



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEDE UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 23 IMSS AREA  
METROPOLITANA**

**LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 3 IMSS AREA  
METROPOLITANA**

**TESIS  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**INVESTIGADOR  
DR. MAURILIO ESPINO GARCÍA**

**ASESOR METODOLÓGICO  
DRA. YOLANDA SOTO GONZÁLEZ**

**ASESORA DE TEMA  
DRA. MARÍA GUADALUPE USLA TIRADO**

**DRA. ELVIA LÓPEZ BARRERA**

**ALUMNA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS MODALIDAD SEMIPRESENCIAL**

**MÉXICO, D.F.**

**2007**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

**GENERACIÓN 2005-2008**

**LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2 DE  
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 3 IMSS AREA METROPOLITANA**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. ELVIA LÓPEZ BARRERA**

AUTORIZACIONES:

**DRA. YOLANDA SOTO GONZÁLEZ**

ASESORA METODOLOGÍA DE TESIS  
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN MÉDICA  
E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 23 DEL IMSS AREA  
METROPOLITANA

**DRA. MARÍA GUADALUPE USLA TIRADO**

ASESORA DE TEMA  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 23 DEL IMSS AREA METRO  
POLITANA

**MÉXICO, D.F.**

**2007**

**LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2 DE  
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 3 IMSS AREA METROPOLITANA**

PRESENTA:

**DRA. ELVIA LÓPEZ BARRERA**

AUTORIZACIONES:

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M

**DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**MÉXICO, D.F.**

**2007**

## INDICE

	PAGINA
RESUMEN	5
ANTECEDENTES	6
MARCO CONCEPTUAL	13
JUSTIFICACIÓN	17
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
PREGUNTA A INVESTIGAR	18
OBJETIVOS GENERAL	19
METODOLOGÍA	20
● DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	
● POBLACIÓN DE ESTUDIO	
➤ Lugar	
➤ Período de estudio	
➤ Obtención de la muestra	
➤ Tipo de muestreo	
➤ Criterios de inclusión	
➤ Criterios de exclusión	
➤ Criterios de eliminación	
➤ Análisis estadístico	
● VARIABLES	
➤ Definición conceptual y operativa de las variables	
● DESCRIPCIÓN DE ESTUDIO	
RECURSOS MATERIALES	26
DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO	27
CONSIDERACIONES ÉTICAS	29
CONSENTIMIENTO INFORMADO	30
RESULTADOS	31
DISCUSIÓN	33
CONCLUSIONES	35
BIBLIOGRAFÍA	36
ANEXO	39
➤ Ficha de identificación del paciente	
➤ Escala de funcionamiento familiar	
➤ Tablas y gráficas	

## RESUMEN

LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°3 IMSS AREA METROPOLITANA.

Espino García Maurilio <sup>1</sup>, Soto González Yolanda <sup>2</sup>, Usla Tirado María Guadalupe <sup>3</sup> López Barrera Elvia <sup>4</sup>.

Investigador Responsable Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud UMF 3 <sup>1</sup>, Asesor Metodológico Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud Maestro en Ciencias <sup>2</sup>, Asesor de Tema Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS Modalidad Semipresencial. <sup>3</sup>, Alumno del curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS Modalidad Semipresencial <sup>4</sup>.

**INTRODUCCIÓN:** La diabetes sitúa al sistema familiar ante una situación nueva e inesperada. El médico familiar al tener conocimiento sobre estos cambios en la estructura familiar le facilitará convertir a la familia en una unidad de control, protegiéndola de situaciones disfuncionales a través de su seguimiento y canalizándola al experto en terapia familiar para su adecuado manejo.

**OBJETIVO GENERAL:** Identificar la funcionalidad familiar de pacientes diabéticos tipo 2 de la UMF No. 3.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional transversal prospectivo en la UMF N°3 en el período comprendido del 1° de septiembre del 2007 al 31 enero del 2008, se tomaron a los pacientes de la consulta externa de medicina familiar y se les invitó a participar en el estudio mediante una sesión informativa y la firma del consentimiento informado. A los que aceptaron participar y que cumplieron con los criterios de inclusión se les aplicó la escala de funcionamiento familiar de la doctora Emma Espejel <sup>29</sup>. La calidad de los datos y el llenado correcto de la misma fue evaluada por el investigador responsable.

**RESULTADOS:** Se realizó en 150 familias con pacientes con diabetes mellitus tipo 2 encontrándose los siguientes datos; en las variables universales; la edad promedio obtenida fue de 56-60 años 70(46.7%) con predominio del sexo femenino 97(64.7%). Con respecto al estado civil predominaron los casados 130(86.7%) con un nivel de escolaridad primaria completa e incompleta y secundaria completa e incompleta 114(76%). El tiempo de la evolución de la enfermedad fue de 0-6 años 62(41.3%), la mayoría de los pacientes no presentó complicaciones secundarias de la enfermedad 126(84%). La mayoría no contaba con redes de apoyo 77(51.3%), dentro de la patología de la pareja del paciente fue la diabetes mellitus 113(75.3%), mientras que en la patología de los hijos hubo familias con un hijo enfermo 9(6 %) y con dos hijos enfermos 1(.7 %), con diabetes mellitus. En las variables de estudio, los resultados fueron los siguientes; en los factores o esferas emocionales con funcionalidad se encontró a la supervisión 86(57.3%), apoyo 88(58.7%) y comunicación 76(50.7%). En la distribución de familias funcionales y disfuncionales se encontró que en 79(52.7%) de la población estudiada hay disfuncionalidad familiar.

**CONCLUSIONES:** Es importante tener presente que la disfuncionalidad familiar se encuentra cuando existe un enfermo crónico en este caso la diabetes mellitus, por lo que sería conveniente ya no solo considerar al paciente aislado sino a toda la familia. Considerando la familia como un sistema abierto y variable.

**PALABRAS CLAVES:** Funcionalidad Familiar, Diabetes Mellitus 2.

## **ANTECEDENTES.**

Diabetes mellitus. De acuerdo con la American Diabetes Association (ADA), es un conjunto heterogéneo de síndromes hiperglucemiantes que resultan de la combinación de un defecto en la función beta del páncreas y, por otra parte, de la disminución de la sensibilidad a la insulina en los tejidos diana (músculo esquelético, adipositos). Ambas alteraciones están condicionadas por la interacción entre genes aún mal definidos (predisposición poligénica) y factores ambientales, ligados generalmente al estilo de vida individual y colectiva: nutrición inadecuada (aporte energético excesivo, elevada ingesta de alcohol, errores en la composición cualitativa de la dieta) y escasa actividad física <sup>1</sup>.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, es una enfermedad sistémica, crónica, con alteración del metabolismo de la glucosa, que corresponde a la glucosa alterada, en ayuno, o a la intolerancia a la glucosa. Ambas condiciones son procesos metabólicos intermedios entre la ausencia y presencia de diabetes <sup>2</sup>.

Según la American Diabetes Association (ADA). Se clasifica en: Diabetes mellitus tipo 1, generalmente con deficiencia absoluta de insulina por destrucción de células beta, con dos subtipos: Auto inmune e idiopática.

Diabetes mellitus tipo 2

en la que el factor predominante puede ser: resistencia a la insulina y alteraciones de la secreción de insulina o ambas y Diabetes mellitus gestacional <sup>3,4</sup>.

Por su magnitud y trascendencia, la diabetes mellitus tipo 2, es la más importante, representa el 90% de todas las formas clínicas <sup>5</sup>.

Aunque la frecuencia real de la enfermedad es difícil de asegurar, dado los diferentes criterios diagnósticos existentes, se plantea que cerca de 135 millones de personas a nivel mundial la padecen. Su prevalencia puede incrementarse hasta 300 millones para el año 2025 con consecuencias serias <sup>6</sup>.

En España se estima en un 6.2% para grupos de edad de 30-65 años y en un 10% para los 30-89 años. La incidencia de diabetes mellitus 2 se ha estimado en 8/1,000 habitantes/año. Siendo una de las principales causas de mortalidad, ocupando el tercer lugar en mujeres y el séptimo en varones <sup>7</sup>.

La última proyección de la Federación Internacional de Diabetes sugirió que 190 millones de personas a nivel mundial generalmente tienen diabetes tipo 2. En los Estados Unidos es de aproximadamente 8%, se estiman 17 millones de

individuos con esta enfermedad, la cual ha sido diagnosticada en más de 10 millones de pacientes y la enfermedad permanece sin diagnóstico en casi 6 millones de individuos <sup>8</sup>. De acuerdo a las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud para las Américas para el año 2000, Chile se encuentra en el grupo de países con las mayores prevalencias de diabetes en poblaciones adultas junto a Estados Unidos, Canadá, Argentina, Uruguay <sup>9</sup>.

Para 1995 en México había 3.8 millones de adultos con diabetes y ocupaba el noveno lugar dentro de los 10 países con mayor número de personas con esta enfermedad; para el año 2025 se podría alcanzar los 11.7 millones y pase a ocupar el séptimo lugar en orden de frecuencia. Estas tendencias son tanto el resultado del envejecimiento de la población como de los cambios que se están dando en los patrones culturales que a su vez, repercuten en la alimentación y en los estilos de vida <sup>10</sup>.

Algunos estudios realizados en la década de 1990–99, sobre prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en población urbana y rural de México, varían desde 0 a 9.8 %. Llamando la atención la alta prevalencia calculada para la población rural de Oaxaca, debido a que los estados de la región sur son considerados de menor riesgo; sin embargo, esto confirma que una gran proporción de personas con diabetes desconocen serlo. Así mismo en Durango donde se ha reportado una alta incidencia de casos.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social. El número de consultas por diabetes mellitus atendidas por médico familiar ha aumentado sustancialmente, de poco de más de 460% <sup>10</sup>. Siendo una de las principales causas de muerte en la población derechohabiente y que se manifiesta a partir del grupo de 15 a 64 años de edad y en las mujeres destaca como responsable del 21% de las defunciones. Siendo sin lugar a dudas el principal problema en las causas de defunción en uno y otro sexo <sup>11</sup>.

En la Unidad de Medicina Familiar No 3 en el 2005, se reportaron 3688 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, ocupando el tercer lugar de morbilidad con una incidencia de 106 casos en el sexo masculino y 138 casos en el sexo femenino <sup>12</sup>.

En las enfermedades crónicas como es la Diabetes Mellitus tipo 2 es de suma importancia el apoyo de la familia.

El origen histórico de la familia se remonta al origen mismo del hombre primitivo. Las familias están presentes en las diferentes sociedades y en todos

los tiempos, matizadas por el modo y estilo de vida de cada época. La familia tiene una gran importancia para el individuo, para la sociedad, y en especial para el proceso salud-enfermedad <sup>13</sup>.

La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, relativamente sólida, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. De modo que la modificación y variedad del marco estructural por lo general determinan el tipo y cambio de la vida familiar <sup>14</sup>.

Puede tener mayor o menor éxito en lograr el crecimiento de sus miembros, de acuerdo con su capacidad para alcanzar y regular un equilibrio apropiado de sus funciones básicas. El desequilibrio de las funciones familiares se manifiesta cuando ésta se centra en alguna función, al tiempo que otra se anquilosa, o bien, se distorsionan <sup>14</sup>.

Son tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. Y sus funciones son:

- Socialización: Promoción de las condiciones que favorezcan 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 propician la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- Cuidado: Protección y asistencia incondicionales 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 otorga la familia una determinada posición ante la sociedad.
- Reproducción: Provisión de nuevos miembros a la sociedad.
- Desarrollo y ejercicio de la sexualidad.

Minuchin y Feshman <sup>15</sup>. Definen a la familia como “un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pauta de interacción “. Estas pautas constituyen lo que en terapia familiar así como en otras ciencias sociales, se conoce con el nombre de estructura familiar, la cual rige a la vez el funcionamiento de sus miembros, además de definir su diversidad de conductas y facilitar su interacción recíproca. La familia, por lo tanto, necesita de una organización para desempeñar sus tareas esenciales, es decir, apoyar la individuación de cada miembro y al mismo tiempo proporciona a todos un sentimiento de pertenencia al grupo o institución que es la familia.

De acuerdo con Jackson <sup>14,15</sup>. La idea de que una familia normal jamás tiene problemas, aunque, en realidad, éstos se suscitan en todos los entornos familiares; lo que los hacen funcionales es que no se paralizan ante los mismos.

De acuerdo con Riskin <sup>15</sup>. Las diferencias dentro de una familia “normal” y una “disfuncional” son evidentes en lo relacionado con estrategias para resolver los problemas, clima emocional de la familia capacidad para equilibrar la proximidad y la distancia en las relaciones intrafamiliares y formación de fronteras generacionales funcionales. Evidentemente los contextos socioeconómicos, culturales y comunitarios de las familias deben tomarse en cuenta en toda evaluación de lo que se denomina funcional, sano o normal.

Una familia funcional presenta como característica fronteras externas, claras y permeables que permite que la familia y sus miembros puedan intercambiar información con otros sistemas sociales, al mismo tiempo que desarrollan su sentido de pertenencia. Fronteras entre subsistemas claros de modo de que se puedan llevar a cabo las funciones específicas de cada subsistema, al mismo tiempo que fortalece la jerarquía y se transmiten las reglas de socialización. Fronteras individuales bien definidas, de tal manera que cada uno de los miembros de la familia llegue a desarrollar un sentido propio de individuación y autonomía para desenvolverse en el mundo exterior, al mismo tiempo que perciban a los demás como fuentes de apoyo y aceptación.

Para un buen funcionamiento familiar la jerarquía debería estar en los padres o tutores, los cuales tendrán, la función de brindar un ambiente de seguridad a sus hijos. Además deberá ser clara y consistente a fin de evitar problemas entre los diferentes miembros que integran cada subsistema familiar <sup>16</sup>.

Los roles tendrán que presentar una fluidez y capacidad para el intercambio de funciones y el deseo de compartir algunas de ellas. La comunicación clara y asertiva tendrá que ser la norma dentro de la familia, de manera que permitirá la negociación y resolución de problemas, además de brindar un equilibrio en la proximidad y la distancia.

Las reglas en la familia serán explícitas y renegociadas a medida que la familia pasa a través de las diversas etapas de ciclo vital. No se presentarán coaliciones, así como tampoco alianzas inflexibles o rígidas.

La familia tendrá que ser flexible para garantizar el desarrollo y coevolución de sus miembros, al mismo tiempo que les da un sentido de pertenencia y estabilidad ante los problemas internos y externos a los que se va enfrentando<sup>15,17</sup>.

La aparición de una enfermedad, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición, ocasionando una desorganización que impacta en cada uno de sus miembros, generando cambios en las interacciones familiares y que puede llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y el manejo del paciente interno, así como la funcionalidad del sistema familiar<sup>18</sup>.

Los cambios que se producen en el interior de las familias en relación con la enfermedad están dados por las propias características familiares, tales como su etapa de su ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de solidez de la familia, el nivel socioeconómico, la función que cubra la enfermedad para ese grupo específico, la historia familiar etc. así como los requerimientos de los distintos tipos de enfermedades y sus tratamientos. La condición de cronicidad puede evolucionar a situaciones de estrés crónico en el sistema, que no sólo impactan el funcionamiento de la familia, sino también la evolución de la propia enfermedad. Durante todo el proceso de la enfermedad, la familia sufre igual que el paciente y se pueden generar cambios catastróficos dentro del seno familiar, la enfermedad puede considerarse como una crisis debido a la capacidad que tiene de desorganizar un sistema familiar<sup>15,18</sup>. Como sistemas vivos que son, tanto la persona como la familia, tienen en su evolución patrones de interacción y cambio.

La aparición de una enfermedad es más problemática en uno de los momentos de cambio, impidiendo que la familia o el individuo encuentren o desarrollen los nuevos patrones de relación que corresponden a la nueva etapa que están iniciando. En función de este proceso se generan una serie de respuestas adaptativas que pueden ser funcionales o disfuncionales que pudieran llevar a un mayor estrés en la familia y una crisis todavía más severa. Dentro de las respuestas adaptativas que genera la familia se pueden observar las de orden afectivo que incluyen aspectos como negación, ira, tristeza o depresión, ya que la enfermedad crónica se prolonga a través del tiempo, causando un deterioro físico, mental o ambos en el individuo que la padece, llevándolo incluso a la muerte <sup>18</sup>. A lo largo del ciclo vital surgen distintos acontecimientos que actúan afectando el equilibrio dinámico familiar y que pueden llegar a plantear puntos críticos y transiciones que requieren posibles cambios en la organización familiar y en aspectos tales como distribución de recursos, roles, patrones de interacción, etc., mismos que repercuten en su funcionamiento pues requieren que se realicen modificaciones a todo nivel, con la finalidad de que la familia logre adaptarse al proceso de demanda de la enfermedad <sup>15,18</sup>. Al mismo tiempo que adquiere el control sobre la misma contará con más recursos para manejar el diagnóstico de la enfermedad que amenaza la vida de algunos de sus integrantes. El cambio que se produce tanto en su interior como su entorno, está dado fundamentalmente por el sufrimiento y la posible limitación de las capacidades del enfermo así como la incorporación en el equilibrio médico tratante y del sistema hospitalario, ambos con un papel preponderante <sup>19</sup>.

Habrá que valorar la capacidad de autonomía de los diferentes miembros, la existencia o no de límites generacionales claros, el estilo de comunicación, la capacidad o dificultad para expresar sus afectos de manera clara y directa, existencia de un sistema abierto que permita la entrada y salida de información al igual que la creación de relaciones nuevas, su habilidad para resolver problemas y conflictos, así como la capacidad de adaptación por medio de la expresión emotiva, estabilidad familiar y marital, adaptabilidad, cohesión, emociones negativas no expresadas, ansiedad, y grado de depresión <sup>15,19</sup>.

Diversos autores señalan que al aparecer una enfermedad crónica en una familia, generalmente se agravan los problemas que existían previamente y aparecen otros nuevos. Las características de la familia con un enfermo crónico

presentan generalmente los límites entre subsistemas y del sistema se hace más permeables, tienden a diluirse, el enfermo se vuelve central y se modifican las jerarquías. Se tiende a estar sobrecargado de trabajo, disminuyendo notablemente sus interacciones con los otros miembros. Generalmente como consecuencia de la tensión que se produce en el sistema familiar. Aparecen conductas disfuncionales y los problemas que existan previamente tienden a agravarse pero en otros casos se forman interacciones de unión y dichos problemas pasan a segundo plano, con lo que puede observarse una mejoría en las relaciones familiares <sup>19</sup>.

Una de las funciones esenciales de la familia la constituye el prestar apoyo a los miembros que la integran preparándolos para enfrentar cambios que pueden llevar a modificaciones estructurales y funcionales. 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 en el correcto control de la enfermedad. De estos mecanismos adaptativos dependerá la existencia de una adecuada función familiar <sup>14, 15,16</sup>.

La diabetes mellitus que es una enfermedad crónica e impactante con repercusiones económicas importantes como acontecimiento, hace que la familia ponga en marcha los recursos con los que cuenta así como su cohesión, su capacidad de adaptación y organizativa en caso de ser necesario apoyo extrafamiliar para conseguir un correcto equilibrio para un funcionamiento familiar normal <sup>19,20</sup>.

El médico familiar que atiende de forma integral y desde una concepción biopsicosocial a la persona con diabetes, debe conocer todos aquellos factores familiares que influyen de forma directa. Para lograr que la familia sirva de apoyo al enfermo para vivir en las mejores condiciones posibles. Es importante trabajar sistemáticamente con este tipo de problemas a partir del diagnóstico de la enfermedad crónica o terminal <sup>20</sup>.

## MARCO COPCEPTUAL

Existen instrumentos generalizados y específicos que miden funcionalidad familiar dentro de los cuales se encuentra el Faces III <sup>21</sup>. El cual tiene el propósito de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias. Con una de confiabilidad de alpha de crombach 0.62 a 0.77 con un coeficiente de Sperman – Brown de 0.971 en el test aplicado por primera vez y de 0.975 el aplicado por segunda ocasión, el análisis factorial fue de gran utilidad para seleccionar 20 reactivos.

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 altos y más bajos son extremos. Su contenido es sencillo, breve, fácil de aplicar y calificar, cuenta con una escala que incluye 5 opciones con valores de 1 a 5. Puede ser contestado por cualquier miembro de la familia mayor de 12 años de edad. Se dispone de versiones adaptadas y probadas para parejas sin hijos, con hijos adolescentes, y parejas en etapa de retiro. Permite clasificar a las familias en 16 posibles combinaciones de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad con las posibles respuestas de nunca (1), casi nunca (2), algunas veces (3), casi siempre (4), siempre (5). La calificación en adaptabilidad es igual a la suma de los puntos obtenidos en los ítems pares. Con una interpretación de cohesión: no relacionada de 10 a 34 puntos, semirelacionada de 35 a 40, relacionada de 41 a 45, aglutinada más de 46. La adaptabilidad: caótica 29 a 50 puntos, rígida de 10 a 19, estructurada de 20 a 24, flexible de 25 a 28 <sup>22</sup>.

Algunos autores, cuyo objetivo fue el de identificar si la diabetes mellitus tipo 2 en el paciente geriátrico altera la funcionalidad familiar, aplicándoseles el cuestionario Faces III, en 124 pacientes geriátricos de Guadalupe Nuevo León divididos en dos grupos 62 con diabetes mellitus tipo 2 y los 62 restantes no tenían la enfermedad. Se encontró que 24 familias (39%) si presentaban alteración en la funcionalidad familiar, concluyendo que la funcionalidad familiar en los pacientes con diabetes esta alterada lo cual es notorio en los diferentes subsistemas del núcleo familiar <sup>23</sup>.

APGAR FAMILIAR. Es uno de los primeros instrumentos elaborado y publicado en 1978 <sup>24</sup>. Con el propósito de diseñar un nuevo instrumento de tamizaje. Su objetivo es medir cualitativamente la satisfacción de los diferentes

miembros de la familia, en cada componente de las funciones de la familia. Validado <sup>25</sup>. En España con un Alpha de Crombach 0.84 y la correlación inter escala de 0.61 A 0.71, Los coeficientes de correlación intraclase de los 5 ítems fueron superiores a 0.55 y los de la escala fueron 0.85 y 0.81 respectivamente, sé elaboró en base a cinco elementos esenciales: adaptabilidad, compañerismo, desarrollo, afectividad, y resolución. Consta de cinco reactivos uno para cada constructo. La escala de calificación incluye tres categorías de respuesta: casi siempre, algunas veces o casi nunca con puntaje de 0 a 2. Evalúa la disfunción de 0 a 3 puntos disfunción severa, de 4 a 6 disfunción moderada y de 7 a 10 familia funcional no se han identificado estudios que den respaldo a estos criterios. Es limitada la información que puede proporcionar debido a la brevedad del cuestionario, los estudios que se han llevado a cabo para evaluar apgar y sus propiedades psicométrías han sido efectuadas en muestras pequeñas y no representativas.

En otros estudios <sup>26,27</sup>. Cuyo objetivo era identificar la asociación entre disfunción familiar y control de una enfermedad crónica; diabetes tipo 2 y insuficiencia renal crónica, utilizando como instrumentos de medición el APGAR familiar y test de Holmes para evaluar funcionalidad familiar. La disfuncionalidad familiar se asocio con mayor frecuencia al descontrol del paciente diabético y que la participación en la problemática familiar, la capacidad para compartir problemas facilita la función familiar y contribuyen de manera significativa en la asistencia del enfermo crónico.

THE FAMILY ASSESSMENT DEVICE FAD. Es un instrumento <sup>28</sup>. Identifica problemas operacionalizando el Modelo de Funcionalidad Familiar de Mc Master (MFFM). Mide problemas, comunicación, roles, respuesta afectiva, involucro afectivo y control conductal. Esta integrado por 53 enunciados en relación con la familia. Ventajas: puede ser contestado por cualquier persona mayor de 12 años de edad, fácil de aplicar y calificar. Desventaja: la escala de control conductal requiere mejorarse en su constructo, el tamaño de la muestra para las pruebas de validación han sido pequeñas. La consistencia interna y confiabilidad son aceptables (alpha chronbach de 0.72 a 0.92).

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR de la dra. Emma Espejel. Surge como una necesidad de adoptar y crear instrumentos para nuestra población, más que adoptar los de otros países que evalúen la funcionalidad familiar. Existen cuatro investigaciones donde se ha utilizado el cuestionario de evaluación familiar cuya confiabilidad es de .91 y discrimina sensiblemente las familias funcionales de las disfuncionales. Su tiempo de aplicación es de 30 a 60 minutos, esta diseñado para ser contestado por el grupo familiar, es susceptible de aplicación en forma individual que representa ganancia de tiempo y disponibilidad, las desventajas son las limitaciones de la observación a través de las interacciones verbales y no verbales. Los contenidos del instrumento es que esta conformado por 40 reactivos que investigan áreas y miden el funcionamiento dinámico, sistémico y estructural de la familia, las áreas como el territorio o centralidad, roles, jerarquía, límites, modos de control de conducta, alianzas, comunicación, afectos y patología. También contiene un familiograma y datos sociodemográficos, económicos de la vivienda y espacio para observaciones. Con respecto a la forma de calificación en las diferentes funciones en cada cuadro tiene un número de ítem que le corresponde se escribe el puntaje de funcionamiento en cada una de los cuadros del mismo ítem correspondiente y al finalizar se hace una suma total horizontal del cuadro. Esto se expresa nuevamente en la gráfica de puntuación y nos dará a conocer si existe alguna alteración de funcionalidad y disfuncionalidad en cada una de las funciones de la misma <sup>29</sup>.

Un estudio realizado en el IMSS de la Ciudad de México <sup>30</sup>. Cuyo objetivo era evaluar el funcionamiento familiar de pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis peritoneal continua y ambulatoria, cuya muestra fue de 22 pacientes divididos en 2 grupos, 11 están integrados al programa diálisis peritoneal continua ambulatoria ( DPCA ) y 11 a diálisis peritoneal continua intermitente ( DPCI ), empleando la Escala Funcionalidad Familiar Emma Espejel aplicado al paciente en su domicilio se encontró funcionamiento familiar del 4(36% ) y 2(18.1%)% respectivamente para DPCA y DPCI, las que fueron comprobadas estadísticamente ( $p < 0.05$ ); la comunicación ( $p=0.094$ ) y afecto ( $p=0.083$ ) concluyendo que en el estudio hubo predominio de familias nucleares y extensas tal vez por el apoyo y cohesión que muestra la familia consanguínea ante la presencia de una

enfermedad crónica. Los indicadores con mayor significancia fueron la comunicación y la expresión de afectos. El tipo de diálisis no influyo en el funcionamiento familiar.

## **JUSTIFICACIÓN**

En el Instituto Mexicano del Seguro Social la diabetes se encuentra entre los primeros motivos de demanda de consulta en medicina familiar y de otras especialidades, así como un aumento en el otorgamiento de incapacidades temporales y pensiones por invalidez.

Es una enfermedad crónica degenerativa de difícil control ya que exige modificación en los hábitos y en el estilo de vida para lograr el equilibrio metabólico.

El médico familiar que está inmerso en el proceso de salud-enfermedad debe de tener presente que cuando uno de los miembros de la familia está enfermo existe un desequilibrio en el contexto familiar, lo cuál limita el control del mismo ya que están en una crisis y la capacidad de funcionalidad que tenga la familia será la respuesta del paciente.

Por lo que debe conocer el grado de funcionalidad de sus familias con un miembro enfermo de diabetes mellitus para involucrarse más en la relación-médico-paciente y médico- paciente- familia teniendo en cuenta el importante papel que juega ésta en este proceso, para mantener, restablecer u optimizar la salud de cualquiera de sus miembros.

Por lo que para lograr el equilibrio en el control del paciente y la adaptación de la familia se necesita que todos los integrantes de la misma participen activamente en programas educativos relacionados con la enfermedad del paciente, para que todos comprendan mejor la enfermedad.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El creciente aumento de la diabetes mellitus, enfermedad crónica de distribución mundial cuya magnitud y trascendencia es tan importante. Se plantea que a nivel mundial la padecerá cerca de 135 millones de personas y su prevalencia puede incrementarse hasta 300 millones para el año 2025.

En México la diabetes mellitus forma parte del grupo de padecimientos descritos en la denominada transición epidemiológica que es un fenómeno resultante de los cambios en el comportamiento humano, desarrollo urbano acelerado, y aumento de la esperanza de vida, para el año 2025 podría alcanzar 11.17 millones de personas diabéticas <sup>6</sup>.

Se calculó que en el Instituto Mexicano del Seguro Social 2,408,453 personas tienen diabetes. En la Unidad de Medicina Familiar N° 3 IMSS área metropolitana en el año 2005 se encontró 3 688 pacientes padecen de esta enfermedad <sup>10,12</sup>.

La familia es el pilar fundamental para el manejo del paciente con enfermedad crónica hablando específicamente de la diabetes mellitus ya que el apoyo que brinde cada uno de los integrantes de la familia se verá reflejada en la adherencia al tratamiento del paciente, motivo suficiente para que el médico familiar favorezca y conozca la funcionalidad de la misma ya que esto facilitará la adaptabilidad y el control del paciente y su familia.

Sin embargo aún existen discrepancias en la literatura sobre el mejor instrumento que mida la funcionalidad de las familias con un integrante con enfermedad crónica. Y consideramos que el que nos puede brindar un mejor acercamiento para medirla es la escala de funcionamiento familiar <sup>29</sup>. Ya que en esta Unidad no se ha realizado un estudio que nos permita saber la dimensión del problema de nuestras familias con un paciente crónico.

### **Por lo que nos hacemos la siguiente pregunta a investigar**

- ¿Cuál es la funcionalidad familiar en el paciente diabético tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No.3 IMSS área metropolitana?

**OBJETIVO GENERAL:**

Identificar la funcionalidad familiar de los pacientes diabéticos tipo 2 de la UMF No.3 IMSS área metropolitana.

## **METODOLOGÍA**

TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo, observacional, transversal y prospectivo.

SITIO: UMF 3

UNIVERSO DE TRABAJO: Pacientes diabéticos tipo 2.

El presente estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 3 IMSS área metropolitana, ubicada en la delegación Gustavo A. Madero de la Ciudad de México, perteneciente a la delegación Norte del IMSS la cual otorga atención médica de primer nivel a la población derechohabiente de su área de influencia.

POBLACIÓN DE ESTUDIO: De 150 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 ya diagnosticados de 30 a 60 años de edad derechohabientes, a los que se les aplicó la Escala de Funcionamiento Familiar de la Dra. Emma Espejel.

TIEMPO DE ESTUDIO: Se realizó durante los meses del 1º de septiembre del 2007 al 31 de enero del 2008.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN.**

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Pacientes diabéticos de 30 a 60 años de edad. De la U.M.F. No 3.

Que hayan aceptado, participar en el estudio. Previa firma de consentimiento informado.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.**

Que no tengan conformada una familia.

Que cursen con embarazo actual.

Con enfermedades psiquiátricas, con tuberculosis, portadores de VIH SIDA.

### **CRITERIOS DE ELIMINACION.**

Que contesten inadecuadamente cuestionario.

Que no acudan a las cita.

Que las respuestas estén incompletas en el cuestionario

**TIPO DE MUESTREO:** NO PROBABILÍSTICO CASOS CONSECUTIVOS, POR CONVENIENCIA.

Obtención de la muestra

Se aplicó el cuestionario de la Escala de Funcionamiento Familiar de la dra. Emma Espejel, a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, ya diagnosticados de 30 a 60 años de edad, que se encontraron en la sala de espera de los consultorios, que cumplieron con los criterios de inclusión, previa autorización de consentimiento informado, se calificó el cuestionario y se vaciaron los resultados en una base de datos.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO:**

Se efectuó a través de estadística descriptiva y porcentajes.

A las variables de estudio se les realizó para ver su distribución normal las pruebas estadísticas: media, mediana, moda y distribución estándar.

## IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES DE ESTUDIO

	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Indicador</b>
<b>Funcionalidad Familiar</b>	Se considera como un conjunto de fuerzas al cual se le atribuyen una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas, de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentre, capaz de satisfacer las demandas internas <sup>15</sup> .	Se medirá mediante la aplicación del instrumento de evaluación escala de funcionamiento familiar La cual está integrada por 40 ítems distribuido en 9 áreas. Con 4 respuestas cada una que va desde 1 ningún integrante, 2 uno, 3 dos o más, 4 todos <sup>29</sup> .	Cualitativa Ordinal	Territorio o Centralidad : 1 ninguno, 2 uno, 3 dos o más y 4 todos Roles: 1 ninguno, 2 uno, 3 dos o más y 4 todos Jerarquía : 1 ninguno, 2 uno, 3 dos o más y 4 todos Límites : 1 ninguno, 2 uno, 3 dos o más y 4 todos Modos de Control de Conducta : 1 ninguno, 2 uno, 3 dos o más y 4 todos Alianzas : 1 ninguno, 2 uno, 3 dos o más y 4 todos Comunicación : 1 ninguno, 2 uno, 3 dos o más y 4 todos Afectos : 1 ninguno, 2 uno, 3 dos o más y 4 todos Patología : 1 todos, 2 uno, 3 dos y 4 ninguno.
<b>Diabetes Mellitus Tipo 2</b>	Grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia como resultado de los defectos en la secreción de la insulina, la acción de la insulina o ambas <sup>3</sup> .	Todo paciente que tenga el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que cumpla con los criterios de inclusión.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 1.- Si 2.- No
<b>Edad</b>	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento hasta el momento actual <sup>33,34</sup> .	Años cumplidos que el paciente refiera en el rubro correspondiente.	De intervalo y Cuantitativa	30 - 35 años                      51 - 55 años 36 - 40 años                      56 - 60 años 41 - 45 años 46 - 50 años
<b>Sexo</b>	Constitución orgánica que determina el ser hombre o mujer <sup>33,34</sup> .	Características físicas y psicológicas que permite la diferenciación del género masculino y femenino.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.- Femenino 2.- Masculino
<b>Escolaridad</b>	Período de tiempo durante el cual se asiste o se asistió a un centro de enseñanza <sup>33,34</sup> .	Grado académico que estudió la persona	Cualitativa Nominal Categórica	Analfabeta Primaria completa Primaria incompleta Secundaria Preparatoria Licenciatura
<b>Estado Civil</b>	Condición o situación civil y religiosa del individuo en el momento actual <sup>33,34</sup> .	Estado formal jurídico de las personas con relación a sus relaciones de pareja.	Cualitativa Nominal Categórica	Casado Soltero Viudo Divorciado Unión libre Separado

## **DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.**

Se reclutó a las familias del paciente diabético tipo dos de la consulta externa de medicina familiar de ambos turnos de la UMF 3 IMSS área metropolitana, tomando en cuenta los criterios de selección. Previa invitación a participar mediante una plática informativa en el auditorio de la unidad, por el investigador responsable en donde se les habló del objetivo del estudio. El investigador responsable se estandarizó con un terapeuta familiar para incrementar la calidad de la aplicación de los instrumentos utilizados en el estudio. En las familias que aceptaron participar se les aplicó el cuestionario de la Escala de Funcionamiento Familiar de la Dra. Emma Espejel, y se solicitó su firma de autorización en la carta de consentimiento informado, el tiempo de la aplicación de dicho instrumento fue entre 35 y 40 minutos, generalmente la encuesta fue contestada por la esposa del paciente o la paciente ya que no siempre acudía la familia completa a la consulta.

Para corroborar la veracidad de los datos, el llenado completo de los instrumentos y la realización del familiograma, se realizaron algunas visitas al domicilio de los participantes. El promedio de visitas fue de una por familia, a las familias en donde se detectó problemática familiar se canalizó con el terapeuta familiar para su manejo.

## **RECURSOS MATERIALES**

### **FÍSICO**

Sala de espera de la consulta externa de medicina familiar.

Sala de cómputo de la UMF.

Biblioteca de la unidad.

### **MATERIALES**

Papelería, lápiz y goma.

Una computadora, impresora y consumibles

Una calculadora.

Cuestionario de Escala de Funcionalidad Familiar de la dra. Emma Espejel. Que se aplicará en los pacientes.

### **HUMANO**

Investigador responsable

### **FINANCIEROS**

Propios del investigador.

## **DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO**

Escala de Funcionamiento Familiar de la dra. Emma Espejel.

### **Diseño**

El instrumento de medición de la dra. Emma Espejel tipo cuestionario se ha diseñado para ser contestado por el grupo familia, es susceptible de aplicarse de forma individual (percepción individual de la familia), dependiendo de los objetivos de la investigación que representa ganancia de tiempo y disponibilidad como ventaja. Sus desventajas son sus limitaciones de la observación a través de las interacciones verbales y no verbales.

### **Construcción**

Para explorar la funcionalidad familiar la cual se realiza mediante la calificación en las diferentes funciones por lo que en cada cuadro tiene un número de ítem que le corresponde, se escribe el puntaje de funcionamiento, en cada uno de los cuadros del mismo ítem y al finalizar se hace una suma total horizontal de los recuadros. El puntaje global se realiza haciendo la suma en forma vertical ( de la secuencia de los 40 reactivos ). Tomados de la escala. Esto se expresa nuevamente en la gráfica de puntuación y nos dará a conocer si existe alguna alteración de funcionalidad y disfuncionalidad en cada una de las funciones de la familia.

### **Contenidos**

Los contenidos del instrumento es que está conformado por 40 reactivos que investigan 9 áreas, cada una incluye de 3-5 preguntas que miden el funcionamiento dinámico, sistémico y estructural de la familia. Las áreas son:

- Territorio o centralidad
- Roles
- Jerarquía
- Límites
- Modos de control de conducta
- Alianzas
- Comunicación
- Afectos
- Patología

Los 9 factores generados por el análisis factorial y contenidos en el instrumento son : Autoridad: evalúa la eficiencia de la autoridad dentro de la familia. Considera como más funcionales a aquellas familias donde la autoridad reside en el subsistema parental y es compartida por ambos padres.

Orden: evalúa cómo se manejan los límites y los modos de control de conducta. Considera como más funcionales a las familias con límites bien establecidos y respetados.

Supervisión: evalúa la funcionalidad de la vigilancia de normas y comportamiento.

Afecto: evalúa cómo se presentan las muestras de sentimientos y emociones entre los miembros de la familia.

Apoyo: es la forma en que los miembros de la familia se proporcionan soporte social, dentro y fuera del grupo familiar.

Conducta disruptiva: evalúa el manejo de conductas no aceptadas socialmente como adicciones, problemas con la autoridad o alguna otra situación emergente.

Comunicación: evalúa la forma de relación verbal o no verbal que se da dentro de una familia.

Afecto negativo: evalúa la funcionalidad de la presencia de sentimientos y emociones de malestar dentro de la familia.

Recursos: se refiere a la existencia de potencialidades instrumentales y afectivas y a la capacidad de la familia para desarrollarlos y utilizarlos.

También contiene un familiograma y datos sociodemográficos, económicos, de la vivienda y espacio para las observaciones.

### **Forma de Respuesta**

Cada una de las áreas incluye de 3-5 preguntas con respuestas enumeradas del 1 al 4, que equivalen a: 1 ninguno, 2 uno, 3 dos o más y 4 todos, y 1 todos, 2 dos, 3 uno y 4 ninguno. Según la respuesta seleccionada se anota la calificación al final de cada área <sup>29</sup>

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

De acuerdo con los Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos contenida en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial en 1964 , enmendada en Tokio , Japón en 1975 , y ratificada en la 52ª Asamblea General realizada en Edimburgo , Escocia , octubre 2000 , corresponde al apartado II , Investigación Biomédica en Terapéutica con Humanos (Investigación Biomédica no Clínica) <sup>31</sup>.

Se apega a la ley general de salud y la normatividad del Instituto Mexicano del Seguro Social.<sup>39</sup> (El Artículo 3 indica en los términos de esta ley en materia de salubridad general: fracción I. La organización, control y vigilancia de presencia de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el artículo 34 fracciones I,II,IV de esta ley, fracción VII: La organización coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud, fracción IX, la coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos, fracción XXVI. (Artículo 100 fracción V solo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias correspondientes fracción IV de la ley general de salud deberá contar con consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación.) <sup>31</sup>.

Los resultados serán publicados siempre y cuando las autoridades competentes estén de acuerdo y lo soliciten (Artículo 238 solamente para fines de investigación científica) <sup>32</sup>.

En este estudio se maneja el área afectiva. En aquellas familias en que este afectado alguno de sus integrantes se le realizará seguimiento para canalizarlos con el experto en terapia familiar para su manejo adecuado.

Instituto Mexicano del Seguro Social  
Seguridad y Solidaridad Social  
UMF 3 IMSS área metropolitana

Carta de consentimiento informado para la participación en proyecto de investigación clínica.

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado.

La Funcionalidad Familiar en el paciente diabético tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No. 3 IMSS área metropolitana.

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la INC \_\_\_\_\_

El objetivo del estudio es: Identificar la funcionalidad familiar de los pacientes diabéticos tipo 2 de la UMF No. 3 IMSS área metropolitana.

Declaro que me he informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente, el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto. El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven del este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma, matrícula del investigador principal.

Números Telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio.

Testigos \_\_\_\_\_

## RESULTADOS

El estudio se realizó en 150 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la U. M. F. No. 3 IMSS área metropolitana a quienes se les aplicó el cuestionario de la escala de funcionamiento familiar de la Dra. Emma Espejel. Utilizando el análisis estadístico descriptivo frecuencias. Encontrando los siguientes resultados en las variables universales: La edad que prevaleció fue en el rubro de 56 – 60 años (46.7%) cuadro y gráfica 1. Con predominio del sexo femenino 97 (64.7 %) cuadro y gráfica 2 con respecto al estado civil el que predominó fue casados 130 (86.7 %) cuadro y gráfica 3, mientras que el nivel de escolaridad con mayor porcentaje fue primaria completa e incompleta, secundaria completa e incompleta 114 casos (76 %) cuadro y gráfica 4. Se encontró una mínima diferencia entre ambos turnos 76 casos (50.7 %) en el matutino, 74 (49.3 %) en el vespertino cuadro y gráfica 5, la aplicación de encuesta fue mayor en la esposa (66%) cuadro y gráfica 6. El tiempo de evolución de la enfermedad fue de 0 – 6 años 62 (41.3%), de 7 a 12 años 47 casos (31.3 %), 13 a 18 años 24 (16 %) de 19 a 24 años 13 casos (8.7 %), 25 a 30 años 4 (2.7 %) cuadro y gráfica 7.

Sin complicaciones de la enfermedad se encontró 126 (84 %), con neuropatía diabética 11 (7.3 %), pie diabético y amputaciones 7 (4.7 %) retinopatía diabética 4 (2.7 %) e insuficiencia renal crónica 2 (1.3 %) cuadro y gráfica 8.

La mayoría de los pacientes no contaba con redes de apoyo en 77 (51.3 %), 71 (47.3%) acudían a los grupos de autoayuda en trabajo social de sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión arterial ( sodhi ) el 1 (.7 %) a grupos comunitarios u otro cuadro y gráfica 9.

El ingreso económico fue de \$ 5,000 mensuales aproximadamente equivalente a 81 - 100 salarios mínimos 31(20.7 %) y \$ 15,000 mensuales equivalente a 221-300 salarios mínimos 3 (2 %) cuadro y gráfica 10.

La mayor frecuencia encontrada dentro de la patología de la pareja del paciente fue; la diabetes mellitus 113 (75.3 %), con hipertensión arterial 10 (6.7 %), con otras patologías 3 (2 %), sanos 24 (16 %) cuadro y gráfica 11. Mientras que en la patología de los hijos la mayoría estaba sana 140 (93.3 %) con un hijo enfermo 9 ( 6 % ), con 2 hijos enfermos 1( .7 % ), la enfermedad que presentaban era diabetes mellitus cuadro y gráfica 12.

En las variables de estudio los resultados obtenidos fueron los siguientes; en los factores o esferas emocionales con disfuncionalidad, se encontró a la autoridad con un 79(52.7 %), control con un 92 (61.3 %), el afecto 79(52.7 %), conducta disruptiva 102 (68 %) afecto negativo 108(72 %) y recursos con 80(53.3 %). Cuadros y gráficas 13, 14, 16, 18, 20, 21.

Mientras que en la supervisión se encontró como funcionales 86 (57.3 %), apoyo 88 (58.7 %) y comunicación 76 (50.7 %), cuadro y gráficas 15, 17, 19.

En la distribución de familias funcionales y disfuncionales en base al puntaje global se encontró un 79 como disfuncionales (52 %) y 71 funcionales (47.3 %) cuadro y gráfica 22.

## DISCUSIÓN

En el estudio se abarcó a 150 pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

La aparición de una enfermedad crónica en uno de los miembros de la familia constituye un cambio radical muy importante en el interior de ésta y también un cambio en su entorno y que para adaptarse a esta nueva situación y hacerle frente se producen cambios bruscos de interacción y si se trata de una enfermedad crónica estas interacciones se cronifican <sup>15, 20</sup>.

Encontramos que hay 113 casos con un porcentaje del 75.3 % con diabetes como patología de la pareja lo que nos hace pensar que ya había disfunción familiar en las mismas anteriormente al habersele diagnosticado la enfermedad a alguno de los miembros o de los hijos. En mis criterios no considere este problema. Esto hace que aproximadamente en el 50 % de la población haya mayor disfunción familiar.

En el factor autoridad reside más en el padre únicamente, con límites no bien establecidos y respetados. Las esferas de sentimientos y emociones entre los miembros de la familia así como el soporte social que se proporciona dentro y fuera del grupo presentan disfunción familiar no teniendo la capacidad de desarrollar y utilizar las potencialidades instrumentales y afectivas para manejarse en el entorno familiar. Sin embargo los factores supervisión, apoyo y comunicación se encontró que de acuerdo a sus puntos de cohorte están dentro de la funcionalidad debido probablemente a que los pacientes de 56 a 60 años de edad ya hayan superado algunas crisis en las etapas del ciclo vital. Estos resultados no concuerdan con otros estudios sobre funcionalidad familiar y diabetes mellitus <sup>23, 26, 27, 28</sup>. Debido a que probablemente son otro tipo de población y de acuerdo al ciclo vital de la familia en que se encuentren.

Otros estudiosos <sup>15, 18, 20</sup> evalúan que con menos tiempo de evolución de una enfermedad hay mayor disfuncionalidad en la familia. En todas las encuestas realizadas no se cuenta con datos veraces pensando por la pérdida de la memoria o la existencia de sesgos como el del recuerdo o la gente miente o cuando la persona al sentirse observada cambia su actitud. Algunas encuestas se realizaron en el hogar de los pacientes contando con varios miembros de la familia por lo que se llegó a entremezclar o mezclar encuesta con entrevista.

En estudios posteriores para contrastar algunos de los datos obtenidos y llevar un control más estricto de calidad de los mismos, se podría hacer comparativo tomando en cuenta el expediente clínico del paciente.

Aunque consideramos que la disfuncionalidad familiar es multifactorial en este estudio se encontró que la escolaridad baja y el ser la madre la portadora de la enfermedad la disfunción familiar se incrementa.

Los pacientes incluidos en el estudio representan un incremento de la población con disfunción familiar debido a la enfermedad como la diabetes mellitus tipo 2, encontrando una mayor frecuencia en la edad de 56 a 60 años con un 46.7 % por lo que podemos pensar que no medimos algunas variables como es el del ciclo vital ( nido vacío ), estado de duelo por la pérdida del algún familiar, jubilación o 66retiro, probando con esto que la escala de funcionamiento familiar esta probada para este tipo de población. Hubo una mayor frecuencia en mujeres ya que de acuerdo a la cultura el hombre no percibe que haya algún problema familiar, lo que hace pensar que el machismo prevalece y no se da cuenta de la problemática que existe en su núcleo.

Se sugiere que en pacientes diabéticos se aplique este tipo de encuestas para conocer la dinámica familiar del paciente y detectar problemas de disfunción familiar para que el médico familiar tenga el conocimiento sobre estos cambios en la estructura familiar y le facilitará convertir a la familia en una unidad de control protegiéndola de situaciones disfuncionales a través de sus seguimiento y canalizándola al experto en terapia familiar para su adecuado manejo.

## **CONCLUSIONES**

Este estudio de investigación nos muestra que realmente se encuentra disfuncionalidad familiar cuando existe un enfermo crónico en este caso la diabetes mellitus. Por lo que sería conveniente no solo considerar al paciente aislado sino a toda la familia. Considerando a la familia como un sistema abierto donde las interacciones entre sus miembros si bien tienden a mantener patrones estables, varían gradualmente para adaptarse tanto a los cambios en el entorno como a los cambios de los elementos que la componen.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- Corbatón A A, Cuervo P R, Serrano R M. Diabetes Mellitus. Concepto, clasificación y mecanismos etiopatogénicos. Programa de formación continuada en medicina asistencial 7ª edición 2005: 223-330.
- 2.- Secretaría de Salud. Modificación a la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, NOM-015-SSA2-1999.
- 3.-American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 2005; 28 (1): 37-42.
- 4.- The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Informe del comité de expertos en el diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus. Diabetes Care 2000; 23(1): 5-19..
- 5.- Aceves D.: Vigilancia Epidemiológica. En: Alpizar. Guía para el manejo integral del paciente diabético. Ed. EL Manual Moderno, México: 2001; 9-18.
- 6.- Boyle JP, Honeycutt AA, Nayan KM. et al. Projection of diabetes burden through 2050: impact of changing demography and disease prevalence in the U.S. Diabetes Care. 2001;(24):1936-40..
- 7.- Herrera P J L, Sánchez V o . Diabetes Mellitus tipo 2. Manifestaciones clínicas y seguimiento. Referencia a la medicina especializada. Programa de formación continuada en medicina asistencial 7ª edición 2005: 341-47.
8. - Zimmet P. Epidemiology of diabetes mellitus an associated cardiovascular risk factors: focus on human inmunodeficiency virus and psychiatric disorders. The American Journal of Medicine 2005; 118( 2): 35-85.
- 9.- Barceló A. La diabetes en las américas. Boletín Epidemiológico OPS 2001;(22): 1-3
- 10.- Madrazo N M, Zárate A A, Castro R M, Alpizar S M. Programa Institucional para la vigilancia, prevención y control de la diabetes mellitus. Bol. Salud Comunitaria 2000; IV (2): 32-38.
- 11.- Fernández C S. La mortalidad de la población derechohabiente, 2003. Rev Med IMSS 2004; 42 (4): 1-12.
- 12.- Estadística de registro de consulta médica. ARIMAC: UMF3. IMSS 2005: T002: 4-30-6.
- 13.- Ortiz G M I. Trabajos de revisión. La Salud Familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15 (4): 439-45.

- 14.- Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos en Medicina Familiar 2005; 7(1): 15-19.
- 15.- Velasco Campos M L.: Manejo del Enfermo Crónico y su Familia (sistemas, historias y creencias). Ed. El Manual Moderno, México: 2001; 1-77, 195-219.
- 16.- Rubinstein A.: Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Ed. Médica Panamericana S.A, Argentina: 2001; 181-93.
- 17.- Irigoyen C AE, Morales L H. Elementos para un análisis de la estructura familiar. Nuevos fundamentos en medicina familiar. Ed. Medicina familiar mexicana; México: 2004; 46-54.
- 18.- Fernández O M A. El impacto de la enfermedad en la familia. Rev Fac Med UNAM 2004; 47 (6): 251-54.
- 19.- Membrillo L A. Consejería familiar. Aten Fam 2005; 12 (6): 121-23.
- 20.- Robles F T, Eustance J R, Fernández C M. El enfermo crónico y su familia. Ed. Nuevamar, México: 1987; 11-129.
- 21.- Gómez C FJ, Irigoyen C AE, Ponce RER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch. Med Fam 1999; 1(2): 45-57.
- 22.- Gómez CI FJ, Irigoyen C AE, Ponce RER, Manzón RJJ, Dickinson BME, Sánchez GME, Fernández OMA. Versión al español y adaptación transcultural de Faces III (Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales). Arch Med Fam 1999; 1(3): 73-79.
- 23.- Arriaga N A, Lara O MAG, Gómez S V. Funcionalidad familiar en pacientes geriátricos con diabetes mellitus tipo 2. Revista de la Facultad de Salud Publica y Nutrición, 2003; 2:1-5.
- 24.- Gabriel S, MD. The family Apgar: A proposal for a family function test and its use by physicians. The Journal of family y practice; 6(6):1231-39.
- 25.- Bellon S JA, Delgado S A, Luna, C JD, Lardelli C P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar –Familiar. Atención primaria 1996;18(6).
26. Rodríguez A G, Rodríguez A I. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. Rev Med IMSS 2004; 42 (2): 97-102
- 27.- Méndez L D M, Gómez L V M, García R M E, Pérez L J H, Navarrete E A. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. Rev Med IMSS 2004; 42 (4): 281-84.

- 28.- Eptein N B, Bishop D S, Baldwin L M. Mc Master model of family functioning: a review of the normal family. In Walsh F. Normal Family Processes. 2<sup>nd</sup>.Ed. The Guilford Press, NY: 1993; 138-59.
- 29.- Espejel E y Cols. Manual para la escala de funcionamiento familiar. 1<sup>a</sup> Ed. Universidad Autónoma de Tlaxcala: 1997; 1-63.
- 30.- Azcarate G E, Ocampo B P, Quiroz P JR. Funcionamiento familiar en pacientes integrado a un programa de diálisis peritoneal: intermitente y ambulatoria. Arch Med Fam 2006; 8(2): 97-102.
- 31- Hernández AJ. Ética de la investigación biomédica, México, DF, manual moderno. 1999; 139-58.
- 32.- Jiménez PR. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud México DF: 2000; 37-38.
- 33.- Gómez C. F J Irigoyen CA, Ponce RER.: Bases para la investigación en las especialidades médicas. México, Ed Medicina Familiar Mexicana, 1999. 23-109.
- 34.- Real Academia Española diccionario. Vigésima segunda ed. Espasa-Calpe; Madrid: 2005.

# **ANEXOS**

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO

1.- Nombre: \_\_\_\_\_

2.- Número de afiliación: \_\_\_\_\_

3.- Edad: \_\_\_\_\_

4.- Sexo: \_\_\_\_\_

5.- Dirección: \_\_\_\_\_

6.- Teléfono: \_\_\_\_\_

7.- Estado civil: \_\_\_\_\_

8.- Consultorio: \_\_\_\_\_

9.- Turno: \_\_\_\_\_

10.- Lugar que ocupa en la familia: \_\_\_\_\_

11.- Redes de apoyo: \_\_\_\_\_

12.- Ingreso económico: \_\_\_\_\_

13.- Características del esposo o esposa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14.- Características de los hijos por orden cronológico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15.- Características de otros integrantes de la familia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (Emma Espejel)

La evaluación de la variable funcionalidad familiar se realizará a través de la escala de funcionamiento familiar, la cual es una entrevista abierta y dirigida conformada por 40 reactivos que investigan 9 áreas que miden el funcionamiento dinámico, sistémico estructural de la familia. Prevé la realización de un familiograma y un espacio para datos sociodemográficos, económicos, de vivienda.

1. ¿Hay en su familia algún o algunos miembros considerados como los más trabajadores?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie
-------	-------	-------	-------	---------------	------------------	-------	-------

Funcionalidad

2. ¿Quién organiza la alimentación en la familia (ir al mercado, decir los menús, etc.)

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie
-------	-------	-------	-------	---------------	------------------	-------	-------

Funcionalidad

3. En la familia, ¿hay alguna o algunas personas que sean más reconocidas y tomadas en cuenta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie
-------	-------	-------	-------	---------------	------------------	-------	-------

Funcionalidad

4. Si se reúne la familia para ver televisión, ¿quién decide el programa?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie
-------	-------	-------	-------	---------------	------------------	-------	-------

Funcionalidad

5. ¿Quién o quiénes de la familia tienen más obligaciones?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie
-------	-------	-------	-------	---------------	------------------	-------	-------

Funcionalidad

6. ¿Quién o quiénes de la familia intervienen cuando los padres discuten o pelean entre sí?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie
-------	-------	-------	-------	---------------	------------------	-------	-------

Funcionalidad

7. En los problemas de los hijos, ¿quién o quiénes intervienen?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie
-------	-------	-------	-------	---------------	------------------	-------	-------

Funcionalidad

8. ¿Quién reprende a los hijos cuando cometen una falta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie
-------	-------	-------	-------	---------------	------------------	-------	-------

Funcionalidad

9. Si en casa existen horarios para comer o llegar, ¿quiénes respetan los horarios de llegada?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro familiar no	Todos	Nadie
-------	-------	-------	-------	---------------	------------------	-------	-------

No existen horarios  Funcionalidad

10. Si uno de los padres castiga a un hijo ¿quién interviene?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro familiar no	Todos	Nadie
-------	-------	-------	-------	---------------	------------------	-------	-------

No ha sucedido  Funcionalidad

11.-Cuando alguien invita a la casa a quien se le avisa.

Quién avisa	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro familiar no	No avisa
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nunca invitan  Funcionalidad

12. ¿Quiénes participan y quiénes no participan en la economía familiar?

Estatus	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar
Trabaja y participa						
Trabaja y no participa						
No trabaja y participa						
No trabaja y no participa						

Funcionalidad

13. Si cada cual tiene obligaciones definidas en esta familia, ¿quién sustituye a quién para cumplirlas cuando no puede hacerlo el responsable?

Responsable	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

No existen obligaciones definidas  Funcionalidad

14- En las decisiones familiares importantes, ¿quiénes participan?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro familiar no	Todos	Nadie

Funcionalidad

15. Para ausentarse de la casa, ¿quién le avisa o pide permiso a quién?

Pide permiso	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro familiar no	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

16. Cuando alguien comete una falta, ¿quién y cómo castiga?

Quien castiga	Verbalmente	Corporalmente	Instrumentalmente
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

No se castiga  Funcionalidad

17. Si acostumbran hacer promesas sobre premios y castigos, ¿quiénes las cumplen siempre?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro familiar no	Todos	Nadie

Funcionalidad

18. Cuando alguien se siente triste, decaído o preocupado, ¿quién pide ayuda?

Pide ayuda	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro familiar no	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

19. ¿Quiénes de ustedes salen juntos con cierta frecuencia?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro familiar no	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

20. En esta familia, ¿quién protege a quién?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

21. Si conversan ustedes unos con otros, ¿quién con quién lo hace?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

22. Si consideran ustedes que expresan libremente sus opiniones, ¿quiénes son los que lo hacen?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

No  Funcionalidad

23. ¿Quiénes tienen mejor disposición para escuchar?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

24. Cuándo entre algunos de ustedes se toma una decisión o se llega a algún acuerdo, ¿ a quiénes se les hace saber con claridad?

Quiénes acuerdan	Subsistema parental	Subsistema hijos	Otro familiar	Otro familiar no	Nadie
Subsistema parental					
Subsistema hijos					
Otro familiar					
Otro familiar no					

No hay acuerdos

Funcionalidad

25. ¿Quién supervisa el comportamiento escolar de los hijos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

26. ¿Quién se responsabiliza de los hábitos higiénicos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

27. Para transmitir los valores más importantes en esta familia, ¿quién se ha responsabilizado de su transmisión y vigencia?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

28. Cuando algo se descompone, ¿quién organiza su reparación?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

29. ¿Quién o quiénes participan en la solución de un problema grave?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro familiar no	Todos	Nadie

Funcionalidad

30. ¿Quiénes tomaron la decisión de vivir en este lugar?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie
-------	-------	-------	-------	---------------	------------------	-------	-------

Funcionalidad

31. En esta familia, ¿Quiénes son las más alegres o los que se divierten más?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie
-------	-------	-------	-------	---------------	------------------	-------	-------

Funcionalidad

32. ¿Quién en esta familia estimula las habilidades y aptitudes?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie
-------	-------	-------	-------	---------------	------------------	-------	-------

Funcionalidad

33. ¿Quiénes en la familia se abrazan espontáneamente?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

34. Cuando se llegan a enojar en esta familia, ¿quiénes son los que lo hacen y con quienes?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

35. ¿Se han llegado a golpear en esta familia? ¿Quién con quién?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro familiar no	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro familiar no							

Frecuencia

	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro familiar no			

Funcionalidad

36. ¿En esta familia hay alguien que se embriague con alcohol o tome otro tipo de estimulantes?

	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad

37. ¿Quién tiene o ha tenido problemas de comportamiento en la escuela, el trabajo o con los demás?

	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad

38. Si en esta familia ha habido problemas con la autoridad (policía, jefes, maestros etc.) ¿Quién las ha tenido?

	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad

39. ¿Quién ha presentado un problema emocional?

	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad

40. ¿Quién en la familia se aísla?

	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad

Distribución de ítem de acuerdo a las áreas que exploran

Roles	2,12,13,26,28
Jerarquía	3,11,14,15,27,29,30
Centralidad	1,4,5
Límites	6,7,9,10
Modos de control de conducta	8,16,17,25
Alianzas	18,19,20
Afectos	31,32,33,34,35
Comunicación	21,22,23,24
Psicopatología	36,37,38,39,40

TABLAS DE CONVERSIÓN

DISFUNCIONAL

FUNCIONAL

	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
PC																										
PG	80	84	88	92	96	100	104	108	112	116	120	124	128	132	136	140	144	148	152	156	160	164	168	172	176	180
PT	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50	52	54	56	58	60	62	64	66	68	70	72	74
PC			15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38
PG			88	92	96	100	104	108	112	116	120	124	128	132	136	140	144	148	152	156	160	164	168	172	176	180
PT			28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50	52	54	56	58	60	62	64	66	68	70	72	74
PC																										
PG									102	108	114	120	126	132	138	144	150	156	162	168	174	180				
PT									35	38	41	44	47	50	53	56	59	62	65	68	71	74				
PC																										
PG									102	108	114	120	126	132	138	144	150	156	162	168	174	180				
PT									35	38	41	44	47	50	53	56	59	62	65	68	71	74				
PC																										
PG									102	108	114	120	126	132	138	144	150	156	162	168	174	180				
PT									32	35	38	41	44	47	50	53	56	59	62	65	68	71	74			
PC																										
PG									96	102	108	114	120	126	132	138	144	150	156	162	168	174	180			
PT									32	35	38	41	44	47	50	53	56	59	62	65	68	71	74			
PC																										
PG									96	100	104	108	112	116	120	124	128	132	136	140	144	148	152	156	160	164
PT									32	34	36	38	40	42	44	46	48	50	52	54	56	58	60	62	64	66
PC																										
PG									92	102	112	122	132	142	152	162	172									
PT									30	35	40	45	50	55	60	65	70									
PC																										
PG									92	102	112	122	132	142	152	162	172									
PT									30	35	40	45	50	55	60	65	70									
PC																										
PG									96	102	108	114	120	126	132	138	144	150	156	162	168	174	180			
PT									32	35	38	41	44	47	50	53	56	59	62	65	68	71	74			

CRUDO PC  
GLOBAL PG  
TOTAL PT

## Formato de Calificación

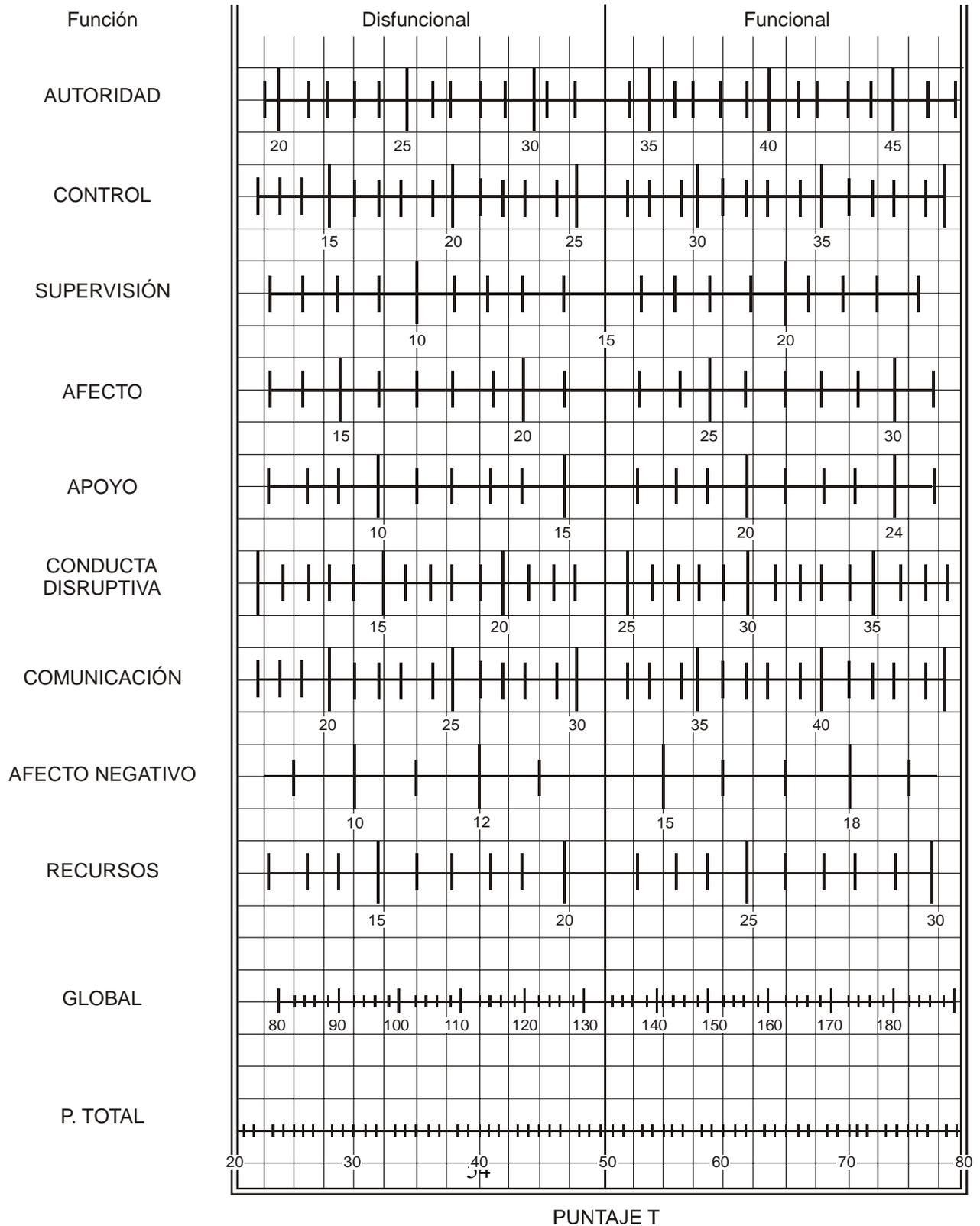
Cada cuadro tiene el número de ítem que le corresponde. Escribir el puntaje de funcionamiento en los cuadros según el orden que le corresponda. Un mismo ítem puede aparecer en varios conceptos ( por ejemplo el 40 ) después de haber hecho el vaciado sumar cada escala. El puntaje global se obtiene sumando todos los puntos de los 40 ítems, debido a la repetición de ítems en diferentes escalas no se puede hacer la suma por escalas.

Calificación											Suma
<b>Autoridad</b>	1	3	4	5	11	12	14	28	39	40	
<b>Control</b>	8	10	17	26	31	34	35	40			
<b>Superación</b>	16	25	26	28	30						
<b>Afecto</b>	22	23	24	27	31	32	33				
<b>Apoyo</b>	7	16	18	20	39	40					
<b>Conducta Disruptiva</b>	5	9	36	37	38	39	40				
<b>Comunicación</b>	4	10	15	18	19	21	22	36	38		
<b>Afecto Negativo</b>	6	15	29	34							
<b>Recurso</b>	2	12	13	14	17	40					
<b>Puntaje Global</b>											

Una vez obtenido el puntaje global y la suma horizontal por áreas, se vacían en el siguiente perfil para obtener una gráfica de funcionalidad o disfuncionalidad.

## Perfil de funcionamiento familiar

Familia \_\_\_\_\_ Fecha de Aplicación : \_\_\_\_\_  
 Tiempo de formada \_\_\_\_\_ Años Etapa de ciclo vital : \_\_\_\_\_  
 Nivel socioeconómico \_\_\_\_\_ Número de miembros : Adultos \_\_\_\_\_  
 Adolescentes \_\_\_\_\_ Niños \_\_\_\_\_ Tipo de familia : \_\_\_\_\_



# Escala de Funcionamiento Familiar

Espejel E. / Cortés J. / Ruiz Velazco V. / Copyright 1995

Familia \_\_\_\_\_

Tiempo de Unión \_\_\_\_\_ Edad del primer hijo ( a ) \_\_\_\_\_

Ingreso familiar \_\_\_\_\_ Ingreso per capita \_\_\_\_\_

Posicion	Sexo	Edad	Escolaridad	Ocupacion	Aportación económica a la familia
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Descripción de la vivienda \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

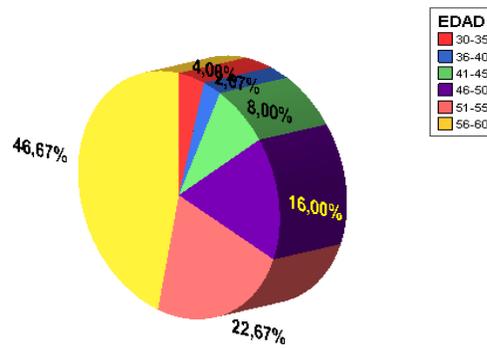
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Cuadro 1**

**EDAD**

		Frecuencia	Porcentaje
Valido	30-35	6	4,0
	36-40	4	2,7
	41-45	12	8,0
	46-50	24	16,0
	51-55	34	22,7
	56-60	70	46,7
	Total	150	100,0



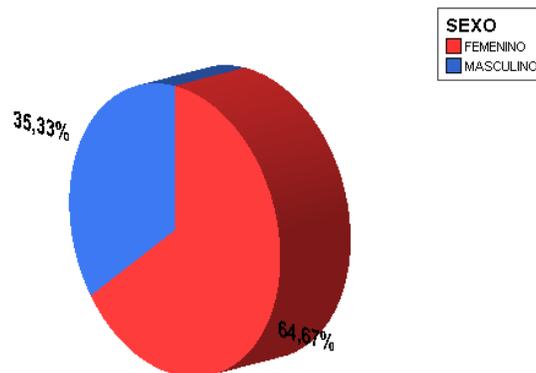
**Gráfica 1**

**Cuadro 2**

**SEXO**

		Frecuencia	Porcentaje
Valido	FEMENINO	97	64,7
	MASCULINO	53	35,3
Total		150	100,0

**Gráfica 2**

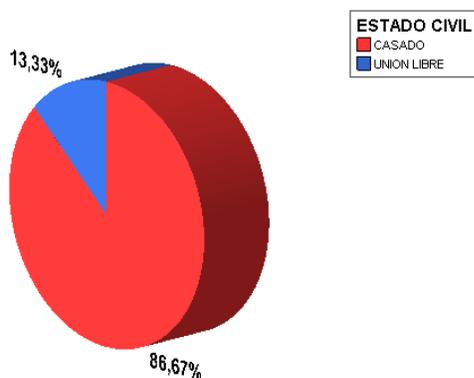


**Cuadro 3**

**ESTADO CIVIL**

		Frecuencia	Porcentaje
Valido	CASADO	130	86.7
	UNION LIBRE	20	13.3
	Total	150	100.0

**Gráfica 3**

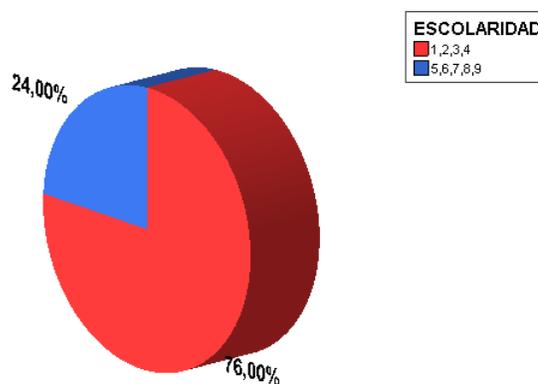


**Cuadro 4**

**ESCOLARIDAD**

		Frecuencia	Porcentaje
Valido	1,2,3,4	114	76.0
	5,6,7,8,9	36	24.0
	Total	150	100.0

**Gráfica 4**

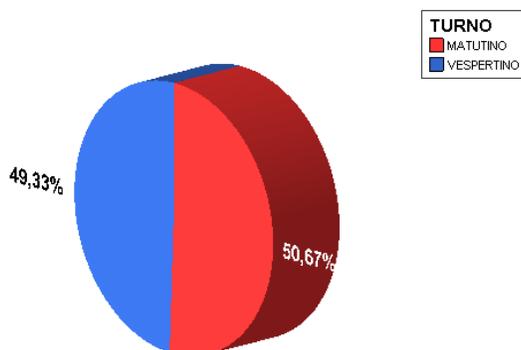


**Cuadro 5**

**TURNO**

		Frecuencia	Porcentaje
Valido	MATUTINO	76	50.7
	VESPERTINO	74	49.3
	Total	150	100.0

**Gráfica 5**

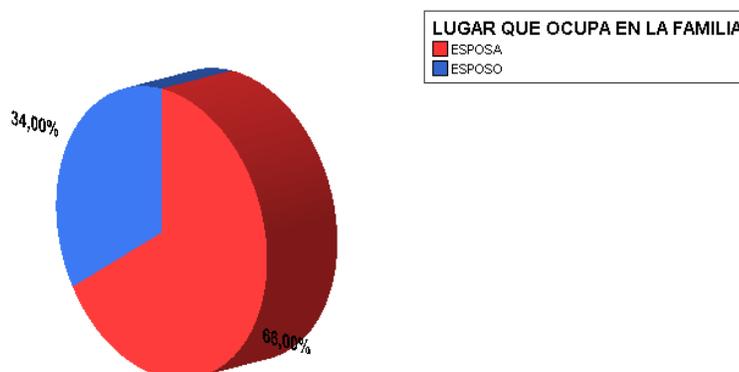


**Cuadro 6**

**LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA**

		Frecuencia	Porcentaje
Valido	ESPOSA	99	66.0
	ESPOSO	51	34.0
	Total	150	100.0

**Gráfica 6**

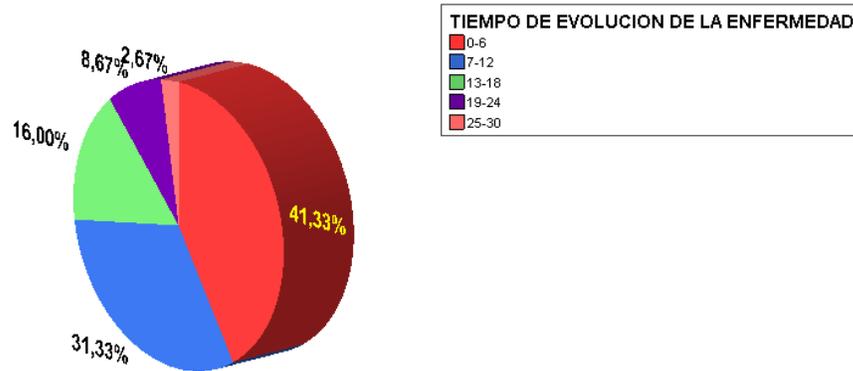


**Cuadro 7**

**TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD**

		Frecuencia	Porcentaje
Valido	0-6	62	41.3
	7-12	47	31.3
	13-18	24	16.0
	19-24	13	8.7
	25-30	4	2.7
	Total	150	100.0

**Gráfica 7**

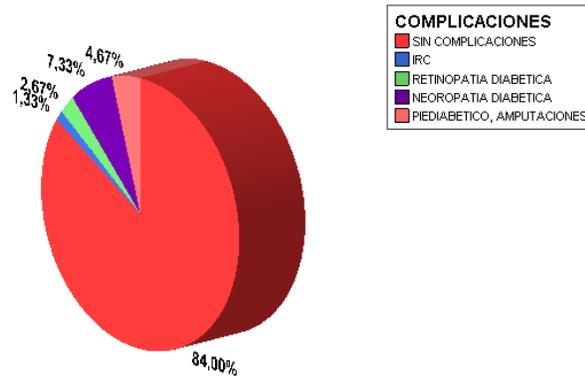


**Cuadro 8**

**COMPLICACIONES**

	Frecuencia	Porcentaje	
Valido	SIN COMPLICACIONES	126	84.0
	IRC	2	1.3
	RETINOPATIA DIABETICA	4	2.7
	NEUROPATIA DIABETICA	11	7.3
	PIEDIABETICO, AMPUTACIONES	7	4.7
	Total	150	100.0

**Gráfica 8**

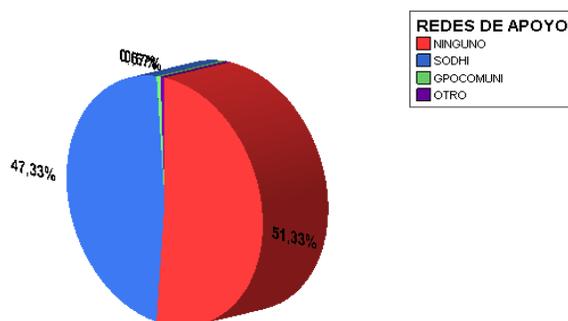


**Cuadro 9**

**REDES DE APOYO**

	Frecuencia	Porcentaje
Valido NINGUNO	77	51.3
GRUPOS SODHI ( SOBREPESO, OBESIDAD, DIABETES M. HIPERTENSIÓN A. )	71	47.3
GRUPOS COMUNITARIOS	1	.7
OTRO	1	.7
Total	150	100.0

**Gráfica 9**

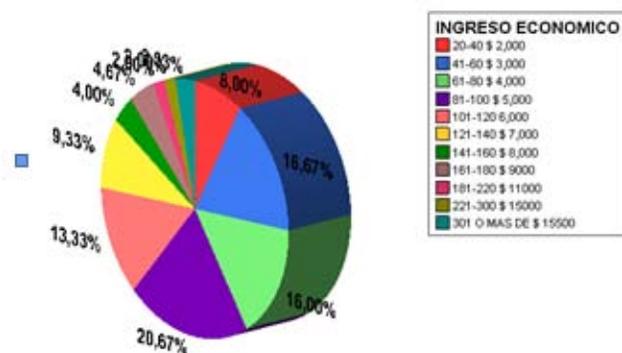


**Cuadro 10**

**INGRESO ECONOMICO**

	Frecuencia	Porcentaje
Valido 20-40 \$ 2,000	12	8.0
41-60 \$ 3,000	25	16.7
61-80 \$ 4,000	24	16.0
81-100 \$ 5,000	31	20.7
101-120 6,000	20	13.3
121-140 \$ 7,000	14	9.3
141-160 \$ 8,000	6	4.0
161-180 \$ 9000	7	4.7
181-220 \$ 11000	3	2.0
221-300 \$ 15000	3	2.0
301 O MAS DE \$ 15500	5	3.3
Total	150	100.0

**Gráfica 10**

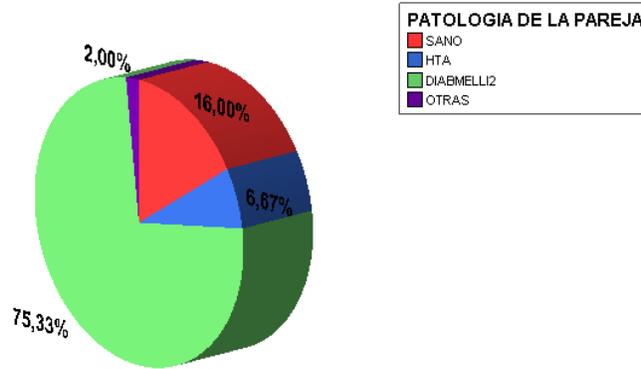


**Cuadro 11**

**PATOLOGIA DE LA PAREJA**

	Frecuencia	Porcentaje
Valido SANO	24	16.0
HTA	10	6.7
DM2	113	75.3
OTRAS	3	2.0
Total	150	100.0

**Gráfica 11**

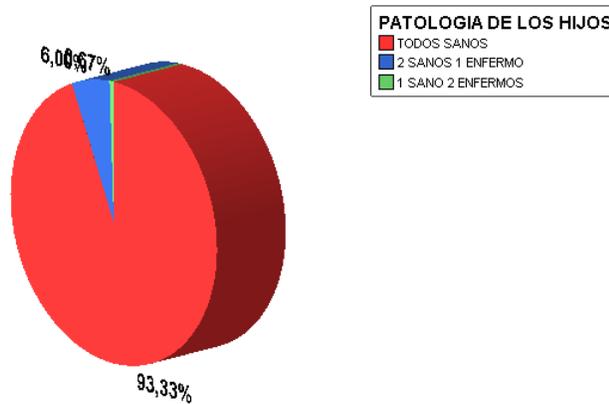


**Cuadro 12**

**PATOLOGIA DE LOS HIJOS**

	Frecuencia	Porcentaje
Valido TODOS SANOS	140	93.3
DOS SANOS Y UN ENFERMO	9	6.0
UN SANO Y DOS ENFERMOS	1	.7
Total	150	100.0

**Gráfica 12**



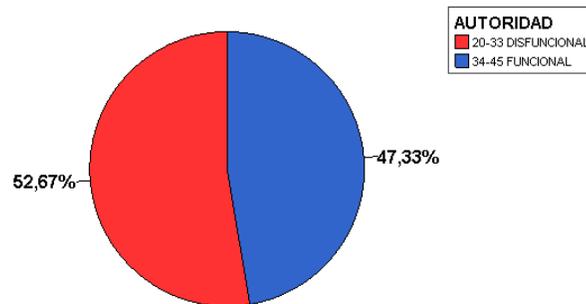
## FACTORES O ESFERAS EMOCIONALES

**Cuadro 13**

### AUTORIDAD

		Frecuencia	Porcentaje
Valido	20-33 DISFUNCIONAL	79	52.7
	34-45 FUNCIONAL	71	47.3
	Total	150	100.0

**Gráfica 13**

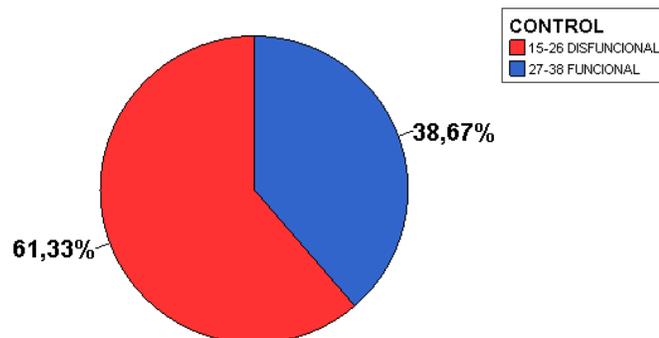


**Cuadro 14**

### CONTROL

		Frecuencia	Porcentaje
Valido	15-26 DISFUNCIONAL	92	61.3
	27-38 FUNCIONAL	58	38.7
	Total	150	100.0

**Gráfica 14**

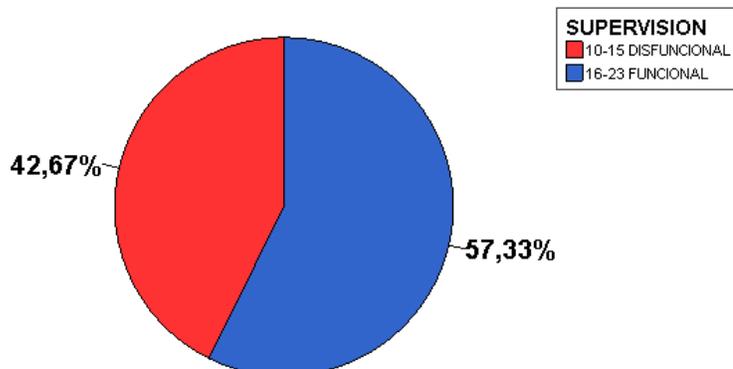


**Cuadro 15**

**SUPERVISION**

	Frecuencia	Porcentaje
Valido 10-15 DISFUNCIONAL	64	42.7
16-23 FUNCIONAL	86	57.3
Total	150	100.0

**Gráfica 15**

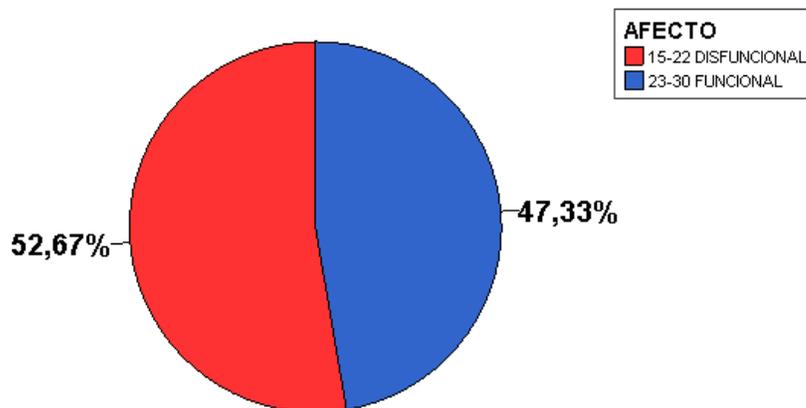


**Cuadro 16**

**AFECTO**

	Frecuencia	Porcentaje
Valido 15-22 DISFUNCIONAL	79	52.7
23-30 FUNCIONAL	71	47.3
Total	150	100.0

**Gráfica 16**

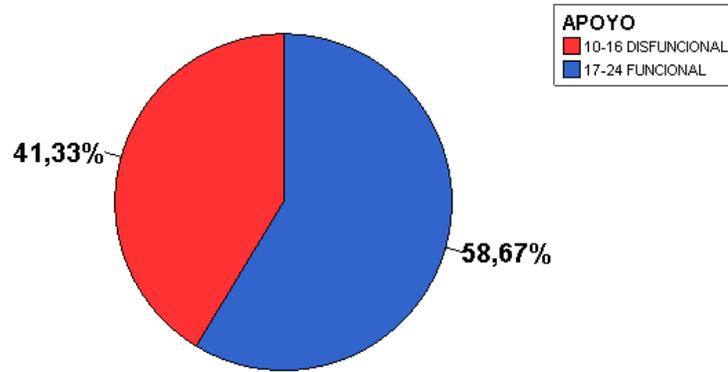


**Cuadro 17**

**APOYO**

		Frecuencia	Porcentaje
Valido	10-16 DISFUNCIONAL	62	41.3
	17-24 FUNCIONAL	88	58.7
	Total	150	100.0

**Gráfica 17**

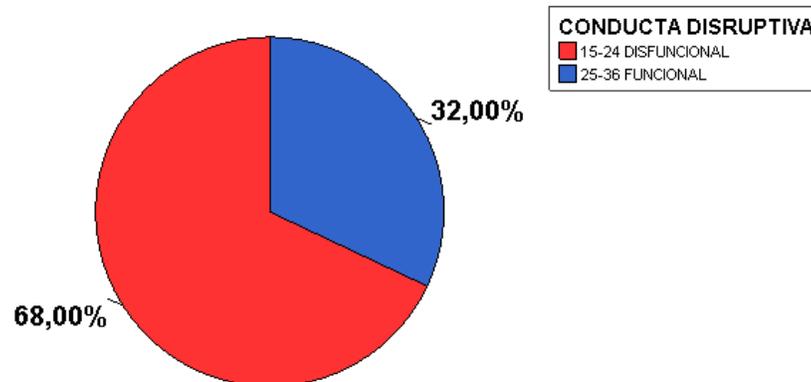


**Cuadro 18**

**CONDUCTA DISRUPTIVA**

		Frecuencia	Porcentaje
Valido	15-24 DISFUNCIONAL	102	68.0
	25-36 FUNCIONAL	48	32.0
	Total	150	100.0

**Gráfica 18**

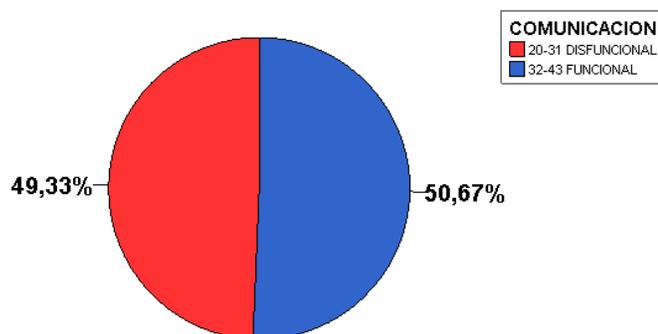


**Cuadro 19**

**COMUNICACIÓN**

		Frecuencia	Porcentaje
Valido	20-31 DISFUNCIONAL	74	49.3
	32-43 FUNCIONAL	76	50.7
	Total	150	100.0

**Gráfica 19**

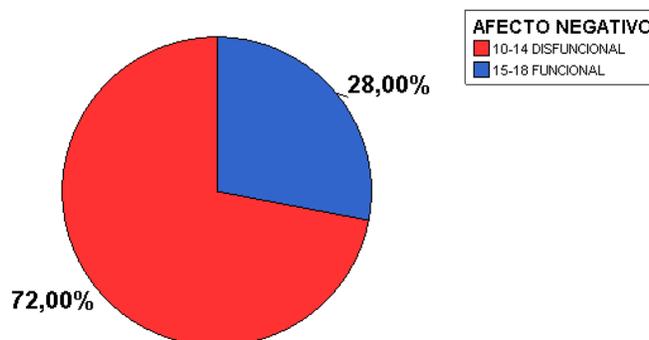


**Cuadro 20**

**AFECTO NEGATIVO**

		Frecuencia	Porcentaje
Valido	10-14 DISFUNCIONAL	108	72.0
	15-18 FUNCIONAL	42	28.0
	Total	150	100.0

**Gráfica 20**

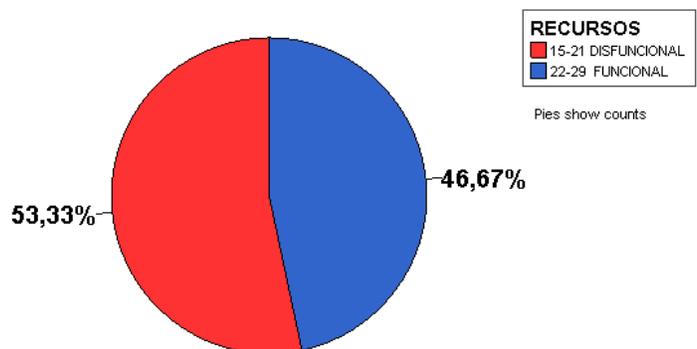


**Cuadro 21**

**RECURSOS**

		Frecuencia	Porcentaje
Valido	15-21 DISFUNCIONAL	80	53.3
	22-29 FUNCIONAL	70	46.7
	Total	150	100.0

**Gráfica 21**



**Cuadro 22**

**PUNTAJE GLOBAL**

		Frecuencia	Porcentaje
Valido	80-135 DISFUNCIONAL	79	52.7
	136-180 FUNCIONAL	71	47.3
	Total	150	100.0

**Gráfica 22**

