de una familia e incluso de una comunidad.

Es por lo tanto un factor determinante para el paciente, el apoyo que recibe por parte de su familia y de la sociedad que lo rodea, amigos, compañeros de trabajo, vecinos, quienes integrarían una red de apoyo social en pro del mantenimiento de la salud y de la recuperación de la enfermedad.

La familia representa una función central en la vida de un usuario, de un servicio de salud y representa la mayor parte de su contexto vital. La persona crece dentro de una familia y es allí donde es educado, obtiene una identidad, desarrolla su ciclo vital individual, desarrolla valores sobre la vida y le proporciona la primera guía para la socialización y la enseñanza sobre la salud y la enfermedad. La familia proporciona los recursos materiales y emocionales para mantener la salud, además de brindar apoyo en épocas de crisis, como en la época donde alguno de sus miembros se enferma¹.

Una familia que brinda apoyo al usuario con una alteración en el estado de salud, es una familia que participa activamente del cuidado del mismo y se comprometen

1

a lidiar con problemas de la vida cotidiana, que el usuario no está capacitado o en condiciones de resolver.

Cuando un integrante del núcleo básico de la sociedad se enferma, toda la familia se ve afectada. Según la patología, los miembros de la familia hacen ajustes a sus estilos de vida. Generalmente, los problemas de salud tienen un fuerte impacto sobre la capacidad de funcionamiento de la familia y su grado de funcionalidad determina, en parte, si esta es capaz de soportar el impacto de las condiciones de salud de uno de sus miembros.

Es evidente que el apoyo familiar repercute en la manera en que los enfermos aceptan la enfermedad y se adaptan a ella. Existe una serie de cuidados específicos que el paciente, con ayuda de su familia, puede realizar en su hogar para disminuir el potencial de complicaciones y de factores de riesgo.

Por tal motivo, el hecho de encontrar pacientes que ingresan al servicio hospitalario, debido a complicaciones en la evolución de la DM II, pudo indicar que hay dificultades en el desarrollo de las funciones de la familia, o que los pacientes no cuentan con el apoyo de su familia, para evitar o disminuir las limitaciones que ocasiona esta patología. Este contexto permitió formular la siguiente pregunta que enfoca el problema de investigación: ¿Cuál es la funcionalidad de la familia de los pacientes con DM II, que ingresan con alteraciones incapacitantes al servicio de medicina interna del Hospital Universitario de Neiva, durante el primer semestre del año 2007?

Se planteó como objetivo general: Determinar el grado de funcionalidad de la familia del paciente con Diabetes Mellitus tipo II, para direccionarla como una unidad de cuidado familiar en la limitación de la enfermedad. Y como objetivos específicos: Interpretar la estructura familiar visualizando las interrelaciones y vínculos que tiene el paciente en su contexto familiar; relacionar los diferentes sistemas de apoyo que cada uno de los miembros de la familia moviliza en los momentos críticos; valorar, bajo parámetros básicos, la integralidad de la funcionalidad familiar que permite la identificación de la familia en riesgo; y proponer los componentes de un modelo de unidad de atención familiar para la familia del paciente con Diabetes Mellitus tipo II.

Los resultados de esta investigación sirven de base para fundamentar las estrategias de mejoramiento en la intervención del profesional de Enfermería y fortalecer la importancia del apoyo familiar durante la trayectoria de la enfermedad; esto, mediante la creación de los lineamientos de un modelo de atención hacia la familia como unidad de cuidado.

Por lo que, en este trabajo, se describen el marco conceptual que sustenta la investigación, con la operacionalización de las variables, el diseño metodológico empleado, los resultados encontrados, el análisis, discusión, conclusiones,

recomendaciones y finalmente los lineamientos de un modelo de atención. Además se incluyen una serie de anexos importantes en la investigación.

1. MARCO REFERENCIAL

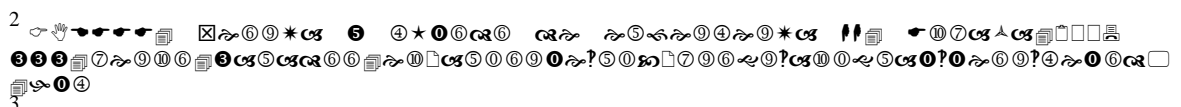
Para determinar el factor que enmarca la referencia de la presente investigación, es necesario partir del individuo, de la persona como sujeto, de sus características, entorno y demás elementos que influyen de manera significativa sobre su realización y bienestar integral, para lo cual, se analizan las diferentes definiciones de persona según las teorías de enfermería:

1.1. LA PERSONA

Doroty Jonson, Dorothea Orem, Imogene King, Betty Neuwman y Callista Roy coinciden al definir la persona como un sistema abierto, que se interrelaciona. Orem agrega que es un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales; pero King va más allá al asegurar que, es un ser social, emocional, racional, con tres subsistemas: Personal, interpersonal y social; en esta misma línea Roy asegura que es un ser biopsicosocial que interactúa con el entorno cambiante. Para Virginia Henderson la familia y la persona son una unidad influenciada en cuerpo y mente².

Martha Royers en su “teoría de los seres humanos unitarios” considera que la persona es un sistema abierto en continua interacción con otros sistemas abiertos que es su entorno (integridad), cree que los seres humanos no son entidades dispersas o agregados mecánicos, sino que es un todo único con integridad propia y que expresa cualidades que no puede expresarse solo como la suma de sus elementos individuales³.

Se entiende entonces que la persona es un ser biológico, psicológico y social, por esto es necesario determinar cada uno de los elementos pertenecientes a estos factores, que influyen en el proceso salud-enfermedad de la persona. Teniendo en cuenta que el individuo debe reconocerse como un todo, como seres organizados

² 

³ 

completos, siendo un sistema abierto, compuesto por subsistemas interrelacionados entre sí.

Desde el punto de vista biológico la persona está expuesta a diversos y constantes alteraciones en su ser fisiológico y que por lo tanto van a repercutir en sus demás dimensiones, tanto la psicológica como social. Estas alteraciones pueden ser de dos tipos: agudas y crónicas, las primeras son aquellas que suelen durar poco tiempo; las crónicas son problemas de salud de larga duración el término “crónica” se refiere al tiempo de evolución de la enfermedad pero no indica gravedad alguna. Los síntomas de una enfermedad crónica pueden desaparecer con tratamiento o cuidados básicos pero esto no quiere decir que se haya curado la enfermedad, generalmente la persona sigue padeciéndola de forma subyacente, aunque el hecho de que reciban un tratamiento lo hagan sentir sano. La mayoría de personas que padecen enfermedades crónicas no piensan en ellas mismas como en un “enfermo crónico” sino como en alguien que padece un trastorno específico, la enfermedad crónica no solo afecta físicamente a la persona sino también social, familiar, emocional y espiritualmente. Aceptar y adaptarse a padecer una enfermedad crónica requiere tiempo y entendimiento pero sobre todo apoyo.

En el desarrollo de toda enfermedad independiente que sea aguda o crónica, esta evoluciona a través de unas etapas que conforman la denominada Historia Social y Natural de la enfermedad. Los componentes de este proceso son elementos que conforman la denominada triada ecológica. La interacción entre estos tres elementos (huésped, agente y medio ambiente) se puede presentar continuamente, pero se necesitan condiciones favorables en cada uno de los integrantes para que se desencadene el proceso de enfermedad.

1.2. LA DIABETES MELLITUS II

1.2.1. Historia social y natural de la DM II. En el periodo prepatogénico de la Diabetes Mellitus, existen factores asociados tanto al agente como al huésped y al ambiente, estos incluyen factores de riesgo genéticos y ambientales entre los que el estilo de vida juega un papel fundamental; dentro de los factores de riesgo mas relevantes están: edad (individuos predominantemente adultos o mayores de 40 años aunque en ocasiones se puede presentar en jóvenes), obesidad abdominal y visceral o sobrepeso, antecedentes familiares de DM II, mayor incidencia de pacientes índice en culturas y sociedades cuya base alimenticia son las grasas y los carbohidratos predominantemente; y sedentarismo. Cuando estos factores están en un huésped, lo convierten en susceptible y bajo condiciones favorables, se desarrolla la enfermedad y empieza así el periodo patogénico.

En el periodo prepatogénico de la enfermedad se puede aplicar la prevención primaria como las múltiples intervenciones encaminadas a disminuir o erradicar los factores de riesgo presentes en el individuo y su medio ambiente, en la Diabetes se habla concretamente de modificar factores como obesidad, sedentarismo, problemas de dislipidemias, presencia de hipertensión arterial, tabaquismo y nutrición no apropiada esto se alcanza mediante la promoción de la salud: medidas educativas, económicas y sociales y la protección específica (eliminar factores de riesgo propios de la enfermedad). Un estudio realizado por el Instituto Nacional de la Diabetes y enfermedades Digestivas y del Riñón de Norte América llamado “Programa de Prevención de la Diabetes”, demuestra que la Diabetes Mellitus TII puede ser prevenida o retardar su aparición en personas con alto riesgo de desarrollarla. Con una alimentación saludable: disminuyendo la ingesta de grasas, azúcares y carbohidratos, aumentando el consumo de frutas y vegetales, realizando ejercicio, por lo menos 30 minutos por cinco días a la semana y reduciendo por lo menos un 7% del peso corporal.

Por lo tanto los equipos de salud deben trabajar hacia el individuo y la familia, porque ésta es el grupo social primario sobre el cual se basan la mayoría de las agrupaciones sociales. La constitución genética, los comportamientos y las actitudes constructivas y destructivas, las muchas enfermedades comunicables, nutricionales y de toda índole tienen su origen en la familia, también los aspectos culturales, económicos y educativos¹.

El periodo patogénico de la diabetes, comienza con una resistencia e insensibilidad de los tejidos frente a la acción normoglicemiante de la insulina, acompañada por una deficiente respuesta de las células B del páncreas a la glucosa (liberación retardada de insulina)². Esto conlleva a los primeros síntomas de la patología que incluyen polifagia, polidipsia y poliuria, hiperglicemia en ayunas (> 140 mg/dl) y glicosuria detectada en laboratorios tomados rutinariamente; en algunas mujeres, se reporta vaginitis o prurito.

A este nivel de la enfermedad, se deben hacer una serie de esfuerzos destinados a procurar la disminución de las secuelas en diabéticos ya diagnosticados, prevenir la aparición de complicaciones agudas y crónicas, y a procurar retardar la progresión de la enfermedad. Este tipo de acciones se pueden obtener cuando se realiza un control metabólico óptimo.

Se habla entonces de un nivel de prevención secundario, dirigidos al diagnóstico precoz: programas de detección temprana en individuos con alto riesgo y utilización de ayudas diagnósticas; Tratamiento oportuno: con medicamentos y otras ayudas terapéuticas, terapia biológica, psicológica, comportamental y

1. American Diabetes Association. Diabetes Mellitus. 7th ed. Philadelphia: JB Lippincott; 2004. p. 1-10.
2. American Diabetes Association. Diabetes Mellitus. 7th ed. Philadelphia: JB Lippincott; 2004. p. 11-20.

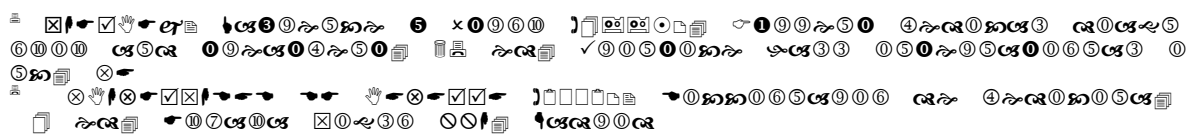
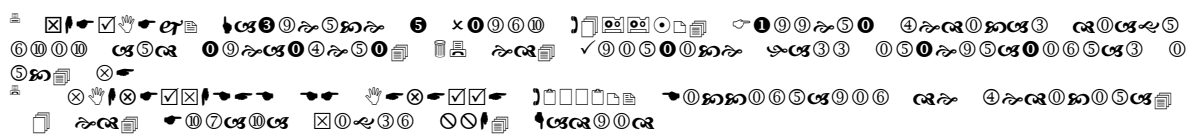
sociocultural; Educación y seguimiento: educación en el problema o enfermedad, visitas de control y cambios en el estilo de vida, que exige no solo el compromiso del individuo enfermo si no de toda la familia, ya que una de sus funciones fundamentales es prestar apoyo a cada uno de sus miembros cuando uno de estos enferma, en la mayoría de pacientes índice afecta a todos los miembros de la familia ocasionando ajustes en sus estilos de vida. En el abordaje familiar que realiza el Grupo Diabetes SAMFyC afirma: “El diagnóstico de Diabetes o la aparición de sus complicaciones, instaura 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”³.

Si la enfermedad no se diagnostica a tiempo y los síntomas se vuelven persistentes e incontrolables y marcados, se llega al daño tisular de grandes estructuras: oculares (catarata diabética, retinopatía diabética, glaucoma) renales (microalbuminuria, nefropatía progresiva diabética, IRC), gangrena de pies, neuropatía diabética (neuropatía periférica), impotencia sexual, complicaciones de mucosas y piel, formación de ateromas e IAM y por último, se llega a un estado crónico e incapacitante de ceguera, amputaciones, anestesia periférica, entre otras⁴. La prevención terciaria tiene como objetivo fundamental detener o retardar la progresión de las complicaciones, y evitar otras, con el fin de evitar la incapacidad irreversible del paciente o bien impedir la mortalidad temprana.

A través del análisis de la historia social y natural de la Diabetes Mellitus II se puede observar que se puede intervenir, teniendo en cuenta cada uno de los niveles de prevención hacia el individuo que se ve afectado biológica, psicológica, espiritual y socialmente, en donde la familia también se ve afectada.

1.3. LA FAMILIA, UNIDAD PRIMARIA DE ATENCIÓN

Al tener en cuenta a la persona como un todo integral, es necesario ubicarlo dentro de un momento histórico, en un lugar y un entorno específico. Es así como se ve la influencia de sistemas como la familia en el proceso salud-enfermedad de un individuo. La familia se reconoce como un sistema, ya que la persona crece dentro de una de ellas y es allí donde es educado, obtiene una identidad, desarrolla su ciclo vital individual, desarrolla valores sobre la vida y le proporciona la primera guía para la socialización y la enseñanza sobre la salud y la enfermedad (normas de autocuidado). La familia proporciona los recursos físicos y emocionales para mantener la salud, además de brindar apoyo en

³  ⁴ 

épocas de crisis, como en la época donde alguno de sus miembros se enferma, posee normas y reglas que enmarcan su particular estilo de vida y evolución. Su influencia es tal, que los síntomas de disminución de la salud que uno de sus miembros experimenta son la solución a la que ha llegado la familia.

Así mismo, la familia está sujeta al cambio, a la evolución, porque como sistema nunca está estático; si la familia no evoluciona, sino que es estática, puede presentar síntomas; por lo tanto la capacidad de adaptación de los miembros de la familia a dichos cambios establece su funcionalidad ².

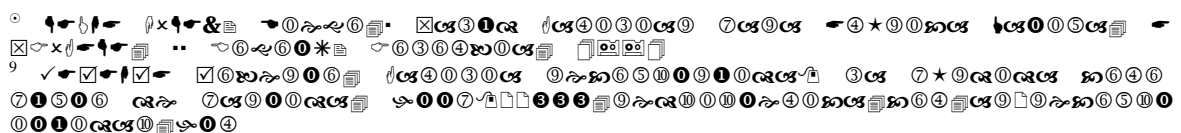
La familia puede considerarse como un sistema complejo en la que sus miembros juegan distintos papeles y se interrelacionan para llevar a cabo una serie de funciones importantes para cada individuo, para la familia como un todo y para contribuir a la sociedad en la que está inmersa. La familia es la unidad primaria de atención debido a que las interrelaciones permiten comprender mejor a los seres humanos; la familia tiene que ver con la génesis, con el desarrollo y con el empeoramiento de muchos problemas de salud de toda índole: genéticos, de comportamiento, mentales, orgánicos, infecciosos, metabólicos, etc. También la familia tiene que ver con el mejoramiento de la salud, la protección contra la enfermedad y la recuperación y mejor control durante los procesos, ya que la familia es el recurso más próximo que tenemos cuando se necesita apoyo. Incluso se afirma que los síntomas presentados por algunos individuos tienen una función que pretende estabilizar la familia o buscar su supervivencia.

1.3.1. Tipos de familia: En la sociedad pueden existir diversos tipos de familia según los miembros que a integran, para efectos de esta investigación se tomarán la siguiente clasificación:

- Familia Nuclear: Es el grupo familiar constituido por los progenitores, que usualmente son padre, madre y por los hijos.
- Familia Extensa: Es aquella que agrupa en una misma unidad doméstica a varios parientes pertenecientes a varias generaciones.
- Familia Reconstruida: Es la que está compuesta por cónyuges con hijos de matrimonios anteriores¹.

1.3.2. Funciones de la Familia: Cualquier tipo de familia debe cumplir con una serie de funciones que determinan el cumplimiento su desarrollo y bienestar, como el de cada uno de los miembros que la integran. Las principales funciones son:

1. Función biológica, se satisface el apetito sexual del hombre y la mujer, además de la reproducción humana.

¹ 

2. Función educativa, tempranamente se socializa a los niños en cuanto a hábitos, sentimientos, valores, conductas, etc.
3. Función económica, se satisfacen las necesidades básicas, como el alimento, techo, salud, ropa.
4. Función solidaria, se desarrollan afectos que permiten valorar el socorro mutuo y la ayuda al prójimo.
5. Función protectora, se da seguridad y cuidados a los niños, los inválidos y los ancianos.

1.3.3. Ciclo Vital Familiar: Es también importante considerar el ciclo vital familiar que enmarca el momento biológico y psicológico en el cual se encuentra, plantea una secuencia de momentos altamente significativos por las expectativas, la tensión y los cambios que desde ellos se plantean, adicionan situaciones nuevas que implican toma de decisiones, redefinición de acuerdos y tareas, así como cambios en cuanto a la estructura y dinámica familiar. Las etapas del ciclo vital familiar son²:

- **Noviazgo.** Es la etapa en la cual un hombre y una mujer se disponen a construir un proyecto en el que se da el enamoramiento y expectativa frente al compañero(a) del otro sexo para conformar una relación de pareja. La identidad de pareja que se construya a través del análisis y confrontación mutua de los valores, las historias personales, deseos, costumbres, expectativas hacia el futuro; determinarán la consolidación del noviazgo como una familia.
- **La pareja conviviente**
Es una etapa en la que dos individualidades inician la convivencia y dan espacio al nosotros, como parte de la interacción bajo el mismo techo. La pareja pone en evidencia la realidad de las expectativas y los acuerdos hechos durante el noviazgo lo que significa una tensión alta por los ajustes permanentes que se derivan de la nueva convivencia.
- **Nacimiento del primer hijo.** Esta etapa se inicia desde la concepción del hijo, hasta que éste inicia el preecolar. Es decir, comprende las experiencias que rodean el embarazo, el parto, el crecimiento y desarrollo del bebé hasta el comienzo de la escolaridad. La relación entre dos, que venía planteada en el noviazgo y la unión de la pareja se convierte, al nacer el primer hijo, en una relación triangular que permite a la pareja asumir la parentalidad.
- **Escolaridad.** Desde el nacimiento del hijo los padres entregan su primer aporte de socialización, el cual se complementa en la institución escolar donde el niño recibirá instrucción académica y el apoyo a los padres en su tarea de formación. Es la primera salida que tiene el hijo en la que comparte nuevas experiencias

de socialización y encuentra en sus compañeros "otras versiones" de la interacción humana; pero es también la primera aproximación que hace la familia, a la institución escolar que en adelante demandará acuerdos y apoyo mutuo en el proyecto de socialización y aprendizaje.

- **Adolescencia.** Es una etapa que vive la familia y está marcada por la edad del primer hijo comprendida aproximadamente entre los 12 y los 18 años. El adolescente está construyendo su identidad desde su autoconocimiento, su opción profesional, su definición sexual, su interacción con los pares (amigos (as) de su misma edad) y cuestiona su relación con los padres y otros adultos que han representado la autoridad. Durante esta etapa la familia vive momentos de alta tensión en la medida en que direcciona esfuerzos hacia la ¹
- estabilidad sin reconocer el momento de máxima inestabilidad por la que atraviesa el hijo adolescente.
- **Salida de los hijos.** Etapa que se inicia cuando sale uno de los hijos y finaliza cuando sale el último de ellos. Se caracteriza porque los hijos son jóvenes adultos dispuestos a independizarse de la familia. La etapa es también conocida como "el destete" lo que pretende describir el momento de emancipación ante la inminente salida de la prole; con sentimientos de pérdida en los padres por no tener ya el control sobre los hijos, lo que coincide con la etapa de madurez de la pareja, cuando sus fuerzas empiezan a menguar y justamente cuando los hijos están fortalecidos para producir y ser independientes económicamente.
- **Jubilación y vejez.** La familia se reduce generalmente a la pareja, en pleno retiro laboral, una pareja envejecida, con los hijos independientes. Estas características han llevado a comparar la etapa con un "Nido Vacío". La tensión se presenta en el cambio de roles, pues los padres ya no son la autoridad ni los proveedores, pasando a ser dependientes de los hijos y en la reacomodación de la pareja que posiblemente proyectó sus esfuerzos en la crianza descuidando el subsistema conyugal sin visualizar que el ciclo vital los pondría de nuevo cara a cara en el ocaso de la construcción familiar.

1.3.4 Teoristas de enfermería. Sobre la influencia de la familia en las costumbres del autocuidado de un individuo y en el proceso salud-enfermedad, las teoristas de enfermería, al igual que otros autores, han aportado gran cantidad de conocimientos sobre el tema:

Dorothea Orem. En su teoría general de enfermería define el autocuidado como "la práctica de las personas maduras o que están madurando que inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar". Su teoría está compuesta a su vez por tres subteorías, en la cual

la primera de ellas denominada “la teoría del autocuidado” en la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia, da importancia a la interacción social y familiar en las diferentes actividades humanas y la cataloga como un requisito universal para que presente el autocuidado, de igual forma, la incluye en los requisitos de autocuidado de desarrollo en la forma en que promueve las condiciones necesarias para la vida y la maduración, en la prevención la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano (ciclo vital individual) ¹.

Ahora bien, en su segunda subteoría, la denominada Teoría del déficit de autocuidado en la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit, considera que los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o sino que requieren de cuidado dependiente e incluso propone que los seres humanos maduros experimentan limitaciones de la acción de autocuidado de uno mismo y de los demás, siendo la sostenibilidad de vida los estímulos reguladores de las funciones, es decir que las ganas de vivir motivan al individuo a actuar de cierta forma sólo para seguir vivos. Puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; sino fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados. Como tal, es afectado por el entorno y es capaz de realizar acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma¹.

De este modo, la teoría de Orem tiene por fundamento el concepto de autocuidado, y comprenden actos y actividades propias del individuo, las cuales son aprendidas y son influenciadas por la cultura, las creencias, los hábitos y costumbres de la familia y la sociedad; también se ven afectadas por la edad, etapa del desarrollo y estado de salud, todo esto puede alterar la capacidad del individuo para realizar estas actividades de autocuidado las cuales, si son llevadas a cabo eficazmente, contribuyen a la integridad y al desarrollo de quienes las realizan.

Nola J. Pender. En su teoría llamada “el modelo de promoción de la salud”, considera que Las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad bio-sicosocial, transformándolo progresivamente y siendo transformados simultáneamente a lo largo del tiempo.

Pender propone una serie de variables específicas de la conducta y el afecto, las cuales afectan al individuo en estas incluyen las “Influencias interpersonales”



concebida como los conocimientos acerca de las conductas, creencias o actitudes de los demás. Incluyen normas, apoyo social y modelación (aprendizaje indirecto mediante la observación de los demás comprometidos con una conducta en particular). Y que son modificables mediante las acciones de enfermería. Las fuentes primarias de influencia interpersonales, son las familias, las parejas y los cuidadores de salud¹.

1.3.5. Enfoque familiar: Mejía Gómez demuestra que el enfoque de la familia como unidad de atención tienen un respaldo científico al mostrar algunos ejemplos citados por el doctor David Schmidt. (1978) ¹:

- Los estudios de Dingle (1964) muestran cómo la estructura de la familia influye en el patrón y frecuencia de las infecciones del aparato respiratorio superior. Donde hay niños en edad escolar hay más resfriados que donde sólo hay preescolares.
- Un trabajo muy interesante (Meyer 1962) demostró la relación entre el estrés familiar y la mayor incidencia de infecciones por estreptococo demostrada con cultivos y también con la elevación de los títulos de antiestreptolisinas. No es sólo el contacto con el germen sino que los eventos estresantes aumentan la vulnerabilidad a infecciones específicas en el seno familiar. Donde hay más apoyo familiar hay menos susceptibilidad a la infección.
- La mayor susceptibilidad a la enfermedad no sólo ocurre en los procesos infecciosos. Un estudio muy bien conducido en Carolina del Norte (Neser 1975) demostró que la fragmentación de la familia y la patología social llevó a un número mayor de accidentes cerebros vasculares en una población negra.
- Es muy citado el trabajo de Nuckolls y colaboradores (1972) en el cual se observó que el soporte familiar y social protegió a un grupo de embarazadas de presentar complicaciones por estrés. Se compararon mujeres en gestación pertenecientes a familias sometidas a eventos estresantes severos. Las que tenían buen apoyo familiar tuvieron una incidencia de complicación significativamente menor que las gestantes con familias disfuncionales y con poco soporte entre sus miembros.

1.3.6. La funcionalidad familiar: Por lo tanto, la funcionalidad de la familia es un elemento determinante en la evolución de los padecimientos de sus miembros, sin importar el origen de estos; de tal modo que su grado de funcionalidad depende

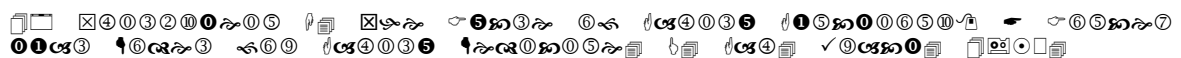
¹ Schmidt, D. (1978). *Enfoque familiar en enfermería*. México: McGraw-Hill.

de si esta logra sobrellevar las consecuencias de las condiciones de salud que a sus miembros afecta. “Las familias funcionales reúnen sus recursos; comparten sus puntos de vista; ayudan al crecimiento personal de cada uno de sus miembros permitiendo ensayos, cambios, búsqueda de nuevas alternativas; se dan afecto; escuchan; comparten el tiempo, el espacio y el dinero; hacen ajustes y sacrifican algunas gratificaciones individuales en beneficio de la familia, alteran los roles en pacientes índice necesarios; tienen rituales de apoyo que dan una mayor fuerza de cohesión y aplican a sus situaciones cotidianas una buena dosis de humor”¹. Estas características anteriormente descritas, permiten acercarse a la valoración de la función familiar. Para lograr dicha evaluación y determinar el grado de función familiar, Smilkstein realizó el APGAR familiar, instrumento que mide las funciones de apoyo en pacientes índice de dificultades, la participación de los miembros, la facilitación para el desarrollo físico, mental y social, la relación afectiva y el grado en que se comparten los recursos². Este, conjuntamente con el conocimiento y el análisis de la estructura familiar en la determinación de las interrelaciones, tamaño, composición, algunos eventos presentes y del pasado a lo largo de varias generaciones; la búsqueda del apoyo en el entorno social que enmarcan las relaciones con elementos externos y la identificación de posibles motivos de estrés o conflicto, dan una idea real del sistema y funcionalidad familiar, esquematizados en el familiograma y ecomapa.

Teniendo en cuenta la complejidad y la importancia de la familia en la salud de los individuos se ha creado un enfoque de Salud Familiar en el cual el equipo de salud familiar debe:

- Brindar cuidado integral: teniendo en cuenta la historia natural de la enfermedad, niveles de prevención
- Asegurar continuidad en la atención
- Reconocer la familia como el objeto de cuidado en salud
- Tener compromiso con la persona y la familia
- Buscar entender el contexto de la enfermedad
- Aprovechar cada contacto con sus pacientes como una oportunidad para educar y prevenir
- Delimitar la población según el riesgo
- Desarrollar la capacidad de conocerse a sí mismo
- Administrar los recursos
- Manejar adecuadamente las interrelaciones

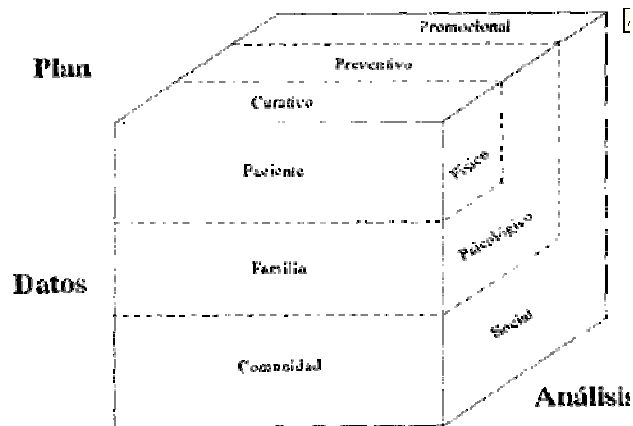
Por lo tanto se requiere que el equipo de salud brinde un cuidado integral no sólo al paciente, sino también a su familia, teniendo en cuenta sus características y el



contexto en el cual se desarrolla; de tal forma que se toma como una sola unidad al paciente y su familia para mejorar la calidad de la atención; anticipando el riesgo y limitando el daño en la salud del usuario; así lo realizó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado de México al formular como estrategia el Modelo Integral de Salud¹.

Estas dimensiones del cuidado integral están cohesionadas en el modelo propuesto por Smilkstein, como se observa en la siguiente gráfica.

Gráfica 1: Cuidado Integral (Smilkstein)



Tomado del Libro de Salud Familiar para América Latina.

Este esquema permite direccionar el cuidado integral de los pacientes, partiendo desde la historia individual, con la información objetiva y subjetiva que ofrece el paciente; luego, en forma progresiva se accede al contexto sociocultural a través de la familia; seguidamente se reconoce el medio ambiente, epidemiología y comportamiento de la enfermedad, al trabajar en la comunidad. De tal modo que, el análisis de toda la información se hace desde el punto de vista físico, biológico, psicológico, social y cultural; para así, lograr formular planes de acción con énfasis en la educación, promoción de la salud y prevención de la enfermedad según los factores de riesgo; al igual que a nivel curativo y de rehabilitación.

1.4. ASOCIACIONES DE DIABÉTICOS

Por otro lado, a nivel mundial existen sociedades y asociaciones de Diabéticos entre las que encontramos la Federación Internacional de la Diabetes y la Fundación Mundial de Diabetes; a nivel de las Américas se encuentra la Asociación Americana de la Diabetes, en Latinoamérica La Asociación Latinoamericana de Diabetes y en Colombia está la Asociación Colombiana de

Diabetes; las cuales son colectivos sin ánimo de lucro cuyo fin principal es la mejora de la calidad de vida de las personas con diabetes. Entre sus objetivos están²:

- La formación y la educación diabetológica
- El asesoramiento
- La ayuda psicológica y social
- La mejora en las asistencias sanitarias prestadas a este colectivo
- La defensa de sus derechos y
- Plena integración social

1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Estructura familiar generacional	Es el elemento que determina la composición familiar, describiendo a sus miembros a lo largo de varias generaciones, junto con sus características más relevantes en materia de salud.	Composición familiar (descripción de cada miembro)	<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Estado civil - Escolaridad - Ocupación - Rol que desempeña - Lugar que ocupa - Enfermedad actual 	<ul style="list-style-type: none"> - Intervalar - Ordinal - Ordinal - Ordinal - Nominal - Nominal - Ordinal - Nominal
		Relaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Repulsiva o de rechazo - De dominio - Distante - Conflictiva - Buena 	<ul style="list-style-type: none"> - Ordinal
		Alianzas	<ul style="list-style-type: none"> - Emocional positivo - Emocional muy intenso 	<ul style="list-style-type: none"> - Ordinal
		Tipo de familia	<ul style="list-style-type: none"> - Familia nuclear - Familia Reconstruida - Familia extensa / abierta - Otra 	<ul style="list-style-type: none"> - Ordinal
		Ciclo vital familiar	<ul style="list-style-type: none"> - La pareja conviviente - Nacimiento del primer hijo - Escolaridad - Adolescencia 	<ul style="list-style-type: none"> - Ordinal

			<ul style="list-style-type: none"> - Salida de los hijos - Jubilación y vejez 	
		Antecedentes patológicos familiares	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades crónicas - Accidentes - Cirugías - Causas de muerte - Discapacidades 	- Ordinal
		Persona índice	<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Ocupación - Estado civil - Escolaridad - Enfermedad actual - Antecedentes patológicos - Complicaciones - Reincidencias hospitalarias 	<ul style="list-style-type: none"> - Intervalar - Ordinal - Nominal - Ordinal - Nominal - Nominal - Nominal - Ordinal
Relaciones socio-familiares con elementos externos a la familia.	Es la interacción de la familia y de cada uno de sus miembros con los sistemas que la rodean, señalando los posibles motivos de estrés o de conflicto.	Interpersonal Comunicación y apoyo	<ul style="list-style-type: none"> - Relación con familia extensa - Relación con amigos 	- Nominal
		Institucional Aporte y Beneficio	<ul style="list-style-type: none"> - IPS, EPS, ARS - Lugar de trabajo - Colegio, Universidad - Iglesia (Religión) 	- Ordinal
		Sectorial Aporte y Beneficio	<ul style="list-style-type: none"> - Transporte - Recreación - Cultural - Otros 	- Ordinal
Apoyo familiar	Medición de las actividades de	Adaptación	<ul style="list-style-type: none"> - Distribución de recursos - Solución de problemas 	- Ordinal

apoyo, participación, desarrollo y compartir familiar, en la evolución y recuperación de la enfermedad.		- Manejo del estrés - Manejo de las crisis	
	Participación	- Toma de decisiones - Distribución de responsabilidades - Manejo de la autoridad - Grado de poder de cada miembro	- Ordinal
	Crecimiento	- Maduración emocional - Maduración física - Autorrealización de cada miembro - Colaboración	- Ordinal
	Afectividad	- Aceptación - Atención - Expresión de amor	- Ordinal
	Resolución	- Distribución de tiempo - Distribución de dinero - distribución de espacio	- Ordinal

2. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. METODOLOGÍA

El estudio es de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, debido a que permite hacer un análisis detallado que determina el grado de funcionalidad de la familia, para lo cual se sigue un proceso de selección de los participantes, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y los pasos para la recolección de la información que posteriormente se describen; y de tipo transversal, ya que se pretende intervenir en un solo momento a la familia del usuario con Diabetes Mellitus tipo II que hayan ingresado al Hospital Universitario de Neiva por complicaciones, para medir, evaluar y analizar la información, en este caso la funcionalidad familiar comprendida en diferentes dimensiones.

2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

El universo de esta investigación son todos los usuarios que hayan sido hospitalizados en el HUN; la población son los usuarios del servicio de Medicina Interna con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II, hospitalizados durante el primer semestre del año 2007.

La investigación toma como unidad de análisis a la familia del paciente con diagnóstico de D.M. II que estuvo hospitalizado en el HUN durante el primer semestre de 2007 por complicaciones de su patología base; y como unidad de información a la persona índice con DM II y a un miembro de la familia, mayor de edad.

2.2.1. Los criterios de inclusión serán los siguientes: Para la persona índice:

- Estar vivo
- Poseer una familia que conviva con él.
- Disposición para colaborar en la investigación.
- Procedentes del área urbana de la ciudad de Neiva.
- Diagnóstico médico de DM II como enfermedad de base y que posea alguna de las complicaciones propias de la patología (clasificación CIE)
- Que tenga los registros clínicos completos en la base de datos del HUN

Para la familia:

- Disposición para colaborar.
Hecho el análisis de la frecuencia de los pacientes con estas características, determinadas durante el primer semestre del año 2007, los investigadores

decidieron tomar la población total, siendo este muestreo no probabilístico por conveniencia, dadas las condiciones favorables de abordarlos; por lo tanto, se hizo revisión del libro de ingresos y egresos del servicio de medicina interna del Hospital Universitario de Neiva, con el objetivo de identificar los pacientes con DM II que habían ingresado por complicaciones propias de la patología durante el primer semestre de 2007. En dicha búsqueda se encontró 111 pacientes que cumplían con este primer criterio de inclusión. Posteriormente se realizó la revisión de las historias clínicas correspondientes a estos pacientes índice con el fin de vincularlos al estudio, según los demás criterios de inclusión (procedentes del casco urbano de Neiva, registros de historia clínica completo), encontrándose un total de 32 individuos, a los cuales se procedió a entablar un acercamiento telefónico y personal con ellos, para determinar si cumplían con los demás criterios de inclusión (estar vivos, poseer una familia que convivan con él y disposición para colaborar en el estudio). Se encontró que cinco pacientes índice habían fallecido, tres había cambiado de residencia urbana a rural, en cuatro personas los datos de dirección y teléfono no existían y en otros dos pacientes índice habían cambiado de vivienda y no fue posible tener acceso a la nueva dirección de residencia. El total de pacientes que cumplieron con los criterios fueron incluidos al estudio, correspondiente a 18 usuarios.

2.3. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para la recolección de los datos del presente estudio se han tenido en cuenta los siguientes parámetros.

2.3.1. Método. Teniendo en cuenta los objetivos del estudio, su enfoque, la disponibilidad de personal, el tiempo requerido y los recursos necesarios se ha escogido como método del estudio la encuesta; esta permite establecer una relación directa entre el investigador y el investigado, ya que mediante un conjunto de estímulos o preguntas aplicadas a la unidad de análisis se pueden obtener respuestas concretas acerca de los aspectos de interés lo que permite dar respuesta a el problema de investigación.

2.3.2. Técnica. Para la recolección de la información el investigador debe seguir un procedimiento, el cual será encaminado según el método seleccionado, en este caso la encuesta; la técnica permite al investigador establecer de manera concreta la forma de recolección de datos. Teniendo en cuenta lo anterior en el presente estudio se aplicara la técnica de la entrevista semiestructurada (Ver Anexo 1), ya que permite establecer una comunicación interpersonal con el sujeto a estudio, a fin de obtener respuestas verbales que lleven a cumplir los objetivos de la investigación; para lo cual también se aplicará un formulario autodiligenciado correspondiente al APGAR familiar (Ver Anexo 2), el cual será realizado por el paciente índice y por un miembro de su familia mayor de edad.

2.3.3. Prueba de confiabilidad y validez. El instrumento fue validado, mediante la revisión de un experto, el Doctor Hernán Chavarro, Enfermero, Odontólogo, Especialista en Salud Familiar, Docente del área de Medicina Familiar; quien realizó algunas recomendaciones, las cuales fueron ajustadas en el instrumento.

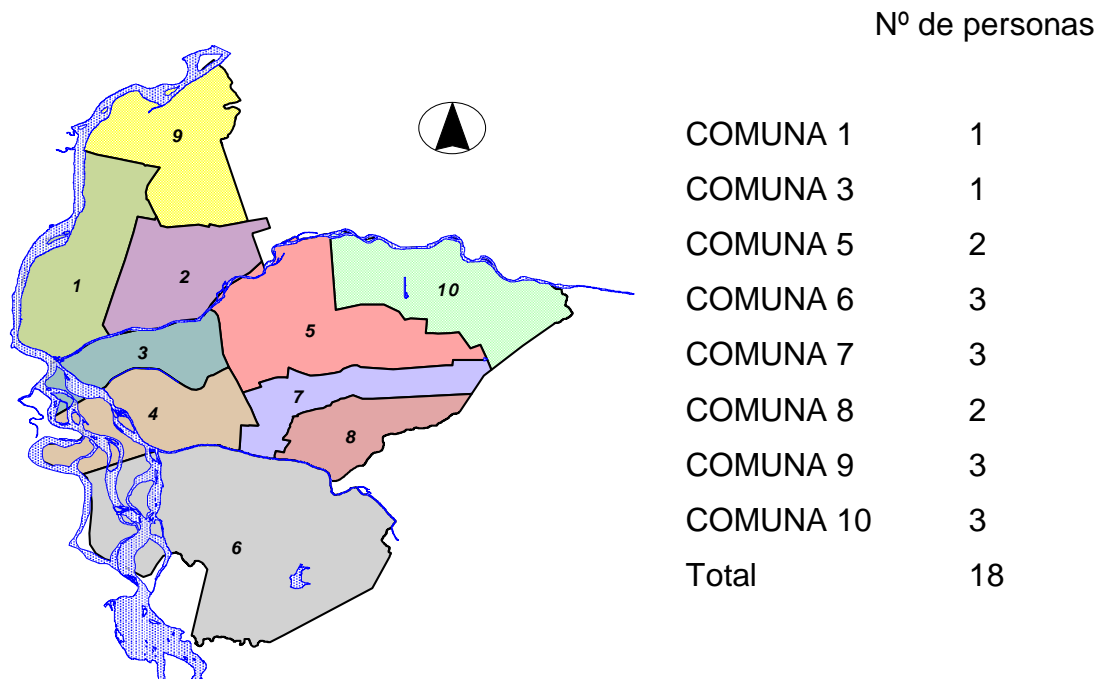
La prueba de confiabilidad, se realizó a través de la aplicación del instrumento por cada investigador a un familiar y un paciente; con esta experiencia se ajustó en términos y complementó el instrumento.

2.4. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

2.4.1. Pasos para la recolección de la información

- Ubicación de la familia según su área urbana, teniendo en cuenta las comunas por las que está sectorizada la ciudad de Neiva.

Gráfica 2: Mapa de la ciudad de Neiva por comunas



Tomado de Departamento de Planeación Municipal. Neiva

En la gráfica se observa el mapa de la ciudad de Neiva con su distribución por comunas, y en el cuadro contiguo se encuentra el número de personas que participarán de esta investigación, distribuidos, según su dirección de residencia, en las comunas de la ciudad.

- Entrevista de acercamiento con la familia y el paciente, en la cual se:
 - Explicará a la familia y paciente el objetivo de la investigación
 - Obtendrá el consentimiento informado
 - Determinará la fecha y hora de la visita para la realización de la entrevista y aplicación del APGAR.

- Recolección de la información a través de la entrevista y el APGAR; a su vez, se hará una revisión de los instrumentos diligenciados, para determinar la calidad de la información recolectada y si es necesario aplicar nuevamente los instrumentos.

2.4.2. Tabulación y Análisis. La tabulación de la información recolectada se hará a través del programa Epi-info, con la creación de una base de datos. Paulatinamente se realizará el análisis interpretativo de esta información, la cual va a permitir proponer los componentes de un modelo de atención integral para la familia como unidad de cuidado.

2.5. IMPLICACIONES ÉTICAS

Se tendrá en cuenta la declaración de Helsinki, en la cual se determinan las recomendaciones para guiar las investigaciones en seres humanos, teniendo en cuenta sus principios básicos; respetando siempre la integridad de los usuarios y sus familia, siendo oportunamente informados sobre los objetivos del estudio, indicándoles que pueden participar o abstenerse de hacerlo en el momento que lo deseen. Al decidir participar se obtendrá el consentimiento informado, según lo descrito anteriormente. Se tendrá en cuenta las siguientes reglamentaciones sobre el tema:

- Código de Ética de Enfermería, la resolución 412 de 2000, garantizando la confidencialidad, preservando el anonimato y la autonomía.

- Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

- Ley 911 de 2004 Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones.

3. RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. INFORMACIÓN DE LA PERSONA INDICE

El total de entrevistados durante la recolección de información correspondió a 18 personas. El 72.2% (IC 95%= 46.5-90) fueron mujeres frente a un 27.8 % (IC 95%= 9.7-53.5) de hombres. El promedio de edad fue de 63.4 años (s= 9.85, moda= 48), distribuidos en los rangos de edades como lo muestra la tabla 1, con un predominio del 61.2% en el rango comprendido ente 59 y 70 años para la población general.

Tabla 1: Distribución por grupos etáreos

RANGO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
48-58	6	33,3
59-69	7	39
70-80	4	22,2
81-91	1	5,5
TOTAL	18	100%

En la distribución por grupos etáreos en cuanto a sexo, en los hombres, el 60% se encontró en el rango comprendido entre los 48 y 58 años, seguido por un 40% en el rango siguiente. Las mujeres se ubicaron principalmente en el rango de edad comprendido ente los 59 a 69 años (38.4%), seguida por un 30.7% entre los 70 a 80 años y por un 23% y 7.69% en los grupos de edades de 48 a 58 y 81 a 91 respectivamente. El promedio de edad para las mujeres fue de 66.3 años (s= 9.16; moda 69) y para los hombres de 56 años (s= 8.03, moda= 48).

En lo referente a la ocupación (tabla 2), el 66.7% de los entrevistados se dedican a labores en los cuales no devengan sueldo alguno seguido de un 33.4% que si lo hacen y que colaboran dentro del hogar aportando recursos económicos.

Tabla 2: Ocupación del paciente índice

OCUPACIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	INT. CONF. 95%
HOGAR	7	38,90%	38,90%	17,30 -64,30%
NO TRABAJA	5	27,80%	66,70%	9,70-53,50%
TRABAJO FORMAL	3	16,70%	83,30%	3,60 - 41,40%
TRABAJO INFORMAL	3	16,70%	100,00%	3,60 -41,40%
Total	18	100,00%	100,00%	

En un 94.4%, los pacientes pertenecían a los estratos socioeconómicos más vulnerables como lo son 1 y 2 (tabla 3), dato que se obtuvo de los recibos de los servicios públicos de la vivienda y se relacionan con la variable ocupación.

Tabla 3: Distribución de los pacientes por estrato socioeconómico

ESTRATO SOCIO-ECONOMICO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Int. Con. 95%
1	11	61,10%	61,10%	35,70-82,70
2	6	33,30%	94,40%	13,30-59,00
3	1	5,60%	100,00%	0,10-27,3
Total	18	100,00%	100,00%	

Las mujeres en un 69.25 pertenecen al estrato 1, seguido por un 23.1% y 7.7% para el 2 y 3 respectivamente. Los hombres en un 60% pertenecen al 2 y en un 40% al 3 ($p= 0.30$). En la tabla 4 se observa principalmente, que en el estrato 1, el 81.8% no trabajaban o se dedicaban principalmente a las labores del hogar, en comparación con el estrato 2 y 3 en los cuales no se vio una tendencia marcada de estas dos variable previamente mencionada, factor atribuible a que la mayor parte de individuos mayores de 59 años, se encuentran en el estrato socioeconómico 1.

Tabla 4: Relación del estrato socioeconómico y ocupación de los pacientes

Estrato socioeconómico	HOGAR	NO TRABAJA	TRABAJO FORMAL	TRABAJO INFORMAL	TOTAL
1	6	3	1	1	11
% Fila	54,5	27,3	9,1	9,1	100
% Columna	85,7	60	33,3	33,3	61,1
2	1	2	1	2	6
% Fila	16,7	33,3	16,7	33,3	100
% Columna	14,3	40	33,3	66,7	33,3
3	0	0	1	0	1
% Fila	0	0	100	0	100
% Columna	0	0	33,3	0	5,6
TOTAL	7	5	3	3	18
% Fila	38,9	27,8	16,7	16,7	100
% Columna	100	100	100	100	100

$chi^2= 8.28, g= 6, p= 0.21$

El estado civil predominante para la población general correspondió al casado con un 38.9% (IC 95%= 17.3-64.3%) seguido por el separado y la unión libre con un 22.2% cada uno (IC 95%= 6.4-47.6%) y por ultimo el viudo y el divorciado con el 11.1% (IC 95%= 1.4-34.7) y 5.6% (IC 95%= 0.1-27.3%) respectivamente.

Al ponderar el estado civil con la variable sexo ($\chi^2=7.14$, $gl= 4$, $p= 0.12$), se encontró que el 38.5% de las mujeres son casadas, seguido por un 30.8% de separadas y por el 15.4 % de viudas; en los hombres, el 60% correspondió a unión libre y al 40% de casado.

Al relacionar el estado civil con el estrato socioeconómico ($\chi^2=8.45$, $gl= 8$, $p=0.39$), se encuentra que predominantemente en el estrato 1 se presentan mayor número de separados (36.4%) y el estado civil de casado y unión libre se comportan de forma similar (18.2%); comparado con el estrato 2, donde los casados (66.7%) doblan en frecuencia a aquellas personas en unión libre (33.3%).

El último año de estudio que cursó, terminó y aprobó cada entrevistado, se clasificó según el nivel educativo al que corresponda, y se le dio la característica de completo o inconcluso. El 44.4% (IC 95%= 21.5-69.2%) de los individuos no terminaron la primaria (primaria inconclusa), frente a un 11.1% (IC 95%= 1.4-34.7%) que no realizó ningún año de educación y también para aquellos que terminaron la básica primaria. Para los demás niveles educativos, se presentaron el 5.6% en cada uno de ellos a excepción del tecnológico que fue un 11.1%, siendo estadísticamente significativos dichos datos.

Por sexo, el 53.8% ($\chi^2.10.31$, $gl= 7$, $p= 0.17$) de las mujeres no terminaron la primaria, el 15.4% no realizó ningún estudio y el mismo valor para aquellas que terminaron la básica primaria y sólo el 7.7% cursó algunos años o terminó la básica secundaria, no alcanzando a llegar a los niveles mas allá de la educación media. En cuanto a los hombres no hubo una tendencia significativa en ningún nivel académico ya que el número de hombres fue desproporcionadamente bajo en comparación con el de las mujeres, sin embargo, el 40% lograron llegar al nivel técnico y el 20% se ubicó en la básica primaria, la primaria inconclusa y el nivel tecnológico en cada categoría.

En cuanto al estrato socioeconómico comparado con el nivel educativo logrado por los investigados (tabla 5), se encontró que en el nivel 1 hubo mayor número de individuos que no terminaron la primaria en comparación con los demás estratos al igual que aquellos que no realizaron ningún año de educación. En el estrato 2 se evidenció que el número de individuos que terminaron la primaria fue igual a aquellos que no la terminaron (33.3% para cada categoría), sin embargo lograron un nivel educativo mas alto frente a los otros estratos socioeconómicos.

Tabla 5: Relación del estrato socioeconómico y nivel de educación de los pacientes

ESTRATO SOCIOECONOMICO	BÁSICA PRIMARIA	BASICA SECUNDARIA	BASICA SECUNDARIA INCONCLUSA	NINGUNO	PRIMARIA INCONCLUSA	TECNICO	TECNOLÓGICO	TOTAL
1	1	0	1	2	6	1	0	11
% Fila	9,1	0	9,1	18,2	54,5	9,1	0	100
% Columna	33,3	0	100	100	75	100	0	61,1
2	2	0	0	0	2	0	2	6
% Fila	33,3	0	0	0	33,3	0	33,3	100
% Columna	66,7	0	0	0	25	0	100	33,3
3	0	1	0	0	0	0	0	1
% Fila	0	100	0	0	0	0	0	100
% Columna	0	100	0	0	0	0	0	5,6
TOTAL	3	1	1	2	8	1	2	18
% Fila	16,7	5,6	5,6	11,1	44,4	5,6	11,1	100
% Columna	100	100	100	100	100	100	100	100

$\chi^2 = 25.95$, $gl = 12$, $p = 0.0109$

En cuanto a los antecedentes patológicos de los pacientes índices (enfermedades diferentes a la DM II que habían padecido antes de ser diagnosticado con la patología de interés y que hubiesen sido diagnosticadas por un medico), se encontró que el 19.2% (IC 95%= 6.6-39.4%) de la población general presentó HTA como antecedente patológico, siendo esta mas frecuente ($\chi^2 = 13.95$ $gl = 19$ $p = 0.78$) en las mujeres que en los hombres (60% vs. 40% respectivamente) y en un 60% se presenta en el estrato 1 ($\chi^2 = 13.98$, $gl = 19$, $p = 0.78$); seguido por un 11.5% que presentó enfermedad acido péptica (IC 95%= 2.4-30.2%) presentándose en esta patología la misa tendencia que la HTA (66.7% vs. 33.3% respectivamente) incluyendo su mayor incidencia en el estrato 1 (66.7%; $p = 0.78$)

El 66.7% (IC 95%= 41.0-86.7%) de los pacientes manifestaron tener antecedentes quirúrgicos algunos (En dos tiempos específicos de la vida del paciente: antes y después de haber sido diagnosticados). (No se incluyeron aquellos que fueran parte del tratamiento por las complicaciones de la DM II).

El primer puesto lo ocupó en la población general como cirugía específica la apendisectomía con el 15% (IC 95%= 3.2-37.9%), sin embargo se presentó en un 30% un grupo de procedimientos quirúrgicos que se pueden clasificar como ginecológicas (legrado, histerectomía. Ligadura de trompas) predominantemente en el estrato socioeconómico 1 ($\chi^2 = 36.6$, $gl = 30$, $p = 0.18$).

El promedio de años de haberle diagnosticado la enfermedad a los pacientes fue de 8.05 años, siendo menor para las mujeres (7.69 años) que para los hombres (9 años). El promedio de años de diagnóstico fue mayor en el estrato socioeconómico 2 (12.8 años) que en el 3 y en el 1 (2 y 8.625 años respectivamente).

El 44.4% presentaron 1 complicación, seguido por un 38.9% que presentaron 2 y por un 11.1% y un 5.6% que presentaron 3 y 4 complicaciones respectivamente. En promedio, cada investigado mostró 1.83 complicaciones (s= 0.85). Las mujeres presentaron mayor número de complicaciones (en promedio 2; s: 0.91) en cada categoría que los hombres (promedio de 1.4; s: 0.54), siendo dentro de ellas mas frecuente presentar 2 complicaciones (46.2%). Los hombres por su parte, mostraron numéricamente mayor tendencia a padecer una sola complicación (60%) sin llegar a padecer ni 3 ni 4 complicaciones por la DM II (tabla 6). Al comparar el número de complicaciones presentadas por la DM II con en nivel educativo se encontró que aquellos que no realizaron ningún nivel educativo mostraron predominantemente una tendencia a padecer 2 y 3 complicaciones (66.7% y 33.3% de los pacientes índices respectivamente).

Tabla 6: Número de complicaciones por género de los pacientes índices

NUMERO DE COMPLICACIONES					
SEXO	1	2	3	4	TOTAL
FEMENINO	4	6	2	1	13
% Fila	30,8	46,2	15,4	7,7	100
% Columna	57,1	75	100	100	72,2
MASCULINO	3	2	0	0	5
% Fila	60	40	0	0	100
% Columna	42,9	25	0	0	27,8
TOTAL	7	8	2	1	18
% Fila	38,9	44,4	11,1	5,6	100
% Columna	100	100	100	100	100

Chi2= 1.97; gl= 3; p= 0.57

Para aquellos que realizaron sólo algunos años de la primaria (primaria inconclusa) tuvieron predominantemente (60%) 2 complicaciones frente a aquellos que si terminaron la primaria quienes mostraron una tendencia (75% de los pacientes índices en esta categoría) a presentar 1 sola complicación debido a la patología estudiada. A medida que avanzó el nivel educativo que tenían los pacientes, las complicaciones se presentaron en menor cantidad (Tabla 7). No se encontró asociación entre el estrato socioeconómico del caso con el número de complicaciones (p=0.66).

El 25% (IC 95%= 11.5-43.4%) de la población general presentó HTA como la principal consecuencia, seguido por la retinopatía diabética con un 21.9%(IC 95%= 9.3-40.0%), el pié diabético con un 18.8% (IC 95%= 7.2-36.5%), la nefropatía diabética con un 15.6% (IC 95%= 5.3-32.8%), las crisis de hiperglicemias severas con un 6.3% (IC 95%= 0.8—20.8%) al igual que la neuropatía periférica, el IAM y el coma diabético con un 3.1 % (IC 95%= 0.1-16.2%) cada una.

Tabla 7: Relación entre el nivel educativo y el número de complicaciones

NIVEL EDUCATIVO	1	2	3	4	TOTAL
BÁSICA PRIMARIA	3	0	1	0	4
% Fila	75	0	25	0	100
% Columna	42,9	0	50	0	22,2
NINGUNO	0	2	1	0	3
% Fila	0	66,7	33,3	0	100
% Columna	0	25	50	0	16,7
PRIMARIA INCONCLUSA	3	6	0	1	10
% Fila	30	60	0	10	100
% Columna	42,9	75	0	100	55,6
TECNICO	1	0	0	0	1
% Fila	100	0	0	0	100
% Columna	14,3	0	0	0	5,6
TOTAL	7	8	2	1	18
% Fila	38,9	44,4	11,1	5,6	100
% Columna	100	100	100	100	100

$Chi^2= 10.28$; $gl= 9$; $p= 0.28$

La HTA como primera complicación, se presentó en un 75% en el estrato socioeconómico 1 (tabla 8), al igual que la retinopatía con un 85.7%, mientras que en el estrato 2, la nefropatía fue de mayor prevalencia con un 60% frente al estrato 1. El comportamiento del pié diabético al igual que las hiperglicemias severas no mostró mayor tendencia en estos dos estratos, teniendo la misma prevalencia en cada uno de ellos.

Tabla 8: Relación entre el tipo de complicaciones y el estrato socioeconómico

COMPLICACIONES POR LA DM II	ESTRATO SOCIOECONÓMICO			
	1	2	3	TOTAL
COMA	1	0	0	1
% Fila	100	0	0	100
% Columna	4,8	0	0	3,1
HIPERGLICEMIAS SEVERAS	1	1	0	2
% Fila	50	50	0	100
% Columna	4,8	11,1	0	6,3
HTA	6	1	1	8
% Fila	75	12,5	12,5	100
% Columna	28,6	11,1	50	25
IAM	1	0	0	1
% Fila	100	0	0	100
% Columna	4,8	0	0	3,1
NEFROPATIA	2	3	0	5
% Fila	40	60	0	100
% Columna	9,5	33,3	0	15,6
NEUROPATIAS PERIFERICA	1	0	1	2
% Fila	50	0	50	100
% Columna	4,8	0	50	6,3
PIE DIABETICO	3	3	0	6
% Fila	50	50	0	100
% Columna	14,3	33,3	0	18,8
RETINOPATIA	6	1	0	7
% Fila	85,7	14,3	0	100
% Columna	28,6	11,1	0	21,9
TOTAL	21	9	2	32 *
% Fila	65,6	28,1	6,3	100
% Columna	100	100	100	100

$Chi^2= 15.23$; $gl= 14$; $p=0.36$ * El total es de 32 ya que algunos de los 18 participantes tenían más de 1 complicación.

Se evidenció una correlación entre el número de complicaciones presentadas y el tiempo de diagnóstico (relación directamente proporcional; $\text{Chi}^2= 48.37$; $\text{gl}=30$; $p=0.018$) aunque sólo sea una tendencia no tan marcada como la descrita anteriormente.

Las mujeres presentaron una prevalencia mayor de las complicaciones; el 75% de todos los pacientes índices de HTA, al igual que el 66.7% de pié diabético, el 71.4% de la retinopatía y el 100% de la nefropatía. Las hiperglucemias no mostraron mayor variación respecto al sexo ($p=0.76$).

Se encontró que el 50% de los pacientes índices (IC 95%= 26.0-74.0%) habían sido hospitalizados una sola vez por complicaciones de la DM II, un 27% (IC 95%= 9.7-53.5%) lo habían hecho 2 veces; un 11.1%(IC 95%= 1.4-34.7%) en 4 oportunidades y un 5.6% (IC 95%= 0.1-27.3%) en 3 y o mas oportunidades cada una. Las mujeres presentaron mayor número de veces en que fueron hospitalizadas en cada categoría en comparación con lo hombres (en promedio 2.15 y 1.4 veces respectivamente), casi duplicándolos en frecuencia (tabla 9).

Tabla 9: Frecuencia de hospitalizaciones según el género del paciente

FRECUENCIA DE LAS HOSPITALIZACIONES	GÉNERO		
	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
1	6	3	9
% Fila	66,7	33,3	100
% Columna	46,2	60	50
2	3	2	5
% Fila	60	40	100
% Columna	23,1	40	27,8
3	1	0	1
% Fila	100	0	100
% Columna	7,7	0	5,6
4	2	0	2
% Fila	100	0	100
% Columna	15,4	0	11,1
5 Ó MAS	1	0	1
% Fila	100	0	100
% Columna	7,7	0	5,6
TOTAL	13	5	18
% Fila	72,2	27,8	100
% Columna	100	100	100

$\text{Chi}^2=2.40$; $\text{gl}=4$; $p=0.72$

Aquellos que no realizaron ningún año de educación mostraron mayor número de veces que habían sido hospitalizados por complicaciones en 4 ó 5 veces o mas (33.3% para cada una respectivamente y también para 1 sola complicación). Los pacientes índices que realizaron algunos años de la primaria, en un 50% fueron hospitalizados una sola vez, en 20% dos veces y en un 10% tres y cuatro veces

en cada categoría. Aquellos pacientes índices que terminaron la primaria, fueron hospitalizados en igual proporción una y dos veces (50% en cada categoría) y para los que llegaron a nivel técnico, en un 100% sólo fueron hospitalizados 1 vez ($p= 0.59$).

En el total de la población, el 22.2% de los investigados (IC 95%= 6.4-47.6%) se vio sometido a algún procedimiento quirúrgico como forma de tratamiento para las complicaciones propias de la patología de base, frente a un 77.8% (IC 95%= 52.4-93.6) que no recibió dicho manejo terapéutico, presentándose en un 75% en el estrato socioeconómico 2 que en el 1 (25%), pero igual la proporción de los que recibieron el manejo médico descrito que los que no en el mismo estrato 2 (50% para si y 50% para no), sin ser estadísticamente significativos los resultados del cruce de variables del estrato socioeconómico y del tratamiento ($p= 0.13$). El 23.1% de las mujeres y el 20% de los hombres recibieron algún procedimiento quirúrgico como forma de tratamiento siendo numérica y estadísticamente mas significativo para las mujeres que para los hombres (tabla 10).

Tabla 10: Recepción de Tto Quirúrgico por complicaciones de la DM II según el género

GÉNERO	TTO Qx PARA COMPLICACIONES		
	Si	No	TOTAL
FEMENINO	3	10	13
% Fila	23,1	76,9	100
% Columna	75	71,4	72,2
MASCULINO	1	4	5
% Fila	20	80	100
% Columna	25	28,6	27,8
TOTAL	4	14	18
% Fila	22,2	77,8	100
% Columna	100	100	100

Chi^2 MANTEL-HAENSZEL= 0.018 $p= 0.46$

La amputación de algún miembro debido a pié diabético correspondió al 60% (IC 95%= 14.1-94.7%) de los tratamientos instaurados para aquellos pacientes frente a un 20% (IC 95%= 0.5-71.6%) de cirugía correctiva de cataratas por retinopatía diabética. El 66.7% de las amputaciones correspondió a mujeres y al estrato socioeconómico 2 frente a un 33.3% para el sexo opuesto y al estrato 1, sin ser datos estadísticamente significativos los datos anteriormente mencionados ($chi^2= 0.83$; $gl= 2$; $p= 0.65$).

El 83.9% (IC 95%= 58.6-96.4%) de los investigados se encuentra actualmente en tratamiento para controlar la DM II, frente a un 16.7% (IC 95%= 3.6-41.4%) que no lo hace. En las mujeres, el 76.9% está en manejo por parte del equipo de salud de su patología de base frente a un 23.2% que no. En los hombres, el 100% se encuentra en tratamiento de la patología de interés, encontrándose estos datos

dentro del intervalo de confianza del 95% para cada género. Por estrato socioeconómico, el 1 presentó el mayor porcentaje de individuos que no están en tratamiento con un 16.7% seguido del 2 con un 16.7%, los investigados en manejo médico de su enfermedad se encuentra en su mayoría en el estrato 3 (100%) aunque solo sea una persona, seguido por el 2 con el 83.3% y el 1 con 81.8%, encontrándose estos datos dentro de los límites de confianza del 95% pero sin ser estadísticamente significativos ($\chi^2= 0.21$; $gl= 2$; $p= 0.89$).

Los tratamientos mas utilizados en los pacientes índices investigados fueron el farmacológico con el 48.3% (IC 95%= 29.4-67.5%), seguido por la dietoterapia con el 41.4% (IC 95%= 23.5-61.1%) y los ejercicios con el 10.3% (IC 95%= 2.2-27.4%), presentándose con mayor frecuencia el tratamiento farmacológico-dietoterapia. Al comparar el tipo de tratamiento con el sexo ($\chi^2= 0.018= gl= 2$; $p= 0.99$) o con el estrato socioeconómico ($\chi^2= 0.34$; $gl= 4$; $p= 0.98$), no se obtienen resultados con validez estadística.

Aparte de indagar en los pacientes índices sobre las enfermedades padecidas antes y después de ser diagnosticado con DM II, se preguntó sobre las patologías presentes en la actualidad diferentes a ésta (al momento de la entrevista, incluyendo las complicaciones de la patología de base y que hubiesen sido diagnosticadas por un médico) y se solicitó al paciente presentar los resúmenes de la atención en salud de cuando consultó por dichas patologías. El 88.9% (IC 95%= 65.3-98.6%) de los pacientes índices presentaban otra patología en el momento de la entrevista frente a un 11.1% (IC 95%= 1.4-34.7%) que no padecían de otra enfermedad.

En cuanto a distribución por sexo (ver tabla 11), el 100% de las mujeres presentaban otra enfermedad que no fuera la DM II en el momento de la entrevista y el número de hombres bajo esta misma condición alcanzó el 60%, siendo estos resultados numérica y estadísticamente mayores para las mujeres ($p= 0.032$).

Tabla 11: Presencia de patologías diferentes a la dm ii según género

PRESENCIA DE OTRO TIPO DE ENFERMEDAD DIFERENTE A LA DM II	GÉNERO		
	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
Si	13	3	16
% Fila	81,3	18,8	100
% Columna	100	60	88,9
No	0	2	2
% Fila	0	100	100
% Columna	0	40	11,1
TOTAL	13	5	18
% Fila	72,2	27,8	100
% Columna	100	100	100

$p= 0.032$ χ^2 MANTEL-HAENSZEL= 5.52

En las patologías encontradas en el momento de la recolección de la información en los pacientes índices, se encontró que las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus II correspondían al 53.8% de las enfermedades actuales de los pacientes índices (tabla 12).

En el primer lugar se encontró la HTA con el 23.1%, encontrándose en el 20.6% de todas las mujeres que padecían de alguna enfermedad en el momento de la entrevista y en el 40% de los hombres en las mismas condiciones.

En el orden siguió la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) y la retinopatía diabética con el 10.3% para ambas dolencias, encontrándose la primera de estas en el 100% de las mujeres y en ningún hombre; con respecto a la retinopatía diabética, se presentó como enfermedad actual en el 50% de ambos sexos. Las demás enfermedades halladas al momento de la entrevista se muestran en la tabla 12.

Tabla 12: Enfermedades actuales diferente a la DM II

ENFERMEADES DIFERENTE LA DMII	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
ANEMIA	1	2,60%	2,60%
BRONCONEUMONIA NO ESPECIFICA	1	2,60%	5,10%
BRONQUITIS	1	2,60%	7,70%
DISMENORREAS	1	2,60%	12,80%
EDEMA MMII	1	2,60%	15,40%
ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA	1	2,60%	17,90%
ENFERMEDAD HEPATICA	1	2,60%	20,50%
FALLA CARDIACA	2	5,10%	23,10%
HIPERCOLESTEROLEMIA	1	2,60%	25,60%
HIPOTIROIDISMO	1	2,60%	28,20%
HTA	9	23,10%	51,30%
INCONTINENCIA URINARIA	1	2,60%	53,80%
IRC	4	10,30%	64,10%
IVU	2	5,10%	69,20%
LUMBALGIA	1	2,60%	71,80%
MIGRAÑA	1	2,60%	74,40%
MIOMATOSIS UTERINA	1	2,60%	76,90%
NEUROPATIA DIABETICA	1	2,60%	79,50%
PERITONITIS	1	2,60%	82,10%
PIE DIABETICO	1	2,60%	84,60%
RETINOPATIA	4	10,30%	94,90%
SORDERA	1	2,60%	97,40%
UTERO CAIDO	1	2,60%	100,00%
Total	39*	100,00%	100,00%

* Algunos pacientes tenían más de una patología al momento de la entrevista.

Según estrato socioeconómico ($\chi^2 = 45.34$; $gl = 46$; $p = 0.49$) la HTA se presentó principalmente, bajo las condiciones anteriormente descritas, con un 66.7% en el estrato 1, en un 22.2% en el 2 y en 11.1% en el tres. En cuanto a la IRC, no se encontró variación con respecto a los dos primeros estratos socioeconómicos ya que se presentó en el 50% en ambos y la retinopatía se presentó en el 100% del nivel socioeconómico 1. En las enfermedades actuales, el 75% de los pacientes índices se encontraban en tratamiento.

3.2. ESTRUCTURA Y CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

Se indagó por las personas que están viviendo con el caso, en descendencia. Se estudiaron un total de 83 personas y se encontró que el 55.6% (IC 95%= 30.8-78.5%) de los paciente viven con la familia nuclear frente a un 44.4% (IC 95%= 21.5-69.2%) que lo hace con la familia extensa. El 53.8% de las mujeres viven con la familia extensa frente a un 46.2% que lo hace con la familia nuclear. En los hombres se aprecia lo contrario en términos estadísticos ya que en un 80% viven con la familia nuclear frente a un 20% que lo hace con la extensa (tabla 13).

Tabla 13: Familia con la que vive el paciente según sexo del paciente

GÉNERO	TIPO DE FAMILIA		
	FAMILIA EXTENSA	FAMILIA NUCLEAR	TOTAL
FEMENINO	7	6	13
% Fila	53,8	46,2	100
% Columna	87,5	60	72,2
MASCULINO	1	4	5
% Fila	20	80	100
% Columna	12,5	40	27,8
TOTAL	8	10	18
% Fila	44,4	55,6	100
% Columna	100	100	100

Chi2 MANTEL-HAENSZEL= 1.58 p= 0.12

De los pacientes índices que viven con la familia extensa ($p= 0.45$), la mayor parte (62.5%) pertenece al estrato socioeconómico 1, seguido por el 25% en el 2 y el 12.5% en el estrato 3; el 50% son casados, el 25% son separados y el 12.5 viven en unión libre al igual que los viudos ($p= 0.74$).

En aquellos pacientes índices que conviven con la familia nuclear, el 60% pertenece al estrato 1 y el 40% pertenece al estrato socioeconómico 2; el 30% viven casados y en unión libre, el 20% vive separado y un 10% para viudo y también para divorciado ($p= 0.75$).

Los pacientes índices que viven con la familia nuclear tienden a padecer principalmente una complicación debido a la DM II (70%), en estas mismas condiciones, el 20% y el 10% presentaron 2 y 3 complicaciones respectivamente.

Para aquellos que viven con la familia extensa, el 62.5% presentaron 2 complicaciones y el comportamiento para aquellos que presentaron 1, 3 y 4 complicaciones no varió con respecto a la familia con que están viviendo. Los

individuos que presentaron una complicación fueron numérica y estadísticamente más significativo para la familia nuclear y los que presentaron 2, para la familia extensa (tabla 14).

Tabla 14: Relación entre el nº de complicaciones y la familia con que vive el paciente

FAMILIA	Nº DE COMPLICACIONES				
	1	2	3	4	TOTAL
FAMILIA EXTENSA	1	5	1	1	8
% Fila	12,5	62,5	12,5	12,5	100
% Columna	12,5	71,4	50	100	44,4
FAMILIA NUCLEAR	7	2	1	0	10
% Fila	70	20	10	0	100
% Columna	87,5	28,6	50	0	55,6
TOTAL	8	7	2	1	18
% Fila	44,4	38,9	11,1	5,6	100
% Columna	100	100	100	100	100

Chi2=6.64; gl= 3; p= 0.08

Las familias de los pacientes índices está conformada en promedio por 5.05 miembros (s= 1.89; moda= 5), en cuanto a género por 3.03 mujeres (s= 1.42; moda= 3) y por 2.56 hombres (s= 0.76; moda= 3).

Para la población general (83 personas) y por género de los miembros de las familias de los pacientes índices, hay un predominio numérico de integrantes en el rango de edad comprendido ente los 12 a 24 años seguido de un declive constante en el número de miembros de la familia a medida que aumenta la edad (ver histograma en gráfico 3). Ambos géneros se comportan estadísticamente similares entre las edades de 12 a 44 años, sin embargo los hombres llegan a ser mas frecuentes en edades mayores a 67 años (tabla 15).

Gráfica 3: Distribución por grupos de edades para la población general.

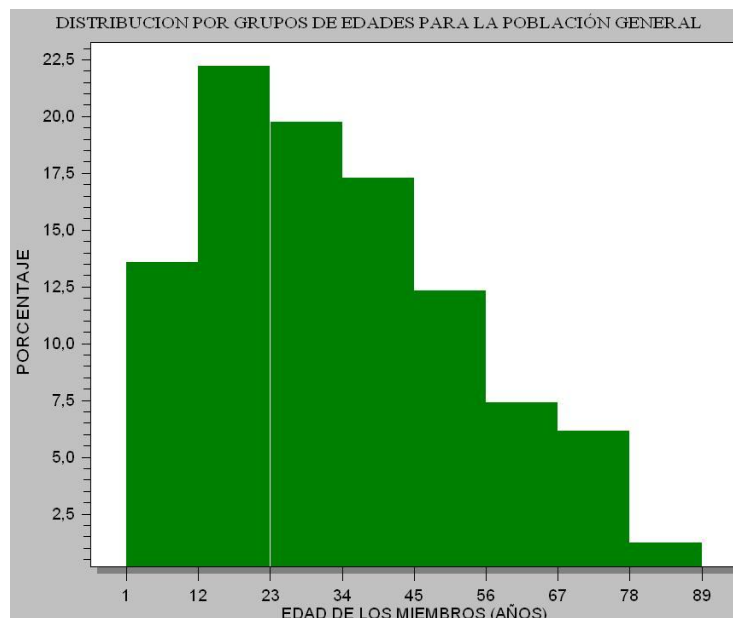


Tabla 15: Distribución de género por grupos de edades

EDAD (AÑOS)	GÉNERO				POBLACION GENERAL	
	HOMBRES	%	MUJERES	%		%
1 A 11	5	13.1	6	13,3	11	13,7
12 A 22	7	18.41	11	24,4	18	22,5
23 A 33	7	18.41	9	19.8	16	20
34 A 44	7	18.41	8	17,7	14	17,5
45 A 55	4	10.52	6	13,3	10	12,5
56 A 66	2	5.26	4	8,8	6	7,5
67 A 77	5	13.1	1	2,2	5	5
78 A 88	1	2,26	0	0	1	1,25
TOTAL	38	100	45	100	83	100

Las familias nucleares que viven con los pacientes índices mostraron numérica y estadísticamente mayor cantidad de miembros comparados con los de los investigados que viven con la familia extensa (ver tabla 16). Ambos tipos de familia no presentaron una tendencia marcada hacia un número específico de miembros.

Tabla 16: Relación entre la familia con que vive el paciente y el número de miembros de esta

NUMERO DE MIEMBROS EN LA FAMILIA								
FAMILIA CON LA QUE VIVE EL CASO	2	3	4	5	6	7	10	TOTAL
FAMILIA EXTENSA	0	2	1	2	2	0	1	8
% Fila	0	25	12,5	25	25	0	12,5	100
% Columna	0	66,7	33,3	50	50	0	100	44,4
FAMILIA NUCLEAR	1	1	2	2	2	2	0	10
% Fila	10	10	20	20	20	20	0	100
% Columna	100	33,3	66,7	50	50	100	0	55,6
TOTAL	1	3	3	4	4	2	1	18
% Fila	5,6	16,7	16,7	22,2	22,2	11,1	5,6	100
% Columna	100	100	100	100	100	100	100	100

$Chi^2=4.5$; $gl= 6$; $p=0.60$

Los pacientes índices que viven con las familias, estadísticamente ($p= 0.58$) se dedican a las labores del hogar o no trabajan (3.8.8% y 27.7% respectivamente), sin embargo, las familias nucleares muestran la mayor proporción de pacientes que se dedican a las tareas del hogar (71.4% frente a 28.6% en las extensas) y aquellos que tienen un trabajo formal (66.7%), siendo el comportamiento de los pacientes índices que no trabajan y que tienen un trabajo informal, mayor en la familia extensa (60% y 66.7% respectiva mente)

En cuanto a las complicaciones que presentó el caso con respecto a la familia con la que vive no arrojó datos estadísticamente significativos ($p= 0.73$), se evidenció una mayor prevalencia de HTA, nefropatía diabética y pié diabético en los pacientes que viven con la familia extensa (62.5%, 60%, 50% respectivamente) y en los que viven con la familia nuclear, la prevalencia de retinopatía diabética fue mayor con respecto al otro grupo (57.1%).

En cuanto al estado civil de los miembros de la familia – a excepción del paciente- y se excluyeron a los menores de 18 años del registro, a menos que siendo menor de edad, pertenecieran a uno diferente al de soltero (a) se encontró que en los hombres, el 35.7% (IC 95%= 18.6-55.9%) convivían en unión libre, los solteros estaban en segundo lugar con el 25% (IC 95%= 1.07-44.9%), seguido por los casados con un 21.4% (IC 95%= 8.3-41.0%) y los separados con un 17.9%(IC 95%= 6.1-36.9%).

En las mujeres se observó un comportamiento similar. En primer lugar estuvo la unión libre con el 40.5% (IC 95%= 25.6-56.7%), seguido por el estado de soltera con un 26.2% (IC 95%= 13.9-42.0%), casada con 14.3% (IC 95%= 5.4-28.5%), viuda con 11.9% (IC 95%= 4.0-25.6%) y separada con 7.1% (IC 95%= 1.5-19.5%).

De igual forma, se indagó por la escolaridad de los miembros que conforman la familia de los pacientes índices, la edad menor de uno de los integrantes de una de las familias fue de 4 años y éste al igual que todos presentaban escolaridad.

Para determinar el nivel de escolaridad, se registró el último año de educación el individuo que cursó, terminó y aprobó y se categorizó de acuerdo a los estándares actuales que maneja el ministerio de educación nacional.

En la población general, la mayor proporción (43.20%) de los individuos cursaron algunos años o habían terminado la básica primaria, seguido por un 26% que habían cursado algunos años o terminados la básica secundaria. En esta población, al igual que por género, se evidenció una tendencia constante a disminuir el número de individuos a medida que aumentaba la complejidad académica (tabla 17).

Los hombres tuvieron la mayor proporción de individuos que no cursaron ningún año así como de aquellos que realizaron algunos o todos los correspondientes a la básica secundaria y al nivel universitario. Las mujeres lograron una mayoría estadística en el nivel medio y tecnológico en comparación con el otro grupo.

Tabla 17: Nivel de escolaridad según el género del paciente índice

NIVEL DE ESCOLARIDAD	MUJERES			HOMBRES			TOTAL
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO	
BASICA PRIMARIA	21	46,70%*	46,70%	14	35,90%*	35,90%	43,20%
BASICA SECUNDARIA	9	20,00%*	66,70%	12	30,80%*	66,70%	26%
MEDIA	6	13,30%*	80,00%	5	12,80%*	79,50%	14%
NINGUNA	2	4,40%*	84,40%	3	7,70%*	87,20%	6,17%
TECNICA	6	13,30%*	97,80%	0	0%	87,20%	7,40%
UNIVERSITARIA	1	2,20%*	100,00%	2	5,10%*	94,90%	3,70%
TOTAL	45	100,00%	100,00%	36	94,90%**	94,90%**	100,00%

*datos estadísticamente significativos.

** Se omitieron 2 datos correspondientes al 5.5% ya que la información proporcionada por la familia no era confiable.

En el grupo de los hombres (tabla 18), resultó ser estadísticamente significativo que aquellos que realizaron menor número de años académicos (básica primaria) se ubicaron en las familias extensas en las que vive el caso, frente a aquellos que lograron llegar a la básica secundaria o al nivel universitario que lo hicieron en las nucleares, aunque las familias extensas lograron el mayor número de hombres que llegaron al nivel medio.

Tabla 18: Relación entre el nivel de escolaridad de los hombres y la familia con que convive el paciente

FAMILIA CON LA QUE VIVE EL CASO	NIVEL DE ESCOLARIDAD EN HOMBRES					
	BASICA PRIMARIA	BASICA SECUNDARIA	MEDIA	NINGUNA	UNIVERSITARIA	TOTAL
FAMILIA EXTENSA	11	2	4	1	0	18
% FILA	61,1	11,1	22,2	5,6	0	100
% COLUMNA	78,6	16,7	80	33,3	0	50
FAMILIA NUCLEAR	3	10	1	2	2	18
% FILA	16,7	55,6	5,6	11,1	11,1	100
% COLUMNA	21,4	83,3	20	66,7	100	50
TOTAL	14	12	5	3	2	36
% FILA	38,9	33,3	13,9	8,3	5,6	100
% COLUMNA	100	100	100	100	100	100

Chi2= 14.03; gl= 4; p= 0.0072

Las mujeres (p= 0.35) que realizaron algunos años o terminaron la básica primaria se ubicaron en un 52.4% en las familias extensas que vivían con los pacientes índices frente a un 47.6% que lo hicieron en la nuclear. Aquellas que cursaron o terminaron algunos años de la básica secundaria o el nivel medio fueron mas frecuentes en las familias nucleares (87.5% y 66.7% respectivamente). El comportamiento fue similar en ambas familias con respecto a no tener ningún tipo de escolaridad y al nivel técnico (50% en ambas categorías en ambas familias).

No se encontró relación estadísticamente significativa entre el estado civil de las mujeres con el número de complicaciones del paciente ni con la frecuencia en veces de hospitalizaciones por dichas complicaciones ($p= 0.72$ y 0.77 respectivamente), tampoco entre el nivel educativo de ellas con el número de complicaciones del paciente ni con el número de veces de hospitalizaciones de los pacientes índices por sus complicaciones ($p= 0.31$ y 0.55 respectivamente).

Para los hombres, no hubo correlación estadísticamente significativa entre el estado civil y el número de complicaciones ni el número de veces que había sido hospitalizado el caso por complicaciones en la DM II ($p= 0.58$ y 0.39 respectivamente), de igual forma tampoco se evidenció una relación de estas características entre el nivel educativo de los hombres de las familias y las veces que el paciente había sido hospitalizado por las causas anteriormente mencionadas ($p= 0.72$), pero si con el número de complicaciones del paciente ($p= 0.071$).

En aquellos que solo realizaron algunos años o terminaron la básica primaria sus pacientes índices presentaron principalmente 2 complicaciones (71.4% con respecto a todos hombres de la misma categoría y 62.5% en lo referente a los demás niveles de educación) llegando a presentar hasta 4 complicaciones. En los hombres que cursaron algunos años o terminaron la básica secundaria, los pacientes índices tendieron a presentar en mayor frecuencia una complicación y también en menor frecuencia 2 complicaciones con respecto al nivel educativo inferior.

Si bien es evidente que los pacientes índices presentaron mayor frecuencia de 3 complicaciones de la DM II, este dato solamente representa el 33.3% dentro de la misma categoría, siendo de mayor prevalencia una complicación. Con respecto a los demás niveles educativos, la tendencia de los pacientes índices fue a presentar menor complicaciones a medida que aumentaba el nivel académico de los hombres que conforman la familia (tabla 19).

Tabla 19: Relación entre el N° de complicaciones y el nivel de escolaridad de los hombres

NIVEL DE ESCOLARIDAD EN HOMBRES	NUMERO DE COMPLICACIONES				
	1	2	3	4	TOTAL
BASICA PRIMARIA	2	10	1	1	14
% FILA	14,3	71,4	7,1	7,1	100
% COLUMNA	15,4	62,5	20	50	38,9
BASICA SECUNDARIA	6	2	4	0	12
% FILA	50	16,7	33,3	0	100
% COLUMNA	46,2	12,5	80	0	33,3
MEDIA	2	3	0	0	5
% FILA	40	60	0	0	100
% COLUMNA	15,4	18,8	0	0	13,9
NINGUNA	2	0	0	1	3
% FILA	66,7	0	0	33,3	100
% COLUMNA	15,4	0	0	50	8,3
UNIVERSITARIA	1	1	0	0	2
% FILA	50	50	0	0	100
% COLUMNA	7,7	6,3	0	0	5,6
TOTAL	13	16	5	2	36
% FILA	36,1	44,4	13,9	5,6	100
% COLUMNA	100	100	100	100	100

Chi2= 19.78; gl= 12; p= 0.071

En cuanto a los antecedentes patológicos de la familia (individuos de la familia nuclear o extensa que estén vivos y que presenten algún tipo de enfermedad diagnosticada por un médico), se encontró que el 33.3% (IC 95%= 7.5-70.1%) de los conyugues padecían HTA y un 11.1% presentaban de DM II al igual que el 14.3% (IC 95%= 0.4-57.9%) de los hijos del caso; la enfermedad acido péptica se hizo presente en el 28.6% de los hijos de los paciente investigados.

No se encontró relación alguna que fuera estadísticamente significativa entre los antecedentes patológicos y alguna otra variable.

En lo referente a las causas de muerte de la ascendencia (pero siempre en línea sanguínea directa), el 27.8% el (IC= 95%) de los hermanos habían fallecido por DM II y el 22.2% lo habían hecho por eventos cardiovasculares (IAM, cardiopatías). Llama la atención la el número de muertes referente a cáncer, ya que del total de causas de defunción en los hermanos, el 28% se debió a esta patología.

El 33.3% (IC 95%=14.6-57.0%) de los padres habían muerte de IAM y el 9.5 por DM II el (IC 95%=1.2-30.4%). Llama de igual forma la atención el hecho de que el cáncer correspondió al 14.4% de todas las defunciones en los padres.

La tipología de las familias que se estudiaron fueron las siguientes: El 50% (IC 95%= 26.0-74.0%) de las familias de los pacientes índices correspondió tipo extensa, seguido por nuclear con el 27.8% (IC 95%= 9.7-53.5%), luego la

monoparental con el 16.7% (IC 95%= 3.6-41.4%) siendo para este tipo en un 100% el único padre la mamá; y la reconstruida o mixta con el 5.6% (IC 95%= 0.1-27.3%). Las familias de tipo extensa, se ubicaron principalmente (55.6%) en el estrato socioeconómico 1, seguido por el 2 con el 33.3% y por el 3 con un 11.1%

Para las nucleares, las familias se encontraban en un 60% en el estrato socioeconómico 2 y en un 40% en el 1. En las monoparentales y las reconstruidas, en el 100% se encontraban en el estrato 1 (chi2= 4.8; gl= 6; p= 0.56 para este cruce de variables).

Los pacientes índices que no habían terminado la primaria (primaria inconclusa) en un 62.5% tienen familias extensas, en un 25% de tipo nuclear y monoparental en un 12.5%. En aquellos que terminaron la primaria se encontró la tendencia hacia el tipo de familia extensas/abiertas y su frecuencia fue mayor que los demás niveles educativos (tabla 20).

Tabla 20: Relación entre el tipo de familia y el nivel educativo de los pacientes

NIVEL EDUCATIVO DEL CASO	TIPO DE FAMILIA				TOTAL
	EXTENSA/ABIERTA	MONOPARENTAL	NUCLEAR	RECONSTRUIDA O MIXTA	
BÁSICA PRIMARIA	2	0	1	0	3
% Fila	66,7	0	33,3	0	100
% Columna	22,2	0	20	0	16,7
BÁSICA SECUNDARIA	1	0	0	0	1
% Fila	100	0	0	0	100
% Columna	11,1	0	0	0	5,6
BÁSICA SECUNDARIA INCONCLUSA	0	1	0	0	1
% Fila	0	100	0	0	100
% Columna	0	33,3	0	0	5,6
NINGUNO	1	1	0	0	2
% Fila	50	50	0	0	100
% Columna	11,1	33,3	0	0	11,1
PRIMARIA INCONCLUSA	5	1	2	0	8
% Fila	62,5	12,5	25	0	100
% Columna	55,6	33,3	40	0	44,4
TECNICO	0	0	0	1	1
% Fila	0	0	0	100	100
% Columna	0	0	0	100	5,6
TECNOLÓGICO	0	0	2	0	2
% Fila	0	0	100	0	100
% Columna	0	0	40	0	11,1
TOTAL	9	3	5	1	18
% Fila	50	16,7	27,8	5,6	100
% Columna	100	100	100	100	100

Chi2= 31.86; gl= 18; p= 0.022

En relación de la ocupación actual del paciente con el tipo de familia (p= 0.6), se encontró que el 60% de los pacientes índices que no trabajan y el 42.9% de los que se dedican a las labores del hogar pertenecen a las familias de tipo extensas/abiertas en comparación con las de tipo nuclear que son del 20% y del 28.6% en las categorías respectivas. Además en las familias abiertas se presentó

la mayor frecuencia de individuos que tienen un trabajo informal (66.7% versus 33.3% en las familias nucleares). La frecuencia de trabajo formal fue igual en las familias de tipo extensa, nuclear y reconstruida o mixta (33.3% para cada una de las categorías).

En el 100% de las familias nucleares (tabla 21), el caso presentó solamente 1 complicación relacionada con la patología de interés. Para los pacientes índices pertenecientes a las familias de tipo extensa, mostraron una mayor tendencia a padecer 2 complicaciones que una sola y fueron los únicos que llegaron a padecer hasta 4 complicaciones.

En las familias monoparentales al igual que las reconstruidas o mixtas se presentaron en su mayoría 2 complicaciones debido a la DM II, pero solo en el primer tipo se llegaron a padecer hasta 3 de estas complicaciones.

Tabla 21: Relación entre el nº de complicaciones y el tipo de familia

TIPO DE FAMILIA	Nº DE COMPLICACIONES				
	1	2	3	4	TOTAL
EXTENSA/ABIERTA	2	5	1	1	9
% Fila	22,2	55,6	11,1	11,1	100
% Columna	28,6	62,5	50	100	50
MONOPARENTAL	0	2	1	0	3
% Fila	0	66,7	33,3	0	100
% Columna	0	25	50	0	16,7
NUCLEAR	5	0	0	0	5
% Fila	100	0	0	0	100
% Columna	71,4	0	0	0	27,8
RECONSTRUIDA O MIXTA	0	1	0	0	1
% Fila	0	100	0	0	100
% Columna	0	12,5	0	0	5,6
TOTAL	7	8	2	1	18
% Fila	38,9	44,4	11,1	5,6	100
% Columna	100	100	100	100	100

Chi2= 11.57; gl= 9; p= 0.23

Se encontró que en las familias extensas/abiertas y nucleares era mas frecuente que los pacientes índices hubieran sido hospitalizados por estas complicaciones una sola vez (tabla 22), aunque en el primer tipo de familia, la frecuencia de hospitalizaciones en 2 ocasiones fue mayor con respecto a la primera, llegando incluso a presentar pacientes índices que lo hicieron hasta en 5 ocasiones. Los pacientes índices de las familias tipo monoparentales fueron hospitalizados en mayor frecuencia 4 veces.

Tabla 22: Relación entre el nº de veces que ha sido hospitalizado el paciente por complicaciones de la DM II y el tipo de familia

TIPO DE FAMILIA	Nº DE VECES QUE HA SIDO HOSPITALIZADO POR COMPLICACIONES					
	1	2	3	4	5	TOTAL
EXTENSA/ABIERTA	4	3	1	0	1	9
% Fila	44,4	33,3	11,1	0	11,1	100
% Columna	44,4	60	100	0	100	50
MONOPARENTAL	0	1	0	2	0	3
% Fila	0	33,3	0	66,7	0	100
% Columna	0	20	0	100	0	16,7
NUCLEAR	4	1	0	0	0	5
% Fila	80	20	0	0	0	100
% Columna	44,4	20	0	0	0	27,8
RECONSTRUIDA O MIXTA	1	0	0	0	0	1
% Fila	100	0	0	0	0	100
% Columna	11,1	0	0	0	0	5,6
TOTAL	9	5	1	2	1	18
% Fila	50	27,8	5,6	11,1	5,6	100
% Columna	100	100	100	100	100	100

$\chi^2= 15.41$; $g= 12$; $p= 0.21$

La HTA como la complicación mas frecuente, se presentó ($p= 0.88$) en un 62.5% en las familias abiertas y en un 12.5% en los demás tipos de familias, al igual que el 42.9% de la retinopatía (28.6% para la monoparental y 14.3% para la nuclear y la reconstruida en cada una); en 50% del pié diabético (versus 33.3% en la nuclear y 16.7% en la monoparental); el 80% de la nefropatía (versus el 20% en la monoparental).

No se encontró relación estadísticamente significativa entre la edad del caso con el tipo de familia ($p= 0.31$).

En cuanto al Ciclo vital familiar (CVF) se encontró que principalmente las familias se encuentran en la etapa de la salida de los hijos en 55.60% seguido por la etapa de jubilación y vejez con un 27.80%. No se evidenció una relación entre la edad del paciente índice y el CVF ($p= 0.49$) (ver tabla 23).

Tabla 23: Ciclo vital familiar

CVF	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Int. Con. 95%
ADOLESCENCIA	2	11,10%	11,10%	1,40-34,70%
JUBILACIÓN Y VEJEZ	5	27,80%	38,90%	9,70-53,50%
MUERTE DE UNO DE LOS CÓNYUGUES	1	5,60%	44,40%	0,10-27,30%
SALIDA DE LOS HIJOS	10	55,60%	100,00%	30,8-78,50%
Total	18	100,00%	100,00%	

Las familias del estrato socioeconómico 1 se encontraron en la etapa de la salida de los hijos y la jubilación y vejez cada una con el 45.5%, seguida por la muerte de uno de los conyugues con el 9.1%. En el estrato 2, en la etapa de la salida de los hijos frente a un 33.3% en la adolescencia y en el nivel socioeconómico 3 el 100% correspondió a la salida de los hijos; ($p= 0.20$).

Los pacientes índices pertenecientes a las familias con CVF salida de los hijos (tabla 24) presentaron mayor tendencia a padecer 1 sola complicación y sus individuos llegaron hasta 3 y 4 complicaciones en comparación con las otras etapas del ciclo familiar aunque mostraron similar proporción de individuos que tenían 2 complicaciones junto la jubilación y vejez.

También se evidenció en esta misma etapa del ciclo de vida de la familia una tendencia marcada a que sus pacientes índices presentaran mayor número de veces que habían sido hospitalizados por las complicaciones de la enfermedad estudiada frente a las demás etapas.

Tabla 24: Relación entre el N° de complicaciones presentadas y el CVF

CVF	N° DE COMPLICACIONES PRESENTADAS				
	1	2	3	4	TOTAL
ADOLESCENCIA	2	0	0	0	2
% Fila	100	0	0	0	100
% Columna	25	0	0	0	11,1
JUBILACIÓN Y VEJEZ	2	3	0	0	5
% Fila	40	60	0	0	100
% Columna	25	42,9	0	0	27,8
MUERTE DE UNO DE LOS CÓNUGUES	0	1	0	0	1
% Fila	0	100	0	0	100
% Columna	0	14,3	0	0	5,6
SALIDA DE LOS HIJOS	4	3	2	1	10
% Fila	40	30	20	10	100
% Columna	50	42,9	100	100	55,6
TOTAL	8	7	2	1	18
% Fila	44,4	38,9	11,1	5,6	100
% Columna	100	100	100	100	100

$Chi^2= 6.8; gl= 9; p= 0.65$

Predominantemente sus pacientes índices fueron hospitalizados una solo vez (45.5%), pero llegaron algunos de ellos hasta reincidir 2, 3 y hasta 4 veces (tabla 25).

Tabla 25: Relación entre el nº de veces que ha sido hospitalizado por complicaciones de DM II y el CVF

CVF	Nº DE VECES QUE HA SIDO HOSPITALIZADO POR COMPLICACIONES DE DM II					
	1	2	3	4	5	TOTAL
ADOLESCENCIA	2	0	0	0	0	2
% Fila	100	0	0	0	0	100
% Columna	22,2	0	0	0	0	11,1
JUVILACIÓN Y VEJEZ	2	1	0	0	1	4
% Fila	50	25	0	0	25	100
% Columna	22,2	20	0	0	100	22,2
MUERTE DE UNO DE LOS CÓNYUGUES	0	0	0	1	0	1
% Fila	0	0	0	100	0	100
% Columna	0	0	0	50	0	5,6
SALIDA DE LOS HIJOS	5	4	1	1	0	11
% Fila	45,5	36,4	9,1	9,1	0	100
% Columna	55,6	80	100	50	0	61,1
TOTAL	9	5	1	2	1	18
% Fila	50	27,8	5,6	11,1	5,6	100
% Columna	100	100	100	100	100	100

$Chi^2= 14,63$; $g= 12$; $p= 0,26$

Para aquellos pacientes índices pertenecientes a la jubilación y vejez, presentaron una tendencia similar a estar hospitalizados una sola vez al igual que los pertenecientes a la adolescencia pero esta no fue tan marcada como los de la etapa de la salida de los hijos.

Se encontró que existe una relación estadísticamente significativa entre el sexo del caso y el ciclo vital familiar (tabla 26).

Tabla 26: Relación entre género y CVF

CVF	GÉNERO		
	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
ADOLESCENCIA	0	2	2
% Fila	0	100	100
% Columna	0	40	11,1
JUVILACIÓN Y VEJEZ	2	2	4
% Fila	50	50	100
% Columna	15,4	40	22,2
MUERTE DE UNO DE LOS CÓNYUGUES	1	0	1
% Fila	100	0	100
% Columna	7,7	0	5,6
SALIDA DE LOS HIJOS	10	1	11
% Fila	90,9	9,1	100
% Columna	76,9	20	61,1
TOTAL	13	5	18
% Fila	72,2	27,8	100
% Columna	100	100	100

$Chi^2= 8,4$; $p= 3$; $p= 0,03$

Las mujeres se ubicaron predominantemente con un 76.9% en la salida de los hijos en comparación con los hombres que lo hicieron de forma similar entre la adolescencia y la jubilación y vejez (40% para cada categoría).

En cuanto a la percepción del caso, sobre la calidad del apoyo brindado por su familia durante la enfermedad (dicha información se clasificó en las siguientes categorías= muy bueno, bueno, regular, insuficiente y malo), el 55.6% (IC 95%= 30.8—78.5%) comunicaron que era bueno, frente a un 27.8% (IC 95%= 9.7-53.5%) y un 16.7% (IC 95%= 3.6-41.4%) que refirieron que era muy bueno y regular respectivamente.

El 46.2% de las mujeres comunicaron que el apoyo que su familia le ha brindado era bueno, seguido de un 30.8% de muy bueno y un 23.1% que era regular. En los hombres, el 80% refirió que era bueno y un 20% que era muy bueno.

En los pacientes índices pertenecientes al estrato socioeconómico 1, en un 54.5% manifestaron que el apoyo brindado por la familia era bueno seguido por un 27.3% y un 18.2% que comunicaron que era muy bueno y regular respectivamente. Para los del estrato 2, refirieron que era bueno en un 66.7% y muy bueno en un 33.3% y en el 3, el 100% (solamente un caso) comunicó que era regular ($p= 0.18$).

Aquellos que consideran que el apoyo es bueno presentaron en un 60% una complicación debido a la enfermedad de base, seguido por un 30% y un 10% para 2 y 3 complicaciones consecutivamente. Quienes respondieron que era muy bueno mostraron similar comportamiento para una y dos complicaciones (40% en cada categoría) y en un 10% presentaron 3 complicaciones. Los individuos índices que perciben que el apoyo es regular, presentaron en un 66.7% y en un 33.3% dos y cuatro complicaciones respectivamente; aunque estos datos no sean estadísticamente significativos ($p= 0.21$).

Se encontró que a medida que el número de miembros en la familia se acerca al promedio (5.05 personas por familia) (ver tabla 27) y avanza una desviación estándar (1.84), la percepción del paciente sobre la calidad del apoyo que le han brindado durante la enfermedad tiende a ser similar en las categorías de bueno y muy bueno. A menor sea el número de miembros en la familia, la percepción no es constante.

Tabla 27: Descripción de la percepción del paciente sobre la calidad del apoyo brindado por la familia durante la enfermedad

NUMERO TOTAL DE MIEMBROS EN LA FAMILIA	TIPO DE PERCEPCION DEL PACIENTE SOBRE LA CALIDAD DEL APOYO BRINDADO POR LA FAMILIA DURANTE LA ENFERMEDAD			
	BUENO	MUY BUENO	REGULAR	TOTAL
2	0	1	0	1
% Fila	0	100	0	100
% Columna	0	20	0	5,6
3	1	0	2	3
% Fila	33,3	0	66,7	100
% Columna	10	0	66,7	16,7
4	3	0	0	3
% Fila	100	0	0	100
% Columna	30	0	0	16,7
5	3	1	0	4
% Fila	75	25	0	100
% Columna	30	20	0	22,2
6	2	2	0	4
% Fila	50	50	0	100
% Columna	20	40	0	22,2
7	1	1	0	2
% Fila	50	50	0	100
% Columna	10	20	0	11,1
10	0	0	1	1
% Fila	0	0	100	100
% Columna	0	0	33,3	5,6
TOTAL	10	5	3	18
% Fila	55,6	27,8	16,7	100
% Columna	100	100	100	100

Chi2= 18.65; gl= 12; p= 0.09

No se encontró una relación estadísticamente significativa entre el número de hombres y mujeres en la familia y la percepción del caso sobre la situación anteriormente descrita ($p= 0.65$ y $p= 0.28$ respectivamente); tampoco entre el estado civil de los hombres y mujeres en la familia frente a la variable objeto ($p= 0.25$ y $p= 0.12$ en su orden) ni entre la edad de los miembros y la percepción sobre la calidad del apoyo brindado durante la enfermedad ($p= 0.53$)

El apoyo que los pacientes manifestaron recibir por parte de sus familias, se determinó principalmente en tres tipos de:

- › Económico
- › Emocional (cariño, afecto, psicológico)
- › Cuidados y compañía

Sin embargo, se encontraron pacientes que manifestaron recibir los tres tipos de apoyo, o dos, o sólo uno, como se refiere en la tabla 28. Donde la mitad de los pacientes infirió recibir los tres tipos de apoyo.

Tabla 28: Descripción del tipo de apoyo recibido por parte de los miembros de la familia

TIPO DE APOYO RECIBIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Económico, Emocional, Cuidados y compañía	9	50%
Económico y Emocional	1	5.6%
Económico, Cuidados y compañía	2	11.1%
Emocional, Cuidados y compañía	2	11.1%
Económico	2	11.1%
Cuidados y compañía	2	11.1%

Es el apoyo económico el de mayor frecuencia entre los sujetos índices, ya que el 77.7% coincide al asegurar que recibe este tipo de apoyo. Lo cual, relacionado con las edades de los pacientes demuestra que, la mayoría no se encuentran en edades potencialmente laborales, debido a que el 66.6% son mayores de 59 años de edad. Además, este mismo porcentaje aseguró no tener un empleo; y el 94.4% pertenece a estrato socioeconómico 1 y 2.

También se tuvo en cuenta los cambios que ha implementado la familia de cada paciente, para ayudarlo durante su enfermedad. A lo cual, el 66.7% de los investigados indicaron que su familia ha hecho modificaciones en la dieta alimenticia; en el 11.1% de los pacientes índices, las familias han cambiado su ritmo de vida para brindar cuidados al paciente; pero un 22.2% aseguró que su familia no ha hecho ningún tipo de cambios.

Se encontró que el 88.9% de los pacientes índices, afirmaron que entre los miembros de su familia no existen conflictos debido a los cambios implementados por la DM II; sin embargo el 11.1%, manifestaron la presencia estos; los cuales determinaron que los conflictos se presentan entre cuidador y paciente; y entre un familiar y el cuidador.

El 94.4% determinó la ausencia de algún tipo de alianza o mayor empatía entres los miembros de la familia. El paciente que indicó la presencia de alianzas, aclaró que es una alianza de tipo emocional positivo. Dicha alianza ocurre entre hija y nieto, con relación al paciente.

En lo referente a la existencia de relaciones conflictivas entre los miembros de la familia, por motivos diferentes a los cambios implementados para ayudar al paciente; se encontró que el 88.9% afirmaron que en su familia no existe ningún tipo de relaciones conflictivas; mientras que el 11.1%, declararon la presencia de estas relaciones entre algunos miembros de su familia; quienes aclararon que estas se ocurren en un caso entre hijos y en el otro caso, entre hijos y nietos, en relación a la paciente.

Tabla 29: Tipo de relación del paciente con otros miembros de la familia diferente a los hijos

RELACIÓN CON MIEMBROS DE SU FAMILIA DIFERENTES A SUS HIJOS.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No hay	1	5.5%
Es distante	2	11.1%
Es buena	7	38.9%
Es muy buena	4	22.2%
Con algunos es buena, con otros es distante	4	22.2%

Acerca del tipo de relación con otros miembros de su familia, diferentes a sus hijos, se encontró que en 61.1% la relación es buena y muy buena; para un 16.6% no existe propiamente una relación o esta es distante; pero para un 22.2% dicha relación se presenta las dos anteriores respuestas, buena con algunos miembros de su familia diferente a los hijos, pero distante con otros.

3.3. INTERACCIÓN SOCIO-FAMILIAR

3.3.1. Sistema de salud. El 77.8% (IC 95%= 52.4-93.6%) de los pacientes índices se encuentran actualmente en controles médicos frente a un 22.2% (IC 95%= 6.4-47.6%) que no lo hace. El 76.9% de las mujeres y el 80% de los hombres se encuentran en controles por su enfermedad en contraste con un 23.1% y un 20% quienes no están en dichos controles (respectivamente) ($p= 0.46$).

De los pacientes índices que respondieron afirmativamente a la variable mencionada, el 57.1% pertenecía al estrato socioeconómico 1, seguido por un 32.7% y un 7.1% para el 2 y 3 en su orden.

El 57.1% se encontraba en la etapa del CVF de la salida de los hijos, el 21.4% en la jubilación y vejez, el 14% en la adolescencia y el 7.1% en la muerte de uno de los conyugues ($p= 0.61$).

El 42.9% de los pacientes índices son de una familia de tipo extensa /abierta, el 28.6% de nuclear, el 21.4% de monoparental y el 7.1% de una de tipo reconstruida o mixta ($p. 0.614$).

Los sujetos índices que no se encuentran en controles médicos son en un 75% del estrato 1 y en un 25% del estrato 2 ($p= 0.75$). En cuanto a CVF se encuentran en la salida de los hijos y en la jubilación y vejez en un 50% en cada categoría ($p= 0.61$). En cuanto a la tipología familiar, el 75% es de tipo extensa/abierta y el 25% de nuclear ($p= 0.614$).

En las familias extensas (tabla 30), hubo mayor frecuencia de pacientes índices que se encontraban en controles debido a la DM II, tendencia similar ocurrió en las familias nucleares aunque siendo mayor la proporción en ésta que en la primara.

Tabla 30: Relación entre la asistencia a controles médicos por parte de los pacientes y el tipo de familia

TIPO DE FAMILIA	CONTROLES MEDICOS		
	si	No	TOTAL
FAMILIA EXTENSA	5	3	8
% Fila	62,5	37,5	100
% Columna	35,7	75	44,4
FAMILIA NUCLEAR	9	1	10
% Fila	90	10	100
% Columna	64,3	25	55,6
TOTAL	14	4	18
% Fila	77,8	22,2	100
% Columna	100	100	100

Chi2 mantel-haenszel= 1.83 p= 0.1

Se encontró que los pacientes índices que están en controles, en un 50% tienen una sola complicación, frente a un 42.9% y un 7.21% que tienen 2 y 3 complicaciones en su orden. Aquellos que no se encuentran en controles no mostraron mayor tendencia con respecto al número de complicaciones, presentando en cada categoría un 25% (p= 0.16).

Al ponderar el hecho de que los pacientes se encuentren en controles con el tipo de complicaciones presentadas por la DM II, se encontró que en el 75% de los pacientes índices de HTA, al igual que el 60% de los de nefropatía, el 50% de los de neuropatía, el 83% del pie diabético y el 42.9% de la neuropatía sus pacientes índices estaban en controles (p. 0.62).

La percepción sobre el apoyo que brinda la familia en el proceso de enfermedad fue en un 50% buena para los pacientes índices que se encuentran en controles médicos, seguidos por un 35.7% que creen que es muy bueno y un 14.3% que considera que en regular. Los que no se encuentran en controles médicos opinan que dicho apoyo es bueno en un 75% y regular en un 25% (p= 0.36).

Los individuos que se encuentran actualmente en controles médicos por su enfermedad se dedican principalmente a las labores del hogar (42.9%) seguido en igual proporción para el trabajo formal como para el informal y en menor proporción no trabajan. Aquellos que no están en control de su patología no trabajan en su gran mayoría (75%) y los demás se dedican a las actividades propias del hogar (tabla 31).

Tabla 31: Asistencia a controles médicos y la ocupación de los pacientes índices

OCUPACIÓN	CONTROLES MEDICOS		
	si	No	TOTAL
HOGAR	6	1	7
% Fila	85,7	14,3	100
% Columna	42,9	25	38,9
NO TRABAJA	2	3	5
% Fila	40	60	100
% Columna	14,3	75	27,8
TRABAJO FORMAL	3	0	3
% Fila	100	0	100
% Columna	21,4	0	16,7
TRABAJO INFORMAL	3	0	3
% Fila	100	0	100
% Columna	21,4	0	16,7
TOTAL	14	4	18
% Fila	77,8	22,2	100
% Columna	100	100	100

$\chi^2= 6.06; gl= 3; p= 0.10$

De los pacientes que manifestaron asistir a los controles por la DM II, el 71.4% (IC 95%= 41.9-91.6%) manifestaron asistir acompañado en comparación con un 28.6% (IC 95%= 8.4-58.1%) quienes refirieron no tener compañía en estas ocasiones.

En el 90% (IC 95%= 55.5-99.7%) de los sujetos índices que asisten acompañado lo hacen con un miembro de la línea sanguínea directa (hijo o hija) frente a un 10% que lo hace con uno de la familia extensa.

De aquellos hombres que asisten a los controles, el 50% asiste acompañado. En las mujeres la proporción fue mayor con el 80% (p. 0.17)

En un 50% quienes asisten acompañados pertenecen al estrato socioeconómico 1, seguido por un 40% que pertenecen al 2 y en un 10% al 3. Aquellos que no lo hacen pertenecen en un 75% al 1, seguido de un 25% del 2, siendo mayor en todos los estratos la proporción de asistencia a los controles en compañía (p. 0.64).

Aquellos pacientes que son acompañados por un miembro de la familia extensa, pertenecen en un 100% al estrato socioeconómico 1 y aquellos que los acompaña uno de la línea sanguínea directa son en un 44.4% pertenecientes al 1 y 2 en cada categoría y en un 11.1% al 3 (p= 0.57).

No existe una relación estadísticamente significativa entre asistir acompañado y el número de complicaciones (p= 0.79), aquellos que si lo hacen, presentaron en un

50% 1 complicación seguido por un 40% y 10% para 2 y 3 complicaciones respectivamente. Los que no asisten acompañados presentaron en un 50% 1 y 2 de ellas en cada categoría. Tampoco la hubo entre la percepción que tenía el paciente sobre el apoyo que le brinda su familia durante la enfermedad y asistir acompañado a los controles médicos ($p= 0.43$) ni con el CVF ($p= 0.26$) ni el tipo de familia ($p. 0.39$).

En el 80% de los pacientes índices (IC 95%= 44.4-97.5%) la compañía era constante, es decir que el mismo miembro de la familia era el que siempre lo acompañaba y en un 12.5% era de la familia extensa y en un 87.5% era de la línea sanguínea directa ($p= 0.4$), frente a un 20% (IC 95%= 2.5-55.6%) que era de tipo circunstancial y su acompañante era en un 100% de la familia extensa ($p= 0.4$).

Los sujetos índices que asisten a controles de la DM II y que pertenecen al estrato socioeconómico 1 y 2 presentaron en mayor frecuencia compañía de tipo constante pero esta fue mayor para el estrato 1 en comparación con los otros. El tipo de compañía circunstancial se presentó en igual proporción para el estrato 2 como para el 3 (tabla 32).

Tabla 32: Estrato socioeconómico y la frecuencia de la compañía

FRECUENCIA DE LA COMPAÑÍA	ESTRATO SOCIOECONOMICO			
	1	2	3	TOTAL
CIRCUNSTANCIAL	0	1	1	2
% Fila	0	50	50	100
% Columna	0	25	100	20
CONSTANTE	5	3	0	8
% Fila	62,5	37,5	0	100
% Columna	100	75	0	80
TOTAL	5	4	1	10
% Fila	50	40	10	100
% Columna	100	100	100	100

Chi2= 5.3; gl= 2; p= 0.07

No se vio una relación estadísticamente significativa entre el tipo de compañía con el número de complicaciones presentadas por el caso ($p. 0.15$).

Se indagó a todos los pacientes por la existencia de un miembro de la familia que hubiese adoptado en papel de cuidador del paciente. El 72.2% (IC 95%= 46.5-90.3%) manifestaron tenerlo, frente a un 27.8% (IC 95%= 9.7-53.5%) que no lo tiene. El 76.9% de las mujeres y el 60% de los hombres manifestaron poseer un cuidador dentro de su familia ($p= 0.26$). Aquellos que lo tienen pertenecen en un 53.8%, un 38.5% y un 7.7% al estrato socioeconómico 1, 2 y 3 respectivamente. Los que no son en un 80% del estrato 1 y de en un 20% al 2 ($p= 0.56$). No se encontró relación estadísticamente significativa entre poseer un cuidador con el CVF ($p= 0.16$) o el tipo de familia ($p= 0.23$).

En cuanto a la relación con las complicaciones presentadas por la DM II ($p= 0.67$), aquellos que si poseen un cuidador igual mostraron igual proporción para 1 y 2 complicaciones 38.5% (en cada una) seguido por un 15.4% con 3 y un 7.7% con 4 complicaciones. Aquellos que no poseen un familiar con este rol, mostraron en un 60% una complicación y en un 40% dos.

Se les preguntó a los pacientes si se sentían a gusto con el trato brindado por el grupo de salud (si, no y parcialmente), es decir todo el personal que labora dentro de una institución de salud y que intervienen en dicho trato al paciente.

El 83.3% (IC 95%= 58.6-96.4%) manifestó si estas estar a gusto y un 16.7% respondió que parcialmente (IC 95%= 3.6-41.4%). De igual forma, a los sujetos índices se indagó por la percepción que tenían del trato brindado por el equipo de salud, dándole varias opciones o categorías para clasificarlo (muy bueno, bueno, regular, insuficiente y malo). El 55.6% (IC 95%= 30.8-78.5%) manifestó clasificarlo como “bueno” frente a un 44.4% (IC 95%= 21.5-69.2%) que lo calificó en “muy bueno”. No hubo una asociación estadísticamente significativa entre dicha percepción y el número de complicaciones presentadas a causa de la DM II ($p= 0.81$), así como con el estrato socioeconómico ($p. 0.64$), estado civil ($p= 0.91$), edad ($p. 0.20$) y nivel educativo del paciente ($p. 0.30$), CVF ($p= 0.38$) ni tipo de familia ($p. 0.69$).

A los pacientes se les preguntó si habían recibido información sobre su enfermedad por parte del grupo de salud. El 72.2% (IC 95%= 4.5-90.3%) de los pacientes índices afirmaron haber recibido dicha información frente a un 27.8% (IC 95%. 9.7-53.2%) que lo negó.

Las mujeres en mayor frecuencia refirieron si haber recibido información sobre su patología al igual que el 100% de los hombres, sin embargo, en las mujeres, un número significativo refirió no haberla recibido (tabla 33).

Tabla 33: Recepción de información sobre su enfermedad por parte del equipo de salud según el género del paciente

GÉNERO	RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN		
	Si	No	TOTAL
FEMENINO	8	5	13
% Fila	61,5	38,5	100
% Columna	61,5	100	72,2
MASCULINO	5	0	5
% Fila	100	0	100
% Columna	38,5	0	27,8
TOTAL	13	5	18
% Fila	72,2	27,8	100
% Columna	100	100	100

$Chi^2= 2.66; p= 0.07$

Los pacientes índices que efectivamente recibieron algún tipo de información sobre su enfermedad, presentaron en mayor frecuencia 1 complicación y en menor proporción 2, tres y cuatro complicaciones. Quienes no lo hicieron en mayor proporción mostraron 2 complicaciones y solamente llegaron hasta 3, estos datos no resultan ser estadísticamente significativos (tabla 34).

Tabla 34: Relación entre la recepción de información sobre la enfermedad por parte del equipo de salud y el número de complicaciones del paciente

NUMERO DE COMPLICACIONES	RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN		
	SI	No	TOTAL
1	6	1	7
% Fila	85,7	14,3	100
% Columna	46,2	20	38,9
2	5	3	8
% Fila	62,5	37,5	100
% Columna	38,5	60	44,4
3	1	1	2
% Fila	50	50	100
% Columna	7,7	20	11,1
4	1	0	1
% Fila	100	0	100
% Columna	7,7	0	5,6
TOTAL	13	5	18
% Fila	72,2	27,8	100
% Columna	100	100	100

Chi2= 1.88; gl= 3; p= 0.59

No se encontró relación estadísticamente significativa entre haber recibido información sobre la enfermedad y el número de veces en que el paciente estuvo hospitalizado por complicaciones de la patología de base ($p= 0.18$).

Se le preguntó al paciente que tanto sabia de la enfermedad que tenía. Para evitar subjetividades en la clasificación de este por parte de los investigadores, se elaboró una escala para evaluar el nivel de conocimientos que posee el paciente respecto.

A la DM II. Se tuvo en cuenta 5 categorías con los puntos definidos por cada una de ella. La primera correspondió a “malo” que corresponde a ningún conocimiento, la siguiente fue “insuficiente” en la cual el caso sólo sabe que enfermedad posee; en la categoría “regular” el caso sabe que enfermedad posee y en que consiste; en el nivel “bueno” el caso sabe todo lo anterior mas los cuidados propios de la patología y en la categoría “muy bueno”, el investigado sabe todo lo de las categorías anteriores mas las complicaciones a largo plazo mas algo de fisiopatología (que órgano se ve principalmente involucrado, factores de riesgo, etc.)

La proporción de pacientes que tienen un nivel de conocimientos bueno sobre su patología fue igual a aquellos que es regular (tabla 35). En el orden de

proporciones, siguió un nivel insuficiente y por último un nivel malo. La proporción de individuos que tienen un nivel de conocimientos inferior al bueno fue de 66.6%.

Tabla 35: Nivel de conocimientos sobre la enfermedad

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ENFERMEDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
BUENO	6	33,30%*	33,30%
INSUFICIENTE	4	22,20%*	55,60%
MALO	2	11,10%*	66,70%
REGULAR	6	33,30%*	100,00%
Total	18	100,00%	100,00%

*Datos estadísticamente significativos.

Comparado con el sexo, no hubo una relación estadísticamente significativa ($p=0.8$); las mujeres presentaron un nivel de conocimientos bueno, mayor con respecto a los hombres (66.7% contra 33.3% respectivamente), al igual que regular, insuficiente y malo (66.7% contra 33.3%; 75% frente 25% y 100% respectivamente en cada categoría mencionada).

Los sujetos índices que manifestaron haber recibido información por parte del equipo de salud con respecto a su patología en una mayor frecuencia tienen un nivel de conocimiento bueno en comparación con aquellos que no lo manifestaron. La proporción de individuos con conocimientos insuficientes fue igual para ambos grupos y en nivel de conocimiento malo en aquellos que no recibieron información (tabla 36).

No se encontró una relación significativa en términos estadísticos entre el nivel de conocimientos en lo referente a su patología con el tipo de familia del caso ($p=0.69$) ni con su estado civil ($p=0.57$) ni con el tiempo en años de haberle diagnosticado la enfermedad ($p=0.13$).

Tabla 36: Recepción de información sobre la enfermedad por parte del equipo de salud y el nivel de conocimientos sobre la enfermedad

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ENFERMEDAD	RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN		
	si	No	TOTAL
BUENO	6	0	6
% Fila	100	0	100
% Columna	46,2	0	33,3
INSUFICIENTE	2	2	4
% Fila	50	50	100
% Columna	15,4	40	22,2
MALO	0	2	2
% Fila	0	100	100
% Columna	0	40	11,1
REGULAR	5	1	6
% Fila	83,3	16,7	100
% Columna	38,5	20	33,3
TOTAL	13	5	18
% Fila	72,2	27,8	100
% Columna	100	100	100

Tampoco se encontró una relación de este tipo entre el nivel de conocimientos sobre la enfermedad con el número de complicaciones ($p= 0.67$) ni con la frecuencia en veces que han sido hospitalizados por dichas complicaciones ($p= 0.60$).

Aquellas personas que tienen un nivel de conocimiento bueno de su patología se tienen principalmente un trabajo informal (50%) seguido por una proporción igual de individuos que no devengan sueldo alguno (se dedican a las labores del hogar o no trabajan).

En aquellas personas que en nivel de conocimientos es regular se dedican en la mayoría (50%) a las actividades del hogar seguido por una proporción menor de pacientes índices que tienen un trabajo formal, sin embargo, la frecuencia de individuos que no devengan sueldo en esta categoría es del 66.7%, aunque esta proporción sea aún mayor en los pacientes índices con un nivel de conocimientos insuficientes (100%). El 100% de los investigados con un nivel de conocimientos malos no trabajan (tabla 37).

Tabla 37: Nivel de conocimientos de la enfermedad y la ocupación del paciente

OCUPACION	NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ENFERMEDAD				
	BUENO	INSUFICIENTE	MALO	REGULAR	TOTAL
HOGAR	2	2	0	3	7
% Fila	28,6	28,6	0	42,9	100
% Columna	33,3	50	0	50	38,9
NO TRABAJA	1	2	2	1	6
% Fila	16,7	33,3	33,3	16,7	100
% Columna	16,7	50	100	16,7	33,3
TRABAJO FORMAL	0	0	0	2	2
% Fila	0	0	0	100	100
% Columna	0	0	0	33,3	11,1
TRABAJO INFORMAL	3	0	0	0	3
% Fila	100	0	0	0	100
% Columna	50	0	0	0	16,7
TOTAL	6	4	2	6	18
% Fila	33,3	22,2	11,1	33,3	100
% Columna	100	100	100	100	100

$Chi^2= 15.14$; gl. 9; $p= 0.087$

3.3.2. Trabajo. El 27.8% (IC 95%: 9.7-53.5%) de los sujetos índices si trabajan frente a un 72.2% (IC 95%: 46.5-90.3%) que no lo hace, siendo en un 60% hombres y en un 20% mujeres. El 60% de aquellos que si lo hacen se sienten a gusto en el, frente a un 20% que no les agrada o parcialmente (en cada categoría). El 60% también considera que su actual ocupación no le brinda la opción de crecimiento personal aunque la misma proporción de pacientes refiere que esta le brinda tiempo suficiente para realizar los cuidados propios que amerita su patología.

3.3.2. Religión y sistema de creencias. A los pacientes índices se les indagó sobre su pertenencia a alguna religión así como de otros temas sobre los sistemas de creencias. El 100% manifestó pertenecer a alguna religión. La tabla 38 evidencia a cual religión, los investigados, están vinculados. La mayor proporción pertenece a la iglesia católica. Con respecto a las otras no se observa tendencia significativa.

Tabla 38: Religión a la que pertenece el paciente

RELIGION A LA QUE PERTENECE	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
ADVENTISTA	1	5,60%*	5,60%
CATOLICA	13	72,20%*	77,80%
CRISTIANISMO	1	5,60%*	83,30%
EVANGELICA ADVENTISTA	1	5,60%*	88,90%
PIEDRA ANGULAR	1	5,60%*	94,40%
RENTECOSTAL UNIDA DE COLOMBIA	1	5,60%*	100,00%
Total	18	100,00%	100,00%

**Datos estadísticamente significativos.*

El 66.7% de los pacientes índices participa activamente de su religión (IC 95%= 41.0-86.7%) frente a un 13.3% (IC 95%= 23.3-59.0%) que no lo hace. Esta variable con respecto al CVF no mostró una significativa en términos estadísticos ($p= 0.61$), sin embargo se pudo evidenciar que aquellos que si participan pertenecen en mayor frecuencia a la etapa de la salida de los hijos (50%) seguido por un 25% y un 16.7% que pertenecen a la jubilación y vejez y a la adolescencia respectivamente. Con respecto a la edad del paciente tampoco mostró significancia estadística ($p= 0.32$).

De los entrevistados que refirieron sí participar activamente de su religión, un 90.9% indicó participar asistiendo a culto, misa o reuniones según su fe; y el 0.9% participa únicamente a través de la oración desde su casa.

En el 100% de los pacientes índices refirieron sentirse a gusto acudiendo a su religión y en el 94.4% (IC 95%= 72.2-99.9%) de ellos refirieron que esta les había ayudado durante el proceso de enfermedad. Acerca de la forma como le ha ayudado dicha fe en la enfermedad, respondieron:

- El 52.9% sienten que la religión le ha aportado fortaleza y ánimo.
- El 41.1% sienten que la religión les ha aportado mejoría y recuperación.
- El 5.8% siente que la religión le ha aportado paz y bienestar.

Se indagó de igual forma por la pertenencia de los demás miembros de la familia a una religión diferente a la del caso. En un 23% (4, IC 95%= 6.9-49.9) de las familias son de una religión distinta a la que profesa el paciente índice (tabla 39),

sin embargo, en el 100% de los pacientes índices, este hecho no origina conflictos entre los implicados.

La religión diferente a los pacientes índices en su mayor frecuencia resulta ser la católica (42.9%), seguido por algunos miembros dentro de la familia que manifiestan no pertenecer a religión alguna (28.6%)

Tabla 39: Religión a la que pertenecen los demás miembros de la familia

RELIGIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
CATOLICA	3	42,90%*	42,90%
CRISTIANISMO	1	14,30%*	57,10%
NINGUNA	2	28,60%*	85,70%
TESTIGOS DE JEHOVA	1	14,30%*	100,00%
Total	7**	100,00%	100,00%

*Datos estadísticamente significativos.

** En algunas familias se presentaba mas de una religión diferente a la del caso.

3.3.3. Transporte. El 100% de los pacientes índices investigados refirieron utilizar algún tipo de transporte en su vida cotidiana. En un 88.9% (IC 95%= 65.3-98.6%) es público frente a un 11.1% (IC 95%= 1.4-34.7%) que es de tipo particular.

La mayor proporción de los pacientes índices refirieron sentirse completa o parcialmente (94.4%) a gusto utilizando el transporte que utilizan (Tabla 40).

Tabla 40: Nivel de satisfacción que tienen los pacientes con el uso del medio de transporte

SATISFACCIÓN POR EL USO DEL SISTEMA DE TRANSPORTE	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	1	5,60%*	5,60%
PARCIALMENTE	2	11,10%*	16,70%
SI	15	83,30%*	100,00%
Total	18	100,00%	100,00%

*datos estadísticamente significativos

El 66% de los investigados utilizan algún tipo de transporte de forma circunstancial (al menos 2 veces al mes) en comparación con un 33.3% que lo hace en una forma constante (todos los días o al menos 2 veces por semana).

El 88.9% indican que el uso de medios de transporte les ha servido durante su proceso mórbido; aunque hay un 11.1% que refieren lo contrario. Acerca de cuál es el beneficio que obtienen del uso de medios de transporte los entrevistados afirmaron:

- Les evita esfuerzos a un 25%
- Facilita su desplazamiento al médico y para otras actividades al 75%

El 100% de los miembros de la familia utilizan algún tipo de transporte en su vida cotidiana, siendo en un 83.3% (IC 95%= 58.6-96.4%) de tipo público y en un 16.7% que es particular (IC 95%= 3.6-41.4%); el 94.4% (IC 95%= 72.7-99.9%) se siente a gusto utilizándolo mientras que el 5.6% (IC 95%= 0.1-27.3%) se siente parcialmente a gusto.

3.3.4. Recreación. Acerca de si en la familia realizan actividades recreativas, el 88.9% indicó que no realizan ningún tipo de actividad de esta índole, y un 11.1% si la practican. Los dos pacientes entrevistados que afirmaron que en su familia si se realizan actividades recreativas indicaron que dichas actividades son: en un caso compartir historias de la familia y en el otro caso juegan bingo, pero para los dos pacientes índices estas se realizan circunstancialmente.

3.3.5. Cultural. El total de los pacientes índices indicó que ni él, ni su familia, participan de actividades culturales.

Se contabilizaron para cada familia el número de subsistemas a los cuales tenían acceso o eran funcionales (tabla 41). En un 50% las familias tenían acceso solamente a 3 de los 7 subsistemas de los que se indagó y solamente el 16.7% llegó a 5 de ellos. No hubo familias que funcionalmente accedieran a todos los subsistemas en cuestión.

Tabla 41: Número de subsistemas funcionales en los pacientes

NUMERO DE SUBSISTEMAS FUNCIONALES	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
2	3	16,70%*	16,70%
3	9	50,00%*	66,70%
4	3	16,70%*	83,30%
5	3	16,70%*	100,00%
Total	18	100,00%	100,00%

*datos estadísticamente significativos

En la relación del número de subsistemas funcionales con el sexo del caso, las mujeres presentaron en mayor proporción acceso a 2 y 3 sistemas funcionales (15.4% y 69.2% respectivamente) y solamente un 15.4% de ellas tuvo 5 subsistemas funcionales. En los hombres estadísticamente mostraron mayor tendencia a tener acceso a 4 y a 5 subsistemas. (60% y 20% respectivamente) y el número de dichos Subsistemas fue mayor en comparación con las mujeres (80% versus 15.4 para 4 y 5).

Con respecto al estrato socioeconómico, no hubo una relación estadísticamente significativa con el número de subsistemas funcionales ($p= 0.23$) aunque en el gráfico de dispersión se puede observar que dicha relación es directamente proporcional; ni con el estado civil ($p= 0.77$),

Los pacientes índices que realizaron algunos años de la primaria tuvieron acceso en un 30% y un 50% acceso a 2 y 3 subsistemas frente a los que terminaron que en un 25% y 50% lo hicieron para 4 y 5 ($p= 0.13$).

Tabla 42: Relación entre el número de sistemas funcionales y género del paciente

NUMERO DE SUBSISTEMAS FUNCIONALES	GÉNERO		
	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
2	2	1	3
% Fila	66,7	33,3	100
% Columna	15,4	20	16,7
3	9	0	9
% Fila	100	0	100
% Columna	69,2	0	50
4	0	3	3
% Fila	0	100	100
% Columna	0	60	16,7
5	2	1	3
% Fila	66,7	33,3	100
% Columna	15,4	20	16,7
TOTAL	13	5	18
% Fila	72,2	27,8	100
% Columna	100	100	100

$Chi^2= 11.35$; gl. 3; $p= 0.010$

Al comparar el número de subsistemas funcionales con el CVF se encontró una importante relación (tabla 43). Las familias que se encuentran en la etapa de la salida de los hijos y la jubilación y vejez poseen menos número de subsistemas funcionales en comparación con las demás etapas, pero es menor el acceso a dichos subsistemas para la primera que para aquellas familias que se encuentran en la etapa de jubilación y vejez. Además en estas 2 etapas se concentra el mayor número de familias con 4 y 5 subsistemas funcionales en todas las etapas, pero la proporción es menor en comparación con los que funcionalmente acceden a 2 y 3 de ellos.

No se encontró relación significativa estadísticamente con el número de complicaciones presentadas por el caso ($p= 0.40$) ni con el número de veces que ha sido hospitalizado por esta causa ($p= 0.76$), tampoco con el tiempo en años de haberle diagnosticado Diabetes Mellitus tipo II ($p= 0.48$).

Tabla 43: Número de sistemas funcionales y el CVF

CVF	Nº DE SUBSISTEMAS FUNCIONALES				
	2	3	4	5	TOTAL
ADOLESCENCIA	0	0	2	0	2
% Fila	0	0	100	0	100
% Columna	0	0	66,7	0	11,1
JUVILACIÓN Y VEJEZ	2	1	1	0	4
% Fila	50	25	25	0	100
% Columna	66,7	11,1	33,3	0	22,2
MUERTE DE UNO DE LOS CÓNYUGUES	0	1	0	0	1
% Fila	0	100	0	0	100
% Columna	0	11,1	0	0	5,6
SALIDA DE LOS HIJOS	1	7	0	3	11
% Fila	9,1	63,6	0	27,3	100
% Columna	33,3	77,8	0	100	61,1
TOTAL	3	9	3	3	18
% Fila	16,7	50	16,7	16,7	100
% Columna	100	100	100	100	100

Chi2= 18.36; gl. 9; p= 0.031

3.4. RESULTADOS DE LA VALORACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA, BAJO PARÁMETROS BÁSICOS (APGAR)

El resultado de la funcionalidad de la familia (tabla 44) se obtuvo de promediar los resultados obtenidos por el caso con los de su familiar y clasificarlos en las categorías propuestas por el doctor Smilkstein según puntaje (grado de disfunción). El 66.7% de las familias mostraron ser funcionales frente a un 33.30% que no lo son.

Tabla 44: Grado de disfunción según APGAR familiar

GRADO DE DISFUNCION	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
DISFUNCIONAL (4-7)	5	27,80%	27,80%
DISFUNCIONALIDAD SEVERA (0-3)	1	5,60%	33,30%
FUNCIONAL (8-10)	12	66,70%	100,00%
Total	18 [^]	100,00%	100,00%

[^]ver comentario en tabla 45 y luego en la tabla 49.

El promedio de APGAR familiar para el paciente fue de 8 (s: 2.20; moda: 10). En los resultados del APGAR para el paciente se encontró que el rango de puntos correspondientes a funcionalidad familiar (8 a 10) correspondió al 70.5% de los pacientes índices, mientras que disfuncionalidad (4 a 7 puntos) y disfuncionalidad severa (0 a 3) fue del 23.6% y 5.90% respectivamente de los investigados. El promedio de APGAR para el caso es de 8 (s= 2.20; moda= 10).

Tabla 45: Resultados del APGAR del paciente

TOTAL DEL APGAR PARA EL PACIENTE	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
2	1	5,90%**	5,90%
5	1	5,90%**	11,80%
6	2	11,80%**	23,50%
7	1	5,90%**	29,40%
8	3	17,60%**	47,10%
9	4	23,50%**	70,60%
10	5	29,40%**	100,00%
Total	17*	100,00%	100,00%

* Se omitió un dato por falta de credibilidad ya que la paciente se abstuvo de responder una sola pregunta del APGAR. ** Datos estadísticamente significativos.

Las mujeres en un 23.1% obtuvieron 10 y 9 puntos en cada categoría, seguido por un 15.4% para 8 y 6 puntos y 7.7% para 7, 5 y 2 puntos. Para el 51.6% de ellas, sus familias eran funcionales, para el 30.8% son disfuncionales y en un 7.7% son disfuncionalmente severas ($p= 0.87$).

En los hombres, el 50% obtuvieron 10 puntos en el APGAR, seguido por un 25% para 8 y 9 puntos en cada categoría. Para ellos, el 100% de sus familias son funcionales ($p= 0.87$).

Por estrato socioeconómico, para el 1, el 27.3% obtuvo 10 y 8 puntos seguido por un 9.1% para cada categoría de 9, 7, 6, 5 y 2 puntos. En el estrato 2, el 40% obtuvo 10 y 9 puntos en cada categoría y un 20% obtuvo 6. Para el estrato 3. El 100% logró 10 puntos en la escala del APGAR ($p= 0.76$).

Como se muestra en la tabla 46, las familias de todos los estratos – según el paciente- tuvo la tendencia a ser en mayor parte funcionales, sin embargo el estrato 2 y 3 mostraron la proporción más grande de familias bajo esta categoría. En el estrato 1, la proporción de individuos con familias funcionales y disfuncionales fueron iguales (50% en una de ellas).

Tabla 46: Grado de disfunción familiar y el estrato socioeconómico

GRADO DE DISFUNCION	ESTRATO SOCIOECONOMICO			
	1	2	3	TOTAL
DISFUNCIONAL (4-7)	5	0	0	5
% Fila	100	0	0	100
% Columna	50	0	0	29,4
DISFUNCIONALIDAD SEVERA (0-3)	0	1	0	1
% Fila	0	100	0	100
% Columna	0	16,7	0	5,9
FUNCIONAL (8-10)	5	5	1	11
% Fila	45,5	45,5	9,1	100
% Columna	50	83,3	100	64,7
TOTAL	10	6	1	17
% Fila	58,8	35,3	5,9	100
% Columna	100	100	100	100

$Chi^2= 6.18$; $g= 4$; $p= 0.18$

Por ocupación ($p= 0.58$), en las familias funcionales el 33.3% de los pacientes índices en cada categoría se dedica a actividades del hogar o no trabaja, seguido por un 25% quienes tienen un trabajo informal y un 8.3% quienes tienen uno formal. En las familias disfuncionales, el 60% se dedica al hogar frente a un 20% para cada categoría de “no trabaja” o “trabajo formal”. Para las disfuncionalmente severas, el 100% de los pacientes índices no trabaja.

Se encontró una relación estadísticamente significativa entre el puntaje que el paciente obtuvo en el cuestionario APGAR con respecto al número de complicaciones que presenta debido a la DM II así como el número de veces que estuvo hospitalizado por dichas complicaciones.

Con respecto al número de complicaciones presentadas, aquellos caso que obtuvieron mayor puntaje del APGAR presentaron menor número de complicaciones con respecto a los que obtuvieron menos puntos. Aquellos que presentaron 1 sola complicación estuvieron ubicados en un 100% en el rango de puntos de familias funcionales (principalmente 8 y 9). Mientras aumenta el número de complicaciones, los pacientes índices fueron distribuyéndose en los puntajes inferiores a 8, donde empieza los rangos para las familias disfuncionales y severamente disfuncional (tabla 47).

Tabla 47: Relación entre el número de complicaciones de la DM II y el total del APGAR del paciente

NUMERO DE COMPLICACIONES POR LA DM II	TOTAL DE APGAR PARA EL PACIENTE							
	2	5	6	7	8	9	10	TOTAL
1	0	0	0	0	0	3	3	6
% Fila	0	0	0	0	0	50	50	100
% Columna	0	0	0	0	0	75	60	35,3
2	1	1	1	0	2	1	2	8
% Fila	12,5	12,5	12,5	0	25	12,5	25	100
% Columna	100	100	50	0	66,7	25	40	47,1
3	0	0	1	0	1	0	0	2
% Fila	0	0	50	0	50	0	0	100
% Columna	0	0	50	0	33,3	0	0	11,8
4	0	0	0	1	0	0	0	1
% Fila	0	0	0	100	0	0	0	100
% Columna	0	0	0	100	0	0	0	5,9
TOTAL	1	1	2	1	3	4	5	17*
% Fila	5,9	5,9	11,8	5,9	17,6	23,5	29,4	100
% Columna	100	100	100	100	100	100	100	100

*Chi2= 28.93; gl= 18; p= 0.049 * Se omitió un dato por falta de credibilidad ya que la paciente se abstuvo de responder una sola pregunta del APGAR.*

Con respecto al número de veces con que fueron hospitalizados, se vió una tendencia similar a la descrita. Aquellos que fueron hospitalizados una sola vez, sus familias fueron en un 87.5% funcionales, para los que lo hicieron 2 veces, en número de familias funcionales disminuyó a un 60%. Aquellos que fueron hospitalizados mas de 2 veces, mostraron un número menor de proporción de

familias funcionales con respecto a las primeras dos categorías y un número mayor de disfuncionales (ver tabla 48).

Tabla 48: Frecuencia de hospitalizaciones por complicaciones de DM II y el total del APGAR para el paciente

NUMERO DE VECES QUE HA SIDO HOSPITALIZADO POR COMPLICACIONES DE DM II	TOTAL DE APGAR PARA EL PACIENTE							TOTAL
	2	5	6	7	8	9	10	
1	0	0	0	1	0	2	5	8
% Fila	0	0	0	12,5	0	25	62,5	100
% Columna	0	0	0	100	0	50	100	47,1
2	0	0	2	0	1	2	0	5
% Fila	0	0	40	0	20	40	0	100
% Columna	0	0	100	0	33,3	50	0	29,4
3	0	1	0	0	0	0	0	1
% Fila	0	100	0	0	0	0	0	100
% Columna	0	100	0	0	0	0	0	5,9
4	1	0	0	0	1	0	0	2
% Fila	50	0	0	0	50	0	0	100
% Columna	100	0	0	0	33,3	0	0	11,8
5	0	0	0	0	1	0	0	1
% Fila	0	0	0	0	100	0	0	100
% Columna	0	0	0	0	33,3	0	0	5,9
TOTAL	1	1	2	1	3	4	5	17*
% Fila	5,9	5,9	11,8	5,9	17,6	23,5	29,4	100
% Columna	100	100	100	100	100	100	100	100

*Chi²= 43.20; g/= 24; p= 0.0094 *Se omitió un dato por falta de credibilidad ya que la paciente se abstuvo de responder una sola pregunta del APGAR*

Al clasificar el puntaje obtenido en el APGAR por la familia (resultado de promediar los puntajes APGAR del caso con el del familiar) en las categorías propuestas por el Dr. Smilkstein, se obtiene una relación estadísticamente significativa con respecto al número de complicaciones pero no con la frecuencia de las hospitalizaciones (tabla 49 y 50).

Tabla 49: Relación entre el grado de disfunción familiar y el N° de complicaciones de la DM II

GRADO DE DISFUNCION	N° DE COMPLICACIONES					TOTAL
	1	2	3	4		
DISFUNCIONAL (4-7)	0	4	1	0		5
% Fila	0	80	20	0		100
% Columna	0	50	50	0		27,8
DISFUNCIONALIDAD SEVERA (0-3)	0	0	1	0		1
% Fila	0	0	100	0		100
% Columna	0	0	50	0		5,6
FUNCIONAL (8-10)	7	4	0	1		12
% Fila	58,3	33,3	0	8,3		100
% Columna	100	50	0	100		66,7
TOTAL	7	8	2	1		18*
% Fila	38,9	44,4	11,1	5,6		100
% Columna	100	100	100	100		100

*Chi²= 15.00; g/= 6; p= 0.020 *el caso dudoso fue incluido ya que el puntaje obtenido, estuvo dentro de la categoría de Funcional.*

Tabla 50: Relación entre el grado de disfunción familiar y el N° de veces que ha sido hospitalizado por complicaciones de DM II

GRADO DE DISFUNCION	N° DE VECES QUE HA SIDO HOSPITALIZADO					TOTAL
	1	2	3	4	5	
DISFUNCIONAL (4-7)	1	1	1	2	0	5
% Fila	20	20	20	40	0	100
% Columna	11,1	20	100	100	0	27,8
DISFUNCIONALIDAD SEVERA (0-3)	0	1	0	0	0	1
% Fila	0	100	0	0	0	100
% Columna	0	20	0	0	0	5,6
FUNCIONAL (8-10)	8	3	0	0	1	12
% Fila	66,7	25	0	0	8,3	100
% Columna	88,9	60	0	0	100	66,7
TOTAL	9	5	1	2	1	18
% Fila	50	27,8	5,6	11,1	5,6	100
% Columna	100	100	100	100	100	100

Chi2= 12.38; gl= 8; p= 0.13

Las familias funcionales tendieron en una frecuencia muy superior a mostrar menos complicaciones con respecto a las disfuncionales y a las severamente disfuncionales.

Respecto al nivel educativo del caso con el grado de disfunción por categorías según el Dr. Smilkstein y por puntaje no categorizado no se vio una relación estadísticamente significativa ($p= 0.45$ y $p= 0.39$ respectivamente).

Las familias funcionales predominantemente se encuentran dentro de la etapa del CVF de salida de los hijos (58.3%) seguido por la jubilación y vejez y la adolescencia con un 25% y 16.7% respectivamente. Las disfuncionales se encuentran en un 60% en la salida de los hijos y en la jubilación y vejez y muerte de uno de los conyugues en un 20% cada una. Las disfuncionales en un 100% están en la etapa de la salida de los hijos, esta relación no resulta ser estadísticamente significativa ($p= 0.65$) al igual que la existente entre puntaje APGAR no categorizado y CVF ($p= 0.11$) y entre la familia con la que vive el caso (extensa o nuclear) con el puntaje APGAR ($p= 0.61$).

Tampoco se vio una relación estadísticamente significativa entre el puntaje obtenido en el APGAR con el estado civil de los hombres en la familia ($p= 0.42$) ni de las mujeres ($p. 0.74$), ni tampoco con el total de miembros de la familia ($p. 0.56$) o el total de hombres ($p= 0.50$) ni el de las mujeres ($p= 0.80$) ni la escolaridad de estos ($p= 0.61$ para hombres y $p. 0.74$ para mujeres).

Una ponderación del puntaje obtenido por el paciente no mostró relación estadísticamente significativa con el tipo de complicaciones presentadas por el paciente ($p= 0.35$) ni tampoco con la funcionalidad de la familia ($p= 0.16$)

En los resultados del puntaje APGAR obtenidos por los familiares de los pacientes índices predominantemente (87.5%) obtuvieron resultados correspondientes a familias funcionales, la disfuncionalidad al igual que la disfuncionalidad severa ocupó una frecuencia muy pequeña (6.30% en cada categoría).

Tabla 51: Total del APGAR para el familiar

TOTAL DEL APGAR	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
3	1	6,30%**	6,30%
7	1	6,30%**	12,50%
8	6	37,50%**	50,00%
9	2	12,50%**	62,50%
10	6	37,50%**	100,00%
Total	16*	100,00%	100,00%

*se excluyeron 2 registros ya que para los investigados no eran Confiables por la actitud que demostró el familiar al llenar el APGAR.

** Datos estadísticamente significativos.

El promedio del puntaje APGAR es de 8.5 ($s= 1.74$; moda. 8). No se encontró relación estadísticamente significativa entre el sexo del familiar con la puntuación del APGAR ($p= 0.36$).

Al comparar el resultado del APGAR del familiar con el estrato socioeconómico de la familia no se obtuvo una relación estadísticamente significativa (tabla 52), pero se pudo ver que todos los niveles socioeconómicos presentaron en mayor frecuencia puntajes que corresponden a “funcionalidad familiar”, aunque en el estrato 1 se obtuvo mayor número de puntajes bajos con respecto a los demás. Tampoco hubo una relación estadísticamente significativa entre el puntaje obtenido por el familiar en el instrumento diseñado por el Dr. Smilkstein con el número de complicaciones que presentó el caso (ver gráfico de dispersión 4; $p= 0.30$), con el número de veces éste fue hospitalizado (gráfico de dispersión 5; $p. 0.18$) ni con la funcionalidad de la familia (puntaje categorizado) ($p. 0.13$). Tampoco se presentó una asociación significativa entre el APGAR para el caso como para el familiar ($p= 0.76$).

Se utilizó la diferencia de APGAR (corresponde a restar el APGAR mayor del menor, independiente de quien sea el que lo obtuvo, si el paciente o su familiar) como medida de los puntos en que no están de acuerdo o no coinciden los miembros implicados, utilizándose como un indicador de diferencia. Esta se utilizó tanto para el puntaje final como para los componentes de la evaluación APGAR.

Tabla 52: Total del APGAR para el familiar y estrato socioeconómico

TOTAL DEL APGAR PARA EL FAMILIAR	ESTRATO SOCIOECONOMICO			
	1	2	3	TOTAL
3	1	0	0	1
% Fila	100	0	0	100
% Columna	11,1	0	0	6,3
7	1	0	0	1
% Fila	100	0	0	100
% Columna	11,1	0	0	6,3
8	3	3	0	6
% Fila	50	50	0	100
% Columna	33,3	50	0	37,5
9	0	2	0	2
% Fila	0	100	0	100
% Columna	0	33,3	0	12,5
10	4	1	1	6
% Fila	66,7	16,7	16,7	100
% Columna	44,4	16,7	100	37,5
TOTAL	9	6	1	16*
% Fila	56,3	37,5	6,3	100
% Columna	100	100	100	100

$\chi^2 = 7.4$, $gl = 8$; $p = 0.49$

**se excluyeron 2 registros ya que para los investigados no eran Confiables por la actitud que demostró el familiar al llenar el APGAR.

En un 53.3% la diferencia entre los APGAR fue nula o de solamente 1 punto. Si embargo resulta ser significativo que en 42.7% la diferencia sea igual o mayor a 2 puntos lo que indica que existen diferencias marcadas en la percepción de los implicados en la funcionalidad de la familia.

Esta diferencia APGAR no tuvo relación estadísticamente significativa con la mayoría de variables: número de complicaciones y hospitalizaciones ($p = 0.45$ y 0.55 respectivamente); CVF. ($p = 0.42$); estado civil del caso ($p = 0.54$) y grado de disfunción ($p = 0.30$).

Tabla 53: Diferencia de APGAR para el paciente y familiar

DIFERENCIA DE APGAR	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	3	20,00%*	20,00%
1	5	33,30%*	53,30%
2	4	26,70%*	80,00%
3	2	13,30%*	93,30%
7	1	6,70%*	100,00%
Total	15**	100,00%	100,00%

*datos estadísticamente significativos.

** Se omitieron 3 datos, dos de los familiares por falta de confiabilidad Y uno de la paciente que no respondió una pregunta, ya que afectaba la diferencia de APGAR.

Sin embargo, con el tipo de familia, mostró una asociación muy significativa en términos estadísticos (tabla 54).

Tabla 54: Diferencia de APGAR y tipo de familia

DIFERENCIA DE APGAR	TIPO DE FAMILIA				
	EXTENSA / ABIERTA	MONOPARENTAL	NUCLEAR	RECONSTRUIDA O MIXTA	TOTAL
0	3	0	0	0	3
% Fila	100	0	0	0	100
% Columna	33,3	0	0	0	20
1	1	1	3	0	5
% Fila	20	20	60	0	100
% Columna	11,1	100	75	0	33,3
2	3	0	1	0	4
% Fila	75	0	25	0	100
% Columna	33,3	0	25	0	26,7
3	2	0	0	0	2
% Fila	100	0	0	0	100
% Columna	22,2	0	0	0	13,3
7	0	0	0	1	1
% Fila	0	0	0	100	100
% Columna	0	0	0	100	6,7
TOTAL	9	1	4	1	15*
% Fila	60	6,7	26,7	6,7	100
% Columna	100	100	100	100	100

Chi2= 23.10, gl= 12; p= 0.026 *ver comentario en tabla 54

Las familias extensas/abiertas mostraron igual proporción de pacientes índices y su familiar que presentaron 0 y 2 puntos de diferencia, sin embargo la frecuencia de aquellos que mostraron mas de 2 puntos en la resta de los resultados del APGAR fue mayor (55.5%) que los de 0 ó 1 punto de diferencia (44.4%). Las de tipo nuclear mostraron menos diferencias en puntos (0 ó 1) en comparación con las extensas/abiertas (75%). Las monoparentales mostraron igual proporción de diferencia de 2 puntos (20%) que las familias extensas/abiertas.

Se utilizó para los componentes del APGAR familiar (adaptación, participación como poder social, crecimiento, afecto y resolución) el mismo método utilizado para la diferencia de APGAR (la resta entre el dato del caso con el del familiar). No se encontró relación estadísticamente significativa entre los ítems de dicho instrumento (sin restar) y las variables a describir en la tabla 55, tanto para el caso como para los familiares.

Tabla 55: Asociación entre los componentes del APGAR familiar y algunas variables de interés

DIFERENCIA EN COMPONENTE APGAR	GÉNERO	ESTRATO SOCIO ECONOMICO	TIPO DE FAMILIA	CVF	No. COMPLICACIONES	No. HOSPITALIZACIONES	GRADO DE DISFUNCIÓN FAMILIAR	NO. SUBSISTEMAS FUNCIONALES	E.C
ADAPTACIÓN	0.22	0.82	0.0138	0.45	0.36	0.80	0.18	0.10	0.31
PARTICIPACIÓN	0.20	0.41	0.06	0.04	0.32	0.32	0.50	0.35	0.0366
CRECIMIENTO	0.09	0.52	0.003	0.45	0.20	0.20	0.098	0.28	0.39
AFECTO	0.52	0.73	0.039	0.78	0.38	0.93	0.04	0.56	0.85
RESOLUCIÓN	0.34	0.62	0.45	0.48	0.11	0.08	0.20	0.51	0.84

El cálculo de las probabilidades se realizó teniendo en cuenta 15 pacientes, dos de los familiares por falta de confiabilidad y uno de la paciente que no respondió una pregunta, ya que afectaba la diferencia de APGAR.

Las familias funcionales, en un 33.3% tienen acceso a 3 subsistemas funcionales, seguido por un 24% que lo hace en 2 y 5 en cada categoría y finalmente un 16.7% que tiene acceso a 4 subsistemas. Aquellas familias disfuncionales, predominantemente (80%) acceden a 3 subsistemas y en un 20% a 4 de ellos. Las familias que tienen disfuncionalidad severa, utilizan 3 subsistemas (aunque solamente sea un caso), sin tener estas variables relación estadísticamente significativa ($p=0.51$).

No hubo una relación de este tipo entre el puntaje del APGAR obtenido por el caso ni por el familiar con respecto al número de subsistemas funcionales ($p=0.40$ y $p=0.60$ respectivamente), tampoco con la diferencia de los componentes del APGAR (adaptación, $p=0.10$; participación, $p=0.35$; crecimiento, $p=0.28$; afectividad, $p=0.56$; resolución, $p=0.51$).

La diferencia de adaptación (utilización de recursos intra y extrafamiliares para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un estrés durante un periodo de crisis) tuvo una relación estadísticamente significativa con el tipo de familia del caso.

Las familias de tipo extensa mostraron mayor diferencia de 1 punto en comparación con los demás tipos de familia y dentro de la misma. Sin embargo, la proporción de no diferencia en adaptación fue superior a las familias nucleares (tabla 56).

Tabla 56: Tipo de familia y la diferencia de adaptación

TIPO DE FAMILIA	DIFERENCIA DE ADAPTACION			
	0	1	2	TOTAL
EXTENSA/ABIERTA	3	6	0	9
% Fila	33,3	66,7	0	100
% Columna	60	66,7	0	60
MONOPARENTAL	0	1	0	1
% Fila	0	100	0	100
% Columna	0	11,1	0	6,7
NUCLEAR	2	2	0	4
% Fila	50	50	0	100
% Columna	40	22,2	0	26,7
RECONSTRUIDA O MIXTA	0	0	1	1
% Fila	0	0	100	100
% Columna	0	0	100	6,7
TOTAL	5	9	1	15*
% Fila	33,3	60	6,7	100
% Columna	100	100	100	100

Chi2: 16, gl: 6; $p= 0.0138$

* Se omitieron 3 datos, dos de los familiares por falta de confiabilidad y uno de la paciente que no respondió una pregunta, ya que afectaba la diferencia de APGAR.

En cuanto a participación (es compartir la toma de decisiones y responsabilidades como miembro de la familia, es el grado de poder de los miembros en la familia), las familias extensas mostraron mayor nulidad en cuanto a diferencia de este

mismo componente del APGAR respecto a los demás tipos de familia, sin embargo junto con las familias reconstruidas fueron las únicas que mostraron diferencia de 1 punto; la proporción de mayor nulidad fue mayor para las familias nucleares. (Ver tabla 57). Se encontró, de igual modo, una relación estadísticamente significativa entre la diferencia de participación con el estado civil de caso (tabla 58).

Tabla 57: Tipo de familia y la diferencia de participación

TIPO DE FAMILIA	DIFERENCIA DE PARTICIPACION		
	0	1	TOTAL
EXTENSA/ABIERTA	8	1	9
% Fila	88,9	11,1	100
% Columna	61,5	50	60
MONOPARENTAL	1	0	1
% Fila	100	0	100
% Columna	7,7	0	6,7
NUCLEAR	4	0	4
% Fila	100	0	100
% Columna	30,8	0	26,7
RECONSTRUIDA O MIXTA	0	1	1
% Fila	0	100	100
% Columna	0	50	6,7
TOTAL	13	2	15*
% Fila	86,7	13,3	100
% Columna	100	100	100

Chi2= 7.3; gl= 3; p= 0.062

**Ver comentarios en la tabla 56*

Tabla 58: Estado civil y diferencia de participación

ESTADO CIVIL	DIFERENCIA DE PARTICIPACION		
	0	1	TOTAL
CASADO (A)	5	0	5
% Fila	100	0	100
% Columna	38,5	0	33,3
SEPARADO (A)	5	0	5
% Fila	100	0	100
% Columna	38,5	0	33,3
UNION LIBRE	3	1	4
% Fila	75	25	100
% Columna	23,1	50	26,7
VIUDO (A)	0	1	1
% Fila	0	100	100
% Columna	0	50	6,7
TOTAL	13	2	15*
% Fila	86,7	13,3	100
% Columna	100	100	100

*Chi2: 8.5; gl: 3; p= 0.0366 *ver comentarios en las tabla 56*

Los casados al igual que los pacientes índices que viven en estado civil separados poseen la mayor frecuencia de nulidad en cuanto a diferencia en la participación,

comportándose ambos de forma similar. Aquellos pacientes índices viudos, junto con los que viven en unión libre fueron los dos únicos estados civiles que presentaron 1 punto de diferencia, sin embargo, en el primero no se presentó nulidad en cuanto a dicha diferencia mientras que en el segundo, la nulidad correspondió al 75% en dicha categoría.

En cuanto a la diferencia de Crecimiento (logro de la maduración emocional y física y en la autorrealización de los miembros de la familia a través del soporte y la guía mutua), las familias extensas mostraron mayor proporción de no diferencia de este componente en comparación con las demás topologías de familias, sin embargo dentro del mismo tipo, un 44.4% de los pacientes índices mostraron 1 punto de diferencia.

Las familias nucleares en un 100% mostraron no diferencia en cuanto a crecimiento; fenómeno similar se observó en las Familias monoparentales y reconstruidas o mixtas que en su totalidad de presentaron 1 y 2 puntos de diferencia en el mismo componente APGAR respectivamente (aunque sea un solo caso en estos dos tipos de familia) (ver tabla 59).

Tabla 59: Tipo de familia y la diferencia de crecimiento

TIPO DE FAMILIA	DIFERENCIA DE CRECIMIENTO			
	0	1	2	TOTAL
EXTENSA/ABIERTA	5	4	0	9
% Fila	55,6	44,4	0	100
% Columna	55,6	80	0	60
MONOPARENTAL	0	1	0	1
% Fila	0	100	0	100
% Columna	0	20	0	6,7
NUCLEAR	4	0	0	4
% Fila	100	0	0	100
% Columna	44,4	0	0	26,7
RECONSTRUIDA O MIXTA	0	0	1	1
% Fila	0	0	100	100
% Columna	0	0	100	6,7
TOTAL	9	5	1	15*
% Fila	60	33,3	6,7	100
% Columna	100	100	100	100

*Chi²: 19.62; gl: 6; p= 0.003 *ver comentarios en las tabla 56*

En la diferencia de Afecto o afectividad (es la relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia), las familias de tipo extensa presentaron la mayor proporción de nulidad en comparación también con los demás tipos de familia, aunque sus pacientes índices no mostraron 1 punto de diferencia, en un 11.1% si presentaron 2 puntos. En cuanto a las familias nucleares, no mostraron mayor variación en cuanto a 0 y 1 punto de diferencia, con igual proporción en cada uno. Las reconstruidas o mixtas en un 100% mostraron 2 puntos de diferencia, aunque se deba a que solo se incluyó un caso con esta tipología (tabla 60).

Tabla 60: Tipo de familia y la diferencia de afectividad

TIPO DE FAMILIA	DIFERENCIA DE AFECTIVIDAD			
	0	1	2	TOTAL
EXTENSA/ABIERTA	8	0	1	9
% Fila	88,9	0	11,1	100
% Columna	72,7	0	50	60
MONOPARENTAL	1	0	0	1
% Fila	100	0	0	100
% Columna	9,1	0	0	6,7
NUCLEAR	2	2	0	4
% Fila	50	50	0	100
% Columna	18,2	100	0	26,7
RECONSTRUIDA O MIXTA	0	0	1	1
% Fila	0	0	100	100
% Columna	0	0	50	6,7
TOTAL	11	2	2	15*
% Fila	73,3	13,3	13,3	100
% Columna	100	100	100	100

Chi2: 13.25; gl: 6; p= 0.0391 *ver comentarios en las tabla 56

Se evidenció una notable relación estadísticamente significativa entre el grado de disfunción familiar y la diferencia de afectividad (tabla 61) Aquellas familias funcionales mostraron mayor proporción de nulidad en cuanto a la diferencia de afecto, siendo muy superior a las otras topologías de familia, aunque mostrara un 18.2% de los pacientes una diferencia de 1 punto.

Tabla 61: Relación entre el grado de disfunción familiar y la diferencia de afectividad

GRADO DE DISFUNCION	DIFERENCIA DE AFECTIVIDAD			
	0	1	2	TOTAL
DISFUNCIONAL (4-7)	2	0	1	3
% Fila	66,7	0	33,3	100
% Columna	18,2	0	50	20
DISFUNCIONALIDAD SEVERA (0-3)	0	0	1	1
% Fila	0	0	100	100
% Columna	0	0	50	6,7
FUNCIONAL (8-10)	9	2	0	11
% Fila	81,8	18,2	0	100
% Columna	81,8	100	0	73,3
TOTAL	11	2	2	15*
% Fila	73,3	13,3	13,3	100
% Columna	100	100	100	100

Chi2: 9.58; gl: 4; p= 0.048 *ver comentarios en las tabla 56

Aquellas disfuncionales en mayoría (66.7%) no presentaron diferencia, aunque sea menor en comparación con las familias funcionales 81.8%). Aquellas con disfuncionalidad severa en su totalidad presentaron 2 puntos de diferencia en afectividad.

4. ANÁLISIS

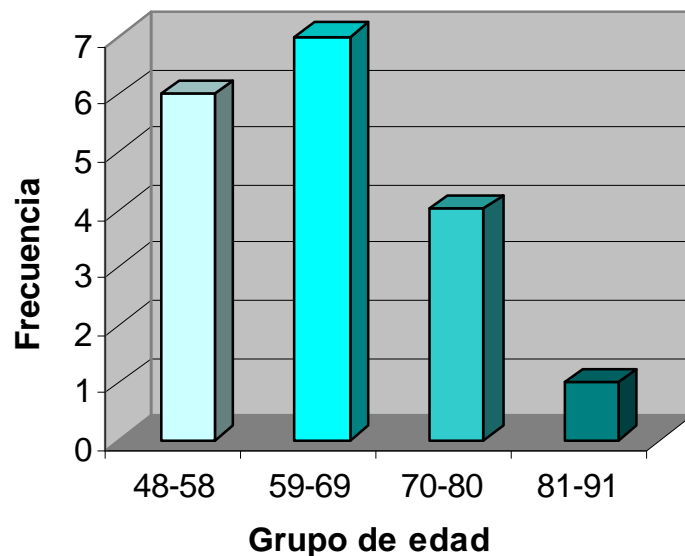
4.1. PACIENTE ÍNDICE

Para el análisis de la información se decidió comenzar con las variables demográficas de los individuos que fueron hospitalizados por las complicaciones de la DM II, seguido por el reconocimiento a la familia a la cual pertenecen los pacientes índices y las variables sociales de ésta, para terminar en el análisis de la valoración de la funcionalidad familiar, integrando múltiples variables durante dicho proceso.

En la investigación, el número de hombres fue sustancialmente menor en comparación con el de mujeres, sin embargo, estos resultados reflejan la tendencia de la enfermedad en el municipio de Neiva, siendo mayor el número de mujeres que enferman a causa de la DM II (6814 frente a 4472 hombres en el 2005), tendencia que también se ve reflejada en la mortalidad (49 mujeres frente a 34 hombres en el 2006).

La población general resultó ser de edad superior a 48 años, encontrándose mayor número de individuos en edades mayores a 60 años (Gráfica 4), tendencia similar a la mostrada en el municipio, aunque se hayan utilizado rangos de edades diferentes a los de la secretaria de salud de Neiva.

Gráfica 4: Edad de los pacientes índice

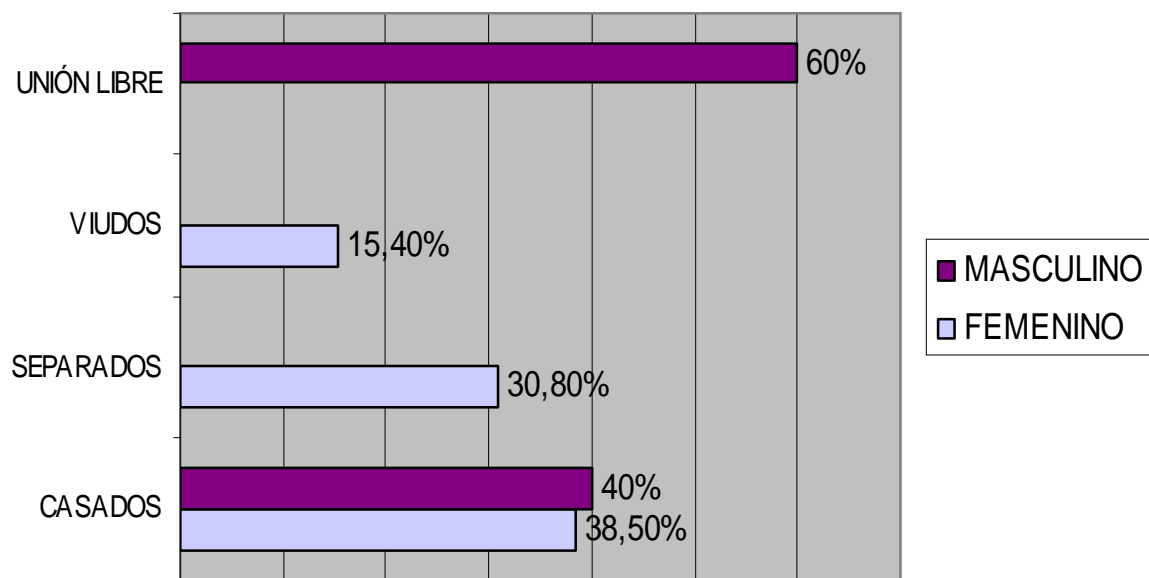


Las mujeres fueron de una edad superior a la de los hombres, teniendo en promedio 10 años mas, comportamiento que también coincide con las estadísticas de morbilidad del año 2005.

Esta situación explicaría la gran frecuencia de pacientes que se dedican a las actividades que no devengan sueldo alguno (actividades del hogar o no trabajan), perteneciendo en su mayoría a los estratos socioeconómicos principalmente el 1.

En estado civil, las mujeres se comportaron como la población general ($p=0.12$), siendo mayor las casadas seguido por las separadas. En los hombres fue la unión libre seguida de los casados.

Gráfica 5: Relación entre el estado civil y el género del paciente índice



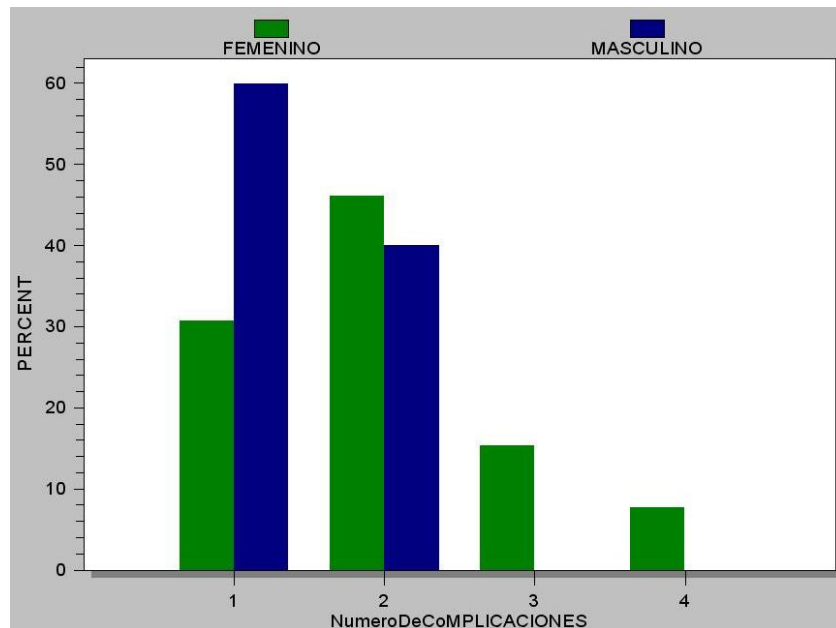
En el estrato socioeconómico 1, el 81.8% de los pacientes índices no trabajan o se dedican principalmente a las labores del hogar, esta situación se explicaría ya que los individuos pertenecientes a esta categoría son de edad avanzada y son numéricamente mayor que en los otros estratos socioeconómicos, no siendo esta relación estadísticamente significativa (ver tabla 4).

Se encontró una relación estadísticamente significativa entre el nivel educativo del paciente índice y el estrato socioeconómico al que pertenece (ver tabla 5), encontrándose que en el 1 se encontraba la mayor proporción de individuos que no realizaron ningún año de educación o sólo algunos de la primaria (primaria inconclusa), tendencia que por el sexo del paciente fue similar al de las mujeres, distando del de los hombres, que en una menor frecuencia terminaron la primaria

y en una mayor (40%) llegó al nivel tecnológico, aunque como se ha mencionado, el número de hombres fue mucho menor al de mujeres, por lo que los datos referentes a estos no muestran mayor variación en esta relación, sin embargo se puede pensar con toda seguridad que los hombres lograron mayores años de educación que las mujeres.

Las mujeres presentaron mayor número de complicaciones debido a la DM II en comparación con los hombres, siendo dentro de ellas más frecuente tener 2 complicaciones; los hombres se comportaron de forma similar a la población general mostrando en mayor proporción 1 complicación, sin ser esta relación estadísticamente significativa (Gráfica 6).

Gráfica 6: Relación entre el número de complicaciones y el género del paciente índice



De igual forma, no se percibió una correlación de significancia estadística con el nivel educativo logrado por el individuo índice ($p=0.28$), con el estado civil ($p=0.81$), ni con el estrato socioeconómico ($p=0.66$), lo que explicaría que el número de complicaciones que presenta el paciente no depende de ninguna de estas variables, principalmente del sexo. Este hecho adquiere mayor peso en que existe una asociación entre el tiempo de diagnóstico de la enfermedad y el número de complicaciones presentadas por el sujeto índice (relación directamente proporcional; $p=0.018$), si bien es cierto, en los hombres el promedio de años que llevan de ser diagnosticados con la patología de base es mayor que en las mujeres (9 años y 7.69 respectivamente y en la población general (8.05 años), se debería de esperar que en ellos se encontrara un mayor número de complicaciones, situación que no sucede.

La población general mostró principalmente HTA como antecedente patológico, siendo esta mas frecuente en las mujeres que en los hombres y en el estrato socioeconómico 1, sin embargo, dicha asociación perdió relevancia al no tener significancia estadística ($p= 0.78$ para la asociación de cada una de las variables con los antecedentes patológicos).

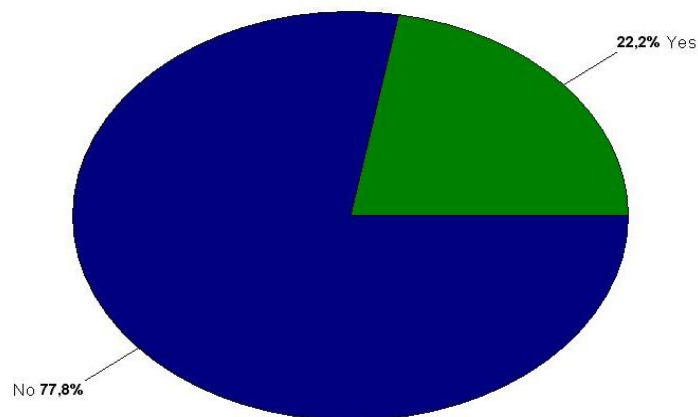
Una gran proporción de pacientes índices tienen antecedentes quirúrgicos (66.7%), siendo relevante un número considerable de procedimientos que se podrían catalogar como ginecológicos (30% del total), atribuible a que las mujeres son numéricamente mayores que los hombres y con mayor cantidad de antecedentes quirúrgicos.

Como anteriormente se comentó, las mujeres mostraron tener mayor cantidad de complicaciones que los hombres; y en ellas, fue mas frecuentes el pié diabético, retinopatía y neuropatía; esta relación no resulta ser de importancia estadística ($p=0.76$). El estrato socioeconómico no mostró influir en el tipo de complicaciones presentadas por el paciente índice ($p=0.36$).

La mitad de todos los pacientes índice habían sido hospitalizados una sola vez por las complicaciones propias de la enfermedad, disminuyendo la frecuencia de pacientes conforme aumenta la de hospitalizaciones. Aunque las mujeres presentaron mayor número de hospitalizaciones por esta causa, en comparación con los hombres, no se encontró que el género del sujeto índice (ver tabla 9) o el nivel educativo ($p=0.59$) influyeran en el número de veces en que este había sido hospitalizado por las situaciones antes descritas.

Un 22.2% de los pacientes recibieron algún tipo de procedimiento quirúrgico como tratamiento de la DM II, siendo su frecuencia ligeramente superior en las mujeres que en los hombres (23.1% y 20% respectivamente) y predominantemente en el estrato 2, aunque no se encuentre asociación estadística entre dichas variables.

Gráfica 7: Pacientes índice que han recibido Tto Qx por complicaciones de la DMII



Es importante anotar que el 60% de dichos tratamientos quirúrgicos fue la amputación de un miembro (siendo en un 66.7% en las mujeres aunque no tenga esta relación significancia estadística) y en un 20% la cirugía correctiva de cataratas por retinopatía diabética.

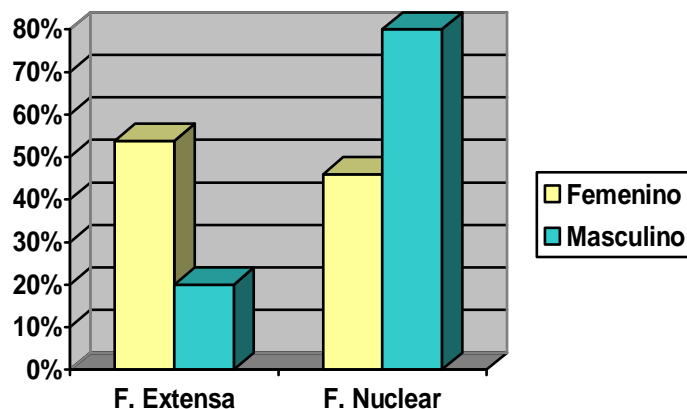
El 83.9% de los pacientes índices se encuentra actualmente en tratamiento para controlar la DM II (situación que es diferente a estar en controles médicos por la enfermedad), siendo esta cifra menor en las mujeres y en el estrato socioeconómico 1, que en los hombres y en los demás estratos ($p=0.89$). Dicho tratamiento predominantemente es el farmacológico seguido de cerca por la dietoterapia, aunque predominantemente se presentan estos dos tipos en forma simultánea. Una baja proporción realiza ejercicios como parte del tratamiento; es posible pensar que son los hombres los que más los realizan, debido a que son más jóvenes que las mujeres, sin embargo no resulta ser así, aunque no exista relación entre el género del paciente índice y el tipo de tratamiento ($p=0.99$).

En el momento de la entrevista, el 88.9% de los pacientes índices presentaban otra patología diferente a la diabetes mellitus II, encontrándose una relación estadísticamente significativa con el género del paciente (ver tabla 11). El total de las mujeres mostraron otra enfermedad en comparación con el 11.1% de los hombres. Estas otras patologías en un 53.8% corresponden a las enfermedades crónicas derivadas de la diabetes mellitus II.

4.2. FAMILIA DEL PACIENTE ÍNDICE

Aunque la relación no fue estadísticamente significativa (ver tabla 13), los hombres convivían en mayor proporción con la familia nuclear al igual que la población general, contrario sucedía con las mujeres que lo hacían con la familia extensa; independiente de con quien viviera el sujeto índice, dichas familias son predominantemente del estrato 1.

Gráfica 8: Tipo de familia del paciente índice, según su género



Este hecho llama particularmente la atención, ya que cuando se ha analizado la relación entre el género del paciente (principalmente ser mujer) y el número de complicaciones, es de suponerse que las mujeres por vivir predominantemente con la familia extensa deberían presentar mayor número de complicaciones que los hombres que viven con la familia nuclear. Del mismo modo, podría concluirse lo anterior al comparar la familia con la que convive el paciente índice y el número de complicaciones presentadas (Ver tabla 14), situación que no resulta del todo falsa en términos numéricos, pero no válida en significancia, aunque la probabilidad se acerque a lo considerado como estadísticamente significativo ($p=0.08$), la prueba del Chi² desmiente esta hipótesis, lo que le da mayor peso a no considerar la relación entre el género (principalmente ser mujer) y la cantidad de las complicaciones.

Las familias de los pacientes tienen en promedio 5.05 miembros, conformada en mayor proporción por mujeres que por hombres. Esta población es joven, encontrándose entre los 12 a 33 años principalmente en ambos sexos, mostrando un declive constante a medida que aumentan los rangos de edades, sin embargo, los hombres a pesar de ser numéricamente menores que las mujeres (ver tabla 15), llegaron a edades más avanzadas.

En los familiares de los pacientes índices, para ambos sexos mostraron un patrón similar en cuanto a estado civil, a diferencia que en las mujeres se presentaron algunas viudas, sin embargo, los hombres tuvieron las mayores proporciones en cuanto a unión libre, soltero y casado, y las mujeres en el estado civil de separada.

En cuanto a nivel educativo o de escolaridad logrado por los miembros con los que convive el paciente, en ambos sexos se observó un comportamiento similar al de la población en general (ver tabla 17). Sin embargo, en las mujeres en una mayor proporción terminaron la básica primaria o cursaron solo algunos años de ésta y el número de individuos que no cursaron ningún año de educación fue menor en comparación con el de hombres. En estos, la proporción de individuos que cursaron todo el bachillerato fue mayor en relación con el de mujeres, logrando llegar hasta el nivel universitario y no al técnico como si lo hicieron ellas.

Como previamente se mencionó, la mayor proporción de pacientes índices son de edad avanzada (mayores de 60 años) y se dedican a labores donde no devengan sueldo alguno, lo que puede limitar el aporte económico dentro de la familia, sin embargo, los miembros con los que vive el paciente índice son predominantemente jóvenes, lo que representa que son potencialmente laborables, reflejándose este hecho en que todos los pacientes comunicaron que recibían apoyo económico por parte de su familia (ver tabla 28).

La relación existente entre el estado civil de los miembros de la familia, así como el nivel educativo logrado por éstos, en comparación con el apoyo brindado al paciente, no son objeto de la presente investigación; aún así, no existe relación

con la suficiente significancia estadística entre el estado civil y el nivel educativo logrado de los miembros de la familia con el número de complicaciones de los pacientes índice, ni con la frecuencia de hospitalizaciones por dichos eventos.

Llama la atención la relación estadísticamente significativa que se encontró entre el nivel de escolaridad de los hombres de la familia, con la familia con que convive el sujeto índice (ver tabla 18).

Aquellos hombres familiares del paciente, que realizaron menor número de años académicos (básica primaria) se ubicaron en las familia extensas en comparación con aquellos que lograron llegar a la básica secundaria o al nivel universitario que lo hicieron en las nucleares. Anteriormente se analizó la relación existente entre el sexo del paciente y la familia con que convivía, encontrándose que aunque no había significancia estadística, los hombres en mayor proporción, vivían con miembros de su familia nuclear, este hecho podría representar en parte una ayuda adicional para los paciente índices hombres, ya que es de suponerse que a mayor nivel educativo, mejores condiciones de trabajo y mayor remuneración económica, lo que representa el principal apoyo impartido por la familia; aun así como se ha visto, no hay relación entre el sexo del caso y el número de complicaciones.

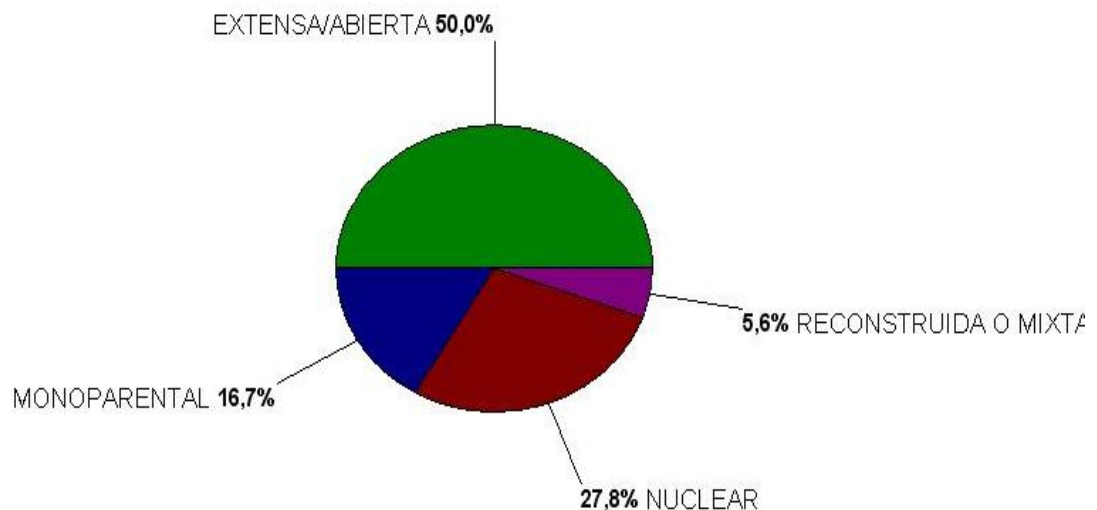
Sin embargo, al analizar la relación existente entre el nivel educativo logrado por los hombres en la familia con el número de complicaciones se observó que en aquellos que solo realizaron algunos años o terminaron la básica primaria sus pacientes presentaron principalmente 2 complicaciones, llegando a presentar hasta 4 complicaciones en comparación con aquellos que cursaron algunos años o terminaron la básica secundaria, los pacientes índice tendieron a presentar en mayor frecuencia una complicación y también en menor frecuencia 2 complicaciones con respecto al nivel educativo inferior por lo que se podría pensar que el hecho de tener hombres dentro de su familia con mayor nivel educativo representa una ventaja adicional para el caso. Aunque dicha relación se acercó a ser estadísticamente significativa ($p= 0.07$), la prueba de Chi² descartó dicha hipótesis.

En cuanto a los antecedentes patológicos familiares se encontró que el 33.3% de los conyugues padecían HTA, un 11.1% de este mismo grupo eran diabéticos y un 14.3% de los hijos de los pacientes índice también lo eran. El riesgo que eventualmente tienen los miembros de la familia en descendencia es importante dado el alto componente hereditario familiar, principalmente para un porcentaje de los hijos de las parejas, ya que sus padres son ambos diabéticos. Esta situación requiere mayor interés cuando se describe las causas de muertes familiares (pero siempre en línea sanguínea directa). El 9.5% de los padres de los individuos índices habían muerto por la diabetes mellitus II y el 27.8% de los hermanos de los pacientes índices lo habían hecho por la misma causa, lo que evidencia que la patología base se está transmitiendo de generación en generación. Fenómeno similar se evidencia en los antecedentes de cáncer en la familia ya que del total de

causas de defunción en los hermanos, el 28% correspondió a esta enfermedad y en los padres la proporción fue de 14.4%.

En cuanto a tipología familiar, el 50% de las familias correspondió a tipo extensa, seguido por nuclear con el 27.8%, luego la monoparental con el 16.7% siendo para este tipo en un 100% el único padre la mamá; y por último la reconstruida o mixta con el 5.6%.

Gráfica 9: Tipo de familia de los pacientes índice



No se encontró significancia estadística en la relación entre el tipo de familia con el estrato socioeconómico ($p=0.56$), ni con la ocupación de caso ni con el número de complicaciones presentadas ($p=0.23$), tampoco con la frecuencia de hospitalizaciones por dichos eventos, pero si con el nivel educativo logrado por el paciente índice (ver tabla 20).

Los niveles educativos mas bajos como la primaria inconclusa en un 62.5% son de familias tipo extensas y en una menor proporción (25%) de las familias nucleares, siendo los pacientes índice de este último tipo los que lograron mayor nivel educativo.

En cuanto a ciclo vital familiar (CVF), las familias de los pacientes índices se encuentran en un 55.60% en la salida de los hijos, seguido por un 27.8% en la jubilación y vejez, factor atribuible, como anteriormente se ha mencionado, a la edad avanzada de los sujetos índices. Podría pensarse que como la población general es joven, las familias deberían encontrarse en una etapa temprana del CVF, sin embargo, la proporción de pacientes que viven con la familia extensa es grande (44.4%) y estas familias poseen un número mayor de individuos (nietos u sobrinos por ejemplo) en comparación con las nucleares (Ver tabla 16), siendo el

CVF determinado por la edad del primer hijo de la pareja y no por el número de miembros en la familia.

Aunque no se encontró una relación estadísticamente significativa entre la etapa del CVF en la cual se encuentra el s índice con el número de complicaciones presentadas por la DM II ni con la frecuencia en veces en que había sido hospitalizado por dicha causa, el sexo del paciente si estuvo ligado con una significancia estadística al CVF (ver tabla 26). Las mujeres se encuentran predominantemente en la etapa de salida de los hijos en comparación con los hombres que lo hacen en forma similar en la adolescencia y en la jubilación y vejez.

4.3. INTERACCIÓN CON LOS SISTEMAS SIGNIFICANTES

En cuanto a la interacción socio-familiar, se evidenció que a parte de la familia como tal, los individuos índices también tienen acceso a otros subsistemas que suelen ser constante en la mayoría de las ocasiones, como por ejemplo el sistema de salud, la religión y el transporte.

Los pacientes entrevistados en mayor proporción se encuentran en controles médicos por se enfermedad (77.8%), comportamiento similar ocurre cuando se discrimina por sexo, aún siendo mayor en los hombres que en las mujeres por una diferencia de 3.1%, sin llegar a ser estos datos estadísticamente significativos. El estrato socioeconómico así como la etapa del CVF en la que se encuentra el sujeto índice, la ocupación ni la tipología familiar, no mostraron relación en términos de significancia con estar actualmente el paciente en controles por su patología de base.

Aquellos que se encuentran en controles médicos presentan menos complicaciones que aquellos que no están en éstos, sin embargo, es de esperarse que no haya asociación estadísticas de estas variables ya que son medidas en tiempos diferentes y no corresponde a la investigación determinar la efectividad del tratamiento al evitar complicaciones.

Es de resaltar que el 90% de los pacientes índices que se encuentran en controles, asiste acompañado por un miembro de la línea sanguínea directa, tendencia que es mayor para las mujeres que para los hombres, sin presentarse una correlación estadísticamente significativa.

Según los resultados, el número de complicaciones que presenta el individuo índice no varía si asiste o no acompañado, mostrando tendencia similar en ambas a presentar principalmente 1 y en los que asisten acompañados llegar a tener hasta 3, situación que resulta ser ilógica ya que se esperarí que en cierta medida,

asistir acompañado a un control ofreciera ventaja alguna. Aún así, la relación no fue estadísticamente significativa ($p=0.79$) y no es pertinencia del estudio determinar que influencia tiene esta situación sobre el curso de la enfermedad, además que no se sabe si se implementó la compañía antes o después de que aparecieran las complicaciones.

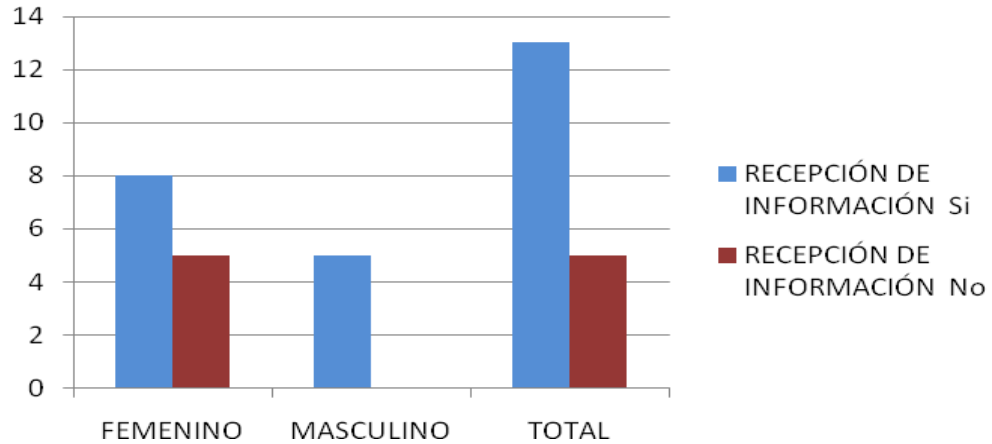
Caso similar ocurre cuando se asocia poseer un cuidador con presentar más complicaciones en comparación con aquellos que no lo tienen, si bien es cierto, la explicación resulta similar a la descrita anteriormente, partiendo del hecho de que la probabilidad de que los datos se deban al azar es muy grande (0.67).

Si esa compañía era constante o era circunstancial tampoco mostró una relación de significancia estadística con el número de complicaciones presentadas por el paciente índice, pero al relacionarlo con el estrato socioeconómico se observó una asociación casi estadística ($p=0.07$), evidenciándose que la circunstancialidad de esa compañía era más marcada en el estrato 2 y 3 y la de tipo constante lo era en el 1, hipótesis que se descartó por la prueba de Chi².

La proporción de pacientes que se siente a gusto con el trato brindado por el grupo de salud resulta ser mucho mayor a aquellos que solo lo están parcialmente, tendencia similar se evidenció en la percepción de los pacientes índice sobre el trato brindado por el equipo de salud, no presentándose ninguna percepción negativa sobre esta situación. Esta variable no tuvo una relación estadísticamente significativa con ninguna otra.

Un número considerable de individuos manifestaron haber recibido información sobre su enfermedad por parte del grupo de salud (72.2%) aunque se debería de esperar que todos hubieran sido informados. Se encontró una relación casi estadísticamente significativa entre haber recibido esta información con el sexo del paciente ($p=0.07$), a pesar de que los hombres en su totalidad manifestaron que el grupo de salud si les brindó dicha información, una proporción grande de mujeres lo negó, siendo mayor esta que aquellos de la población general que también lo negó (Gráfica 10). Esta situación pierde relevancia ya que en la investigación se utilizó un error aceptado del 5% y para este caso, al utilizar la prueba de hipótesis de Chi², se descartó dicha asociación de variables.

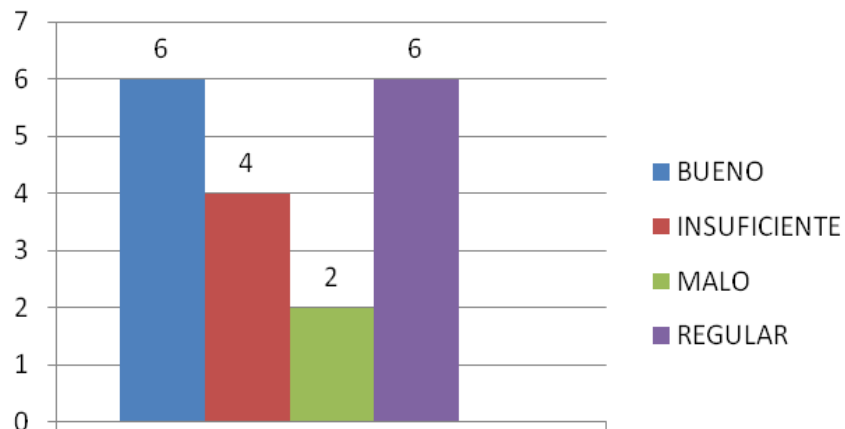
Gráfica 10: Recepción De Información Sobre Su Enfermedad Por Parte Del Equipo De Salud Según el Género.



Aunque se encontró que aquellos pacientes índice que el grupo de salud les había proporcionado información sobre su enfermedad tendieron a presentar menos complicaciones en comparación con aquellos que no (ver tabla 34), no es pertinente darle relevancia a esta afirmación, ya que se desconoce el momento en el que el paciente índice recibió esta información y no es objetivo del estudio determinar la influencia de este sobre el curso de la enfermedad, sin contar que la asociación de variables no tiene significancia estadística. Similar situación ocurre al relacionarla con la frecuencia de hospitalizaciones por dichas complicaciones.

Llama la atención la proporción de pacientes índice que tienen un nivel de conocimiento sobre la DM II inferior al bueno (66.6%). Aunque esta variable no se asoció estadísticamente con el sexo, si lo hizo con el hecho de haber recibido información por parte del equipo de salud (ver tabla 36).

Gráfica 11: Nivel De Conocimientos que tienen los pacientes sobre la Enfermedad



Los pacientes índices que si recibieron información, en una frecuencia muy superior tienen un nivel de conocimientos bueno en comparación con aquellos no lo manifestaron, lo que nos lleva a pensar que la función educativa del grupo de salud tiene un peso importantísimo en el paciente. Esta hipótesis toma relevancia, no solo por la significancia estadística que tiene sino también porque las variables se dieron simultáneamente. Si bien es cierto, la recepción de la información por parte del equipo de salud fue previa a la entrevista (en un momento no determinado por la investigación), el nivel de conocimientos también lo fue y éste último se midió durante la recolección de los datos.

Ahora bien, si el nivel de conocimientos sobre la enfermedad fuera influenciada por el tiempo en años de diagnóstico y no por la educación con respecto a la patología, habría mostrado una relación estadísticamente significativa con éste ($p=0.13$), situación que no se presentó, por lo que cobra mayor importancia la intervención que debió realizar el equipo de salud al educar al caso, relación que si se dio en términos de significancia, lo que descartaría la participación de ésta variable en el nivel de conocimiento del paciente con respecto a la situación expuesta. Con respecto al tipo de familia del sujeto índice, el número de complicaciones y la frecuencia de hospitalizaciones por estas causas, no parecen estar relacionadas con el nivel de conocimientos sobre la patología, no sólo por probabilidad, sino también porque no es intención del estudio determinar si la causa (educar al paciente) precede al efecto (complicaciones u hospitalizaciones) o no.

La relación existente entre el tipo de trabajo del paciente índice con el nivel de conocimientos sobre la patología, se descartó por términos de significancia estadística y por prueba de hipótesis.

La religión fue un subsistema frecuente y constante en todos los individuos índices, ya que la totalidad de ellos manifestaron pertenecer a alguna. Una proporción significativa de ellos participan activamente de la religión que profesan (66.7%) y aunque ésta no mostró una relación de significancia con el CVF, la edad del paciente ni con ninguna otra variable, se pudo evidenciar que la totalidad de los pacientes índice se sentían a gusto acudiendo a ella y que en un 94.4% de los pacientes, sentían que ésta les había ayudado de alguna manera durante su enfermedad, lo que resulta ser una herramienta a la cual el caso puede acudir ante una necesidad.

En una proporción baja de familias hay miembros de otras religiones diferentes a la del caso, sin embargo, en ninguna de ellas este hecho origina conflictos.

Se encuentra que la totalidad de los pacientes utilizan algún tipo de transporte en su vida cotidiana, siendo en un 88.9% de tipo particular, aunque este hecho es comprensible ya que la mayor proporción de las familias pertenecen a estratos socioeconómicos bajos. Sin embargo, la mayoría refiere sentirse a gusto

utilizándolo y en el 88.95% de los pacientes índice comunican que este les ha servido durante su enfermedad, lo que conlleva a considerar el transporte como otra ayuda con que cuentan los pacientes índices durante su proceso mórbido. Los miembros de las familias en su totalidad utilizan algún medio de transporte, aunque sigue siendo en mayor proporción de tipo público, lo que resulta del estrato socioeconómico al que pertenecen.

Una alta proporción de sujetos índices (88.9%) no practican actividades recreativas en familia lo que en cierta forma coincide con la frecuencia baja (10.3%) de individuos que realizan ejercicios como parte de su tratamiento para la enfermedad.

Este subsistema resulta ser uno de los menos utilizados por los pacientes índice y sus familias junto con las actividades culturales y la educación a las cuales ninguno de los pacientes índice tiene acceso.

Como ya se ha mencionado en un comienzo, la proporción de pacientes que no trabajan es significativamente alta, factor atribuible a la edad. Sin embargo, el 60% que lo hacen corresponde a hombres, lo que en parte se puede explicar ya que ellos resultan ser en promedio, 10 años menores que las mujeres. Aquellos que les agrada su actual ocupación también llegan a considerar en la misma proporción que este le brinda la opción de crecimiento personal.

Cuando se contabilizaron para cada familia la cantidad de subsistemas a los cuales tenían acceso (subsistemas funcionales), se encontró que no hubo familias que funcionalmente accedieran a todos dichos subsistemas en cuestión.

Se encontró una relación estadísticamente significativa entre el número de subsistemas funcionales y el género del paciente (ver tabla 42), de modo que las mujeres tienen acceso a un menor número de éstos en comparación con los hombres, comportamiento que se asimila al de la población general que predominantemente acceden a 3 de los 7 subsistemas cuestionados.

Una relación de este tipo también se encontró al ponderar el acceso a los subsistemas funcionales con el CVF (ver tabla 43), de modo que aquellas familias que se encuentran en la etapa de la salida de los hijos presentan menor número de subsistemas en comparación con las otras etapas.

Como anteriormente se ha analizado, las mujeres en una asociación estadísticamente significativa se encuentran en la etapa del CVF de salida de los hijos, lo que explicaría la razón por la que ellas tienen menor número de subsistemas funcionales que los hombres. No se encontró una asociación de significancia estadística entre el acceso a los subsistemas y el número de complicaciones presentadas por el caso debido a la DM II como tampoco con la frecuencia de las hospitalizaciones, lo que confirma el supuesto de que el sexo del

paciente (principalmente ser mujer) no está asociado al número de complicaciones, hipótesis que se analizó con anterioridad.

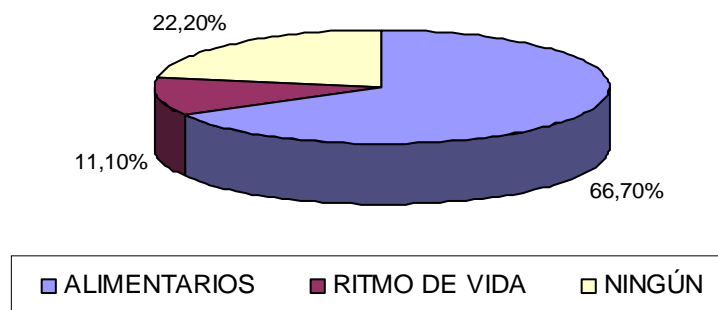
Se pensaría que el estrato socioeconómico de la familia influye en el número de subsistemas a los que tienen acceso, sin embargo no se encontró asociación entre estas variables ($p=0.23$) ni tampoco con el estado civil del paciente ($p=0.77$). Esta afirmación resulta comprensible, ya que para los subsistemas indagados no se requiere gran cantidad de dinero, que en los estratos socioeconómicos bajos, como en las familias investigadas, tiende a escasear.

4.4. FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Las familias investigadas en mayor proporción resultan ser funcionales (tabla 44), mostrando el comportamiento propio de aquellas que tienen esta particularidad, comportamiento que se evidencia a continuación: La percepción del paciente sobre el apoyo brindado por la familia durante su enfermedad en un 83.4% manifestaron que era bueno o muy bueno (percepción que no cambió de acuerdo al sexo, ni tampoco con el estrato socioeconómico; aunque como en la tabla 44 se puede ver, tendió a ser buena y muy buena conforme aumentaba el número de miembros en la familia, lo que se descartó por prueba de hipótesis de chi2).

La totalidad de los sujetos índices manifestaron recibir de su familia algún tipo de apoyo durante su enfermedad (tabla 28) que no solamente incluye el tipo económico sino también emocional, cuidados y compañía. El 77.8% de los individuos con DM II comunicaron que su familia ha implementado cambios en la vida cotidiana para ayudarlo durante su proceso mórbido, cambios que incluyen modificaciones en la dieta o en el ritmo de vida, para brindar los cuidados al paciente. Una alta proporción de pacientes índices (88.9%) manifestaron que en sus familias no existen relaciones conflictivas entre sus miembros ni tampoco por los cambios implementados a causa de la patología estudiada, aunque en un 94.4% manifestaron que no existen alianzas o relaciones de mayor empatía entre ellos.

Gráfica 12: Cambios implementados por la familia para apoyar al paciente en la evolución de su enfermedad.



Como ya se habló, en aquellos individuos que se encuentran en controles médicos por la DM II, la mayor proporción asiste acompañado (71.4%) y lo hace en un 90% con miembros de la línea sanguínea directa, siendo esta compañía constante en un 80% y en un 72.2% de ellos tienen un miembro de su familia que ha asumido el rol de cuidador. Con individuos de la familia extensa, las relaciones resultan ser buenas y muy buenas en un 61.1%.

La funcionalidad familiar percibida por el individuo índice, determinó que en un 70.5% las familias fueron funcionales, esa tendencia se mantuvo con respecto al género, aunque en el 29.40% de las mujeres se presentaron pacientes índice con disfuncionalidad familiar, mientras que en los hombres no se presentó ningún caso; sin embargo no se observó una relación de significancia estadística entre estas dos variables ($p=0.87$), tampoco con el estrato socioeconómico ni con la ocupación del paciente.

Sí se encontró una relación estadísticamente significativa entre el puntaje APGAR obtenido por el paciente y el número de complicaciones (ver tabla 47). Aquellos individuos que obtuvieron mayor puntaje presentaron menor número de complicaciones debido a la DM II con respecto a aquellos que tuvieron menos puntos. Como anteriormente se había analizado, las mujeres obtuvieron menor puntaje en comparación con los hombres, aun cuando no hay asociación de significancia estadística entre el puntaje APGAR y el sexo, ni entre número de complicaciones y el sexo, las mujeres tuvieron mayores complicaciones que los hombres debido a que su puntuación fue mas baja y se presentaron pacientes índices de disfuncionalidad.

Al clasificar el puntaje obtenido por la familia en las categorías propuestas por el Dr. Smilkstein, se obtiene una asociación estadísticamente significativa con el número de complicaciones (ver tabla 49). Las familias funcionales tendieron en una frecuencia muy superior a mostrar menos complicaciones con respecto a las disfuncionales y severamente disfuncionales, condición que apoyaría la hipótesis de que las mujeres muestran mayor número de complicaciones ya que sus familias no son tan funcionales como la de los hombres.

Esto explica la asociación estadísticamente significativa encontrada entre presentar otra enfermedad diferente a la DM II en el momento de la entrevista con el sexo del caso; como ya se analizó, las mujeres presentaron más enfermedades bajo esta situación que los hombres y en un 53.8% de estas enfermedades correspondían a complicaciones de la diabetes.

Con respecto a la frecuencia de las hospitalizaciones por las complicaciones de la DM II (tabla 50), la tendencia fue similar, encontrándose una tendencia estadísticamente significativa. Aquellas familias funcionales, según el puntaje APGAR del paciente índice, sus pacientes índices fueron hospitalizados menos veces que aquellas no funcionales, esto explicarían en cierta medida la razón por

la que ellas casi duplicaron en frecuencia en veces a los hombres, aun cuando no haya asociación entre el sexo del caso y el número de hospitalizaciones. Aún así, cuando se categorizó el puntaje obtenido por la familia, no se encontró una asociación de significancia estadística entre éste y la frecuencia de hospitalizaciones por las situaciones anteriormente descritas ($p=0.13$).

En el puntaje APGAR obtenido por el familiar, la tendencia fue similar a la descrita para el paciente, aunque la proporción de familias funcionales según puntaje del familiar fue mayor que las de éstos (87.5%), diferencia que también se percibe en los promedios del puntaje obtenido por ambos grupos (8 para el paciente índice y 8.5 para el familiar).

La diferencia de puntaje APGAR fue mayor a 2 puntos en el 42.7% de las familias, lo que nos lleva a pensar que existen puntos de diferencia o de desacuerdo marcados entre el paciente índice y el familiar, siendo estadísticamente significativo que en las familias extensas/abiertas las diferencias de puntaje son mayores que en los demás tipos de familia y son menores en las familias nucleares, sin embargo, este fenómeno no parece afectar la funcionalidad global de la familia.

El puntaje APGAR del familiar no es un determinante en ninguna de las variables estudiadas ya que no mostró relación estadísticamente significativa con ninguna de ellas, incluido el número de complicaciones u hospitalizaciones del paciente debido a las complicaciones de la diabetes mellitus II.

Aunque se encontró que las familias funcionales tienen acceso a un mayor número de subsistemas en comparación con las disfuncionales o severamente disfuncionales, no resulta ser un determinante en la funcionalidad de la familia ya que no se encontró relación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p=0.51$), tampoco lo fue para el puntaje obtenido por el caso o el familiar.

Referente a la diferencia que surge de los componentes del APGAR se evidencia que está influenciada por el tipo de familia del paciente índice. Las familias extensas/abiertas muestran mayor número de puntos de diferencia en cuanto a la adaptación de sus miembros y unas menores diferencias en cuanto a crecimiento, afectividad cuando dichos componentes son comparados con los demás tipos de familia y con la participación aunque esta última perdió relevancia al demostrarse que no existía asociación con la prueba de Chi².

Las familias nucleares en su totalidad siempre mostraron nulidad en cuanto a diferencia de crecimiento y en cuanto a participación, aunque esta última asociación también fue descartada por la prueba de Chi². Sin embargo, a pesar de presentarse diferencias en dichos componentes, estas no afectan las relaciones familiares ni el APGAR de la familia, como a lo largo del análisis se ha demostrado y tampoco se encontró una asociación de significancia estadística

entre el tipo de familia con la puntuación obtenida en el instrumento diseñado por el Dr. Smilkstein.

La participación en la toma de decisiones y responsabilidades en la familia (grado de poder de los miembros) mostró relación estadísticamente significativa con el estado civil del paciente índice (ver tabla 58). En los casados y los separados, sus familias mostraron menor diferencia (nulidad) en comparación con los demás estados civiles, factor que no se ha establecido ya que no fue pertinencia de la investigación describir la relación entre ambas variables de una manera tan profunda.

La diferencia de afecto se asoció significativamente con el APGAR familiar o grado de disfunción, de modo que las familias que son funcionales muestran una proporción de nulidad o no diferencia muy superior en comparación con las no funcionales (ver tabla 61), resultados que resultan ser comprensibles y que no amerita mayor análisis.

5. DISCUSIÓN

Este estudio, por ser de tipo descriptivo transversal, no indicó el tiempo en el cual se presentaron las variables, solamente se pudo determinar su simultaneidad y analizar el peso entre ellas con pruebas estadísticas.

A partir de la agrupación de los datos, su análisis e interpretación, se consideran aspectos relevantes tanto para la persona índice como para la familia, a tener presente en la atención de salud.

El promedio de edad de los pacientes diabéticos estudiados fue de 63.4 años, siendo esto comparable con lo que la literatura afirma, acerca de que la DM tipo II se presenta en individuos predominantemente adultos o mayores de 40 años; y que esta actúa como factor de riesgo para su desarrollo.(1) Sin embargo, este promedio de edad difiere de lo observado por Méndez et al, en su estudio Disfunción familiar y control del paciente con DM tipo II, donde El promedio de edad de los pacientes estudiados indicó el impacto que esta enfermedad tiene en la población económicamente activa (2). El 72.2% fueron mujeres frente a un 27.8 % de hombres; similar a lo reportado por Ariza et al, en su estudio de los factores asociados a pacientes diabéticos tipo II de la EPS Coomeva de la ciudad de Cartagena en 2005, quienes encontraron que el 63.1% de los pacientes eran mujeres. Resultados que se ven reflejados en la tendencia de la enfermedad en el municipio de Neiva, siendo mayor el número de mujeres que enferman a causa de la DM II (6814 frente a 4472 hombres en el 2005), tendencia similar en la mortalidad (49 mujeres frente a 34 hombres en el 2006) (3). Sin embargo, se debe tener presente que en este tipo de patologías, los factores determinantes como el entorno, familia, comportamiento y oferta de servicios; potencializan un estilo de vida, que conlleva al desequilibrio del proceso de salud, conduciéndolo a la aparición de la enfermedad; de allí la importancia de hacer el reconocimiento desde el punto de vista epidemiológico en el que se ubica al evento en la persona, lugar y tiempo.

Desde aquí, se ubica la población en estudio en un estrato socioeconómico 1 y 2 predominantemente, esto se puede explicar debido a que en el Hospital Universitario de Neiva, se brinda atención a personas pertenecientes al régimen subsidiado y vinculado. La mayor proporción de individuos no realizaron ningún año de educación o sólo algunos de la primaria, esto esta asociado al nivel socioeconómico al que pertenece la población y fue más frecuente en mujeres.

El 81.8% de las unidades de estudio no trabajaban o se dedicaban principalmente a las labores del hogar, este factor se relaciona directamente con la edad avanzada, nivel educativo de las personas índice y con el Ciclo vital familiar (CVF)

en el que principalmente se encuentran las familias, que es la etapa de salida de los hijos en un 55.60%, seguido por la etapa de jubilación y vejez con un 27.80%. Esto enmarca el momento biológico y psicológico de la familia, que según la literatura, es cuando las fuerzas disminuyen y cuando los hijos están fortalecidos para producir y ser independientes económicamente, de tal modo que se presenta un cambio de roles, pues los padres ya no son la autoridad ni los proveedores, pasan a ser dependientes de los hijos(4).

Lo anterior demuestra la influencia e importancia de la familia en el desarrollo de las conductas de salud de los pacientes, ya que es la encargada de brindar apoyo, no sólo de carácter económico, sino también afectivo, social y espiritual, debido a que cada vez es más notable la forma como el apoyo familiar repercute en la enfermedad y en su evolución. Así lo señala Tayabas et al en su estudio, Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento. (5)

Las complicaciones más frecuentes fueron la retinopatía, pie diabético y neuropatía, esto concuerda con la bibliografía que afirma que cuando los síntomas de la enfermedad han sido persistentes e incontrolables, se llega al daño tisular de grandes estructuras y finalmente a un estado crónico e incapacitante. (6)

En este estudio se observó que las mujeres presentaron mayor número de complicaciones debido a la DM II en comparación con los hombres, sin ser esta relación estadísticamente significativa. Pero si se encontró asociación entre el tiempo de diagnóstico de la enfermedad y el número de complicaciones presentadas por el caso (relación directamente proporcional; $p=0.018$), de tal modo, que en los hombres el promedio de años que llevan de ser diagnosticados con la patología de base es mayor que en las mujeres. Se esperaba que en ellos se encontrara un mayor número de complicaciones, situación que no sucede; lo cual difiere de lo encontrado por Untiveros et al, quienes en su estudio sobre la presencia de complicaciones tardías en diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital II Essalud – Cañete (Perú), establecieron relación entre la cronicidad de enfermedad y desarrollo de complicaciones crónicas y agudas. (7)

Se encontró que aquellos pacientes índices a los que el grupo de salud les había proporcionado información sobre su enfermedad, tendieron a presentar menos complicaciones, aunque se desconoce el momento en el que el paciente índice recibió dicha información y la asociación de variables no tiene significancia estadística. La determinación del papel de tal factor, en la evolución positiva o negativa de la enfermedad debe obtenerse mediante un estudio diseñado de modo adecuado en los que dichas variables se estudien directamente; este no fue objetivo de la investigación aquí presentada.

Sin embargo, el nivel de conocimientos sobre su enfermedad se relacionó estadísticamente con el hecho de haber recibido información por parte del equipo

de salud, de modo que aquellos que si la recibieron, mostraron mayor nivel de conocimientos frente a aquellos que no; aunque se desconoce el momento en que se presentaron estas variables y solo se determinó su simultaneidad, hace pensar que el aporte del equipo de salud para mejorar el control de la DM tipo II, consiste principalmente, en el ejercicio pleno del papel educativo y asistencial sobre el núcleo familiar del paciente (2), teniendo entonces un enfoque de salud familiar, social y preventiva, con un papel importante sobre la evolución de la enfermedad.

Al relacionar la recepción de información sobre su enfermedad por parte del equipo de salud con la frecuencia de hospitalizaciones por dichas complicaciones se ve una situación similar a la anteriormente descrita, en principio, sin significancia estadística. Sin embargo, se sabe que los pacientes no siempre siguen las recomendaciones a las medidas preventivas, en algunas ocasiones debido a la falta de información en relación con el riesgo que significa la enfermedad, lo cual debe considerarse sugerente y pendiente de confirmación antes de ser considerados concluyente.

Se tuvo en cuenta los antecedentes patológicos de las familias, observándose que la mayoría de los cónyuges padecían HTA y diabetes en menor proporción; esta última, también presente en una parte de los hijos de los pacientes índice. Lo que determina el riesgo directo que tienen los familiares en perfil descendiente, más aún, al determinar que dentro de las principales causas de muerte de familiares en línea sanguínea directa, como padres y hermanos, la diabetes fue la causa en un porcentaje considerable. Esta información es similar a lo reportado por Untiveros et al, al describir que la frecuencia de diabetes es 3.4 veces mayor en población con antecedentes familiares en primer o segundo grado (7). Por lo cual, la detección temprana es un elemento indispensable en la prevención de nuevos pacientes índices.

Acerca de la interacción socio-familiar, se evidenció que además de la familia, los pacientes también tienen acceso a otros sistemas significantes que suelen ser constante en la mayoría de las ocasiones, como por ejemplo el sistema de salud, religión y transporte. Por lo que es importante que estos sistemas sociales se vinculen en el apoyo integral a los pacientes índice, ya que cada paciente tiene creencias, experiencias previas, situaciones individuales y familiares que determinan su disposición para modificar su estilo de vida (8).

A nivel familiar, la vinculación a los sistemas significantes juega un papel importante. En el sistema laboral son principalmente los hijos y nietos quienes respaldan económicamente a las familias y pacientes. Las actividades en este ámbito son, según la clasificación referida por la oficina de trabajo del ministerio de la Protección Social de Colombia, primordialmente empleos informales (9). Hecho sustentable al tener en cuenta que este es el principal eje económico de Colombia, debido a que está en vía de desarrollo y no posee una estructura económica sólida, sino repartida en pequeñas y medianas empresas principalmente, que

nacieron de empleos informales. Este hecho denota inestabilidad para las familias, incluso puede ser motivo de estrés, debido a que no se cuenta con ingresos fijos mensuales, ni con el respaldo de fuentes de apoyo como una pensión y cesantías. Por lo que es importante evaluar dicho sistema signficante en estudios específicos.

La religión fue un subsistema frecuente y constante en todos los pacientes índice, ya que la totalidad de ellos manifestaron pertenecer a alguna. Una proporción significativa de ellos participan activamente de la religión que profesan. La totalidad de los pacientes índice manifestaron sentirse a gusto acudiendo a ella y que ésta les había ayudado de alguna manera durante su enfermedad, lo que resulta ser una herramienta importante para la evolución favorable del paciente, debido a que proporciona bienestar espiritual y una percepción de armonía con el ambiente, lo cual puede proyectarse a nivel psicológico y social. De este modo, al ser la profesión de enfermería de carácter integral, abarca todos los ámbitos del ser humano; este ámbito espiritual denota ser una herramienta bastante útil para establecer una serie de alianzas con el sistema religión, para conjuntamente ofrecer intervenciones y cuidados, con significancia favorable en la recuperación del paciente.

La totalidad de los usuarios utilizan algún tipo de transporte en su vida cotidiana, siendo primordialmente el particular, debido a que la mayor proporción de las familias pertenecen a estratos socioeconómicos bajos. Sin embargo, la mayoría refiere sentirse a gusto utilizándolo y beneficiarse en su proceso patológico; lo que conlleva a considerar el transporte como otro sistema de apoyo con que cuentan los pacientes índices.

Una alta proporción de pacientes índice no practican actividades recreativas en familia lo que en cierta forma coincide con la frecuencia baja de individuos que realizan ejercicios como parte de su tratamiento para la enfermedad. De tal modo, que es un elemento a tener en cuenta en la promoción y educación tanto para pacientes como para sus familiares. En comparación con lo encontrado por Untiveros, Núñez y Tapia, el 49.6% de los pacientes sigue un esquema de tratamiento que combina dieta, ejercicio y medicamentos para el control de su enfermedad; un bajo porcentaje (10.1%) utiliza sólo dieta acompañada de ejercicio; el resto se encuentra en el grupo de los que sólo usan medicamentos o medicamentos combinado con dieta (7).

Se encontró una relación estadísticamente significativa entre el número de sistemas significantes funcionales y el género del paciente, de modo que las mujeres tienen acceso a un menor número de éstos en comparación con los hombres, quienes predominantemente acceden a 3 de los 7 sistemas significantes cuestionados. A este respecto no se encuentran estudios recientes que confirman o desmientan dicha afirmación; sin embargo es cuestionable, teniendo en cuenta el hecho de es mayor el número de mujeres que hombres, por lo cual, cabe

estudiar qué hechos influyen para que las mujeres cuenten con menor apoyo social representados en los sistemas significantes.

No se encontró una asociación de significancia estadística entre el acceso a los sistemas significantes y el número de complicaciones presentadas por el caso debido a la DM II como tampoco con la frecuencia de las hospitalizaciones, lo que confirma el supuesto de que el género del caso (principalmente ser mujer) no está asociado al número de complicaciones. De igual forma no se encontraron estudios al respecto.

Acerca del tipo de familia se encontró que el 50% de los pacientes índice pertenecían a una familia de tipo extensa seguido por nuclear con un 27.8%, teniendo en cuenta que el mayor grado de escolaridad lo presentaron las familias nucleares podemos decir que este hecho es un factor desfavorable para la ayuda que los pacientes necesitan, ya que a mayor nivel educativo, mejores condiciones de trabajo y por consiguiente mayor remuneración económica.

El tipo de apoyo más frecuente en la familia extensa es el emocional y social que incluye consejos, mensajes de aliento, compañía, visitas y transporte; en comparación con el apoyo brindado por la familia nuclear que es primordialmente económico. Si se tiene en cuenta que en gran número, los pacientes pertenecen a una familia extensa, la mayoría de ellos reciben un apoyo emocional y social lo que desmiente el modelo de afecto directo, que plantea que el apoyo social tiene efecto en algunos procesos fisio-psicológicos lo que mejora la salud e impide la enfermedad, o bien, que el apoyo social favorece el cambio de conductas en los individuos, lo cual, a su vez, tiene consecuencias positivas para la salud (5).

El 75% de los familiares que están estudiando y prestan ayuda al paciente están en la etapa de niñez y de adolescencia esto es muy importante ya que el manejo de prevención de enfermedades crónicas según literatura requiere un conocimiento mínimo para que este sea eficiente, además de que el cuidado brindado al paciente exige un compromiso tanto del individuo como de toda la familia (10).

El 83.4% de los pacientes índice manifestaron que el apoyo brindado por su familia era bueno o muy bueno; la totalidad de los pacientes índice manifestaron recibir de su familia algún tipo de apoyo durante su enfermedad, factor favorable para el paciente según nuestro marco teórico, donde se dice que la familia proporciona los recursos físicos y emocionales para mantener la salud, además de brindar apoyo en épocas de crisis.

El 77.8% de los pacientes índices comunicaron que su familia ha implementado cambios en la vida cotidiana para ayudarlo durante su proceso mórbido, que incluyen cambios en la dieta y en el ritmo de vida, lo que actúa como factor favorable para el manejo de complicaciones de la DM tipo II, en la literatura se

considera que el hecho de llevar una dieta saludable disminuye el riesgo de sufrir complicaciones por esta patología.

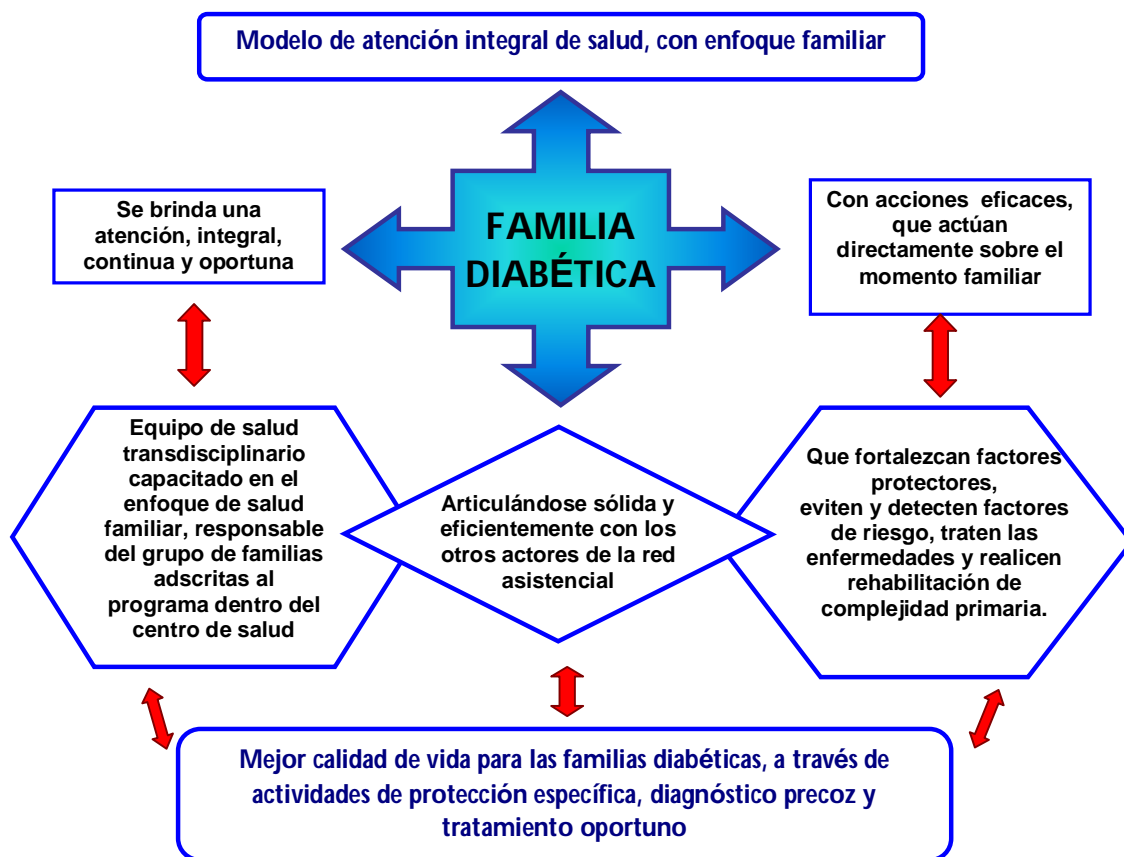
Al clasificar las familias en funcionales o no funcionales de acuerdo al resultado obtenido al promediar el puntaje del APGAR del paciente índice con el del familiar y al analizar su relación con las demás variables obtenidas en la recolección de la información, se buscó determinar el mayor o menor peso de estos factores frente a la funcionalidad familiar.

Se podría pensar que promediar los puntajes del APGAR de los implicados para obtener la funcionalidad de la familia no resultaría del todo beneficioso ya que cerca de la mitad de las familias presentaron una diferencia mayor a 2 puntos. Sin embargo, dichos puntos de diferencia no parecen alterar el resultado final, ya que como se pudo ver, tanto para los pacientes como para su pariente, las familias eran funcionales en mayor proporción (66.7%). Esto sugiere que muchos de los pacientes cuentan con un buen soporte familiar para el manejo de su enfermedad. Resultados similares fueron encontrados por Ariza et al (3). Además de la funcionalidad familiar, los individuos con DM II tienen una buena percepción del apoyo brindado por su familia (83.4%), sin contar que en el 77.8% de ellos sus familias han implementado cambios durante su enfermedad y no existen en un 88.9% relaciones conflictivas entre sus miembros; factores que favorecen para que el paciente ejerza control de su enfermedad, tome decisiones y ejecute acciones adecuadas relacionadas con su patología, en conjunto con sus parientes ya que es familia diabética (no por connotación clínica, sino porque cuando un individuo enferma, afecta a toda su núcleo básico).

Entre mayor Puntaje APGAR obtenido por el paciente, menor número de complicaciones y por tanto menor número de hospitalizaciones, relación estadísticamente significativa; algunas mujeres y sus respectivas familias, en relación con los hombres obtuvieron un menor puntaje, presentando también mayores complicaciones. Para Valadez, Aldrete y Alfaro las mujeres que se dedican al hogar, dependen económicamente de un familiar y tienen menor contacto social, frecuentemente dejan el tratamiento para emplear el tiempo y energía al cuidado que requiere su familia; teniendo en cuenta el CVF, la mujer se encuentra generalmente sin el objetivo esencial de su vida que venía constituido por la crianza de los hijos, siendo así más vulnerable a los cambios ocurridos, por el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

De este modo el tratamiento de la diabetes no sólo se debe limitar a la atención del paciente como ser individual sino que ha de vincular a la familia y otros actores de los distintos sistemas significantes, pero sobre todo es necesario explorar el ámbito familiar, como núcleo de apoyo y principal población en riesgo para la prevención de nuevos casos.

6. LINEAMIENTOS DEL MODELO DE ATENCIÓN HACIA LA FAMILIA COMO UNIDAD DE CUIDADO



6.1. OBJETIVOS

6.1.1. Objetivo General: Mejorar la calidad de vida para las familias diabéticas, a través de actividades de protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

6.1.2. Objetivos Específicos

- Valorar la estructura familiar para conocer las características familiares: los factores protectores y de riesgo, que presenta cada grupo familiar en particular.

- Determinar y realizar las actividades de protección específica para cada grupo familiar, con el fin de potencializar los factores protectores y minimizar los de riesgo.
- Realizar un diagnóstico precoz, con el objeto de evitar la presencia de limitaciones incapacitantes en el paciente índice y determinar un tratamiento oportuno.
- Determinar los sistemas significantes dentro de la familia, para vincularlos en el proceso de atención en salud familiar.

6.2. METAS

- Disminuir la incidencia de nuevos pacientes índices de diabetes mellitus tipo II, dentro de las familias que tienen un miembro con dicha patología.
- Reducir las cifras de pacientes con DM tipo II que presentan lesiones incapacitantes propias de la patología.
- Brindar una atención de calidad, integral, continua y oportuna por medio de un equipo transdisciplinario altamente capacitado en salud familiar.

6.3. PRINCIPIOS

- Accesibilidad
- Integralidad: cuidado a la persona y familia con una visión unitaria para atender sus dimensiones física, social, mental y espiritual.
- Oportunidad
- Calidad: prestar una atención eficiente y efectiva a la persona y familia fundamentada en los valores y estándares técnicocientíficos, sociales, humanos y éticos.
- Continuidad: asegurar que se den los cuidados a la persona y familia sin interrupción temporal, durante todas las etapas y los procesos de la atención en el programa y en los períodos de salud y de enfermedad.
- Uso adecuado de los recursos
- Equidad como principio fundamental de la justicia social
- Eficiencia
- Respeto a los derechos humanos
- Participación y promoción de la ciudadanía como corresponsabilidad y solidaridad

6.4. ENFOQUE

Tendrá un enfoque biopsicosocial, con especial énfasis en la familia, determinando e interviniendo en los distintos elementos, que conforman al paciente, su familia y su entorno social, para así brindar una atención integral.

El enfoque sitúa la familia en un rol protagónico, proactivo, con un empoderamiento progresivo, a través de una interacción con el equipo de salud, el cual aumenta su capacidad para comprender lo que le pasa a individuos y familias, desde una perspectiva holística, buscando en conjunto con ellos, formas más integrales de abordar los factores genéticos y ambientales en el estilo de vida; para abordar los niveles de prevención y promoción de la salud, así como en los aspectos curativos. De tal modo que sea un cambio progresivo en el tiempo, con un crecimiento y mejoramiento en la calidad de vida de las familias.

6.5. ESTRATEGIAS

- Información, educación y comunicación
- Participación comunitaria: grupo social de apoyo
- Intersectorialidad
- Mejoramiento del entorno
- Reorientación de servicios de salud
- Actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad
- Investigación y evaluación

6.6. CARACTERÍSTICAS

- Integral en su mirada al proceso salud enfermedad: biopsicosocial. Se brinda una atención en salud que responde a todas las necesidades humanas de la familia y el paciente; teniendo en cuenta el carácter biológico en la evolución de la enfermedad del paciente y la identificación de los factores de riesgo para el paciente y su familia. A su vez el carácter psicológico permitirá identificar los elementos positivos a potencializar y los de orden estresante a modificar. Finalmente el carácter social donde se evalúe la presencia e influencia de sistemas externos a la familia.
- Énfasis en lo promocional y preventivo. El enfoque promocional de un estilo de vida saludable, donde se brinda educación, oportunidades y herramientas sólidas que establezcan cambios y mejoramiento en las condiciones de salud. El enfoque preventivo de nuevos pacientes índices de DM tipo II en la familia y

de la aparición de complicaciones en el paciente, a través del énfasis la identificación de factores de riesgo e implementación cambios en el estilo de vida.

- Con enfoque familiar: Centrado en la familia como unidad de cuidado para el mantenimiento y la resolución de los problemas de consecuentes de la DM tipo II, frecuentes en los individuos y familias, más allá de la edad, el sexo o el órgano o sistema afectado, es decir brinda una atención donde se capacite la familia como órgano gestor de cuidados y de un ambiente saludable.
- Centrado en la atención integral para mejorar la calidad de la atención; anticipando el riesgo y limitando el daño en la salud del usuario, y generar simultáneamente una nueva administración de los servicios, haciéndolos efectivos en relación con el costo.
- Con participación de la comunidad en salud, donde se ofrezca una atención interdisciplinaria y se pongan al servicio de los pacientes y sus familias una alta calidad de recursos humanos, tecnológicos e institucionales, con el fin de promover la integración y consolidación de elementos que favorezcan el mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad.
- Con enfoque biopsicosocial y transdisciplinario: Existe la necesidad de trabajar en equipo para solucionar los problemas de salud. Este equipo estará conformado por:

- **Núcleo Básico:**

Enfermera
Medico
Nutricionista

- **Elementos de apoyo especializado:**

Laboratorio
Farmacia
Médicos especialistas: Endocrinologo

7. CONCLUSIONES

- Al igual que lo reporta el boletín epidemiológico de la ciudad de Neiva en 2006, y lo encontrado en otras investigaciones nacionales e internacionales, las mujeres son en quienes se reporta mayor prevalencia de Diabetes Mellitus tipo II.
- El promedio de edad de los pacientes reincidentes a hospitalizaciones, estudiados fue de 63.4 años, concordante con lo reportado por la literatura afirma, acerca de que la DM tipo II se presenta en individuos predominantemente adultos o mayores de 40 años. Además, esto lleva a determinar que es un grupo de edad predominantemente adulta, que suele estar afectada y en riesgo de otros padecimientos y que debido a las limitaciones de la edad, no debe estar realizando actividades laborales, por lo que requiere de gran apoyo familiar, de tipo afectivo, atención y económico.
- Se encontró una asociación entre el estrato socioeconómico de los pacientes y sus familias, el cual es principalmente bajo, y el grado de educación, que fue nulo y primaria inconclusa para la gran mayoría; de tal modo que los pacientes con estratos 1 y 2 estudiaron menos. Las anteriores variables ubican a la población en un contexto donde el acceso a los servicios es más limitado, no sólo por la situación de pobreza, sino también por el bajo nivel académico, que va a impedir una mejor participación del paciente en su proceso de recuperación.
- Fue posible determinar una asociación entre el número de complicaciones y los años en que los pacientes fueron diagnosticados; A más años de diagnóstico, mayor número de complicaciones, evidente principalmente en las mujeres, pues en los hombres, se presentó el efecto inverso, aunque en ellos se encuentra mayor tiempo de diagnóstico, se presentaron menor número de complicaciones; La ocupación de las mujeres son principalmente ocupaciones del hogar, lo que se puede ocasionar traumatismos en las manos principalmente y así llevar a complicaciones.
- El 50% de los pacientes índice fueron hospitalizados una sola vez por complicaciones propias de la patología, observándose que disminuía la frecuencia de pacientes en proporción al aumento en el número de hospitalizaciones.

- El 22.2% de los pacientes recibió tratamiento quirúrgico por complicaciones de la DM tipo II, siendo la amputación de un miembro inferior el de mayor frecuencia, entre dichos pacientes.
- El tipo de familia de los pacientes índice de mayor frecuencia fue la denominada extensa seguido por nuclear con un 27.8%,
- Se encontró una asociación entre el número de sistemas significantes funcionales y el género del paciente, de modo que las mujeres tienen acceso a un menor número de éstos, en comparación con los hombres, quienes predominantemente acceden a 3 de los 7 sistemas significantes cuestionados; esto indica poca participación de las mujeres en los entes sociales, que pueden ser de apoyo para el paciente en su proceso de recuperación, de tal modo que se aíslan de la sociedad.
- Las familias extensas brindan a los pacientes un apoyo de tipo de apoyo más emocional y social que incluye consejos, mensajes de aliento, compañía, visitas ocasionales y ayuda en el medio de transporte; mientras que el apoyo brindado por la familia nuclear que es primordialmente económico. De tal modo que la participación de la familia extensa, al igual que la de los amigos y vecinos, en los cuidados del paciente, es poca, a pesar de que son familias numerosas; mientras que la nuclear si aporta económicamente al paciente, elemento importante si se tiene en cuenta que estos pertenecen a edades en las cuales es imposible conseguir un empleo formal.
- Los pacientes en su mayoría han recibido información sobre la enfermedad y la han obtenido, principalmente del equipo de salud, por lo tanto deberían conocer sobre las complicaciones, pronóstico y tratamiento de la enfermedad, sin embargo la información que tienen no es suficiente.
- La participación de la familia extensa y los amigos o vecinos con relación a los cuidados es poca, lo que indica que los cuidados y responsabilidad económica dependen básicamente de los que brinda la familia nuclear, por tal razón es importante resaltar la necesidad de conformar un grupo de apoyo para pacientes con diabetes.
- La cantidad de familiares mujeres trabajando es casi igual que los hombres, lo que indica que están dejando sus hijos al cuidado de otros familiares o en ocasiones hasta del mismo paciente índice.
- Las mujeres presentaron pacientes índices de disfuncionalidad familiar y sus puntajes fueron mas bajos, esto explicaría porque las mujeres tuvieron mayor número de complicaciones que los hombres y la razón por la cual tener otra enfermedad al momento de la entrevista se asoció con el sexo (principalmente

ser mujer), sabiendo que en un 53.8% estas enfermedades son complicaciones de la DM II.

- El tratamiento de la diabetes no solo se debe limitar a la atención del paciente como ser individual, sino que debe vincular a la familia y otros actores sociales. Ante todo, es necesario explorar el ámbito familiar, como núcleo de apoyo, unidad de cuidado y principal población en riesgo para la prevención de nuevos casos, de tal modo que se concibe como una familia diabética. Por lo cual, es necesario desarrollar un modelo de atención hacia la familia, que parta de un nivel primario, en el cual se potencialicen los factores protectores y se minimicen los factores de riesgo modificables, mediante diferentes estrategias.
- Se encontró una relación directa entre el puntaje APGAR obtenido por el paciente y el numero de complicaciones y por tanto numero de hospitalizaciones, ya que un porcentaje considerable de pacientes (29.5%) mostraron disfuncionalidad familiar; en estos pacientes índices fue mayor el numero de complicaciones y hospitalizaciones. Por lo cual, la funcionalidad de las familias si influye en la evolución de la enfermedad.
- El 70.5% de las familias son funcionales lo que significa las familias funcionales han superado la crisis ocasionada por el diagnostico de la DM II del paciente índice y se han convertido en un factor que favorece la evolución satisfactoria de la enfermedad.
- En los pacientes índice se ha presentado la enfermedad como antecedente familiar patológico y como enfermedad que se esta transmitiendo a generaciones posteriores, siendo factor importante que justifica una atención a la familia diabética, como unidad de cuidados integral, tanto para el paciente como para toda la familia hacia la prevención de nuevos eventos mórbidos.

8. RECOMENDACIONES

- Promover una atención con enfoque de salud familiar que permita guiar a la familia como unidad de cuidado, para de esta forma, lograr una participación activa y comprometida en el cuidado de paciente y de cada uno de sus miembros.
- La creación de una red de apoyo a las familias diabéticas, fortalecería algunos factores necesarios, para la evolución satisfactoria, tales como: conocimiento de la enfermedad, apoyo social y participación en grupo.
- En esta investigación se encontró que el sistema religioso juega un papel importante en el proceso de recuperación del paciente con DM II, por tal motivo se recomienda la formación de un vínculo de interacción entre el grupo de salud y el sistema religioso, al igual que con otros sistemas, ya que esto favorecerá la evolución favorable de la enfermedad.
- Los lineamientos del modelo presente en esta investigación, requieren la continuación y profundización, mediante la realización de futuras investigaciones y profunda fundamentación teórica; así mismo amerita que se tenga en cuenta en la asignatura como cuidados en patologías crónicas, para operativizarlo, evaluarlo, validarlo y finalmente aplicarlo, y de esta manera empezar una nueva y mejor forma de cuidado, donde la familia será la unidad de atención.
- Dada la naturaleza y evolución de la enfermedad el paciente con DM II requiere de conductas específicas para contrarrestar posibles complicaciones; para esto se hace necesario que el equipo de salud, no sólo tenga en cuenta los aspectos biológicos del paciente, sino que este sea visto, desde su ámbito familiar, psicológico, social y espiritual; esto permitirá ver al paciente de una forma integral; y por tanto encausar su cuidado de forma más acertada.
- La realización de un seguimiento domiciliario periódicamente, a la familia diabética, por parte del equipo de salud, sería de gran utilidad a la hora de prevenir y detectar tempranamente la enfermedad y disminuir las limitaciones incapacitantes.

- Fortalecer en la atención primaria, todas aquellas acciones que promueva estilos de vida saludable, tanto en los pacientes diabéticos como en sus familias y grupos comunitarios.
- Sería de gran utilidad para el servicio de Medicina interna del hospital Universitario de Neiva, poseer una base de datos con toda la información de los pacientes con DM II, así como el número de veces que consultan por complicaciones, esto permitirá al equipo de salud, alertarse, guiar su atención a la educación del paciente y su familia y hacer una remisión a primer nivel para seguimiento domiciliario; para que de esta forma disminuya el número de hospitalización por complicaciones, y por consiguiente costos.
- Se recomienda una comunicación constante y asertiva entre el Hospital y las EPS a la cual pertenecen los pacientes con DM II, ya que esta forma se tomarán medidas inmediatas y pertinentes a la hora de brindar atención al paciente.
- Se recomienda que en futuras investigaciones, con enfoque de salud familiar, se tenga en cuenta que la presencia de un familiar, a la hora de indagar sobre aspectos familiares con el paciente índice, puede alterar sus respuestas; ya que esta se ve condicionado a hacer quedar bien a su familia por posible repercusiones sobre su cuidado.
- Perseverar en la labor investigativa, diseñando estudios que permitan conocer a fondo, la verdadera responsabilidad de la familia, en la evolución de la enfermedad de un paciente con DM II.
- Examinar el impacto que tiene en las finanzas de las instituciones de salud, en este caso el Hospital universitario de Neiva, el hecho de que un paciente con DM II reingrese el servicio de hospitalización, por presentar complicaciones, aumentando los costos del tratamiento, pudiendo ser prevenidos en un primer nivel de atención.
- Fomentar en la familia diabética la responsabilidad del cuidado, calidad de vida, tanto de ellos como del paciente; ya que del interés y disciplina que estos le den, depende gran parte la aparición de complicaciones.
- La salud individual se desarrolla en el contexto de una familia, con la formación de hábitos, estilos de vida, sistema de valores, normas, actitudes, comportamientos y con aquellos problemas de predominio biológico; es decir, que cualquier problema de salud individual puede ejercer gran influencia sobre la salud familiar, por lo cual en este estudio se empieza a hablar de familia diabética, y por tanto recomendamos tenerla en cuenta como tal, a la hora de llevar a cabo cualquier intervención así como en la realización de futuras investigaciones.

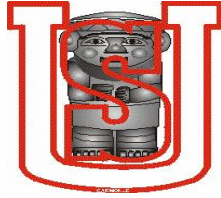
BIBLIOGRAFIA

1. BERKOW, Robert y TALBOTT, John. El manual Merk. Merk sharp y dohme research laboratorios. USA. 1998.
2. MENDEZ, D. GÓMEZ, V. GARCÍA, M. PÉREZ, J. NAVARRETE, A. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. 2003. www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/711205BE-46DE-408B-A67A-04E69C4EBDB2/0/2004rm420disfunci%C3%B3nfam.pdf
3. ARIZA, E. CAMACHO, N. LONDOÑO, E. NIÑO, C. SEQUEDA, C. SOLANO, C. BORDA, M. Factores asociados al control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. UBA Manga de Coomeva EPS en Cartagena (Colombia). 2005. www.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/21/4_factores%20asociados%20a%20control%20metabolico.pdf.
4. CARDONA, Juan. Ciclo vital familiar. 2007. www.tuytubebe.com/contenido/familia/ciclo_vital_familiar.htm.
5. TAYABAS, L. GRIMALDO, B. MALDONADO, O. Percepciones de enfermos diabéticos y familiares del apoyo familiar y el padecimiento. 2006. www.respyn.unal.mx/vii/1/comunicaciones/percepciones_diabetes.htm.
6. UNIVERSIDAD DE NAVARRA. Diccionario de medicina. 1 ed. Espasa siglo XXI. Madrid. 2002.
7. UNTIVEROS, L. NUÑEZ, Olga. TAPIA, Lenibet. TAPIA, Gino. Complicaciones tardías en diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital II Essalud – Cañete. Perú. 2004. www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v15n2/v15n2ao1.pdf.
8. MARQUEZ, E. Ensayo sobre la eficiencia de los programas de educación para la salud en el cumplimiento terapéutico de la hipertensión arterial. Atención Primaria. 1998.
9. MIN PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA. Oficina de trabajo. Clasificación laboral. Bogotá. 2007. www.minproteccionsocial.gov.co/oficinadetrabajo/html

10. TIERNEY, Lawrence y otros. Current medical diagnosis and treatment. 37 ed. Printice Hall Interanational inc. 1998.
11. BRUNER Y SUDDART. Enfermería médico quirúrgica. Interamericana. USA. 2000.
12. CNDEEE. Teoría y método de Enfermería II. España. 2007. www.perso.wanadoo.es/aniorte_nic/progr_asignat_teor_metod5.htm
13. WESLEY R.L.. Teorías y modelos de Enfermería. Mc Graw-Hill. Interamericana. México. 1997.
14. MEJÍA GÓMEZ, Diego. Salud familiar para América Latina. ACOFAME. Bogotá, Colombia. 1991.
15. GRUPO DE DIABETES SAMFyC. Abordaje familiar. México. 1998. www.cica.es/samfyc/diabfam.htm
16. PEREIRA, Roberto. Familia reconstruida: la pérdida como punto de partida. www.redsistemica.com.ar/reconstituidas.htm
17. SMILKSTEIN, G. The Cycle of Family Functions: A Conceptual Model for family Medicine. J. Fam. Pract. 1980.
18. PERIODISMO DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA. Nuevo modelo que trata como unidad al paciente y su familia. 2002. www.invdes.com.mx/anteriores/julio2002/html.
19. FUNDACIÓN PARA LA DIABETES. Asociación de diabéticos. 2007. www.fundaciondiabetes.org/quienes/cont03.htm

ANEXOS

Anexo A ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA



UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
“Funcionalidad la familia de los
pacientes con DM II
Hospitalizado en el I HUN en año 2007”



Guía para la recolección y registro de la información suministrada por el paciente, sobre la estructura familiar generacional y las relaciones socio-familiares con elementos externos a la familia.

Objetivo: Determinar la estructura familiar generacional y la interacción socio-familiar con elementos externos, de los pacientes con DM II que estuvieron hospitalizados durante el primer semestre del 2007 en el HGNHMP.

DATOS DE CONTROL

- Fecha de diligenciamiento: DIA ____ MES ____ AÑO ____
- Número de Historia Clínica: _____
- Diagnóstico Médico actual de salud:

- Responsable del diligenciamiento: _____

Tenga en cuenta que el instrumento se le puede aplicar a un miembro de la familia, pero que el paciente índice seguirá siendo el individuo con Diabetes II. Cuando se habla de rol, este corresponde a la relación de parentesco de un individuo con respecto al sujeto de la investigación. Registre con letra clara y legible..

No deje preguntas sin responder. Escriba “no sabe” cuando no se dé información sobre una de éstas.

1. INFORMACIÓN DE LA PERSONA ÍNDICE.

- 1.1 ¿Cuántos años tiene? *(Tenga en cuenta que son años cumplidos)*

- 1.2 Sexo: Femenino ____ Masculino ____
- 1.3 ¿Cuál es su ocupación? *(ocupación actual)*

- 1.4 ¿a que estrato socioeconómico pertenece usted? *(tenga en cuenta que este se obtiene de los recibos de servicios públicos)*

- 1.5 Su estado civil es: Soltero(a)___ Casado(a)___ Unión libre___ Separado___ Viudo(a)___ Divorciado___
- 1.6 ¿Cuál fue el último grado de educación que hizo? *(año de estudio que cursó, aprobó y terminó, regístrelo indicando el estándar actual de los grados académicos, por ejemplo: séptimo, octavo y no cuarto de bachillerato; si es profesional, anótela y si realizó estudios luego del colegio, regístrelos si se completaron o hasta el nivel que se llegó)*

- 1.7 ¿Qué otras enfermedades diferentes a la diabetes ha padecido a lo largo de su vida? *(enfermedades de importancia padecidas antes de ser diagnosticado de diabetes y que hayan sido diagnosticadas por un médico)*

- 1.7.1 ¿Le han realizado cirugías? Si___ No ___ *(si la respuesta es no, omita la siguiente pregunta)*
- 1.7.2 ¿Qué clase de cirugías le han practicado tiempo antes a que le diagnosticaran diabetes? *(solo cirugías realizadas antes de ser diagnosticado con diabetes II)*

- 1.8 ¿Hace cuanto tiempo de diagnosticaron diabetes? *(tiempo en años)*
- 1.8.1 ¿Ha presentado algún tipo de complicación por la diabetes? *(complicaciones propias de la diabetes, descartar aquellas que clínicamente no están relacionadas con la patología de base)* Si___ No___ *(si la respuesta es no, omita la siguiente pregunta)*
- 1.8.2 ¿Cuál o cuales?

_____1

- 1.8.3 ¿Ha tenido que ser hospitalizado por las complicaciones de la diabetes? *(hospitalizaciones debido sólo a complicaciones de la patología de base, descartar aquellas que no tiene relación clínica)* Si___ No___ *(si la respuesta fue no, omita la siguiente pregunta)*
- 1.8.4 ¿Con qué frecuencia? *(marcar con una x el número de veces)* 1 vez___ 2 veces___ 3 veces___ 4 veces___ 5 veces o más___
- 1.8.5 ¿le han practicado alguna cirugía después de haberle diagnosticado diabetes? *(cirugías de importancia, no relacionadas con la diabetes)* Si___ No___ *(si la respuesta fue no, omita la siguiente pregunta)*
- 1.8.5.1 ¿Cuál o cuales?

- 1.8.6 ¿Ha recibido tratamiento quirúrgico cuando ha sido hospitalizado por causas relacionadas con la diabetes mellitus? *(escribir sólo cirugías destinadas para tratar las complicaciones propias de la diabetes)*
Si___ No___ *(si la respuesta fue no, omita la siguiente pregunta)*
 - 1.8.7 ¿Cuál o cuales fueron la cirugía que le practicaron? *(escribir sólo cirugías destinadas para tratar las complicaciones propias de la diabetes)*
-

- 1.8.8 ¿actualmente está recibiendo algún tipo de tratamiento para controlar la diabetes? Si___ No___ *(si la respuesta fue no, omita la siguiente pregunta)*
 - 1.8.8.1 ¿Cuál? *(según los datos proporcionados por el paciente, clasifíquelas dentro de las siguientes categorías, es posible que se dé mas de una opción, por lo cual es valadero el registro de mas de una)*
Farmacológico___ dietoterapia___ quirúrgico___ ejercicios___
 - 1.9 ¿actualmente presenta otro tipo de enfermedad diferente a la diabetes? *(no necesariamente enfermedades por complicación de diabetes, escribir todas las que presente el paciente)* Si___ No___ *(si la respuesta fue no, omita la siguientes preguntas de la sección 1.9)*
 - 1.9.1 ¿Cuál o cuales?
-

- 1.9.2 ¿Actualmente está en tratamiento de estas enfermedades? *(cualquier tipo de enfermedad)*
Si___ No___
 - 1.9.3 ¿En que consiste el tratamiento? *(según los datos proporcionados por el paciente, clasifíquelas dentro de las siguientes categorías, es posible que se dé mas de una opción, por lo cual es valadero el registro de mas de una)*
a) Farmacológico___ b) dietoterapia___ c) quirúrgico___ d) ejercicios___ e) otro___
¿cual?_____
-

2. ESTRUCTURA Y CARACTERÍSTICAS FAMILIARES.

2.1 ¿Actualmente usted con que personas está viviendo? *(según los datos suministrados por el paciente o el individuo, clasifíquelos dentro de las siguientes categorías, marcando con una X)*

Familia nuclear _____
Familia extensa _____

2.2 COMPOSICIÓN FAMILIAR

A continuación, encontrará una serie de preguntas que orientarán la entrevista para obtener la información necesaria para completar el cuadro que se presenta en la parte inferior. Registre los datos de los individuos que hacen parte de la familia

del paciente, teniendo en cuenta una sola generación hacia adelante a partir del sujeto índice, independiente de que estos vivan o no con él. Si se encuentran individuos diferentes a la familia que habitan con el, regístrelo de igual forma.

- ¿Cuál es el nombre del miembro de la familia? (registre solamente las iniciales, tenga la precaución de escribir las de los 2 apellidos y empiece siempre por el mayor de los individuos, no lo haga para el paciente índice ya que para él existe la primera parte del instrumento)
- ¿Qué edad tiene? (años cumplidos al momento de la entrevista)
- ¿Qué puesto ocupa dentro de la familia? (empiece por la pareja sin llenar la casilla del puesto que ocupa, continúe con los hijos en orden de nacimiento en el caso de las personas diferentes a los hijos o la familia, regístrelos pero omita este ítem)
- ¿Cuál es el rol que desempeña dentro de la familia? (rol según parentesco con respecto al paciente índice, por ejemplo hermano, hijo etc.)
- ¿Cuál fué el último grado de educación que realizó y cursó? (año de colegio que cursó, termino y aprobó; para los profesionales, regístrela y para los que realizaron otro tipo de educación luego del colegio, escribala o el nivel que cumplieron)
- ¿Cuál es la ocupación?
- ¿ha padecido enfermedades de importancia en años anteriores? ¿le han practicado cirugías? ¿Cuáles? (registre solamente eventos de interés diagnosticados o tratados por un médico)

N°	NOMBRE	SEXO		EDAD	ROLL QUE DESEMPEÑA	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	E. C
		M	F						

E.C: ESTADO CIVIL, registrar según la siguiente nomenclatura: S: soltero; C: casado; V: viudo; SE: separado (no vive con la pareja, aunque legalmente mantengan una unión); D: divorciado; U: unión libre.

2.3 ANTECEDENTES FAMILIARES DE IMPORTANCIA

A continuación, encontrará una serie de preguntas que orientarán la entrevista para obtener la información suficiente para completar el cuadro de la parte inferior

- ¿Que miembros de su familia han muerto por causa de enfermedades? ¿Qué relación tenía con usted?(registre solamente las iniciales y el parentesco que tenía con el paciente índice, indague solamente sobre los familiares con línea sanguínea directa)
- ¿De que murió? (causa de muerte sea una enfermedad diagnosticada por un médico)

NOMBRE	RELACIÓN O PARENTESCO	CAUSA DE MUERTE

2.4 Determine como investigador, según los datos obtenidos, el tipo de familia, según sus integrantes y marque con una X la opción a la cual se ajuste la información.

- Familia nuclear (padre viviendo con sus hijos) ____
- Familia Reconstruida o mixta (padres aportan hijos a un nuevo matrimonio) ____
- Familia extensa / abierta (unión de miembros de la flia nuclear con algunos de la extensa) ____
- Familia monoparental (un solo padre vive con los hijos) ____
 ¿Cuál es el único padre? (Escriba padre o madre según sea el caso)_____

2.5 Determine como investigador en qué etapa del ciclo vital familiar se encuentra la familia, teniendo en cuenta la edad del primer hijo, guíese por la descripción junto a cada opción.

- La pareja conviviente (inicio de la convivencia) ____
- Nacimiento del primer hijo (desde la concepción del hijo hasta que éste inicia el preescolar) ____
- Escolaridad (primera salida que tiene el hijo) ____
- Adolescencia (edad del primer hijo entre los 12 y los 18 años) ____
- Salida de los hijos (se inicia cuando sale uno de los hijos y finaliza cuando sale el último de ellos) ____
- Jubilación y vejez (pareja envejecida con los hijos independientes) ____
- Muerte de uno de los conyugues ____

2.6. ¿Qué tipo de relación tienen usted con su familia? (según la información suministrada por el sujeto índice o por el familiar, clasifíquela en las siguientes categorías, marcándola con una X)

2.6.1 Para el paciente índice

2.6.2 para la familia

- | | | |
|--------------------------|-------|-------|
| ▪ Buena | _____ | _____ |
| ▪ No tan buena | _____ | _____ |
| ▪ Repulsiva o de rechazo | _____ | _____ |
| ▪ De dominio | _____ | _____ |
| ▪ Distante | _____ | _____ |
| ▪ Conflictiva | _____ | _____ |

2.7 ¿Como considera usted que es el apoyo que le ha brindado su familia durante su enfermedad? (según la información proporcionada por el encuestado, clasifíquela en las categorías presentadas, marcándola con una X)

- Muy bueno _____
Bueno _____
Regular _____
Insuficiente _____
Malo _____

2.8 ¿En que ha consistido el apoyo que le ha brindado su familia durante su enfermedad? ¿Y como lo ha ayudado? (registre el tipo de apoyo seguido de la forma como éste ha ayudado al paciente, trate de ser lo mas fiel posible a la información proporcionada por el investigados)

2.9 ¿Que cambios ha hecho su familia para ayudarlo durante la enfermedad? (cambios que la familia haya implementado para acoplarse a la dinámica de la enfermedad del paciente, como cambios en la dieta, movilización de recursos)

2.10 ¿Existe algún tipo de conflicto o disgustos entre usted y algún miembro de su familia o entre ellos por las cambios que se han implementado por su enfermedad? (posibles conflictos que se puedan presentar entre el paciente y la familia o entre los demás miembros por modificaciones en el estilo de vida que normalmente se tenía)

Si _____ No _____ (si la respuesta fue no, omita la pregunta 2.10.1)

2.10.1 ¿Con quien o quienes se presenta? ¿A que se debe o cual es el motivo del conflicto?

2.11 ¿Existen alianzas o mayor empatía ente algunos miembros de su familia?
(las alianzas son lazos de integración)

Si ___ No ___ (si la respuesta fue no, omita la pregunta 2.11.1)

2.11.1 ¿De que tipo es esta alianza? (según la información suministrada, clasifíquelas en las categorías encontradas a continuación, guíese por la definición encontrada al frente de cada una)

- Emocional positivo (es constante y es de apoyo mutuo) ___
- Emocional muy intenso (de sobreprotección) ___

2.11.2 ¿Entre que miembros de su familia se presenta estas alianzas? (escriba sobre las líneas las iniciales de las personas en las cuales se presenta la alianza, seguida por la relación de parentesco entre los dos dentro de un paréntesis, separado por el "con")

_____ Con _____
_____ Con _____
_____ Con _____

2.12 ¿Existen relaciones conflictivas entre algunos miembros de su familia?
(relaciones donde no haya empatía)

Si ___ No ___

2.12.1 ¿Entre que miembros de la familia se presentan dichas relaciones conflictivas? (escriba sobre las líneas las iniciales de las personas en las cuales se presenta la relación conflictiva, seguida por la relación de parentesco entre los dos dentro de un paréntesis y separadas por el "con")

_____ Con _____
_____ Con _____

2.13 Describa como es la relación con los miembros de su familia diferentes a sus hijos. (Registre la información suministrada por el paciente, tenga en cuenta que es la relación que tiene con los primos, tíos, hermanos)

2.14 A continuación encontrará una serie de preguntas que orientará la entrevista para obtener la información suficiente para completar el cuadro que se presenta.

- ¿Con que miembros diferentes a sus hijos mantiene usted relaciones de acercamiento? ¿Con que miembros ajenos a su familia mantiene usted amistad? (demás miembros de la familia extensa e individuos ajenos a esta como amigos, vecinos)
- ¿Que parentesco, relación o roll tiene usted con dichas personas? (roll con respecto a la persona índice)

- ¿Mantiene usted contacto permanente con estas personas? ¿Cada cuanto usted se ve con ellas? (marque con una X la casilla correspondiente, teniendo en cuenta las convenciones presentadas al final del cuadro)
- ¿Le brindan a usted algún tipo de apoyo? (marque con una X en la casilla correspondiente)
- ¿En que consiste dicho apoyo? (escriba el tipo de apoyo que brindan al paciente índice, recuerde que éste puede ser económico, psicológico, social o espiritual)

INDIVIDUO	PARENTESCO, RELACIÓN O ROLL	FRECUENCIA DE LA RELACIÓN			¿BRINDA ALGÚN APOYO?		TIPO DE APOYO
		C	S	A	SI	NO	

C: CONSTANTE (todos los días o al menos 2 veces por semana, de igual forma, el contacto puede ser por teléfono)
 S: CIRCUSTANCIAL. (Al menos 2 veces al mes)
 A: ACERTIVO

3. INTERACCIÓN SOCIO-FAMILIAR

3.1 SISTEMA DE SALUD

- 3.1.1 ¿Actualmente se encuentra usted en controles médicos? (debido a la enfermedad o las enfermedades que presenta) Si ___ No ___ (si la respuesta fue no, omita la pregunta hasta la 3.1.5)
- 3.1.2 ¿Asiste puntualmente a los controles médicos? (puntual, entendido como asistir a todos o casi todos los controles) Si ___ No ___
- 3.1.3 ¿Asiste acompañado? Si ___ No ___
- 3.1.4 ¿Quién lo acompaña? (miembro de la familia que lo acompaña, colocar las iniciales completas y entre paréntesis el roll frente al paciente índice)
 _____ (_____)
- 3.1.5 Esa compañía es : constante _____ circunstancial _____
- 3.1.6 ¿Posee usted a un miembro dentro de su familia que asume el rol de cuidador en su enfermedad? (el cuidador es entendido como aquel individuo

que participa activamente en el proceso de atención de la patología y que además demuestra interés en lo concerniente a esta) Si___ No___ (si la respuesta fue no, omita la pregunta 3.1.7)

- 3.1.7 ¿Que tipo de relación de parentesco tiene con usted? (*consanguinidad con respecto al paciente índice*)

-
- 3.1.8 ¿Se sienta usted a gusto con el trato brindado por el grupo de salud? (*grupo de salud corresponde a todo el personal que brinda trato a un paciente, que labora dentro de una institución de salud, desde las secretaría hasta los profesionales*) Si___ No ___ Parcialmente ___

- 3.1.9 ¿Cómo percibe usted el trato brindado por el equipo de salud? (*registre la información proporcionada dentro de las siguientes categorías*)

Muy bueno _____

Bueno _____

Regular _____

Insuficiente _____

Malo _____

- 3.1.10 ¿Ha recibido usted información sobre su enfermedad por parte del equipo de salud?

Si___ No ___

- 3.1.11 ¿Que sabe usted de su enfermedad? (*escuche atentamente la respuesta proporcionada por el paciente y clasifíquela en la siguiente escala, teniendo en cuenta el nivel de información respecto a la enfermedad y partiendo del hecho de que es un individuo ajeno al sistema de salud Guíese por la información frente a cada categoría*)

Muy bueno _____ (*sabe todo lo anterior mas las complicaciones a largo plazo y algo de la fisiopatología*)

Bueno _____ (*sabe lo anterior mas los cuidados respecto a la patología*)

Regular _____ (*sabe que enfermedad posee y en que consiste*)

Insuficiente _____ (*sólo sabe que enfermedad posee*)

Malo _____ (*sin conocimiento alguno*)

3.2 TRABAJO

- 3.2.1 ¿trabaja usted actualmente? Si___ No ___ (*si la respuesta es no, omita las siguientes preguntas, excepto la 3.2.5*)

- 3.2.2 ¿Se sienta usted a gusto con su actual ocupación? Si___ No ___ Parcialmente ___

- 3.2.3 ¿Considera usted que su ocupación le brinda la posibilidad de crecimiento personal? (*entendido como la posibilidad de desarrollar otras actividades que son de agrado para el individuo*)

Si___ No ___

- 3.2.4 ¿Cree usted que su ocupación le permite tener tiempo suficiente para que usted se brinde los cuidados que requiere debido a su patología? *(le brinda la ocupación que tiene el individuo, la posibilidad de tener tiempo para realizarse los cuidados propios de la diabetes)* Si ___ No ___

3.2.5 A continuación encontrará una serie de preguntas que orientará la entrevista para obtener la información suficiente para completar el cuadro que se presenta.

- ¿Qué miembros de su familia trabajan? *(indague solamente por una generación después del paciente, es decir en descendencia, en línea sanguínea directa)*
- ¿Qué relación de parentesco tienen con respecto a usted?
- ¿En que trabajan?
- ¿Se sienten conformes con el trabajo que tienen?

INICIALES DEL INDIVIDUO	SEXO	PARENTESCO O ROL	TRABAJO U OCUPACIÓN QUE DESEMPEÑA	¿SE SIENTE CONFORME CON EL TRABAJO QUE DESEMPEÑA?	
				SI	NO

3.3 EDUCACIÓN

- 3.3.1 ¿Actualmente se encuentra usted estudiando o capacitándose en algún aspecto? *(registre algún tipo de actividad académica que esté desempeñando)* Si ___ No ___ *si la respuesta es no, omita las siguientes pregunta)*
- 3.3.2 ¿En cual? _____
- 3.3.3 ¿Se siente usted a gusto en este? Si ___ No ___ Parcialmente ___

3.3.4 A continuación encontrará una serie de preguntas que orientarán la entrevista a la consecución de los datos requeridos para completar el cuadro que se muestra en la parte inferior.

- ¿Qué otros miembros de su familia se encuentran estudiando? *(individuos de la familia extensa, no hay necesidad de registrar las iniciales)*
- ¿Qué roll desempeñan en su familia? *(roll frente al paciente índice)*
- ¿Qué año ha cursado? *(año académico cumplido, registrado según los estándares actuales)*

- ¿Han contribuido o ayudado los miembros de su familia que estudian de alguna manera durante su enfermedad? (*marque con una X en la casilla correspondiente a si o no*)
- ¿De que forma han contribuido? (*registre como el paciente verbaliza que le ha contribuido*)

ROL QUE DESEMPEÑA DENTRO DE LA FAMILIA	NIVEL DE EDUCACIÓN	¿HAN AYUDADO DE ALGUNA MANERA?		¿DE QUE FORMA HAN AYUDADO?
		SI	NO	

3.4 RELIGIÓN Y SISTEMA DE CREENCIAS

- 3.4.1 ¿Pertenece usted a alguna religión? Si___ No ___ (*si la respuesta fue no, omita las preguntas de la sección 3.4.1*)
 - 3.4.1.1 ¿a cual? _____
 - 3.4.1.2 ¿Participa activamente de su religión? Si___ No ___
 - 3.4.1.3 ¿De que forma participa?

- 3.4.1.4 ¿Se siente usted a gusto acudiendo a su religión? Si___ No ___ Parcialmente ___
- 3.4.1.5 ¿Le ha ayudado su religión de alguna forma durante su enfermedad? Si___ No ___
- 3.4.1.6 ¿De que forma le ha ayudado?

- 3.4.2 ¿pertenece su familia a alguna religión diferente a la suya? (*miembros de línea sanguínea directa*) Si___ No ___ (*si la respuesta fue no, omita la siguiente pregunta*)
 - 3.4.2.1 ¿A cual o cuales? _____
 - 3.4.2.2 ¿Origina este hecho conflictos entre usted y su familia? Si___ No ___
 - 3.4.6 ¿participa activamente los miembros de su familia de la religión que profesan? Si___ No ___

3.5 TRANSPORTE

- 3.5.1 ¿Utiliza usted algún tipo de transporte? (Ya sea propio o público) Si___
No ___ (si la respuesta fue no, omita las preguntas de la sección 3.5.1)
 - 3.5.1.1 Este transporte es: Público_____ Propio_____
 - 3.5.1.2 ¿Se siente usted a gusto utilizando este sistema de transporte?
Si___ No ___ Parcialmente ___
 - 3.5.1.3 ¿Con que frecuencia utiliza usted este sistema de transporte?
(constantemente corresponde a mínimo cuatro veces por semana, de lo contrario es circunstancial, marque con una X la opción a la que corresponda la información)
Constantemente_____ circunstancial_____
 - 3.5.1.4 ¿Considera usted que el transporte que usted utiliza le ha servido de alguna manera en su proceso de enfermedad? Si___ No ___
 - 3.5.1.5 ¿De que cree usted que le ha ayudado en su enfermedad?
-

- 3.5.6 ¿Utiliza su familia algún tipo de transporte? (Ya sea propio o público)
Si___ No ___ (si la respuesta fue no, omita las preguntas siguientes de la sección de TRANSPORTE)
- 3.5.7 Este transporte es: Público_____ Propio_____
- 3.5.8 ¿Se siente su familia a gusto utilizando este sistema de transporte?
Si___ No ___ Parcialmente ___

3.6 RECREACIÓN

- 3.6.1 ¿Realiza usted con su familia algún tipo de actividad recreativa? Si___
No ___ (si la respuesta fue no, omita las preguntas de la sección 3.6)
 - 3.6.2 ¿En que consisten estas actividades recreativas?
-

- 3.6.3 ¿Con que frecuencia se realizan? (constantemente es mínimo una vez por mes y circunstancialmente es esporádicamente, meses sí y algunos otros no)
Constantemente_____ circunstancialmente _____

3.7 CULTURA

- 3.7.1 ¿Participa usted y su familia de actividades culturales? (las actividades culturales son aquellas como ir a ver teatro o a cine, entre otras)Si___ No ___
(si la respuesta fue no, omita las preguntas de la sección 3.7)
- 3.7.1.2 ¿En que consisten estas actividades?_____

- 3.7.2 ¿Con que frecuencia se desarrollan? (*constantemente es mínimo una vez por mes y circunstancialmente es esporádicamente, meses sí y algunos otros no*)

Constantemente _____ circunstancial _____

- 3.7.3 ¿Disfrutan de la asistencia y la participación a estas actividades? Si _____
No _____ Parcialmente _____

FIRMA DEL ENTREVISTADOR

FIRMA DEL PACIENTE INDICE

FIRMA DEL FAMILIAR

Anexo B APGAR FAMILIAR



**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA**
*“Funcionalidad la familia de los pacientes
con DM II
Hospitalizado en el I HUN en año 2007”*



DATOS DE CONTROL

- FECHA DE DILIGENCIAMIENTO : DIA____MES____AÑO____
- NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA _____
- ROL (*marque con una X la opción correspondiente a quien llenó el APGAR familiar*)

PACIENTE INDICE

FAMILIAR

PARENTESCO: _____

RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO: _____

APGAR FAMILIAR

*A continuación encontrará un cuadro que debe ser llenado con la mayor sinceridad posible. En la columna izquierda aparecerá una pregunta con tres opciones de respuesta a la derecha, la cual sólo deberá escoger una y marcarla con una X en el espacio en blanco que encuentra frente a la pregunta correspondiente. Si desea hacer aclaración sobre algo de lo preguntado, la puede escribir en el espacio de **COMENTARIOS**.*

PREGUNTA	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA
YO ESTOY SATISFECHO CON EL APOYO QUE RECIBO DE MI FAMILIA CUANDO ALGO ME MOLESTA.			
COMENTARIOS			

COMENTARIOS			
YO ESTOY SATISFECHO CON LA FORMA EN QUE MI FAMILIA ACEPTA Y DÁ APOYO A MIS DESEOS DE EMPRENDER NUEVAS ACTIVIDADES O DIRECCIONES			
COMENTARIOS			
YO ESTOY SATISFECHO CON EL MODO EN QUE MI FAMILIA EXPRESA SUS AFECTOS Y RESPONDE A MIS EMOCIONES TALES COMO TRISTEZA, RABIA, AMOR			
COMENTARIOS			
YO ESTOY SATISFECHO CON LA FORMA COMO MI FAMILIA Y YO COMPARTIMOS EL TIEMPO, EL ESPACIO Y EL DINERO			
COMENTARIOS			
YO ESTOY SATISFECHO CON LA FORMA EN QUE MI FAMILIA HABLA DE LAS COSAS Y COMPARTE LOS PROBLEMAS CONMIGO.			

Firma Del paciente o familiar según sea el caso
