

62 11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 20

"FUNCIONALIDAD Y MAPAS, DE FAMILIAS DIABETICAS
CON CONTROL Y DESCONTROL METABOLICO"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DRA. GLORIA GARNICA RESENDIZ

ASESOR:
DRA. YOLANDA E. VALENCIA ISLAS



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



U.M.F. No. 20
BIBLIOTECA

MEXICO D.F. FEBRERO 2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**FUNCIONALIDAD Y MAPAS, DE FAMILIAS DIABÉTICAS CON CONTROL Y
DESCONTROL METABÓLICO.**

ASESOR METODOLOGICO

Yolanda E. Valencia Islas

DRA. YOLANDA ESTELA VALENCIA ISLAS
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
U.M.F. No. 20 VALLEJO
DELEGACIÓN 01 NOROESTE D.F. IMSS



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

VoBo



DRA. YOLANDA ESTELA VALENCIA ISLAS
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
U.M.F. No. 20 VALLEJO
DELEGACIÓN 01 NOROESTE D.F. IMSS

VoBo



DR. MAURILIO ESPINO GARCIA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR ADJUNTO AL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
U.M.F. No. 20 VALLEJO
DELEGACIÓN 01 NOROESTE D.F. IMSS

AGRADECIMIENTOS

A DIOS: POR GUIAR MI CAMINO
Y HABERME PERMITIDO UN
LOGRO MÁS GRACIAS.

A MIS PADRES : MANUEL Y GLORIA
POR SU APOYO INCONDICIONAL,
COMPTENSIÓN Y SU AMOR GRACIAS.

A SALOMÓN : POR TU AMOR Y
COMPRESIÓN EN LOS MOMENTOS
DIFÍCILES GRACIAS.

A ANGEL MI HIJO: POR TU AMOR Y
POR SER QUIEN ME IMPULSA A
SEGUIR ADELANTE TE AMO GRACIAS.

A MIS HERMANOS: RODRIGO,
GRACIELA, SILVIA, VICENTE,
MARIO, ARMANDO E IMELDA,
Y A MI SOBRINO MARIO POR
SU APOYO Y POR BRINDARME
LA AYUDA INCONDICIONAL
DE SIEMPRE GRACIAS.

A MIS PROFESORES: JUAN, MAURILIO
Y YOLANDA: POR SU APOYO, TIEMPO,
MOTIVACIÓN Y ENSEÑANZA GRACIAS.

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS:
POR EL TIEMPO COMPARTIDO
Y POR SU AMISTAD GRACIAS.

INDICE

OBJETIVOS	1
JUSTIFICACIÓN	2
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
MATERIAL Y METODOS	15
RESULTADOS	18
TABLAS Y GRAFICOS	22
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	50
CONCLUSIONES	53
COMENTARIOS	55
RESUMEN	58
BIBLIOGRAFÍA	61
ANEXOS	63

OBJETIVO GENERAL

IDENTIFICAR LA FUNCIONALIDAD Y MAPAS, DE FAMILIAS DIABÉTICAS TIPO 2 CON CONTROL Y DESCONTROL METABÓLICO

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1 Determinar el grado de funcionalidad y la identificación de la organización familiar en las familias diabéticas tipo 2 controladas y descontroladas.**
- 2. Realizar los mapas familiares a cada familia diabética tipo 2 controlada y descontrolada para establecer la relación entre la organización familiar y la funcionalidad familiar según el instrumento FASES III.**
- 3. Identificar la claridad en la jerarquía por subsistema familiar.**
- 4. Describir la claridad en las fronteras entre los subsistemas e individuos.**
- 5. Definir la flexibilidad del equilibrio entre la estabilidad y el cambio.**
- 6. Precisar la formación de alianzas y coaliciones.**

JUSTIFICACIÓN

La Diabetes mellitus es en la actualidad, una de las primeras causas de demanda de salud y, por lo tanto, todo aquel que se dedique a cualquier área de la medicina, de alguna manera se habrá de relacionar con esta patología.

En la década de los noventa, la diabetes esta compitiendo por el primer lugar, con relación a los costos de hospitalización, y la duración en éstos, ello tiene repercusiones sensibles a nivel institucional. La diabetes es más evidente a partir de la tercera o cuarta década de la vida.

En lo que se refiere al manejo de estos pacientes, los sistemas de salud han definido los niveles de atención medica en tres. En Instituciones como el IMSS, es en el tercer nivel donde se ven las complicaciones. El verdadero problema de diabetes no está en el tercer nivel, sino que se encuentra en el primer nivel, cuando el individuo está asintomático; y es en esa etapa en la que se deben enfocar todas las medida para el manejo de pacientes.

La Diabetes mellitus es una enfermedad crónico-degenerativa que se presenta con mayor frecuencia a nivel mundial al grado de ser considerada una pandemia con tendencia ascendente. Cada año en México se registran mas de 180 mil casos de esta enfermedad y es causa de aproximadamente 36 mil defunciones.

En el Instituto Mexicano del seguro Social (IMSS) se sitúa en el segundo lugar dentro de los principales motivos de consulta de Medicina Familiar.

Así mismo se ha observado que en la UMF No. 20 "Vallejo" hay una población importante de familias Diabéticas. (3 800). Por lo que se pretende identificar la Funcionalidad Familiar y realización de Mapas Familiares, y que nos sirva de referencia para, en base a ello detectar estrategias de prevención.

Ya que es uno de los problemas de salud más grande de todos los tiempos. Tan antiguo quizá como la humanidad misma y tan actual que pareciera como si la medicina, desde los lejanos tiempos en que se dio el nombre de Diabetes, en alusión a sus manifestaciones clínicas, no hubiera logrado ningún avance de consideración.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

La primera referencia escrita sobre la diabetes está fechada aproximadamente en el año 1550 a.C. Fue Fou Georg Ebers en 1862 quien descubrió en una tumba de Tebas, a Egipto, un pequeño papiro que describía una enfermedad caracterizada por la abundante eliminación de orina.

Los médicos hindúes, por otro lado, la describen en libros fechados hacia el año 600 a.C. La existencia de una enfermedad que provoca sed, pérdida de peso muy rápidamente, pérdida de fuerza y la orina que eliminaban los enfermos decían que atraía a las hormigas debido a su gusto dulce.

A pesar de conocer los síntomas de la enfermedad desde hacía mucho tiempo, no fue hasta el siglo II cuando Areteo de Capadocia habla de "DIABETES", que viene del griego "DIABAINAIN" que significa "ATRAVESAR". Lo llamó así por la rapidez con la que el diabético orina todo lo que bebe.

En el siglo XVII, a Thomas Willis se le ocurrió la idea de probar la orina de un diabético y comprobó que tenía gusto dulce. De este hecho sale la palabra "MELLITUS" que significa "con gusto de miel".

Hasta el siglo pasado no se comprobó que la elevación de la glucemia de la sangre es la principal característica de la diabetes. Fue entonces cuando se pensó que el páncreas debía segregar una sustancia capaz de regular el metabolismo del azúcar.

Esta sustancia, la INSULINA, fue descubierta en 1921 por dos jóvenes científicos llamados Banting y Best. (1).

La diabetes mellitus, comprende a un grupo heterogéneo de enfermedades sistémicas, crónicas, de causa desconocida, con grados variables de predisposición hereditaria y la participación de diversos factores ambientales que afectan al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas que se asocian fisiopatológicamente con una deficiencia en la cantidad, cronología de secreción y/o en la acción de la insulina. Estos defectos traen como consecuencia una elevación anormal de la glucemia después de cargas estándar de glucosa e incluso en ayunas conforme existe mayor descompensación de la secreción de insulina. (2).

Desafortunadamente la diabetes mellitus no solo consiste en la elevación de la glucosa sino que es un síndrome complejo que debe enfocarse desde un punto de vista integral debido a las repercusiones agudas y crónicas que frecuentemente sufren los individuos que la padecen. (3)

En la Declaración de las Américas sobre Diabetes Mellitus, se estima que actualmente hay en el mundo alrededor de 135 millones de diabéticos y se espera que esta cifra se eleve a 300 millones en los próximos 25 años; el aumento será de 40% en los países desarrollados y de 70% en los países en vías de desarrollo. El 25% del total de casos se concentra en los países del nuevo mundo, y la tendencia indica que para el año 2000 habrá 45 millones de diabéticos en esa región. Los 10 países con mayor número de personas con diabetes mellitus (DM) son la India (19 millones), China (16 millones), Estados Unidos de América (13.9 millones), Federación Rusa (8.9 millones), Japón (6.3 millones), Brasil (4.9 millones), Indonesia (4.5 millones), Pakistán (4.3 millones), México (3.8 millones) y Ucrania (3.6 millones). Sus repercusiones en el mundo en términos de pérdida de días ajustados a años de vida saludables se calcularon en 11 103 000 en 1990, y se estima que esta cifra será de 10 805 000 para el año 2020. (6)

LA DIABETES MELLITUS (DM) es una de las principales causas de la morbilidad y defunción en México; la mortalidad por este padecimiento ha mostrado una tendencia ascendente en la segunda mitad del siglo XX. A su vez, la población mexicana tiene una de las prevalencias más altas de DM, la cual ha tenido un incremento en los últimos años, probablemente como consecuencia de una mayor ocurrencia del padecimiento. Es indudable que el principal problema de la DM es la presencia de complicaciones metabólicas, vasculares y neurológicas. Cabe señalar que durante las décadas de 1920 y 1930 las complicaciones de la DM eran raras, pero que a partir de 1960 empezaron a surgir como importantes problemas de salud pública, en gran medida debido a una mayor sobrevida de los pacientes. (5)

Cada año en México se registran más de 180 mil casos nuevos de esta enfermedad y es causa de aproximadamente 36 mil defunciones.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la diabetes se sitúa en el segundo lugar dentro de los principales motivos de demanda en la consulta de Medicina Familiar, y en el primer lugar en la consulta de especialidades. Es también una de las principales causas de internamiento y egreso hospitalario e índice de forma significativa en las tasas de mortalidad, pues el 32.8 por cada 100 mil derechohabientes en 1986, paso a 59.7 en 1996; en promedio diariamente mueren por complicaciones de esta enfermedad 40 derechohabientes. (8)

Los Factores de Riesgo representan situaciones identificables que se asocian con DM2, es por ello que se utilizan como auxiliares para determinar, predecir o prevenir el desarrollo de la enfermedad o de sus complicaciones con varios años de anticipación; influye en ello la oportunidad con que se identifiquen y el control que se alcance en los factores modificables tales como sobrepeso, obesidad, control de las enfermedades concomitantes (hipertensión arterial), trastornos del metabolismo del colesterol, triglicéridos, sedentarismo, estrés emocional, tabaquismo y alcoholismo. Asimismo se utilizan como orientadores para establecer el tratamiento apropiado a cada diabético y como indicadores del pronóstico de la calidad de vida y sobrevida.(9)

Existen numerosas clasificaciones, siendo la mas aceptada la formulada por Expert Committe on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus emitida en 1997, que la divide en dos tipos principales sin considerar la edad de inicio: diabetes mellitus tipo 1 (DM 1) y diabetes mellitus tipo 2 (DM 2); en este ultimo de incluye más del 90% de los diabéticos, a los cuales nos enfocaremos en este estudio.(3)

Clasificación:

I. Diabetes mellitus tipo 1.

- A. Diabetes mediada por procesos inmunes
- B. Diabetes idiopática:

II. Diabetes Mellitus tipo 2.

III. Otros tipos específicos de diabetes

- A. Defectos genéticos de la función de la célula beta.
- B. Defectos genéticos en la acción de la insulina
- C. Enfermedades del páncreas exocrino
- D. Endocrinopatías
- E. Drogas
- G. Formas no comunes de diabetes mediada por fenómenos inmunes
- H. Otros síndromes genéticos asociados a veces con diabetes

IV Diabetes Gestacional

V. Alteración del metabolismo de la glucosa. (7)

Diagnóstico

Los nuevos criterios para diagnosticar la diabetes incluyen los siguientes cambios:

*La nueva prueba de rutina para el diagnóstico de la diabetes es la prueba de glucosa en plasma en ayunas en lugar de la prueba de tolerancia oral de la glucosa que se usaba previamente. (Sin embargo, en ciertas circunstancias clínicas, el médico todavía puede elegir la prueba de tolerancia oral de la glucosa la cual es más laboriosa y costosa)

*Un valor confirmado** de glucosa en plasma en ayunas mayor o igual a 126 miligramos/ decilitros (mg/dl) indica un diagnóstico positivo de diabetes. Anteriormente, se requería un valor mayor o igual a 140 mg/dl para diagnosticarla.

*En la presencia de síntomas de diabetes, un número confirmado que sea mayor que 200 mg/dl de glucosa en el plasma, sin necesidad de ayunar, indica un diagnóstico positivo de diabetes.

*Cuando un médico elige la prueba de glucosa oral (75 gramos de glucosa anhidra disuelta en agua, administrada de acuerdo con las reglas establecidas por la Organización Mundial de la Salud, y luego midiendo la concentración de la glucosa en el plasma 2 horas más tarde) un valor de glucosa confirmado mayor o igual a 200 mg/dl indica un diagnóstico positivo de diabetes.(4).

La frecuencia, gravedad y progresión de las complicaciones agudas y crónicas están en relacionadas con el grado de hiperglicemia, los trastornos metabólicos asociados, la duración de la enfermedad, la exposición a otros factores de riesgo y el ambiente genético (9)

Son complicaciones agudas el coma hiperosmolar, la cetoacidosis diabética y la hipoglucemia.

Son complicaciones crónicas entre las más relevantes:

- En el ojo de incrementa el riesgo de desarrollar cataratas, retinopatía, glaucoma, y es la principal causa de ceguera en los adultos de 20-70 años.
- Se incrementa 17 veces el riesgo de desarrollar daño renal, que se manifiesta por neuropatía (microalbuminuria) e insuficiencia renal crónica.
- Se incrementa dos veces el riesgo de cardiopatía isquémica, enfermedad vascular cerebral e hipertensión arterial.
- Se incrementa la posibilidad de insuficiencia vascular periférica, que a su vez condiciona pie diabético, lo cual causa más de la mitad de todas amputaciones que se llevan a cabo en el IMSS

- Se incrementa el riesgo de neuropatía autonómica en los sistemas cardiovascular, digestivo y genitourinario
- En piel y mucosas favorece infecciones oportunistas piógenas y micóticas crónicas.

El pronóstico de la DM2 depende de los factores de riesgo, la evolución de la enfermedad, el grado de control metabólico, y la ausencia o presencia de infecciones recurrentes, hipertensión arterial y neuropatía.

Los individuos con proteinuria y diagnóstico de diabetes anterior a los 30 años de edad tienen una supervivencia de 3 a 12 años, pero con presencia de síndrome nefrótico solo 30 a 50 % sobreviven después de 2 a 4 años (9).

Tratamiento

Los antidiabéticos orales son útiles como tratamiento de la DM2, siendo su papel secundario con respecto a otras medidas fundamentales del tratamiento, como son la dieta y el ejercicio físico que constituyen la parte esencial del mismo. De manera que, sólo aquellos pacientes que no respondan adecuadamente al tratamiento dietético y a la actividad física deberían ser tratados con estos medicamentos (13).

En la actualidad, en nuestro país, se dispone de tres grandes grupos de antidiabéticos orales: sulfonilureas, biguanidas e inhibidores de las alfa-glucosidasas intestinales (14).

En principio la selección del antidiabético oral a utilizar ante un paciente concreto se realizará en base a la edad del paciente y del estado de la función hepática y renal del mismo. Se utilizará de forma preferente metformina en pacientes obesos; mientras que las sulfonilureas deberían de ser utilizadas, como primera alternativa, en pacientes sin obesidad (16). Estas recomendaciones se basan en el hecho que los pacientes obesos con DM2, presentan con frecuencia hiperinsulinemia y cierto grado de resistencia a la acción de la insulina, y que el tratamiento con metformina no induce ganancia de peso (17). Otra ventaja adicional del tratamiento inicial de la DM con metformina en pacientes obesos, radica en el hecho de que la metformina mejora las anomalías metabólicas frecuentemente asociadas a la resistencia a la insulina (18).

En los pacientes con DM que no presentan sobrepeso, predomina una insuficiente secreción de insulina. En consecuencia, la utilización de fármacos antidiabéticos secretagogos -que estimulan la secreción de insulina- parece ser la estrategia de tratamiento más apropiada.

De manera que, en estos pacientes, el tratamiento con una sulfonilurea o metiglinida puede mejorar el control de la glucemia en numerosos pacientes; si bien, no está claro en que manera este tratamiento afectaría a la historia natural de la enfermedad. Así, teniendo en cuenta el alto índice existente de fallos secundarios al tratamiento con sulfonilureas, se ha sugerido que estos fármacos podrían acelerar el agotamiento de las células beta del páncreas (15). El tratamiento con inhibidores de las alfa-glucosidas intestinales (acarbose, miglitol) parece preferible, como monoterapia, en pacientes con DM2, que presentando una modesta hiperglucemia basal, tienen elevaciones de la glucemia postprandial. En estos pacientes, el tratamiento con estos fármacos puede mejorar su control de la glucemia sin producir episodios de hipoglucemia (19,20).

Existen diversas situaciones clínicas en las que el uso de antidiabéticos orales está contraindicado (Cetosis y/o como hiperosmolar, embarazo, Sepsis grave, Infarto del Miocardio, Insuficiencia renal, Insuficiencia hepática, Alcoholismo, Cirugía, Trauma grave, Enfermedad pulmonar crónica con hipoxemia, Estudios con contraste radiológicos). En la mayoría de estas circunstancias se recomienda el tratamiento con insulina, bien como medida temporal, o como tratamiento a largo plazo (15).

El objetivo del manejo de la DM2 es lograr el control bioquímico, prevenir las complicaciones y con ello favorecer una mejor calidad de vida. Para conseguirlo debe realizarse evaluación médica completa, ya que la enfermedad tiene un comportamiento diferente en cada paciente, lo que obliga a realizar un plan de manejo individual, con base en la edad, presencia de otra enfermedad, estilo de vida, restricciones económicas, nivel de motivación del paciente y la participación de la familia en la atención de la enfermedad. (9)

Una de las funciones esenciales de la familia la constituye el prestar apoyo a los miembros que la integran. En el caso de aparición de la enfermedad crónica esta función adquiere singular importancia, tanto desde el punto de vista físico como emocional y gracias a ella se pueden resolver situaciones conflictivas que influirán a su vez en el correcto control de la enfermedad. (10)

La relación médico-paciente-familia, constituye la base clínica de la medicina familiar, el pacto que tiene lugar en este grupo consiste: en que el médico cuide de la salud de los miembros de la familia, de forma competente y rápida, buscare atención especializada cuando sea necesario. A su vez la familia intentará cuidarse apropiadamente, compartir la información con el médico y compensarle por la atención brindada. (11)(12).

La familia esta constituida por "esposo y esposa con o sin hijos; o padre y madre solo con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo"(21)

La familia es, el sistema primario por excelencia, el más poderoso al que pertenece un individuo. La vida en familia, proporciona el medio más adecuado para crianza de los hijos, en condiciones adecuadas satisface las necesidades biológicas y psicológicas de los niños, representando la influencia más temprana y duradera en el proceso de socialización, cuidado, afecto, reproducción y status.

La conducta humana no se localiza tanto dentro de un individuo, sino, en un contexto social más amplio, su familia en primer termino. La familia es la institución en donde el aprendizaje de los roles y los vínculos, elementos que la definen y le permiten al ser humano su socialización.

Visualizar a la familia como un grupo, nos conduce a la comprensión de la funcionalidad de los roles que se desempeñan en la misma, haciéndolos trascender de las personas físicas de esta manera la realidad se presenta en su dimensión más dinámica y libre de estereotipo. La distribución de responsabilidad de la vida cotidiana (tareas domesticas, crianza de los hijos, suministro económico y gastos), pone de manifiesto la forma en que se juegan los roles, así podemos hablar de los roles complementarios armónicos, cuando estas responsabilidades son compartidas espontáneamente, en forma, tal, que cada miembro de la familia no se sienta desvalorizado ni limitado ante los demás por asumirlas.

Comprender la realidad familiar como un grupo, nos permite explicar situaciones conflictivas, en donde también se dan roles complementarios. Existen dos tipos de roles que son: los estáticos y los dinámicos; en donde los estáticos están formados por padre, madre e hijos y los dinámicos por el portavoz, el chivo emisario y el líder, los cuales son funcionales y rotativos.

A la familia, también se le analiza con referencia a los cambios que tiene con el tiempo. Los problemas de la familia cambian y consecutivamente las prioridades de las funciones familiares, las cuales varían con el ciclo de vida de la familia

Existen cinco fases en el ciclo de vida de la familia: fase de matrimonio, expansión, dispersión, independencia y de retiro-muerte.

La familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales, estas regulan las conductas de los miembros de la familia. El sistema familiar desempeña sus funciones a través de sus sistemas, estos pueden ser formados por generaciones, sexo, interés o función. Los subsistemas son: conyugal, parental y fraterno

Los límites de un sistema, están constituidos por reglas, que definen quienes participan y de que manera, la función reside en proteger la diferencia del sistema, para que el funcionamiento familiar sea adecuado; los límites deben de ser claros, definirse con precisión para evitar interferencias indebidas, además deben permitir el contacto entre los miembros del subsistemas y los otros.

La dinámica familiar esta relacionada con los vínculos que son parte de uno, que se depositan en el otro y parte de otro depositador en uno, hecho que da origen a una tercera entidad diferente a la de cada contribuyente. Estos se establecen también entre padre e hijos, entre hermanos y entre todos los miembros componentes de una familia, conservando la característica de un vínculo es más que la suma de las partes, esto hace las veces de armazón, sistema de soporte de una familia. Los vínculos que se dan en familia son: el del amor, el del odio y el del conocimiento del otro.

En la familia se presenta una triangulación, en donde vemos que hacia el hijo están dirigidos dos vectores más, el padre y la madre, así como, hacia la madre estarán el esposo y el hijo. En el desarrollo de toda persona se lleva a cabo una triangulación, dentro de la cual aprende, se deforma, se informa y se transforma. La base real de una familia, es la de tres individuos en interacción triangular. La triangulación es un fenómeno psíquico universal, el que se siembra, crece y se reproduce el grupo familiar.

No todas las familias son iguales, son iguales pues aunque existe mucha semejanza, también hay algunas diferencias: razón por la cual se han hecho muchas clasificaciones, y cada una de ellas, obedecen a una característica específica de la familia. La familia se divide desde el punto de vista de su estructura en: nuclear y extensa; por su evolución histórica en: primaria tradicional y moderna; y por su situación geográfica, en rural, urbana u suburbana.

La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que este funcione bien o mal como unidad,

Las reglas que gobiernan la organización familiar incluyen una jerarquía de poder, donde los padres e hijos tienen niveles diferentes de autoridad y existe una complementariedad de funciones entre esposo y esposa.

La compleja naturaleza del sistema familiar hace casi imposible la definición de "normal" o "anormal" al funcionamiento de una familia. Chagoya establece que la dinámica de una familia puede ser "funcional" o "disfuncional". Se ha considerado también a la dinámica familiar como un sistema de intercambio en las interacciones familiares. Específicamente los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen entre sí y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en la familia (cohesión). Así como la habilidad del sistema familiar para combinar su estructura de poder, sus roles, sus reglas de relación en respuesta a estrés situacional y de desarrollo (adaptación) (22)

Como parte importante del presente estudio evaluaremos la dinámica familiar mediante el uso del instrumento FACES III (Escala para Evaluar la Cohesión y la Adaptabilidad Familiar) (ver anexo)

Uno de los acontecimientos vitales estresantes que obligan a una readaptación de la homeostasis familiar es la aparición de una enfermedad crónica en uno de los miembros del sistema ante el diagnóstico de un trastorno como la Diabetes Mellitus, con su condición de cronicidad que exige modificaciones a los hábitos y el modo de vida de la misma familia, la familia moviliza su mecanismo de adaptación hasta recuperar la homeostasis amenazada. El factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevas normas y a veces nuevos roles (10)

El médico familiar que atiende de una forma integral y desde una concepción biopsicosocial, a la familia con diabetes mellitus debe conocer todos aquellos factores familiares que incluyen de forma directa en la adherencia a las medidas terapéuticas recomendadas para su control

Por lo que utilizaremos los mapas de interacción familiar, como una herramienta para la organización de datos clínicos tanto de contenido como de interacción. Estos esquemas nos apoyan a plantear desde un inicio, las hipótesis sobre los aspectos familiares íntimamente relacionados con la presentación y/o mantenimiento de síntomas o malestares familiares. Como señala Minuchin los mapas nos orientan a la acción.

Lo anterior implica contar con un esquema o mapas hipotéticos de lo que sería una organización familiar "adecuada" "normal" o "sana" así como lo que se consideraría disfuncional para que, a partir de estos supuestos, sea posible formular los esquemas de las familias.

A pesar de las dificultades en la definición y descripción de lo que actualmente se entendería por familia "normal o sana", se ha seleccionado una serie de parámetros de tipo organizacional que se relacionan con el criterio médico de "familias asintomáticas". Entre otros se encuentran los siguientes: jerarquía, fronteras externas, fronteras entre subsistemas, fronteras individuales, cercanía en comparación con distancia y flexibilidad.

De acuerdo con estos parámetros, Velasco propuso un mapa hipotético de funcionamiento familiar el cual se observa: Nivel de jerarquía, en las dimensiones arriba y abajo.

De manera que dentro del esquema, los niveles jerárquicamente superiores se grafican por arriba de los niveles de jerarquía inferior, así se tiene que el subsistema parental aparece por encima del filial, dado que desde el punto de vista funcional son los padres los que tendrían el control sobre los hijos, y no al revés.

Aquí deberá entenderse por jerarquía al poder de influir en los demás y tomar las decisiones que se piensa se debe seguir. Por otra parte, es necesario mencionar que este parámetro también guarda relación con el poder económico.

Fronteras Externas; las fronteras externas se refieren al grado de interacción entre la familia nuclear y su contexto, es decir, familia de origen, trabajo, amistades, instituciones culturales, recreativas o educativas, etc. Así que son varios los tipos de fronteras externas que una familia puede llegar a presentar ante su contexto circundante, estas pueden ser cerradas, claras o difusas.

Fronteras entre subsistemas, comprenden aquellas que se establecen entre las diferentes generaciones o niveles de jerarquía. En las familias generalmente se pueden reconocer tres subsistemas: el conyugal o parental formado por la pareja conyugal o por las autoridades a cargo de los menores y que además tienen las funciones de dictar las normas que regirán el funcionamiento familiar-aunque esta puede ser inconsciente-; el filial dentro del que los hermanos o menores desarrollan sus capacidades de negociación, cooperación y competencia y, finalmente, el de los abuelos. De modo que es posible apreciar tres tipos de fronteras entre subsistema, cerradas, difusas y claras.

Fronteras Individuales, se refieren al espacio físico, emocional, o ambos, que guardan los miembros de una familia entre sí, es decir, al grado de autonomía o dependencia, que manifiesten unos por otros. En este parámetro tiene que ver con el grado de involucramiento o cercanía emocional, física, o ambas, así como con el grado de interacción y comunicación que se da entre los miembros de una familia.

Así que es factible considerar tres tipos de fronteras individuales, cerradas, difusas y claras. Cercanía en comparación contra distancia. Dentro de este parámetro se encuentran las alianzas, las cuales designan una afinidad positiva entre dos o más miembros del sistema familiar y, de manera usual, implican una relación intensa entre los dos o más miembros que participan dentro de este tipo de relación.

Por otra parte, es importante enfatizar que estas son potencialmente neutral, que en aquellos casos en que las alianzas se tornan rígidas son disfuncionales, más aun si se establecen para atacar a otro miembro del sistema familiar, y se les denomina coaliciones. El sobreinvolucramiento o alianza rígida entre dos o más individuos resultan más disfuncionales cuando los participantes pertenecen a dos niveles diferentes de jerarquía o generacionales, ya que se produce una perturbación en la jerarquía familiar. Flexibilidad en las dimensiones rigidez-flexibilidad (lo que se refiere básicamente a la posibilidad que la familia tiene para optar por algún cambio). Olson y colaboradores la definen como " la habilidad familiar para cambiar sus estructuras de poder, roles y reglas de relación en respuesta al estrés circunstancial o de desarrollo". (24)

Para la presentación de los esquemas propuestos será necesario precisar que se tomara como "estructura" la cantidad de miembros que conforman la familia y como "organización" a la manera en que interactúan.

Por lo tanto, no menos importante será la realización de un análisis sistemático de la estructura de las familias y tomando en cuenta el esquema propuesto por la Dra. Velasco, tenemos que analizar los siguientes aspectos: Claridad en la jerarquía por subsistema familiar, claridad en las fronteras entre la familia y el contexto, claridad en las fronteras entre los subsistemas y entre los individuos, equilibrio entre la estabilidad y el cambio y cercanía contra distancia, enfocado esto último parámetro a las dimensiones de cerca y lejos con lo que Olson denomina cohesión contra desarticulación, para que con estos instrumentos, (ver anexo) se haga un análisis de las Familias Diabéticas tipo 2 controladas y descontroladas. (23)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿CUÁL ES LA FUNCIONALIDAD Y MAPAS, DE FAMILIAS DIABÉTICAS CON CONTROL Y DESCONTROL METABÓLICO?

SUJETOS MATERIAL Y METODOS

El presente estudio se realizó en la UMF No. 20, de la Delegación 1 noroeste del Instituto Mexicano del Seguro Social, que se ubica en la Calzada Vallejo, número 675, Colonia Magdalena de las Salinas, de la Delegación Gustavo A. Madero, en México D. F. de Septiembre a Diciembre del 2001; en 320 pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. Se eligió a pacientes diabéticos tipo 2 de 45 a 65 años de edad controlados y descontrolados adscritos a la UMF No. 20 del IMSS, de ambos sexos, que contaron con asistencia mínima a la consulta en 3 meses, pacientes con DMT2 controlados durante 3 meses, con glucosa serica menor de 126 mg/dl, pacientes con DMT2 descontrolados durante 3 meses, con glucosa serica mayor de 126 mg/dl., que contaran con familia, con autorización, consentimiento informado y participación de los mismos. De ésta forma, quedaron excluidos aquellos pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 1, pacientes controlados o descontrolados por menos de 3 meses, con rangos de edad fuera de los establecidos, que no contaran con familia y negatividad por parte del paciente.

El Tipo de Estudio que se llevó a cabo fue por el control de la maniobra experimental de tipo observacional; de acuerdo a la captación de información, de tipo prospectivo, por la medición de los fenómenos en el tiempo de tipo transversal; por la presencia de dos grupos comparativo y por la ceguedad y evaluación de la maniobra, fue un estudio abierto.

Se trabajo con 320 pacientes bajo los parámetros establecidos, para determinar el tamaño necesario de la muestra, se necesito estimar las proporciones con la preescisión adecuada, y respondiendo al cuestionamiento requerido.

El tamaño de la muestra obtenido, que permitió estimar una proporción con cierto grado de precisión y un determinado nivel de confianza, se calculo con la formula: $n = Z^2 pq / d^2$.

Donde : n = Tamaño deseado de la muestra, Z^2 = Desviación en la relación a una distribución normal estándar. Generalmente es fijada en 1.96 que corresponde a un nivel de confianza del 95%, p = Proporción de la población objeto de estudio, que se estima tiene una característica determinada. $q = 1.0 - p$. d^2 = Grado de precisión deseado.

Población de familias con DMT2 de 45-65 años de edad = 3800. n = Tamaño de la muestra = 3800, $Z^2 = 1.96$, $p = .30$, $q = .70$, $d^2 = 0.05$, $TM = 319$

Como total de la muestra se obtuvieron 319 pacientes lo cual se tuvo que modificar a 320 para que los 2 grupos de diabéticos contaran con el mismo número de familias; cada grupo de diabéticos controlados y descontrolados quedo asignado con 160 familias diabéticas tipo 2.

La recolección de datos se realizo mediante una encuesta diseñada para el estudio de mapas familiares (ver anexo 1), es un instrumento tanto de contenido como de interacción que sirve para la valoración de los siguientes parámetros: Claridad en la jerarquía, la cual se valoro en quien se encontraba depositada ya sea esposo, esposa, hijos u otros; claridad en las fronteras entre la familia y el contexto exterior mediante cinco preguntas evaluadas mediante la escala de Likert y siendo calificada con tres tipos de fronteras: las rígidas, las claras y las difusas; de igual forma se evaluó la calidad en las fronteras entre los subsistemas y entre los individuos mediante la misma escala de Likert; el equilibrio entre la estabilidad y el cambio mediante una escala de Likert que oscila de totalmente flexible a totalmente rígida, en las dimensiones rigidez, flexibilidad y caos y por ultimo el parámetro de cercanía contra distancia, relacionado con lo que Olson denomina (cohesión vs desarticulación) en donde se identificamos las alianzas y coaliciones. (anexo 2)

El otro instrumento utilizado fue el FACES III, un instrumento validado para la evaluación de la dinámica familiar propuesta por Olson y que evalúa la cohesión, esto es los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen entre si y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en la familia; y la adaptación, esto es la habilidad del sistema familiar para combinar su estructura de poder, sus roles, sus reglas de relación en respuesta a estrés situacional y desarrollo (Olson y Cols. 1979). Para la medición de este se aplico una escala conformada por 20 preguntas que recogió la percepción presente e ideal acerca de la cohesión y adaptabilidad de la familia. Las preguntas de cohesión incluyeron: apoyo interno, límites emocionales y familiares, intereses, valoración del compartir en familia, solidaridad interna, principalmente; las preguntas de adaptabilidad evalúan liderazgo, control, disciplina, roles y reglas. Cada ítem es contestado de acuerdo a una escala Likert que interroga cinco alternativas que van desde un total de acuerdo al total desacuerdo con la pregunta. Cada respuesta tiene un puntaje.

Las preguntas de adaptabilidad y cohesión se alternan, de tal manera que sumados los puntajes para cada uno permite ubicar a la familia encuestada en uno de los 16 tipos de familias que el modelo circunflejo de Olson clasifica de acuerdo a las 2 variables mencionadas los tipos de familias se clasifican de acuerdo a su funcionamiento y grado de funcionalidad. (Anexo 3)

Las encuestas se aplicaron en la UMF No.20 del IMSS durante el periodo de septiembre a diciembre del año 2001 de lunes a viernes de 15:00 a 18:00 hrs Trabajando con las familias que contaron con los criterios de inclusión ya mencionados

El análisis estadístico se realizó mediante la prueba de significancia estadística de χ^2 aplicada para la comparación de los grupos de familias Diabéticas tipo 2 controladas y descontroladas.

RESULTADOS

Los resultados de presente investigación, realizados a un total de 320 familias diabéticas tipo 2 las cuales se agruparon en controladas y descontroladas con un total de 160 familias cada grupo respectivamente, entrevistadas en la UMF No. 20, se presentan a continuación:

En las familias con Diabetes Mellitus Tipo 2 Controladas, de acuerdo al sexo, se distribuyeron de la siguiente manera: Masculino (n=94) con un porcentaje de 59% y Femenino (n=66) con un porcentaje de 41%. (vid infra tabla y grafico 1).

De acuerdo con los rangos de edad se distribuyeron de la siguiente manera: De 45-50 años (n=53) con un porcentaje de 33%, de 51-55 años (n=49) con un porcentaje de 31%, de 56-60 años (n=27) con un porcentaje de 17%, de 61-65 (n=31) con un porcentaje de 19%. (vid infra tabla y grafico 2).

La distribución de las familias con Diabetes Mellitus Tipo 2 Controladas, para la valoración de los Mapas familiares fue de acuerdo a las variables usadas para este instrumento de la siguiente manera: Jerarquía: Esposo (n=27) con un porcentaje de 17%, esposa (n=21) con un porcentaje de 13%, ambos cónyuges (n=98) con un porcentaje de 61%, hijos (n=14) con un porcentaje de 9%. (vid infra tabla y grafico 3).

La distribución de las Fronteras Externas, fue de la siguiente manera: para Limites Rígidos (n=24) con un porcentaje de 15%, Limites Difusos (n=39) con un porcentaje de 24%, Limites Claros (n=97) con un porcentaje de 61% (vid infra tabla y grafico 4).

Para las Fronteras Internas, la distribución fue de la siguiente manera: Limites Rígidos (n=19) con un porcentaje de 12%, Limites Difusos (n=36) con un porcentaje de 23%, Limites Claros (n=105) con un porcentaje de 65 % (vid infra tabla y grafico 5).

De acuerdo al grado de flexibilidad: Totalmente Flexible (n=47) con un porcentaje de 29%, Flexible (n=92) con un porcentaje de 58%, Ni Flexible Ni Rígido (n=21) con un porcentaje 13%, Rígido (n=0) con un porcentaje de 0%, Totalmente Rígido (n=0) con un porcentaje de 0%. (vid infra tabla y grafico 6).

Finalmente para la valoración de cercanía contra distancia con relación a la formación de alianzas y coaliciones fue de la siguiente manera: Alianzas (n=115) con un porcentaje de 72%, coaliciones (n=0) con un porcentaje del 0%, ni alianzas ni coaliciones (n=45) con un porcentaje de 28%. (vid infra tabla y grafico 7).

En las familias con Diabetes Mellitus Tipo 2 Descontroladas, de acuerdo al sexo, se distribuyeron de la siguiente manera: Masculino (n=77) con un porcentaje de 48% y Femenino (n=83) con un porcentaje de 52%. (vid infra tabla y grafico 8).

De acuerdo con los rangos de edad se distribuyeron de la siguiente manera: De 45-50 años (n=31) con un porcentaje de 19%, de 51-55 años (n=38) con un porcentaje de 24%, de 56-60 años (n=48) con un porcentaje de 30%, de 61-65 (n=43) con un porcentaje de 27%. (vid infra tabla y grafico 9).

La distribución de las familias con Diabetes Mellitus Tipo 2 Descontroladas, para la valoración de los Mapas familiares fue de acuerdo a las variables usadas para este instrumento de la siguiente manera: Jerarquía: Esposo (n=78) con un porcentaje de 49%, esposa (n=21) con un porcentaje de 13%, ambos cónyuges (n=29) con un porcentaje de 18%, hijos (n=32) con un porcentaje de 20%. (vid infra tabla y grafico 10).

La distribución de las Fronteras Externas, la distribución fue de la siguiente manera: para Límites Rígidos (n=45) con un porcentaje de 28%, Límites Difusos (n=89) con un porcentaje de 56%, Límites Claros (n=26) con un porcentaje de 16%. (vid infra tabla y grafico 11).

Para las Fronteras Internas, la distribución fue de la siguiente manera: Límites Rígidos (n=34) con un porcentaje de 21%, Límites Difusos (n=93) con un porcentaje de 58%, Límites Claros (n=33) con un porcentaje de 21 %. (vid infra tabla y grafico 12).

De acuerdo al grado de flexibilidad: Totalmente Flexible (n=0) con un porcentaje de 0%, Flexible (n=29) con un porcentaje de 18%, Ni Flexible Ni Rígido (n=71) con un 44%, Rígido (n=36) con un porcentaje de 23%, Totalmente Rígido (n=24) con un porcentaje de 15%. (vid infra tabla y grafico 13)

Finalmente para la valoración de cercanía contra distancia en relación a la formación de alianzas y coaliciones fue de la siguiente manera: Alianzas (n=57) con un porcentaje de 36%, coaliciones (n=0) con un porcentaje del 0%, ni alianzas ni coaliciones (n=103) con un porcentaje de 64%. (vid infra tabla y grafico 14).

En relación con el grado de funcionalidad familiar en las familias Diabéticas tipo 2 Controladas, según las variables del FACES III, acerca de cohesión y adaptabilidad la distribución de las familias fue de la siguiente manera: Para cohesión, la distribución fue de la siguiente manera: No Relacionado (n=18) con un porcentaje de 11%, Semirelacionado (n=38) con un porcentaje de 24%, Relacionado (n=83) con un porcentaje de 52%, Aglutinado (n=21) con un porcentaje de 13% (vid infra tabla y grafico 15). En relación al grado de adaptabilidad la distribución fue así: Rígido (n=19) con un porcentaje de 12%, Estructurado (n=41) con un porcentaje de 26%, Flexible (n=76) con un porcentaje de 47% y Caótico (n=24) con un porcentaje de 15% (vid infra tabla y grafico 16).

De acuerdo a los parámetros antes descritos, el grado de funcionalidad familiar según el FACES III fue de la siguiente manera: Menos Funcional (n=22) con un porcentaje del 14%, Mediana Funcionalidad (n=36) con un porcentaje de 23% y Más Funcional (n=102) con un porcentaje de 63% (vid infra tabla y grafico 17)

Con relación al grado de funcionalidad familiar en las familias Diabéticas tipo 2 Descontroladas, según las variables del FACES III, acerca de cohesión y adaptabilidad la distribución de las familias fue de la siguiente manera: Para cohesión, la distribución fue de la siguiente manera: No Relacionado (n=39) con un porcentaje de 24%, Semirelacionado (n=71) con un porcentaje de 45%, Relacionado (n=27) con un porcentaje de 17%, Aglutinado (n=23) con un porcentaje de 14% (vid infra tabla y grafico 18).

Con relación al grado de adaptabilidad la distribución fue así: Rígido (n=43) con un porcentaje de 27%, Estructurado (n=67) con un porcentaje de 42%, Flexible (n=24) con un porcentaje de 15% y Caótico (n=26) con un porcentaje de 16% (vid infra tabla y grafico 19).

De acuerdo a los parámetros antes descritos, el grado de funcionalidad familiar según el FACES III fue de la siguiente manera: Menos Funcional (n=48) con un porcentaje del 30%, Mediana Funcionalidad (n=89) con un porcentaje de 56% y Más Funcional (n=23) con un porcentaje de 14% (vid infra tabla y grafico 20).

En las familias con Diabetes Mellitus tipo 2 Controladas y Descontroladas, de acuerdo al sexo se distribuyeron de la siguiente manera: Masculino (n=171) con un porcentaje de 53% y Femenino (n=149) con un porcentaje de 47% (vid infra tabla y grafico 21).

De acuerdo a los rangos de edad se distribuyeron de la siguiente manera: De 45-50 años (n=84) con un porcentaje de 26%, de 51-55 años (n=87) con un porcentaje de 28%, de 56-60 años (n=75) con un porcentaje de 23% de 61-65 años (n=74) con un porcentaje de 23% (vid infra tabla y grafico 22).

La distribución de las familias con Diabetes Mellitus tipo 2 Controladas y Descontroladas, para la valoración de los mapas familiares fue de acuerdo a las variables usadas para este instrumento de la siguiente manera:

Jerarquía: Esposo (n=105) con un porcentaje de 33%, esposa (n=42) con un porcentaje de 13%, ambos cónyuges (n=127) con un porcentaje de 40%, hijos (n=46) con un porcentaje de 14%. (vid infra tabla y grafico 23).

La distribución de las Fronteras Externas, la distribución fue de la siguiente manera: para Limites Rígidos (n=69) con un porcentaje de 22%, Limites Difusos (n=128) con un porcentaje de 40%, Limites Claros (n=123) con un porcentaje de 38%. (vid infra tabla y grafico 24).

Para las Fronteras Internas, la distribución fue de la siguiente manera: Limites Rígidos (n=53) con un porcentaje de 17%, Limites Difusos (n=129) con un porcentaje de 40%, Limites Claros (n=138) con un porcentaje de 43 %. (vid infra tabla y grafico 25).

De acuerdo al grado de flexibilidad: Totalmente Flexible (n=47) con un porcentaje de 15%, Flexible (n=121) con un porcentaje de 37%, Ni Flexible Ni Rígido (n=92) con un 29%, Rígido (n=36) con un porcentaje de 11%, Totalmente Rígido (n=24) con un porcentaje de 8%. (vid infra tabla y grafico 26).

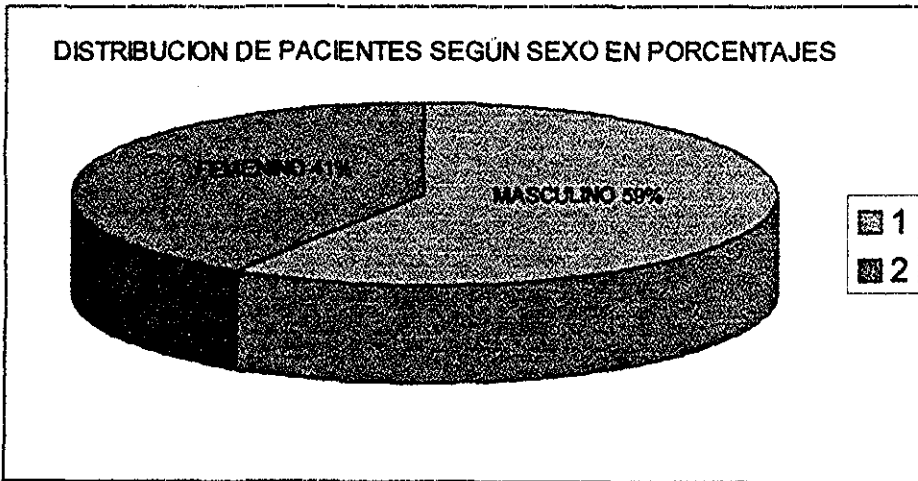
Finalmente para la valoración de cercanía contra distancia en relación a la formación de alianzas y coaliciones fue de la siguiente manera: Alianzas (n=172) con un porcentaje de 54%, coaliciones (n=0) con un porcentaje del 0%, ni alianzas ni coaliciones (n=148) con un porcentaje de 46%. (vid infra tabla y grafico 27).

En relación al grado de funcionalidad familiar en las familias Diabéticas tipo 2 Controladas y Descontroladas, el grado de funcionalidad familiar según el FACES III, fue de la siguiente manera: Menos Funcional (n=70) con un porcentaje del 22%, Mediana Funcionalidad (n=125) con un porcentaje del 39% y Más Funcional (n=125) con un porcentaje de 39% (vid infra tabla y grafico 28).

**PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CONTROLADOS
SEGÚN SEXO
EN LA UMF No. 20, DE SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 2001**

TABLA 1

SEXO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJES
MASCULINO	94	59.00
FEMENINO	66	41.00
TOTAL	160	100.00



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A FAMILIAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CONTROLADOS UMF No 20

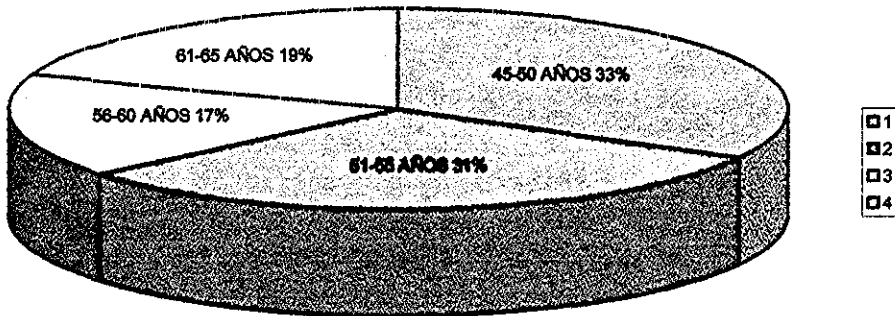
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CONTROLADOS
SEGÚN RANGOS DE EDAD
EN LA UMF No. 20, DE SEPTIEMBRE – DICIEMBRE 2001**

TABLA 2

RANGOS DE EDAD	No. DE PACIENTES	PORCENTAJES
45-50 AÑOS	53	33.00
51-55 AÑOS	49	31.00
56-60 AÑOS	27	17.00
61-65 AÑOS	31	19.00
TOTAL	160	100.00

DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN RANGOS DE EDAD POR PORCENTAJES



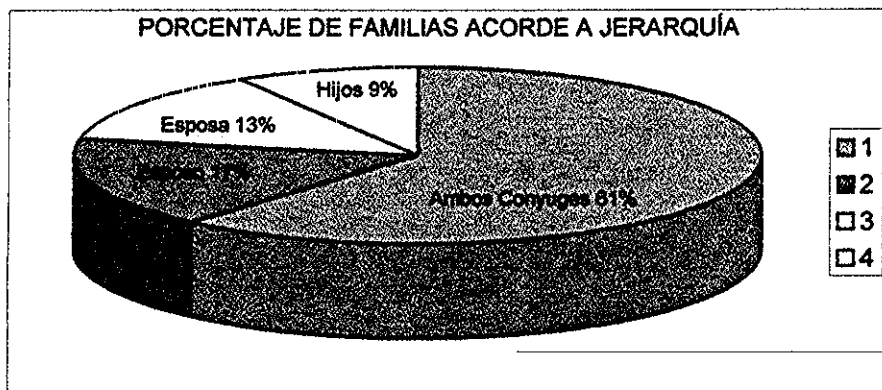
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A FAMILIAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CONTROLADOS UMF No 20

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**FAMILIAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CONTROLADOS
SEGÚN JERARQUIA
EN LA UMF No. 20, DE SEPTIEMBRE – DICIEMBRE 2001**

TABLA 3

JERARQUIA	No. DE FAMILIAS	PORCENTAJES
Esposo	27	17.00
Esposa	21	13.00
Ambos cónyuges	98	61.00
Hijos	14	09.00
Total	160	100.00



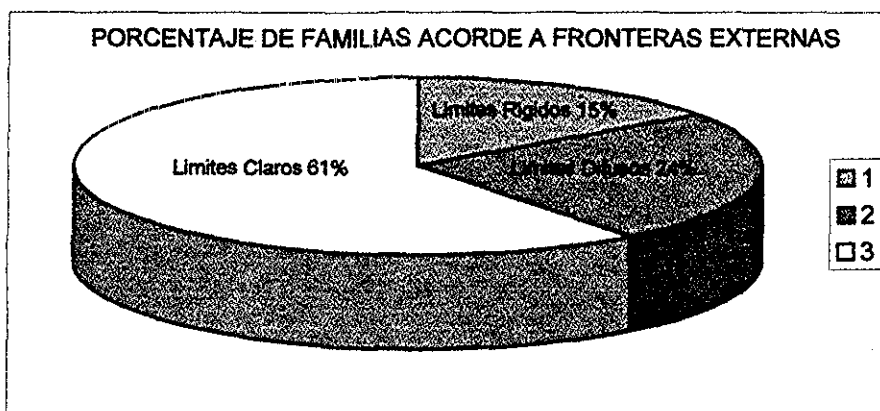
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A FAMILIAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CONTROLADOS UMF No.20

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**FAMILIAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CONTROLADOS
SEGÚN FRONTERAS EXTERNAS
EN LA UMF No. 20, DE SEPTIEMBRE – DICIEMBRE 2001**

TABLA 4

FRONTERAS EXTERNAS	No. DE FAMILIAS	PORCENTAJES
Limites Rígidos	24	15.00
Limites Difuso	39	24.00
Limites Claros	97	61.00
Total	160	100.00



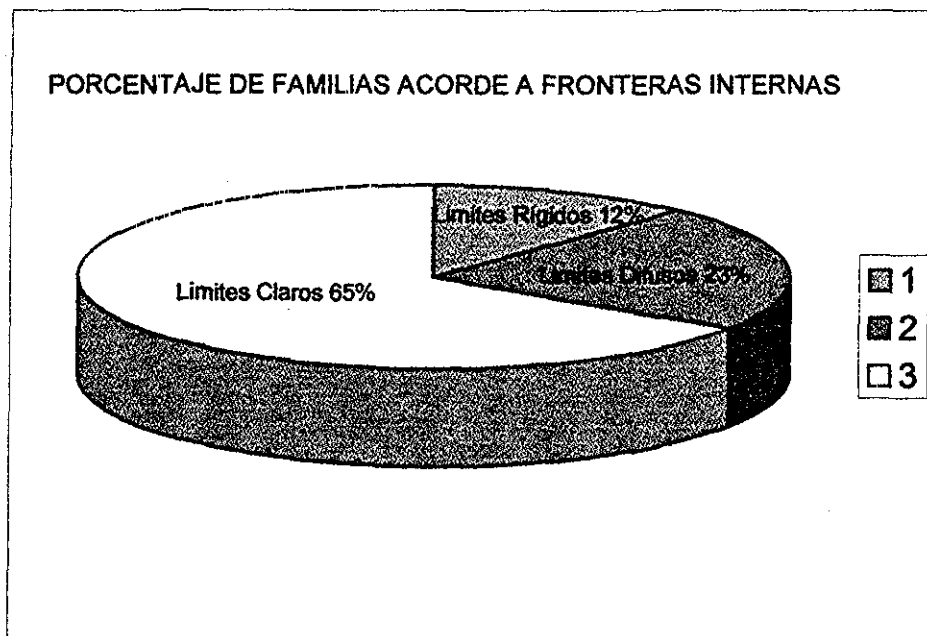
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CONTROLADAS UMF No.20

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**FAMILIAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CONTROLADOS
SEGÚN FRONTERAS INTERNAS
EN LA UMF No. 20, DE SEPTIEMBRE – DICIEMBRE 2001**

TABLA 5

FRONTERAS INTERNAS	No. DE FAMILIAS	PORCENTAJES
limites Rígidos	19	12.00
limites Difuso	36	23.00
limites Claros	105	65.00
total	160	100.00



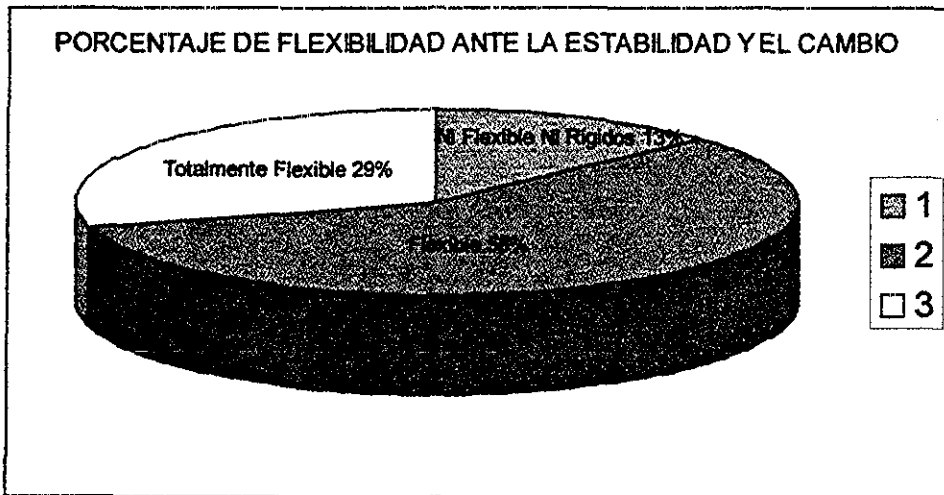
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A FAMILIAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CONTROLADAS UMF No 20

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**FAMILIAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CONTROLADOS
SEGÚN GRADO DE FLEXIBILIDAD
EN LA UMF No. 20, DE SEPTIEMBRE – DICIEMBRE 2001**

TABLA 6

GRADO DE FLEXIBILIDAD	No. FAMILIAS	PORCENTAJES
Totalmente Flexible	47	29.00
Flexible	92	58.00
Ni Flexible Ni Rígido	21	13.00
Rígido	00	00.00
Totalmente Rígido	00	00.00
Total	160	100.00

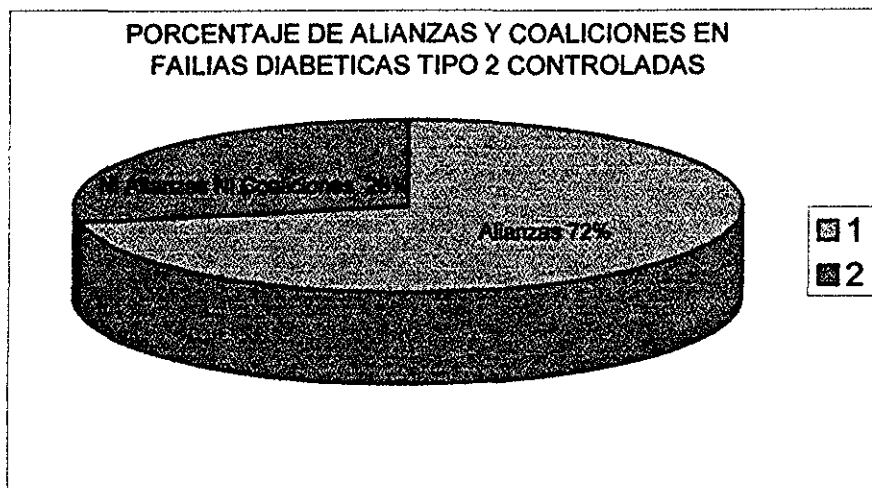


FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A FAMILIAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CONTROLADAS UMF No 20

**FAMILIAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CONTROLADOS SEGÚN
FORMACIÓN DE ALIANZAS Y COALICIONES
EN LA UMF No. 20, DE SEPTIEMBRE – DICIEMBRE 2001**

TABLA 7

ALIANZAS Y COALICIONES	No. DE FAMILIAS	PORCENTAJES
Alianzas	115	72.00
Coaliciones	00	00.00
Ni Alianzas Ni Coaliciones	45	28.00
Total	160	100.00



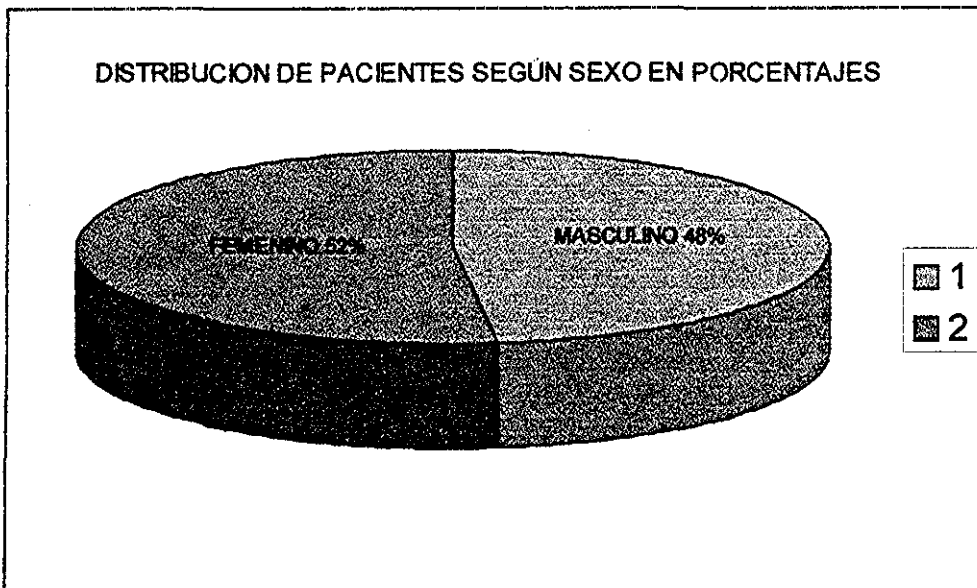
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A FAMILIAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CONTROLADAS UMF No 20

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESCONTROLADOS
SEGÚN SEXO
EN LA UMF No. 20, DE SEPTIEMBRE – DICIEMBRE 2001**

TABLA 8

SEXO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJES
MASCULINO	77	48.00
FEMENINO	83	52.00
TOTAL	160	100.00

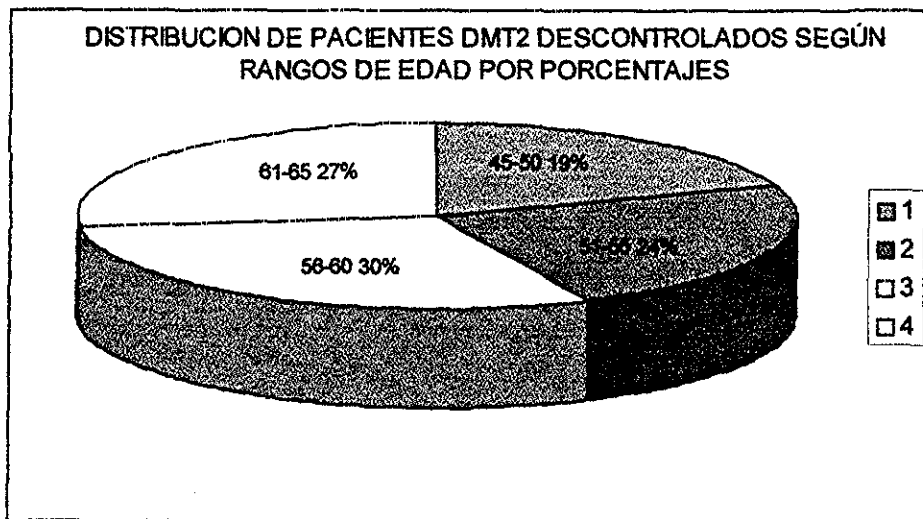


FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESCONTROLADAS UMF No 20

**PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESCONTROLADOS
SEGÚN RANGOS DE EDAD
EN LA UMF No. 20, DE SEPTIEMBRE – DICIEMBRE 2001**

TABLA 9

RANGOS DE EDAD	No. DE PACIENTES	PORCENTAJES
45-50 AÑOS	31	19.00
51-55 AÑOS	38	24.00
56-60 AÑOS	48	30.00
61-65 AÑOS	43	27.00
TOTAL	160	100.00

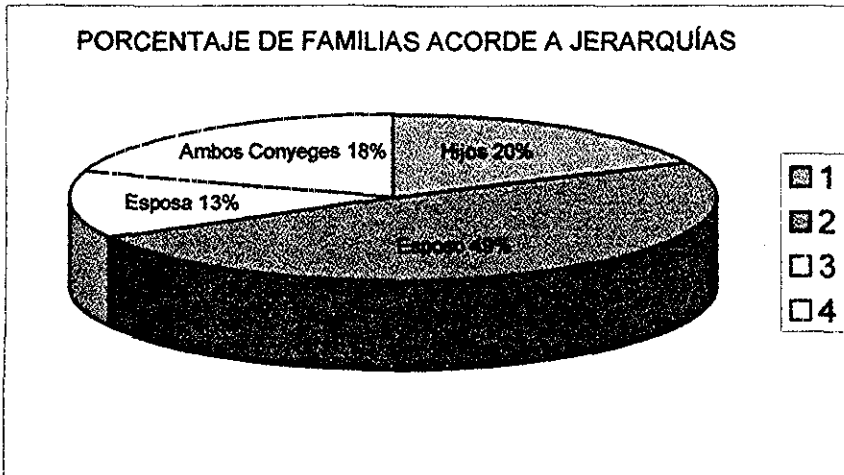


FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESCONTROLADAS UMF No.20

**FAMILIAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESCONTROLADOS
SEGÚN JERARQUÍA
EN LA UMF No 20, DE SEPTIEMBRE – DICIEMBRE 2001**

TABLA 10

JERARQUÍA	No. DE FAMILIAS	PORCENTAJES
Esposo	78	49.00
Esposa	21	13.00
Ambos cónyuges	29	18.00
Hijos	32	20.00
Total	160	100.00



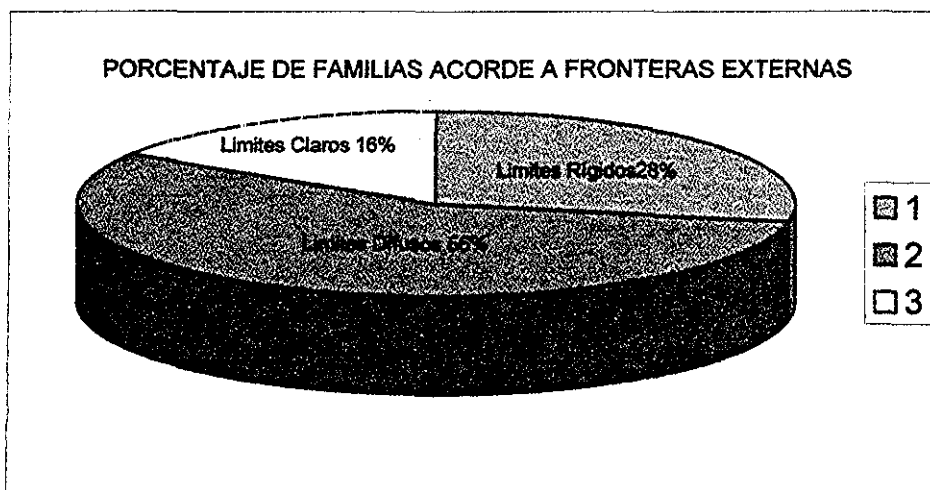
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESCONTROLADAS UMF No 20

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**FAMILIAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESCONTROLADOS
SEGÚN FRONTERAS EXTERNAS
EN LA UMF No. 20, DE SEPTIEMBRE – DICIEMBRE 2001**

TABLA 11

FRONTERAS EXTERNAS	No. DE FAMILIAS	PORCENTAJES
Limites Rígidos	45	28.00
Limites Difuso	89	56.00
Limites Claros	26	16.00
Total	160	100.00

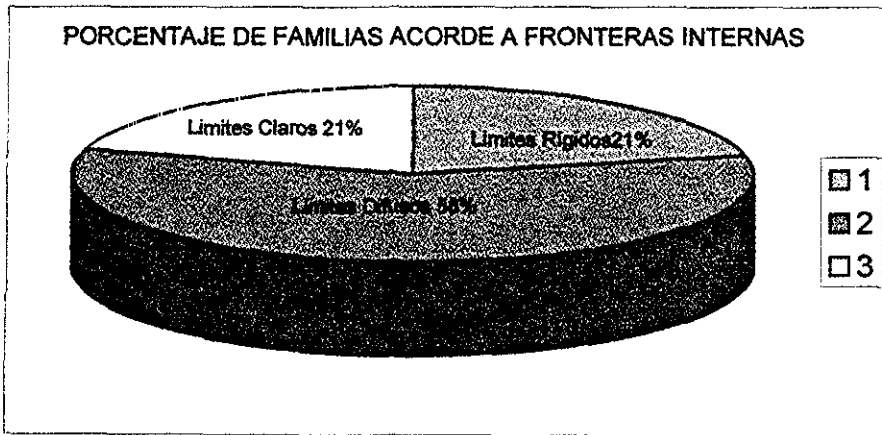


FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A FAMILIAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESCONTROLADAS UMF No 20

**FAMILIAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESCONTROLADAS
SEGÚN FRONTERAS INTERNAS
EN LA UMF No. 20, DE SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 2001**

TABLA 12

FRONTERAS INTERNAS	No. DE FAMILIAS	PORCENTAJES
Limites Rígidos	34	21.00
Limites Difusos	93	58.00
Limites Claros	33	21.00
Total	160	100.00



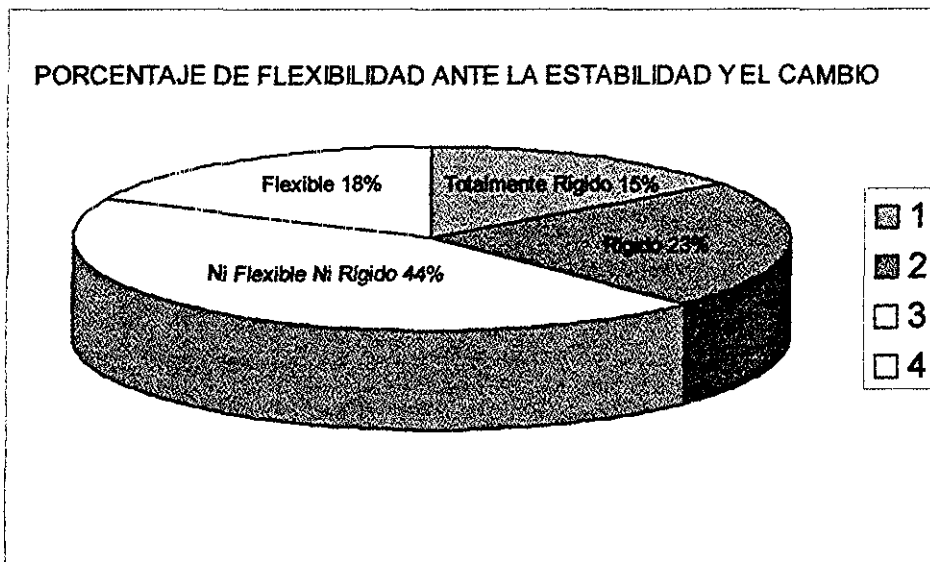
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A FAMILIAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESCONTROLADAS UMF No.20

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**FAMILIAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESCONTROLADAS
SEGÚN FRONTERAS GRADO DE FLEXIBILIDAD
EN LA UMF No. 20, DE SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 2001**

TABLA 13

GRADO DE FLEXIBILIDAD	No. FAMILIAS	PORCENTAJES
Totalmente Flexible	00	00.00
Flexible	29	18.00
Ni Flexible Ni Rígido	71	44.00
Rígido	36	23.00
Totalmente Rígido	24	15.00
Total	160	100.00



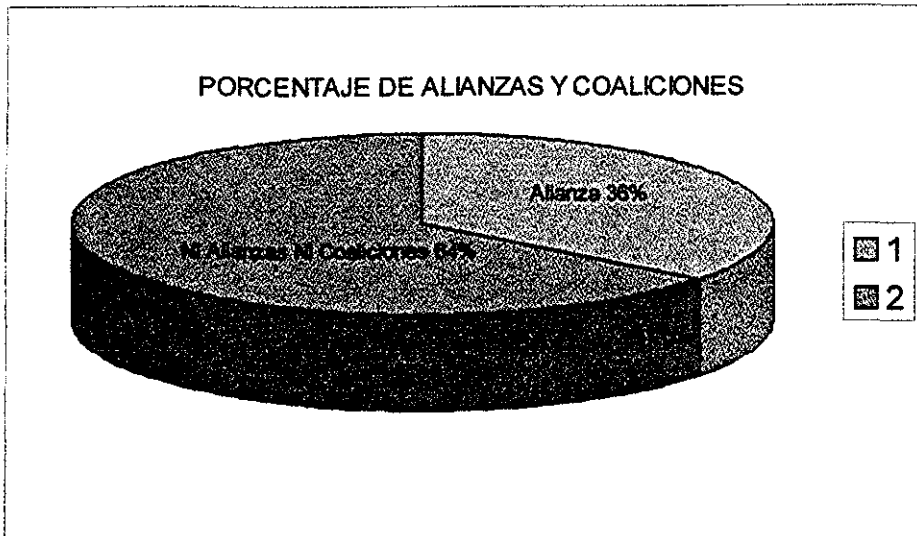
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A FAMILIAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESCONTROLADAS UMF No 20

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**FAMILIAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESCONTROLADAS
SEGÚN FORMACIÓN DE ALIANZAS Y COALICIONES
EN LA UMF No. 20, DE SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 2001**

TABLA 14

ALIANZAS Y COALICIONES	No. DE FAMILIAS	PORCENTAJES
Alianzas	57	36.00
Coaliciones	00	00.00
Ni Alianzas Ni Coaliciones	103	64.00
Total	160	100.00



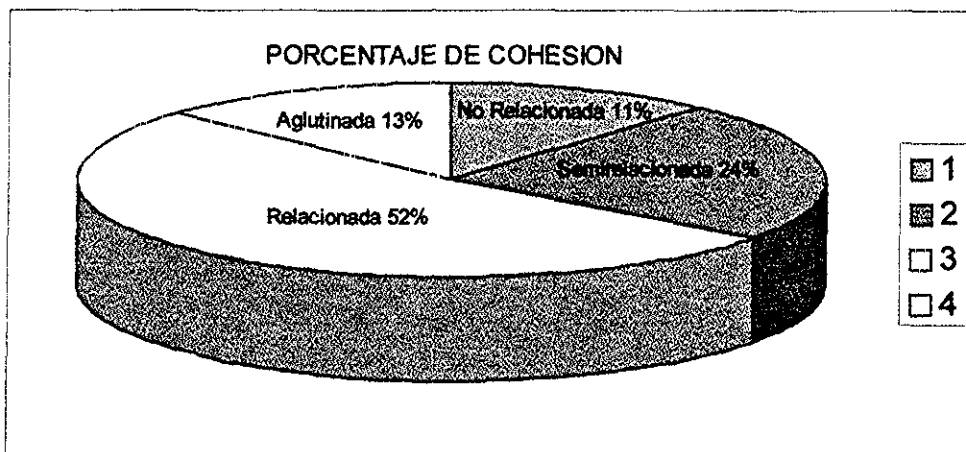
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A FAMILIAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESCONTROLADAS UMF No.20

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**FAMILIAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CONTROLADAS
SEGÚN GRADO DE COHESIÓN
EN LA UMF No. 20, DE SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 2001**

TABLA 15

GRADO DE COHESIÓN	No. FAMILIAS	PORCENTAJE
No Relacionada	18	11.00
Semirelacionada	38	24.00
Relacionada	83	52.00
Aglutinada	21	13.00
Total	160	100.00



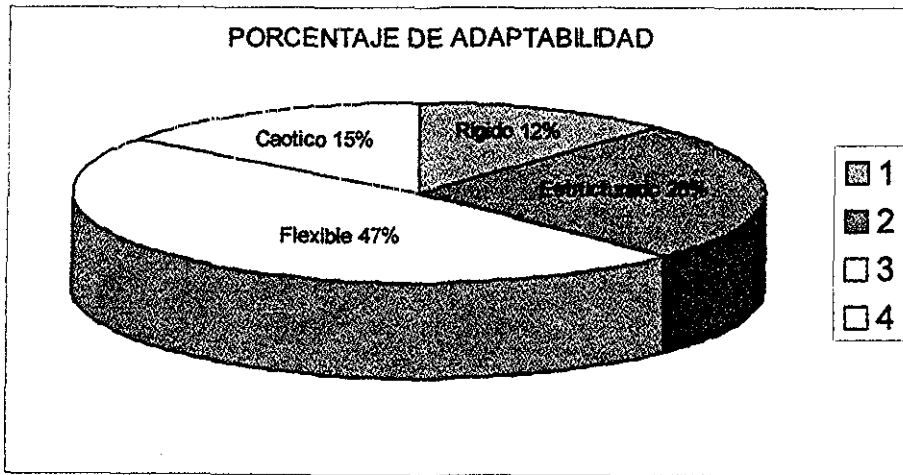
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A FAMILIAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CONTROLADAS UMF No 20

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**FAMILIAS CON DIABETES MMELLITUS TIPO 2 CONTROLADAS
SEGÚN GRADO DE ADAPTABILIDAD
EN LA UMF No. 20, DE SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 2001**

TABLA 16

GRADO DE ADAPTABILIDAD	No. FAMILIAS	PORCENTAJE
Rígido	19	12.00
Estructurado	41	26.00
Flexible	76	47.00
Caótico	24	15.00
Total	160	100.00



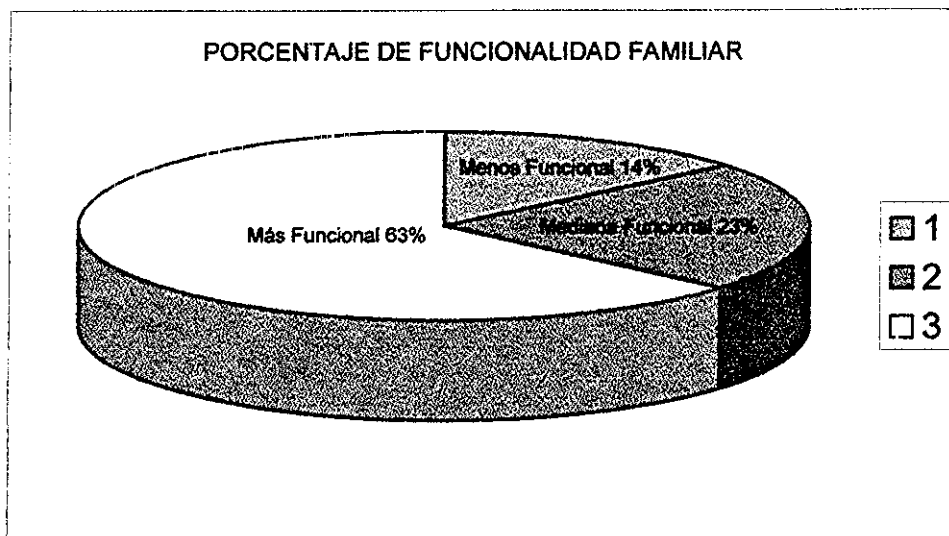
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A FAMILIAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CONTROLADAS UMF No 20

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**FAMILIAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CONTROLADAS
SEGÚN GRADO DE FUNCIONALIDAD ACORDE A FACES III
EN LA UMF No. 20, DE SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 2001**

TABLA 17

GRADO DE FUNCIONALIDAD	No. FAMILIAS	PORCENTAJES
MENOS FUNCIONAL	22	14.00
MEDIANA FUNCIONAL	36	23.00
MÁS FUNCIONAL	102	63.00
TOTAL	160	100.00



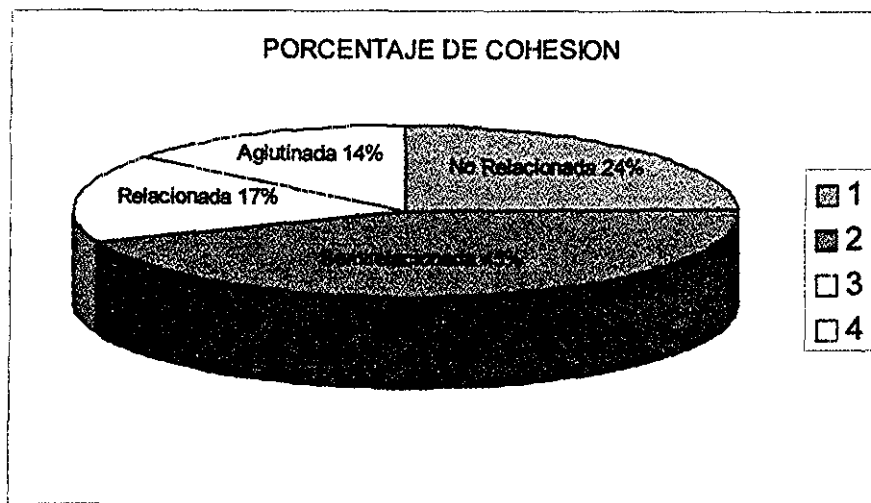
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A FAMILIAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CONTROLADAS UMF No 20

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**FAMILIAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESCONTROLADAS
SEGÚN GRADO DE COHESION
EN LA UMF No. 20, DE SEPTIEMBRE – DICIEMBRE 2001**

TABLA 18

GRADO DE COHESION	No. DE PACIENTES	PORCENTAJES
No Relacionada	39	24.00
Semirelacionada	71	45.00
Relacionada	27	17.00
Aglutinada	23	14.00
Total	160	100.00

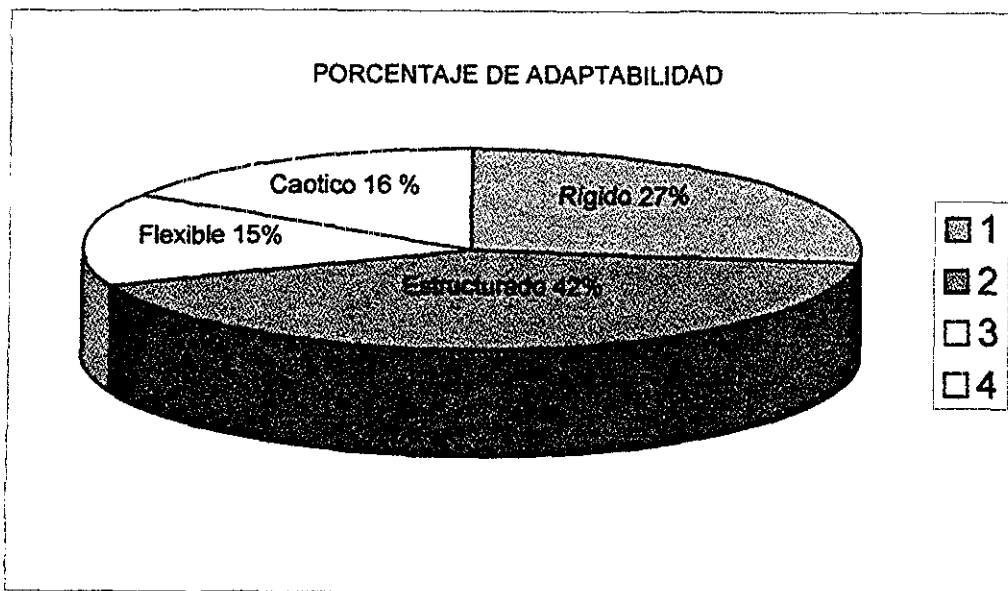


FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A FAMILIAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESCONTROLADAS UMF No 20

**FAMILIAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESCONTROLADAS SEGÚN
GRADO DE ADAPTABILIDAD
EN LA UMF No. 20, DE SEPTIEMBRE – DICIEMBRE 2001**

TABLA 19

GRADO DE ADAPTABILIDAD	No. DE FAMILIAS	PORCENTAJES
Rígido	43	27.00
Estructurado	67	42.00
Flexible	24	15.00
Caótico	26	16.00
Total	160	100.00



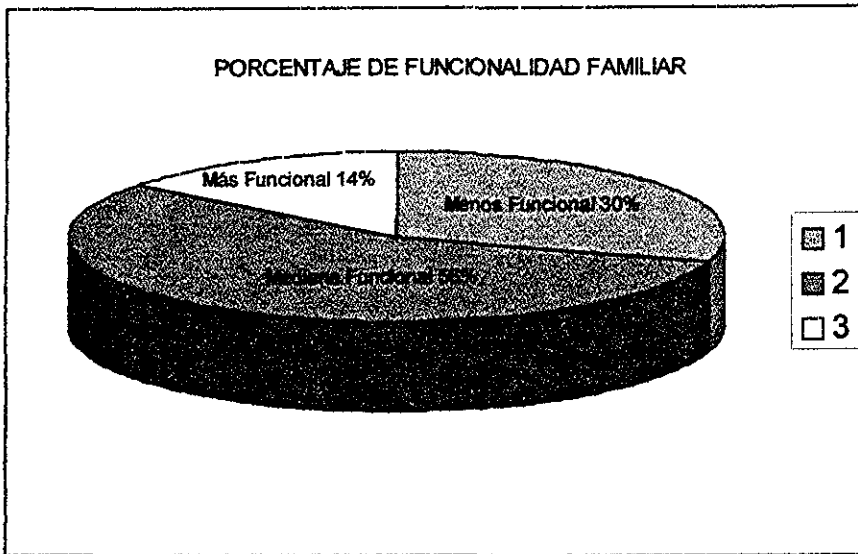
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A FAMILIAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESCONTROLADAS UMF No 20

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESCONTROLADOS
SEGÚN GRADO DE FUNCIONALIDAD ACORDE A FACES III
EN LA UMF No. 20, DE SEPTIEMBRE – DICIEMBRE 2001**

TABLA 20

GRADO DE FUNCIONALIDAD	No. DE PACIENTES	PORCENTAJES
MENOS FUNCIONAL	48	30.00
MEDIANA FUNCIONAL	89	56.00
MÁS FUNCIONAL	23	14.00
TOTAL	160	100.00



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A FAMILIAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CONTROLADAS UMF No 20

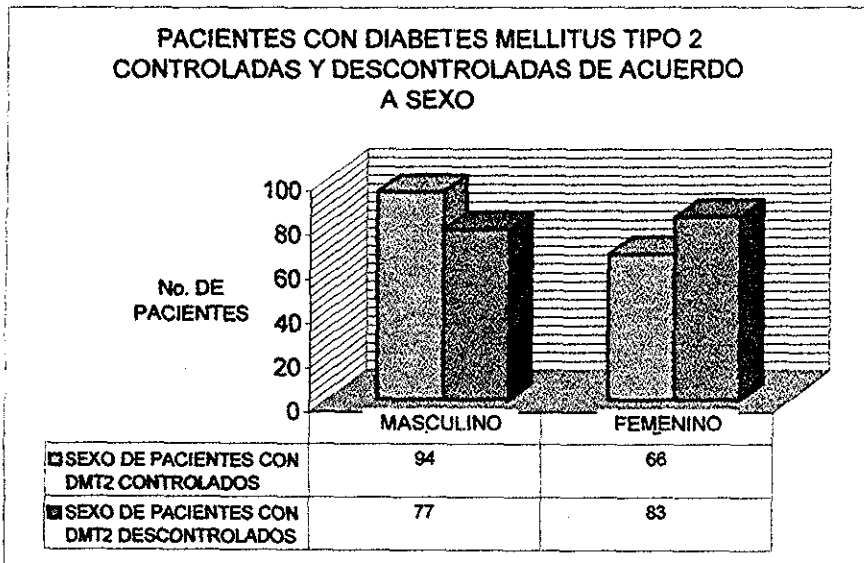
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
CONTROLADOS Y DESCONTROLADOS
SEGÚN SEXO EN LA UMF DE SEPTIEMBRE -DICIEMBRE 2001.**

TABLA 21

SEXO	No. PACIENTES CONTROLADOS	%	No. PACIENTES DESCONTROLADOS	%
MASCULINO	94	59	77	48
FEMENINO	66	41	83	52
TOTAL	160	100	160	100

SEXO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
MASCULINO	171	53.00
FEMENINO	149	47.00
TOTAL	320	100.00



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A FAMILIAS DIABÉTICAS TIPO 2 CONTROLADAS Y DESCONTROLADA UM F No 20

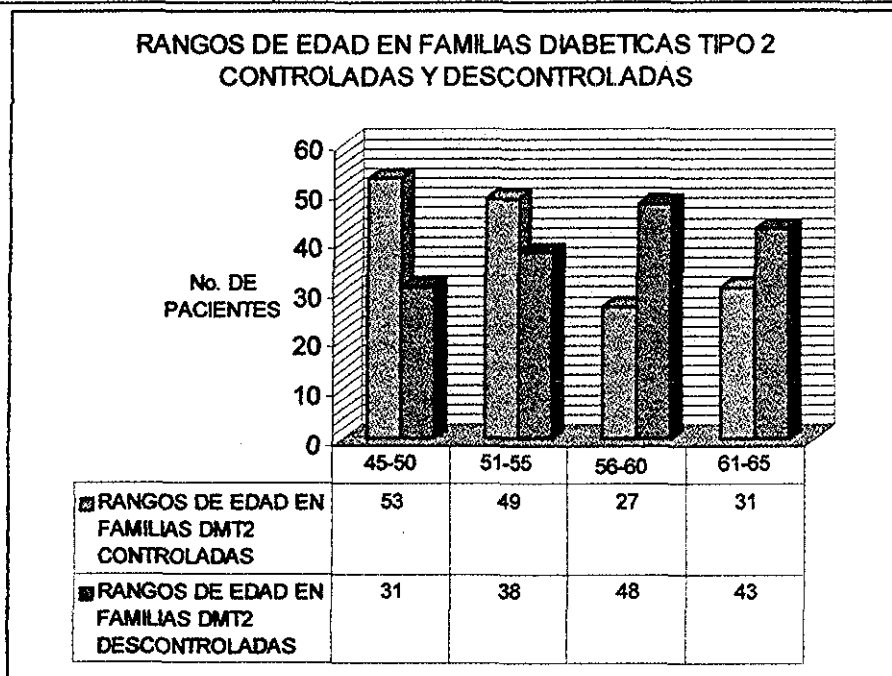
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
CONTROLADOS Y DESCONTROLADOS
SEGÚN RANGOS DE EDAD EN LA UMF DE SEPTIEMBRE -DICIEMBRE
2001.**

TABLA 22

RANGOS DE EDAD	No. PACIENTES CONTROLADOS	%	No. PACIENTES DESCONTROLADOS	%
45-50	53	33	31	19
51-55	49	31	38	24
56-60	27	17	48	30
61-65	31	19	43	27
TOTAL	160	100	160	100

RANGOS DE EDAD	TOTAL DE FAMILIAS	PORCENTAJE
45-50	84	26.00
51-55	87	28.00
56-60	75	23.00
61-65	74	23.00
TOTAL	320	100.00



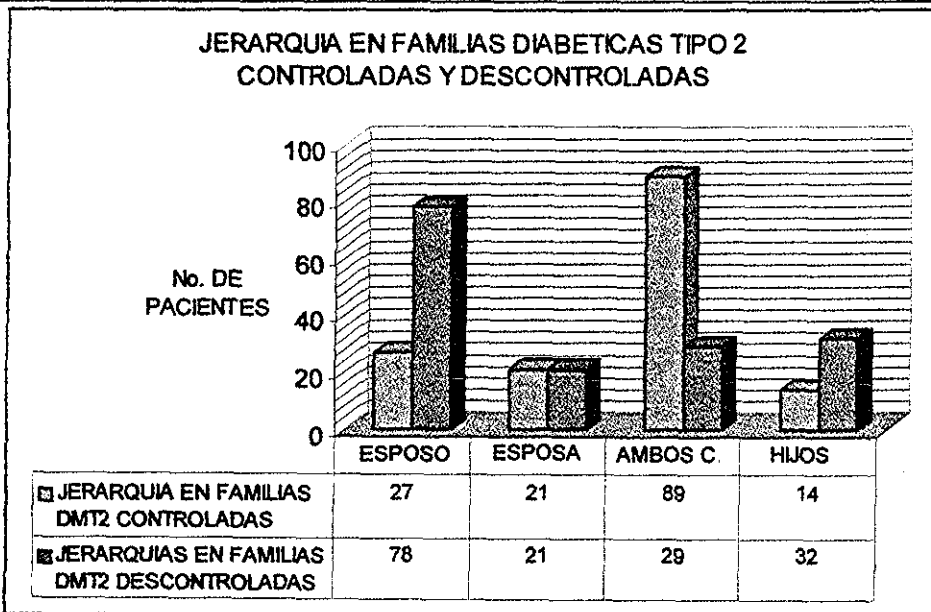
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A FAMILIAS DIABÉTICAS TIPO 2 CONTROLADAS Y DESCONTROLADA UM F No. 20

**PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
CONTROLADOS Y DESCONTROLADOS
SEGÚN JERARQUIAS EN LA UMF DE SEPTIEMBRE -DICIEMBRE 2001.**

TABLA 23

JERARQUIAS	No. DE FAMILIAS CONTROLADAS	%	No. DE FAMILIAS DESCONTROLADAS	%
ESPOSO	27	17	78	49
ESPOSA	21	13	21	13
AMBOS CÓNYUGES	98	61	29	18
HIJOS	14	09	32	20
TOTAL	160	100	160	100

JERARQUIAS	TOTAL DE FAMILIAS	PORCENTAJE
ESPOSO	105	33.00
ESPOSA	42	13.00
AMBOS CÓNYUGES	127	40.00
HIJOS	46	14.00
TOTAL	320	100.00



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A FAMILIAS DIABÉTICAS TIPO 2 CONTROLADAS Y DESCONTROLADA UMF No. 20

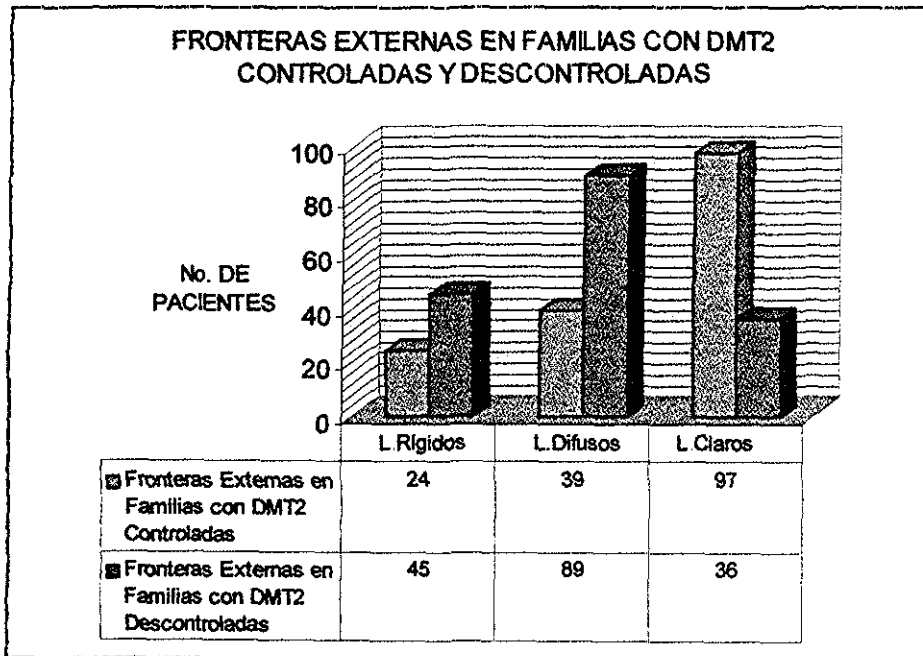
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
CONTROLADOS Y DESCONTROLADOS SEGÚN FRONTERAS EXTERNAS
EN LA UMF DE SEPTIEMBRE -DICIEMBRE 2001.**

TABLA 24

FRONTERAS EXTERNAS	No. FAMILIAS CONTROLADAS	%	No. DE FAMILIAS DESCONTROLADAS	%
Limites rígidos	24	15	45	28
Limites difusos	39	24	89	56
Limites claros	97	61	26	16
TOTAL	160	100	160	100

FRONTERAS EXTERNAS	TOTAL DE FAMILIAS	PORCENTAJE
LIMITES RIGIDOS	69	22.00
LIMITES DIFUSOS	128	40.00
LIMITES CLAROS	123	38.00
TOTAL	320	100.00



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A FAMILIAS DIABÉTICAS TIPO 2 CONTROLADAS Y DESCONTROLADA UMF No. 20

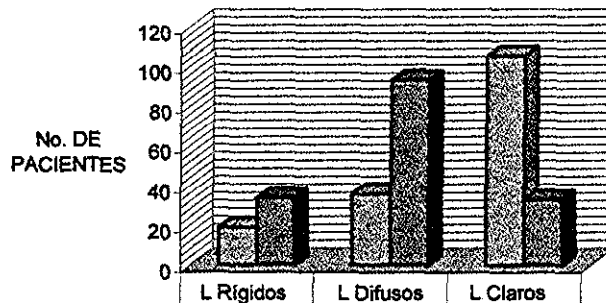
**PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
CONTROLADOS Y DESCONTROLADOS SEGÚN
FRONTERAS INTERNAS EN LA UMF DE SEPTIEMBRE -DICIEMBRE 2001.**

TABLA 25

FRONTERAS INTERNAS	No. FAMILIAS CONTROLADAS	%	No. FAMILIAS DESCONTROLADAS	%
LIMITES RIGIDOS	19	12	34	21
LIMITES DIFUSOS	36	23	93	58
LIMITES CLAROS	105	65	33	21
TOTAL	160	100	160	100

FRONTERAS INTERNAS	TOTAL DE FAMILIAS	PORCENTAJE
LIMITES RIGIDOS	53	17.00
LIMITES DIFUSOS	129	40.00
LIMITES CLAROS	138	43.00
TOTAL	320	100.00

**FRONTERAS INTERNAS EN FAMILIAS DIABETICAS TIPO 2
CONTROLADAS Y DESCONTROLADAS**



	L Rígidos	L Difusos	L Claros
■ Fronteras Internas en Familias con DMT2 Controladas	19	36	105
▨ Fronteras Internas en Familias DMT2 Descontroladas	34	93	33

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A FAMILIAS DIABÉTICAS TIPO 2 CONTROLADAS Y DESCONTROLADA UMF No. 20

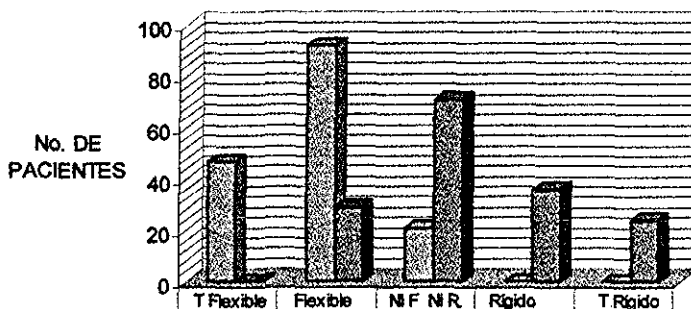
**PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
CONTROLADOS Y DESCONTROLADOS SEGÚN GRADO DE FLEXIBILIDAD
EN LA UMF DE SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 2001.**

TABLA 26

GRADO DE FLEXIBILIDAD	No. FAMILIAS CONTROLADAS	%	No. FAMILIAS DESCONTROLADAS	%
Totalmente flexible	47	29	0	00
Flexible	92	58	29	18
Ni flexible Ni rígido	21	13	71	44
Rígido	00	00	36	23
Totalmente rígido	00	00	24	15
Total	160	100	160	100

GRADO DE FLEXIBILIDAD	TOTAL DE FAMILIAS	PORCENTAJE
Totalmente flexible	47	15.00
Flexible	121	37.00
Ni flexible Ni rígido	92	29.00
Rígido	36	11.00
Totalmente rígido	24	08.00
Total	320	100.00

GRADO DE FLEXIBILIDAD EN FAMILIAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CONTROLADAS Y DESCONTROLADAS



GRADO DE FLEXIBILIDAD EN FAMILIAS DMT2 CONTROLADAS	47	92	21	0	0
GRADO DE FLEXIBILIDAD EN FAMILIAS DMT2 DESCONTROLADAS	0	29	71	36	24

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A FAMILIAS DIABÉTICAS TIPO 2 CONTROLADAS Y DESCONTROLADA UMF No. 20

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

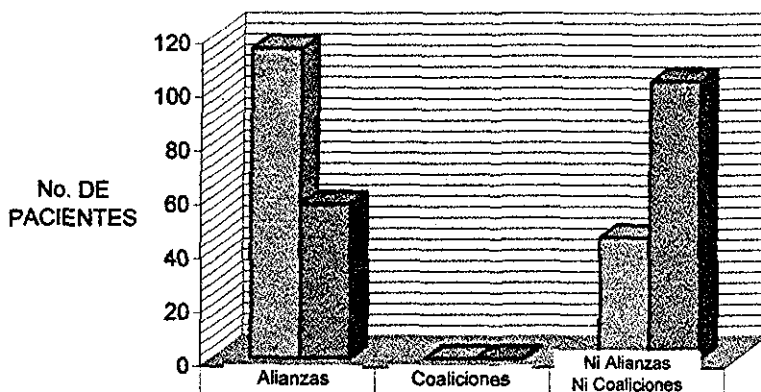
**PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
CONTROLADOS Y DESCONTROLADOS SEGÚN FORMACIÓN DE
ALIANZAS Y COALICIONES EN LA UMF DE SEPTIEMBRE -DICIEMBRE
2001.**

TABLA 27

AIANZAS Y COALICIONES	No. FAMILIAS CONTROLADAS	%	No. FAMILIAS DESCONTROLADAS	%
Alianzas	115	72	57	26
Coaliciones	00	00	00	00
Ni Alianzas Ni Coaliciones	45	28	103	64
Total	160	100	160	100

AIANZAS Y COALICIONES	TOTAL DE FAMILIAS	PORCENTAJE
Alianzas	172	54.00
Coaliciones	000	00.00
Ni Alianzas Ni Coaliciones	148	46.00
Total	320	100.00

ALIANZAS Y COALICIONES EN FAMILIAS DIABETICAS TIPO 2 CONTROLADAS Y DESCONTROLADAS



■ ALIANZAS Y COALICIONES EN FAMILIAS DMT2 CONTROLADAS	115	0	45
■ ALIANZAS Y COALICIONES EN FAMILIAS DMT2 DESCONTROLADAS	57	0	103

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A FAMILIAS DIABÉTICAS TIPO 2 CONTROLADAS Y DESCONTROLADA UMF No. 20

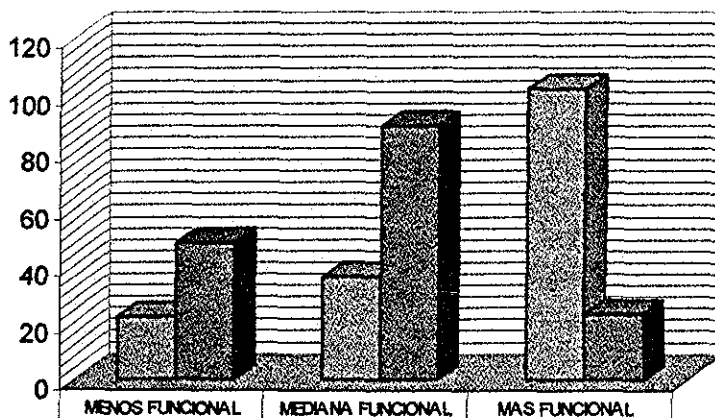
**PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
CONTROLADOS Y DESCONTROLADOS SEGÚN GRADO DE
FUNCIONALIDAD FAMILIA EN LA UMF DE SEPTIRMBRE -DICIEMBRE 2001.**

TABLA 28

GRADO DE FUNCIONALIDAD	No. DE FAMILIAS CONTROLADAS	%	No. DE FAMILIAS DESCONTROLADAS	%
Menos funcional	22	14	48	30
Median Funcional	36	23	89	56
Más funcional	102	63	23	14
Total	160	100	160	100

GRADO DE FUNCIONALIDAD	TOTAL DE FAMILIAS	PORCENTAJE
Menos funcional	70	22.00
Mediana Funcional	125	39.00
Más funcional	125	39.00
Total	320	100.00

**GRADO DE FUNCIONALIDAD EN FAMILIAS CON DMT2
CONTROLADAS Y DESCONTROLADAS**



	MENOS FUNCIONAL	MEDIANA FUNCIONAL	MAS FUNCIONAL
■ FUNCIONALIDAD FAMILIAR FAMILIAS CONTROLADAS	22	36	102
■ FUNCIONALIDAD FAMILIAS DESCONTROLADAS	48	89	23

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A FAMILIAS DIABÉTICAS TIPO 2 CONTROLADAS Y DESCONTROLADA UMF No. 20

ANÁLISIS DE RESULTADOS

El análisis de la presente investigación nos indica que en cuanto al sexo en las familias con DMT2 el sexo masculino presento 53% y el femenino 47%, la diferencia entre ambos grupos es mínima al igual que la establecida en la literatura, lo cual nos indica que no hay predominio significativo en cuanto a la asistencia a control por alguno de los sexos, relación que es acorde con X^2 de 0.96 y una $p > 0.05$, estadísticamente no significativo. (vid supra tabla y grafico 21).

En cuanto a los rangos de edad en las familias diabéticas tipo 2 controladas y descontroladas los rangos de edad quedan prácticamente homogéneos, pero se observa que en las familias controladas predominan los 2 primeros rangos de edad (45-50, 51-55), lo contrario en las familias descontroladas donde predominan los 2 segundos rangos de edad (56-60, 61-65), lo que nos indica un mejor control de este padecimiento en grupos de menor edad, debido seguramente al nuevo enfoque de un Tratamiento multidisciplinario, aunado a una mayor información y difusión, tanto al equipo de salud como a las familias diabéticas, estadísticamente acorde con una x^2 de 1.15 y una $p < 0.05$, estadísticamente significativa. (vid supra tabla y grafico 22).

En relación a la valoración de mapas familiares en la evaluación de jerarquías, en las familias con DMT2 controladas se encuentra depositada más frecuentemente la jerarquía en ambos cónyuges con un 61%. Lo cual coincide con la literatura donde refiere que esto se da sobre todo al inicio de la enfermedad, aunado a que este parámetro guarda relación con el poder económico, y así, en cuanto a que el enfermo logra un mayor apego al tratamiento al percibir el apoyo de su pareja ante el padecimiento y ambos toman las decisiones; en relación a las familias diabéticas descontroladas los hijos se presentan con un porcentaje del 20%, superior incluso al que presenta la esposa con un 13%, importante en cuanto a nivel de jerarquía, coincidiendo igualmente con lo establecido en la literatura donde se marca que la pareja ya no comparte la jerarquía, esto es a medida que el paciente se deteriora (ocurre mas rápidamente en las familias descontroladas), son la esposa(o) y/o los hijos, en este caso los hijos, son los que toman las decisiones, los cuales pasan a formar parte del subsistema parental, analizando los resultados, se presenta x^2 con 4.49 y una $p < 0.05$, estadísticamente significativo. (vid supra tabla y grafico 23).

Con respecto a los límites externos encontramos que las familias diabéticas tipo 2 controladas, lo más frecuentemente observado son los límites claros con un 31% y en este grupo se encontró predominio del sexo masculino lo cual coincide con lo planteado en la bibliografía, donde se observa que este género recibe mayor apoyo de su red social, específicamente en aspectos de dieta y régimen médico, por consiguiente da como resultado un mejor control metabólico a diferencia del sexo femenino, donde por el contrario ellas tienen que dar apoyo a la familia fundamentalmente en la preparación de alimentos y el papel de cuidadoras que históricamente se les ha asignado, estadísticamente al comparar a las familias controladas y descontroladas se encontró la prueba de χ^2 con 6.02 y una $p < 0.05$ estadísticamente significativa. (vid supra tabla y gráfico 24).

En cuanto a los límites internos en las familias diabéticas los límites claros y difusos se presentaron con los mayores porcentajes, 40% y 43% respectivamente solo con diferencia entre ellos del 3%, igualmente establecido previamente en la literatura, donde se refiere que las fronteras intergeneracionales permanecen claras y las fronteras individuales tienden a cerrarse, se encontró según χ^2 con 3.95 una $p < 0.05$ estadísticamente significativa. (vid supra tabla y gráfico 25).

En cuanto al grado de flexibilidad el que se presentó en forma más frecuente fue el flexible, esto es muy importante en las familias diabéticas ya que es necesario que estas sean flexibles, es decir que desarrollen una organización para enfrentar los momentos de crisis familiar, lo que se refiere básicamente a la posibilidad que tiene la familia para optar por algún cambio, es decir la habilidad familiar para cambiar sus estructuras de poder, roles y reglas con relación a alguna crisis, acorde a χ^2 con 2.78 y $p < 0.05$ estadísticamente significativo. (vid supra tabla y gráfico 26).

De acuerdo a la formación de alianzas y coaliciones en familias diabéticas tipo 2 se presentaron en forma más frecuente las alianzas con 54% estas básicamente están dadas en el subsistema parental, generalmente la esposa y el paciente con Diabetes forman una alianza estrecha dentro del sistema familiar, Si bien es cierto que existe una sobreprotección de ella hacia el paciente, por lo común no le resta responsabilidad, más sin embargo aplicando el principio de equilibrio de los subsistemas, Wynne postuló que la alianzas entre dos o más personas automáticamente tiende a separarlas de los demás participantes del sistema. En relación a las coaliciones, cabe hacer mención que en ambos grupos de familias con DMT2 controladas y descontroladas, fueron negadas en su totalidad la formación de coaliciones, por lo que estadísticamente no es posible valorar. (vid supra tabla y gráfico 27).

En relación a la aplicación del FACES III para la valoración de la funcionalidad familiar mediante la cohesión y adaptabilidad en las Familias con DMT2 controladas y descontroladas para cohesión se presentó más frecuente la semirelacionada, lo cual no coincide con lo establecido, donde se refiere que las familias con enfermedades de tipo crónico tienden a aglutinarse y girar en torno al paciente. En lo relacionado a adaptabilidad las formas más frecuentes fueron la flexible y la estructurada lo cual es acorde ya que las familias con este tipo de enfermedad tienden a la modificación y adaptación de roles. La Funcionalidad Familiar más frecuentemente presentada fue compartida con el mismo porcentaje por las Mediana Funcional y Mayor Funcional, esto coincide con el grado de flexibilidad, también presentado con mayor frecuencia en estas familias que tienden a desarrollar conductas adaptativas y lograr la homeostasis, acorde a χ^2 con 6.34 y $p < 0.05$ estadísticamente significativa (vid supra tabla y grafico 28)

Lo anterior lo podemos observar esquematizado en la figura 1 y 2 (anexos) donde se plasma la organización de las familias controladas y descontroladas de los cuales se puede interpretar lo siguiente.

La Jerarquía deberá estar en el subsistema parental y ser compartida, como se observa en las Familias con Diabetes Mellitus Tipo 2 Controladas, y no como ocurre en las familias con Diabetes Mellitus tipo 2 descontroladas donde la mayor jerarquía se encuentra depositada en uno de los hijos.

Las Fronteras externas, entre subsistemas e individuales en una familia funcional, tienen la característica de ser claras y permeables, identificado en las Familias Diabéticas Tipo 2 Controladas, en forma contraria en las familias diabéticas tipo 2 se identifican las fronteras externas, entre subsistemas e individuales cerradas.

Las Alianzas predominaron en las Familias Diabéticas tipo 2 Controladas, aunque también observadas en las familias diabéticas tipo 2 descontroladas, no considerándose disfuncionales, a menos que sean inflexibles o rígidas.

CONCLUSIONES

La presente Investigación nos permite concluir que las Familias Diabéticas tipo 2 controladas y descontroladas en cuanto al sexo, acuden por igual ambos sexos, a la consulta para su control metabólico

En cuanto a la edad se concluye que existe un mejor control de este padecimiento en grupos de menor edad, debido seguramente al nuevo enfoque de un Tratamiento multidisciplinario, aunado a una mayor información y difusión, tanto al equipo de salud como a las familias diabéticas.

Con relación al grado de Funcionalidad mediante la cohesión y adaptabilidad en las Familias con DMT2 controladas y descontroladas para cohesión se presentó más frecuente la semirelacionada. En lo relacionado a adaptabilidad las formas más frecuentes fueron la flexible y la estructurada lo cual es acorde ya que las familias con este tipo de enfermedad tienden a la modificación y adaptación de roles. La Funcionalidad Familiar más frecuentemente presentada fue compartida con el mismo porcentaje por las Mediana Funcional y Mayor Funcional, esto coincide con el grado de flexibilidad, también presentado con mayor frecuencia en estas familias que tienden a desarrollar conductas adaptativas y lograr la homeostasis.

Lo que nos permite concluir que la funcionalidad y organización familiar se encuentra en relación directa con el control metabólico de las Familias diabéticas tipo 2, en las cuales se marco la diferencia estadísticamente significativa entre las familias con diabetes mellitus tipo 2 controlada con mayor funcionalidad familiar y las familias con diabetes mellitus tipo 2 descontrolada con menor funcionalidad familiar. Lo que es acorde a la prueba de χ^2 que nos muestra una $p < 0.05$, estadísticamente significativa. Esta relación la podemos observar esquemáticamente representada en los mapas estructurales de las familias diabéticas tipo 2 controladas y descontroladas Fig. 1 y 2.

En la identificación de Jerarquías se puede concluir que para que haya un mejor funcionamiento familiar la jerarquía deberá estar en el subsistema parental y ser compartida, como ocurre en las Familias con Diabetes Mellitus Tipo 2 Controladas.

Las Fronteras externas en una familia funcional, tienen la característica de ser claras y permeables, lo que permite que la familia pueda intercambiar información, con otros sistemas sociales, al mismo tiempo que desarrolle un sentido de pertenencia, observado en las Familias Diabéticas Tipo 2 Controladas.

Ambos grupos de familias diabéticas tipo 2 controladas y descontroladas resultaron ser flexible resultando ser importante, ya que en las familias diabéticas es necesario que estas sean flexibles, es decir que desarrollen una organización para enfrentar los momentos de crisis familiar, lo que se refiere básicamente a la posibilidad que tiene la familia para optar por algún cambio, es decir la habilidad familiar para cambiar sus estructuras de poder, roles y reglas con relación a alguna crisis.

Las Alianzas predominaron en las Familias Diabéticas tipo 2 Controladas, no considerándose disfuncionales, a menos que sean inflexibles o rígidas, sin embargo Wynne postuló que la alianza entre dos o más personas, tiende de manera automática a separarlas de los demás integrantes del sistema

Finalmente la presente investigación resulta ser de suma importancia ya que se puede concluir que si estructuramos esquemas de la estructura y funcionamiento familiar nos ayudara a tener presentes las áreas que debemos cuidar durante el transcurso de la enfermedad, a fin de evitar patrones rígidos o disfuncionales de adaptación y lograr un mejor control metabólico.

COMENTARIO

La Diabetes mellitus es una enfermedad crónico -degenerativa que se presenta con mayor frecuencia a nivel mundial al grado de ser considerada una pandemia con tendencia ascendente. Cada año en México se registran mas de 180 mil casos de esta enfermedad y es causa de aproximadamente 36 mil defunciones.

Desafortunadamente la diabetes mellitus no solo consiste en la elevación de la glucosa sino que es un síndrome complejo que debe enfocarse desde un punto de vista integral debido a las repercusiones agudas y crónicas que frecuentemente sufren los individuos que la padecen.

El objetivo del manejo de la DMT2 es lograr el control bioquímico, prevenir las complicaciones y con ello favorecer una mejor calidad de vida. Para conseguirlo debe realizar evaluación medica completa, y la participación de la familia en la atención de la enfermedad.

Una de las funciones esenciales de la familia la constituye el prestar apoyo a los miembros que la integran. En el caso de aparición de la enfermedad crónica esta función adquiere singular importancia, tanto desde el punto de vista físico como emocional y gracias a ella se pueden resolver situaciones conflictivas que influirán a su vez en el correcto control de la enfermedad.

La familia es, el sistema primario por excelencia, el más poderoso al que pertenece un individuo, la familia es la institución en donde el aprendizaje de los roles y los vínculos, elementos que la definen y le permiten al ser humano su socialización.

La relación médico-paciente-familia, constituye la base clínica de la medicina familiar, el pacto que tiene lugar en este grupo consiste: en que él medico cuide de la salud de los miembros de la familia, de forma competente y rápida, buscara atención especializada cuando sea necesario. A su vez la familia intentara cuidarse apropiadamente, compartir la información con él medico y compensarle por la atención brindada.

El medico familiar que atiende de una forma integral y desde una concepción biopsicosocial, a la familia con diabetes mellitus debe conocer todos aquellos factores familiares que incluyen de forma directa en la adherencia a las medidas terapéuticas recomendadas para su control.

Por lo que se utilizaron los mapas de interacción familiar, como una herramienta para la organización de datos clínicos tanto de contenido como de interacción. Estos esquemas nos apoyan a plantear desde un inicio, las hipótesis sobre los aspectos familiares íntimamente relacionados con la presentación y/o mantenimiento de síntomas o malestares familiares. Como señala Minuchin los mapas nos orientan a la acción.

Lo anterior implica contar con esquemas o mapas hipotéticos de lo que sería una organización familiar "adecuada" "normal" o "sanas" así como lo que se consideraría disfuncional para que, a partir de estos supuestos, sea posible formular los esquemas de las familias.

Por lo tanto, no menos importante fue la realización de un análisis sistemático de la estructura de las familias Diabéticas tipo 2 controladas y descontroladas, tomando en cuenta el esquema propuesto por la Dra. Velasco, se analizaron los siguientes aspectos: Claridad en la jerarquía por subsistema familiar, claridad en las fronteras entre la familia y el contexto, claridad en las fronteras entre los subsistemas y entre los individuos, equilibrio entre la estabilidad y el cambio y cercanía contra distancia, enfocado este último parámetro a las dimensiones de cerca y lejos con lo que Olson denomina cohesión contra desarticulación.

El otro instrumento utilizado fue el FACES III, un instrumento validado para la evaluación de la dinámica familiar propuesta por Olson y que evalúa la cohesión, esto es los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen entre sí y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en la familia; y la adaptación, esto es la habilidad del sistema familiar para combinar su estructura de poder, sus roles, sus reglas de relación en respuesta a estrés situacional y desarrollo (Olson y Cols 1979). Para la medición de este se aplicó una escala conformada por 20 preguntas que recogió la percepción presente e ideal acerca de la cohesión y adaptabilidad de la familia.

Los resultados mostraron que en cuanto al sexo en las familias con DMT2 el sexo masculino presenta 53% y el femenino 47%, con diferencia del 6% entre ambos grupos, estadísticamente no significativo

En cuanto a los rangos de edad en las familias diabéticas tipo 2 controladas y descontroladas, quedan prácticamente homogéneos, pero se observa que en las familias controladas predominan los 2 primeros rangos de edad (45-50, 51-55), lo contrario en las familias descontroladas donde predominan los 2 segundos rangos de edad (56-60, 61-65), lo que nos indica un mejor control de este padecimiento en grupos de menor edad, resultando ser estadísticamente significativo.

En relación a la valoración de mapas familiares en la evaluación de jerarquías, en las familias con DMT2 controladas se encuentra depositada más frecuentemente la jerarquía en ambos cónyuges con un 61%, en cuanto a las familias diabéticas descontroladas los hijos se presentan con un porcentaje importante en cuanto a nivel de jerarquía, con un 20% superior al que presenta la esposa con 13%, estadísticamente significativo.

Con relación a la aplicación de el FACES III para la valoración de la funcionalidad familiar mediante la cohesión y adaptabilidad en las Familias con DMT2 controladas y descontroladas para cohesión se presentó más frecuente la semirelacionada, con un 47%. En lo relacionado a adaptabilidad las formas más frecuentes fueron la estructurada y la flexible con 47% y 31% respectivamente. La Funcionalidad Familiar más frecuentemente presentada fue compartida con el mismo porcentaje de 39%, por las Mediana Funcional y Mayor Funcional.

Lo que nos permitió concluir que la funcionalidad y organización familiar se encuentra en relación directa con el control metabólico de las Familias diabéticas tipo 2, en las cuales se marco la diferencia estadísticamente significativa entre las familias con diabetes mellitus tipo 2 controlada con mayor funcionalidad familiar y las familias con diabetes mellitus tipo 2 descontrolada con menor funcionalidad familiar.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo Identificar la Funcionalidad y Mapas de Familias Diabéticas Tipo 2 con Control y Descontrol Metabólico.

Realizándose en la UMF No. 20, de la Delegación 1 noroeste del Instituto Mexicano del seguro Social, que se ubica en la Calzada Vallejo, número 675, Colonia Magdalena de las Salinas, de la Delegación Gustavo A. Madero, en México D. F. de Septiembre a Diciembre del 2001.

Para lo cual se estudiaron a 320 Familias con Diabetes Mellitus Tipo 2, Controladas y Descontroladas que cumplieron con los criterios de inclusión a las cuales se les aplico, mediante una encuesta diseñada para el estudio de mapas familiares, es un instrumento tanto de contenido como de interacción que sirve para la valoración de los siguientes parámetros: Claridad en la jerarquía por subsistema familiar, claridad en las fronteras entre la familia y el contexto, claridad en las fronteras entre los subsistemas y entre los individuos, equilibrio entre la estabilidad y el cambio y cercanía contra distancia, enfocado esto último parámetro a las dimensiones de cerca y lejos con lo que se denomina cohesión contra desarticulación.

El otro instrumento utilizado fue el FACES III, un instrumento validado para la evaluación de la dinámica familiar propuesta por Olson y que evalúa la cohesión, esto es los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen entre sí y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en la familia; y la adaptación, esto es la habilidad del sistema familiar para combinar su estructura de poder, sus roles, sus reglas de relación en respuesta a estrés situacional y desarrollo.

El Tipo de Estudio fue experimental, observacional, prospectivo, transversal, comparativo, abierto.

La prueba estadística utilizada fue la de comparación de grupos χ^2 en donde todos aquellos resultados con un valor de $p < 0.05$ se consideraron como significativos.

Los resultados mostraron que en cuanto al sexo en las familias con DMT2 el sexo masculino presenta 53% y el femenino 47%, resultando ser mínima la diferencia entre ambos grupos.

En cuanto a los rangos de edad en las familias diabéticas tipo 2 controladas y descontroladas los rangos de edad quedan prácticamente homogéneos, pero se observa que en las familias controladas predominan los 2 primeros rangos de edad (45-50, 51-55), lo contrario en las familias descontroladas donde predominan los 2 segundos rangos de edad (56-60, 61-65), lo que nos indica un mejor control de este padecimiento en grupos de menor edad.

En relación a la valoración de mapas familiares en la evaluación de jerarquías, en las familias con DMT2 controladas se encuentra depositada más frecuentemente la jerarquía en ambos cónyuges con un 61%, en cuanto a las familias diabéticas descontroladas los hijos se presentan con un porcentaje importante en cuanto a nivel de jerarquía, coincidiendo igualmente con lo establecido en la literatura donde se marca que la pareja ya no comparte la jerarquía, esto es a medida que el paciente se deteriora (ocurre más rápidamente en las familias descontroladas), son la esposa(o) y/o los hijos, en este caso los hijos, son los que toman las decisiones, los cuales pasan a formar parte del subsistema parental.

Con relación a la aplicación de el FACES III para la valoración de la funcionalidad familiar mediante la cohesión y adaptabilidad en las Familias con DMT2 controladas y descontroladas para cohesión se presentó más frecuente la semirelacionada, lo cual no coincide con lo establecido, donde se refiere que las familias con enfermedades de tipo crónico tienden a aglutinarse y girar en torno al paciente. En lo relacionado a adaptabilidad las formas más frecuentes fueron la flexible y la estructurada lo cual es acorde ya que las familias con este tipo de enfermedad tienden a la modificación y adaptación de roles. La Funcionalidad Familiar más frecuentemente presentada fue compartida con el mismo porcentaje por las Mediana Funcional y Mayor Funcional, esto coincide con el grado de flexibilidad, también presentado con mayor frecuencia en estas familias que tienden a desarrollar conductas adaptativas y lograr la homeostasis.

Lo que nos permite concluir que la funcionalidad familiar se encuentra en relación directa con el control metabólico de las Familias diabéticas tipo 2, en las cuales se marco la diferencia estadísticamente significativa entre las familias con diabetes mellitus tipo 2 controlada con mayor funcionalidad familiar y las familias con diabetes mellitus tipo 2 descontrolada con menor funcionalidad familiar, con lo que es acorde a la prueba de χ^2 que nos muestra una $p < 0.05$, estadísticamente significativa.

Lo que nos permitió concluir que la funcionalidad y organización familiar se encuentra en relación directa con el control metabólico de las Familias diabéticas tipo 2, en las cuales se marco la diferencia estadísticamente significativa entre las familias con diabetes mellitus tipo 2 controlada con mayor funcionalidad familiar y las familias con diabetes mellitus tipo 2 descontrolada con menor funcionalidad familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. <http://www.diabetis.org/esp/es-dia-1htm>
¿De donde proviene el vocablo diabetes?
2. Norma Oficial Mexicana, NOM-015-SSA2-1994, "Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus en la Atención Primaria".
3. Zúñiga S. Diabetes mellitus tipo 2. Rev. Med. IMSS 1997;35: 353-368.
4. <http://www.iddk.nih.gov/health/diabetes/pubs/dmstatsp/dmstatsp.htm>
Hoja Nacional de Datos Sobre la Diabetes.
5. Escobedo de la Peña J, Rico-Verdín B. Incidencia y letalidad de las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes mellitus en México. Salud Publica Mex. 1996;38:236-242.
6. Organización Panamericana de la Salud / organización Mundial de la Salud. 39a. Reunión del Consejo Directivo OPS/OMS. Washington, D.C.: OPS/OMS, 1996.
7. <http://www.cica.es/aliens/samuc/diab.claif.fam.htm>
8. Alpizar M, Sitomayor A, Castro MA, Zarate A, Madrazo M, Acciones anticipadas ante diabetes mellitus. Rev. Med. IMSS 1998;36:3-5.
9. Zúñiga A. Diabetes Mellitus tipo 2 Rev. Med. IMSS 1997; 35:353-368.
10. <http://www.cica.es/aliens/samyc/diab.fam.htm>.
11. Chávez VA El medico familiar en la atención medica de la salud. Rev. Med. IMSS 1995;33:173-176.
12. Chávez VA La atención integral en medicina familiar. Rev. Med. IMSS 1995; 33:167-171.
13. Erice Mj. et al. Endocrina disorders: diabetes mellitus. En: Pharmacotherapeutics: a primary care clinical guide. Youngkin EQ et al. (eds.). Stamford: Appleton & Lange, 1999 . p. 709-30.

14. Scheen AJ et al. Oral antidiabetic agents. A guide to selection. *Drugs* 1998; 55(2): 225-36.
15. Evans A et al. Benefits and risks of transfer from oral agents to insulin in type 2 diabetes mellitus. *Drug Saf* 1999; 21(1): 7-22.
16. <http://www.diabetes.org/diabetescare/supplement/s54.htm>
American Diabetes Association. Clinical Practice Recommendations 1996. The pharmacological treatment of hyperglycemia in NIDDM.
17. Davidson MB et al. An overview of metformin in the treatment of type 2 diabetes mellitus. *Am J Med* 1997; 102: 99-100.
18. Fontbonne A et al. The effect of metformin on the metabolic abnormalities associated with upper-body fat distribution. *Diabetes Care* 1996; 19: 920-6.
19. American Diabetes Association. Consensus Statement: The pharmacologic treatment of hyperglycemia in NIDDM. *Diabetes Care* 1995; 18: 1510-8.
20. <http://www.cica.es/aliens/samfyc/>
Sociedad de Medicina de Familia y Comunitaria. Grupo de Trabajo sobre diabetes. Guía de Diabetes para Atención Primaria.
21. Huerta González José Luis Programa de Actualización Continua para el Médico Familiar PAC MF-1 Ed. Intersisemas pp 15.
22. <http://www.cem.itesm.mx/dacs/publicaciones/proy/n6/exaula/osomio.htm>
23. Velasco de Torres M. L. Mapas Familiares: su utilización en el diagnóstico y tratamiento de hipótesis terapéuticas. *La Psicología Social en México*, Vol. VII, 1998, 234-242.
24. Velasco M.L., Sinibaldi J.F. Manejo del enfermo crónico y su familia(sistemas, historia y creencias) Ed. Manual moderno pp 23-36, 195-203.

ANEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 20
DELEGACIÓN 01 NOROESTE
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

ENCUESTA PARA LA VALORACIÓN DE MAPAS FAMILIARES

EDAD _____ SEXO: MASC _____ FEM _____

INDICACIONES: Indique con una cruz la respuesta que considere más apropiada a la pregunta planteada

A) CLARIDAD EN LA JERARQUÍA FAMILIAR:

1. ¿QUIÉN CONSIDERA USTED QUE MANDA EN SU CASA?
ESPOSO _____ ESPOSA _____ AMBOS _____ HIJOS _____ OTROS _____

2. ¿QUIÉN ES EL PROVEEDOR ECONOMICO EN SU FAMILIA?
ESPOSO _____ ESPOSA _____ AMBOS _____ HIJOS _____ OTROS _____

3. ¿QUIÉN OTORGA LOS PERMISOS Y LA DISCIPLINA EN SU FAMILIA
ESPOSO _____ ESPOSA _____ AMBOS _____ HIJOS _____ OTROS _____

4. EN TU FAMILIA ¿TODOS TIENEN LA MISMA OPORTUNIDAD DE OPINAR
SI _____ NO _____

5. ¿ QUIÉN IMPLANTA LAS SANCIONES EN SU FAMILIA?
ESPOSO _____ ESPOSA _____ AMBOS _____ HIJOS _____ OTROS _____

B) CLARIDAD EN LAS FRONTERAS ENTRE FAMILIA Y CONTEXTO EXTERNO:

1. ¿ CON QUE FRECUENCIA TU FAMILIA VISITA O ES VISITADA POR FAMILIARES?
SIEMPRE _____ CASI SIEMPRE _____ ALGUNASVECES _____ CASI NUNCA _____ NUNCA _____

2. ¿CON QUE FRECUENCIA LA FAMILIA VISITA LUGARES RECREATIVOS, CULTURALES RELIGIOSOS,
ACUDE A FIESTAS, ETC.?
SIEMPRE _____ CASI SIEMPRE _____ ALGUNASVECES _____ CASI NUNCA _____ NUNCA _____

3. ¿ EN LA COLONIA DONDE VIVES SON CONOCIDOS Y RESPETADOS POR SUS VECINOS?
SIEMPRE _____ CASI SIEMPRE _____ ALGUNASVECES _____ CASI NUNCA _____ NUNCA _____

4. ¿ INVIERTEN PARTE DE SU TIEMPO PARA ACUDIR A EL TRABAJO Y/O ESCUELA?
SIEMPRE _____ CASI SIEMPRE _____ ALGUNASVECES _____ CASI NUNCA _____ NUNCA _____

5. NECESITA TU FAMILIA DE AYUDA EXTERIOR PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS QUE LO
INVOLUCRAN EN PROBLEMAS DE SU COMUNIDAD?
SIEMPRE _____ CASI SIEMPRE _____ ALGUNASVECES _____ CASI NUNCA _____ NUNCA _____

C) CLARIDAD DE FRONTERAS ENTRE SUBSISTEMAS E INDIVIDUOS:

1. EN TU RELACION DE PAREJA ¿ SE DAN LA OPORTUNIDAD DE REALIZAR SUS SUEÑOS O METAS
PERSONALES?
SIEMPRE _____ CASI SIEMPRE _____ ALGUNASVECES _____ CASI NUNCA _____ NUNCA _____

2. INTERVIENEN LOS HIJOS CUENDO LA PAREJA SE PELEA O DISCUTE:

SIEMPRE _____ CASI SIEMPRE _____ ALGUNASVECES _____ CASI NUNCA _____ NUNCA _____

3. ALGUNO DE LOS PADRES INTERVIENEN Y TRATA DE RESOLVER ALGUNO DE LOS PROBLEMAS QUE HAY ENTRE LOS HIJOS:

SIEMPRE _____ CASI SIEMPRE _____ ALGUNASVECES _____ CASI NUNCA _____ NUNCA _____

4. ¿LA RELACION ENTRE SUS HIJOS ES DE IGUALDAD Y RESPETO ENTRE ELLOS?

SIEMPRE _____ CASI SIEMPRE _____ ALGUNASVECES _____ CASI NUNCA _____ NUNCA _____

5. PARTICIPAN LOS ABUELOS EN LAS DECISIONES DE LA FAMILIA

SIEMPRE _____ CASI SIEMPRE _____ ALGUNASVECES _____ CASI NUNCA _____ NUNCA _____

D) EQUILIBRIO ENTRE LA ESTABILIDAD Y EL CAMBIO (FLEXIBILIDAD):

1. LA COMUNICACIÓN EN TU FAMILIA ES CLARA Y DIRECTA:

SIEMPRE _____ CASI SIEMPRE _____ ALGUNASVECES _____ CASI NUNCA _____ NUNCA _____

2. SI ALGUIEN EN TU FAMILIA NO ASUME SU RESPONSABILIDAD ¿ ALGUIEN LO HACE POR ELLA?

SIEMPRE _____ CASI SIEMPRE _____ ALGUNASVECES _____ CASI NUNCA _____ NUNCA _____

3. CUANDO ALGUIEN DE LA FAMILIA TIENE PROBLEMAS ¿LO COMENTA CON LOS DEMAS?

SIEMPRE _____ CASI SIEMPRE _____ ALGUNASVECES _____ CASI NUNCA _____ NUNCA _____

4. EXISTE DISPOSICIÓN DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA PARA EXPERIMENTAR NUEVOS ROLES (POR EJEMPLO QUE LA MADRE TOMA EL LUGAR DEL PADRE EN CASO NECESARIO):

SIEMPRE _____ CASI SIEMPRE _____ ALGUNASVECES _____ CASI NUNCA _____ NUNCA _____

5. ANTE UN PROBLEMA DE LA FAMILIA ¿ SE TOMAN EN CUENTA TODAS LAS OPINIONES DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA PARA ENCONTRAR UNA SOLUCION?

SIEMPRE _____ CASI SIEMPRE _____ ALGUNASVECES _____ CASI NUNCA _____ NUNCA _____

E) CERCANIA CONTRA DISTANCIA (LIANZAS Y COALICIONES):

1. ¿EXISTEN EN LA FAMILIA ALGUNOS MIEMBROS QUE PARECEN ESTAR TAN CERCANOS QUE EL RESTO SE SIENTA FUERA DE LA FAMILIA?

SI _____ NO _____

2. ¿ CUÁNDO SE UNEN DOS O MÁS INTEGRANTES DE LA FAMILIA LO HACEN PARA AYUDAR A ALGUNO DE LOS INTEGRANTES DE LA MISMA?

SI _____ NO _____ QUIENES SE UNEN _____

3. ¿CUÁNDO SE UNEN DOS O MÁS INTEGRANTES DE LA FAMILIA LO HACEN PARA PERJUDICAR A OTRO DE LA MISMA FAMILIA?

SI _____ NO _____ QUIENES SE UNEN _____

4. ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA SE HA VISTO FAVORECIDO POR LA UNION DE 2 O MÁS MIEMBROS DE LA FAMILIA:

SI _____ NO _____ QUIEN _____

5. ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA SE HA VISTO PERJUDICADO POR LA UNION DE DOS O MÁS MIEMBROS DE LA FAMILIA:

SI _____ NO _____ QUIEN _____

EVALUACIÓN DE LOS MAPAS FAMILIARES

A) CLARIDAD EN LA JERARQUIA FAMILIAR:

1. LA JERARQUIA ES COMPARTIDA ENTRE LOS ESPOSOS:
2. LA JERARQUIA SE ENCUENTRA DEPOSITADA EN UN MIEMBRO DE LA FAMILIA.

COYUGE _____ HIJOS _____ OTROS _____

B) CLARIDAD EN LAS FRONTERAS ENTRE FAMILIA Y CONTEXTO EXTERNO:

1. LIMITES RIGIDOS 00-10
2. LIMITES DIFUSOS 11-17
3. LIMITES CLAROS 18-25

C) CLARIDAD DE FRONTERA ENTRE SUBSISTEMAS E INDIVIDUOS:

1. LIMITES RIGIDOS 00-10
2. LIMITES DIFUSOS 11-17
3. LIMITES CLAROS 18-25

D) EQUILIBRIO ENTRE LA ESTABILIDAD Y EL CAMBIO:

1. TOTALMENTE RIGIDO 01-05
2. RIGIDA 06-10
3. NI FLEXIBLE NI RIGIDA 11-15
4. FLEXIBLE 16-20
5. COALICIONE FLEXIBLA 21-25

E) CERCANIA CONTRA DISTANCIA (ALIANZAS Y COALICIONES)

1. EXISTEN ALIANZAS Y COALICIONES: SI _____ NO _____
2. ¿QUIÉNES SE UNEN? Y ¿A FAVOR O CONTRA QUIEN?
SUBSISTEMA CONYUGAL _____ HIJOS
MADRE O PADRE-HIJO _____ CÓNYUGE O HIJOS
HERMANO-HERMANO _____ HIJO O CONYUGE

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 20
DELEGACION 01 NOROESTE
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre

- ___ 1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí
- ___ 2. En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
- ___ 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
- ___ 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
- ___ 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos
- ___ 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
- ___ 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia
- ___ 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas
- ___ 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
- ___ 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo con relación a los castigos
- ___ 11. Nos sentimos muy unidos
- ___ 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones
- ___ 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente
- ___ 14. En nuestra familia las reglas cambian
- ___ 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia
- ___ 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros
- ___ 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones
- ___ 18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad
- ___ 19. La unión familiar es muy importante
- ___ 20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESCALA DE EVALUACION

COHESION

No relacionada	10-34
Semirelacionada	35-40
Relacionada	41-45
Aglutinada	46-50

ADAPTABILIDAD

Rígida	10-19
Estructurada	20-24
Flexible	25-28
Caótica	29-50

Origina 16 combinaciones

Las más funcionales:

Mejor cohesión y mejor adaptabilidad

Las de mediana funcionales:

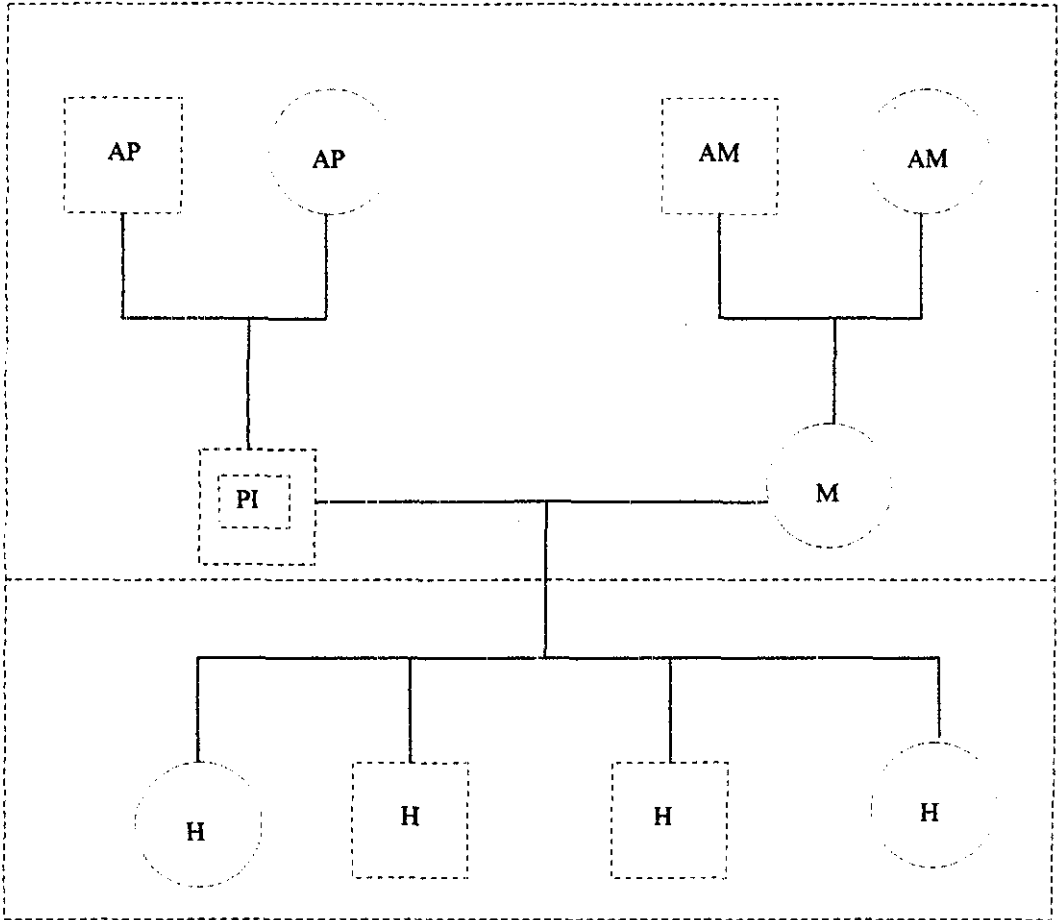
Mejor cohesión y extrema adaptabilidad

Extrema cohesión y mejor adaptabilidad

Las menor funcionales:

Extrema cohesión y extrema adaptabilidad

MAPA DE FAMILIA DIABÉTICA TIPO 2 CONTROLADA. Fig 1



SIMBOLOGIA

AP: BUELOS PATERNOS

AM: ABUELOS MATERNOS

PI: PACIENTE IDENTIFICADO CON DM12

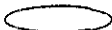
M: MADRE

H: HIJOS

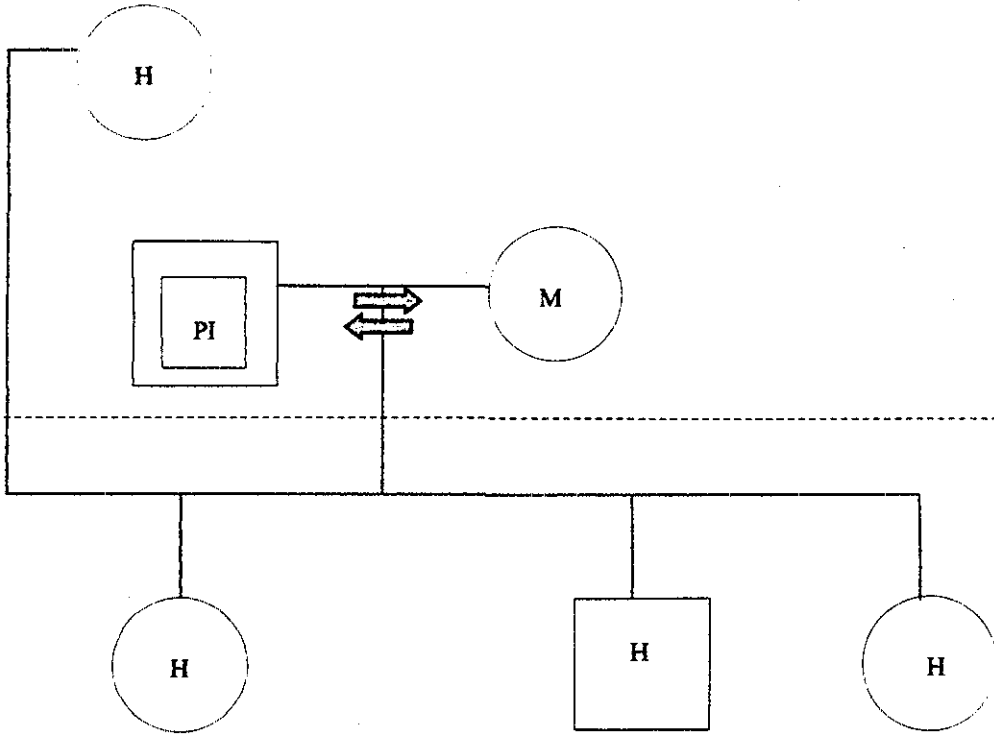
FRONTERAS EXTERNAS CLARAS -----

FRONTERAS ENTRE SUBSISTEMAS CLARAS -----

FRONTERAS INDIVIDUALES CLARAS -----

ALIANZAS: 

MAPA DE FAMILIA DIABETICA TIPO 2 DESCONTROLADA Fig. 2



- SIMBOLGIA:**
 PI: PACIENTE IDENTIFICADO (DMT2)
 M: MADRE
 H: HIJO (MAYOR JERARQUIA)
 FRONTERAS EXTERNAS CERRADAS ———
 FRONTERAS ENTRE SUBSISTEMAS ———
 FRONTERAS INDIVIDUALES ———
 AMBIVALENCIA (SOBEPROTECCIÓN - RECHAZO) ⇄
 ALIANZAS ○