



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS

“DR. IGNACIO CHAVEZ”

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION REGIONAL EN MICHOACAN

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 80

**IMPACTO DE LA TERAPIA GRUPAL EN LA FAMILIA CON PACIENTE
DIABETICO**

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

LEYVA PONCE DE LEON ALEJANDRO

MEDICO CIRUJANO Y PARTERO

DIRECTOR DE TESIS: DR. RAFAEL VILLA BARAJAS

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS

“DR. IGNACIO CHAVEZ”

TUTOR: DRA. PAULA CHACON VALLADARES

MEDICO ESPECIALISTA DE MEDICINA FAMILIAR

MAESTRIA EN TERAPIA FAMILIAR

CO-TUTOR: CARLOS GOMEZ ALONSO

**COORDINADOR ANALITICO A DEL CENTRO DE INVESTIGACION BIOMEDICA IMSS.
DELEGACION MICHOACAN, CIBIMI-IMSS**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 1602
H GRAL REGIONAL NUM 1, MICHOACÁN

FECHA 01/04/2012

LIC. PAULA CHACON VALLADARES

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

IMPACTO DE LA TERAPIA GRUPAL EN LA FAMILIA CON PACIENTE DIABETICO

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2012-1602-28

ATENTAMENTE

DR.(A). MARIO ALBERTO MARTÍNEZ LEMUS
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 1602

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD CUMPLIENDO CON LA LEY



DRA OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ
COORDINADORA AUXILIAR MEDICA DE INVESTIGACION EN SALUD
DELEGACION MICHOACÁN

DR. EDGARDO HURTADO RODRÍGUEZ
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE EDUCACION EN SALUD
DELEGACIÓN MICHOACÁN

DR. RICARDO GARCIA JIMENEZ
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 80

DRA MAYRA EDITH VIEYRA LÓPEZ
COORDINADORA CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 80

DR. JOSÉ RÁMON SARABIA RAMÍREZ
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 80



VICTOR MANUEL FARIAS RODRIGUEZ

**JEFE DE LA DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS, DR. IGNACIO CHAVEZ**

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

DR. RAFAEL VILLA BARAJAS

**COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS DR. IGNACIO CHAVEZ**

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

AGRADECIMIENTOS

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**DRA. OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS EN FARMACOLOGÍA.
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICA DE INVESTIGACION EN SALUD
DELEGACIÓN MICHOACÁN**

DR. RAFAEL VILLA BARAJAS

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS

“DR. IGNACIO CHAVEZ”

DRA. PAULA CHACON VALLADARES

MEDICO ESPECIALISTA DE MEDICINA FAMILIAR

MAESTRIA EN TERAPIA FAMILIAR

CARLOS GOMEZ ALONSO

**COORDINADOR ANALITICO A DEL CENTRO DE INVESTIGACION BIOMEDICA IMSS. DELEGACION
MICHOACAN, CIBIMI-IMSS**

DEDICATORIA

Quiero dedicar mi trabajo principalmente a DIOS, que es parte de mí, sin el nada es importante, y a todas las personas que han tenido relación en mi enseñanza y mi educación principalmente a mis padres que me han dado su apoyo y amor desde que nací y gran parte de lo que soy es por ustedes.

A mi niño MATEO gracias por permitirme y darme la fuerza para seguir adelante, aunque sea a costa de sacrificar tiempo contigo te AMO.

A mi esposa por estar conmigo y su ayuda durante todo este tiempo.

Y a todas esas personas que directa o indirectamente me ayudaron o estuvieron en el camino de este logro, muchas gracias por todo.

Índice.

Contenido	Página
Resumen	8
Abstract	9
Abreviaturas	10
Glosario	11
Relación de tablas y figuras	12
Antecedentes	13
Introducción	17
Planteamiento del problema	25
Pregunta de investigación	26
Justificación	27
Hipótesis	28
Objetivos	29
Material y métodos	30
Operacionalización de las variables	32
Metodología y procedimientos	34
Análisis estadístico	35
Consideraciones éticas	36
Resultados	37
Discusión	48
Conclusión	50
Recomendaciones	51
bibliografía.	52
Consentimiento informado	55
Anexos	57

RESUMEN

ANTECEDENTES: la diabetes es una enfermedad crónica degenerativa, de gran prevalencia en nuestro medio, para lograr una atención efectiva se requiere de un manejo multidisciplinario, entre las cuales el papel de la familia como principal apoyo social para el paciente diabético es fundamental para la realización de continuidad y cambios en el individuo.

OBJETIVO: conocer el impacto de de la terapia grupal en familia de pacientes diabéticos.

MATERIAL Y METODOS: se realizo un estudio observacional, cuasi experimental, longitudinal prospectivo, se empleo terapia grupal a 20 familias con enfermo diabético, a través de 8 sesiones con enfoque psicoeducativo, se evaluó la funcionalidad familiar (FF-SIL) así como el apoyo de la pareja (IAPP), determinación de glucemia pre y post intervención, se realizo comparación con 20 familias del programa DIABETIMSS.

RESULTADOS:

Dentro de los dominios de la funcionalidad familiar como resultado de la intervención terapéutica se obtuvo cambios en la cohesión ($p=0.056$) y comunicación ($p=0.096$) dentro de la funcionalidad en conjunto ($p=0.051$) hubo reducción en el factor negativo del apoyo de pareja **$p=0.026^*$** .

CONCLUSIONES: La intervención terapéutica en las familias con enfermo diabético promovió cambios dentro de la funcionalidad familiar aunque no de forma significativa, se disminuyo el apoyo negativo de la pareja con una significancia estadística, no hubo influencia a nivel del control de la glucosa.

PALABRAS CLAVE: diabetes, funcionalidad familiar, glicemia, control metabólico, terapia grupal. Apoyo de pareja.

ABSTRACT

BACKGROUND: Diabetes is a chronic degenerative disease of high prevalence in our environment, to achieve effective care requires a multidisciplinary approach , including the role of the family as the primary social support for the diabetic patient is essential for the realization continuity and changes in the individual.

OBJECTIVE: To determine the impact of the family group therapy in diabetic patients.

MATERIAL AND METHODS : A study was conducted observational, quasi- experimental, longitudinal prospective employment group therapy were 20 families with diabetic patient through 8 sessions with psychoeducational approach was evaluated family functioning (FF -SIL) and support of the couple (IAPP) , glucose test pre and post intervention comparison was performed with 20 families DIABETIMSS program .

RESULTS:

Within the domains of family functioning as a result of therapeutic intervention was obtained changes in cohesion ($p = 0.056$) and communication ($p = 0.096$) in the overall functionality ($p = 0.051$) were reduced negative factor partner support $p = 0.026$ * .

CONCLUSIONS : The therapeutic intervention in diabetic patient families promoted changes in family functioning but not significantly , negative support is decreased with statistical significance , there was no influence at the level of glucose control .

KEY WORDS : diabetes, family function , blood glucose , metabolic control , group therapy . Support partner

ABREVIATURAS

DM2: diabetes mellitus tipo 2

IAPP: inventario de apoyo a la pareja

FF-SIL: Instrumento de funcionalidad familiar

mmHG: milímetros de mercurio

mg/dl: miligramos por decilitro

OMS: organización mundial de la Salud

HbA1c: hemoglobina glucosilada.

HTA: hipertensión arterial

GLOSARIO

- Apoyo positivo: alude a aquellas conductas destinadas a dar soporte emocional al otro miembro de la relación cercana, a través de proporcionarle protección, brindarle seguridad, afecto y amor cuando este se encuentre en momentos difíciles, aumentando con esto la comunicación entre ellos.
- Apoyo expresado: se refiere a aquellas conductas destinadas a ayudar al otro miembro de la relación cercana a buscar solución a sus conflictos, expresándole libremente su afecto, amor, seguridad y soporte, mejorando con esto la comunicación entre ellos.
- Apoyo negativo: se refiere a aquellas conductas destinadas a no apoyar al otro miembro de la relación cercana, cuando este último atraviese por momentos difíciles, por medio de comunicarse con su pareja hostilmente, enjuiciamiento, crítica, dureza, evitación, rechazo y/o indiferencia
-
- 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 en forma clara y directa.
- Permeabilidad: capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.
- 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.

RELACION DE TABLAS Y FIGURAS:

	Pagina.
Tablas	
I. Tabla 1: características generales de la población comparadas por genero.....	33
II. Tabla 2:estadísticos de fiabilidad FFSIL, IAPP.....	33
III. Tabla 3: Dinamica familiar de ambos grupos.....	34
IV. Tabla 4:Apoyo de pareja en sus dominios	34
V. Tabla 5:contraste IAPP grupo experimental	35
VI. Tabla 6 contraste IAPP grupo control	36
VII. Tabla 7:dinámica familiar grupo experimental	37
VIII. Tabla 8:impacto de la terapia grupal: control glucemia	38
IX. Tabla 9 y10: asociaciones con el estadístico chi- cuadrado	39

ANTECEDENTES:

IMPACTO SOBRE LA FAMILIA DE LAS ENFERMEDADES CRONICAS

Las evaluaciones psicológicas de los padres de personas con retraso mental, de enfermos crónicos y los niños sanos indican que los dos primeros grupos se someten a un estrés significativo asociado a la discapacidad del niño. Algunos padres de niños con retraso mental parecen sujetos a un patrón neurótico del pensamiento.¹

Un informe de la evaluación psicológica de 43 familias, cada una con un niño con fibrosis quística. Pruebas de personalidad de los padres mostraron que el 32% de los padres y el 22% de las madres obtuvieron puntuaciones en el rango sugestivas de trastorno emocional. La evaluación de la interacción de las familias indicó que el principal efecto de tener un hijo con fibrosis quística fue en términos de disminución de la satisfacción familiar y de los ajustes de la familia. La evidencia de un impacto psicológico negativo en las enfermedades crónicas en el desarrollo de los hermanos también es deficiente.²

En un estudio se investigo sistemáticamente una enfermedad crónica en la infancia con el objetivo de minimizar las secuelas psicosociales de las enfermedades crónicas. En este estudio se examino el impacto de la enfermedad crónica en 404 niños y sus familias en cinco estudios separados: 1) 209 niños con cualquier enfermedad; 2) 42 niños con artritis juvenil; 3) 44 niños nefróticos, 4) 54 niños asmáticos, 5) 55 niños con enfermedades crónicas que viven en las zonas rurales del oeste de Nueva York. La información se obtuvo a través de entrevistas a los padres, informes escolares, y un examen psicológico del niño. El porcentaje de las áreas de presentación de impacto varía de acuerdo con la gravedad de la enfermedad y es la siguiente: preocupación en general 75-97; preocupación financiera, 46 - 60; fatiga de los padres, 31 - 65; cambio en los horarios del sueño, 17 - 31; cambio en el mobiliario de la casa, 15 - 40; disminución de la vida social para los padres, 12-35; restricciones para los viajes, 13-40; fricción parental, 9 - 20; negligencia por el hermano, 10-20; resentimiento entre hermanos, 10 - 25, la vergüenza, 12 - 20; interferencia de parientes, 5-17. Más de la mitad de los padres sintieron que la educación de su futuro hijo, las posibilidades de empleo y la vida social se verían afectadas. Una tercera parte reportaron limitaciones de la actividad. En comparación con un grupo control de niños sanos, un porcentaje significativamente mayor de los profesores de los enfermos crónicos mostraron preocupación sobre el esfuerzo y el comportamiento de sus hijos, y mostró su preocupación por el niño ya que tiene muy pocos amigos. Dos de los tres estudios en los que se obtuvieron evaluaciones psicológicas sugirieron que varios de los niños con enfermedades crónicas a diferencia que los controles mostraron índices de inadaptación. Información de la escuela a partir de dos estudios mostró que los niños enfermos a diferencia de los controles mostraron bajo rendimiento y necesidad de ser remitido a un psicólogo de la escuela. Los proveedores de cuidado de la salud pueden ayudar de manera más óptima las familias con el fin de minimizar estos problemas de la siguiente manera : 1) la identificación de las familias en

situación de riesgo; estas familias pueden necesitar apoyo especial; 2) Asegurar que los familiares prestadores de cuidados y todos saben que está orquestando la atención, y que se están proporcionando todos los ámbitos de la atención; 3) Asegurar que en su caso, una persona de difusión está cumpliendo con las necesidades de la familia y el niño en un programa intensivo y sostenido, cariñoso.³

Los autores entrevistaron y aplicaron las pruebas de dibujo proyectivo en 14 hijos de pacientes con diálisis a fin de comprender las fantasías de los niños sobre la enfermedad y el tratamiento del padre. Descubrieron sentimientos de agresividad latente hacia el padre enfermo en la mayoría de los niños y encontró que muchos niños se defendieron contra estos sentimientos por la identificación con el padre enfermo o por el comportamiento pseudomature (reforzada por los padres). Los autores creen que la diálisis de los padres tiene un profundo impacto en el desarrollo de estos niños.⁴

Los médicos que tratan a pacientes con artritis reumatoide gastan una cantidad considerable de tiempo a tratar con los aspectos psicológicos y sociales de la enfermedad. La reacción de los pacientes a la enfermedad puede estar relacionada con la edad, la experiencia, la personalidad y el medio ambiente en el trabajo y en casa. Los problemas más comunes son la pérdida de la independencia y la autoestima, las relaciones con familiares y amigos, el empleo y el manejo del dolor. Los médicos deben estar atentos a los aspectos psicosociales de la artritis reumatoide y reconocer sus interacciones dinámicas para minimizar su impacto.⁵

Un enfoque prometedor para satisfacer las necesidades de las familias de los enfermos mentales es mediante el uso de grupos de apoyo. La organización, el formato, y la evaluación de un grupo de apoyo para las familias de los enfermos mentales crónicos se describen. El programa fue diseñado para proporcionar apoyo y orientación, mejorar la comprensión de los trastornos mentales enfermedad y su impacto en la familia, y animar a la familia a los miembros a participar más activamente en el proceso de tratamiento. Los resultados sugieren que las familias obtuvieron una comprensión más realista de la salud mental y reconoció el importante papel que desempeñan en la prestación de apoyo para el paciente. En el seguimiento, las redes sociales de los participantes habían crecido y muchos fueron más activos e involucrados en el proceso de tratamiento.⁶

En general, los estudios de las madres, padres, hermanos, el matrimonio y las familias hacen hincapié en los problemas psicosociales, la psicopatología y otros. Sin embargo, hay una creciente toma de conciencia de las ciencias sociales que tenemos mucho que aprender de la capacidad para adaptarse. ¿Cómo es que algunas familias de niños con enfermedades crónicas sobreviven tan bien? La mayoría de los estudios se centran en los componentes individuales de la familia. Minuchin y otros nos han enseñado sobre los aberrantes sistemas de la familia que a veces los niños se desarrollan en torno a los enfermos crónicos. Tales

sistemas se caracterizan por una alta cohesión y la conformidad, y la ausencia de fricción aparente. ¿Con qué frecuencia se desarrollan estos sistemas? ¿Cómo se pueden prevenir? Por último, la comprensión del impacto de la enfermedad crónica en la infancia en las familias es una tarea difícil. Los padres tienen razones para ocultar el impacto, y en particular su angustia.⁷

Un estudio realizado para valorar el impacto de las enfermedades crónicas en un miembro de la familia arrojaron los siguientes resultados afectados en la vida familiar : impacto emocional (mencionado por el 92% de los sujetos), las actividades diarias de la familia (91%), las relaciones de la familia (69%), el sueño y la salud (67%), turismo (62%), la participación en la atención médica y el apoyo dado a la familia los miembros (61%), el trabajo y el estudio (52%), impacto financiero (51%), la vida social (37%), y la planificación del tiempo (14%). Se identificaron las relaciones entre los temas. Este estudio multi-especialidad de gran escala ha demostrado el importante impacto que la enfermedad puede tener en la calidad de vida de la familia que tienen un paciente crónico.⁸

TERAPIA GRUPAL E INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE EL MANEJO DE LAS ENFERMEDADES CRONICAS

La educación interactiva sobre el asma mejora los resultados y la calidad de vida de los niños y sus familias de importancia clínica. Las competencias adquiridas les permiten controlar la vida cotidiana.⁹

La atención primaria en los Estados Unidos se enfrenta a desafíos sin precedentes de una población que envejece y la prevalencia de acompañamiento de las enfermedades crónicas. En respuesta, las iniciativas de educación médica continua han comenzado a adoptar los principios de la mejora del rendimiento. La actividad parece haber tenido un impacto positivo.¹⁰

Un estudio examinó la relación de la familia y el terapeuta así como la relación de que características se presentan para obtener el éxito del tratamiento. En general, el 75% de las familias mostraron al menos alguna mejora con la terapia. A los que les fue mejor en la terapia eran más competentes desde el principio. Mientras que el número de sesiones de terapia se asoció con mayores resultados, hubo algunas familias que han tenido grandes avances en menos de seis sesiones. Hubo importantes cualidades demográficas que no discriminan en el avance de la terapia, incluyendo el nivel de ingresos, etnia, género del terapeuta y el tamaño de la familia. Indicando que las variables funcionales y no demográficos fueron más importantes en la predicción del resultado de la terapia.¹¹

Un estudio se llevó a cabo para determinar la eficacia de los grupos terapéuticos de pacientes en un centro de rehabilitación. Un "Inventario" sobre los pacientes con lesiones de medula espinal se diseñó para evaluar el éxito de la técnica del

grupo en la difusión de información a estos pacientes. La primera parte de esta prueba evalúa el conocimiento del paciente sobre la fisiología del cuerpo y funcionamiento, la atención sanitaria, y los recursos de la comunidad. La segunda parte trata de evaluar los sentimientos del paciente con respecto a su imagen corporal, el atractivo sexual, y las relaciones con su familia. La prueba fue administrada a 31 pacientes con lesiones de la médula espinal al inicio del estudio y otra vez justo antes de la terminación. Dieciocho pacientes participaron en un grupo de pacientes a los cuales se aplicó la intervención, que se reunió dos veces a la semana durante un mes. El otro grupo no participó en esas reuniones. El propósito de las reuniones era para ayudar al paciente a adaptarse a su discapacidad mediante el intercambio de información comúnmente necesaria y discutir experiencias y sentimientos. Los resultados iniciales sugieren que los grupos terapéuticos pueden proporcionar un medio eficaz para transmitir información a los pacientes. La prueba también indica que muchos pacientes experimentan cambios en sus actitudes y sentimientos en torno a áreas tan sensibles como la dignidad personal y la autoestima.¹²

Prestar apoyo a las parejas de los cuales sufren cáncer; puede resultar en un funcionamiento mejor marital y una oportunidad para el crecimiento relacional durante el cáncer en etapa terminal.¹³

Un estudio en el cual se intervino por medio de un equipo coordinado de enfermería multidisciplinario y en otro grupo de ofreció el tratamiento habitual se observaron los siguientes resultados. El grupo que participó en la intervención tuvo mejores resultados clínicos (glucosa en sangre y hemoglobina glucosilada), un mayor conocimiento y una mejor auto-eficacia después de la intervención que de los grupos de atención habitual. Esto sugiere que la intervención fue importante para mejorar los resultados de los pacientes con DM tipo 2.¹⁴

INTRODUCCION:

El individuo se enfrenta a una crisis en sucesos tales como el diagnóstico de alguna enfermedad grave, estos hechos sumergen a la persona y a su familia en una desorganización, la familia requiere efectuar adaptaciones conductuales, aun más si se trata de una enfermedad que se prolonga a través del tiempo acompañada de un continuo deterioro físico, mental, que puede llegar incluso a la muerte, ante la presencia de esta enfermedad no solo el individuo que la padece se encuentra en crisis, si no pone en crisis a todos los integrantes del sistema, lo que afecta la dinámica familiar, repercutiendo en su organización y funcionalidad. Al presentar algún integrante de la familia un padecimiento crónico, surgen una serie de etapas que van desde la negación hasta la aceptación de la enfermedad, desde un punto de vista sistémico, es evidente que las familias presentan cambios que pueden ser comprendidos fuera de su propia historia, mientras más funcional sea la familia, contara con más recursos para manejar el diagnóstico de una enfermedad crónica que amenaza la vida de uno de los integrantes, se ha podido observar que la adaptación familiar ante la enfermedad

crónica puede seguir uno de dos caminos, 1) cuando las familias son flexibles y las reglas permiten expresar a sus miembros las emociones, la adaptación es eficaz y continua funcionando efectivamente aun cuando de forma diferente, 2) la adaptación ineficaz ocurre cuando los roles son rígidos o cuando las reglas familiares prohíben las expresiones emocionales. También contribuyen a la adaptación de una familia frente a una enfermedad: expresión emotiva, estabilidad familiar y marital, adaptabilidad, cohesión, emociones negativas no expresadas, tipo de enfermedad, ansiedad y grado de depresión¹⁵.

La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades más comunes en casi todos los países y continúa aumentando en número y significancia. The International Diabetes federación estimo un prevalencia de Diabetes en adultos de 346 millones de personas en el mundo., lo que representa un 6% de la población mundial, con lo que se realiza una proyección para el 2030 de 439 millones con diabetes, lo que representa el 7.7% de la población mundial. México se encuentra entre los 10 primeros países con mayor prevalencia de diabetes en paciente de 20 a 79 años.¹² A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que actualmente hay más de 346 millones de personas diabéticas; sin embargo la Federación Internacional de la Diabetes (IDF) estima 20 millones más, que en conjunto generan un gasto en tratamiento y control de 465 billones de dólares, así mismo refiere que a causa de esta enfermedad mueren 4.6 millones de personas en el mundo, es decir aproximadamente una persona cada 7 segundos fallece. Mundialmente y particularmente en México la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas crece de manera alarmante. Principalmente la diabetes mellitus tipo 2, el cual representa uno de los retos más importantes al que deben de enfrentarse los sistemas de salud por su frecuencia e impacto social. En México se observa un aumento continuo en su prevalencia entre 1980 y 2001 la mortalidad por diabetes mellitus se incremento de 20 a casi 50 por cien mil personas.¹⁶

El cumplimiento terapéutico en estos pacientes es definido por la OMS como el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones pactadas entre un profesional de la salud y un paciente, en cuanto a la toma de medicamentos, el seguimiento de un régimen dietético y la ejecución de los cambios en el estilo de vida, siendo esto no solo una responsabilidad exclusiva del paciente, si no un fenómeno multidimensional de diversos factores que incluyen entre otros al sistema de salud, la OMS nos define que en los países desarrollados el cumplimiento terapéutico se estima en 50%, lo cual nos traduce a largo plazo en bajos resultados de salud y un incremento en el gasto sanitario. Si se incrementara la adherencia a tratamiento podría tener un mayor impacto en la salud de la población, para la aplicación de los avances en la tecnología biomédica con todo su potencial¹⁷.

MANEJO DEL ENFERMO

El manejo del paciente diabético debe ser multidisciplinario. Entre las estrategias y técnicas de tratamiento debe incluir: la educación cambios de estilo de vida. Abordar los problemas psicosociales, ejercicio, no tabaco, el auto monitoreo para control glucémico, HbA1c cada 6 meses con glucemias estables.

Los psicólogos y educadores en salud deben fomentar en el diabético que realice actividades que lo ayuden a mejorar sus interacciones familiares, que son las que sostienen o perjudican su conducta terapéutica, en relación con las características de la familia, a través del sistema familiar, el comportamiento de los miembros de la familia puede favorecer la adherencia al tratamiento, si la familia refuerza positivamente las conductas adecuadas del paciente con respecto a su tratamiento se obtendrá un apoyo positivo sobre la salud, pero cuando el apoyo social potencia comportamientos inadecuados de salud, el efecto funcional producirá una influencia negativa los cuales es necesario distinguir, la familia, la pareja, los compañeros de trabajo o de estudios, el personal de salud y las relaciones sociales en general son fuentes importantes de apoyo, el ambiente social y el familiar son el tercer mediador psicosocial de adaptación de la diabetes y el mantenimiento de la salud ¹⁸.

Las metas para un buen control glucémico son: Hb1Ac menor de 7% glucosa capilar de 70 a 130 mg/dl, glucosa capilar postprandial menor o igual a 180mg/dl, LDL menor de 100mg/dl, HDL menor de 150mg/dl, presión arterial menor de 130/80 mmHg, peso: IMC menor de 25, cintura menor de 94cm en el hombre y en la mujer menor de 80cm se ha demostrado que con el adecuado control se disminuyen las complicaciones macro y microvasculares.¹⁹

La familia se define como un grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto y que está condicionado por los valores socioculturales en los que se desarrolla. La familia puede ser considerada como la célula nuclear de la sociedad. Pautas socioculturales, reglas, creencias, códigos de convivencia, valores, modos de relacionarse, estilos de vida, se transmiten a los hijos, que luego conformaran nuevas familias, reproduciendo los cambios sociales del momento, garantizando así la continuidad de la cultura. La familia como contexto social primario en el que ocurre y se resuelve el proceso salud enfermedad, ha sido y es motivo de preocupación desde las más diversas disciplinas. Cada vez hay mayor interés en los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en el seno familiar y afectan de alguna forma la salud de sus integrantes.

Ya que la aparición de enfermedades no está determinada solo por factores genéticos si no intervienen patrones de conductas familiares, sociales y ambientales lo que aumentarán o disminuirán la vulnerabilidad del individuo a padecerlas. La alta prevalencia de problemas como los accidentes, adicciones, HTA, DM, obesidad etc. están determinados principalmente por los estilos de vida, las pautas y creencias, que se generan en el seno familiar. la influencia de la familia en el proceso de salud y enfermedad de sus integrantes, como por ejemplo

la repercusión del estrés y el escaso apoyo familiar sobre el índice de mortalidad, la influencia de la familia sobre los factores de riesgo cardiovascular y la prevención de enfermedades coronarias y la repercusión del funcionamiento familiar²⁰.

La familia considerada como el grupo social más importante para el hombre es un recurso para el mantenimiento de la salud y la atención preventiva ya que influye en el individuo a través de sus relaciones de intimidad, solidaridad y afecto. De igual manera las experiencias emocionales con los alimentos y la exposición a la educación nutricional contribuyen a la formación de sus hábitos dietéticos, siendo, en alguna medida un producto de su cultura y de su grupo social esto constituye una unidad básica de la atención médica y de la salud que presenta patrones característicos de la morbilidad la respuesta a los síntomas y a la utilización de los servicios médicos²¹.

La familia funciona como una totalidad, es más que la suma de cada uno de los miembros que componen el sistema. Las relaciones que se establecen no son unilaterales a la manera del funcionamiento causa-efecto, sino que funcionan retroalimentándose unos con otros. Si un miembro de la familia tiene un problema, no solo su problema afecta a los otros sino que a su vez su problema será según la reacción de los otros. Los síntomas manifiestos forman parte de un amplio contexto familiar y psicosocial, de modo que síntomas y contexto se influyen mutuamente. Una intervención médica puede bastar para suprimir algún síntoma agudo y limitado al individuo, pero en muchos problemas médicos como en enfermedades crónicas, el contexto donde se desarrollan estos síntomas es importante para el tratamiento. Debiendo analizar cómo influyen los síntomas del paciente en su historia familiar y viceversa²².

Ante el diagnóstico de un trastorno como la Diabetes, con su condición de cronicidad y que exige modificaciones en los hábitos y el modo de vida de uno de los miembros, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar la homeostasis amenazada. El principal factor de estas situaciones es la necesidad de adaptación del sistema familiar incluyendo a todos sus miembros adoptando nuevas formas e incluso en ocasiones nuevos papeles.

En estudios previos con enfoque de programas psicoeducativos aplicados a enfermos con alteraciones psicológicas, se ha logrado el incremento en la adherencia al tratamiento farmacológico aproximadamente 30%, los pacientes al estar mejor informados aumentan su conciencia de la enfermedad y son más capaces de hacerse responsables de tomar la medicación, su calidad de vida mejora al tener menos recaídas y/o reingresos hospitalarios. Se denomina Terapia "orientada a la superación" para indicar que aunque se atienden aspectos psicoeducativos y de transmitir información, el principal objetivo consiste en la elaboración sistemática de la enfermedad y en la superación de los factores de estrés de la vida cotidiana, además, en las conductas saludables. Todos estos procedimientos en conjunto están fuertemente orientados a la utilización de estrategias y al auto elaboración de mecanismos de estabilización.²³

Respecto al trabajo psicoeducativo con los familiares en esta terapia, este constituye un importante complemento a la terapia de grupo. Puede realizarse de modo grupal de trabajo familiar individual. En trabajos realizados con enfoque psicoeducativo se realizan estrategias de apoyo en los abordajes de las psicoterapias, las cuales deben ajustarse a las necesidades de los pacientes y las posibilidades de terapeutas y dispositivos asistenciales. La aproximación psicodinámica actual se debe centrar en entender al paciente en relación a su personalidad y circunstancias vitales y no como un sujeto incomprensible²⁴.

La Diabetes Mellitus tipo 2 como enfermedad crónica reviste especial importancia no solo por constituir las primeras causas de morbimortalidad sino por las dificultades que enfrenta el diabético para llevar a cabo su tratamiento y para lograr el control metabólico óptimo y así prevenir sus múltiples complicaciones, además de la ingesta de medicamentos se requieren otras medidas de control primordialmente el ajuste de la alimentación, el control de peso en caso de obesidad una actividad física adecuada, vigilancia y aseo adecuado de los pies y el cuidado de los dientes. Dichas medidas deben ser cumplidas a lo largo de su vida, y efectuadas en el hogar fuera del campo de la atención médica. Esta situación exige un apoyo importante del grupo familiar que lo auxilie en la vigilancia de la enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas²⁵.

Los psicólogos y educadores en salud deben fomentar en el diabético que realice actividades que lo ayudaran a mejorar sus interacciones familiares, que son las que sostienen o en ocasiones perjudican su conducta terapéutica, y que en cierta forma son el reflejo de algunas características de la familia. A través de la red familiar, además de los amigos, es posible encontrar apoyo emocional; por ello, la influencia de las relaciones familiares ha suscitado considerable interés entre los profesionales interesados en el control de la diabetes, la familia puede favorecer la adherencia al tratamiento, pero también interferir su cumplimiento. En otras palabras, si la familia refuerza positivamente las conductas adecuadas del paciente con respecto a su tratamiento, se obtendrá un apoyo positivo sobre la salud; pero cuando el apoyo social potencia comportamientos inadaptados de salud, el efecto funcional producirá una influencia negativa, así pues, es necesario distinguir entre los efectos funcionales positivos de los negativos²⁶.

Se ha considerado a la familia como un sistema dinámico donde el bienestar de uno de los miembros de la familia repercute directamente en el bienestar del resto, haciendo que la familia se comporte como si fuera una unidad. La familia como sistema juega un papel importante no sólo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación en la medida que cumpla sus funciones básicas.²⁷ Tomando en cuenta que un criterio de salud mental es la adecuada percepción de la realidad externa, el sistema familiar es susceptible de ser evaluado a través de alguno de sus miembros o de la familia reunida²⁸.

Las pautas de interacción y las funciones establecidas entre los miembros de la familia se modifican a causa de que el enfermo adquiere la centralidad familiar. Siendo sin duda alguna en la enfermedad crónica donde más se evidencia la relación entre lo biológico y lo social, ya que genera un alto grado de estrés, estructuralmente existe modificación sobre las jerarquías, territorios, límites, alianzas y coaliciones establecidas por la familia²⁹.

El proceso de la enfermedad crónica requiere una adaptación de toda la familia a la nueva situación. Esto conlleva un desgaste que puede suponer que se desencadenen situaciones de conflicto y a veces de enfermedad de otros miembros si el personal sanitario no está atento a ello. La terapia grupal es orientada a la superación funcional, propiciando la rehabilitación psicosocial del individuo, lo que se entiende como el desarrollo de habilidades en el paciente para que se desempeñe adecuadamente en la sociedad, en la familia y en lo laboral con el mínimo apoyo. La terapia debe estar encaminada a resaltar la actividad (orientada a un propósito, socialmente valorada y rehabilitadora), la libertad (que sólo debe restringirse a ciertas situaciones específicas), la responsabilidad (que debe otorgársele) y el aprendizaje viviente (en que se favorezca un mayor conocimiento de sí mismo, de sus reacciones y de los otros y así aprender a actuar con los demás^{30/31}).

La evaluación de la familia se puede concebir como un proceso fundamental para realizar intervenciones promocionales y preventivas a favor de la salud, establecer diagnósticos, manejo y tratamiento así como rehabilitación, este proceso implica obtener de los individuos y sus familias información relacionada con los elementos que intervienen en el proceso salud enfermedad, su análisis, y la planeación de estrategias y toma de decisiones en el contexto biopsicosocial. Para lograr esta evaluación el médico familiar debe conseguir una estrategia de carácter clínico que incluya a los individuos y sus familias³³.

INVENTARIO DE APOYO PARA LA PAREJA

Este instrumento se encuentra conformado por 59 reactivos, de los cuales 36 se refieren al apoyo positivo, 15 al apoyo expresado y 8 al apoyo negativo o no apoyo. Las definiciones de los factores del inventario son las siguientes:

Apoyo positivo: alude a aquellas conductas destinadas a dar soporte emocional al otro miembro de la relación cercana, a través de proporcionarle protección,

brindarle seguridad, afecto y amor cuando este se encuentre en momentos difíciles, aumentando con esto la comunicación entre ellos.

Apoyo expresado: se refiere a aquellas conductas destinadas a ayudar al otro miembro de la relación cercana a buscar solución a sus conflictos, expresándole libremente su afecto, amor, seguridad y soporte, mejorando con esto la comunicación entre ellos.

Apoyo negativo: se refiere a aquellas conductas destinadas a no apoyar al otro miembro de la relación cercana, cuando este último atraviese por momentos difíciles, por medio de comunicarse con su pareja hostilmente, enjuiciamiento, crítica, dureza, evitación, rechazo y/o indiferencia.

Forma de calificación del inventario

Para obtener la calificación es necesario

- a) seleccionar los reactivos que pertenecen a cada factor
- b) sumar la calificación de los puntajes dados por el sujeto
- c) el puntaje obtenido es la calificación para ese factor
- d) comparar el puntaje con el punto medio o punto de corte tomando en cuenta también el puntaje máximo que se puede obtener así como el mínimo

El punto de corte se obtiene multiplicando el número total de reactivos de cada factor por 3, que en la escala likert es el puntaje medio. Por lo cual se puede evaluar si una persona está por encima o por debajo de este.

Factor 1 apoyo positivo

Reactivos: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 40, 41, 42, 43 y 44.

Total de reactivos 36 todos en positivo.

Para calificar hacer la suma de los puntajes obtenidos y comparar con el punto de corte:

Puntaje mayor al punto de corte indican: apoyo positivo a mayor puntaje se califica como funcional esta área.

Factor 2 apoyo negativo

Reactivos: 9, 14, 19, 27, 30, 35, 38 y 39

Total de reactivos: 8 todos en negativo

Hacer la suma de los puntajes obtenidos y comparar con el punto de corte

La suma de los puntajes mayor a 24 que es el punto de corte se califica como disfuncional

Factor 3 apoyo expresado

Reactivos del 45 al 59

Total de reactivos 15 todos en positivo

Hacer la suma y comparación del punto de corte

La suma de puntajes por arriba de 45 indica grado de apoyo expresado, a mayor puntaje se califica con funcional esta área.

INSTRUMENTO DE EVALUACION FAMILIAR (FF-SIL)

El FF-SIL es un instrumento validado en la década de los 90 para evaluar cualitativamente la función familiar. Su aplicación es fácil y cómoda en la atención primaria tanto por médicos como por enfermeras, con relativamente corto tiempo de entrenamiento. Este cuestionario permite evaluar:

1. Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
2. Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
3. Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias en forma clara y directa.
4. Permeabilidad: capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.
5. Afectividad: capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
6. Roles: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones

negociadas por el núcleo familiar.

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

El cuestionario FF-SIL contiene 14 preguntas, a las que se les asigna una puntuación, y la suma de las respuestas totaliza un puntaje global que permite al investigador calificar a la familia como funcional, moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional. La calificación se realiza adjudicando puntos según la opción seleccionada en la escala: casi nunca (1 punto), pocas veces (2 puntos), a veces (3 puntos), muchas veces (4 puntos) y casi siempre (5 puntos). (22)

El FF-SIL se califica con los siguientes criterios:

Puntaje.	Condición Familiar
57 – 70	Funcional
43 – 56	Moderadamente Funcional
28 – 42	Disfuncional
14 – 27	Severamente Disfuncional

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Mundialmente estima la OMS, que en la actualidad hay más de 346 millones de personas diabéticas, sin embargo la Federación Internacional de la Diabetes estima uno 20 millones más, que en conjunto generan un gasto en tratamiento y control de 465 billones de dólares, así mismo refiere a causa de esta enfermedad mueren 4.6 millones de personas en el mundo, es decir, aproximadamente una persona cada 7 segundos fallece.

El reconocimiento de la Diabetes tipo 2 como una enfermedad crónica que afecta a millones de personas en el mundo ha motivado la búsqueda de diversos ámbitos de atención de la salud así como de enfoques y metodologías que favorezcan un acercamiento real al problema, principalmente en relación con los conocimientos, las percepciones, las actitudes los temores y las practicas de los pacientes en el contexto familiar y comunal.

La aparición de la Diabetes sitúa al sistema familiar ante una situación nueva e inesperada. Incluye la carga emocional de una enfermedad que no se “cura”, que requiere tratamiento para siempre, exigiendo medidas terapéuticas basadas en los cambios en los hábitos de vida, tanto en el sentido dietético como en el del ejercicio físico con las dificultades reales de adaptación que ello exige para el resto de los miembros de la familia, con las complicaciones físicas que pueden ir surgiendo, originando una incapacidad que sobrecarga aun más el sistema familiar.

La tarea difícil del control metabólico involucra 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 el 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. el éxito terapéutico está condicionado por la actitud del paciente, la dinámica de la familia y la relación médico-paciente.

Para responder a las necesidades educativas y a los problemas de las comunidades se están incorporando las teorías y los modelos de las ciencias sociales a los programas de salud, tal es el caso del “DIABETIMSS” basado en una estrategia educativa grupal, a pesar de ello los demás integrantes de la familia

del enfermo Diabético no han modificado factores de riesgo, como son cambios en el estilo de vida, evitar sedentarismo, dieta rica en carbohidratos, obesidad entre otros, lo que se ha vuelto un obstáculo para el paciente para su buen control por eso es necesario el hacer y evaluación de todo el núcleo familiar para así implementar una estrategia educativa con el fin de establecer un gran impacto mejorando el control metabólico de los pacientes diabéticos y aún mejor el evitar la aparición de nuevos casos en la familia con el fin de optimizar los recursos con los que se cuenta para la atención de nuestros derechohabientes.

La psicoeducación hace referencia a la educación o información que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico, aunque este tipo de intervenciones psicológicas también incluyen el apoyo emocional, la resolución de problemas y otras técnicas. A menudo, el entrenamiento psicoeducativo involucra a los pacientes con esquizofrenia, depresión, ansiedad, psicosis, desordenes alimenticios y trastornos de personalidad. Así mismo, incluye cursos de entrenamiento para el paciente dentro del contexto del tratamiento de su enfermedad física. También están incluidos los miembros de la familia. La meta es que el paciente entienda y sea capaz de manejar la enfermedad que presenta. De igual manera, se refuerzan las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente para hacerle frente a su enfermedad, para así evitar una recaída y contribuir con su propia salud y bienestar, con un fundamento a largo plazo. La teoría es, cuanto mejor conozca el paciente su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿EL EMPLEO DE TERAPIA GRUPAL EN LA FAMILIA DEL PACIENTE DIABETICO FAVORECE EL CONTROL GLUCÉMICO DE ESTE?

JUSTIFICACION

Tres de cada cien egresos hospitalarios en el país son por diabetes mellitus, la tasa de morbilidad hospitalaria mas elevada se presenta en la población de 75 a 79 años (754.10 por cada 100 mil personas del mismo grupo de edad, las mujeres de 30 a 34 años reportan la tasa de diabetes gestacional mas alta (97.31), 21 de cada 100 recién nacidos de mujeres con diabetes durante el embarazo presenta síndrome del recién nacido de madre diabética, en los jóvenes de 10 a 14 años de edad y de 15 a 19 años, la tasa de morbilidad hospitalaria, se ha duplicado entre el 2005 a 2009 al pasar de 1.8 y 2.49 en 2005, a 2.16 y 4.51 en 2009 respectivamente, a nivel nacional en 2009 mueren por diabetes mellitus 72 de cada 100 mil habitantes. La tasa de mortalidad observada por cada 100mil habitantes en 2009, es de 69.92 para los hombres y 74.35 para las mujeres.

En un alto porcentaje de los ingresos hospitalarios se deben a descontrol glucémico y gran parte de esto a un mal apego al tratamiento, o a las medidas de control, se sabe que la presencia de depresión es mayor en el enfermo diabético 30 al 65 % en comparación con la población en general 5 a 10%. Se sabe que ha demostrado que la funcionalidad de la familia se encuentra una relación estrecha con la presencia de eventos de descontrol del paciente diabético, encontrando en la disfunción moderada a severa presentan 24,2 veces mas probabilidad de presentar descompensación.

La cohesión ha demostrado ser un elemento fundamental para la predicción de la respuesta que tendrá la familia frente a la enfermedad, el hecho de padecer una enfermedad crónica, sumergen a la persona y su familia en un estado temporal de desorganización, la manera de interpretar este suceso será decisivo para determinar el curso final de la resolución de la crisis, todos los integrantes del sistema familiar entran en crisis aunque cada uno a su manera, se mencionan por algunos autores etapas ante el diagnostico de las enfermedades crónicas, que van desde la negación hasta la aceptación.

Así la tarea más importante del grupo familiar será restablecer un equilibrio entre la continuidad de la asistencia al paciente enfermo y lograr la evolución de las necesidades de cada uno de los miembros, la organización familiar típica en caso de enfermedad crónica consiste en designar a una persona como cuidador primario del enfermo y algunos casos a otros familiares para que ayuden, en algunas culturas la responsabilidad recae en el cónyuge la cual se puede desplazar a otros integrantes si estos no pueden, es necesario explorar las

expectativas de los miembros de la familia ya que algunos de los responsables requieren modificar su percepción de ser los responsables de mantener la salud de todos los integrantes de la familia como es el caso de algunas mujeres, se debe de mejorar la organización de la asistencia al enfermo para no sobrecargar la responsabilidad del cuidador primario, ya que es necesario hacer ver a este el que tiene derecho a una vida propia así como poder restablecer un equilibrio entre la continuidad de la asistencia al paciente enfermo y lograr la evolución de las necesidades de cada uno de los miembros.

La educación de las familias es un recurso con una adecuación del modelo psicoeducativo basado en la cual se proporcione una aproximación de los familiares a la terapéutica, otorgando información específica acerca de la enfermedad, y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema, siendo un proceso en que se facilite información científica actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución y óptimo abordaje de un padecimiento desde su entorno, e implica también consejería y entrenamiento para afrontar el problema. En estudios en donde se ha aplicado este tipo de estrategias como la esquizofrenia se ha visto un mejor apego al tratamiento hasta en un 30%.

Actualmente en la UMF 80 contamos programas como el “DIABETIMSS” a pesar de ello continúa en aumento la prevalencia de la enfermedad así como de sus múltiples complicaciones, acudiendo la mayoría de las veces únicamente el paciente enfermo. Por lo cual es necesario el implementar un método con mayor eficacia para la atención de nuestros pacientes.

Por tal motivo sugerimos que se deben realizar acciones para el mejoramiento del entorno familiar con carácter psico educativo e inclusión de prevención de la enfermedad, no solo al paciente diabético, sino también a la familia de este con lo que podríamos obtener un mejor control de la enfermedad.

HIPOTESIS:

LA APLICACIÓN DE TERAPIA GRUPAL A LA FAMILIA DEL PACIENTE DIABETICO FAVORECE SU CONTROL GLUCEMICO.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer el impacto de la terapia grupal en el control glucémico en el paciente con diabetes mellitus.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar la funcionalidad familiar de los pacientes diabéticos
2. Conocer el apoyo que recibe de su pareja el paciente diabético
3. Valorar el impacto de la terapia grupal en el control metabólico del enfermo diabético.
4. Determinar si la terapia grupal que recibe la familia del paciente diabético repercute en el apoyo de pareja que recibe el paciente diabético.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL Y MÉTODOS

POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Familias con un integrante con diagnóstico de DM2 descontrolada adscritos a la unidad de medicina familiar número 80.

LUGAR DE ESTUDIO.

Unidad de medicina familiar núm. 80, DEL Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelia, Michoacán.

DISEÑO DEL ESTUDIO

- Diseño de la investigación: descriptivo
- Tipo de la investigación: cuasi experimental
- Modo de observación: longitudinal
- Temporalidad: prospectivo
- Tipo: encuesta

ESTIMACION DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

- Muestreo no probabilístico por conveniencia
- Se incluirá a 20 familias de pacientes diagnosticados con DM2, así como a 20 familias que recibieron capacitación en el programa DIABETIMSS.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con dm2 sin complicaciones
- Familiares de Pacientes con dx de DM2.
- De cualquier edad.
- Ambos sexos.
- Habiten con el paciente en un mismo domicilio
- Adscritos a la UMF #80
- Que acepten participar en la investigación.
- Que acepten acudir a la terapia grupal.
- Que habiten en Morelia Michoacán
- Que estén de acuerdo a relacionarse con otras personas
- Sin trastornos mentales

1. CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

- Pacientes diabéticos con complicaciones que les impida asistir a las sesiones.
- Familiares que no vivan con su enfermo diabético
- Que no deseen participar
- Que cursen con alguna discapacidad para asistir a la terapia grupal.
- Pacientes que sus familiares no acepten acudir a la terapia grupal.

2. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Pacientes que no deseen continuar en el estudio o sus familiares
- Pacientes que presenten alguna complicación durante el estudio
- Quienes no concluyan con el estudio
- Quienes no hayan completado el 80% de asistencia a las sesiones de terapia grupal su familia.

3. VARIABLES DEL ESTUDIO.

VARIABLE INDEPENDIENTE

- La terapia grupal

VARIABLE DEPENDIENTE.

- Paciente con dm2.

CUADRO OPERACIONALIZACION

VARIABLE	DESCRIPCIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	
Diabético tipo 2	enfermedad metabólica caracterizada por Hiperglucemia, consecuencia de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina.	Cuantitativa	glucosa plasmática en ayuno mayor o igual a 126mg/dl
Terapia grupal	Campo de la práctica clínica y un acercamiento específico al interior de campo de la psicoterapia. Toda la terapia de grupo tiene el propósito de aliviar enfermedades o preocupaciones/angustias con la ayuda de un líder/guía calificado. Lo que distingue el tratamiento en grupo de otros métodos es el uso de la interacción con el grupo como agente para el cambio.	Cualitativa	
Funcionalidad familiar	capacidad del sistema para afrontar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que se atraviesa	Cualitativa, valoración por medio del instrumento FF SIL	
Apoyo de pareja	Es la cualidad entre la pareja de donde se reconocen las necesidades de ambas partes muestran capacidad para tolerar las desilusiones y las crisis, incluso pelear o tener desacuerdos sin riesgos de perder la confianza, la cercanía y la atención.	Cualitativa, valoración por medio del inventario de pareja	
Cohesión	Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.	Cualitativo , por medio del instrumento FF SIL	
Armonía	Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo	Cualitativo , por medio del instrumento FF SIL	
Comunicación	Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias en forma clara y directa	Cualitativo , por medio del instrumento FF SIL	
Permeabilidad	Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e	Cualitativo , por medio del instrumento FF SIL	

	instituciones	
Afectividad	Capacidad de los miembros de la familia de vivir y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros	Cualitativo , por medio del instrumento FF SIL
Roles	Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar	Cualitativo , por medio del instrumento FF SIL
Adaptabilidad	Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera	Cualitativo , por medio del instrumento FF SIL
Apoyo positivo	Alude a aquellas conductas destinadas a dar soporte emocional al otro miembro de la relación cercana, a través de proporcionarle protección, brindarle seguridad, afecto y amor cuando este se encuentre en momentos difíciles. Aumentando con eso la comunicación entre ellos.	Cualitativa por medio del inventario de apoyo a la pareja valorado por medio de 36 ítems se saca el promedio siendo funcional si es mayor al punto medio
Apoyo negativo	Se refiere a aquellas conductas destinadas a no apoyar al otro miembro de la relación cercana, cuando este último atraviese por momentos difíciles, por medio de comunicarse con su pareja hostilmente, enjuiciamiento, crítica, dureza, evitación, rechazo y/o indiferencia.	Cualitativa por medio del inventario de apoyo a la pareja valorado por medio de 8 ítems se saca el promedio siendo funcional si se encuentra por abajo del punto medio
Apoyo expresado	Se refiere a aquellas conductas destinadas a ayudar al otro miembro de la relación cercana a buscar solución a sus conflictos, expresándole libremente su afecto, amor, seguridad y soporte, mejorando con esto la comunicación entre ellos.	Cualitativa por medio del inventario de apoyo a la pareja valorada por medio de 15 ítems, siendo funcional si es mayor al punto medio

METODOLOGÍA

Una vez aprobado el proyecto por los comités de investigación y Ética del IMSS, El Dr. Alejandro Leyva Ponce de León Residente de la especialidad de medicina familiar acudió a la sala de espera de los consultorios de la UMF 80 consulta de medicina familiar, en donde se invito a los pacientes portadores de DM2, a participar en el estudio, con previa explicación de que consistía el estudio se firmo consentimiento informado para su participación, al mismo tiempo se acudió a la ubicación del programa DIABETIMSS dentro de las mismas instalaciones para invitar a los pacientes de dicho programa para la conformación del grupo control.

Los pacientes de ambos grupos que aceptaron integrarse a protocolo de estudio, fueron citados para la aplicación de los instrumentos: FF-SIL e inventario de apoyo a la pareja. Y determinación de glucosa.

Se impartieron las sesiones de terapia grupal por el Dr. Alejandro Leyva Ponce de León para el área educativa y para el área psicológica la Dra. Paula Chacón Valladares.

Durante las 8 sesiones grupales con duración de 60 min donde se trataron temas como información sobre la comprensión del padecimiento y su aceptación, Familia, técnicas para el afrontamiento de problemas en relación al padecimiento del enfermo, medidas de control y prevención de la enfermedad, medidas de apoyo emocional, orientación sobre la alimentación.

Al término de las 8 sesiones grupales el mismo investigador cito nuevamente a los pacientes para la toma de glucosa preprandial y la nueva aplicación del inventario de apoyo para la pareja y el FF-SIL, así como se citara al grupo control del programa DIABETIMSS.

Todos aquellos pacientes que solicitaron el apoyo psicoterapéutico se les canalizo por el mismo investigador al área de psicoterapia de la unidad.

ANALISIS ESTADISTICO:

Se utilizo estadística descriptiva en términos de media y desviación estándar para las variables continuas, frecuencias y porcentaje para las variables de tipo categórico cualitativas. A los instrumentos utilizados en el presente trabajo se les hará el procedimiento de análisis de fiabilidad mediante el Alfa de Cronbach. Para las asociaciones se utilizara el estadístico de prueba no paramétrico Chi cuadrado, para contrastar variables continuas la T de Student para muestras independientes así como para muestras relacionadas o pareadas. El proceso de los datos se llevara a cabo con el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS.ver 18 para Windows) se considera estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$. en un intervalo de confianza del 95%

CONSIDERACIONES ETICAS:

Los procedimientos fueron de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como los códigos y normas Internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica. Además de todos los aspectos en cuanto al cuidado que se deberá tener con la seguridad y bienestar de los pacientes se respeta cabalmente los principios contenidos en el Código de Nuremberg, el Informe Belmont, el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos (Regla Común).

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud en su título segundo, capítulo 1, artículo 13.- ya que en estos pacientes serán tratados prevaleciendo el criterio de respeto a su dignidad individual, así como la protección de sus derechos y bienestar de cada uno. Artículo 14.- ya que todos los pacientes serán tratados bajo los principios científicos, éticos y contarán con el consentimiento informado y por escrito de los participantes o su representante legal. Artículo 16.- en el presente estudio se mantendrá la privacidad de cada individuo sujeto de la presente investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

El propósito de la presente investigación fue el mejorar los procedimientos terapéuticos y profilácticos de la diabetes, con un enfoque familiar, que ayudara a mejorar la funcionalidad de la misma, y disminuya la prevalencia de la enfermedad.

El presente proyecto está basado en base a las Recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica con seres humanos Adoptadas por la 18a Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendadas por la 29a Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, octubre de 1975, por la 35a Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre de 1983 y por la 41a Asamblea Médica Mundial Hong Kong, en septiembre de 1989

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial compromete al médico con las palabras "La salud de mi paciente será mi primera consideración", y el Código Internacional de Ética Médica declara que "Un médico debe actuar sólo en el interés del paciente al proporcionar atención profesional que pudiese tener el efecto de debilitar el estado físico y mental del paciente".

La preocupación por el interés del individuo siempre prevalecerá sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

Siempre se respeta el derecho del participante en la investigación a proteger su integridad. Se tomarán precauciones para reducir al mínimo el impacto del estudio en la integridad física y mental del participante y en su personalidad.

El beneficio de la presente investigación es mayor que el riesgo de la misma.

Al ser publicados los resultados de la presente investigación no se alteraran los mismos, manteniendo la exactitud de los mismos. Basándonos en la presente declaración.

En la presente investigación se proporciono la información suficiente del objetivo, beneficios previstos y posibles peligros del estudio y las molestias que les pueda acarrear, a cada posible participante, así como fueron libres de elegir participar o abstenerse, así como pudieron revocar su consentimiento que otorgaron a participar.

El médico actúo protegiendo la vida y la salud de cada participante llevada a cabo en la investigación biomédica. Los participantes fueron voluntarios, ya sea personas sanas o pacientes cuyas enfermedades no se relacionen con el diseño experimental.

Se tomo en cuenta el tratamiento de la persona enferma, el médico debe tener la libertad de usar un nuevo método diagnóstico y terapéutico, si a su juicio ofrece la esperanza de salvar una vida, restablecer la salud o aliviar el sufrimiento.

La negativa del paciente a participar en un estudio nunca interfirió en la relación médico-paciente.

La presente investigación llevo un riesgo mínimo caracterizado por la posibilidad de presentar hematoma, post punción con aguja para el análisis de la glucemia en ayuno.

Aprobado por el CLIEIS.

RESULTADOS:

Se estudio a 2 grupos de enfermos diabéticos un grupo experimental con 20 familias de la unidad de medicina familiar numero 80 de Morelia Michoacán, con diagnostico de DM2, de las cuales fueron 13 del género femenino(65%) y 7 del masculino(35%), el rango de edad fue de 30 a 80 años de edad, con una media de 51.32 ± 13.39 años para el grupo experimental y de 55.85 ± 12.87 para el grupo control, el IMC de 30.24 ± 5.4 , para el grupo experimental y de 30.97 ± 5.78 para el grupo control, se realizo determinación de glucemia con una media de 131.25 ± 44.7 para el grupo experimental y de 112.5 ± 41.66 para el grupo control. (Tabla I).

	Tabla N° I Características generales de la población comparada por grupo	
Variable	Control N= 20 $X \pm E.E$	Experimental N= 20 $X \pm E.E.$
género	16 fem y 4 masc	13 fem y 7 masc
Edad(años)	55.85 ± 12.87	51.70 ± 12.39
Peso(Kg)	73.55 ± 14.05	75.59 ± 14.08
Talla (mts)	1.54 ± 0.073	1.58 ± 0.066
IMC	30.97 ± 5.78	30.24 ± 5.41
Glucosa inicial	112.5 ± 41.66	131.25 ± 44.7

Se busco la fiabilidad a las encuestas para FF-SIL resultado una alfa de cronbach de 0.723 mientras para el IAPP un alfa de cronbach de 0.932, lo que indica su confiabilidad en este grupo de pacientes, esquematizado en la tabla II.

Tabla II Estadísticos de fiabilidad para:	
FF-SIL e IAPP	
ALFA DE CRONBACH	
ESCALA	
FF-SIL	.723
IAPP	.932

La funcionalidad familiar de ambos grupos por dominios al inicio del estudio demostró lo siguiente se encontró una ligera diferencia sin llegar a ser significativa en los dominios de cohesión y armonía de ambos grupos, siendo mayor en el grupo control (tabla III)

FF-SIL	Tabla N° III Dinámica Familiar en sus dominios en muestras independientes control y experimental.			
Dominio	Control $\bar{X} \pm E.E$	Experimental $\bar{X} \pm E.E$	T	p valor
Cohesión	8.60± 0.99	8.15±1.26	-1.249	.219
Armonía	8.25± 0.96	7.85 ±1.78	-0.881	.384
Comunicación	7.55± 1.57	7.65±1.78	0.188	.852
Adaptabilidad	7.35± 1.63	7.4±1.63	0.970	.923
Afectividad	7.75± 2.38	7.55±2.54	- 0.257	.799
Roles	7.45± 1.14	7.25±1.58	- 0.457	.650
Permeabilidad	7.25± 1.51	7.15±1.69	-0.197	.845
Funcionalidad familiar	56.7± 4.24	52.9 ± 7.82	- 1.909	.064

En el apoyo de la pareja en el factor positivo resultó que el 92.1% fueron parejas funcionales y el 7.9% disfuncional, en las parejas con apoyo negativo, el 89.5% fue funcional y disfuncional en el 10.5%, en el apoyo expresado se encontró el porcentaje más elevado de parejas funcionales con el 97.4% y disfuncional 2.6%. **(Tabla IV)**

IAPP	Tabla N° IV. El apoyo de pareja en sus dominios de los enfermos diabéticos de ambos grupos previo a la intervención		
	Apoyo Positivo	Apoyo negativo	Apoyo expresado
FUNCIONAL	92.1%	89.5%	97.4%
DISFUNCIONAL	7.9%	10.5%	2.6%

El contraste para el grupo experimental muestras relacionadas el apoyo positivo con una media inicial de 153.78 ± 26.7 y en la post intervención de 154.50 ± 27.14 , el apoyo negativo al inicio fue de 18.33 ± 6.59 y de 17.56 ± 5.72 en la post intervención y un valor de $p=0.026^*$, lo que indica significancia estadística, para el apoyo expresado en un inicio su media fue de 59.89 ± 7.73 y posterior a la intervención una media de 60.28 ± 7.01 sin significancia estadística con un valor de $p= 0.110$. **(Tabla V)**

Tabla N° V. Contraste de IAPP para muestras relacionadas del grupo experimental				
Dominio	Inicial $\bar{X} \pm E.E$	Post intervención $\bar{X} \pm E.E$	T	p valor
Apoyo positivo	153.78 ± 26.70	154.50 ± 27.14	-1.831	.085
Apoyo negativo	18.33 ± 6.59	17.56 ± 5.72	2.439	.026*
Apoyo expresado	59.89 ± 7.73	60.28 ± 7.01	-1.686	.110

Al realizar contraste para muestras relacionadas en el grupo control se encontró que las medias para el apoyo positivo sin ningún efecto ya que ambas fueron de 157.75 ± 20.87 , en el apoyo negativo la media en la pre fue de 17.95 ± 6.70 con mínima diferencia para la post evaluación en donde su media fue de 17.85 ± 6.37 y para el apoyo expresado con un comportamiento muy similar a la anterior en la pre evaluación sus media fue de 62.35 ± 6.37 , en la post evaluación fue de 61.85 ± 5.80 , en ninguna de estas muestras relacionadas se encontró significancia estadística.(tabla VI)

Tabla N° VI. Contraste de IAPP para muestras relacionadas del grupo control				
Dominio	Inicial $\bar{X} \pm E.E$	Post intervención $\bar{X} \pm E.E$	T	p valor
Apoyo positivo	157.75 ± 20.87	157.95 ± 20.57	-.391	.700
Apoyo negativo	17.95 ± 6.70	17.85 ± 6.37	.302	.766
Apoyo expresado	62.35 ± 6.37	61.85 ± 5.80	-1.173	.255

La dinámica familiar de los pacientes del grupo experimental mostro la siguiente relación posterior a la intervención psicoeducativa: cohesión con una media inicial de 8.15 ± 1.26 y una media final de 8.4 ± 0.99 y un valor de $p=0.56$, armonía con una media inicial de 7.85 ± 1.78 y una media final de 8.1 ± 1.25 y un valor de $p=0.135$, comunicación con una media inicial de 7.65 ± 1.78 y una media final de 7.9 ± 1.51 y un valor de $p=0.960$, adaptabilidad con una media inicial 7.4 ± 1.63 y una media final de 7.35 ± 1.59 y un valor de $p=0.330$, afectividad con una media inicial de 7.55 ± 2.54 y una media final de 7.75 ± 2.22 y un valor de $p=0.104$, roles con una media inicial de 7.25 ± 1.58 y una media final de 7.30 ± 1.71 y un valor de $p=0.577$, permeabilidad con una media inicial de 7.15 ± 1.69 y una media final de 7.10 ± 1.68 y un valor de $p=0.577$, en los dominios de cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles y funcionalidad familiar existió un discreto impacto aunque sin significancia estadística de ellos cohesión y funcionamiento familiar presentaron en mejor cambio, pero los dominios de adaptabilidad y permeabilidad sus medias en la post medición fueron más bajas. (Tabla VII).

FF-SIL	Tabla N° VII Dinámica Familiar en sus dominios en muestras relacionadas grupo de intervención.			
Dominio	Inicial $\bar{X} \pm E.E$	Post intervención $\bar{X} \pm E.E$	T	p valor
Cohesión	8.15 ± 1.26	8.40 ± 0.99	-2.032	.056
Armonía	7.85 ± 1.78	8.1 ± 1.25	-1.561	.135
Comunicación	7.65 ± 1.78	7.9 ± 1.51	-1.751	.096
Adaptabilidad	7.4 ± 1.63	7.35 ± 1.59	1.00	.330
Afectividad	7.55 ± 2.54	7.75 ± 2.22	- 1.710	.104
Roles	7.25 ± 1.58	7.30 ± 1.71	- .567	.577
Permeabilidad	7.15 ± 1.69	7.10 ± 1.68	.567	.577
Funcionalidad familiar	52.9 ± 7.82	53.85 ± 6.36	- 2.840	.051

Al medir el impacto en el control glucémico en ambos grupos en el grupo experimental se encontró una media inicial fue de 131.25 ± 44.7 y con una disminución en la media final de 123.7 ± 22.92 una t .862 pero sin significancia estadística por un valor $p=0.400$, mientras en el grupo control la media inicial fue de 111.8 ± 39.8 observando un incremento en la media final 122.15 ± 36.5 así mismo sin significancia estadística con un valor de $p=0.109$ lo que demuestra que ambos grupos no impactaron en el control de la glucosa significativamente (**tabla VIII**)

Tabla N° VIII impacto de la terapia grupal en el control glucemia del diabético, y glucosa en el grupo control.				
	Inicial $\bar{X} \pm E.E$	Post intervención $\bar{X} \pm E.E$	T	p valor
Glucosa en el grupo experimental	131.25 \pm 44.7	123.7 \pm 22.92	.862	0.400
Glucosa en el grupo control	111.8 \pm 39.8	122.15 \pm 36.5	-1.682	0.109

Tabla No. IX. Al realizar las asociaciones de las variables en el grupo experimental con el estadístico de chi- cuadrado se encontró el apoyo positivo funcional en el 30% (6) de las familias funcionales y el 50% (10) en las familias disfuncionales, el apoyo positivo disfuncional, El apoyo negativo funcional se encontró en el 20 % (4) de las familias disfuncionales y el 50% (10) de las familias disfuncionales, el apoyo negativo disfuncional se encontró el 10 % (2) en familia funcional mismo porcentaje para la familia disfuncional, El apoyo expresado funcional el 30% (6) se encontró en las familias funcionales y el 55 (11) en las familias disfuncionales y el apoyo expresado disfuncional no se encontró en la familia funcional y el 5% (1) en las disfuncionales. La glucosa inferior de 130 mgs/dl, se encontró en el 20% (4) en las familias funcionales y el 45% (9) en las familias disfuncionales, la glucosa mayor a 130 mgs/dl, el 15% (3) se encontró en las familias funcionales y el 40% (4) en las familias disfuncionales, sin significancia estadística.

	Tabla N° IX Asociaciones implementando el estadístico de chi- cuadrado y valor de p, Grupo experimental				
	FAMILIA FUNCIONAL		FAMILIA DISFUNCIONAL		Valor de p
Apoyo positivo funcional	6	30 %	10	50 %	0.289
Apoyo positivo disfuncional	0	0 %	2	10 %	
Apoyo negativo funcional	4	20 %	10	50 %	0.423
Apoyo negativo disfuncional	2	10 %	2	10 %	
Apoyo expresado funcional	6	30 %	11	55 %	0.467
Apoyo expresado disfuncional	0	0 %	1	5 %	
Glucosa menor de 130mg/dl	4	20 %	9	45 %	0.589
Glucosa mayor de 130mg/dl	3	15 %	4	40 %	

Tabla No. X Al realizar las asociaciones de las variables con el estadístico de chi-cuadrado se encontró el apoyo positivo funcional el 45% (9) su glucosa fue inferior a 130 mgs/dl y el 35% (7) fue mayor, en el apoyo positivo disfuncional, el 10% (2) su glucosa fue inferior y de 0 % glucosa mayor a 130 mgs/dl, en el apoyo negativo funcional el 45% (9) su glucosa fue inferior y el 25% (5) fue mayor, en el apoyo negativo disfuncional el 10% (2) fue inferior, mismo porcentaje para la glucosa mayor a 130 mgs/dl, en el apoyo expresado funcional el 50 % (10) su glucosa fue inferior y el 35% (7) fue mayor a los 130 mgs/dl, en el apoyo expresado disfuncional el 5 % (1) su glucosa fue inferior a 130 mgs/dl y ninguno con glucosa mayor, en la familia funcional el 20% (4) su glucosa fue inferior a 130 mgs/dl y el 15% (3) fue mayor y en la familia disfuncional el 45% (8) su glucosa fue inferior a 130 mgs/dl, el 20% (4) su glucosa fue mayor.

	Tabla N°X Asociaciones implementando el estadístico de chi- cuadrado y valor de p		
	Grupo experimental		
	GLUCOSA MENOR 130mg/dl	GLUCOSA MAYOR 130mg/dl	Valor de p
Apoyo positivo funcional	9 45 %	7 35 %	0.231
Apoyo positivo disfuncional	2 10 %	0 0 %	
Apoyo negativo funcional	9 45 %	5 25%	0.605
Apoyo negativo disfuncional	2 10 %	2 10 %	
Apoyo expresado funcional	10 50 %	7 35 %	0.412
Apoyo expresado disfuncional	1 5 %	0 0 %	
<i>Funcionalidad familiar</i>	4 20 %	3 15 %	0.589
<i>Disfunción familiar</i>	9 45 %	4 20 %	

Al realizar las asociaciones de las variables con el grupo control con el estadístico de chi cuadrado se encontró el apoyo positivo funcional en el 80%(16) de las parejas con glucosa menor a 130mg/dl, y 15% (3) fue mayor a 130mgs/dl, el apoyo positivo disfuncional el 5%(1) presento glucosa menor de 130mg/dl, y un 0%(0) con glucosa mayor de 130mg/dl, en el apoyo negativo funcional el 80% (16) presento glucosa menor a 130mg/dl, un 15%(3) fue mayor de 130mg/dl, el apoyo negativo disfuncional el 5% (1) presento glucosa menor de 130mg/dl, y un 0%(0) con glucosa mayor de 130mg/dl, el apoyo expresado funcional el 85% presento glucosa menor de 130mg/dl, y un 10%(2) fue mayor de 130mg/dl, el apoyo expresado disfuncional un 0%(0) glucosa menor a 130mg/dl y un 5%(1) fue mayor de 130mg/dl, las familias con funcionalidad familiar el 55% con glucosa menor a 130mg/dl y el 10% (2) fue mayor de 130mg/dl, de los que presentaron disfunción familiar el 30% presento glucosa menor de 130mg/dl y 5%(1) glucosa mayor de 130mg/dl, no se encontró significancia estadística, tabla XI.

	Tabla N°XI Asociaciones implementando el estadístico de chi- cuadrado y valor de p			
	Grupo control			
	GLUCOSA MENOR 130mg/dl	GLUCOSA MAYOR 130mg/dl		Valor de p
Apoyo positivo funcional	16 80 %	3 15 %		0.666
Apoyo positivo disfuncional	1 5 %	0 0 %		
Apoyo negativo funcional	16 80 %	3 15%		0.666
Apoyo negativo disfuncional	1 5 %	0 0 %		
Apoyo expresado funcional	17 85 %	2 10 %		0.315
Apoyo expresado disfuncional	0 0 %	1 5 %		
<i>Funcionalidad familiar</i>	11 55 %	2 10 %		0.589
<i>Disfunción familiar</i>	6 30 %	1 5 %		

Al realizar las asociaciones de las variables en el grupo control con el estadístico de chi cuadrado se encontró el apoyo positivo funcional en el 65%(13) de las familias funcionales, y el 30%(6) en las familias disfuncionales, el apoyo positivo disfuncional el 0%(0) de las familias funcionales, y 5%(1) disfuncionales, el apoyo negativo funcional en el 60%(12) de las familias funcionales y 35%(7) en las familias disfuncionales, el apoyo negativo disfuncional el 5% en las familia funcional y 0%(0) disfuncional, el apoyo expresado funcional el 60% en las familias funcionales y el 35% en las familias disfuncionales, el apoyo expresado disfuncional el 5% en las familias funcionales 5%(1) y el 0% (0) en las familias disfuncionales, sin significancia estadística, tabla XII.

	Tabla N° XII Asociaciones implementando el estadístico de chi- cuadrado y valor de p, Grupo control				
	FAMILIA FUNCIONAL		FAMILIA DISFUNCIONAL		Valor de p
Apoyo positivo funcional	13	65 %	6	30 %	0.162
Apoyo positivo disfuncional	0	0 %	1	5 %	
Apoyo negativo funcional	12	60 %	7	35 %	0.452
Apoyo negativo disfuncional	1	5 %	0	0 %	
Apoyo expresado funcional	12	60 %	7	35 %	0.452
Apoyo expresado disfuncional	1	5 %	0	0 %	
Glucosa menor de 130mg/dl	11	55 %	6	30 %	0.948
Glucosa mayor de 130mg/dl	2	10 %	1	5 %	

DISCUSION:

Actualmente sabemos que México ocupa una de las más altas prevalencias de obesidad en el mundo sabiendo que 7 de cada 10 adultos presentan sobrepeso y el 50% de estos obesidad la cual se asocia positivamente para el riesgo de padecer diabetes siendo este un hallazgo constante en los diferentes estudios epidemiológicos, en ambos grupos de pacientes encontramos una media de 30.24 ± 5.41 a 30.97 ± 5.78 algunos estudios llegan a encontrar hasta un 80% de los casos están relacionados con presencia de sobrepeso y obesidad se ha visto una desaceleración en el incremento de la prevalencia en el país a pesar de ello el incremento en niños y jóvenes aun continua la tendencia lo que implica que la diabetes empezara a afectar a grupos más jóvenes, habrá que considerar no solo la asociación con la diabetes si no también con el riesgo de enfermedades cardiacas, hipertensión arterial y síndrome metabólico^{38,39,40}.

En cuanto a la evaluación de la dinámica familiar se encontró en el grupo control un 60% de las familias moderadamente funcionales 35% funcionales y un 5% disfuncionales los dominios con resultado más alto son la cohesión familiar y la armonía con una media y desviación estándar de 8.15 ± 1.26 y 7.85 ± 1.78 respectivamente, los dominios con resultados más bajos son los roles y permeabilidad con una media y desviación estándar de 7.25 ± 1.58 y 7.15 ± 1.69 respectivamente, hubo mejoría en los dominios de cohesión y comunicación post intervención aunque sin llegar a tener significancia estadística ($p=0.560$, $p=0.96$ respectivamente) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la percepción del funcionamiento familiar posterior a la aplicación de terapia grupal con un valor de $p=0.051$ no se encontró una asociación estadísticamente significativa $p=0.206$ entre el grado de funcionamiento familiar y su control glucémico en contraste con estudios previos en los cuales se observa a mayor disfunción familiar mayor tendencia al descontrol metabólico, no podemos realizar comparaciones de los resultados de este estudio con otros ya que la técnica educativa aplicada con otros estudios son basadas en el fortalecimiento de conocimientos y auto cuidado de los pacientes diabéticos, en cambio el modelo empleado en esta investigación ha sido creado para el fortalecimiento de la estructura familiar, aprovechar los recursos de la misma familia para mejorar el apoyo familiar y de pareja así como su calidad de vida del enfermo diabético.

Se ha evaluado previamente el apoyo de la pareja en enfermos diabéticos a diferencia de nuestro trabajo se han empleado otros métodos de estudio en lo que se han encontrado cuatro áreas principales del impacto de la diabetes en la relación de pareja 1.emocionalmente, 2.- la comprensión del impacto del descontrol, 3.- la tensión de las potenciales complicaciones y por último 4.- los avances tecnológicos para su tratamiento, el apoyo de pareja se considera muy importante para hacer frente al estrés psicosocial y lograr una adecuada adhesión al tratamiento, la calidad de vida y el control glucemico³⁵

No se ha encontrado en la literatura disponible en la cual se emplee los elementos utilizados en el presente estudio para la evaluación del apoyo de pareja por lo cual no es posible comparar los resultados del mismo en esta área. Se encontró funcionalidad en el apoyo de pareja del 92.1% en el factor de apoyo positivo, 89.5% en el factor de apoyo negativo y 97.4% en el apoyo expresado. En los últimos años se ha reportado que el apoyo tiene un papel importante en el mantenimiento y mejoramiento de la salud de los individuos así como su adaptación a algún padecimiento en especial cuando es crónico, en este estudio se evaluó el apoyo de la pareja de los enfermos diabéticos, ya que es uno de los más eficaces para los individuos. Posterior a la intervención se obtuvo mejoría en el factor positivo ($p=0.085$) y negativo ($p=0.026$) posterior a la intervención solo llegando a ser estadísticamente significativo el factor negativo.

CONCLUSIONES:

La intervención terapéutica con enfoque psico-educativo en las familias con enfermo diabético promovió cambios dentro de la funcionalidad familiar principalmente en los dominios de cohesión y en la comunicación sin lograr tener significancia estadística. En el grupo control no se encontró ningún cambio en la dinámica familiar.

Con la terapia grupal se logro disminuir el apoyo negativo de la pareja estadísticamente significativo con un valor de $p=0.026^*$, mientras en el grupo control no hubo ningún cambio en el apoyo a la pareja.

No se modifico en control glucémico en los diabéticos con el empleo de terapia grupal ni posterior a la capacitación en Diabetimss.

RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS:

Se recomienda a los residentes de medicina familiar el realizar más investigación de la aplicación de terapia grupal a las familias con pacientes con enfermedades crónicas considerando un incremento en el número de sesiones educativas así como evaluación del impacto a un plazo más largo.

A los servicios de educación de la institución se les sugiere el incluir en mayor medida a los familiares de los enfermos principalmente en padecimientos crónicos.

A los médicos especialistas en medicina familiar se recomienda el promover el apoyo en las familias así como su utilización del mismo en el control y prevención de dichos padecimientos.

BIBLIOGRAFIA

1. Cummings S. The impact of the child's deficiency on the father: a study of fathers of mentally retarded and of chronically ill children. *Am J Orthopsychiatry*. 1976 Apr;46(2):246-55
2. Gayton W, Friedman S, Tavormina J, Tucker F. Children with cystic fibrosis: I. Psychological test findings of patients, siblings, and parents. *Pediatrics*. 1977 Jun;59(6):888-94.
3. Satterwhite B. Impact of chronic illness on child and family: an overview based on five surveys with implications for management. *Int J Rehabil Res*. 1978 Jan;1(1):7-17.
4. Friedlander R, Viederman M. Children of dialysis patients. *Am J Psychiatry*. 1982 Jan;139(1):100-3.
5. Rogers M, Liang M, Partridge A. Psychological care of adults with rheumatoid arthritis. *Ann Intern Med*. 1982 Mar;96(3):344-8.
6. Shapiro R, Possidente S, Plum K, Lehman A. The evaluation of a support group for families of the chronic mentally ill. *Psychiatr Q*. 1983 Winter;55(4):236-41.
7. Sabbeth B. Understanding the impact of chronic childhood illness on families. *Pediatr Clin North Am*. 1984 Feb;31(1):47-57.
8. Golics C, Basra M, Salek M, Finlay A. The impact of patients' chronic disease on family quality of life: an experience from 26 specialties. *Int J Gen Med*. 2013 Sep 18;6:787-798.
9. Broquet C, Verga M, Stoky A, Verga J, Gehri M. Impact of a small-group educational intervention for 4- to 12-year-old asthmatic children and their parents on the number of healthcare visits and quality of life. *Arch Pediatr*. 2013 Oct 9.
10. Bird G, Marian K, Bagley B. Effect of a Performance Improvement CME Activity on Management of Patients With Diabetes. *J Contin Educ Health Prof*. 2013 Jun;33(3):155-63.
11. Hampson R, Beavers W. Measuring family therapy outcome in a clinical setting: families that do better or do worse in therapy. *Fam Process*. 1996 Sep;35(3):347-61.
12. Miller D, Wolfe M, Spiegel M. Therapeutic groups for patients with spinal cord injuries. *Arch Phys Med Rehabil*. 1975 Mar;56(3):130-5.
13. McLean L, Jones J, Rydall A, Walsh A, Esplen M, Zimmermann C, et al. A couples intervention for patients facing advanced cancer and their spouse caregivers: outcomes of a pilot study. *Psychooncology*. 2008 Nov;17(11):1152-6
14. Jessee B, Rutledge C. Effectiveness of nurse practitioner coordinated team group visits for type 2 diabetes in medically underserved Appalachia. *J Am Acad Nurse Pract*. 2012 Dec;24(12):735-43.
15. Manejo del enfermo crónico y su familia, María Luisa Velasco, la enfermedad crónica el paciente y su familia pp.37-46
16. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ, Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes research and clinical practice*. 2010; 87: 4-14

17. Córdoba JA, Barriguete JA, Lara A et al. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud publica de México*. 2008; 50(5): 419-427
18. American Diabetes Association: Standards of medical care for patients with diabetes mellitus (position statement) *diabetes care* 24: s33-s43 2001
19. Brenda MartínezMartínez/ Laura Evelia Torres Velázquez, Importancia de la Familia en el paciente con DM insulino dependiente, *psicología y salud*, julio-diciembre, año/vol 17, num 002 universidad veracruzana, pp 229-241.
20. Robles Silva L, Mercado Martínez FJ, Ramos Herrera IM, AlcantaraHernández E, Moreno Leal NC, Las Fuentes de Apoyo de los individuos con Diabetes en una zona marginal de Guadalajara Mexico. *Salud Publica de Mexico* 1995; 37(3): 187-195.
21. Didoni M, Jure H, Ciuffolini B. La familiar como unidad de atención, *Pammi*, INSSJP, pp1-30
22. Schelenk E, Hart L. Relation ship between health locus of control, health value, and social support and compliance of persons with diabetes mellitus”. *Diabetes care* 1997; 7 (6): 566-574
23. Valadez Figueroa IA, AldreteRodríguez/Alfaro Alfaro, Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II, *Salud Publica de México*, septiembre – octubre año/vol 35, numero 005, pp. 464-470.
24. Rojas Rivera AM. Effectiveness of group therapy aimed at overcoming Schizophrenia *Revista de Psicología – Universidad Viña del Mar* Vol. 1, Nº 1, Año 2011 /72
25. McGlashan, TH What has become of the psycoterapy of Schizophrenia, *ActapsychatricaScandinavica* 1994(supl 334) pp 147-152.
26. Arias L, Herrera J. El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. *Colombia Médica* 1994;25:26-8
27. Carter CH. Terapia familiar estructural. México: Amorrortu 1997:10-30.
28. INEGI (2011) Estadísticas de mortalidad. Cubos dinámicos y CONAPO(2008) proyecciones de la población de México.
29. Eficacia de la terapia grupal orientada a la superación de la esquizofrenia, Ana María Rojas Rivera, *revista de Psicología – Universidad Viña del Mar*, Vol 1 No 1, año 2011
30. Concha Toro, Marcela del Carmen; Rodríguez Garcés, Carlos René, Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados, *Theoria* , vol. 19 num 1 2010, pp 41-50 Universidad del BioBío Chillán, Chile.
31. Instituto Mexicano del Seguro Social (2009). *Diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención*. México: IMSS. Revisado el 18 de octubre de 2011, de: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/DEB03CD4-53C6-423C-8F89-1F5CF03C2188/0/GERDiabetesMellitusTipo2.pdf>.
32. PAC MF-1, programa de actualización continua de medicina familiar, estudio salud familiar, Dr. José Luis Huerta González, editorial sistemas inter. pp. 11-31

33. Santillana SP, Alvarado LE. Depresión en población adulta mayor. Tamizaje en Unidad de primer nivel de atención medica. Rev. Med. IMSS 1999; 37(2): 111-115
34. M.C. Fuertes, M.U. Maya, atención a la familia: la atención familiar en situaciones concretas: Anales, cf navarra. Es
35. Ausubel DP, Joseph D. Novak, Helen Hanesian, Psicología educativa, un punto de vista cognoscitivo, trillas decimo cuarta reimpresión 2001, pp447-509
36. Asesoramiento de grupos, James C. Hansen, Richard W. Warner, Elsie M. Smith, editorial el manual moderno, S. A. pp363-424
37. Principios de Medicina Interna Harrison 17ª edición, Fauci. Braunwald. Kasper. Hauser Longo. Jameson. Loscalzo, editorial Mc Graw-Hill Interamericana Editores SA de CV 2009, vol 2, pp2299-2318
38. Carrasco E, Perez F, Angel B, Albala C, Prevalencia de diabetes tipo 2 y obesidad en dos poblaciones aborígenes de Chile en ambiente urbano. Rev Med Chile 2004; 132: pp 1189-1197.
39. Sanchez CP, Pichardo E, Lopez P, Epidemiología de la Obesidad. Gac Med Mex 2004; 140(2): 3-20
40. Rodriguez A, Kanán E, Bautista J, Polina R, No asociación entre percepción del funcionamiento familiar y modalidad de tratamiento de la enfermedad renal crónica secundaria a diabetes mellitus; Actas Esp Psiquiatr 2013; 41(2): 63-63.

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ENFERMO DIABETICO
PARA LA PARTICIPACION EN EL PROTOCOLO: IMPACTO DE LA TERAPIA
GRUPAL EN LA FAMILIA CON PACIENTE DIABETICO**

Morelia Michoacán a enero del 2012 por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: IMPACTO DE LA TERAPIA GRUPAL EN LA FAMILIA CON PACIENTE DIABETICO.

Registrado ante el comité local de investigación con el numero _____ teniendo como finalidad el estudio de la familia del enfermo diabético, consistiendo en la realización de un estudio de salud familiar, aplicación de instrumento de la FF SIL para la valoración de la funcionalidad de mi familia, así como la aplicación de terapia grupal de la familia de los pacientes diabéticos acudiendo a la unidad cada 2 semanas, se les realizara determinación de glucemia central en ayuno en dos ocasiones al inicio y al final de la intervención terapéutica al enfermo diabético, con la presente investigación se busca el beneficio del enfermo diabético, así como en el mejorar la funcionalidad de las familias, y la prevención de nuevos enfermos diabéticos en la familia, por lo cual expreso que se me ha informado que mi participación consistirá en responder cuestionarios, así como entrevistas para la realización de estudio de mi familia, y acudir a la terapia grupal que constara de 8 sesiones cada 2 semanas, así como determinación de glucemia central con una muestra de sangre en ayuno, por lo anterior declaro que se me ha informado ampliamente en que consistirá el estudio y acepto participar, al haberse garantizado que toda la información recabada en el presente estudio será manejada de forma confidencial y segura, sin poder identificarse el participante, salvo en caso de tener que dar alguna información de importancia al mismo, el investigador responsable se a comprometido a darme información oportuna al respecto del protocolo de investigación así como poder responderme cualquier duda o pregunta con respecto a la investigación o a la enfermedad de mi paciente.

Cabe señalar que conservo el derecho de retirarme del presente estudio de investigación en cualquier momento que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención prestada por parte del INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL,

Nombre y firma del paciente: _____

Testigo numero 1 _____

Testigo numero 2 _____

Nombre y firma del investigador ALEJANDRO LEYVA PONCE DE LEON

NUMERO TELEFONICO AL CUAL PUEDE COMUNICARSE PARA DUDA O PREGUNTA CON RELACION AL ESTUDIO DE INVESTIGACION: CEL.4432542454

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FAMILIARES DEL ENFERMO DIABETICO PARA LA PARTICIPACION EN EL PROTOCOLO: IMPACTO DE LA TERAPIA GRUPAL EN LA FAMILIA CON PACIENTE DIABETICO

Morelia Michoacán a enero del 2012 por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: IMPACTO DE LA TERAPIA GRUPAL EN LA FAMILIA CON PACIENTE DIABETICO.

Registrado ante el comité local de investigación con el numero _____ teniendo como finalidad el estudio de la familia del enfermo diabético, consistiendo en la realización de un estudio de salud familiar, aplicación de instrumento de la FF SIL para la valoración de la funcionalidad de mi familia, así como la aplicación de terapia grupal de la familia de los pacientes diabéticos acudiendo a la unidad cada 2 semanas, con la presente investigación se busca el beneficio del enfermo diabético, así como en el mejorar la funcionalidad de las familias, y la prevención de nuevos enfermos diabéticos en la familia, por lo cual expreso que se me ha informado que mi participación consistirá en responder cuestionarios, así como entrevistas para la realización de estudio de mi familia, y acudir a la terapia grupal que constara de 8 sesiones cada 2 semanas, por lo anterior declaro que se me ha informado ampliamente en qué consistirá el estudio y acepto participar, al haberse garantizado que toda la información recabada en el presente estudio será manejada de forma confidencial y segura, sin poder identificarse el participante, salvo en caso de tener que dar alguna información de importancia al mismo, el investigador responsable se a comprometido a darme información oportuna al respecto del protocolo de investigación así como poder responderme cualquier duda o pregunta con respecto a la investigación o a la enfermedad de mi familiar.

Cabe señalar que conservo el derecho de retirarme del presente estudio de investigación en cualquier momento que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención prestada por parte del INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL,

Nombre y firma de los familiares: _____

Testigo numero 1 _____

Testigo numero 2 _____

Nombre y firma del investigador ALEJANDRO LEYVA PONCE DE LEON

NUMERO TELEFONICO AL CUAL PUEDE COMUNICARSE PARA DUDA O

PREGUNTA CON RELACION AL ESTUDIO DE INVESTIGACION: CEL.4432542454

ANEXO 2.

FF-SIL
Test de Percepción del Funcionamiento Familiar.
De la Cuesta, D., 1994

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Responda, anotando un número en la columna que corresponda a la frecuencia en que le pase a Usted, según la escala:

1= casi nunca, 2= pocas veces, 3= a veces, 4= muchas veces, 5= casi siempre

- | | | |
|----|--|-------|
| 1 | Se toman decisiones 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 este 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. | _____ |

Total: _____

ANEXO 3

INVENTARIO DE APOYO PARA LA PAREJA (IAPP)

Marque con una X el numero que mejor representa la forma como su pareja responde ante una problemática suya. Por favor, sea lo más honesto/a posible, de una sola respuesta por pregunta y no deje de contestar ninguna. De antemano. Gracias.

Siempre lo hace (5), Muchas veces lo hace (4), Algunas veces lo hace (3), Rara vez lo hace (2), Nunca lo hace (1)

1.- ¿Mi pareja, con su amistad, me brinda apoyo?	1	2	3	4	5
2.- ¿Ante mis problemas, mi pareja se muestra comprensivo(a)?	1	2	3	4	5
3.- ¿Mi pareja escucha mis problemas?	1	2	3	4	5
4.- ¿Ante mis problemas personales mi pareja me orienta?	1	2	3	4	5
5.- ¿Ante un problema mío, mi pareja me apoya cooperando en lo que esta a su alcance?	1	2	3	4	5
6.- ¿Mi pareja me apoya protegiéndome ante cualquier dificultad	1	2	3	4	5
7.- ¿Ante mis conflictos personales, mi pareja me brinda sostén emocional?	1	2	3	4	5
8.- ¿Mi pareja es solidaria(o) ante cualquier decisión que tome respecto a mis problemas personales?	1	2	3	4	5
9.- ¿Cuándo le platico mis problemas a mi pareja, el o ella me evita?	1	2	3	4	5
10.- ¿Cuándo le platico mis problemas a mi pareja, el o ella se preocupa?	1	2	3	4	5
11.- ¿Cuándo le platico mis problemas a mi pareja, el o ella me hace ver los pros y los contras de aquellos?	1	2	3	4	5
12.- ¿Ante mis problemas, mi pareja me dice que esta conmigo?	1	2	3	4	5
13.- ¿Mi pareja me ayuda a solucionar mis problemas?	1	2	3	4	5
14.- ¿Cuándo le platico mis problemas a mi pareja, el o ella me condena?	1	2	3	4	5
15.- ¿Mi pareja me apoya dándome amor?	1	2	3	4	5
16.- ¿Mi pareja me brinda tranquilidad en momentos difíciles?	1	2	3	4	5
17.- ¿Ante una dificultad mi pareja me dice que “yo puedo resolver cualquier problema personal”	1	2	3	4	5
18.- ¿Ante un problema, mi pareja me confirma que me quiere?	1	2	3	4	5
19.- ¿Cuándo le platico mis problemas a mi pareja, el o ella me juzga?	1	2	3	4	5
20.- ¿Mi pareja permanece cerca de mi cuando tengo problemas?	1	2	3	4	5
21.- ¿Ante mis problemas mi pareja, muestra entendimiento?	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

22.- ¿Cuándo le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me aconseja?					
	1	2	3	4	5
23.- ¿Ante un problema mi pareja me orienta en su solución?					
24.- ¿Cuándo le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me dice que debo hacer y que no?	1	2	3	4	5
25.- ¿Mi pareja me da confianza para resolver cualquier problema?	1	2	3	4	5
26.- ¿Cuándo le platico mis problemas a mi pareja, ella o el me cree?	1	2	3	4	5
27.- ¿Cuándo le platico mis problemas a mi pareja, ella o él se comporta hostil conmigo?	1	2	3	4	5
28.- ¿Cuándo le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me acompaña en mi preocupación?	1	2	3	4	5
29.- ¿Cuándo le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me dirige en la solución de aquellos?	1	2	3	4	5
30.- ¿Cuándo le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me critica?	1	2	3	4	5
31.- ¿Mi pareja, me da seguridad para resolver cualquier problema?	1	2	3	4	5
32.- ¿Ante mis conflictos, mi pareja se une a mis preocupaciones?	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
33.- ¿Mi pareja me ayuda cuando se lo pido?					
34.- ¿Cuándo tengo un problema mi pareja, se une a la tarea de buscar la mejor solución?	1	2	3	4	5
35.- ¿Cuándo le platico mis problemas a mi pareja, ella o él es duro(a) conmigo?	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
36.- ¿Mi pareja me respalda en mis decisiones?					
37.- ¿Ante un problema, mi pareja me da soporte emocional?	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
38.- ¿Cuándo le platico mis problemas a mi pareja, ella o él rechaza mi opción de solución?					
39.- ¿Ante mis dificultades, mi pareja prefiere que yo me responsabilice de solucionarlas?	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
40.- ¿Cuándo tengo un problema, mi pareja me consuela?					
	1	2	3	4	5
41.- ¿Cuándo le platico mis problemas a mi pareja, ella o él participa en una nueva reformulación de solución de conflicto?					
42.- ¿Ante mis problemas mi pareja, respeta mis decisiones?	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
43.- ¿Ante una dificultad mi pareja me guía en su solución?					
44.- ¿Cuándo tengo un problema, mi pareja me ayuda a buscarle una solución responsable?	1	2	3	4	5

<p>En esta segunda parte marque con una X el numero que mejor representa la forma como usted le comunica a su pareja sus conflictos. Por favor, sea lo mas honesto/a posible, de una sola respuesta por pregunta y no deje de contestar ninguna. Gracias.</p> <p>Totalmente de acuerdo(5) De acuerdo(4) Ni en acuerdo ni en desacuerdo(3) En desacuerdo(2) Totalmente en desacuerdo(1)</p>					
45.- ¿A mi pareja le expreso mi forma de pensar sobre algún problema mío?	1	2	3	4	5
46.- ¿A mi pareja le hago saber que bien me hacen sus palabras?	1	2	3	4	5
47.- ¿Comparto mis problemas con mi pareja?	1	2	3	4	5
48.- ¿Soy capaz de confiarle mis problemas a min pareja?	1	2	3	4	5
49.- ¿Cuándo tengo un problema directamente pido a mi pareja su opinión?	1	2	3	4	5
50.- ¿A mi pareja le expreso mi opinión sobre un conflicto mío?	1	2	3	4	5
51.- ¿Comunico mis problemas a mi pareja?	1	2	3	4	5
52.- ¿Confió en mi pareja para contarle cualquier preocupación mía?	1	2	3	4	5
53.- ¿Me gusta enterar a mi pareja de mis problemas?	1	2	3	4	5
54.- ¿Ante mis problemas, prefiero que mi pareja se mantenga al margen?	1	2	3	4	5
55.- ¿A mi pareja le agradezco cuando me escucha?	1	2	3	4	5
56.- ¿Ante un conflicto personal, busco el consuelo de mi pareja?	1	2	3	4	5
57.- ¿Prefiero reservarme mis problemas personales que confiárselos a mi pareja?	1	2	3	4	5
58.- ¿Comparto mis conflictos con mi pareja?	1	2	3	4	5
56.- ¿Le pido a mi pareja que me ayude a resolver mis conflictos?	1	2	3	4	5

ANEXO 4

SESION 1.- CONOCIMIENTO DE LA FAMILIA.

La familia es un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un periodo indefinido de tiempo. Constituye la unidad básica de la sociedad.

la familia es el centro desde el cual se catapulta al individuo a la sociedad, las características distintas de una familia será condicionantes muy fuertes que operaran en nuestro carácter y en nuestra conducta muy profundamente.

En la actualidad, destaca la familia nuclear o conyugal, la cual esta integrada por el padre, la madre y los hijos a diferencia de la familia extendida que incluye los abuelos, suegros, tíos, primos, etc.

Por lo general las personas que provienen de familias de clase media que caracterizan un patrón familiar fundan a su vez un hogar familiar, aunque con características diferentes en algunas costumbres formales y culturales las familias hindúes, chinas y mahometanas presentan características similares a las familias de cultura occidental .

Ser pertenecientes a una familia como descendente de ella y ser perteneciente a una familia por ser el creador de ella junto a su pareja es lo que nos da fundamentos morales y conocimientos legítimos para la opinión de asuntos relacionados. La familia es el lugar natural para el mas integro desarrollo del ser humano.

Funciones de la familia

La familia en la sociedad tiene importantes tareas, que tiene relación directa con la preservación de la vida humana como su desarrollo y bienestar. Las funciones de la familia son:

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

Función educativa: tempranamente se socializa a los niños en cuanto a hábitos, sentimientos, valores , conductas, etc.

Función económica: se satisfacen las necesidades básicas, como el alimento, techo, salud, ropa.

Función solidaria: se desarrollan afectos que permiten valorar el socorro mutuo y la ayuda al prójimo.

Función protectora: se da seguridad y cuidados a los niños, los inválidos y los ancianos.

SESION 2.- CONOCIMIENTO DE LA DIABETES.

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica, presente en 171 millones de personas en el mundo. Entre los países más afectados se encuentra México. Parte de su incremento se debe a la epidemia de la obesidad por consumo de alimentos en exceso, compuestos principalmente por azúcares y grasas, harinas refinadas sin fibra en sustitución de frutas y verduras, sin aporte de vitaminas y proteínas necesarias, que aunado al sedentarismo da como resultado sobrepeso y obesidad con desnutrición e inclusive anemia, para prevenir la enfermedad es necesario mantener un peso adecuado en todas las etapas de la vida mediante alimentación correcta, actividad física regular, abstenerse de fumar. La diabetes mellitus tipo 2 es la más frecuente con resistencia a la insulina e insuficiencia en su producción, los pacientes no deben de esperar a tener poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso para su identificación, pues la alteración de la glucemia inicia hace varios años antes de que se manifiesta la enfermedad y es progresiva por lo que su detección debe de hacerse en la etapa sin síntomas, se les informó que la detección oportuna de la diabetes mellitus se realiza a los hombres de 20 a 59 años de edad cada 3 años a partir de los 20 años, si tiene sobrepeso u obesidad y padres o hermanos con diabetes mellitus tipo 2, cada 3 años a partir de los 45 años de edad a toda la población, se hizo énfasis en los criterios diagnósticos de acuerdo a la ADA 2010 los cuales nos indican:

1.- Glucosa en ayuno igual o mayor de 126mg/dl, el ayuno se define como ingesta no calórica en las últimas 8hrs previas a la toma de muestra.

2.- síntomas de hiperglucemia y una determinación de glucosa casual de 200mg/dl o mayor. Casual se define como la determinación de glucosa en cualquier momento del día, los síntomas clásicos de la hiperglucemia son: poliuria, polidipsia y pérdida de peso inexplicable.

3.- Determinación de glucosa plasmática 2hrs posterior a la carga oral de 75 gramos de glucosa de 200mg/dl o mayor.

También se hizo énfasis en las metas terapéuticas las cuales reportan:

1.- hemoglobina glucosilada (A1C): menor de 6.5%

2.- presión arterial: 130/80mmhg

3.- colesterol: 100mg/dl o menor

4.- LDL: 70mg/dl o menor

5.- HDL: 40mg/dl o mayor en hombres y 50mg/dl o mayor en mujeres

6.- triglicéridos: 150mg/dl o menor

SESION 3.- PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES.

Adquirir conocimientos para cuidar mejor la salud nunca es pérdida de tiempo, recuerde que la salud es indispensable para el ser humano sea capaz de realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar su realidad para vivir mejor.

Realizar actividad física, la mayoría de los adultos reducen en forma importante su actividad física a causa de su trabajo, ya que permanece la mayor parte del tiempo sentado, o bien, realizan trabajos que requieren menor esfuerzo o movimiento. Si consideramos que el ser humano está diseñado para el movimiento y que su capacidad funcional aumenta como respuesta a la actividad física y se deteriora con la inactividad, es conveniente insistir en que el ejercicio de manera regular, beneficia mente y a nuestro cuerpo, los efectos benéficos que el ejercicio le brinda son: mejora el trabajo del corazón, disminuye la presión arterial y el riesgo de tener infartos, reduce los niveles de azúcar y grasa en la sangre y le ayuda a bajar de peso, disminuye la tensión nerviosa, favorece el aprendizaje, aumenta la autoestima y sensación de bienestar, en general , mejora la calidad de vida. Disminuye la resistencia a la insulina.

Es recomendable realizar actividad física de 20 a 40 minutos, tres a cuatro veces por semana.

Alimentación

Los nutrimentos que se encuentran en los alimentos son aprovechados por el organismo para su correcto funcionamiento. Una buena alimentación previene el sobrepeso, la obesidad, la diabetes mellitus y las cardiopatías entre otras enfermedades.

Se deben incluir: proteínas las cuales ayudan a formar y reponer los músculos, la piel, la sangre, el cabello, los huesos. Son importantes para combatir las infecciones. Se obtienen de: carne, leche, queso, pescado, frijol, lentejas, habas.

Los azúcares dan energía para tener fuerza, desarrollar las actividades diarias: correr, jugar, trabajar, estudiar, entre otras. Los encontramos en los cereales como maíz, trigo, arroz, avena, cebada y en otros alimentos como papa, camote, miel, cajeta, etc.

Grasas proporcionan energía y sirven para regular la temperatura del cuerpo, protegen riñón y corazón, dan forma al cuerpo, llevan las vitaminas a su destino. Están presentes en crema, mantequilla, tocino y en aceites de origen vegetal como el maíz, olivo, girasol y cártamo, entre otros.

SESION 4.- REDES DE APOYO PARA EL ENFERMO DIABETICO.

En las últimas décadas, ha habido un aumento de la expectativa de vida. Al mismo tiempo, los avances médicos han producido un cambio en la epidemiología de las enfermedades de agudas a crónicas. Como consecuencia, la población vive más años con enfermedades crónicas. Se entiende por crónica cualquier enfermedad que dure más de 6 meses.

La familia es el recurso humano primario en la tarea del cuidado del familiar enfermo, ya sea de los integrantes ancianos o del cuidado de los niños con enfermedades crónicas. Aunque ambos casos tienen diferencias en cuanto al modo de afrontamiento, la persona que asume el rol principal en el cuidado se encuentra expuesta al estrés. El ámbito de los cuidadores familiares de enfermos crónicos es sumamente importante en los aspectos relativos a la soledad, el aislamiento y las redes sociales de apoyo. Estos afectan la vulnerabilidad de los cuidadores y están relacionados con los mecanismos de afrontamiento que utilizan.

El apoyo social es una condición que favorece el estado de salud y bienestar del cuidador y propende amortiguar las situaciones propias del cuidado de un enfermo crónico.

SESION 5.- TECNICAS PARA AFRONTAMIENTO DE CONFLICTOS CON EL ENFERMO DIABETICO

SESION 6.- ALIMENTACION DEL ENFERMO DIABETICO

El estado de nutrición es un factor determinante para la salud, por lo que durante el transcurso de la vida se debe tener una alimentación correcta y no llegar a tener excesos o deficiencias. Durante la estrategia educativa se comentaron las recomendaciones generales para una adecuada nutrición.

Para tener buena salud es necesario que exista un equilibrio entre la cantidad y calidad de los alimentos que se comen y la actividad física que se desarrolla. Cuando este equilibrio se rompe se presentan enfermedades como desnutrición, sobrepeso u obesidad, por lo que es importante no caer en excesos ni deficiencias en la alimentación. Para llevar un adecuado control de la glucosa se debe tener un adecuado aporte calórico.

En la actualidad, se ha visto que uno de los principales problemas en la alimentación es el excesivo consumo de carbohidratos y grasas (refrescos, tacos, tortas, quesadillas, tamales, pizzas, hamburguesas, frituras, etc.) lo anterior aunado a poca o nula actividad física favorecen el desarrollo de obesidad y sobrepeso así como un mal control glucémico.

Por lo tanto cuidar la alimentación en el diabético es importante lograr su adecuado control del nivel de azúcar en sangre, así como disminución del sobrepeso y obesidad ya que estos son los principales factores de riesgo para el desarrollo de diabetes en los demás integrantes de la familia del enfermo diabético, así como hipertensión, infartos, embolias y algunos tipos de cáncer.

El contar con un peso y circunferencia de cintura adecuados es importante por lo que los pacientes deben realizarse estas mediciones en su centro de salud.

No existe un solo alimento que contenga todas las sustancias nutritivas que necesita el organismo, por lo que se debe comer de todos los grupos en las tres comidas principales del día, los cuales son:

Cereales y tubérculos, son los alimentos que forman la base de la alimentación y son arroz, avena, maíz, trigo, cebada, centeno, papa, camote y yuca así como alimentos que se elaboran con ellos.

Leguminosas y alimentos de origen animal, entre las leguminosas se encuentran los frijoles, alubias, habas, lentejas, garbanzos y soya. En cuanto a los de origen animal están las carnes de cualquier tipo como res, cerdo, pollo, pescado, ternera, atún, sardina, vísceras y mariscos.

Frutas y verduras, son consideradas como fuente principal de vitaminas y minerales que participan en el buen funcionamiento del cuerpo.

Grasas y azúcares, como crema, mantequilla, mayonesa, tocino, chicharrón, azúcar, miel, refrescos, dulces, etc. Este grupo se debe de evitar en el enfermo diabético.

Las recomendaciones generales son:

Realizar tres comidas completas al día.

Equilibrar el consumo de energía con la actividad física

Evitar ayunos prolongados

Elegir carnes como pollo y pavo sin piel, pescado, atún, ternera, sardina, charales, sardina, res sin grasa comerlas de preferencia asada, o cocidas al vapor, a la plancha o guisadas para evitar el exceso de grasa.

Suprimir refrescos y bebidas dulces, así como alimentos ricos en azúcar.

No agregar sal de mesa al momento de ingerir los alimentos.

Cocinar con grasas vegetales como el aceite de olivo, canola, maíz, cártamo, etc.

Evitar alimentos ahumados y productos curados de salchichonería

Evitar ingerir alimentos en la vía pública

No consumir alcohol sobre todo aquellos pacientes que utilizan insulina por su efecto sinérgico.

SESION 7.- MEJORAMIENTO DE LAS INTERACCIONES AFECTIVAS Y MANEJO DEL ESTRÉS

Se busca el mejoramiento de las interacciones afectivas principalmente de la pareja, ya que por lo general es donde recae la responsabilidad de ser en la mayoría de los casos el cuidador primario del enfermo.

Evaluar las características de comunicación de las parejas intentando cambios en los patrones rígidos. Por medio de estrategias como el entrenamiento, el juego de roles y las tareas, promoviendo los intercambios reforzadores gratificantes, evitando o disminuyendo las interacciones adversas o pautas rígidas de interacción.

El término estrés es una adaptación al español del término inglés stress. Esta palabra apareció en el inglés medieval en la forma de di stress, que a su vez provenía del francés antiguo destresse (estar bajo estrechez u opresión). En nuestro idioma tiene significado similar al del inglés; por lo general se menciona el término para indicar un estado emocional tan tenso que, precisamente impide la correcta realización de alguna tarea. Debido a las alteraciones que el estrés que provoca en la persona, podemos entender este concepto como un conjunto de reacciones fisiológicas y psicológicas que experimenta el organismo cuando es sometido a fuertes demandas.

El estrés tiene dos componentes básicos:

Los agentes estresantes que son las circunstancias del entorno que lo producen y la respuesta al estrés que son las reacciones del individuo ante estos agentes.

La experiencia de emociones positivas es un predictor importante de los esfuerzos positivos de afrontamiento, la salud y la calidad de vida, uno de los objetivos fundamentales de las intervenciones en el manejo del estrés laboral ha de ser la reducción de las emociones negativas y la potenciación de las positivas. Teniendo en cuenta las creencias, valores, compromisos personales, estimulando al individuo a reevaluar y a afrontar las situaciones estresantes de una forma nueva.

El afrontamiento efectivo del estrés, se sustenta en cuatro estrategias fundamentales: relajación, pensamiento realista y productivo, la resolución de problemas y el ensayo de habilidades.

La relajación desempeña un papel esencial, tanto en si misma, como en el funcionamiento y efectividad de las demás estrategias. Teniendo un efecto preventivo y terapéutico.

Inicialmente se realiza la explicación de la definición de estrés así como sus consecuencias, posteriormente práctica de relajación muscular progresiva y entrenamiento autógeno, ejercicio de respiración, realización de sensaciones corporales y meditación respiratoria

SESION 8.- COMPRESION DE LA TERAPEUTICA.-

La meta fundamental de la terapéutica en el diabético es promover un cambio centrado en el paciente, en que las personas con esta afección sean responsables del control diario de la diabetes y estén capacitadas para adoptar decisiones fundamentales sobre su cuidado como parte de la rutina.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la educación terapéutica de los pacientes que padecen enfermedades crónicas posee cuatro características diferentes:

- La educación terapéutica debe permitir a los pacientes lograr y mantener las capacidades que le permita tener un óptimo manejo de su vida con la enfermedad.
- La educación terapéutica es, por lo tanto, un proceso continuo que tiene que ser integrado de manera sistemática en la atención de la salud.
- Incluye concientización, información, aprendizaje del auto cuidado y apoyo psicosocial relacionado con la enfermedad y el tratamiento prescrito.
- Ayudar a los pacientes y a sus familias a que cooperen de una mejor manera con lo profesionales de la salud y mantengan o mejoren su calidad de vida.

La educación terapéutica mejora la eficacia y la eficiencia del tratamiento, no aumenta el costo medico, disminuye los costos indirectos de la enfermedad y mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Tratamiento o farmacológico: las medidas orientadas a modificar el estilo de vida, constituyen un paso crítico en el manejo del paciente con diabetes. Están relacionadas con la dieta, el control y manejo de peso, la actividad física, el dejar de fumar, la dieta, el ejercicio y la pérdida de peso son el centro del programa terapéutico. Estas modificaciones del estilo de vida no solo disminuyen las concentraciones de glucosa sanguínea, sino que también modifican muchos factores de riesgo co- existentes para la enfermedad cardiovascular.

Se recomienda una reducción en la ingesta energética con la pérdida de peso como objetivo principal para personas con sobrepeso u obesas con síndrome metabólico o diabetes.

Todas las personas con diabetes o síndrome metabólico deben recibir asesoramiento dietario intensivo, en forma individual o grupal con nutricionista. Se debe estimular la actividad física.

Estimular la adopción de dietas cardioprotectoras (reducir las comidas ricas en acidos grasos saturados, en azúcar y productos de harina blanca de panadería) reemplazando este tipo de alimentos por comidas con vegetales, frutas, granos enteros de cereales (integrales), productos con alto contenido de fibras asi como legumbres.

Se recomienda el consumo de carnes de pescado y fuentes de grasas poliinsaturadas

Medidas dietéticas útiles en personas sin diabetes que reducen riesgos como medir el consumo de sal y alcohol, brindando guías para limitar su uso.

El control optimo de la glucemia está asociado con una disminución sostenida de retinopatía, nefropatía y neuropatía.

Metas de control

Hemoglobina glucosilada de 6.5% o menos

Glucosa diaria antes de comer 10-100mg/dl

Glucosa diaria 2hrs después de comer 140mg/dl

Presión arterial 120/80mmHg

Colesterol total 180mg/dl o menos

HDL mas de 50mg/dl

LDL menos de 100mg/dl

Triglicéridos menos de 150mg/dl

Microalbuminuria menos de 30 mg en orina de 24hrs

CARTA DESCRIPTIVA

	
CARTA DESCRIPTIVA	
TITULO: SESIONES DE TERAPIA GRUPAL PARA FAMILIARES DE ENFERMOS DIABETICOS	
LUGAR Y FECHA DE APLICACIÓN: MORELIA MICHOACAN A MARZO A AGOSTO DEL 2012 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 80	
NOMBRE DEL FACILITADOR: DR. LEYVA PONCE DE LEON ALEJANDRO	
PERFIL DE LOS PARTICIPANTES: FAMILIARES DE ENFERMOS DIABETICOS DESCONTROLADOS	
OBJETIVO GENERAL: ESTABLECER UNA MEJOR RED DE APOYO FAMILIAR AL ENFERMO DIABETICO	

RESULTADOS DE APRENDIZAJE	TEMAS	ESTRATEGIA DE APRENDIZAJE O ACTIVIDAD DESARROLLAR FACILITADOR A	ESTRATEGIA DE APRENDIZAJE O ACTIVIDAD DESARROLLAR PARTICIPANTE	TECNICA DIDACTICA	MATERIAL	TIEMPO
Generar integración grupal y dar a conocer a los/as participante s los temas que se trabajarán en el taller.	Encuadre Presentación del grupo y determinar expectativas del Taller. Técnica "Personajes Famosas"	El/la facilitador/a da la bienvenida, se presenta y explica la metodología del taller. Pide a las/os participantes que busquen debajo de su silla una etiqueta con un nombre de una mujer famosa y se reúnan en equipos según el nombre que les haya tocado.	Escuchan Los participantes se reúnen en equipos de acuerdo al nombre que les tocó y comparten al equipo su nombre, qué esperan del taller y qué saben sobre el personaje femenino que está en sus tarjetas. Las/os participantes eligen una relatora que dará a conocer los nombres de sus compañeras comentará al resto del grupo las expectativas y lo que saben de el	Vivencial	Tarjetas con nombres de mujeres famosas una por participante Carpetas de trabajo, para cada participante	15 min
	Establecer Reglas de Operación Técnica "Adentro y afuera"	El/a facilitador/a pinta en una hoja de rotafolió un dibujo y pide a las participantes que establezcan las reglas de operación y participación, escribiendo en la parte interna del dibujo lo que si se vale y afuera lo que no se permitirá. La hoja quedará a la vista durante todo el taller.	Las/os participantes dirán lo que sí se puede y lo que no se puede hacer dentro del taller.	Lluvia de ideas	Rotafolió	10 min
conocer de forma clara el concepto de la familia cuales son sus funciones, estructura,	Compresión de la familia	Consiste en una platica lógicamente estructurada que dirige un profesor o instructor a un grupo. El maestro transmite	Responden los participantes las preguntas del facilitador Realizar preguntas acerca de sus interrogantes	exposición con preguntas	Su empleo no requiere de recursos específicos, basta un maestro, un grupo de estudiantes, un salón de clases,	60 min

		información al grupo acerca de un tema preparado previamente.			pizarrón y gis, pero si se añaden medios audiovisuales, la probabilidad de éxito aumenta, sin olvidar la personalidad y facilidad de palabra del expositor que ayudarán a lograr la efectividad de la técnica.	
<p>SEGUNDA SESION</p> <p>Conocer los factores que predisponen a la diabetes, sus síntomas, efectos en el organismo, como prevenir sus complicaciones, etapas de las enfermedades crónicas. Como afecta al enfermo diabético.</p>	<p>COMPRESION DE LA DIABETES Y SUS COMPLICACIONES</p>	<p>En esta técnica se hace una presentación breve por parte de un orador, acto seguido hay participación de todo el grupo en forma de preguntas, opiniones, recomendaciones o evaluaciones.</p>	<p>Participa el auditorio, el moderador orienta las preguntas y discusiones, en caso posible al fin se sacan las conclusiones o resultados.</p>	<p>FORO</p>	<p>Aula, pizarrón, docente, educandos.</p>	<p>60 min</p>
<p>TERCER SESION</p> <p>Conocer como disminuir los factores de riesgo para presentar la enfermedad</p>	<p>PREVENCION DE LA DIABETES EN LOS FAMILIARES DEL DIABETICO</p>	<p>En esta técnica se hace una presentación breve por parte de un orador, acto seguido hay participación de todo el grupo en forma de preguntas, opiniones, recomendaciones o evaluaciones.</p>	<p>Participa el auditorio, el moderador orienta las preguntas y discusiones, en caso posible al fin se sacan las conclusiones o resultados.</p>	<p>FORO</p>	<p>Aula, pizarrón, docente, educandos.</p>	<p>60 MIN</p>
<p>CUARTA SESION</p> <p>Conocer la importancia del apoyo familiar y de pareja, para el enfermo diabético</p>	<p>APOYO FAMILIAR Y DE PAREJA, HACIA EL ENFERMO DIABETICO</p>	<p>Es una técnica formal en la que el maestro presenta una plática oral, escrita o ambas, sin permitir interrupciones.</p>	<p>Finalizada la plática se dispone de un tiempo para la participación del auditorio. El maestro contestará preguntas, aclarará dudas que se le presente,</p>	<p>CONFERENCIA</p>	<p>Basta con un conferenciente y un auditorio; para hacerla más amena y efectiva es conveniente agregar recursos audiovisuales</p>	<p>60 MIN</p>

			manteniendo claros los objetivos de la conferencia.		s que atraigan la atención del grupo.	
QUINTA SESION Adquirir capacidad para la resolución de conflictos con el enfermo diabético, o saber afrontar los problemas que conlleva su padecimiento.	TECNICAS PARA AFRONTAR LOS PROBLEMAS CON EL ENFERMO DIABETICO	Consiste en dividir cualquier grupo en subgrupos de seis integrantes	durante seis minutos, a cada uno se le da oportunidad de intervenir un minuto. Cada pequeño grupo expone sus puntos de vista y conclusiones a todo el auditorio y del informe de todos se obtiene la conclusión final.	PHILLIPS 66	Salón de clases, pizarrón, gis, borrador, hojas y lápices.	60 MIN
SEXTA SESION Favorecer la integración de la familia a las necesidades alimentarias del paciente diabético, adquisición de planes alimentarios apetecibles y el reconocimiento de los alimentos dañinos para el enfermo diabético	ALIMENTACION DEL ENFERMO DIABETICO	1) Planear y programar toda la experiencia de enseñanza-aprendizaje tomando en cuenta los elementos necesarios desde la elaboración de los objetivos hasta la evaluación.	Es un método que se caracteriza por el comportamiento o activo de los participantes en forma individual y colectiva, en un corto plazo y de manera intensiva a fin de llegar a elaborar un resultado o producto que tiene aplicabilidad.	TALLER	Una sala con asientos móviles y mesas de trabajo, equipado con un pizarrón, pantalla, proyector, diapositivas de acetato, material para lectura, impresos, etc.	60 min
SEPTIMA SESION Comprender la necesidad del mejoramiento de las interacciones afectivas en la familia, así como aprender a manejar el estrés	Mejoramiento de las interacciones afectivas y manejo del estrés.	Es una técnica formal en la que el maestro presenta una plática oral, escrita o ambas, sin permitir interrupciones.	Finalizada la plática se dispone de un tiempo para la participación del auditorio. El maestro contestará preguntas, aclarará dudas que se le presente, manteniendo claros los objetivos de la conferencia.	CONFERENCIA	Basta con un conferenciante y un auditorio; para hacerla más amena y efectiva es conveniente agregar recursos audiovisuales que atraigan la atención del grupo.	60 MIN
OCTAVA SESION Comprender la responsabilidad de la familia para el óptimo tratamiento del paciente diabético,	APRECIACION DEL PACIENTE Y LOS FAMILIARES EN LA TERAPEUTICA	Consiste en dividir cualquier grupo en subgrupos de seis integrantes	durante seis minutos, a cada uno se le da oportunidad de intervenir un minuto. Cada pequeño grupo expone sus puntos de vista y conclusiones	PHILLIPS 66	Salón de clases, pizarrón, gis, borrador, hojas y lápices.	60 MIN

			a todo el auditorio y del informe de todos se obtiene la conclusión final.			

1. **M.C. Fuertes, M.U. Maya, atención a la familia: la atención familiar en situaciones concretas: Anales, cf navarra. Es**
2. **David P. Ausubel, Joseph D. Novak, Helen Hanesian, Psicología educativa, un punto de vista cognoscitivo, trillas decimo cuarta reimpresión 2001, pp 447-509**
3. **Asesoramiento de grupos, James C. Hansen, Richard W. Warner, Elsie M. Smith, editorial el manual moderno, S. A. pp363-424**
4. **PAC MF-1, programa de actualización continua de medicina familiar, estudio salud familiar, Dr. José Luis Huerta González, editorial sistemas inter. pp. 11-31**
5. **Principios de Medicina Interna Harrison 17ª edición ,Fauci. Braunwald. Kasper. Hauser Longo. Jameson. Loscalzo, editorial Mc Graw-Hill INTERAMERICANA EDITORES SA de CV 2009, vol 2, pp 2299-2318**