



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA



**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
E INVESTIGACIÓN**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

SECRETARIA DE SALUD

CAAPS. DR. MAXIMILIANO DORANTES

**FUNCIONALIDAD, ADAPTACION Y COHESION FAMILIAR EN PACIENTES
DIABETICOS DEL CAAPS. DR. MAXIMILIANO DORANTES**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. MIRELLA ZAPATA HERNÁNDEZ



Gobierno del Estado de Tabasco
C.A.A.P.S.
"DR. MAXIMILIANO DORANTES"
VILLAHERMOSA, TABASCO.



SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION DE CALIDAD Y
ENSEÑANZA EN SALUD

Villahermosa, Tabasco 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.



**FUNCIONALIDAD, ADAPTACION Y COHESION FAMILIAR EN PACIENTES
DIABETICOS DEL CAAPS. DR. MAXIMILIANO DORANTES**

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

PRESENTA:

DRA. MIRELLA ZAPATA HERNANDEZ

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA

**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR FACULTAD DE
MEDICINA**

U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA

**COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA**

U.N.A.M.

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES

**COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA**

U.N.A.M.



DRA. MIRELLA ZAPATA HERNANDEZ

**FUNCIONALIDAD, ADAPTACION Y COHESION FAMILIAR EN PACIENTES
DIABETICOS DEL CAAPS. DR. MAXIMILIANO DORANTES**

**QUIMICO SERGIO LEON RAMIREZ
DIRECTOR DE CALIDAD Y ENSEÑANZA**

P.a

**DR. LUIS FELIPE GRAHAM ZAPATA
SECRETARIO DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE TABASCO**



**FUNCIONALIDAD, ADAPTACION
Y COHESION FAMILIAR EN EL
PACIENTES DIABETICOS**



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

PRESENTA:

DRA. MIRELLA ZAPATA HERNANDEZ

AUTORIZACIONES:

**DR. ROQUE JESUS PRIEGO MARTINEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN CAAPS DR. MAXIMILIANO
DORANTES**

**DR. MANUEL EDUARDO BORBOLLA SALA
ASESOR METODOLOGIA DE TESIS
ASESOR DEL TEMA DE TESIS**

VILLAHERMOSA, TABASCO 2007

TITULO

**FUNCIONALIDAD, ADAPTACION Y COHESION FAMILIAR EN
PACIENTES DIABETICOS DEL CAAPS. DR. MAXIMILIANO
DORANTES**

INDICE

TITULO

AUTORES

RESUMEN

INTRODUCCIÓN 1

MARCO TEORICO 3

ANTECEDENTES 10

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 13

JUSTIFICACIÓN 14

OBJETIVO 15

MATERIAL Y METODOS 16

RESULTADOS 19

DISCUSION 22

CONCLUSIONES 24

RECOMENDACIONES 25

BIBLIOGRAFIAS 26

ANEXOS 29

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco a Dios en primer lugar por la culminación de mi trabajo,

A mis hijos Gregorio, Grecia y Gerardo Beltrán Zapata, por la comprensión y apoyo incondicional que me brindaron siempre y por las horas que pasamos separados debido mis clases de la especialidad.

Un agradecimiento muy especial para mí asesor de tesis : Dr. Manuel Eduardo Borbolla Sala por su dedicación, consejos, paciencia y conocimientos para enriquecer este trabajo.

A mi sobrina la Biól. Gissela Hernández Zapata por su apoyo.

Al Dr. Martín De Porres Fernando Iván Ortiz Celaya sus consejos.

A mis compañeros de la especialidad.

Y a todos los que me apoyaron para la culminación de mi trabajo.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo en el paciente diabético. Se tomo una muestra representativa de 102 pacientes diabéticos del CAAPS. DR. MAXIMILIANO DORANTES Con el objetivo de evaluar la cohesión, adaptación y funcionalidad familiar con la encuesta FACES III .y evaluar la funcionalidad familiar con la encuesta de APGAR familiar. Se obtuvo en la distribución por edades que el 15% están en el rango de 25 a 35 años de edad, el 44% de 36 a 45, el 25 % de 46 a 55 , 13% de 56 a 65 y 3% más de 66 años. El estado civil fue el siguiente: 15 % solteros, 41% casados, 16% viudos, 15% divorciados, 12% unión libre. Según la escolaridad el 12% analfabetas, 39% con primaria, 20% con secundaria, 18 % con preparatoria 11% universitarios. El 44% son católicos, 13 % presbiterianos, 18% adventistas, 11 % otra religión. En cuanto a la dependencia económica: 0% depende de padres o hermanos, 56 % del cónyuge, 25% autosuficientes el 19% de sus hijos. La distribución de los diabéticos por el tiempo de evolución de la enfermedad el 41% < a 5 años, 25% de 6 a10 años, el 18% de 11 a 20 años y el 16 % mayor a 20 años. Según el APGAR familiar el 64% cuenta con familia funcional y 36 % con familia disfuncional. Los resultados del FACES III nos dicen que las familias de los diabéticos son moderadamente funcional, con moderada cohesión y baja adaptabilidad.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es sin duda uno de los problemas de salud de mayor importancia en el mundo, con cerca de 30 millones de diabéticos en el planeta. Sólo en Europa esta cifra supera con sobras los 10 millones, Se estima, además, que la mitad de los afectados desconocen su situación por padecerla en grado leve y que cerca del 40 % de las personas obesas sufre diabetes, sin saberlo. Las cifras hablan por sí mismas: la diabetes es el problema endocrino más grave del siglo XX. ¹

El estudio y la mejora de la calidad de vida de los pacientes es en la actualidad un objetivo central en la asistencia sanitaria .El paciente con diabetes mellitus se ve sometido a lo largo de su enfermedad a diferentes situaciones el diagnóstico inicial, las demandas que la enfermedad le plantea en su vida diaria, la aparición de posibles complicaciones que repercuten de manera importante en su bienestar físico, psicológico y social.²

Una de las funciones esenciales de la familia la constituye el prestar apoyo a los miembros que la integran. En el caso de aparición de una enfermedad crónica como la Diabetes mellitus 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.²

A lo largo del ciclo vital familiar surgen distintos acontecimientos que actúan afectando la homeostasis familiar y que exigen mecanismos de adaptación para su recuperación. Dichos mecanismos adaptativos dependerán para su éxito de la existencia de una correcta función familiar.

La familia como sistema juega un papel importante no sólo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas.³

La familia con un funcionamiento adecuado, o familia funcional, puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados de salud favorables en éstas. Así como también que una familia disfuncional o con un funcionamiento inadecuado, debe ser considerada como factor de riesgo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades en sus miembros.³

La vida familiar, social y laboral se altera por completo ante la aparición de una enfermedad, más aún si ésta es irreversible o degenerativa, esta situación obliga al paciente a cambiar de manera radical su modo de vida resultando de suma importancia el apoyo familiar. La actitud del paciente ante la vida, así como el apoyo familiar y social es fundamental para convivir con una enfermedad incurable.⁴

MARCO TEÓRICO

La diabetes mellitus es una enfermedad con participación hereditaria, crónica, progresiva, condicionada por inadecuada secreción o utilización de insulina, con repercusión en el metabolismo intermedio, alteraciones neurológicas y lesiones de macro y microangiopatías que ocasionan grave deterioro al organismo. De ser una enfermedad característica de los países desarrollados ha pasado a ser una epidemia en países en desarrollo, y a pesar de que existe un desarrollo considerable en el esclarecimiento de los mecanismos de sus causas y consecuencias, las estrategias para su prevención han resultado insuficientes.⁵

Las repercusiones sociales y económicas causadas por esta enfermedad obligan a las Instituciones de Salud a crear esquemas eficaces que eviten las complicaciones tardías. En México y en el Instituto Mexicano del Seguro Social ocupa actualmente el segundo lugar como motivo de consulta en Medicina Familiar⁶.

A lo largo del ciclo vital familiar surgen distintos acontecimientos que actúan afectando la homeostasis familiar uno de los acontecimientos vitales estresantes que obligan a una readaptación es la aparición de una enfermedad crónica en uno de los miembros del sistema que exige modificaciones en sus hábitos de vida, con la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación, para asegurar un funcionamiento familiar normal.⁷ Si la familia no puede ejercer sus funciones por alteraciones en alguno de los subsistemas será una familia disfuncional.⁸ La disfunción familiar es un problema de interrelación con las estructuras sociales porque requiere modificaciones estructurales y adaptativas. En su conjunto determinan las características de la dinámica familiar el estudio de la influencia que tiene la familia sobre el individuo diabético resulta complicado, porque los parientes y la red social que rodean al paciente con frecuencia son de gran magnitud.⁹

Las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas.

La familia es el grupo social es el más importante para el hombre, y es considerado un recurso para el mantenimiento de la salud y la atención preventiva. Los conocimientos que tenga la familia influyen directamente en los cuidados que se otorgan al enfermo. Las interacciones entre los miembros de la familia pueden ser negativas o positivas. Cuando se dan las segundas proveen sensación de bienestar y el apoyo que permite mantener el soporte emocional como vehículo de socialización.¹⁰

La familia es un grupo o sistema compuesto por subsistemas que serían sus miembros y a la vez integrada a un sistema mayor que es la sociedad. El nexo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia en toda la familia, por lo tanto la enfermedad de uno de sus miembros altera la vida del resto de los familiares quienes tienen que modificar su estilo de vida para cuidar al familiar enfermo.

Concebir a la familia como sistema implica que ella constituye una unidad, una integridad, por lo que no podemos reducirla a la suma de las características de sus miembros, la familia no se puede ver como una suma de individualidades, sino como un conjunto de interacciones.¹¹

Ante el diagnóstico de un trastorno como la diabetes mellitus, con su condición de cronicidad y que exige modificaciones en los hábitos y el modo de vida de uno de los miembros, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar la homeostasis amenazada. El factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevas normas y a veces nuevos papeles. Con esos cambios adaptativos aparecen nuevos riesgos para otros miembros de la familia, lo que puede afectar a su vez al familiar enfermo.

La aparición de la Diabetes sitúa al sistema familiar ante una situación nueva e inesperada. Conlleva la carga emocional de una enfermedad que no se "cura"; que precisa tratamiento para siempre; que exige medidas terapéuticas basadas en cambios en los hábitos de vida, tanto en el sentido dietético como en el del ejercicio físico con las dificultades reales de adaptación que ello exige para el resto de los miembros de la familia; con las complicaciones físicas que pueden ir surgiendo, originando una incapacidad que sobrecargar aún más el sistema. La familia procesará todo esto según su propio conjunto de creencias acerca de la enfermedad y las experiencias previas que posea en el cuidado de pacientes diabéticos, sobre todo en relación con acontecimientos dramáticos e impactantes como ceguera, amputaciones, úlceras, etc... Posteriormente pondrá en marcha los recursos con los que cuente, su cohesión, su capacidad de adaptación y de apoyo y su capacidad organizativa, buscando en caso de ser necesario.²

El funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar, la cual va a depender del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar.¹²

El Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, en 1978 creó el APGAR familiar como una respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia, , que es entendido fácilmente por personas con educación limitada y que en muy poco tiempo se puede completar.¹³ Para su elaboración se partió de una definición funcional: "la familia es un grupo psicosocial que consta del paciente y una o más personas, niños o adultos, en la cual hay una comisión de los miembros para la educación de los otros".¹⁴

Se diseñó para el uso potencial de personas en distintos estratos socioeconómicos y en diversos contextos socioculturales; además, es capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes importantes de la función familiar¹⁵

Sus parámetros se delinearon sobre la premisa que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar: como adaptación, participación, ganancia o crecimiento y recursos.¹³

Estos cinco componentes se evalúan a través de una serie de preguntas que miden tanto el ambiente emocional que rodea a nuestros pacientes como la capacidad del grupo para hacer frente a las diferentes crisis. Se conoce así el funcionamiento de la familia a través de la satisfacción del entrevistado con su vida, y la percepción que un integrante tiene del propio funcionamiento familiar.

El APGAR puede aplicarse a diferentes miembros de la familia y en distintos momentos para palpar su variación. Y en determinados momentos también puede ser útil el realizarlo en conjunto, en el transcurso de una entrevista, y conocer in situ las opiniones de todos los integrantes del sistema. Para establecer los parámetros por los cuales la salud funcional de la familia pudiera ser medida, escogió cinco componentes básicos de la función familiar.¹⁴

Esos componentes son los siguientes:

Adaptabilidad: mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situaciones de crisis).

Participación: mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo, el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos.

Gradiente de crecimiento: mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y dirección (conducta). Este gradiente evalúa la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia.

Afecto: mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos.

Resolución: mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia.

Estos cinco componentes se evalúan a través de una serie de preguntas que miden tanto el ambiente emocional que rodea al paciente como la capacidad del grupo para hacer frente a las diferentes crisis. Se conoce así el funcionamiento de la familia a través de la satisfacción del entrevistado con su vida, y la percepción que un integrante tiene del propio funcionamiento familiar.

El APGAR puede aplicarse a diferentes miembros de la familia y en distintos momentos para palpar su variación. Y en determinados momentos también puede ser útil el realizarlo en conjunto, en el transcurso de una entrevista, y conocer in situ las opiniones de todos los integrantes del sistema.

Considerando que la familia es el grupo social más significativo es importante evaluar a la familia del paciente diabético pues la familia es el apoyo que necesita para cumplir con su tratamiento.

La evaluación familiar se ha definido como la determinación del significado, importancia, valor o peso de las características del sistema familiar incluyendo aspectos de la estructura familiar, las relaciones intrafamiliares y las interacciones con su contexto social.¹⁵ A partir del análisis de la teoría familiar y de la literatura acerca de la terapia familiar se identificaron tres dimensiones de la dinámica familiar que podían expresarse en función de tres variables: cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar.¹⁶ La cohesión, es definida a partir de los vínculos emocionales que los miembros de una familia establecen entre sí; cuando es estrecha, favorece la identificación física y emocional y el establecimiento de sólidos vínculos entre estos y un fuerte sentimiento de pertenencia con el grupo familiar en su conjunto.

La adaptabilidad familiar, se refiere en primer lugar a la flexibilidad o capacidad de la familia para adoptar o cambiar sus reglas o normas de funcionamiento, y sus roles, ante la necesidad de tener que enfrentar determinados cambios, dificultades, crisis o conflictos por los que puede atravesar, en un momento dado. La ausencia de esta flexibilidad impide a la familia hacer un uso adecuado de sus recursos, y mantenerse aferrada a esquemas, normas, roles, y actitudes, que resultan poco funcionales y dificultan el encontrar una solución viable a la situación familiar problemática. La comunicación familiar refleja los patrones de interacción a través de los cuales los miembros de una familia, interactúan, intercambian mensajes con contenidos afectivos, informativos o normativos.¹⁷

Relacionando las variables de adaptabilidad y cohesión, Olson, Russell & Sprenkle plantearon que cuando hay un equilibrio fluido entre morfogénesis (cambio) y morfostasis (estabilidad), suele haber también 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, siendo aquellos más explícitos que implícitos. Por contraposición, los sistemas familiares más disfuncionales se sitúan en los extremos de esta dimensión.

Este tipo de familias suele tener más problemas a lo largo de su ciclo vital. Las funcionales se sitúan en los niveles intermedios. La escala FACES I por sus siglas en inglés Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (versión original) constaba de 111 ítems. La escala FACES II se diseñó a partir de la FACES I, a fin de disponer de un instrumento más breve, con frases más sencillas, de manera que pudiera ser respondida por los hijos y personas con dificultades de comprensión. Conservaron las mismas categorías en cada dimensión. A fin de mejorar la confiabilidad, validez y utilidad clínica del instrumento, se desarrolló una tercera versión de la escala (FACES III), resultando una escala formada por 20 ítems, 10 relativos a la cohesión y 10 a la adaptabilidad.¹⁸

Como educadores de la salud se debe fomentar la participación de la familia en el control del paciente diabético orientándola para lograr que las familias

disfuncionales se conviertan en funcionales y en conjunto apoyar al enfermo para controlar su enfermedad, haciendo que todos los miembros se involucren de tal manera que todos piensen de la manera que lo haría el paciente.

La información que se le brinde a la familia contribuirá a fomentar un medio familiar favorable que aumente significativamente su conocimiento sobre la enfermedad y reduzcan el estrés y mejoren la realización del tratamiento. Las personas que disponen de un sistema de apoyo familiar efectivo soportan mejor las crisis de la vida.¹⁹

Considerando la importancia que tiene la familia en el control del paciente diabético, este estudio desea **CONTRIBUIR A MEJORAR LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DEL PACIENTE DIABÉTICO.**

ANTECEDENTES

La diabetes mellitus es una enfermedad con participación hereditaria, crónica, progresiva, condicionada por inadecuada secreción o utilización de insulina, con repercusión en el metabolismo intermedio, alteraciones neurológicas y lesiones de macro y microangiopatías que ocasionan grave deterioro al organismo.²⁰

La diabetes mellitus es un problema de salud que afecta entre el 2 y el 5 % de la población mundial el número de casos nuevos que se dan a conocer todos los años aumenta rápidamente, a medida que asciende el promedio de vida del hombre, cambia su manera de vivir y los medios de detección de la enfermedad, por tanto, la prevalencia futura se vislumbra avasalladora.²¹

En 1955 existían 135 millones de pacientes diabéticos, se esperan alrededor de 300 millones para el año 2025. Entre 1995 y 2025 se ha estimado un incremento de 35% en la prevalencia. Predomina el sexo femenino y es más frecuente en el grupo de edad de 45 a 64 años. La prevalencia es mayor en los países desarrollados que en los países en vías de desarrollo y así continuará; sin embargo, el incremento proporcional será mayor en países en vías de desarrollo.

En los países desarrollados es más frecuente en la mujer, en los países en vías de desarrollo es casi igual en ambos sexos. De los 27 países con economía consolidada 14 tienen prevalencias mayores de 5.6%, las prevalencias más altas se encuentran en Suecia (9.3%), Noruega (8.6%) Dinamarca (8.3%) y Finlandia (7.9%) Los 23 países restantes tienen prevalencia menor de 3%. (Alemania, Austria, Australia, Bélgica, Francia, Gran Bretaña, Holanda, Irlanda, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Nueva Zelanda y Suiza). Los países europeos socialistas muestran prevalencias menores de 5%, excepto Verania (9.6%), Bielorrusia (8.92), y la Federación Rusa (8.4%). Las prevalencias más altas del mundo se observan en el Medio Oriente, principalmente en Chipre (13%) y Líbano (13.7%), el incremento global esperado en estos países para el 2025 es de 38%. El incremento mayor en la prevalencia se observa en China (16.8%) e India (15.9%). En Fiji (10.1%) En Latinoamérica y el Caribe la prevalencia global

es de 5.7%, para el año 2025 se espera 8.1%. La prevalencia más alta se encuentra en Uruguay 8.1%. El país latinoamericano con mayor incremento en la prevalencia es México (7.7-12.3%) y en el mundo es la India. En México en 1922 el 11.8% de las defunciones correspondió a enfermedades crónico degenerativas, en 1992 llegaron al 55%. Entre las enfermedades crónico degenerativas la diabetes mellitus (DM) muestra el ascenso más importante en los últimos años; en 1922 se registraron 368 defunciones por esta causa, en 1992, se observaron más de 29,000 fallecimientos y ocupó el 4º lugar de mortalidad. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC, 1993), alrededor de tres millones de personas (6.7%) entre 20 y 69 años padecen DM. La mayor parte de ellas mueren antes de los 60 años o presentan alguna discapacidad antes de esa edad. Por muertes prematuras se pierden 264 mil años de vida saludable (AVISA) 11 después los 45 años y por discapacidad se pierden 171 mil.²²

Los pacientes diabéticos en México viven 20 años en promedio con la enfermedad; este padecimiento se presenta entre los 35 y 40 años. Anualmente se registran 210 mil personas diabéticas y fallecen 30 mil aproximadamente. Por cada diabético que muere se detectan siete nuevos casos de enfermedad. La mortalidad por diabetes mellitus es mayor en los estados del Norte que en los del Sur, los del Centro tienen un comportamiento intermedio y el D.F. se comporta como los Estados del Norte, es más frecuente en los grupos sociales con estilo de vida urbano. La diabetes es la principal causa de demanda de consulta externa en instituciones públicas y privadas y uno de los principales motivos para la hospitalización. Es más frecuente en el medio urbano (63%) que en el rural (37%) y mayor en mujeres que hombres.

La esperanza de vida de un individuo diabético es de dos tercios de la esperada; los pacientes con complicaciones crónicas tienen el doble de posibilidades de morir que la población general.²³ La diabetes es una enfermedad para la que existen medidas dietéticas y de estilo de vida, además de medicamentos, lo que aunado a una vigilancia adecuada, su aparición y desarrollo de complicaciones se pueden reducir en forma importante.²⁴

La Organización Mundial de la Salud estimó que para 2000 existirían en México 2.18 millones de personas con diabetes mellitus, sin embargo la recientemente publicada encuesta nacional de salud 2000, efectuada por el Instituto Nacional de Salud Pública, detectó 3.65 millones y alrededor de 582 826 mexicanos murieron de diabetes en el período 1980-2000.²⁵

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los campos de acción de la educación para la salud se circunscribe al enfermo, a nivel hospitalario, ambulatorio y en el hogar, a efecto de lograr su participación activa, sobre todo en aquellas enfermedades que requieren de un tratamiento prolongado, haciéndose imprescindible la cooperación de familiares o allegados. La diabetes mellitus constituye un problema de salud pública en México, es una de las enfermedades crónicas que mayor atención y erogación demandan.

1.- ¿La familia del paciente diabético tiene baja cohesión y adaptación familiar?

2.- ¿Es la familia del paciente diabético disfuncional?

JUSTIFICACIÓN

En el estado de Tabasco no se tiene un registro de funcionabilidad familiar Y solo se dispone de tesis de ex residentes de medicina familiar que abordan la cohesión y adaptación de la familia, como la de la Dra. Galeana (2005) que menciona que el 25% de las familias con un paciente diabético; con descontrol metabólico tenía disfunción familiar, con baja adaptación y cohesión respectivamente; los otros están relacionados con otras patologías como obesidad, alcoholismo crónico y ser portadores de VIH.

Identificar a las familias disfuncionales con pacientes diabéticos a través de los instrumentos propuestos por Olson "FACES III y APGAR FAMILIAR" permitirá realizar una estrategia para identificar la adaptación y la cohesión familiar a fin de lograr el control metabólico y motivacional del paciente diabético.

Lo anterior de acuerdo al Plan de Calidad del CAAPS Dr. Maximiliano Dorantes, además de lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana, NOM-015-SSA2-1994, "para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la Atención Primaria.

OBJETIVO:

OBJETIVO GENERAL:

- Identificar la adaptación, cohesión y funcionalidad familiar del paciente diabético, que acude al CAAPS. Dr. Maximiliano Dorantes de los 13 núcleos básicos, durante el periodo Febrero a Julio del 2006.

OBJETIVO ESPECIFICO:

1. Evaluar la cohesión, adaptación y funcionalidad familiar del paciente diabético que acude al CAAPS. Dr. Maximiliano Dorantes en el turno matutino, con la encuesta FACES III de Olson.

2. Evaluar la funcionalidad familiar del paciente diabético que acude al CAAPS. Dr. Maximiliano Dorantes en el turno matutino, con la encuesta de APGAR familiar.

HIPÓTESIS

1. H_i . Existe baja cohesión, adaptación de la familia del paciente diabético.

H_o . No existe baja adaptación, cohesión, en la familia del paciente diabético.

2. H_i . La familia del paciente diabético es disfuncional

H_o . La familia del paciente diabético es funcional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo en el paciente diabético. Se tomo una muestra representativa de 102 pacientes diabéticos del CAAPS. DR. MAXIMILIANO DORANTES, en el turno matutino de los 13 núcleos básicos El estudio se llevó a cabo en los meses de Febrero a Julio del 2006. Se utilizaron los siguientes criterios. Se aplico un cuestionario de identificación del paciente que incluyó datos generales: edad, estado civil, escolaridad, religión, dependencia económica. (Anexo 1). Con el propósito de evaluar a las 102 familias de los pacientes diabéticos, se encuestó a cada paciente con el instrumento de evaluación de la funcionalidad familiar FACES III (Anexo 2) validado, (Olson DH, Portner J, Lavee Y), y el de APGAR FAMILIAR (Anexo 3).

La FACES III contiene 20 enunciados que contestarán como nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre; con un valor numérico del 1 al 5 respectivamente, que califica: Cohesión y adaptabilidad familiar. Una vez hecha la suma correspondiente a las dos dimensiones de cohesión y adaptabilidad se buscan las calificaciones obtenidas en cada una de las amplitudes de clase en la tabla de puntaje lineal e interpretación.

Estos datos se analizaran en tablas de contingencia y se determinara su asociación significativa y estadística.

UBICACIÓN: El estudio se llevo a cabo en el centro de salud CAAPS DR. MAXIMILIANO DORANTES, ubicado en la Av. Colegio Militar S/N en la Colonia Atasta de Serra.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

- A) Pacientes diabéticos derechohabientes del CAAPS DR. MAXIMILIANO DORANTES.
- B) Que acepten participar en este estudio.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN

- A) Que no acepte el cuestionario.
- B) Pacientes no adscritos en el CAAPS. DR. MAXIMILIANO DORANTES en el turno matutino.
- C) Que tengan otros padecimientos (cáncer, amputaciones por accidentes)

VARIABLES

INDEPENDIENTES

- A. Estado civil
- B. Escolaridad
- C. Dependencia económica
- D. Religión
- E. Edad
- F. Tiempo de vivir con la enfermedad
- G. Tiempo de vivir con la enfermedad
- H. Apoyo familiar
- I. Opinión de los hijos
- J. Autoridad familiar
- K. Reglas familiares
- L. Unión familiar

DEPENDIENTES

- A. Funcionalidad familiar
- B. Disfunción familiar
- C. Cohesión
- D. Adaptación

CONSIDERACIONES ETICAS

Durante la investigación se deberá salvaguardar la autonomía y la vida de los sujetos, así como la integridad física, psíquica y social. Se debe obtener consentimiento pleno y explícito por parte del paciente, se mezcla la investigación y la prestación de servicios.

La ética es la parte de la filosofía que estudia el comportamiento humano en su relación con el bien y el mal y que regula las relaciones humanas por lo que toda persona tiene derecho a que se respete su vida, y nadie puede ser privado de ella arbitrariamente, este derecho está protegido por la ley a partir del momento del nacimiento. Así como toda persona tiene derecho a que se le respete su integridad física, psíquica y moral (declaración de Ginebra 1948 y declaración de Oslo, 1979). Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad, a la salud y seguridad de su persona (Legislación Mexicana vigente). La declaración de Helsinki de 1964, establece las normas éticas para la investigación; ha sido revisada y actualizada en varias ocasiones y todo médico que lo realice deberá apegarse a sus normas, así como a las normas del Consejo de Organizaciones de Salud de 1982.

La bioética es la parte de la filosofía que considera lo lícito de los actos relacionados con la vida del hombre, en especial las vinculadas con la práctica y desarrollo de las ciencias médicas.

El presente estudio se considera ético ya que no ocasiona riesgos para la salud., pues no afecta física, moral o emocionalmente a los pacientes estudiados.

RESULTADOS

Se encuestó a 102 pacientes diabéticos del CAAPS.DR. MAXIMILIANO DORANTES, en el turno matutino de los 13 núcleos básicos Y se obtuvo el siguiente resultado: en la distribución por edades se obtuvo que el 15% de los pacientes están en el rango de 25 a 35 años de edad, el 44% de 36 a 45 años, el 25 % de 46 a 55 años, el 13% de 56 a 65 y el 3% con más de 66 años. Grafica 1.

El estado civil de los pacientes diabéticos fue el siguiente: 15 % son solteros, 41% casados, 16% viudos, 15% son divorciados y el 12% vive en unión libre. Grafica 2

Las encuestas realizadas expresan los siguientes resultados en cuanto a la escolaridad donde el 12% son analfabetas, 39% solo cuenta con educación primaria, 20% con secundaria, 18 % con preparatoria y el 11% con nivel profesional. Grafica 3.

En las encuestas se obtuvo que el 44% de los pacientes profesa la religión católica, 13 % presbiteriana, 18% adventista, 11 % otra religión. Grafica 4.

En cuanto a la dependencia económica: 0% depende de padres o hermanos, 56 % depende del cónyuge, 25% son autosuficientes y el 19% depende de sus hijos. Grafica 5.

La distribución de los diabéticos por el tiempo de evolución de la enfermedad quedo de la siguiente manera: el 41% < a 5 años, el 25% de 6 a10 años, el 18% de 11 a 20 años y el 16 % con una evolución mayor a 20 años. Como lo muestra la siguiente tabla 1 y la grafica 6:

Tiempo de evolución	Número de pacientes	Porcentajes
< 5 años	42	41 %
6-10 años	26	25 %
11-20 años	18	18 %
> 20 años	16	16 %

Fuente: 102 Encuestas realizadas a pacientes Diabéticos del CAAPS.Dr.Maximiliano Dorantes turno Matutino de los 13 núcleos básicos.

Según el APGAR familiar se obtuvo que el 64% cuenta con una familia funcional y el 36 % con familia disfuncional. (Tabla 2) Grafica 7

Tabla 2. Tipo de Familia	Total de las familias	%
Disfuncional	37	36
Funcional	65	64
TOTAL	102	100

Fuente: 102 Encuestas realizadas a pacientes Diabéticos del CAAPS.Dr.Maximiliano Dorantes turno Matutino de los 13 núcleos básicos.

Posterior al análisis de los datos de la encuesta FACES III de la versión familiar David H. Olson, se obtuvo que las familias de los pacientes diabéticos son familias moderadamente funcional, con moderada cohesión y baja adaptabilidad, flexibles por lo tanto son familias estructuradas, emocionalmente separadas y limitadamente unidas. Como se muestra de acuerdo al puntaje obtenido en la tabla de interpretación siguiente:

Tabla 3 :

FACES III Puntaje lineal e interpretación							
Cohesión		Adaptabilidad ...			Tipo de familia		
8	50 48	Aglutinado	8	50 41	Caótica	8	Balanceado
7	47 46		7	40 30		7	
6	45 43	Conectado	6	29 27	Flexible	6	Moderadamente Balanceado
5	42 41		5	26 25		5	
4	40 38	Separado	4	24 23	Estructurada	4	Rango Medio
3	37 35		3	22 20		3	
2	34 25	Desligado	2	19 15	Rígida	2	Extremo
1	24 10		1	14 10		1	

Fuente: Encuesta realizada a 102 pacientes Diabéticos del CAAPS.Dr.Maximiliano Dorantes turno Matutino de los 13 núcleos básicos. Con el instrumento de evaluación de la funcionalidad familiar FACES III

Los pacientes diabéticos de este estudio en su mayoría pertenecen a familias moderadamente funcional, con moderada cohesión y baja adaptabilidad, lo que significa que esas familias son flexibles y mas separadas que unidas, el tiempo individual es importante, prefieren espacios separados y cada quien toma sus propias decisiones, existe poca unidad entre sus miembros aunque es posible la unión, sus intereses son separados y prefieren actividades mas separadas que unidas. Existe equilibrio en el liderazgo con autorismo primario, la disciplina es democrática se predicen consecuencias y algo de aislamiento. Las negociaciones son estructuradas y las decisiones las toman los padres, los roles son estables pero pueden ser asumidos por otro integrante de la familia, las reglas son poco variables, y son firmemente estructuradas.

Este estudio pone de manifiesto aun cuando hay unión en esas familias, no se ejerce la autoridad con firmeza para hacer los cambios necesarios que la enfermedad exige, que debe ser de común acuerdo entre los miembros de la familia, y esto se logra teniendo intereses en común involucrándose mas con el paciente diabético para lograr que este deje de ser el enfermo que se aísla y se etiqueta, con este estudio podemos afirmar que cuando el nivel de cohesión familiar es bajo existe una situación de riesgo en los pacientes diabéticos.

DISCUSIÓN

Nuestro estudio coincide con lo expuesto por Aubá²⁶ en el 2005 donde plantea la siguiente interrogación ¿peligra el matrimonio de las pacientes con cáncer de mama cuando el nivel de cohesión familiar es bajo? donde afirma que tras diagnosticar una enfermedad crónica las familias con baja cohesión y flexibles presentan peores niveles de adaptación, y si la cohesión es elevada prácticamente no se producen cambios en el funcionamiento familiar.

Algo similar manifiesta Osornio²⁷ (2000) al estudiar la dinámica familiar de adolescentes con intento de suicidio donde las adolescentes que han intentado suicidarse se sienten rechazadas y ajenas a sus amigos y/o familiares; lo que ha repercutido en su salud, su sentir y las acciones auto-destructivas esto se debe a la falta de cohesión en las familias de las adolescentes suicidas, porque pertenecen a familias rígidamente desvinculadas, que se caracterizan en cuanto a cohesión por una muy alta independencia de los miembros, sus lazos familiares externos son abiertos, los internos son cerrados ; los generacionales rígidos tiempo separado de la familia al máximo (física y emocionalmente), amigos individuales y toma de decisiones también individuales., Estos factores de adaptabilidad y de cohesión familiar influyen sobre el resto de las variables estudiadas. A diferencia de las adolescentes que no han presentado intentos de suicidio, porque éstas se caracterizaron por pertenecer a familias inseparables en relación al factor cohesión.

El APGAR-familiar es una herramienta útil para conocer la situación familiar y su posible papel en el origen de los conflictos y en su solución, De acuerdo al resultado del APGAR familiar los pacientes de este estudio en su mayoría pertenecen a familias funcionales, aunque según los resultados obtenidos en el FACES III son flexibles y con intereses individuales lo que provoca que los pacientes se sientan desmotivados y esta situación repercute en su salud, lo que fortalece los resultados reportados en el estudio de Méndez López⁹ en el 2005 donde el 80 % de los pacientes pertenecientes a las familias funcionales mostró parámetros dentro de los límites de control de su glucosa , mientras que sólo 56 % de los sujetos pertenecientes a familias disfuncionales tuvieron estas

características, resultados similares reporta Galena Peralta¹⁹ en el 2005 donde el 55.71% de los individuos estudiados mostró controlada su cifra de glucosa en presencia de familia funcional, y solo el 7.14% en presencia de familia disfuncional.

Demostrando con los resultados anteriores que las alteraciones en la dinámica familiar desempeñan un papel importante en el control de los pacientes con enfermedades crónicas.

CONCLUSIONES

Las familias de este estudio son funcionales con baja adaptabilidad y moderada cohesión, por lo tanto son familias flexibles, que prefieren espacios separados y toma de decisiones individuales, es por esto que el paciente diabético en la mayoría de los casos se siente aislado, desmotivado y con pocos deseos de superar las crisis emocionales que implica su enfermedad, cuando sabemos que una de las funciones más importantes de la familia es prestar apoyo a los miembros que la integran. Cuando se presenta una enfermedad crónica el apoyo familiar adquiere singular importancia, tanto desde el punto de vista físico como emocional y gracias a la unión y apoyo que se brindan los miembros se pueden resolver situaciones conflictivas que influirán a su vez en el correcto control de la enfermedad.

Es por esta razón que se debe de estudiar como evitar que las disfunciones familiares afecten a nuestros pacientes diabéticos.

RECOMENDACIONES

Debemos considerar el establecer pláticas de orientación por parte de médicos familiares, en todas las instituciones de salud y detectar aquellas familias disfuncionales e iniciar un seguimiento para mejorar las relaciones entre la familia y día con día ir disminuyendo las disfunciones familiares, haciendo ver que los problemas entre cualquier miembro de una familia, afectan a los pacientes.

De esta manera involucrar a todos los miembros de la familia para que no se vea un enfermo de manera aislada, si no como la unidad que es la familia. y de así mejorar la dinámica interna y promover la salud.

El amor y el apoyo familiar son la clave del éxito para lograr adaptarse al cambio de situación, adoptando, muchas veces, nuevas normas y nuevos papeles entre los integrantes de la familia

Una cálida relación con los profesionales de la salud, permite además aprender nuevas conductas y decisiones que le brindarán, a largo y mediano plazo, un grado de independencia en el control de la diabetes.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Dios C. de, Avedillo C., Palao A., Ortiz A., Agud J.L.. Factores familiares y sociales asociados al bienestar emocional en adolescentes diabéticos. The European journal of psychiatry (edición en español) España.2003; 17(3): 171-182.
2. Grupo Diabetes SAMFyC Abordaje Familiar. España 1998. Disponible en: <http://www.cica.es/~samfyc/diabfam.htm#Referencias>.
3. Arias CL, Herrera AJ. El APGAR Familiar en el cuidado primario de salud. Revista Colombia Médica. 1994; 25 (1) 26-28.
4. Álvarez M. 2005. Como Afrontar Enfermedades Incurables. España 2005. Disponible:<http://www.consumer.es/web/es/salud/psicologia/2005/12/14/147789.php>
5. Martínez y Martínez R. La salud del niño y del adolescente. 3ª. Edición México: JGH Editores México, 1995: 1172.
6. Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa institucional para la prevención y control de la diabetes mellitus. Guía de operación para el sistema de vigilancia epidemiológica. México: IMSS; 1999.
7. Valadez FIA, Aldrete RMG, Alfaro AN, Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. Salud Pública de México, 1999; 35 (5): 464-470.
8. De La Revilla I. La disfunción Familiar. Aten Primaria 1992; 10(2): 82-83
9. Méndez López, D M .Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2.Revista Médica IMSS. México.2004; 42 (4): 281-284.
10. Hidalgo Cg, Rodríguez J. Perfil del funcionamiento familiar según test “como en su familia” para uso clínico .Revista PSYKE 1998;7(2):75-84

11. Herrera Santi PM. La Familia funcional y disfuncional un indicador de salud
Revista Cubana Medicina general Integral 1997; 13(6):591-595

- 12 González C, Mejía M, Angulo L, D'Avila M. Funcionalidad familiar, estrato socio-económico y red de apoyo social de los residentes de postgrado de la facultad de medicina de la Universidad de los Andes. Mérida, Venezuela 2003; 12(1-4) 26-30

- 13 Cabrera VS. Estudio de Salud Familiar .Atención Familiar 2006; 3(1):3
Disponible en línea: www.facmed.unam.mx/.../atfm131/desdeconsul.html

- 14 Herramientas para el Diagnóstico De La Disfunción Familiar: el Genograma Y La Entrevista Familiar. Programa de Formación Continuada Acreditada para médicos de Atención Primaria desarrollado para la Revista El Medico Y El Medico Interactivo, diario electrónico de la sanidad. Disponible en:http://www.elmedicointeractivo.com/formacion_acre2004/tema16/herramientas5.htm

15. Olson Dh, Mccubbin Hi, Barnes H *etal.* Family Inventories. St. Paul, Minnesota. 1985

16. Zaldivar PD. Salud para la vida 2006. Disponible en línea: [Http://saludparalavida.sld.cu/modules.php?Name=News&files=article&sid=238](http://saludparalavida.sld.cu/modules.php?Name=News&files=article&sid=238)

17. Polaino-Lorente, A & Martínez-Cano, P. Como Evaluar el Funcionamiento Familiar. España: Instituto de Ciencias para la Familia. Universidad de Navarra. Servicio Publicación de Universidad de Navarra S.A., 1998

18. Poveda Salvá .R. Apuntes: cuidados a pacientes crónicos
http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_cuidad_cronic_9.htm

19. Galeana Peralta C. Disfunción Familiar Y Descontrol Metabólico En La Población Diabética Tipo 2 De Un Consultorio De La Unidad De Medicina Familiar 43 .UNAM. México .2005
20. Valenciaga Rodríguez J L, González De La Vega F, Pons Bravet Pedro *et al*. Repercusión en el control de la diabetes mellitus de una técnica educativa dirigida a la familia. Revista Cubana de Medicina General Integral 1995;11(2):144-149.
21. Moreno Altamirano L. Epidemiología y diabetes. Revista facultad de medicina UNAM. México Departamento. De Salud Pública. 2001;44 (1): 35-37
- 22 Padrón Cortés Z. Diabetes mellitus y factores de riesgo asociados en la población mexicana. Secretaría de Salud.
<http://www.reeme.org/materials/Diabetes%20mellitus-Mexicanas.pdf>
- 23 De La Revilla I. La disfunción Familiar. Aten Primaria 1992; 10(2): 82-83.
- 24 Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa institucional para la prevención y control de la diabetes mellitus. Guía de operación para el sistema de vigilancia epidemiológica. México: IMSS; 1999.
- 25 De La Revilla L. Conceptos e instrumentos de la Atención familiar. Barcelona, DOYMA, 1994.
26. Aubá,E.G. Estudio de la dinámica familiar en la adaptación al cáncer de mama. Universidad De Diagnostico Y Terapia Familiar De La Clínica Universitaria De Navarra. Anales 2006. Disponible en línea:www.cun.es/nc/la-clinica/departamentos-y-servicios-medicos/psiquiatria-y-psicologia-medica/al-dia/noticias-del-departamento/noticia/back/140/actualidad/peligro-el-matrimonio-de-las-pacientes-con-cancer-de-mama-cuando-el-nivel-de-cohesion-familiar-es-ba/
27. Osornio C. L. Estructura y dinámica familiar de adolescentes de sexo femenino con intento de suicidio. Publicación electrónica de la administración de

ciencias sociales de la rectoría sur ITSEM México. 2000;(6). Disponible en línea:<http://www.cem.itesm.mx/dacs/publicaciones/proy/n6/exaula/losornio.html>

28. Jiménez BAM, Víctor GS, Alanís NG. Unidad de Medicina Familiar No.32 " Cd, Guadalupe Nuevo León. México. Función Familiar: Control De Diabetes Mellitus Tipo 2. Salud pública y nutrición 2005; 8. Disponible en línea:<http://www.respyn.uanl.mx/especiales/2005/ee-08-005/documentos/42.htm>

29. Olson.H.David,Mc Cubbin, Barnes Howart Family Inventories. Life Innovations,Inc.Minneapolis Estados Unidos. 1992; 533-538

30 Beeson, P.. Tratado de Medicina Interna: Diabetes Sacarina. Interamericana. México. 2000;(1): 2934.

31Berkow, R.. El Manual Merck de Diagnóstico y terapéutica; Enfermedades de la neurohipófisis. Océano / Centrum. España. 2002; (1):3122.

ANEXOS:

ANEXO 1

CUESTIONARIO

CONTESTA LO SE TE PIDE DEPENDIENDO LA ORACIÓN.
*IMPORTANTE: ESTE CUESTIONARIO ES CONFIDENCIAL POR LO QUE
NO ESCRIBAS TU NOMBRE NI APELLIDOS*

1.-EDAD: _____

2.-ESTADO CIVIL: a) soltero b) casado c) viudo d) divorciado e) unión libre

3.-ESCOLARIDAD: a) analfabeta b) primaria c) secundaria d) preparatoria
e) profesional

4.-RELIGIÓN: a) católica b) presbiteriana c) testigos de Jehová
d) adventista

Otro: _____

5.-¿De quien depende usted económicamente?:

a) padres b) hermanos c) cónyuges d) autosuficiente e) hijos

6.-¿Cuánto tiempo tienes de padecer diabetes?

ANEXO 2: FACES III Versión familiar David H. Olson

Instrucciones: Escriba en el espacio según el número indicado

DESCRIBA A SU FAMILIA	NUNCA 1	CASI NUNCA 2	ALGUNAS VECES 3	CASI SIEMPRE 4	SIEMPRE 5
1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí					
2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas					
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia					
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos					
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad					
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia					
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas					
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo 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 quién tiene la autoridad					
19. La unión familiar es muy importante					
20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar					

ANEXO 3

APGAR FAMILIAR

CONTESTA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

	Casi siempre 2	Algunas Veces 1	Casi Nunca 0
Esta satisfecho con la ayuda de su familia cuando tiene un problema			
Conversan entre ustedes los problemas que tienen en su casa			
Las decisiones importantes las toman en conjunto			
Esta satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos			
Siente que su familia le quiere			

ANEXO 4

Carta de consentimiento informado.

Yo _____ acepto voluntariamente sin presión de ninguna especie contestar la encuesta FACES III, después de haber sido informado que será usado en un proyecto de investigación titulado: FUNCIONALIDAD, ADAPTACION Y COHESION FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS DEL CAAPS. DR. MAXIMILIANO DORANTES; que llevará a cabo la doctora Mirella Zapata Hernández, en este año, en el cual no se publicará mi nombre; en dicha encuesta describiré las características de mi sistema familiar, para poder clasificarla como funcional o disfuncional.

Nombre y firma
Aceptante

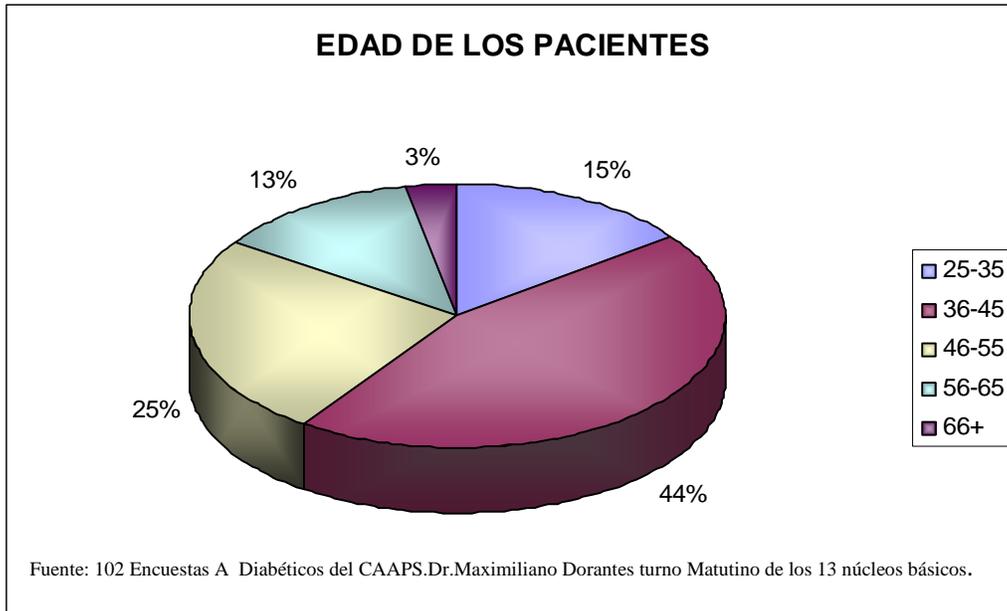
Nombre y firma
Testigo

Nombre y firma
Testigo

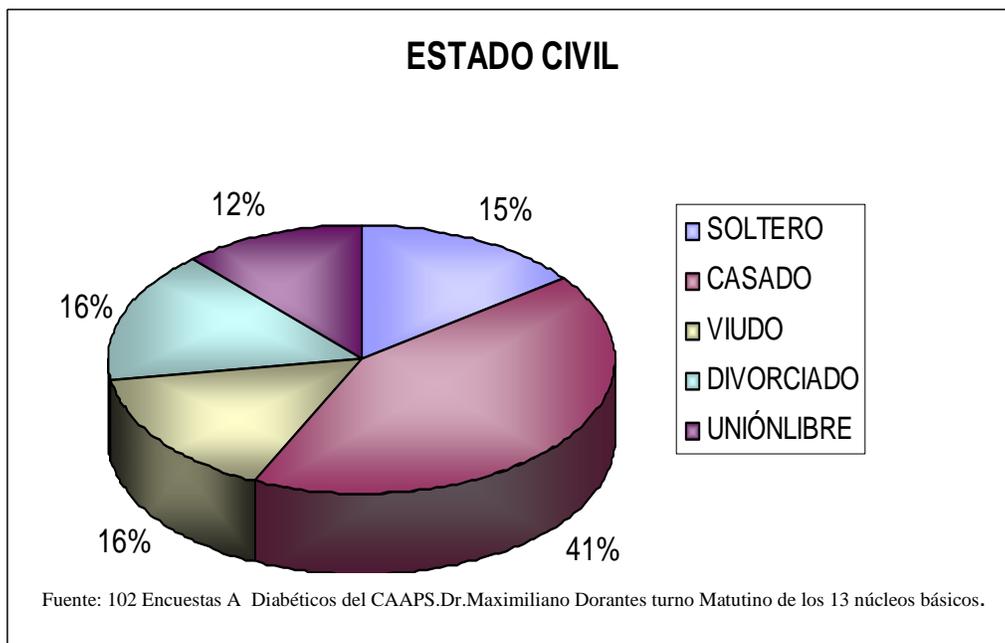
Villahermosa Tabasco, a _____ de _____ del 2006.

ANEXO 5
GRAFICAS

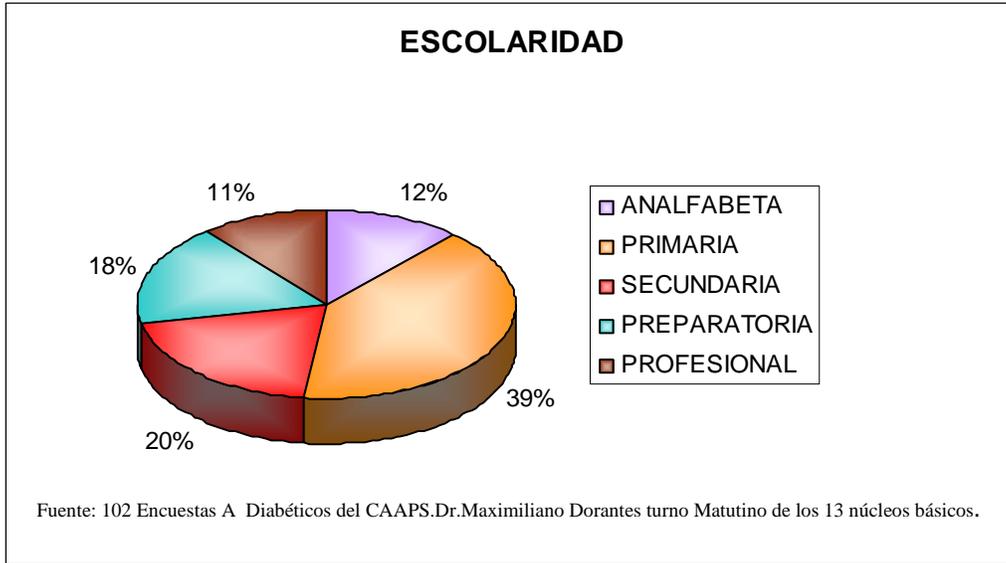
Grafica 1.



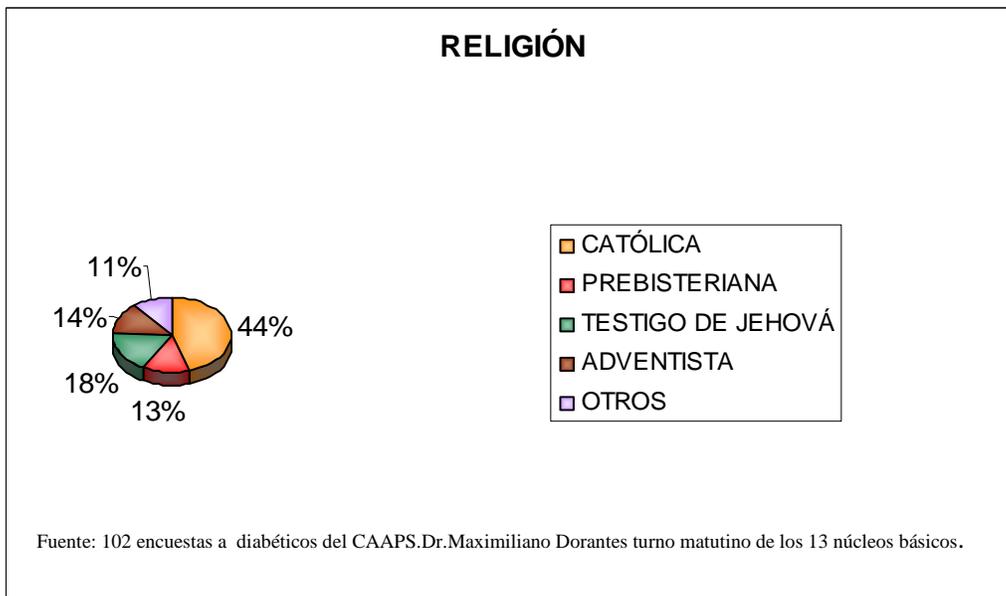
Grafica 2.



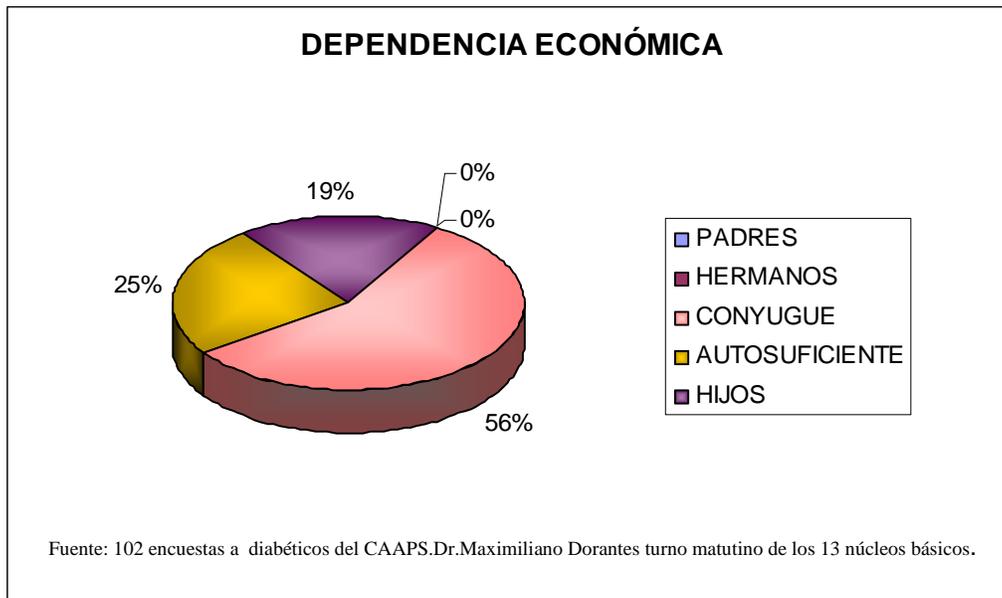
Grafica 3.



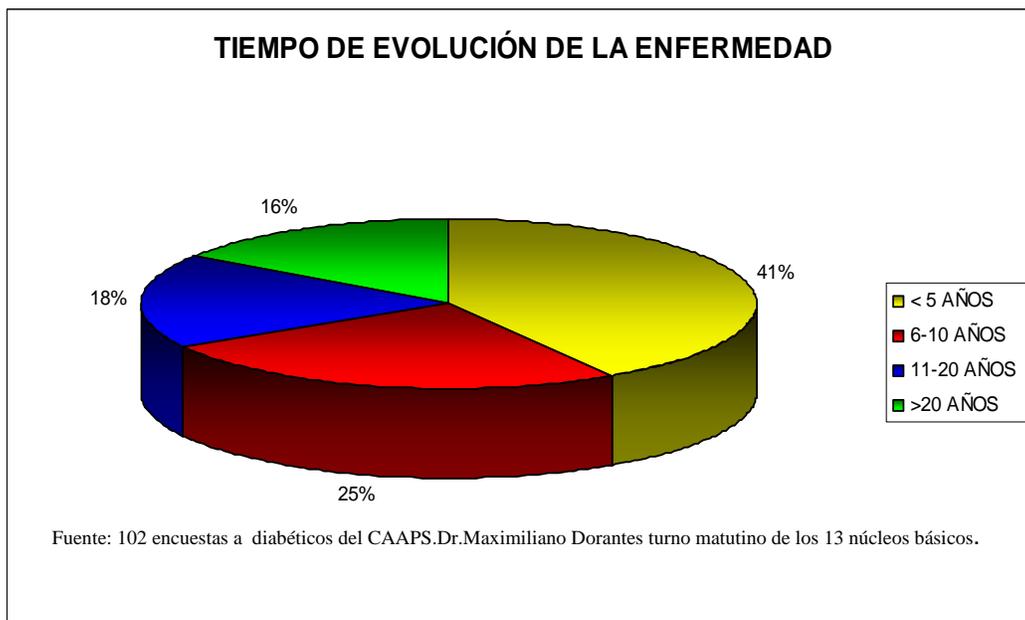
Grafica 4.



Grafica 5.



Grafica 6.



Grafica. 7

