



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA / UMF NO. 8 SAN ÁNGEL**

**COHESION Y ADAPTABILIDAD EN FAMILIAS CON
DIABETES Y SIN DIABETES**

TESIS DE POSGRADO

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. OLGA LORENZO FLORES



MÉXICO, D.F.

2007



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.

COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD EN FAMILIAS CON DIABETES Y SIN DIABETES

**TRABAJO
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

Dra. Olga Lorenzo Flores

AUTORIZACIONES

**DR. OCTAVIO SILVA BERMUDEZ
DIRECTOR MEDICO
HGZ CON UMF N.8 SAN ANGEL**

**DRA. BEATRÍZ ALTAMIRANO GARCÍA
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
HGZ CON UMF N.8 SAN ANGEL**

ASESORES DE TESIS

DR. FERNANDO CRUZ CASTILLO

DR. JOSÉ A. MIRANDA CÁRDENAS

DISTRITO FEDERAL, MÉXICO 2007.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por la vida y sus beneficios.

De manera especial a mis padres Justina y Demetrio, y a mi hermana Rocío, quienes me enseñaron el significado de la familia y por ser mi mayor apoyo en la realización y cumplimiento de cada una de mis metas, por ser lo más importante que tengo en mi vida.

A la Dra. Silvia Langrave Ibáñez por su valiosa y desinteresada asesoría en la realización del presente estudio.

A todas y cada una de las personas que hicieron posible la realización de este trabajo mi más sincero agradecimiento.

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México por haberme ofrecido el orgullo de ser universitaria y de cursar un posgrado de especialización en Medicina Familiar.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social por permitirme haber realizado la especialidad en Medicina Familiar.

Y finalmente agradezco a todas aquellas personas que han llenado mi vida de amor, alegría y buenos momentos.

ÍNDICE

Contenido	Página
Resumen	5
Introducción	6
Marco teórico	8
Objetivos	31
Materiales y métodos	35
Resultados	38
Discusión	54
Conclusiones	59
Bibliografía	62
Anexos	65

1. RESUMEN

La diabetes es causa frecuente de atención en la consulta externa de Medicina Familiar. El proceso de la enfermedad crónica requiere una adaptación de toda la familia y conlleva un desgaste que supone desencadena situaciones de conflicto dentro de la misma; de la cohesión y adaptabilidad familiar va a depender la respuesta ante las crisis. Objetivo: determinar si existe diferente cohesión y adaptabilidad en familias con integrante diabético en comparación con familias que no tienen un integrante diabético. Material y métodos: estudio prospectivo, transversal, comparativo en el área sociomédica. Se aplicó el instrumento FACES III que mide la cohesión y adaptabilidad a 120 pacientes, 60 con diabetes y 60 sin diabetes, adscritos a la UMF 8. Resultados: La cohesión y adaptabilidad de familias con diabetes fue principalmente conectada flexible (13.3%) o estructurada (13.3%) y en familias sin diabetes conectada flexible (18.3%) o caótica (15%). La χ^2 indicó, para la población estudiada, que hay diferencia estadísticamente significativa entre si es diabético o no y el nivel de cohesión y adaptabilidad familiar. Conclusiones: La presencia de un integrante con diabetes en la familia se relaciona con diferente cohesión y adaptabilidad en comparación con familias sin diabetes.

Palabras clave: diabetes, FACES III, cohesión, adaptabilidad.

2. INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus (DM) representa uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial y en México según la encuesta de enfermedades crónicas del 2002. En el Instituto Mexicano del Seguro Social es la segunda causa de consulta en las unidades de medicina familiar y la primera en consulta de especialidades en segundo nivel, representa la sexta causa en incapacidades y ocupa el quinto lugar en mortalidad.

El objetivo principal de este estudio es determinar si existe diferente cohesión y adaptabilidad en familias con un integrante diabético en comparación con familias que no tienen un integrante diabético. Los objetivos específicos son: determinar el tipo de cohesión y adaptabilidad en familias que tienen un integrante diabético en comparación con familias que no tienen un integrante diabético; así como determinar la funcionalidad familiar según la cohesión y adaptabilidad en familias que tienen un integrante diabético en comparación con familias que no tienen un integrante diabético, para ello se estudiarán a pacientes con o sin diabetes que sean derechohabientes del IMSS y que estén adscritos a la UMF N.8 en el Distrito Federal que cumplan los criterios de inclusión planteados en esta investigación.

Para valorar la cohesión y adaptabilidad se empleará el instrumento de evaluación familiar conocido como FACES III que clasifica a la familia en funcional, moderadamente funcional o disfuncional. La cohesión familiar es definida como el ligue emocional que los miembros de una familia tienen entre sí. La adaptabilidad

familiar es definida como la capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo.

En su práctica el médico familiar encuentra la dificultad que enfrenta la familia y el propio paciente para aceptar el diagnóstico de DM, lograr un adecuado control metabólico y con ello modificar en cierta parte el curso natural de la enfermedad. Además teniendo en cuenta la compleja relación que existe entre la enfermedad y la familia es importante distinguir en la familia tanto la cohesión como la adaptabilidad.

En relación a lo anteriormente expuesto es que dentro del marco teórico se contemplan aspectos psicopatológicos que permitan explicar los mecanismos de la enfermedad a nivel individual y familiar, aunado a la influencia que tiene el funcionamiento familiar y las características de una enfermedad crónica.

3. MARCO TEÓRICO.

2.1 La familia.

El interés de la medicina por el estudio sistemático y científico de la familia, se debe, en gran medida, al enfoque ecológico del proceso salud-enfermedad. Con este enfoque el individuo deja de ser visto como un ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan en una u otra forma la salud del individuo. Según lo anterior, el ambiente familiar se convierte en el medio que influye en alguna forma sobre el individuo, ya sea inhibiendo o favoreciendo su desarrollo, fenómeno que ha sido observado a través del tiempo y en los diferentes grupos culturales¹. De tal manera que así como la familia es la causa de muchos problemas relacionados con la salud también constituye un recurso para resolverlos y para prevenir enfermedades.

Existen múltiples definiciones de familia, según el Censo Canadiense una familia es “esposo y esposa con o sin hijo, o padre o madre, con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo”. Para el Censo Americano la familia es “un grupo de dos o más personas que viven juntas y relacionadas unas con otras por lazos consanguíneos, de matrimonio o adopción y ejercen interacción recíproca porque saben que existen los demás y saben que existen ellos y se consideran unidad”. En México para considerar una familia como tal, se necesita que haya un vínculo de parentesco, que convivan bajo el mismo techo, y que el estatus económico sea

común a todos los miembros². La OMS la define como un conjunto de miembros del hogar, emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio³. La medicina familiar la define como un grupo social primario formado por individuos unidos por lazos sanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que, en general, comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar su salud individual y familiar⁴. Según la primera reunión de Consejo Académico de Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud llevado al cabo en junio de 2005 se definió a la familia como un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sea consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en que se ubique. Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad.⁵

La familia provee el bienestar básico del individuo y constituye la unidad primaria de la salud. Cada miembro tiene necesidades físicas, emocionales y sociales, sobre cada uno se ponen ciertas expectativas, obligaciones y demandas, la familia como grupo, tiene que cubrir sus necesidades y demandas, con lo que la familia se constituye como el primer recurso de cada persona⁶.

2.2 Funciones de la familia.

La familia desempeña 5 funciones básicas: socialización, afecto, cuidado, estatus y reproducción.

- La socialización implica la promoción de las condiciones que favorecen en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.
- Afecto: interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- Cuidado: protección y asistencia incondicional de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales financieras y de salud) del grupo familiar.
- Estatus: participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.
- Reproducción: provisión de nuevos miembros a la sociedad, desarrollo y ejercicio de la sexualidad.⁷

2.3 La salud familiar.

La salud familiar puede considerarse como la salud del conjunto de los miembros de la familia, en término de su funcionamiento afectivo, en la dinámica interaccional, en la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo, en el cumplimiento de las funciones para el desarrollo de sus integrantes propiciando el crecimiento y desarrollo individual según las exigencias de cada etapa de la vida.

La familia, como unidad social, intermedia entre el individuo y la comunidad se convierte en un medio que puede incidir favorable o desfavorablemente en el proceso salud-enfermedad. Las funciones económica, biológica, educativa y de satisfacción de necesidades afectivas y espirituales que desempeña el grupo familiar son de marcada importancia ya que a través de ellas se desarrollan valores, creencias, conocimientos, criterios, juicios que determinan la salud de los individuos y del colectivo de sus integrantes. También la enfermedad de uno de sus miembros afecta la dinámica de este grupo familiar.

Otra importante labor que lleva a cabo este grupo primario es preparar a los miembros para enfrentar cambios que son producidos tanto desde el exterior como del interior y pueden llevar a modificaciones funcionales y estructurales. Estos cambios o crisis familiares no solo se derivan de los eventos negativos, traumáticos o desagradables, sino de cualquier situación de cambio que signifique contradicción y que requiera modificaciones. Existen familias que asumen estilos

de afrontamiento ajustados ante determinadas situaciones conflictivas, son capaces de utilizar mecanismos de adaptación que le proporcionen salud y bienestar, mientras que otras no pueden lograrlo, condicionando cambios en el proceso salud-enfermedad y sobre todo en el funcionamiento familiar⁸.

Cuando la familia “enferma”, es decir, se hace ineficaz y no puede ejercer sus funciones utilizamos el término de familia disfuncional, produciendo en ocasiones la enfermedad de uno de sus miembros. Una familia es normofuncional cuando es capaz de cumplir las funciones que le han sido encomendadas de acuerdo a la etapa del ciclo vital familiar en que se encuentre y en reacción con las demandas que percibe desde su ambiente externo o su entorno⁹.

Es necesario tener en cuenta que los patrones de funcionamiento familiar están condicionados por el contexto sociocultural al que pertenece la familia. Ésta es un sistema social situado entre el individuo y otros sistemas sociales más amplios y se rige por las normas que éstos le asignan, que a su vez son diferentes en cada cultura y época. No existe por tanto, un modelo abstracto y universal de familia normal que permita definir a partir de él una familia “anormal”, sino que solamente puede hablarse de una serie de funciones que la familia debe ser capaz de cumplir para posibilitar el desarrollo saludable de sus miembros¹⁰.

La disfunción familiar ocurre cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros, llevando a la incompetencia familiar y el incumplimiento de sus funciones básicas. La familia se hace disfuncional cuando

no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía y cuando se confunde con el autoritarismo¹¹. La familia enfrenta constantes requerimientos de cambio los cuales son inducidos por cambios biopsicosociales en uno o varios de sus miembros y por diversos estímulos provenientes del sistema social en que la familia está incluida. Una familia disfuncional es un sistema que ha respondido a estos requerimientos de cambio estereotipando su funcionamiento, preservando las pautas transaccionales habituales hasta un límite de rigidez, que bloquea toda posibilidad de alternativas¹².

Según Hoffman, un síntoma es producto de un sistema familiar disfuncional, y supone que si la organización familiar se vuelve más normal el síntoma automáticamente desaparecerá¹³. El enfoque estructural considera al sistema familiar como normal cuando es posible identificar las siguientes pautas culturales: existencia de límites claros y flexibles, presencia de jerarquía ejercida por un sistema parental fuerte, adecuación de la estructura de la familia a las exigencias del contexto y flexibilidad del sistema para brindar autonomía e independencia a sus miembros.

2.4 Enfermar y padecer.

Dos conceptos importantes que hay que tener bien definidos son enfermar y padecer. La enfermedad es una noción esquemática y objetiva que describe las alteraciones fisiológicas, anatómicas y clínicas que se presentan en el organismo de los enfermos. El padecer se refiere a la experiencia vivida por el enfermo, es decir, al aspecto subjetivo cuando es sujeto y objeto de un proceso mórbido. Sin embargo en ocasiones se tiene la idea de que padecer y enfermar son la misma cosa, con lo cual el padecer como experiencia de vida se ve reducida a nada y el enfermo es asumido como cosa.

Así pues, padecer y enfermar implican dos niveles distintos de la enfermedad, que en ocasiones no son advertidos por los médicos. La enfermedad tiene que ver con la presencia o evidencia de daño orgánico, estructural o funcional del cuerpo humano, ya sea a nivel molecular, celular, órganos, aparatos o sistemas. En tanto que el padecer es una experiencia personal y subjetiva de la persona enferma. Mientras que la enfermedad se manifiesta por signos objetivos de sufrimiento, el padecer se expresa por síntomas, que en ocasiones están enmascarados con ansiedad, angustia y estados depresivos crónicos. Aunque el síntoma sigue siendo el afecto de una lesión del cuerpo, su expresión simboliza la manera como el enfermo asume su padecimiento¹⁴.

En el caso de la Diabetes Mellitus, la enfermedad objetivada se caracteriza por la presencia de alteración orgánica crónica e incurable, condicionada a un control

permanente de tipo médico que obliga al enfermo a modificar radicalmente su estilo de vivir; por ejemplo, cambiar los hábitos en el comer, actividad física, consumo de tabaco y alcohol; el padecer se experimenta por el sujeto a partir del momento en que éste debe reconocerse como portador del trastorno.

La reacción del enfermo frente a la enfermedad puede ser de diversas maneras, si hablamos desde el plano psicológico podemos encontrar negación, racionalización o rebeldía. Cada paciente reacciona de acuerdo a la información que posee sobre la enfermedad a nivel conciente y en el caso de los niños, son los padres quienes manifiestan cambios de actitud. Dichos cambios, tanto en el individuo como en su familia, dependerán de la etapa del ciclo vital en que se encuentra, del momento de la vida del paciente, el lugar que ocupa en la familia, así como los requerimientos y demandas del padecimiento. Se ha visto que las reacciones familiares hacia el paciente con Diabetes Mellitus evolucionan por tres fases: la primera consiste en un periodo de conflicto inicial con reacciones de negación e incredulidad al diagnóstico; una segunda constituye un periodo de lucha contra la enfermedad, con ira y vehemencia, que se manifiesta por miedo, frustración y depresión y una tercera que implica un periodo prolongado de reorganización, información y aceptación del padecimiento¹⁵. Así podemos darnos cuenta de la influencia familiar en el control del padecimiento y en las conductas que se asumen cuando se diagnostica esta enfermedad.

Para Minuchin y Selvini lo importante es entender que la expresión sintomática del enfermo debe interpretarse en un marco de referencia que aluda al contexto familiar. Desde la perspectiva del enfoque sistémico de la familia se

propone un modelo para comprender cómo es que la familia y la enfermedad física que uno de sus integrantes padece se ven mutuamente influidos. Dicho modelo está conformado por una triada que integran el sistema psicológico individual, el sistema interpersonal familiar y el sistema socio-ambiental influenciado por el estrés emocional. Así en el contexto comunicacional de la familia, el síntoma cobra otro significado, pues en este contexto el cuerpo del paciente “comunica”; de tal manera que el síntoma adquiere el valor de una metáfora en la cual el fenómeno corporal no solo se enriquece con valencias emocionales, sino que sintetiza en sí mismo y refuerza al mismo tiempo, los rígidos modelos interactivos del sistema interpersonal en que aparece¹⁶.

2.5 Familia y Diabetes Mellitus.

Las características de las familias cobran interés ante padecimientos como la Diabetes Mellitus, enfermedad crónica de distribución mundial que afecta a niños y adultos; si bien se ha profundizado en la etiología, diagnóstico y tratamiento así como complicaciones, son pocas las incursiones en los aspectos psicosociales y su relación con la enfermedad. Estas últimas se han enfocado a determinar cuál sería el reforzador del apego al tratamiento, su repercusión en la personalidad o en el desempeño global, de igual forma también ha sido abordada la relación entre el funcionamiento familiar y el control de la enfermedad.¹⁷

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad con participación hereditaria, crónica, progresiva, condicionada por una inadecuada secreción o utilización de la

insulina, con repercusión en el metabolismo intermedio, alteraciones neurológicas y lesiones de macro y microangiopatías que ocasionan grave deterioro del organismo.

Entre el 85 y 90% de los pacientes con Diabetes Mellitus son diabéticos tipo 2. Como se trata de una enfermedad con alta prevalencia e incidencia en los últimos años, los equipos de atención primaria han asumido progresivamente las funciones de detección, tratamiento y educación sanitaria de los pacientes con diabetes, constituyendo uno de los principales objetivos de la atención primaria.

En la familia la presencia de un paciente con DM puede ser desapercibida a menos que debute con complicaciones agudas y requiera atención médica de urgencias y hospitalización, en otros casos el diagnóstico es más bien un hallazgo, o bien el propio enfermo comparte su diagnóstico con la familia o es el médico el informante.

Para comprender la interrelación entre el enfermo con DM y su sistema familiar, podemos nombrar a Minuchin, él estudió los modelos transaccionales de familias con diversos tipos de perturbaciones psicosomáticas, entre ellas nueve casos de niños con DM. Este estudio permitió documentar que independientemente del síntoma psicosomático presentado el sistema familiar revelaba modelos interactivos y organizativos en los cuales se podían reconocer características disfuncionales típicas como: aglutinamiento, sobreprotección, rigidez y evitación del conflicto.

Otros hechos a tener en cuenta son:

1. La DM como padecer crónico tiene implicaciones en el sistema familiar.
2. La persona que padece DM refiere su padecer al sistema familiar, ya sea para buscar refugio, apoyo emocional y asistencia primaria ya que de otra manera no podría sobrellevar el proceso mórbido; todo ello se traducirá en reajustes al interior de la familia.
3. La respuesta de la familia puede ser muy diversa, pero en general buscará acomodarse a la nueva situación, compensando el desequilibrio.

La enfermedad puede tener varios significados, y éstos dependerán de la familia puesto que cada una tiene sus propias creencias, mitos, ritos, fantasías y valores respecto a la DM. En la medida en que el enfermo diabético reciba información respecto a la enfermedad, empezará a adoptar conductas de confrontación con su estilo de vida y recurre al acervo cultural de la familia para afrontar el proceso. Las reacciones psicosociales del individuo y de la familia dependen de factores tales como la edad, el sexo, la estructura de la familia y el rol que ocupa el enfermo en la familia. De tal forma que conocer las atribuciones relacionadas con la enfermedad facilita el canal de la comunicación, ayuda a explicar y entender las cosas que le pasan al paciente, proporciona un marco referencial para futuras decisiones y conductas que puedan minimizar los resultados negativos, porque predicen conocimientos dirigidos al mantenimiento de la salud o motivan hacia la realización de conductas preventivas.¹⁸

Según Navarro¹⁹, existen tres fases del impacto de la enfermedad crónica en la familia: la fase de crisis previa al diagnóstico, la fase crónica en la que el grupo

familiar deberá adaptarse al problema y la fase terminal en la que el enfermo fallece. Dichas etapas implican el desarrollo de actividades familiares específicas entre las que se encuentran:

- Aprender a convivir con el dolor y otros síntomas derivados de la enfermedad.
- Aprender a convivir con el equipo médico responsable del enfermo.
- Dar un significado a la enfermedad que les permita una cierta sensación de control y competencia.
- Elaborar el duelo por la identidad familiar perdida, pues ya no serán una familia sana.
- Ser capaz de reorganizarse para dar una respuesta a la crisis presente y prever el futuro.

Este autor propuso tres ejes fundamentales para agrupar las alteraciones familiares, los cuales son: en la estructura, el ciclo evolutivo normativo y la respuesta emocional; y nos ayuda a conocer los efectos que tiene la presencia de un enfermo crónico en la familia.

I Alteraciones estructurales.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se desarrollan en la familia coaliciones y exclusiones emocionales. 2. Las familias se adhieren a patrones rígidos como falta de flexibilidad para pasar de la configuración en crisis a la configuración crónica, patrón rígido entre cuidador primario familiar y resto de la familia, sobreprotección del enfermo. 3. Aislamiento social. 4. Cambios estructurales en los roles familiares y en el poder. 5. Las necesidades de la familia se someten a las del paciente. 6. El cuidador primario.
II Alteraciones procesuales (del ciclo evolutivo normativo).
<ol style="list-style-type: none"> 1. Compatibilizar la tarea evolutiva con la atención de la enfermedad. 2. Respuesta de celos en momentos centrípetos y de incompatibilidad en momentos centrífugos. 3. Los patrones de respuesta de la fase aguda son difíciles de cambiar.
III Alteraciones de la respuesta emocional.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sentimientos de contrariedad, culpa, resentimiento e impotencia; su expresión se juzga incompatible con la condición médica del paciente y con la estabilidad de su familia. 2. Malas experiencias por parte del sistema médico. 3. El ofrecimiento de ayuda psicológica se entiende como una acusación. 4. Duelo por la salud y funciones perdidas, también por la pérdida de partes del cuerpo.

Es pues evidente que la DM es un padecimiento que una vez establecido, independientemente de la etiología y de las características fisiopatológicas que deciden el tipo, complejidad del padecimiento, implica componentes familiares.

La salud-competencia familiar tiene varios indicadores:

- Manejo del conflicto: conductas y aptitudes con las que se abordan los conflictos que se presentan en la familia, ya sea de manera abierta o encubierta; incluye conflictos no resueltos, lucha, culpabilización, discusión con negociación y aceptación de la responsabilidad en la resolución de las situaciones conflictivas.

- Cohesión: satisfacción y felicidad que se consiguen mediante la cercanía de los miembros de la familia.
- Manejo del liderazgo: es la distribución que existe en la familia sobre la toma de decisiones y el seguimiento que se les da a las mismas, incluye valoraciones de patrones fuertes y consistentes del liderazgo en la familia, ya sea compartido o individual.
- Expresividad afectiva: es la percepción de sentimientos de cercanía, de expresiones físicas y verbales de sentimientos positivos, y la facilidad con que se expresan la calidez y el afecto.²⁰

Las familias de personas con diabetes están más afectadas en su salud-competencia familiar que quienes no tienen diabetes, lo cual hace indispensable orientar a toda la familia sobre la enfermedad y la manera de controlarla. Además dada la necesidad del paciente diabético de reelaborar su condición y asimilarla, en él se requiere que la educación sobre la enfermedad sea de mayor profundidad para que desarrolle sus competencias y así alcance un buen desempeño en el control de la enfermedad, previa aceptación de la misma.²¹

El médico familiar tiene la oportunidad de participar en ello, sobre todo cuando cuenta con la confianza del paciente y su familia, rompiendo con el círculo de que la familia se deteriora paulatinamente al ver sufrir al enfermo y éste se sienta peor, lo que a su vez provoca mayor deterioro familiar.

2.6 Evaluación de la función familiar.

La evaluación de la función familiar tiene en Medicina Familiar características específicas que la diferencian de la que puede realizarse en otras disciplinas científicas, ya que tiene el propósito fundamental de comprender en forma integral el concepto en que se producen los problemas de cada paciente que acude a la consulta y permite reorientar su tratamiento hacia soluciones distintas a las que se ofrecen tradicionalmente, aportando elementos a la visión biopsicosocial que caracteriza la atención en Medicina Familiar. Con base en estos conceptos se puede considerar que una familia es funcional cuando cumple con sus funciones como un sistema, y la forma como los integrantes interactúan y se organizan para el cumplimiento de estas funciones y corresponde al estudio de la dinámica familiar.²²

El efecto que produce la enfermedad sobre algunos de los miembros de la familia, así como la respuesta del grupo familiar para afrontar estos eventos ha llamado la atención de los investigadores. De esta manera, la evaluación de la familia impone el uso de instrumentos y modelos con sustento teórico, basados en investigaciones que los respalden, apoyándose en tres elementos fundamentales: el propósito que los condujo a su creación, la naturaleza de los elementos que pretenden medir y el grado de confianza que se pueda tener en esta medición.²³

Entre los instrumentos para la evaluación familiar se encuentran:

- Family Assessment Device (FAD).
- Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES).

- Self-report Family Inventory (SFI).
- Family Assessment Measure (FAM).
- Family Environment Scale (FES).
- Family Functioning Index (FFI).
- Family APGAR (FAPGAR).
- Family Functioning Questionnaire (FFQ).

2.7 FACES III: Cohesión y adaptabilidad.

A finales de los años setentas se iniciaron en la Universidad de Minnesota estudios que intentaban identificar los aspectos más relevantes del funcionamiento familiar. Olson y sus colaboradores desarrollaron el instrumento llamado FACES (Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales) para hacer operativas dos de las tres dimensiones del modelo circunflejo de los sistemas familiares y conyugales, el cual tiene el propósito de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias.

El modelo circunflejo integra tres dimensiones de la vida familiar: cohesión, adaptabilidad y comunicación. Las dos primeras son las principales y se estima que la comunicación es una dimensión facilitadora que contribuye a que las otras dos se mantengan en niveles saludables. Este modelo propone que sus dos dimensiones principales presentan cuatro posibles grados o niveles, de los cuales los dos intermedios son normales o balanceados, mientras que los niveles más bajos y altos son extremos. La funcionalidad se identifica mediante la capacidad

que tienen las familias para moverse dentro del modelo como resultado del efecto de factores de estrés normativo o no normativo. La disfuncionalidad se define como la incapacidad de las familias para moverse y modificar así sus niveles de cohesión y adaptabilidad²⁴.

El modelo circunflejo antes descrito dio origen al paquete de evaluación circunfleja que incluye 11 instrumentos, dentro de los cuales se encuentra el FACES III. Este instrumento de autoaplicación permite evaluar las dimensiones de cohesión y adaptabilidad.

La cohesión familiar es definida como el ligue emocional que los miembros de una familia tienen entre sí. La adaptabilidad familiar es definida como la capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo. Existen varios conceptos o variables específicas para diagnosticar y medir las dimensiones de cohesión familiar: ligue emocional, fronteras, coaliciones, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y formas de recreación.

Dentro de la dimensión de cohesión es posible distinguir cuatro niveles: desligada, separada, conectada y aglutinada. Desligada o desvinculada se refiere a familias donde prima el “yo”, implica ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, ausencia de lealtad a la familia y alta independencia personal. En la separada si bien prima el “yo”, existe presencia de un “nosotros”, además se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, cierta

lealtad e interdependencia entre ellos, aunque con una cierta tendencia hacia la independencia. En la conectada o unida, prima el “nosotros” con presencia del “yo”, son familias donde se aprecia una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con una tendencia a la dependencia. Finalmente en la aglutinada prima el “nosotros” apreciándose máxima unión afectiva entre los familiares, a la vez que existe una fuerte exigencia de fidelidad y lealtad hacia la familia, junto a un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común.

En cuanto a la adaptabilidad familiar se habla de conceptos tales como poder (capacidad de afirmación, control, disciplina), estilos de negociación, relaciones de roles y reglas de relación de la familia. Los cuatro niveles son: rígida, estructurada, flexible y caótica. Ésta última se refiere a ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes. La flexible se refiere a un liderazgo y roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios. La estructurada es aquella en que el liderazgo y los roles en ocasiones son compartidos, donde existe cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan. La rígida alude a un liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios²⁵.

Relacionando las variables de adaptabilidad y cohesión, Olson, Russell & Sprenkle plantearon que cuando hay un equilibrio fluido entre morfogénesis (cambio) y morfostasis (estabilidad), suele también haber un estilo de comunicación mutuamente asertivo, éxito en las negociaciones, un liderazgo más

o menos igualitario, circuitos de retroalimentación positivos y negativos, y roles y reglas compartidos. Según esto, las familias más disfuncionales se sitúan en los extremos de esta dimensión. Estas familias suelen tener más problemas a lo largo de su ciclo vital. En tanto que las familias funcionales se sitúan en niveles intermedios²⁶.

FACES III (anexo I) es pues un instrumento con 20 reactivos, 10 relativos a la cohesión y 10 a la adaptabilidad²⁷, éste cuenta con una escala que incluye 5 opciones con valores del 1 al 5, y puede ser contestado por cualquier miembro de la familia mayor de 12 años de edad.

Los enunciados nones califican cohesión y los pares adaptabilidad, una vez hecha la suma correspondiente a las dos dimensiones se buscan las calificaciones obtenidas en cada una de las amplitudes de clase en la tabla de puntaje lineal e interpretación para saber en qué nivel de cohesión y adaptabilidad están (anexo II). Se relacionan dichas dimensiones (anexo III) con un resultado de 16 asociaciones calificando a las familias en:

Familia disfuncional:

1. Desligado rígido.
2. Desligado caótico.
3. Aglutinado caótico.
4. Aglutinado rígido.

Familia moderadamente funcional:

5. Separado rígido.
6. Desligado estructurado.
7. Desligado flexible.
8. Separado caótico.
9. Conectado caótico.
10. Aglutinado flexible.
11. Aglutinado estructurado.
12. Conectado rígido.

Familias funcionales.

13. Separado estructurado.
14. Separado flexible.
15. Conectado flexible.
16. Conectado estructurado.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La familia juega un papel primordial en la historia de cualquier enfermedad y en el padecer del individuo; el buen o mal funcionamiento dentro de la familia es un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedad, así como en el adecuado control de enfermedades crónico-degenerativas como la Diabetes Mellitus. La funcionalidad se identifica mediante la capacidad que tienen las familias para moverse como resultado del efecto de factores de estrés normativo o paranormativo. La disfuncionalidad se define como la incapacidad de las familias para moverse y modificar así sus niveles de cohesión y adaptabilidad. La cohesión familiar es definida como el ligue emocional que los miembros de una familia tienen entre sí. La adaptabilidad familiar es definida como la capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo. De ahí que se analice la cohesión y adaptabilidad en familias con la presencia de diabetes dentro de sus miembros.

En base a lo anterior se decidió realizar un estudio para establecer si:

¿En familias con un integrante diabético existe diferente cohesión y adaptabilidad en comparación con familias que no tienen un integrante diabético?

5. JUSTIFICACIÓN

Dentro del papel como médico de familia es importante reconocer la influencia de los factores familiares sobre la salud del paciente y viceversa, para llevar a cabo un abordaje integral del mismo.

La familia con un enfermo crónico, por ejemplo el diabético, se enfrenta a una crisis accidental de tipo continuo, que es un evento tensionante que afecta no solo al enfermo, sino a cada uno de sus integrantes y a la familia como un todo. Esta influencia se sustenta en los cambios que se producen en la familia y que se relaciona con cambios en las actividades de cada uno de sus integrantes, en la cohesión y adaptabilidad familiar, ¿qué dejaron de hacer?, ¿qué hacen desde entonces en cada una de las áreas importantes de la vida familiar?, ¿cómo se realiza la toma de decisiones, las necesidades fisiológicas, los deberes del hogar, los proyectos personales?¹.

Una de las funciones esenciales de la familia constituye el prestar apoyo a los miembros que la integran. En el caso de la presencia de una enfermedad crónica tal como la diabetes, 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.

Existen familias que asumen estilos de afrontamiento ajustados ante determinadas situaciones conflictivas y son capaces de utilizar mecanismos estabilizadores que le proporcionen salud y bienestar, mientras que otras no pueden enfrentar las crisis por si solas, a veces pierden el control, no tienen suficiente fuerza y manifiestan desajustes, desequilibrios que condicionan cambios en el proceso salud-enfermedad y especialmente en el funcionamiento familiar².

Dado que la Medicina Familiar es la disciplina que capacita al médico para brindar atención médica primaria, continua e integral al individuo y a su familia es importante que el médico familiar tenga presente la cohesión y adaptabilidad familiar cuando encuentra en su camino dificultades para resolver situaciones como la enfermedad de uno de sus miembros, la falta de adherencia al tratamiento, o la incapacidad para atender a algún miembro incapacitado³.

Al conocer la cohesión y adaptabilidad de aquellas familias con enfermos diabéticos podremos como médicos familiares prevenir los riesgos que ocurren ante la reorganización familiar que se presenta ante enfermedades crónico-degenerativas, así se podrá anticipar a dichos eventos y actuar como recurso a lo largo de la crisis –enfermedad- con un esquema de intervención claro en actividades y objetivos de atención⁴. El reconocer la funcionalidad familiar mediante la cohesión y adaptabilidad puede constituir un punto de partida a partir del cual se podrán realizar estrategias de intervención familiar con el objetivo de mejorar la salud⁵.

6. OBJETIVOS

General.

Determinar si existe diferente cohesión y adaptabilidad en familias con un integrante diabético en comparación con familias que no tienen un integrante diabético.

Específicos.

- a) Determinar el tipo de cohesión y adaptabilidad en familias que tienen un integrante diabético en comparación con familias que no tienen un integrante diabético.

- b) Determinar la funcionalidad familiar según la cohesión y adaptabilidad en familias que tienen un integrante diabético en comparación con familias que no tienen un integrante diabético.

7. HIPÓTESIS

H.A. En las familias con un integrante diabético existe diferente cohesión y adaptabilidad en comparación con familias que no tienen un integrante diabético.

H.O. En las familias con un integrante diabético no existe diferente cohesión y adaptabilidad en comparación con familias que no tienen un integrante diabético.

VARIABLES

Tipo de variables.

Variable independiente: DM tipo 2.

Variable dependiente: cohesión y adaptabilidad.

Escala de medición.

Variable independiente: nominal discreta finita.

Variable dependiente: nominal discreta finita.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.

Definición conceptual.

Variable independiente.

Diabetes Mellitus tipo 2: enfermedad sistémica crónico-degenerativa con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a deficiencia

en la producción de insulina o en su acción lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

Variable dependiente.

La cohesión familiar es definida como el ligue emocional que los miembros de una familia tienen entre sí.

La adaptabilidad familiar es definida como la capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo.

Definición operacional.

Variable independiente.

Presencia de un paciente con DM2 en la familia.

Variable dependiente.

Para evaluar la cohesión y adaptabilidad se usará el FACES III (anexo I), la calificación de cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones y la adaptabilidad de la suma de los pares. Una vez hecha la suma correspondiente a las 2 dimensiones se buscan las calificaciones obtenidas en cada una de las amplitudes de clase en la tabla de puntaje lineal e interpretación (anexo II) para saber en que nivel de cohesión y adaptabilidad están. Se relacionan dichas dimensiones (anexo III) con un resultado de 16 asociaciones clasificando a las familias en:

✓ Familia disfuncional:

Desligado rígido.

Desligado caótico.

Aglutinado caótico.

Aglutinado rígido.

✓ Familia moderadamente funcional:

Separado rígido.

Desligado estructurado.

Desligado flexible.

Separado caótico.

Conectado caótico.

Aglutinado flexible.

Aglutinado estructurado.

Conectado rígido.

✓ Familias funcionales.

Separado estructurado.

Separado flexible.

Conectado flexible.

Conectado estructurado.

8. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un diseño metodológico de investigación para la formulación del proyecto en su etapa de planeación y ejecución. El objetivo trazado busca establecer si existe diferente cohesión y adaptabilidad en aquellas familias con un integrante diabético en comparación con aquellas familias sin un integrante diabético, para ello se utilizó la escala FACES III que permite reconocer la cohesión y adaptabilidad en las familias, (anexos I, II y III) agrupándolas en base a las respuestas obtenidas en funcionales, moderadamente funcionales o disfuncionales.

Se trata de un estudio prospectivo transversal comparativo en el área sociomédica. El universo de estudio fue la población de pacientes diabéticos tipo 2 adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N.8 en la consulta externa, en el periodo comprendido de febrero del 2006 a febrero del 2007. La muestra del estudio quedó conformada por 120 pacientes, de los cuales 60 tenían diagnóstico de DM2 y el resto no.

Los criterios de inclusión fueron: ser derechohabientes del IMSS con vigencia de derechos adscritos a la UMF N.8, ambos sexos, pacientes diabéticos de 5 o menos años de evolución, pacientes no diabéticos sin padecimientos crónicos agregados como HAS, AR, IRC, epilepsia, cáncer con edad de 30 a 50 años.

Los criterios de exclusión: no derechohabientes del IMSS o sin vigencia de derechos, adscritos a otra UMF, DM2 de más de 5 años de evolución, la presencia

de padecimientos crónicos agregados como HAS, AR, IRC, epilepsia, cáncer, y que sean menores de 30 años o mayores de 50 años.

Los recursos humanos empleados fueron un residente del curso de especialización en Medicina Familiar y dos asesores del proyecto. Los recursos materiales fueron: silla para los participantes, la encuesta (anexo 4) y el instrumento FACES III (anexo 1) así como carta de consentimiento informado (anexo 5), lápiz, goma y equipo de cómputo. El ámbito geográfico dónde se desarrolló la investigación fueron las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar N.8 del IMSS en el Distrito Federal y el financiamiento del proyecto estuvo dado por el investigador.

Para la presentación descriptiva, análisis e interpretación de los datos estadísticos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 10. De igual manera se empleó Excel para la construcción de gráficas y tablas. Para la descripción de los datos se construyeron cuadros con análisis de frecuencias, rangos y promedios así como gráficas comparativas entre ambos grupos. Se obtuvieron medidas de tendencia central y desviación estándar cuando la variable lo permitió. Usando finalmente la prueba de chi cuadrada para evaluar la hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas.

Durante la investigación se salvaguardó la autonomía, así como la integridad física, psíquica y social. Este estudio se apegó a los modelos éticos y científicos para realizar investigación biomédica en seres humanos. Se tomó en cuenta la legislación mexicana que indica que todo ser humano tiene derecho a la vida, a la

libertad, a la salud y seguridad de la persona, así como la declaración de Helsinki de 1964, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y la norma que establece las disposiciones para la investigación en salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Clave 2000-001-009. Además fue aprobado por el comité de investigación del HGZ con UMF N.8. Todos los pacientes llenaron una hoja de consentimiento informado con la explicación previa sobre el estudio.

9. RESULTADOS

Se realizaron un total de 120 encuestas de las cuales la mitad se aplicaron a pacientes con DM2 y el resto a pacientes sin DM2 adscritos a la UMF N. 8 San Ángel.

Las personas estudiadas dentro del grupo formado por diabéticos tuvo con respecto a la edad una media de 46.42, mediana de 47, y una moda de 49 años, con un rango de 15, oscilando la edad entre 35 y 50 años; en tanto que en el grupo de no diabéticos se encontró una moda de 43 años de edad, con una media de 37.62 años y una mediana de 47 años de edad, con un rango de 15, oscilando la edad entre 30 y 49 años. Las edades se distribuyeron según se observa en las tablas 1 y 2.

Tabla 1. Distribución por edad de pacientes con DM2.

AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
35	1	1.7
37	1	1.7
38	2	3.3
39	1	1.7
41	2	3.3
42	1	1.7
43	2	3.3
45	8	13.3
46	4	6.7
47	9	15
48	7	11.7
49	15	25
50	7	11.7
Total	60	100

Fuente: Cohesión y adaptabilidad en familias con diabetes y sin diabetes

Tabla 2. Distribución por edad de pacientes sin DM2.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
30	6	10
31	2	3.3
32	6	10
33	3	5
34	5	8.3
35	2	3.3
36	5	8.3
38	5	8.3
39	3	5
40	3	5
41	3	5
42	2	3.3
43	7	11.7
44	2	3.3
45	1	1.7
46	1	1.7
47	3	5
49	1	1.7
Total	60	100

Fuente: Cohesión y adaptabilidad en familias con diabetes y sin diabetes.

De las personas encuestadas en el grupo de pacientes diabéticos 13 de ellos (21%) fueron del sexo masculino y 47 (78.3%) del sexo femenino, en tanto que en el grupo de no diabéticos 10 (16.7%) fueron del sexo masculino y 50 (83.3%) del sexo femenino.

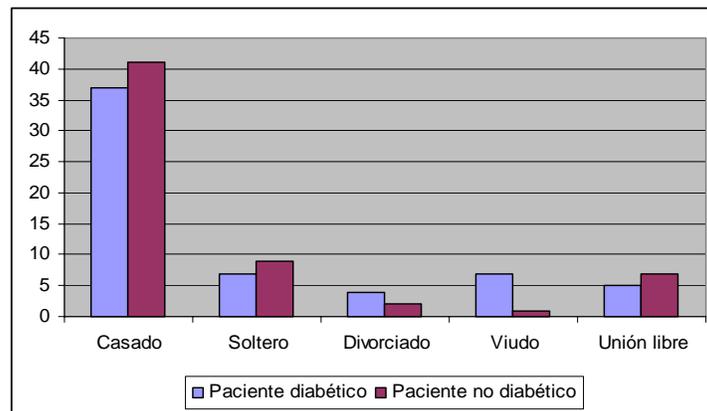
En cuanto al estado civil (Gráfica N.1 y Tabla N.3) se encontró que aproximadamente 6 de cada 10 de los encuestados son casados (61% y 68.3% en pacientes con y sin diabetes respectivamente), siendo las familias en el primer grupo de aproximadamente 3 integrantes (36.7%) y en el segundo grupo de 4 integrantes (38.3%) Tabla 3.

Tabla N.3 Distribución por estado civil

ESTADO CIVIL	PACIENTES CON DIABETES		PACIENTES SIN DIABETES	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Casado	37	61.7	41	68.3
Soltero	7	11.7	9	15
Divorciado	4	6.7	2	3.3
Viudo	7	11.7	1	1.7
Unión libre	5	8.3	7	11.7
Total	60	100	60	100

Fuente: Cohesión y adaptabilidad en familias con diabetes y sin diabetes.

Gráfica N.1 Distribución de pacientes según su estado civil.



Fuente: Cohesión y adaptabilidad en familias con diabetes y sin diabetes.

En cuanto a el número de integrantes de la familia en el grupo de pacientes con DM2 se obtuvo una media de 3.93, con una mediana de 4 y una moda de 3, siendo la desviación estándar de 1.23 con un mínimo de 2 y un máximo de 8 integrantes, en tanto que en el grupo de no diabéticos la media de integrantes de la familia fue de 4.38, la mediana y moda de 4 con una desviación estándar de 1.6, un mínimo de 2 integrantes y un máximo de 10 integrantes tal y como se puede observar en la tabla N. 3.

Tabla 3. Distribución de los pacientes según el tamaño de la familia.

Número de integrantes	Pacientes con diabetes		Pacientes sin diabetes	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
2	4	6.7	7	11.7
3	33	36.7	7	11.7
4	18	30	23	38.3
5	8	13.3	13	21.7
6	7	11.7	4	6.7
7	0	0	3	5
8	1	1.7	2	3.3
9	0	0	0	0
10	0	0	1	1.7
Total	60	100	60	100

Fuente: Cohesión y adaptabilidad en familias con diabetes y sin diabetes.

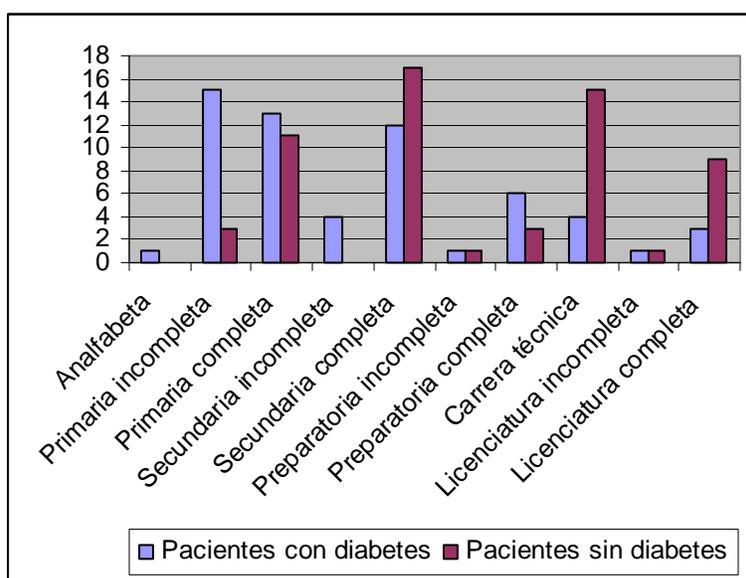
En cuanto a la escolaridad entre los pacientes con DM2 la mínima fue analfabeta (1.7%) y la máxima de licenciatura completa (5%), teniendo la mayoría de ellos ya sea el nivel básico o medio de estudios. Se encontró un mayor grado de escolaridad entre los pacientes no diabéticos con una escolaridad mínima de primaria incompleta (5%) y una máxima de licenciatura completa (15%), teniendo una cuarta parte de ellos el nivel medio de estudios y otra cuarta parte una carrera técnica (Tabla N. 4 y Gráfica N.2).

Tabla N. 4 Escolaridad

ESCOLARIDAD	PACIENTES CON DM2		PACIENTES SIN DM2	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	1	1.7	0	0
Primaria incompleta	15	25	3	5
Primaria completa	13	21.7	11	18.3
Secundaria incompleta	4	6.7	0	0
Secundaria completa	12	20	17	28.3
Preparatoria incompleta	1	1.7	1	1.7
Preparatoria completa	6	10	3	5
Carrera técnica	4	6.7	15	25
Licenciatura incompleta	1	1.7	1	1.7
Licenciatura completa	3	5	9	15
Total	60	100	60	100

Fuente: Cohesión y adaptabilidad en familias con diabetes y sin diabetes.

Gráfica N.2 Distribución de los pacientes en relación a su escolaridad.



Fuente: Cohesión y adaptabilidad en familias con diabetes y sin diabetes.

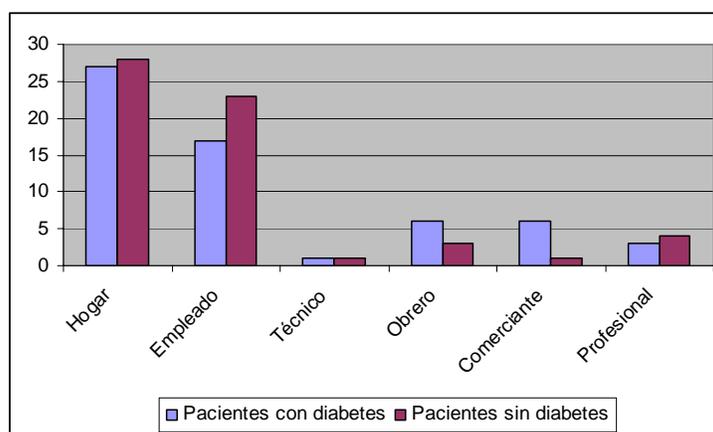
En relación a la ocupación en ambos grupos se encontró que poco menos de la mitad de los entrevistados en ambos grupos (45% en pacientes con DM2 y 46.7% en pacientes sin DM2) se dedican al hogar, seguidos en frecuencia por los empleados, obreros, comerciantes, profesionales y técnicos (Tabla N. 5 y Gráfica N.3).

Tabla N.5 Ocupación

OCUPACIÓN	PACIENTES CON DM2		PACIENTES SIN DM2	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Hogar	27	45	28	46.7
Empleado	17	28.3	23	38.3
Técnico	1	1.7	1	1.7
Obrero	6	10	3	5
Comerciante	6	10	1	1.7
Profesional	3	5	4	6.7
Total	60	100	60	100

Fuente: Cohesión y adaptabilidad en familias con diabetes y sin diabetes.

Gráfica N.3 Distribución de los pacientes por ocupación.



Fuente: Cohesión y adaptabilidad en familias con diabetes y sin diabetes.

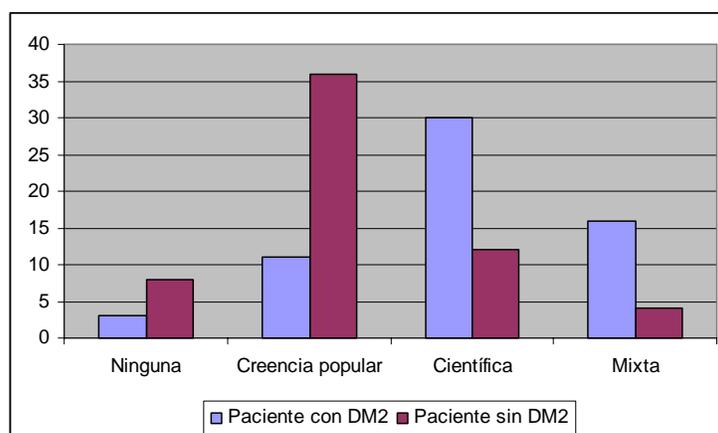
En cuanto a la información que los pacientes tienen acerca de la Diabetes Mellitus se encontró que del total de grupo de diabéticos 57 (95%) tiene información, siendo en un 50% de tipo científico dada principalmente por el médico familiar (31.7%), en tanto que en el grupo de no diabéticos 52 (86.7%) tienen información acerca de la misma siendo en poco más de la mitad (60%) de tipo creencia popular tal como que es debida a un susto, gusto o disgusto, y en donde la familia constituye la principal fuente de información (17%) o bien los medios de comunicación como televisión y radio (10%) Tabla N.6 y 7 , gráficas N. 4 y 5.

Tabla N. 6 Tipo de información sobre DM

TIPO	PACIENTES CON DM2		PACIENTES SIN DM2	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ninguna	3	5	8	13.3
Creencia popular	11	18.3	36	60
Científica	30	50	12	20
Mixta	16	26.7	4	6.7
Total	60	100	60	100

Fuente: Cohesión y adaptabilidad en familias con diabetes y sin diabetes.

Gráfica N.4 Distribución de los pacientes según tipo de información.



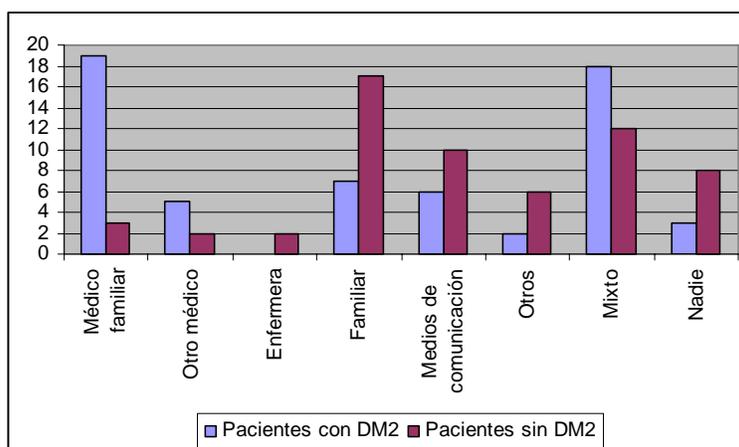
Fuente: Cohesión y adaptabilidad en familias con diabetes y sin diabetes.

Tabla N. 7 Fuente de información de la DM2

FUENTE	PACIENTES CON DM2		PACIENTES SIN DM2	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Médico familiar	19	31.7	3	5
Otro médico	5	8.3	2	3.3
Enfermera	0	0	2	3.3
Familiar	7	11.7	17	28.3
Medios de comunicación	6	10	10	16.7
Otros	2	3.3	6	10
Mixto	18	30	12	20
Nadie	3	5	8	13.3
Total	60	100	60	100

Fuente: Cohesión y adaptabilidad en familias con diabetes y sin diabetes.

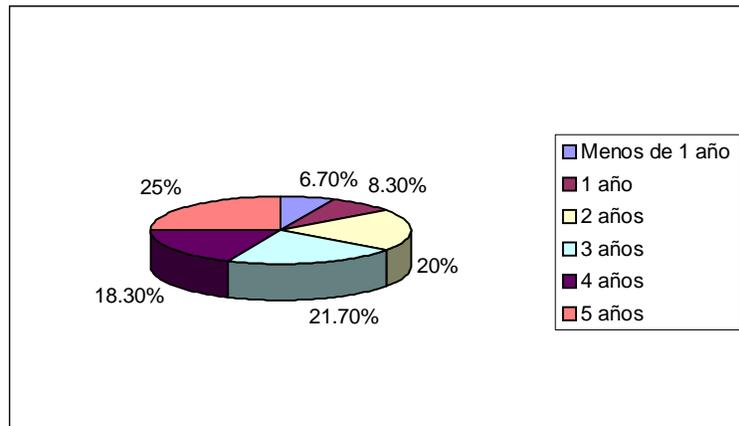
Gráfica N. 5 Distribución de pacientes según fuente de información.



Fuente: Cohesión y adaptabilidad en familias con diabetes y sin diabetes.

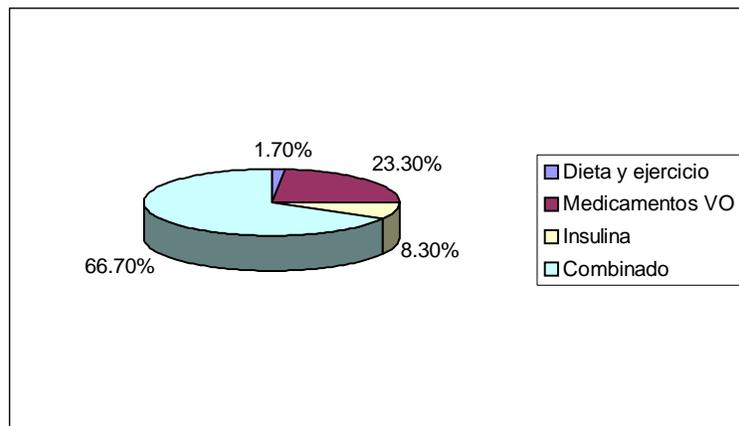
De los pacientes con Diabetes Mellitus en relación al tiempo de evolución de la enfermedad y el tratamiento (Gráficas N.6 y 7) una cuarta parte tiene 5 años de realizado el diagnóstico, siendo su tratamiento principalmente el combinado con medidas dietéticas e higiénicas así como medicamento vía oral (66.7%), siendo el propio paciente quien generalmente está al pendiente de su dieta y de la administración del medicamento.

Gráfica N. 6 Tiempo de evolución de la DM2.



Fuente: Cohesión y adaptabilidad en familias con diabetes y sin diabetes.

Gráfica N.7 Tipo de tratamiento de la DM2.

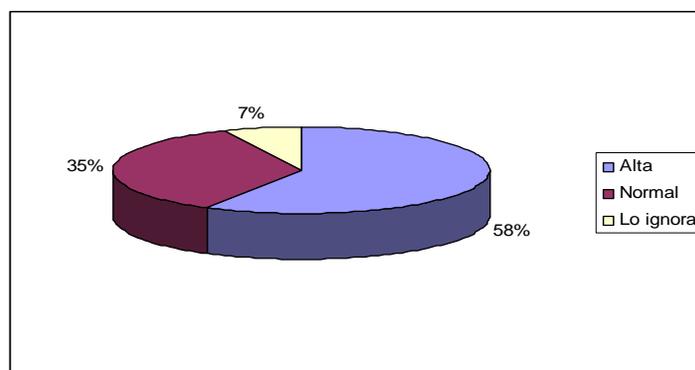


Fuente: Cohesión y adaptabilidad en familias con diabetes y sin diabetes.

En relación al lapso de tiempo en el que acuden al médico a control de la diabetes se encontró que la mayoría de los pacientes (88.3%) acuden a revisiones mensuales, 4 de ellos van cada 3 meses, 2 cada 6 meses y 1 cada año, refiriendo que es debido a un adecuado control de la enfermedad.

En cuanto a la cifra de glucosa que generalmente manejan los pacientes, poco más de la mitad la refieren elevada, con cifras mayores de 170mg/dl, y casi una tercera parte dentro de la normalidad según se observa en la gráfica N.8.

Gráfica N. 8 Niveles de glucemia de los pacientes.



Fuente: Cohesión y adaptabilidad en familias con diabetes y sin diabetes.

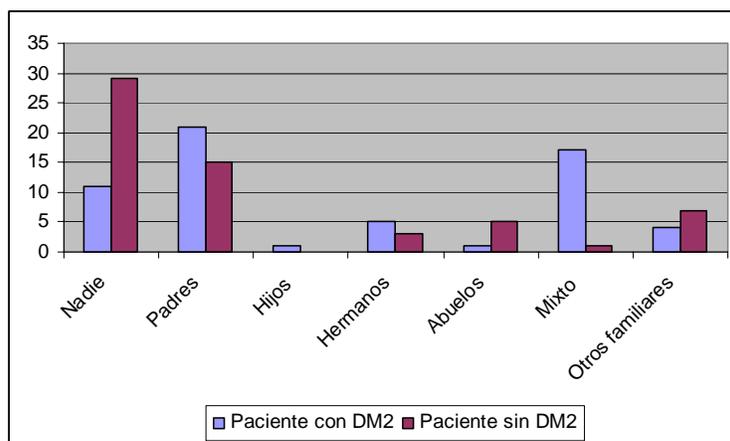
En relación al antecedente de DM en la familia, de los pacientes con diabetes en un 81.7% es positivo, siendo en una tercera parte de ellos los padres seguida por los padres en conjunto con los hermanos, en tanto que en el grupo de no diabéticos el antecedente existe en un 51.7%, presente en los padres y hermanos en una cuarta parte y es negativo en casi la mitad de ellos (tabla N. 8 y gráfica N. 9).

Tabla N.8 Tipo de familiar con antecedente de DM.

FAMILIAR	PACIENTES CON DM2		PACIENTES SIN DM2	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Nadie	11	18.3	29	48.3
Padres	21	35	15	25
Hijos	1	1.7	0	0
Hermanos	5	8.3	3	5
Abuelos	1	1.7	5	8.3
Mixto	17	28.3	1	1.7
Otros familiares	4	6.7	7	11.7
Total	60	100	60	100

Fuente: Cohesión y adaptabilidad en familias con diabetes y sin diabetes.

Gráfica N. 9 Antecedente de Diabetes Mellitus en la familia.



Fuente: Cohesión y adaptabilidad en familias con diabetes y sin diabetes.

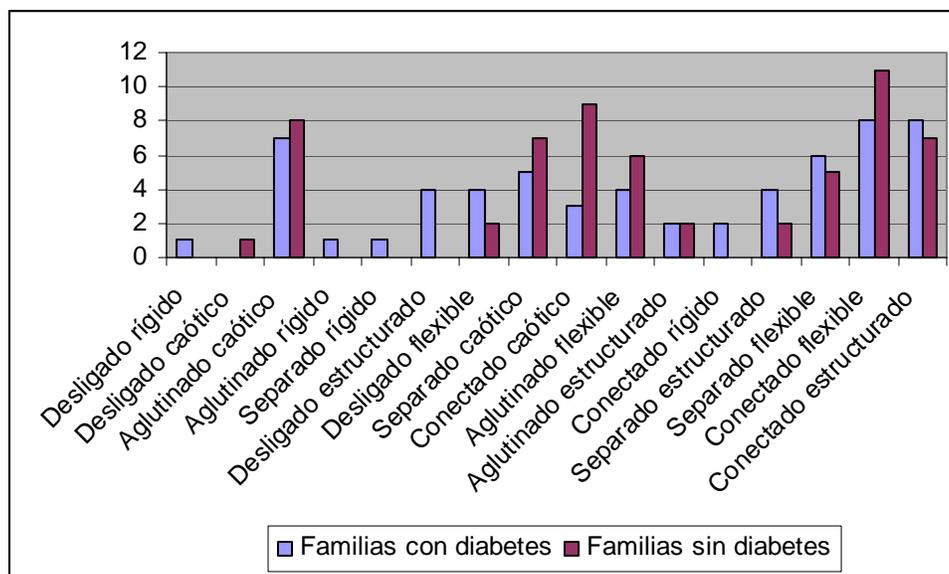
En cuanto a los niveles de cohesión y adaptabilidad (tabla N.9 y gráfica N.10) se encontró que la mayoría de las familias con un integrante diabético son conectadas flexibles (13.3%) o conectadas estructuradas (13.3%) seguidas por las aglutinadas caóticas con un 11.7%. En tanto que en las familias sin un integrante diabético se encontró que un 18.3% de ellas son conectadas flexibles y en un 15% conectadas caóticas, seguidas por las aglutinadas caóticas en un 13.3%.

Tabla N.9 Niveles de cohesión y adaptabilidad

NIVEL	FAMILIAS CON DM2		FAMILIAS SIN DM2	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Desligado rígido	1	1.7	0	0
Desligado caótico	0	0	1	1.7
Aglutinado caótico	7	11.7	8	13.3
Aglutinado rígido	1	1.7	0	0
Separado rígido	1	1.7	0	0
Desligado estructurado	4	6.7	0	0
Desligado flexible	4	6.7	2	3.3
Separado caótico	5	8.3	7	11.7
Conectado caótico	3	5	9	15
Aglutinado flexible	4	6.7	6	10
Aglutinado estructurado	2	3.3	2	3.3
Conectado rígido	2	3.3	0	0
Separado estructurado	4	6.7	2	3.3
Separado flexible	6	10	5	8.3
Conectado flexible	8	13.3	11	18.3
Conectado estructurado	8	13.3	7	11.7

Fuente: Cohesión y adaptabilidad en familias con diabetes y sin diabetes.

Gráfica N.10 Distribución de los pacientes según el nivel de cohesión y adaptabilidad.



Fuente: Cohesión y adaptabilidad en familias con diabetes y sin diabetes.

Lo cual se obtuvo al analizar los resultados obtenidos al aplicar el instrumento FACES III y las calificaciones totales de cohesión y adaptabilidad que se muestran en las tablas N. 4, 5 y 6 respectivamente.

Tabla N. 4 Distribución de los pacientes según la respuesta en el instrumento FACES III

FACES III	Paciente	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.	Con DM2	0	1	13	19	27
	Sin DM2	0	0	11	13	26
En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.	Con DM2	3	3	16	18	20
	Sin DM2	3	2	17	10	28
Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.	Con DM2	1	3	27	9	20
	Sin DM2	1	2	18	20	19
Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.	Con DM2	3	1	13	23	20
	Sin DM2	2	0	2	22	16
Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.	Con DM2	3	5	14	17	21
	Sin DM2	2	4	17	16	21
Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.	Con DM2	37	4	13	5	1
	Sin DM2	22	8	22	3	5
Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.	Con DM2	3	2	7	15	33
	Sin DM2	3	2	16	8	31
Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.	Con DM2	21	6	26	5	2
	Sin DM2	7	7	35	8	3
Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.	Con DM2	0	4	16	17	23
	Sin DM2	1	3	13	12	31
Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.	Con DM2	12	8	15	17	8
	Sin DM2	14	12	12	9	13
Nos sentimos muy unidos.	Con DM2	1	1	8	13	37
	Sin DM2	0	0	8	8	44
En nuestra familia los hijos toman las decisiones.	Con DM2	26	6	19	6	3
	Sin DM2	22	7	29	0	2
Cuando se toma una decisión importante toda la familia está presente.	Con DM2	1	6	10	11	32
	Sin DM2	1	1	16	12	30
En nuestra familia las reglas cambian.	Con DM2	15	9	32	4	0
	Sin DM2	8	4	40	4	4
Con facilidad podemos planear actividades en familia.	Con DM2	1	4	22	16	17
	Sin DM2	4	5	13	17	21
Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.	Con DM2	5	2	24	10	19
	Sin DM2	2	2	24	5	27
Consultamos unos con otros para tomar decisiones.	Con DM2	3	3	14	20	20
	Sin DM2	2	3	12	13	30
En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.	Con DM2	49	2	5	4	0
	Sin DM2	39	8	8	2	3
La unión familiar es muy importante.	Con DM2	0	0	2	8	50
	Sin DM2	0	1	1	4	54
Es difícil decir quien hace las labores del hogar.	Con DM2	44	8	7	1	0
	Sin DM2	30	9	11	6	4

Fuente: Cohesión y adaptabilidad en familias con diabetes y sin diabetes.

Tabla N.5 Distribución de los pacientes según la calificación total de cohesión.

CALIFICACIÓN	PACIENTES CON DM2		PACIENTES SIN DM2	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
25	1	1.7	0	0
27	1	1.7	0	0
28	0	0	1	1.7
30	0	0	1	1.7
31	2	3.3	0	0
32	1	1.7	2	3.3
33	3	5	1	1.7
34	1	1.7	0	0
35	0	0	1	1.7
36	4	6.7	1	1.7
37	1	1.7	4	6.7
38	4	6.7	2	3.3
39	2	3.3	1	1.7
40	4	6.7	5	8.3
41	6	10	5	8.3
42	3	5	7	11.7
43	2	3.3	5	8.3
44	5	8.3	4	6.7
45	5	8.3	6	10
46	6	10	3	5
47	3	5	6	10
48	3	5	2	3.3
49	2	3.3	1	1.7
50	1	1.7	2	3.3

Fuente: Cohesión y adaptabilidad en familias con diabetes y sin diabetes.

Tabla N. 6 Distribución de los pacientes según la calificación total de adaptabilidad.

CALIFICACIÓN	PACIENTES CON DM2		PACIENTES SIN DM2	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
16	1	1.7	0	0
18	2	3.3	0	0
19	2	3.3	0	0
20	1	1.7	0	0
21	1	1.7	0	0
22	8	13.3	1	1.7
23	7	11.7	3	5
24	1	1.7	7	11.7
25	6	10	6	10
26	6	10	2	3.3
27	3	5	7	11.7
28	4	6.7	4	6.7
29	3	5	5	8.3
30	7	11.5	5	8.3
31	1	1.7	4	6.7
32	0	0	6	10
33	3	5	3	5
34	2	3.3	3	5
35	0	0	1	1.7
36	0	0	2	3.3
37	2	3.3	0	0
39	0	0	1	1.7

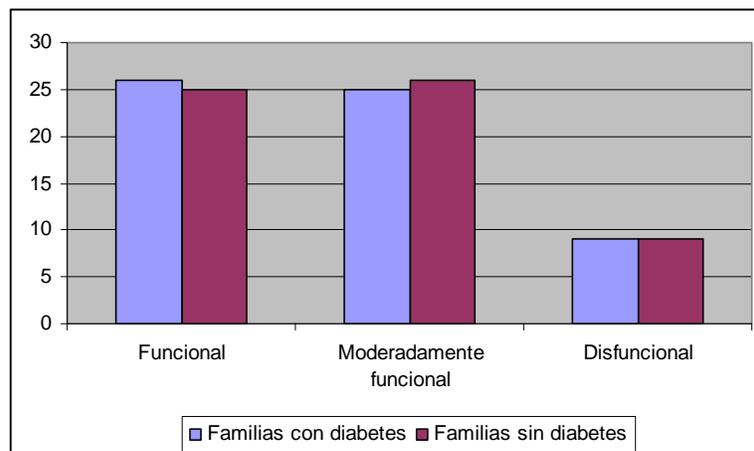
Fuente: Cohesión y adaptabilidad en familias con diabetes y sin diabetes.

En el grupo de diabéticos la calificación total de cohesión tuvo una media de 41.03, con una mediana de 41.5, siendo la más frecuente de 41, con una desviación estándar de 5.66, siendo el rango de 25 con una calificación mínima de 25 y una máxima de 50; en tanto que la calificación total de adaptabilidad tuvo una media de 26, con una mediana de 26, la calificación que más se repitió fue la de 22, con una desviación estándar de 4.67 y un rango de 21 con una calificación mínima de 26 y una máxima de 37. Dentro del grupo formado por pacientes sin diabetes se encontró una calificación total de cohesión de 41.9, siendo la media y la moda de 42, con una desviación estándar de 4.86 y un rango de 22 con una

calificación mínima de 28 y una máxima de 50. En relación a la calificación total de adaptabilidad la media fue de 28.67 con una mediana de 28.5, siendo la más frecuente de 24 con una desviación estándar de 3.91 y un rango de 17 con una calificación total mínima de 22 y una máxima de 39.

Finalmente y teniendo en consideración las calificaciones totales de cohesión y adaptabilidad se encontró que aquellas familias con un integrante diabético son moderadamente funcionales 25 (41.7%) y funcionales 26 (43.3%), en tanto que familias sin un integrante diabético fueron funcionales 25 (41.7%) y moderadamente funcionales 26 (43.3%), siendo disfuncionales 9 (15%) en ambos grupos.

Gráfica N. 11 Distribución de las familias según la funcionalidad familiar.



Fuente: Cohesión y adaptabilidad en familias con diabetes y sin diabetes.

La chi cuadrada se calculó con el paquete computacional SPSS y fue de 70.933 con una significancia de 0.000304, al ser esta menor de 0.05 se acepta la hipótesis de investigación. Se encuentra una diferencia estadísticamente significativa entre si es diabético o no y el nivel de cohesión y adaptabilidad en las familias estudiadas.

10. DISCUSIÓN

Del presente estudio se pueden desprender varias cosas, en un principio que en general las respuestas del FACES III que evalúan cohesión y adaptabilidad fueron similares aunque no en igual frecuencia en ambos grupos. Dentro de la cohesión se encontraron calificaciones más altas tomando en cuenta la media, mediana y moda en el grupo de no diabéticos en comparación con el de diabéticos, ocurriendo lo mismo al evaluar las calificaciones totales de adaptabilidad sin embargo la diferencia es mínima en esta última.

Al traslapar los resultados obtenidos en las diferentes categorías de cohesión y adaptabilidad podemos encontrar que la mayoría de las familias con un integrante diabético son conectadas flexibles o conectadas estructuradas seguidas por las aglutinadas caóticas, teniendo las primeras como característica una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia aunque con una tendencia a la dependencia, existiendo en las flexibles un liderazgo y roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios; y en la estructurada liderazgo y roles que son compartidos en ocasiones existiendo cierto grado de disciplina democrática ocurriendo cambios cuando se solicitan. En aquellas familias aglutinadas caóticas prima el nosotros apreciándose máxima unión afectiva entre los familiares, a la vez que existe una fuerte exigencia de fidelidad y lealtad hacia la familia junto con un alto grado de dependencia respecto a las decisiones tomadas en común además de una ausencia de liderazgo y cambios aleatorios en los roles, disciplina irregular y

cambios frecuentes. En el grupo de pacientes sin diabetes se encontró que las familias son conectadas flexibles, conectadas caóticas seguidas por las aglutinadas caóticas y cuyas características ya fueron comentadas previamente.

Teniendo en cuenta los niveles de cohesión y adaptabilidad se encontró que aquellas familias con un integrante diabético son principalmente funcionales seguidas por las moderadamente funcionales, siendo esta relación inversa en el grupo de familias sin diabetes, con igual porcentaje de disfuncionalidad en ambos grupos. Lo que implica que tanto familias con un integrante diabético como en aquellas en que no existe esta característica se encuentra un equilibrio entre morfogénesis y morfostasis, con un estilo de comunicación asertivo, éxito en las negociaciones, un liderazgo más o menos igualitario, roles y reglas compartidas que finalmente llevan a la existencia de menos problemas a lo largo de su ciclo vital y a mejores respuestas a las crisis a que se enfrentan durante el mismo, tienen la capacidad de cambiar su estructura en respuesta al estrés y un ligue importante entre sus integrantes que llevan a mejor apoyo ante la presencia de enfermedades crónico- degenerativas como la Diabetes Mellitus tipo 2.

La cronicidad de la diabetes implica en primer lugar una reorganización de la familia para adaptarse y asumir roles de la nueva situación, tomando en cuenta lo obtenido en este estudio podemos saber que la mayoría de las familias con un integrante diabético tienen dicha capacidad para que al seguir la historia natural de la enfermedad un miembro de la familia pueda asumir la responsabilidad de hacer aquello que el enfermo ya no puede realizar, y por otro lado, si el enfermo requiere

cuidados especiales, alguien pueda asumir el rol de cuidador primario, entre otros aspectos, manteniendo finalmente la homeostasis familiar.

De acuerdo con Rolland³³, la adaptación de la familia a la enfermedad conlleva alternancia de momentos centrípetos y centrífugos, en los cuales se mantiene o se pierde la estructura. Así, cuando aparece la diabetes, se genera una respuesta aglutinante (la familia se reúne en torno al enfermo); y a partir de este momento se ve forzada a hacer compatible la tarea evolutiva con el cuidado al enfermo. Las familias con un integrante diabético con poco tiempo de diagnóstico fueron las que resultaron aglutinadas lo cual está en relación a lo expresado por Rolland, si las comparamos con aquellas familias que tuvieron más de 3 años de diagnóstico. El aglutinamiento es resultado de las alteraciones en la respuesta emocional de la familia ante la presencia de la diabetes, dándose una ambivalencia de sentimientos, conspiración del silencio, duelo y sobreprotección¹⁹. La ambivalencia es producto del deseo de ayudar al enfermo y la responsabilidad que conlleva el cuidado y dedicación de tiempo al enfermo. Como la diabetes es una enfermedad de evolución progresiva y deteriorante, que con frecuencia obliga a hospitalizaciones por descontrol agudo, mantiene a la familia en estado de crisis recurrentes, las cuales serán afrontadas según el nivel de cohesión y adaptabilidad que exista dentro del sistema familiar.

En relación a la hipótesis planteada acerca de que en las familias con un integrante diabético existe diferente cohesión y adaptabilidad en comparación con familias que no tienen un integrante diabético, y en base a la prueba de chi

cuadrada se acepta la hipótesis ya que sí hay diferencia estadísticamente significativa entre si es diabético o no y el nivel de cohesión y adaptabilidad en las familias, tal y como se observa en los resultados de la presente investigación.

Llama la atención que de todos los pacientes con DM2 un 5% no tenga información sobre dicha enfermedad, en parte porque la mayoría de ellos tiene algún familiar con diabetes (43% en la familia de origen) y más en el supuesto de que al realizar a cualquier paciente un determinado diagnóstico habrá de explicarse en que consiste tal o cual enfermedad al paciente y su familia y sobre todo en la DM2 tratándose de una enfermedad crónica que trae múltiples complicaciones, las cuales pueden manifestarse más tardíamente mientras haya un mejor control de la misma. Otro aspecto importante es que del 95% de los pacientes que sí tienen información solo a un 61% se la proporcionó el médico familiar y el 34% restante haya recibido la información de un familiar (la cual en muchas ocasiones no es fidedigna) o bien de los medios de comunicación. En relación a esto la importancia de la orientación y educación en diabetes por parte del médico familiar en la población en general poniendo mayor énfasis en aquellos a quienes se diagnostica y a quienes cuentan con el antecedente dentro de la familia como medida de prevención. Otro aspecto está en relación al tratamiento y adecuado control de la diabetes, aunque los pacientes estudiados refieren que parte importante de su tratamiento es la dieta se encontró que un 70% de ellos siempre o casi siempre consumen los mismos alimentos que su familia lo cual se ve reflejado en el hecho de que 6 de cada 10 personas manejan cifras elevadas de glucosa sérica cuando acuden a su revisión mensual, lo cual es reflejo de que

no tienen información adecuada de su enfermedad y de que se deberá hacer mayor hincapié en la importancia de la familia como fuente de apoyo para el paciente y para lograr un adecuado control de la diabetes.

11. CONCLUSIONES

En la práctica médica, casi todas las familias tienen problemas relacionados con la presencia de alguna enfermedad, sobre todo tratándose de enfermedades crónico-degenerativas como la DM2, debido a los cambios de comportamiento y en la dinámica familiar producidos como consecuencia de la misma. Lo anterior aunado a las limitaciones que sufre el enfermo diabético y que requieren del apoyo de la familia ayuda a establecer la importancia de conocer la cohesión y adaptabilidad existente entre las familias.

El objetivo principal de esta investigación fue determinar si existe diferente cohesión y adaptabilidad en familias con un integrante diabético en comparación con familias que no tienen un integrante diabético, encontrando que existe una diferencia estadísticamente significativa entre si es diabético o no y el nivel de cohesión y adaptabilidad en la población estudiada. Las familias con un integrante diabético fueron sobre todo de tipo conectado flexible o estructurado seguidas por aglutinadas caóticas, en tanto que aquellas familias sin diabetes son conectadas flexibles, conectadas caóticas y aglutinadas caóticas por orden de frecuencia. Siendo en ambos grupos igualmente disfuncionales y con una diferencia mínima de mayor funcionalidad las que tienen un integrante diabético.

Se observa que en la UMF N. 8 la labor del médico familiar en cuanto a la prevención, orientación y educación en salud podría mejorar puesto que hay pacientes con y sin diabetes que desconocen en que consiste esta enfermedad y

cual es la mejor manera de controlarla, de ahí que poco más de la mitad de la población con DM2 estudiada tuviera niveles altos de glucemia.

Sin embargo, los resultados de este estudio deben considerarse válidos sólo para la muestra estudiada porque este estudio se ha limitado a pacientes adscritos a esta UMF con ciertas características que se expresaron dentro de los criterios de inclusión.

Dado el número de familias que tienen un integrante diabético, este estudio debe considerarse un ensayo clínico exploratorio, hasta en tanto se realicen estudios complementarios que corroboren y rectifiquen los planteamientos propuestos y se desarrollen hipótesis sugeridas a partir de los resultados.

No obstante lo anterior, este estudio permite estimar los diferentes niveles de cohesión y adaptabilidad existentes entre las familias que cuentan con la presencia de un integrante diabético y la manera en que puede participar dentro de la propia enfermedad para finalmente lograr un mayor control de la misma y una mejor respuesta familiar ante situaciones de crisis tanto normativas como paranormativas.

En la práctica institucional el abordaje de la familia resulta en la mayoría de los casos complicado pero no imposible, con base en ello me permito sugerir las siguientes acciones:

- 1- Considerar a la familia como unidad de tratamiento de la diabetes y por ello, parte importante del adecuado control de la misma.
- 2- Evaluar a la familia para conocer aquellas áreas que tienen un mayor impacto en la salud-enfermedad de los pacientes.
- 3- Aplicar el FACES III para conocer la cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes y la manera en que se pueda intervenir en la familia para conservar la homeostasis de la misma.
- 4- Mejorar la orientación y educación en diabetes por parte de los médicos familiares, lo cual a la larga traerá mayores beneficios para el paciente y su familia y para las instituciones de salud.
- 5- Dentro del marco institucional mejorar la participación social creando grupos de autoayuda y la capacidad para utilizar estrategias de atención primaria a la salud mediante educación, prevención, detección y limitación del daño.

12. BIBLIOGRAFIA.

Alpizar, SM. Et al. Diabetes mellitus, prioridad institucional. Revista de salud comunitaria. 1977, N.1 p.33-36.

Alpizar, SM. Et al. Acciones anticipadas ante diabetes mellitus. Revista Médica del IMSS, 1998. Vol.36, N.1. p.3-5.

Carranza, B. *El hombre fragmentado: la crisis del humanismo en la medicina*. Red Utopia/ jitanjófora. Morelia, Editorial Morelia, 2003

De La Revilla, Luis. *Conceptos e instrumentos en la atención familiar*. España, 1994.

Garza Elizondo, María. Et al. "Atribuciones y creencias sobre la diabetes mellitus tipo 2". Revista Médica del IMSS. 2003; 41 (6): P. 465-472.

Garza Elizondo, Teófilo. *Trabajo con familias*, México, 1997.

Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria, et al. "Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar". Archivos de Medicina Familiar, 1999; 1(2): 45-57.

Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria, et al. "Versión al español y adaptación transcultural de FACES III (Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales)". Archivos de Medicina Familiar, 1999. 1 (3): 73-79.

Guía Técnica General para la vigilancia, prevención y control de la diabetes mellitus. México, IMSS, 1999. p. 19-20.

Hoffman L. *Fundamentos de terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. FCE, México, 1998. p. 248.

Huerta González JL. *Estudio de la Familia*. PAC MF-1. Vol.4. p. 14.

Huerta, J. La familia en el proceso de salud-enfermedad. México, 1999. p. 21-54.

Iglesias, L. *Antropología médica. Tiempo y obra*. México, 1996

Kroeger, A. *Atención primaria de salud: principios y métodos*. México, Editorial Pax, 1987.

Lifshitz Islas, AS. *Diabetes Mellitus*. México, Mc. Graw Hill Interamericana, 1999. pp. 360-361.

Louro Bernal, Isabel. "La salud familiar. Caracterización en un área de salud." Revista Cubana de Medicina General Integral. Cuba, 1999; Vol.15, N.3.p. 304

Martínez CF. Enfermedad y padecer, en *Tratado de Medicina Interna*. México, El Manual Moderno, 1987. Tomo I, págs. 2-8.

Martínez Gómez, C. "La familia y las necesidades psicológicas del niño". Revista Cubana de Medicina General Integral. 1993. Vol.9, Num.1, p.67-69

Minuchin, S. *Una familia en formación*. España. 2001.

Navarro GJ. *Terapia familiar con enfermos físicos crónicos*. Paidós, México, 1995

Olson DH. Et al. "Circumplex model of marital and family systems I: cohesión and adaptability dimensions, family types and clinical applications". Family Process 1979; 14: 1-35

Onnis L. *Terapia familiar de los trastornos psicósomáticos*. Paidós, México, 1996

Polaino-Lorente, et al. *Como evaluar el funcionamiento familiar*. España, Instituto de Ciencias para la Familia, Universidad de Navarra, 1998.

Quiroz Pérez, J. Et al. "Diabetes tipo 2. Salud-competencia de las familias". Revista Médica del IMSS. 2002; 40 (3):P. 213-220.

Rojas, SR. *Capitalismo y enfermedad*. México, Folios Ediciones, 1985.

Santacruz Varela, J. "La familia como unidad de análisis". Revista Médica del IMSS. México, 1983. Vol.21, p. 348-357

Satir, V. *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. México, 2002.

Valadez Figueroa, I. Et al. "Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo 2". Revista de Salud Pública de México. 1993. Vol.35. p. 464-470.

Valadez Figueroa, I. Et al. "Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo 2". Revista de Salud Pública de México. 1993. Vol.35. p. 464-470.

Walsh F. *Normal Family Processes*. Guilford Press, New York, 1985

13. ANEXOS

Anexo I. FACES III.

Versión en español: Gómez Clavelina R., Irigoyen-Coria A. (Universidad Nacional Autónoma de México).

Instrucciones: elija en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted considere según el número indicado.

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

Describa su familia

- _____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 las 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 en relación con 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.

Anexo IV. Encuesta.

Sexo: Femenino____ Masculino_____

Edad:_____

Escolaridad:_____

Ocupación:_____

Estado civil:_____

Número de personas que viven en su casa, incluyéndose usted_____

¿Qué parentesco tiene con usted?	Sexo	Edad en años	Escolaridad	Ocupación

Tiene información sobre la diabetes: No____ Si_____

¿Cuál?_____

¿Quién se la proporcionó? Médico familiar____ Otro médico____ Enfermera____

Familiar____ Medios de comunicación____ Mixto_____

¿Es usted diabético? No____ (pase a la última pregunta) Si_____

¿Hace cuánto se le diagnosticó la diabetes?_____

¿Cuál es su tratamiento?: Dieta y ejercicio____ Medicamento VO____

Insulina____ Combinado____

¿Quién está al pendiente de su dieta? Usted mismo____ Esposa (o)____Hija (o)____Otros____

¿Quién supervisa que se tome su medicamento? Usted mismo____ Esposa (o)____

Hija (o)____Otros____

¿Usted consume los mismos alimentos que los demás miembros de su familia? Siempre____

Casi siempre____ Algunas veces____ Casi nunca____ Nunca____

¿Cada cuando acude al médico para el control de su diabetes?

Cada mes____ 3 meses____ 6 meses____ 9 meses____ Cada año____

¿Qué cifra de glucosa (azúcar) generalmente tiene? Alta____ Baja____

Normal____ No sé_____

¿En su familia hay alguien con diabetes? No____ Sí_____

¿Quién?_____

Anexo V

**COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD EN FAMILIAS CON DIABETES Y SIN
DIABETES**

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA.

Esta investigación tiene la autorización para realizarse en esta Unidad de Medicina Familiar. La información que usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial y de manera voluntaria, por lo que solicitamos que sus respuestas sean honestas y sinceras.

La información obtenida será utilizada para fines de investigación que permitirá brindar una mejor atención médica integral de la población que asiste y utiliza los servicios de salud.

Muchas gracias por su participación.

Acepto: Sí _____ No _____ Firma _____

México, Distrito Federal a _____ de _____ del 200_.