

Universidad del Azuay

Facultad de Medicina

Postgrado: Especialización en Medicina Familiar

Título del trabajo: Funcionalidad Familiar y Diabetes tipo 2

Autor: Dr. Pedro Martínez Borrero

Director: Dr. José Sola Villena

Cuenca, mayo 2009

“Los doctores son hombres que prescriben medicamentos que conocen poco, para curar enfermedades de las que conocen aun menos, en seres humanos a los que no conocen para nada”.

Voltaire

1.- Planteamiento del problema

La frase de Francois Voltaire sobre los médicos es evidentemente irónica pero lamentablemente verdadera en el siglo XXI. Los médicos modernos se han refugiado en la tecnología y los adelantos científicos para perder de vista al verdadero protagonista de la díada salud–enfermedad. El ser humano, que, es un ente individual perteneciente a un colectivo que se llama familia y que en realidad debe ser considerada una tríada por la presencia del médico.

La vida implica un cambio constante de estadios, desde el nacimiento, niñez, juventud, edad madura, vejez y muerte, todas ellas en compañía de otras personas. La tendencia actual es medir todo, cuantificar lo posible, y eso nos lleva a la fragmentación de algo que no es divisible.

La visión y misión del médico de familia es la integralidad en el tiempo, el seguir a las personas a lo largo de ese continuum, permite un manejo adecuado de las diferentes etapas por las que transita el hombre, cuando se habla de la persona debe de hecho estar implícito el “ellos”, la familia. Esa forma de afrontar los eventos trae evidentes mejoras en el cuidado de los que están a cargo del médico familiar. No debemos perder de vista la satisfacción personal del que practica este tipo de arte. El contemplar y vivir de cerca el desarrollo de múltiples familias trae como premio una visión mas amplia de la vida, una interrelación cercana que nos permite pensar en que tenemos, y, pertenecemos a diversas familias.

La medicina es mas que el simple oficio de diagnosticar y prescribir tratamientos, el médico de familia, es de hecho un especialista en casi todas las ramas de la medicina, lo que lo hace diferente es la visión holística, integral y humana de cada persona y su entorno; al trabajar con familias se hace indispensable el estudio del funcionamiento de las mismas.

Las enfermedades crónicas son de las mas desgastantes para el paciente, la familia y el médico; una de ellas, la diabetes mellitus, que, es un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina. La diabetes mellitus tipo 2 forma parte del síndrome metabólico, cuyo componente básico es la obesidad abdominal definida por un perímetro abdominal igual o mayor a 90 cm. en hombres e igual o mayor a 80 cm. en mujeres, mas dos criterios adicionales de los siguientes:

- a) triglicéridos igual o mayor a 150 mg. o en tratamiento,
- b) colesterol hdl bajo, menor a 40 mg. /dl en hombres o menor a 50 mg./dl. en mujeres,
- c) presión arterial sistólica igual o mayor a 130 mm. Hg o bajo tratamiento, presión arterial diastólica igual o mayor a 85 mm. Hg o en tratamiento,
- d) glicemia en ayunas igual o mayor a 100 mg./dl. en ayunas o igual o mayor a 140 mg./dl. luego de una prueba de tolerancia a la glucosa e incluye diabetes.

De acuerdo a la Asociación Latinoamericana de Diabetes, se define buen control metabólico, capaz de disminuir las complicaciones a largo plazo, al paciente que tiene una hemoglobina glicosilada menor a 6.5%. (ALAD 2007)

Las afecciones crónicas no aparecen de un momento a otro, mas bien, alguna manifestación de laboratorio o clínica preexiste a la aparición de la enfermedad antes de que se revele con todas sus características. El contemplar a la familia, con los diversos instrumentos de análisis de la medicina familiar, hace que el profesional pueda

presentar guías anticipadas para en muchas ocasiones hacer mas lenta la progresión o en ocasiones evitar la aparición de muchas patologías que pueden hacerse crónicas. El síndrome metabólico precede en muchos pacientes la aparición de la diabetes mellitus tipo 2, que, se inicia con la resistencia a la insulina, y que tiene implicaciones en la disfunción endotelial, factores procoagulantes, dislipidemia, alteraciones del metabolismo de la glucosa, cambios hemodinámicos y, cuyo origen posiblemente es genético, y es el tipo de diabetes que se analizará en este estudio. (ALAD 2007).

Muchos pacientes diabéticos se encuentran asintomáticos por largos períodos de tiempo, según algunos estudios puede demorarse entre nueve y doce años el diagnóstico. (Bmj Learning 2005)

Por el aumento de la expectativa de vida de las personas y con el envejecimiento de las poblaciones, las enfermedades degenerativas se hacen mas frecuentes, provocando una carga muy importante para los servicios de salud de todas las naciones, y, la diabetes al tratarse de una enfermedad con afectación multi sistémica, que, en el momento actual no es curable, se la puede considerar como abanderada de las patologías crónicas, lo que implica que las personas diabéticas pueden vivir muchos años y habrá cada vez mas personas ancianas que la padezcan.

A lo largo de la historia han existido diferentes definiciones de familia, la que se utilizará en este documento es “grupo de personas que viven bajo el mismo techo, que reconocen a uno de sus miembros como jefe o representante de la misma y que comen de la misma olla”¹.

¹Documento de trabajo del Postgrado de Medicina Familiar Universidad del Azuay 2007

A diferencia de otras definiciones, en esta se recalca que no es necesario un lazo o nexo sanguíneo ni tampoco hace referencia a la diferencia de géneros, esto porque la familia tiene que ser un conjunto en evolución y cambio sin permanecer en el estatismo que le impida crecer.

Respecto a la tipología de la familia, hay diversos criterios para clasificarla; entre ellos se pueden citar los siguientes:

El médico de familia Santacruz Varela, mencionado por Herrera Avila, considerando la funcionalidad con un enfoque psicosocial y basándonos en la dinámica de las relaciones intrafamiliares, las define como familia funcional, familia moderadamente funcional, familia disfuncional y familia severamente disfuncional.

Desde el punto de vista de su integración, la familia puede clasificarse como integrada, semi integrada o desintegrada, clasifica a las familias por sus hábitos, costumbres, y patrones de comportamiento, como tradicional o moderna, o bien tipificarse como rural y urbana. (Herrera sin fecha)

Una clasificación muy empleada es la que considera a la familia como nuclear o extensa (Soto-Cuesta & Deleyte-Banes 2005)

Las relaciones interpersonales con frecuencia son difíciles, el arte de la convivencia entre los miembros de la familia, como lo dice el filósofo Jaime Barylko, es:

“practicar la inteligencia, la innovación, la divergencia del yo con el yo que da lugar al entrenamiento para la convergencia de seres por ser divergentes”... “Es el conocimiento de nuestras fronteras, nuestros límites, nuestros barrotes”... “Educación para el respeto, pese a que este ya no está de moda, porque suena a obsoleto. Pese a que el respeto por el otro es la consciencia de la presencia del

otro en calidad de si mismo. El otro es un ser como yo, pero y en su ser, completamente diferente de mi” (Barylko 2005)

Lo que implica una convergencia del Yo con los que están fuera de mi, considerándolos como entes independientes pero inter relacionados entre sí al formar ese núcleo que es la familia, cuando se da algún hecho, llámese por ejemplo enfermedad, se produce siempre un efecto, y al ser la familia esa comunión de seres, cada uno de los miembros se verá alterado.

Estas definiciones traen de la mano el “deber” con la obligación de ser recíproco. Los mandamientos arcanos de “no hacer al otro lo que no quieres que te hagan a ti”, el respeto hacia los ancianos y débiles implican algunas de las funciones de las familias, que son económica, la reproductiva, afectiva y la educativa, (cultural y espiritual).

La capacidad de las familias de mantener una estructura estable, pero a la vez flexible al cambio y la disposición de aprender de otros son los que han llevado a la supervivencia de esta forma de relación humana. No siempre se cumplen estos rasgos por lo que las familias pueden convertirse en disfuncionales, lo que influye directamente en la calidad de vida de los miembros.

La enfermedad crónica es una crisis que produce desmoralización del que la sufre y los que están alrededor, el ideograma mandarín para crisis es una asociación de dos signos, peligro y oportunidad, lo que significa que no siempre una crisis implica retroceso o inmovilidad, es una posibilidad de crecimiento y desarrollo. El momento en que el grupo familiar funcional abriga al enfermo crónico hará que la patología sea mejor manejada por todos.

2.- Justificación de la investigación

La diabetes constituye un problema de salud pública de primera magnitud que ha pasado de ser una enfermedad característica de los países desarrollados a ser una epidemia en países en desarrollo, pues éstos enfrentan la transición que va del “rezago en salud” (mortalidad por enfermedades infecciosas, enfermedades de la nutrición y de la reproducción) a los “riesgos emergentes” asociados a la industrialización, la urbanización y el envejecimiento poblacional. (Castro 2006)

3.- Marco Teórico

Pocas son las enfermedades que pueden considerarse “curables”, dentro de ellas las infecciosas. Muchas de las enfermedades son controlables a largo plazo y con un costo elevado, no solo para las economías de los países, sino para la calidad de vida de las personas que las padecen.

Las enfermedades crónicas no infecciosas se vuelven más prevalentes a medida que se mejoran los tratamientos de las enfermedades agudas y que la población envejece, y esto está sucediendo en la mayoría de los países. (Russo 2007)

Con el advenimiento de los antibióticos, muchas de las patologías que eran las primeras causas de muerte han dejado paso a las enfermedades degenerativas y crónicas como importante causa de morbilidad y mortalidad.

En el año 2007, de acuerdo a los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador, la primera causa de mortalidad femenina es la diabetes mellitus con 1.781 casos y una tasa de mortalidad de 26,3 por cada 100.000 habitantes de sexo femenino. (INEC 2007)

Se sospecha que la prevalencia real de la diabetes puede alcanzar a cifras muy importantes, tanto que algunos estudios la cuantifican en alrededor del 30 al 40 %

cuando la búsqueda activa de la enfermedad llegue a su máxima eficacia. El reconocimiento de la diabetes como una enfermedad crónica que afecta a millones de personas en el mundo ha motivado la búsqueda de diferentes ámbitos de atención, principalmente con los conocimientos, las percepciones, actitudes y temores de los pacientes en el contexto familiar y comunal. (Fundora 2007)

Uno de los propósitos de la declaración la OMS de Alma Ata, en 1978, era tratar de dar importancia a los factores etiológicos individuales en las enfermedades, tales como los estilos de vida, alimentación, drogas, y por tanto, a las enfermedades del comportamiento. Esta propuesta quería hacer partícipe al individuo, la familia y la comunidad, aparte de a los equipos de salud, en la responsabilidad de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Según algunos autores, estos principios se convirtieron en una “ocasión perdida”, dada la forma básica de atención primaria que se sustenta en la atención asistencial, y desde el punto de vista biomédico. (Fuentes sin fecha)

Durante los últimos 20 años el riesgo de morir por diabetes ha aumentado en un 57% en ancianos y 38% en ancianas, lo que hace que la posibilidad de morir por esta causa es superior a la de cualquier enfermedad infecciosa, accidente u otras causas externas. (Peláez & Vega 2006)

En el Ecuador de acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, a la diabetes mellitus le corresponde el tercer puesto entre las causas de muerte, solamente detrás de las enfermedades cerebro vasculares e hipertensivas, lo que incluso puede indicar un subregistro de la diabetes porque las complicaciones macrovasculares son de las mas frecuentes en los pacientes con esta patología. (INEC 2006)

En la provincia del Azuay en el año 2005, la diabetes ocupa la quinta causa de morbilidad con una tasa de 87.8 por 100.000 habitantes. (CISMIL 2006)

Basados en estudios realizados en otros países a nivel de atención primaria, se encuentra que la presencia de factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, influyen negativamente en el pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes. Dentro de los otros factores detectados se halla la diabetes en un 15.8%. (Baena 2005)

La tendencia actual en el mundo es dar mas fuerza y énfasis a la mejora del cuidado en la denominada Atención Primaria de la Salud y dado que en el nivel primario se atiende a más del 85% de las personas con diabetes, se convierte en básica la función educadora para este grupo personas en la puerta de entrada a los sistemas de salud generales. (García & Suárez 2007)

La actitud proactiva de actor, y, no simplemente la de espectador ante la salud y la enfermedad, el empoderamiento, definido como la expansión en la libertad de escoger y de actuar, al aumentar la autoridad y el poder del individuo sobre los recursos y las decisiones que afectan a su vida simbolizan nuevas formas de actuar ante las situaciones adversas de la vida. La Organización Mundial de Salud (OMS) promueve el «envejecimiento activo» que se basa en tres pilares: participación social, seguridad económica y salud. (Marín 2007)

Al ver a la familia como un sistema debemos tener presente que está en constante interacción con el medio ambiente, la comunidad, las instituciones y otros sistemas externos (vecinos, escuela, trabajo y otros), sus miembros también se interrelacionan entre sí, creando muchas veces sub sistemas, y al hacerlo producen nuevas cualidades, los cambios de unos repercuten en los otros como un todo, la familia es parte de un sistema mayor que es la comunidad, existen reglas que rigen la conducta de sus miembros a forma de mecanismo regulador interno. (Baster-Moro *et al.* 2005)

La continuidad en la atención, fundamental en el accionar de los médicos de atención primaria es primordial para el seguimiento de los pacientes y familias de las personas con enfermedades crónicas. (Rubinstein *et al.* 2006)

Pese a la alta prevalencia de diabetes entre las personas adultas y mayores, la ausencia de políticas y programas adecuados para la promoción de la salud, que incluyan la prevención y el control de los trastornos comunes entre las personas ancianas, hacen que los médicos de atención primaria, desconozcan estas realidades. Hay datos que indican que la mayoría de los profesionales sanitarios tiene poca experiencia en el tratamiento de las personas ancianas. Los médicos suelen apoyarse en el tratamiento y no en la prevención; muchos creen equivocadamente que las enfermedades crónicas, el dolor y la discapacidad son consecuencias inevitables de la edad. (Peláez & Vega 2006)

Las enfermedades crónicas producen una carga importante para el sistema familiar, basados en la Teoría General de los Sistemas, propuesta por Bertalanffy; quien considera una perspectiva holística e integradora en donde lo importante son las relaciones y los conjuntos que a partir de ellas emergen, dado que un sistema es un todo unitario, donde las partes están interrelacionadas entre sí influyéndose mutuamente por tanto, es sabido que la familia es un sistema auto regulado bajo sus propias reglas, las que variarán de acuerdo a las diferentes circunstancias y crisis de su desarrollo. (Bertalanffy 1976)

Se debe considerar a las enfermedades crónicas como multi causales, generadoras de tensiones y crisis, al reconocer por tanto a la diabetes como una enfermedad que al afectar a millones de personas en el mundo ha motivado la búsqueda de diversos ámbitos de atención de la salud, principalmente en relación con los conocimientos, las percepciones, actitudes y temores de los pacientes en el contexto familiar y comunal. (Fundora 2007)

Las personas a lo largo de las etapas del ciclo vital, atraviesan por una continua renovación, las adaptaciones adecuadas a las transformaciones hacen que la capacidad de las familias de mantener una estructura estable que permita mantener la organización, pero a la vez ser flexible al cambio y la disposición de aprender de otros sean las que han llevado a la supervivencia de esta forma de relación humana, que muchas veces se ve amenazada por la enfermedad de uno o mas de sus miembros

El equipo de atención primaria debe preveer la aparición de situaciones de crisis y definir las guías anticipadas, además es fundamental acompañar a las personas y sus familias a lo largo de las mismas y tratar de que salgan fortalecidas. Cuando se producen dificultades, se dan diferentes etapas que se suceden siendo estas la negación, el miedo, la ira, la aceptación y la resolución, que a su vez puede ser funcional o disfuncional, siendo tarea del conjunto de prestadores de salud básica, el tratar que la resolución de la crisis sea lo menos traumática para la familia. (Armas & Díaz 2007)

A la salud no se le reconoce todos los méritos y ventajas hasta que se la pierde, las enfermedades agudas ponen a prueba la capacidad de respuesta rápida de las personas, de la gente que las rodea y de los servicios de salud, es habitual que el paciente tenga la tolerancia y la entereza de superarlas por el corto tiempo que tienen de evolución, en cambio, las patologías crónicas con el temor a la incertidumbre, las complicaciones y costos, se pueden considerar como un duelo, sobre todo por la pérdida del estado anterior de homeostasis.

La pérdida de la salud y del bienestar traen los mismos sentimientos que la falta de un ser querido. En el caso de la diabetes, inclusive al ser una enfermedad que “no duele”, implica que la persona que la padece o su familia, muchas de las ocasiones la nieguen o le resten importancia. Es por esta circunstancia que los pacientes diabéticos deben ser vistos como portadores de una situación compleja, en la que la acción de los profesionales de la salud es de vital importancia, por la carga excesiva que implica el

diagnóstico de una enfermedad que acarrea el cambio del estilo de vida, los costos económicos y el del papel del individuo en la familia.

La vida tiene altibajos constantes, etapas de tranquilidad, etapas de desarrollo armonioso y épocas de dificultades. Las crisis pueden ser normativas o esperables, como lo son las etapas del ciclo vital normal, nacimientos, entrada a la escuela, matrimonio y fallecimiento de las personas ancianas, y también pueden ser para normativas como las enfermedades, sobre todo en el caso de las enfermedades crónicas, ya que, al tomar en cuenta que la disminución de la calidad de vida, los costos económicos personales y para el estado, las comorbilidades, son todos factores presentes en el paciente con diabetes. Cabe mencionar que el soporte familiar juega un papel importante en la mejoría clínica y en la menor incidencia de hospitalizaciones y complicaciones tal como se ha reflejado en pacientes portadores de diabetes o insuficiencia renal. (Salcedo 2006)

La acepción del verbo “ser”, implica la continuidad en el tiempo, el verbo “estar” es indicativo de temporalidad. Las enfermedades crónicas implican la falta de curación, trascienden en el tiempo, el paciente con diabetes, cirrosis o hipertensión arterial, “es” diabético, cirrótico o hipertenso, lo que significa que la enfermedad se vuelve co sustancial a su persona.

Aquella persona que padece de una enfermedad aguda, “está” con dicha patología, es decir tiene un inicio y un final en un tiempo relativamente corto, incluso, aunque este final pueda ser la muerte.

Cuando la enfermedad tiende a la cronicidad, favorece que el paciente sea etiquetado como diferente, ya sea por el tipo de expectativas que posee, por las nuevas necesidades de cuidados y alimentación, por su aspecto físico, por su autoestima, por su capacidad de trabajo, etc. que afectan al tipo de relación interpersonal con los miembros de la familia y con sus conocidos (Boyer 2007)

La crisis causada por una enfermedad se magnifica cuando está se convierte en enfermedad crónica, las personas que las sufren, habitualmente se sienten sobrepasadas e impotentes ante su situación; su autoestima es habitualmente baja, muchas de las veces se encuentran deprimidas, sus relaciones familiares se han perturbado por la enfermedad, y se han vuelto dependientes de otros en mayor o menor medida. (Russo 2007)

La aparición de una enfermedad crónica puede alterar el equilibrio familiar, por lo que, si el sistema es disfuncional, los pertenecientes a esa forma de vida se verán a su vez afectados en la capacidad de adaptabilidad y verán truncarse sus expectativas de al final buscar la felicidad, el equilibrio, la armonía que son las metas primordiales del hombre (Domínguez 2007)

El pensar desde el punto de vista biólogo hace que falte la concepción de una visión holística e integral; hace que existan muchos servicios para atender la parte “enferma”, pero pocos servicios psicológicos y aún menos servicios sociales que serían los que han de acompañar al paciente para mejorar y conservar la salud. (Fuentes sin fecha)

La obesidad en la pobreza es una contradicción aparente. Se ha convertido en un problema importante, no solo desde el punto de vista estético como lo ven muchas personas, sino desde el punto de vista de salud poblacional. La ingesta de alimentos con alto contenido energético y la disminución de actividad física han provocado que la obesidad, precursora muchas veces de la diabetes, se cuente casi en igualdad de número de casos que la desnutrición, las generaciones posteriores de médicos al estudiar los problemas de nutrición deberán enfocarse en ambos grupos, sin poder considerar al momento cual sea de mayor riesgo para la salud de nuestra población. (OPS/MSP/CONASA 2007)

La funcionalidad o disfuncionalidad familiar caracterizada por la pérdida o disminución de los papeles de los integrantes de la misma, hace que la familia como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad se convierte en un medio que puede incidir favorable o desfavorablemente en el proceso Salud-Enfermedad. (Pagola 2008)

El FF-SIL, un instrumento construido por un grupo de Master en Psicología de la Salud en Cuba, se refiere a un *test* de funcionamiento familiar que mide el grado de funcionalidad basado en 7 variables: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad.

Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.

Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.

Afectividad: capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

Roles: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

Permeabilidad: capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

Sirve para identificar y profundizar en los aspectos que tienen mayor incidencia en el inadecuado funcionamiento familiar como son:

- Comunicación familiar
- Distribución de roles
- Solución de problemas
- El afecto familiar.

Con lo que este instrumento cubre de forma adecuada la funcionalidad familiar.

	Casi nunca 1	Pocas veces 2	A veces 3	Muchas veces 4	Casi siempre 5
1. Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12. Ante una situación					

familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

- 1 y 8 Cohesión
- 2 y 13 Armonía
- 5 y 11 Comunicación
- 7 y 12 Permeabilidad
- 4 y 14 Afectividad
- 3 y 9 Roles
- 6 y 10 Adaptabilidad

Escala Cuantitativa

- Casi nunca 1 punto
- Pocas veces 2 puntos
- A veces 3 puntos
- Muchas veces 4 puntos
- Casi siempre 5 puntos

Cada situación es respondida por el usuario mediante una cruz (x) o una \surd en la escala de valores cualitativas, según su percepción como miembro familiar. Al final se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar

De 70 a 57 puntos Familia funcional

De 56 a 43 puntos Familia moderadamente funcional

De 42 a 28 puntos Familia disfuncional

De 27 a 14 puntos Familia severamente disfuncional , (Ortega *et al*, 1999)

Las enfermedades crónicas multicausales implican un complejo manejo, el control metabólico de la diabetes, muchas veces es muy difícil de obtener, y se ve condicionado por

...aspectos socioculturales, psicológicos y educacionales, lo cual implica que lograr cifras glucémicas próximas a la normalidad, requiere de la participación activa del paciente donde el estado afectivo-emocional, puede ser la limitante o el apoyo para mantenerse motivado. Al respecto, algunos estudios sugieren la necesidad de contemplar aspectos psicosociales en la promoción de la salud y estrategias educativas, en grupos especialmente vulnerables como es el caso de los adultos con diabetes tipo 2. (Colunga-Rodríguez 2008)

Muchas veces se olvida la situación de los cuidadores de estos enfermos crónicos, existe una carencia de información, educación y capacidad resolutive de parte de las familias para no quedar con huellas que pueden durar mucho tiempo. Es meta de la medicina familiar buscar las alternativas, el reflejo de las situaciones penosas para encontrarles algún efecto benéfico. Habitualmente el papel de cuidador de los enfermos y de los niños recae en las mujeres mayores, hay ocasiones en que el cuidar del pariente enfermo se convierte en motivo de satisfacción, pero en muchas otras veces se trata de una carga que debe sobrellevarse sola o con poco apoyo. (Morales 2007)

Con la evolución de los derechos de los pacientes, el mero hecho de la díada salud-enfermedad ha pasado a un segundo plano, dado que la calidad de vida se ha convertido en los últimos años en un objetivo importante a alcanzar en el área de la salud. (Ramírez 2007)

Con el paradigma de la bioética, que parte del principio de autonomía de las personas sobre su condición de salud-enfermedad, cada vez toma mas fuerza la participación activa del ciudadano, capaz de adoptar comportamientos co-responsables respecto su salud, es la otra asignatura pendiente, para que realmente los ciudadanos sientan el compromiso de tomar decisiones conjuntas, con sus profesionales de referencia, para entender las causas de sus enfermedades, tomar las decisiones sobre las posibilidades terapéuticas y poder autogestionar al máximo sus situaciones de vida y sus enfermedades crónicas, ofreciéndoles espacios reales de participación. (Quintanilla 2007)

La ciencia y la tecnología han convertido a la medicina occidental en algo instantáneo, omnipotente. Desde el punto de vista de la población, “todo tiene que curarse”, “debe haber una tableta para cada síntoma o signo que aparezca”, la presencia del médico motivador de los cambios benéficos se pierde en la prescripción de medicamentos, se deja de lado la entrevista, el intercambio de ideas y sentimientos, los miedos y temores no siempre son aclarados, por ello, la declaración de Alma Ata, propone salud para todos, desmedicalizar, deja la puerta abierta a devolver el control de la enfermedad a la población. (Fuentes sin fecha)

En la etapa de la post modernidad, con el individualismo reinante en el que se pierden muchas veces las relaciones personales, se considera que con el apareamiento de las enfermedades, el cuerpo “amigo” puede transformarse en un contrincante rebelde, porfiado, enemigo a veces. (Backalarz 2007)

La evolución histórica, social, psicológica, de valores e intereses de los seres humanos, a lo largo del tiempo, producen un cambio de las relaciones, la interacción entre las personas, hace que las sociedades se encuentran en una continua evolución social y cultural que las convierten en sociedades más complejas y generadoras de nuevas necesidades y demandas que requieren nuevas respuestas. (Morera 2007)

Desde que se instituye como especialidad a la medicina familiar, la visión holística del “hombre y sus circunstancias” como lo dice Ortega y Gasset se convierte en centro de atención integral por el Equipo Básico de Salud junto al individuo, la comunidad y el ambiente, es el paradigma de lo biopsicosocial, de esta forma se producen eventos vitales que influyen en el proceso salud - enfermedad y que deciden en la satisfacción de las necesidades biológicas, afectivas, educativas y económicas, entre otras, de sus integrantes, en relación con la comunidad donde se forma, se transforma y se disuelve o en otra a la cual puede migrar. (Baster-Moro 2005)

Las actitudes de las familias y su evolución ha creado nuevas formas de interactuar, el funcionamiento familiar es considerado como la dinámica relacional sistémica que se da entre los miembros y se define a través de las categorías de: papel de cada uno de los integrantes, armonía, cohesión, adaptabilidad, permeabilidad, afecto y comunicación. En muchas ocasiones tratamos de medir, cuantificar y calificar para poder hacer estudios y realizar diagnósticos que impliquen nuevas actitudes, estructuras y formas de actuar. (Pagola 2008)

Con el envejecimiento de las sociedades se operan cambios que implican realidades diferentes en las acciones de salud y este hecho se da con mayor énfasis en los servicios de atención primaria.

“La salud se ve afectada en la mayoría de las personas adultas mayores de manera muy distinta a los adultos jóvenes, tanto porque las formas de presentación de las enfermedades son diferentes a las enseñadas habitualmente, como porque presentan múltiples patologías concomitantes, consumen más fármacos y su funcionalidad en el diario vivir se ve alterada, pudiendo transformarlos en dependientes de otras personas por lo que requieren servicios propios” (Marín 2007)

El envejecimiento trae consigo la disminución de muchas capacidades físicas y mentales lo que significa que la dependencia funcional de las personas mayores y reconoce múltiples factores. Significa una carga muy grande para los sistemas familiares, que muchas veces carecen de la capacidad de adaptación para enfrentarse a situaciones para las que no estaban preparadas. El conocimiento de estos factores debe contribuir a diseñar programas de salud que permitan identificar a los individuos en riesgo de perder su autonomía e implementar intervenciones dirigidas a detener o revertir ese proceso. (Durantes 2007)

La diabetes mellitus tipo 2 se caracteriza por una disminución de la calidad de vida relacionada con la salud, no solo desde el punto de vista físico, sino también en apreciaciones psicológicas de las que habitualmente los médicos no quieren tomar a su cargo, se ha demostrado que los pacientes portadores de diabetes y sus cuidadores tienen más depresión y menor auto estima comparados con pacientes controles, esto se da sobre todo en aquellos con sobrepeso u obesidad. (Mena-Martín *et al.* 2006)

Muchas de las veces las enfermedades crónicas tienen un alto componente genético y medio ambiental, por lo que al tener un paciente con diabetes, es obligación del médico de atención primaria valorar al resto de los integrantes de la familia, para, partiendo de uno de los principios de la medicina de familia, que es el considerar la posibilidad de población de riesgo para adoptar medidas de prevención primaria con la meta de evitar la aparición de nuevos casos. (Rubinstein *et al.* 2006)

4. Hipótesis

La adecuada funcionalidad familiar influye favorablemente en el control metabólico del paciente diabético tipo 2.

5. Objetivos

a) General

Asociar la buena funcionalidad familiar con el adecuado control metabólico de los pacientes diabéticos tipo 2.

b) Específicos

Investigar la funcionalidad familiar con el método FF-SIL, para determinar si los pacientes diabéticos con buena funcionalidad familiar están mejor controlados.

6. Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo ecológico. Susser, mencionado por Segura, sugiere que:

“la justificación principal para el enfoque ecológico es estudiar la salud en un contexto ambiental... la salud de un grupo es más que la suma de la salud de los miembros individuales, y... la perspectiva brindada por los estudios cuya unidad de análisis es el grupo más que los individuos, se debe entender como una manera de abordaje de la epidemiología y la salud pública, cuyo objetivo de interés son los grupos” (Segura 2003)

7. Universo

El estudio se realizó en la Clínica Humanitaria de la Fundación Pablo Jaramillo y en la Fundación Donum de la ciudad de Cuenca, Ecuador, entidades sin fines de lucro y que tienen políticas de categorización que permiten establecer tarifas diferenciadas con un trato equitativo y solidario a todas las personas que solicitan sus servicios, y, el universo fue todo paciente, diagnosticado con diabetes mellitus tipo 2, y su familia para determinar la funcionalidad familiar con el instrumento FF-SIL que fue validado antes de iniciar el estudio con cinco pacientes que acudieron a la consulta de medicina interna de la Clínica Humanitaria de la Fundación Pablo Jaramillo.

Los pacientes que acuden a estos centros de salud son mayoritariamente de una clase socio económica baja. Muchos de ellos vienen de las zonas rurales de las provincias de Azuay, Cañar, Loja, Morona Santiago y El Oro. Algunas de estas personas son analfabetas, lo que dificulta la comprensión de la receta escrita. Dependiendo del área geográfica, existe distinta disponibilidad de alimentos, lo que significa que el médico debe conocer el entorno de cada uno de los pacientes para poder indicar las mejores opciones de dieta en cada caso, las realidades locales no siempre pueden transpolarse a una realidad mas grande, ni siquiera provincial, menos aún regional.

Es una muestra probabilística por conveniencia.

8. Variables

La variable independiente es la funcionalidad familiar y las variables dependientes son las enfermedades crónicas, representada por la diabetes mellitus tipo 2.

9. Resultados

En este estudio de cien pacientes 24 fueron varones y 76 mujeres. Véase en anexo, tabla 1.

El promedio de edad es de 58,7 años, con una mediana de 60 años, moda de 67 años, la edad máxima es de 80,5 años y la mínima de 24,8 años. Véase en anexo, tabla 2.

El tiempo de evolución de la enfermedad va desde un máximo de 30 años a un mínimo de 0 días, (pacientes a quienes se les diagnosticó en el momento de realizar el estudio), con un promedio de 5,9 años, una moda de 5 años y una mediana de 5 años. Véase en anexo, gráfico 1.

El perímetro abdominal promedio es de 98,95 cm, con un máximo de 126 cm, un mínimo de 64 cm, con una mediana de 98 cm y una moda de 94 cm. Véase en anexo, tabla 3.

La hemoglobina glicosilada con 7,9 % de promedio, un máximo de 12,2 %, un mínimo de 4,9 %, con una mediana de 7,77 %, una moda de 9 %. Véase en anexo, tabla 4.

En este estudio, 84 de las familias son funcionales o moderadamente funcionales, sin que esto signifique un mejor control metabólico de la diabetes. Véase en anexo, gráfico 2 y tabla 5. Odds ratio 0.48, por lo que no existe correlación estadística.

La relación entre funcionalidad familiar y perímetro abdominal tiene un Odds ratio de 1.58, con lo que existe cierta correlación estadística. Véase en anexo, tabla 6.

La relación entre funcionalidad familiar y el sexo de los pacientes tiene un Odds ratio de 1.58 por lo que se da una cierta correlación estadística hacia los hombres. Véase en anexo tabla 7 y gráfico 3.

10. Discusión

La incertidumbre es parte de la vida del ser humano, los absolutos no existen, los individuos planifican sus vidas como si no fuesen a morir, el momento en que una persona recibe el diagnóstico de enfermedad crónica se encuentra en una situación compleja y difícil, la sombra de la muerte, incapacidad, pérdida de estatus y el asumir el papel de enfermo dentro de la familia puede llevar a crisis.

Muchas de las veces existe desinformación o desconocimiento de la patología, por lo que el médico debe absolver las dudas que se puedan presentar.

El diabético no está solo en su enfermedad, le acompaña, en menor o mayor grado su familia.

El adecuado control metabólico no siempre se obtiene. En un estudio realizado en Méjico, en donde se analiza la relación entre la funcionalidad familiar y el control metabólico, solamente el 16% de los pacientes se encontraban en el grupo de buen control. (Valadez *et al* 1993)

Posiblemente las mujeres frecuentan más los servicios de salud de beneficencia, por la menor disponibilidad de dinero propio o la afiliación al Seguro Social. Además su papel habitual de cuidadora, puede hacer que sea más cuidadosa de su salud por beneficio de los que viven con ella. Con frecuencia acuden con sus hijos a los controles periódicos, acuden a charlas o se reúnen en grupo de madres, por lo que están en relación mas cercana con los servicios de salud. Por otro lado, al hombre, “macho latino” posiblemente por situaciones culturales le es más difícil aceptar las enfermedades y demostrar la “debilidad” de estar enfermo.

A la diabetes mellitus tipo 2 se le considera enfermedad de la adultez y ancianidad,

potencialmente por los cambios de estilos de alimentación y sedentarismo, su edad de presentación podrá ser menor en los años venideros, así mismo las complicaciones, sobre todo cardiovasculares suelen hacer que estas personas tengan una menor expectativa de vida que sus pares sin esta enfermedad.

Muchas veces el paciente diabético ignora su condición de tal, incluso aquel con síndrome metabólico no es consciente de la posibilidad de “progresar” hacia la enfermedad con todas sus manifestaciones. Lamentablemente, por la falta de una actitud holística de las personas a cargo del cuidado de las familias, no se anticipa que se pueda presentar esta enfermedad.

En este estudio, un dato que llama la atención es el del perímetro abdominal, de acuerdo a las guías de la ALAD el corte para la población mestiza de nuestro país es de 80 cm en mujeres y 90 cm en hombres, (ALAD 2007) únicamente tres mujeres y tres hombres están dentro de las metas. Eso significa que prácticamente la totalidad de personas de este estudio presentaban obesidad abdominal que es el componente esencial del síndrome metabólico. Tal vez los médicos no estamos tomando en cuenta ese signo vital, o, por otro lado la anatomía de los pobladores de esta región no es similar a la de otras áreas geográficas.

El adecuado control metabólico de la diabetes es difícil de obtener, en este estudio se tomó la recomendación de la ALAD 2007, de la hemoglobina glicosilada menor a 6.5%, sin embargo se debe individualizar las metas, de acuerdo a las circunstancias de cada paciente. Lamentablemente aún no está publicada una guía actualizada para poder dilucidar este hecho. Pese a ello, en este estudio 27 pacientes están dentro de esa meta, 38 pacientes tienen una hemoglobina glicosilada menor o igual a 7%. Se puede considerar que con todas las dificultades que conlleva el tener una patología crónica, costosa, que requiere de cambios en el estilo de vida, dadas las circunstancias socio culturales y económicas de los pacientes de este estudio el control metabólico de muchos de los pacientes es bueno.

De acuerdo a un estudio publicado en Méjico, no existe relación entre el grado de función familiar y el control glucémico de los diabéticos tipo 2. (Jimenez-Benavídez *et al.* 2005)

Basados en el instrumento de análisis de percepción funcionalidad familiar, FF-SIL, en este estudio, 84 familias son funcionales o moderadamente funcionales sin que esto signifique un mejor control metabólico de la diabetes. Tal vez haya que utilizar otros instrumentos para la valoración de la función familiar con el fin de revalidar o refutar esta afirmación. Es difícil conocer si la buena o mala funcionalidad familiar precede a la aparición del diagnóstico de una enfermedad crónica o si la aparición de la misma es la causa de un cambio en la eficacia previa.

“Por el estómago del hombre se llega a su corazón” reza el adagio popular, la demostración de cariño, la mujer, que se precie de “ser buena mujer” pueden influir en que las personas con una mejor interrelación grupal se alimenten de una forma, aparentemente, mejor o mas abundante, lo que en influirá en un incremento del perímetro abdominal, comparado con el grupo menos funcional.

La esposa-madre cuidadora, las condiciones de machismo aún reinantes pueden suponer que los hombres enfermos reciben una mejor atención cuando están enfermos. La posibilidad de que el hombre, como proveedor de la familia, deba ser atendido de mejor forma, porque su discapacidad o pérdida influirá en el estado económico del grupo.

11. Recomendaciones

La visión integral, con énfasis en el seguimiento a lo largo del tiempo, y los conocimientos científicos, hacen que el médico de atención primaria sea la persona idónea para manejar este grupo de personas, tanto enfermos, cuanto sus allegados. La posible repetición de conductas y patologías en las familias, hacen de la prevención primaria la base para disminuir el número de personas afectadas por la diabetes tipo 2. La preparación de guías anticipadas, pilar de la atención primaria, cobra importancia para reducir los riesgos cardio metabólico con la aplicación de conductas y cambios de estilo de vida.

El médico familiar debe manejar las crisis derivadas de los diagnósticos difíciles, acompañará al individuo, le confortará cuando flaquee. La visión del especialista biólogo, muchas de las veces se quedará en los números de glucosa, colesterol y presión arterial. Debiendo recalcar una vez más que el paciente, es un ser único e irreplicable, que merece el mejor de los tratamientos, siendo estos no solamente farmacológicos sino la totalidad de las veces el de la amistad, empatía y compañerismo.

La adecuada funcionalidad familiar al permitir la adaptabilidad, la solidaridad, el afecto y la capacidad de solucionar los problemas, puede ser un factor útil para evitar la progresión hacia la diabetes.

Se debe hacer nuevos estudios para determinar el perímetro abdominal en nuestra población.

La mujer, muchas veces, rezagada, olvidada, mal tratada, merece unas líneas especiales. Es obligación de los gobiernos, tanto centrales, cuanto regionales, de todos los que tenemos algún poder de decisión, de aquellos que tenemos voz, hacer realidad aquello que se dice tanto de boca para afuera. La igualdad de derechos y oportunidades, la desaparición del machismo y la violencia.

Anexo

Tabla 1

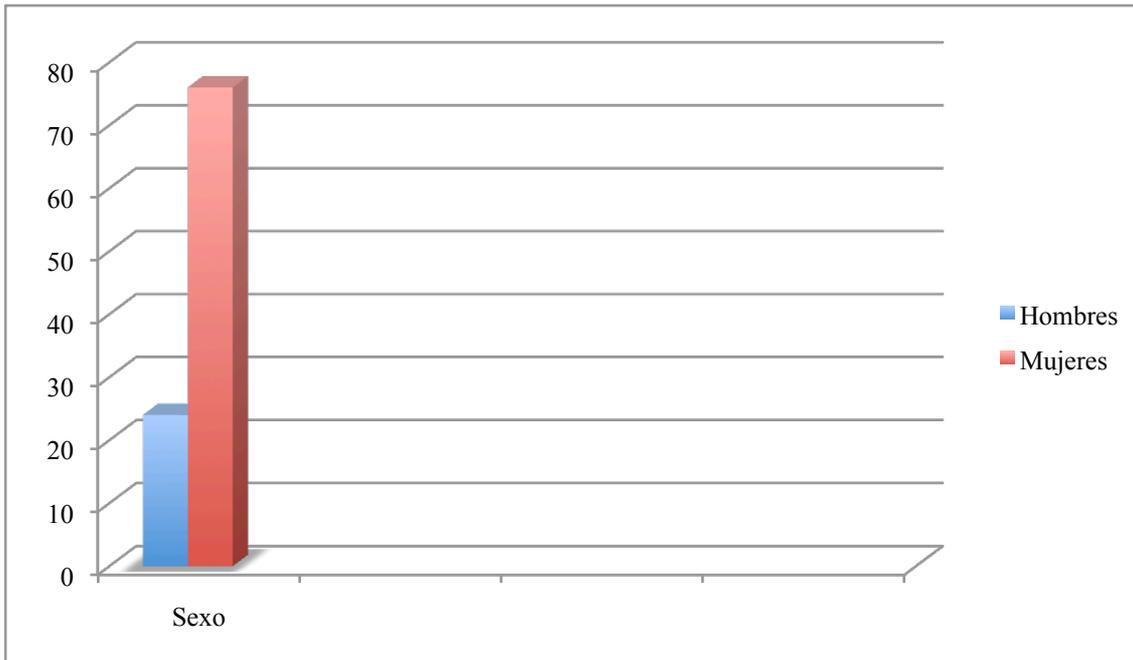


Tabla 2

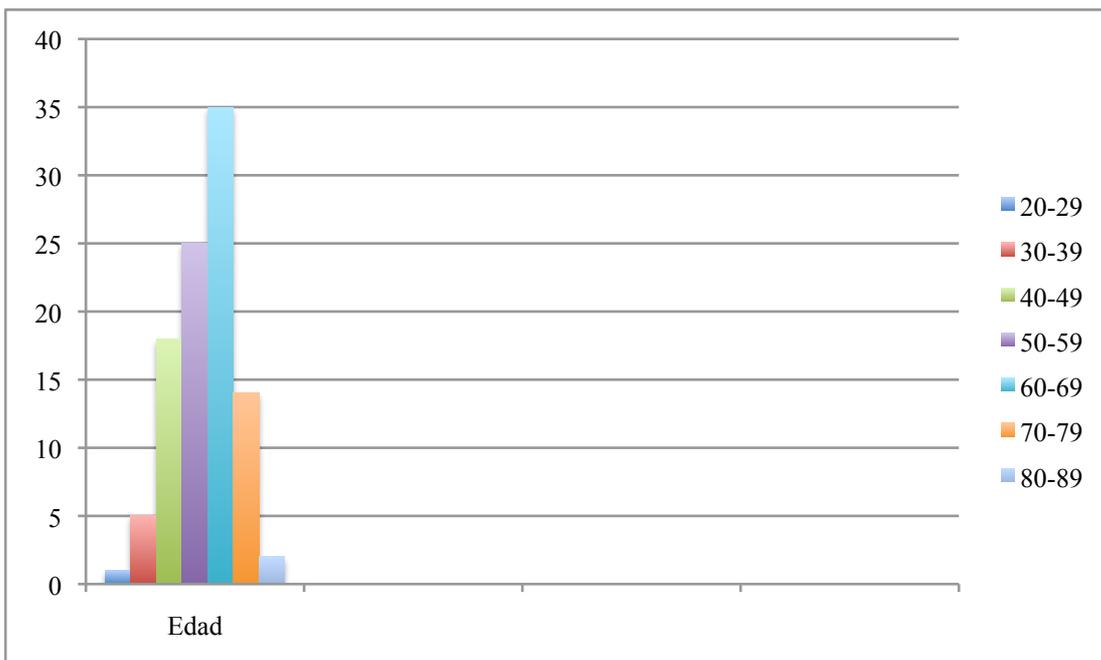


Gráfico 1

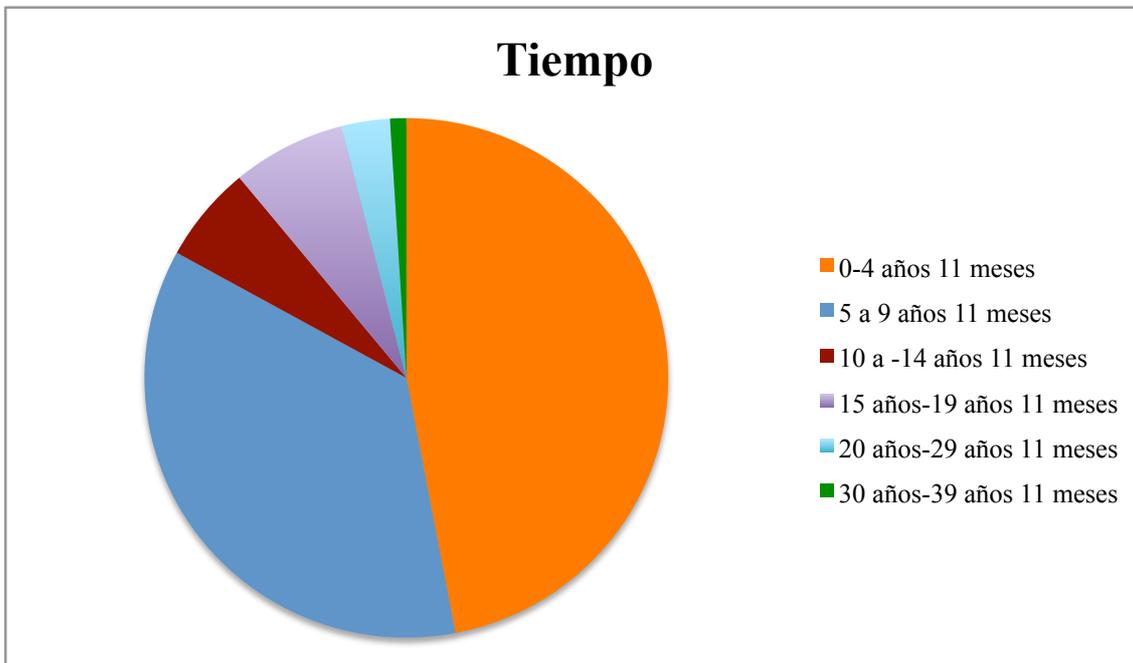


Tabla 3

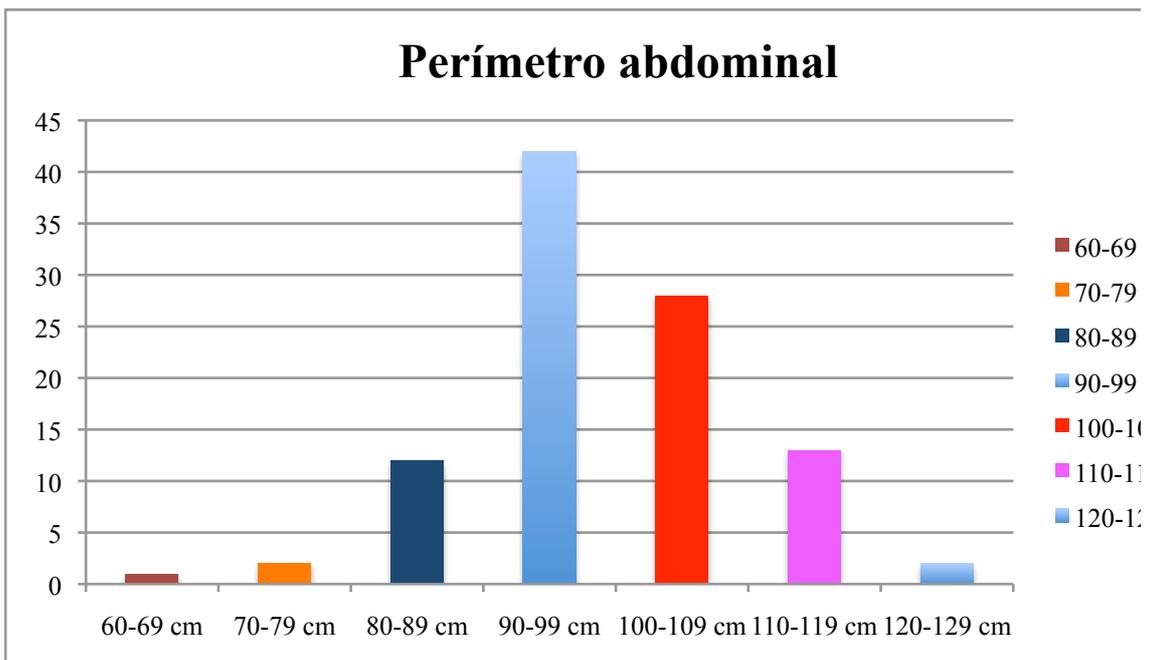


Tabla 4

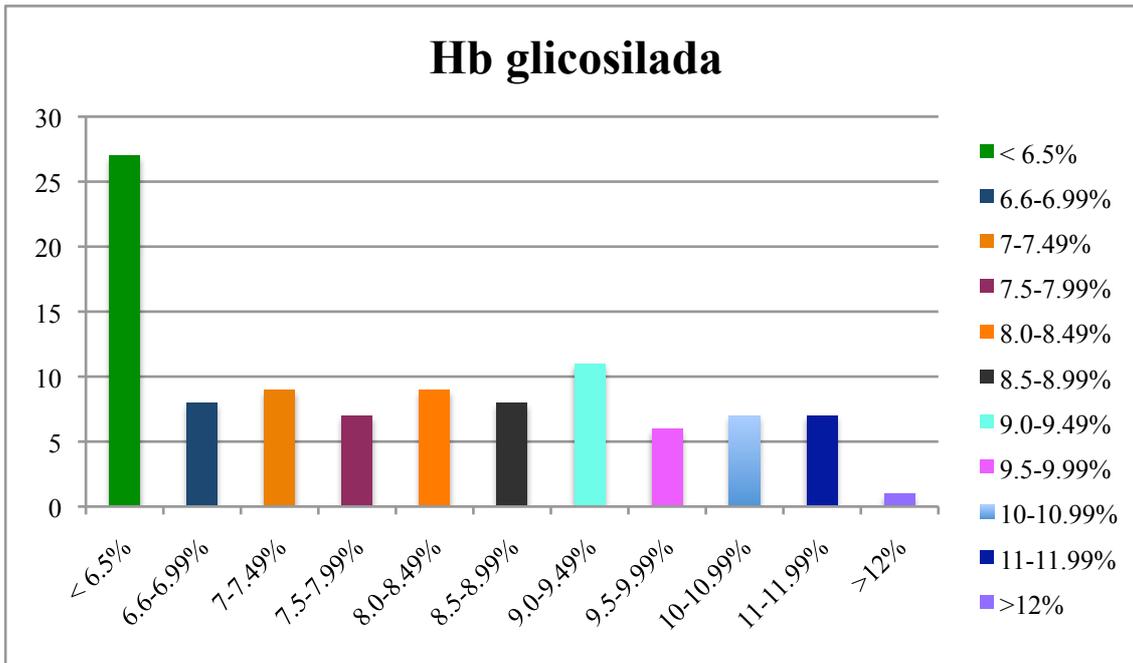


Gráfico 2

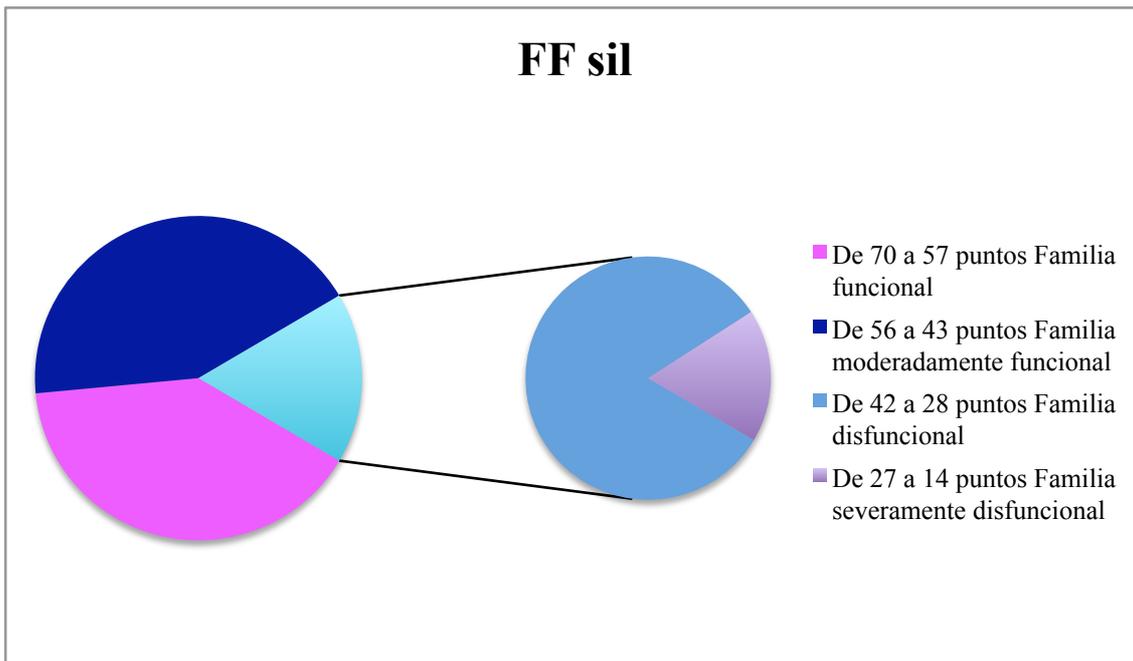


Tabla 5

Relación entre funcionalidad familiar y hemoglobina glicosilada

FUNCIONAL	CONTROL		Total
	+	-	
+	29	54	83
>	34.9%	65.1%	> 83.0%
	76.3%	87.1%	
-	9	8	17
>	52.9%	47.1%	> 17.0%
	23.7%	12.9%	
Total	38	62	100
	38.0%	62.0%	

Odds ratio 0.48, por lo que no existe correlación estadística.

Tabla 6

Relación entre funcionalidad familiar y perímetro abdominal

FUNCIONAL	PONDERACIO		Total
	+	-	
+	21	62	83
>	25.3%	74.7%	> 83.0%
	87.5%	81.6%	
-	3	14	17
>	17.6%	82.4%	> 17.0%
	12.5%	18.4%	
Total	24	76	100
	24.0%	76.0%	

Análisis de tabla simple

Odds ratio estadística 1.58 Con lo que exista cierta relación

Tabla 7

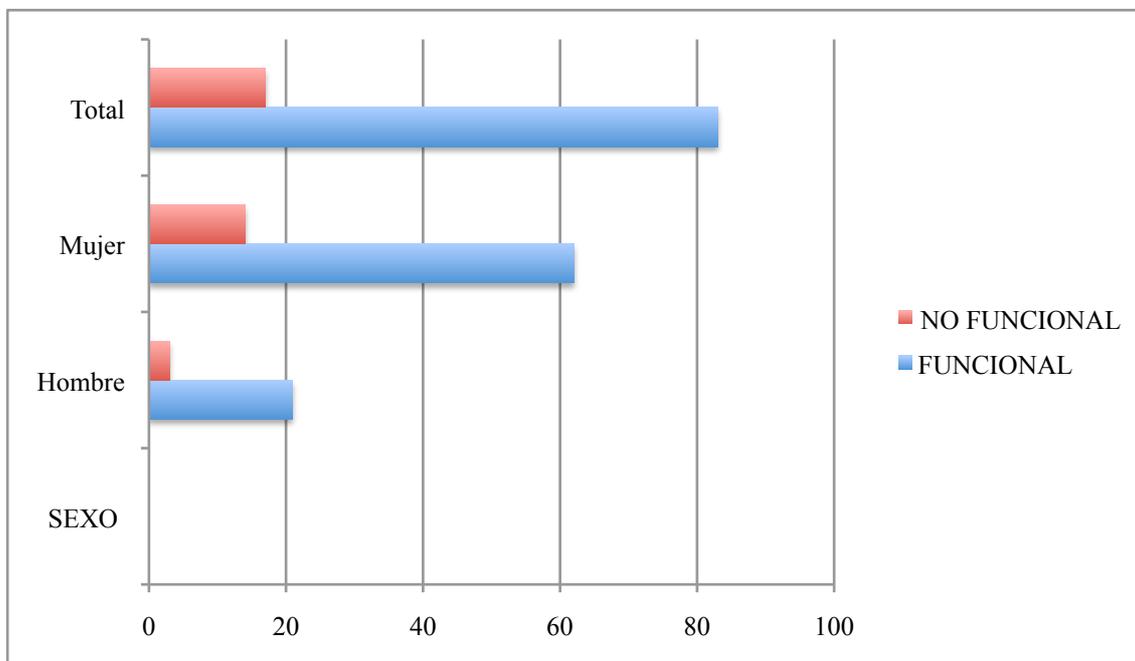
Relación entre funcionalidad familiar y el sexo de los pacientes

SEXO	FUNCIONAL		Total
	+	-	
H	21	3	24
>	87.5%	12.5%	> 24.0%
M	62	14	76
>	81.6%	18.4%	> 76.0%
	74.7%	82.4%	
Total	83	17	100
	83.0%	17.0%	

Análisis de tabla simple

RAZON DE RIESGOS (RR) (Efecto:FUNCIONAL=+; Exposición:SEXO=Hombre)
1.07

Gráfico 3



Bibliografía

1. Alvarez L (2006) Modelos explicativos y de intervención psicosocial de la enfermedad crónica [en línea],

Disponible:

http://www.accessmylibrary.com/coms2/summary_0286-32145981_ITM [Fecha de consulta: 2009 enero 20]

2. Armas Norma & Díaz Lenin (2007) Entre voces y silencios: Las familias por dentro. 1ª ed., Ediciones América, Quito.

3. Backalarz, (2007) La familia frente a la enfermedad crónica y la discapacidad [en línea],

Disponible:

<http://www.aanf.org.ar/download/documentos/13.doc>. [Fecha de consulta: 2009 enero 20]

4. Baena J, Val-García J, y Tomás J, (2005) Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo en atención primaria [en línea],

Disponible:

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1142170> [Fecha de consulta: 2009 enero 20]

5. Barylko Jaime [2005] Familia el arte de la convivencia 1º ed., Editorial Sudamericana Buenos Aires.

6. Baster-Moro J, Durán Cordovés L, y Roy Pérez M [2005], La Familia. Una visión necesaria para la Atención Primaria de Salud, [en línea],

Disponible:

<http://www.cocmed.sld.cu/no92/n92rev1.htm> [Fecha de consulta: 2009 enero 20]

7. Bertalanffy Ludwig von [1976] Teoría general de los sistemas. 1ª ed., Fondo de Cultura Económica, México.

8. Boyer-Navarro M, [2008] La Familia ante la Enfermedad [en línea],

Disponible:

http://www.humanizar.es/formacion/img_documentos/jornadas_humanizacion_2008/05_com_mariaboyer.pdf [Fecha de consulta: 2009 enero 10]

9. Castro Sánchez A (2006) El apoyo social en la enfermedad crónica: el caso de los pacientes diabéticos tipo 2 [en línea],

Disponible:

http://www.respyn.uanl.mx/vii/4/articulos/apoyo_diabeticos.htm [Fecha de consulta: 2009 enero 10]

10. Centro de Investigaciones Sociales del Milenio Ecuador (2006) “Objetivos del desarrollo del milenio” (Monsalve Moreno, 2006).
11. Colunga-Rodríguez C, García J, Salazar J, González M (2005) Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México [en línea],

Disponible:

http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0124-00642008000100013&script=sci_arttext [Fecha de consulta: 2009 enero 10]

12. De la Cuesta C (2007) El cuidado del otro: Desafíos y posibilidades [en línea],

Disponible:

<http://enfermeria.udea.edu.co/revista/ojs/index.php/iee/article/view/30/74> [Fecha de consulta: 2009 enero 10]

13. Dominguez-García L (2007) Proyecto de vida y valores: Condiciones de la personalidad madura y saludable [en línea],

Disponible:

<http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=2019> [Fecha de consulta: 2009 enero 1]

14. Dorantes-Mendoza G, Avila-Funes J, Mejía-Arango S, Gutiérrez-Robledo L (2001) Revista Panamericana de Salud Pública - Factors associated with functional dependence in older adults: a secondary analysis of the National Study on Health and Aging, Mexico [en línea],

Disponible:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000600001 [Fecha de consulta: 2008 diciembre 28]

15. Flacso y Cismil Ecuador (2006) Informe Azuay Completo. [en línea]

Disponible:

<http://www.flacso.org.ec/docs/ODM06-102.pdf>. [Fecha de consulta: 2008 diciembre 28]

16. Fuentes M (Sin fecha) La atención primaria de la salud según Alma Ata. Una ocasión perdida [en línea]

Disponible:

<http://74.125.95.132/search?q=cache:SoITkdb0cwJ:www.matriz.net/caps2/quadern/28/14qc28mercefntes.pdf+Merc%C3%A8+Fuentes,+%E2%80%9CLA+ATENCI%C3%93N+PRIMARIA+DE+SALUD+SEGUN+ALMA+ATA.+UNA+OCASI%C3%93N+PERDIDA&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec&client=firefox-a> [Fecha de consulta: 2008 diciembre 20]

17. Fundora M (2007) Diabetes mellitus. La crónica de la historia [en línea]

Disponible:

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/553/1/Diabetes-mellitus-La-cronica-de-la-historia.html> [Fecha de consulta: 2008 diciembre 20]

18. García R y Suárez R (2007) La educación a personas con diabetes mellitus en la atención primaria de salud [en línea],

Disponible:

http://centrosoms.sld.cu/Members/ahyero/copy_of_enfoque-actual-la-educacion-a-personas-con-diabetes-mellitus-en-la-atencion-primaria-de-salud [Fecha de consulta: 2009 enero 20]

19. Gofin J y Gofin R, (2007) Revista Panamericana de Salud Pública - Community-oriented primary care: a public health model in primary care [en línea],

Disponible:

[http://www.cmim.org/boletin/Noticias/2007/MI-4-07\(265-367\)1.32MBkb.pdf](http://www.cmim.org/boletin/Noticias/2007/MI-4-07(265-367)1.32MBkb.pdf) [Fecha de consulta: 2008 diciembre 20]

20. González C, González S (2008) Un enfoque para la evaluación del funcionamiento familiar [en línea],

Disponible:

http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-75272008000200002&lng=pt&nrm=iso [Fecha de consulta: 2008 diciembre 20]

21. González-Salamea C (2006) Comparación de variables biomédicas y funcionales (Apgar familiar) en pacientes del programa de salud cardiovascular [en línea],

Disponible:

[http://74.125.95.132/search?q=cache:GoqOISBScCQJ:www.medicinadefamiliares.cl/Trabajos/apgar%2520publicacion.pdf+Gonz%C3%A1lez-Salamea,+%E2%80%9CComparaci%C3%B3n+de+variables+biom%C3%A9dicas+y+funcionales+\(apgar+familiar\)+en+pacientes+del+programa+de+salud+cardiovascular&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec&client=firefox-a](http://74.125.95.132/search?q=cache:GoqOISBScCQJ:www.medicinadefamiliares.cl/Trabajos/apgar%2520publicacion.pdf+Gonz%C3%A1lez-Salamea,+%E2%80%9CComparaci%C3%B3n+de+variables+biom%C3%A9dicas+y+funcionales+(apgar+familiar)+en+pacientes+del+programa+de+salud+cardiovascular&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec&client=firefox-a) [Fecha de consulta: 2009 enero 20]

22. Herrera A (Sin fecha) La familia como unidad de análisis [en línea],

Disponible:

www.geocities.com/hiponiqueo/Familiy.html [Fecha de consulta 2009 enero 9]

23. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Ecuador, Indicadores Básicos de Salud (2006) [en línea],

Disponible:

http://www.inec.gov.ec/web/guest/publicaciones/anuarios/inv_soc/nac_def [Fecha de consulta: 2008 noviembre 24]

24. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Ecuador (2007) Defunciones [en línea],

Disponible:

http://www.inec.gov.ec/web/guest/ecu_est/reg_adm/est_vit/not_vit3 [Fecha de consulta: 2008 noviembre 24]

25. Izquierdo A (2006) Psicología del desarrollo de la edad adulta: Teorías y contextos [en línea],

Disponible:

http://www.erevistas.csic.es/ficha_articulo.php?url=oai:revistas.ucm.es:31647&oai_ide n=oai_revista271 [Fecha de consulta: 2008 noviembre 24]

26. Marín P (2007) Reflexiones para considerar en una política pública de salud para las personas mayores [en línea],

Disponible:

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872007000300016&script=sci_arttext [Fecha de consulta: 2008 noviembre 24]

27. Mena-Martín F, Martín J, Simal F, Bellido J, Carrertero J (2006) Diabetes mellitus tipo 2 y calidad de vida relacionada con la salud: resultados del Estudio Hortega [en línea],

Disponible:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992006000800002&script=sci_arttext&tlng=es. [Fecha de consulta: 2008 noviembre 20]

28. Mendez C, Barra R, y Pradines C (2007) Percepción de Calidad de Vida en Personal de Atención Primaria de Salud [en línea],

Disponible:

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2538953> [Fecha de consulta: 2008 noviembre 20]

29. Mendoza-Solís L, Soler-Huerta L, y Sainz-Vázquez L (2006) Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria [en línea],

Disponible:

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=50780104> - 24k - [Fecha de consulta: 2008 noviembre 20]

30. Mercado-Martínez F y Hernández-Ibarra E (2007) Cadernos de Saúde Pública - Chronic illness from the perspective of patients and health professionals: a qualitative study in Mexico [en línea],

Disponible:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000900025&tlng=en&lng=en&nrm=iso [Fecha de consulta: 2008 octubre 20]

31. Morales-Padilla O (2007) Situación del cuidador familiar de la persona que vive con enfermedad crónica discapacitante en Guatemala [en línea],

Disponible:

<http://74.125.95.132/search?q=cache:01zBK61FODEJ:revistas.um.es/eglobal/article/vie w/398/371+Morales->

[Padilla,+%E2%80%9CSITUACI%C3%93N+DEL+CUIDADOR+FAMILIAR+DE+L+A+PERSONA+QUE+VIVE+CON+ENFERMEDAD+CR%C3%93NICA+DISCAPACITANTE+EN+GUATEMALA&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec&client=firefox-a](#) [Fecha de consulta: 2008 octubre 20]

32. Morera R, Atención Integrada (2008) [en línea],

Disponible:

<http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss1/11> [Fecha de consulta: 2008 diciembre 20]

33. Organización Panamericana de la Salud, Ecuador Perfil de País, Salud en las Americas (2007)[en línea],

Disponible:

http://74.125.95.132/search?q=cache:HHEwWN7uDzcJ:www.lachealthsys.org/index.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D340+Ecuador+Perfil+de+País.+Salud+en+las+Americas+2007&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec&client=firefox-a [Fecha de consulta: 2008 septiembre 20]

34. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2007 La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas (Quito: OPS/MSP/CONASA).

35. Pagola M (2008) Asociación de la funcionalidad familiar con un diagnóstico oncológico, Tesis Postgrado de Medicina Familiar, Universidad Veracruzana, Veracruz, México

36. Peláez M y Vega E (2006) Envejecimiento, pobreza y enfermedades crónicas en América Latina y el Caribe [en línea]

Disponible:

http://74.125.95.132/search?q=cache:-6fhDolUZqoJ:www.diabetesvoice.org/files/attachments/article_478_es.pdf+Pel%C3%A1ez+y+Vega,+%E2%80%9CEnvejecimiento,+pobreza+y+enfermedades+cr%C3%B3nicas+en+Am%C3%A9rica+Latina&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec&client=firefox-a [Fecha de consulta: 2009 enero 20]

37. Quintanilla I (2007) Salud Integral, Vida y Familia [en línea],

Disponible:

<http://saludintegralvidayfamilia.com/2007/09/09/programa-13-la-familia-como-institucion/> [Fecha de consulta: 2009 enero 20]

38. Raffo S (2007) Intervención en Crisis [en línea],

Disponible:

http://74.125.95.132/search?q=cache:-JnxbaEyXgkJ:https://www.u-cursos.cl/medicina/2009/1/MPSIQUI5/2/material_docente/objeto/207751+Raffo,+%E2%80%9CIntervenci%C3%B3n+en+Crisis&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec&client=firefox-a [Fecha de consulta: 2008 septiembre 2]

39. Ramírez R (2007) Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura [en línea] ,

Disponible:

<http://www.scc.org.co/REVISTASCC/v14/v14n4/html/v14n4a4.htm> [Fecha de consulta: 2008 septiembre 2]

40. Rojas V y Sevilla D (2004) Estudio de necesidades para la creación de un programa educativo para diabéticos [en línea],

Disponible:

http://74.125.95.132/search?q=cache:HwpTfZaeC-MJ:sovemefa.net.ve/publicaciones/volumen_12/Medfam12-1%2520Art4%2520p2326%25202004.pdf+Victor+Rojas.+ESTUDIO+DE+NECESIDADES+PARA+LA+CREACION+DE+UN+PROGRAMA+EDUCATIVO+PARA+DIABETICOS&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec&client=firefox-a [Fecha de consulta: 2008 septiembre 20]

41. Rubinstein, et al, Medicina Familiar y práctica ambulatoria, vol. 1, 2º ed. (Buenos Aires, 2006).

42. Russo R (2007) La Relación Medico Paciente y la Enfermedad Crónica [en línea],

Disponible:

http://www.zonapediatrica.com/index2.php?option=com_content&task=emailform&id=207&itemid=99999999 [Fecha de consulta: 2009 febrero 3]

43. Salcedo-Avila G (2004) Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2 [en línea],

Disponible:

http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/Gregorio_Salcedo_Avila.pdf [Fecha de consulta: 2009 febrero 3]

44. Segura A (2003) Diseños ecológicos [en línea],

Disponible:

guajiros.udea.edu.co/Eva/Cursos/Observac/Disenos%20ecologicos.pdf
[fecha de consulta: 2009 mayo 22]

45. Viniegra-Velázquez L (2006) Las enfermedades crónicas y la educación. La diabetes mellitus como paradigma [en línea],

Disponible:

<http://74.125.95.132/search?q=cache:830Pst07DTQJ:www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/D0613519-3E8B-4977-AD4E-08D6D2B6A83E/0/RM06107DMPARADIGMA.pdf+Viniegra-Vel%C3%A1zquez,+%E2%80%9CLas+enfermedades+cr%C3%B3nicas+y+la+educaci%C3%B3n.+La+diabetes+mellitus+como+paradigma,%E2%80%9D+Rev+Med+Inst+Mex+Seguro+Soc+2006&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec&client=firefox-a> [Fecha de consulta: 2009 febrero 3]

46. La enfermedad crónica, el paciente y su familia Evaluación, Anónimo, [sin fecha] [en línea],

Disponible:

http://74.125.95.132/search?q=cache:CUN_D4Mn3wUJ:www.elmedicointeractivo.com/img/FIGS%2520AULA%2520912.pdf+La+enfermedad+cr%C3%B3nica,+el+paciente+y+su+familia+Evaluaci%C3%B3n&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec&client=firefox-a
[Fecha de consulta: 2009 febrero 3]

47. Valadez I, Aldrete M, Alfaro N (1993) Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo 2 [en línea],

Disponible:

<http://www.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001318> [Fecha de consulta: 2009 abril 5]

48. Ariza E *et al* (2005) Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2 [en línea],

Disponible:

http://74.125.95.132/search?q=cache:m3Qmyi5DyXoJ:ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/21/4_Factores%2520asociados%2520a%2520control%2520metabolico.pdf+Jimenez-Benavidez+A,+Go%CC%81mez+V,+Alanis-Nin%CC%83o+G.+Funcio%CC%81n+familiar:+control+de+diabetes+mellitus+tipo+2.+Revista+de+Salud+pu%CC%81blica+y+Nutricio%CC%81n&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec&client=firefox-a [Fecha de consulta: 2009 abril 5]