



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR

MARINA NACIONAL

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS TIPO2 CON 5 AÑOS O MÁS DE EVOLUCIÓN POR MEDIO DEL FACES III, DE LA CMF "MARINA NACIONAL" DEL ISSSTE**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. MIGUEL A. PIEDRAS HUERTA

PROFESOR TITULAR

DR CARLOS E. CENTURION VIGIL

ASESOR DE TESIS

DR APOLINAR MEMBRILLO LUNA

DISTRITO FEDERAL, MÉXICO

No. DE REGISTRO UNAM: 1156



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.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS TIPO2 CON 5 AÑOS O  
MÁS DE EVOLUCIÓN POR MEDIO DEL FACES III, DE LA CMF “MARINA NACIONAL”  
DEL ISSSTE**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA

DR. MIGUEL A. PIEDRAS HUERTA

AUTORIZACIONES

DR. APOLINAR MEMBRILO LUNA  
TUTOR DE TESIS  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS TIPO2 CON 5 AÑOS O MÁS DE EVOLUCIÓN POR MEDIO DEL FACES III, DE LA CMF “MARINA NACIONAL” DEL ISSSTE**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. MIGUEL A. PIEDRAS HUERTA

AUTORIZACIONES

DRA. MARIA LUISA VILLASEÑOR CASTILLO  
DIRECTORA  
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR “MARINA NACIONAL” ISSSTE

DR. CARLOS E. CENTURIÓN VIGIL  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR  
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR “MARINA NACIONAL” ISSSTE

DR. CARLOS ALEJO MARTINEZ CALLES  
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR  
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR “MARINA NACIONAL” ISSSTE

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS TIPO2 CON 5 AÑOS O  
MÁS DE EVOLUCIÓN POR MEDIO DEL FACES III, DE LA CMF “MARINA NACIONAL”  
DEL ISSSTE**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA

DR. MIGUEL A. PIEDRAS HUERTA

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER F. GÓMEZ CLAVELINA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM

DR. FELIPE DE JESÚS GARCIA PEDROZA  
COORDINADOR DE INVESTIGACION  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM

## AGRADECIMIENTOS

A DIOS POR DEJARME LLEGAR HASTA AQUÍ

A MI FAMILIA, A MIS MAESTROS Y A TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE EN  
ALGUN MOMENTO ESTUVIERON JUNTO A MI PARA APOYARME

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN  
PACIENTES DIABETICOS TIPO2 CON  
5 AÑOS O MÁS DE EVOLUCIÓN POR  
MEDIO DEL FACES III, DE LA CMF  
“MARINA NACIONAL” DEL ISSSTE**

## INDICE:

I	Introducción	
	Resumen	8
	Introducción	9
II	Antecedentes	
	Antecedentes diabetes	11
	Antecedentes familia	14
III	Planteamiento del problema	27
IV	Justificación	28
V	Objetivos	
	Objetivos generales	30
	Objetivos específicos	30
VI	Hipótesis	31
VII	Metodología	
	Tipo de estudio	32
	Población lugar y tiempo de estudio	32
	Tipo de muestra y tamaño de la misma	32
	Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	33
	Información a recolectar	33
	Variables del estudio	34
	Instrumento de medición	36
	Consideraciones éticas	37
VIII	Resultados	38
IX	Discusión	52
X	conclusiones	54
XI	Bibliografía	56
XII	Anexos	60



## RESUMEN

### FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS TIPO2 CON 5 AÑOS O MÁS DE EVOLUCIÓN POR MEDIO DEL FACES III, DE LA CMF "MARINA NACIONAL" DEL ISSSTE

DR MIGUEL A. PIEDRAS HUERTA, DR APOLINAR MEMBRILLO LUNA

#### OBJETIVO:

Conocer la funcionalidad familiar de los pacientes diabéticos de más de 5 años de evolución por medio del FACES III de los pacientes de la CMF "Marina Nacional" del ISSSTE

#### DISEÑO:

Tipo de estudio Observacional, descriptivo y transversal

#### MATERIAL Y METODOS:

Se realizó el estudio con un muestreo no probabilístico a conveniencia, se incluyeron un total de 78 pacientes que asisten a su control al consultorio uno de la Clínica de medicina Familiar Marina Nacional, ISSSTE, de los cuales 51 fueron mujeres y 27 hombres. Se recabo la información por medio del instrumento FACES III y una hoja de recolección de datos generales.

#### RESULTADOS

Analizando los datos obtenidos, se observa que de los 78 pacientes estudiados, 53 presentan disfunción familiar, siendo leve en 36 y grave en 17. Presentándose en mujeres con 31 casos, 20 del tipo leve y 11 grave. Así mismo se vieron más afectados los pacientes en edades mayores a 66 años. La escolaridad no influyo a una mejor funcionalidad familiar ya que se observó mayor disfunción en pacientes con preparación media superior y superior. Los pacientes casados fueron los que presentaron mayor disfunción familiar con respecto a otros estados civiles, así como los pacientes que no se mantienen en activo, y que solo se dedican a labores del hogar presentan mayor disfunción familiar. Con respecto al tiempo de evolución de la diabetes se observa igual disfunción familiar en pacientes con menos de 5 años de diagnóstico a los que presentan más de 10 años de diagnóstico.

#### CONCLUSIONES

En el presente trabajo, se evaluó a pacientes con DM tipo 2, encontrando alteraciones en la funcionalidad familiar. Con lo que podemos concluir que se contestó nuestra pregunta de investigación, así como se cumplieron los objetivos generales y específicos. Los resultados que nos arroja el presente estudio, es importante ya que se pueden realizar programas apegados a las situaciones especiales de los pacientes a fin de mejorar su relación y dinámica familiar mejorando así su conocimiento y poder evaluar en un futuro trabajo el apego terapéutico de su enfermedad de base

## INTRODUCCION

Posiblemente la primera descripción de la Diabetes Mellitus, se realiza en Egipto con el papiro de Ebers (1500 años AC). El griego Areteo de Capadocia (81-138 DC), utiliza la palabra Diabetes ("sifón") por primera vez, Willis (1621-1725) comprobó el sabor dulce de la orina de los diabéticos, diferenciándola de la diabetes insípida.

Rollo (1740-1809) describe ampliamente la enfermedad y algunas de sus complicaciones, incluyendo la neuropatía. En Venezuela, Vargas escribe prolijamente la historia clínica de Ramos, estableciendo claramente el diagnóstico de Diabetes, el 5 de Mayo de 1829. Bernard en 1848, descubre la función glucogénica del hígado.

Langerhans (1869), descubre los islotes pancreáticos que llevan su nombre (Shuman, 1996). En 1874, Kussmaul describe la respiración profunda, acidótica en el coma diabético. Von Mering y Minkowski, inducen diabetes experimental en animales mediante pancreatectomías.

En 1921, los canadienses Banting y Best, descubren la insulina y comienzan exitosamente su utilización clínica. Hagedorn produce la insulina de depósito, en 1935. Janbon y Loubatieres, descubren el poder hipoglicemiante de sulfamidas administradas por la vía oral, en 1942<sup>1</sup>.

Se le llama Diabetes<sup>2</sup>, a la enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

La Diabetes tipo 2, es el tipo de diabetes en la que hay capacidad residual de secreción de insulina, pero sus niveles no superan la resistencia a la insulina concomitante, insuficiencia relativa de secreción de insulina o cuando coexisten ambas posibilidades y aparece la hiperglucemia<sup>2</sup>.

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM), en la actualidad representa un problema de Salud Pública la cual va en aumento, por lo que requiere acciones de salud prioritarias. Siendo esta patología una de las principales causas de muerte y discapacidad<sup>3</sup>.

Los pacientes con DM tipo 2 se enfrentan a múltiples problemas médicos psicológicos y sociales, cuya complejidad aumenta con el tiempo y están

directamente asociados a las diferentes fases de la enfermedad. El paciente está obligado a realizar diferentes cambios en su estilo de vida, por lo que ante esta enfermedad, la cooperación familiar es indispensable<sup>4</sup>.

La dinámica familiar se ve influenciada directamente cuando uno de sus integrantes refiere una enfermedad crónica, la cual demanda una mayor atención familiar

La disfunción familiar es en principio un problema de interrelación del paciente y las estructuras sociales, siendo una condición compleja que requiere cambios estructurales y adaptativos en prácticamente todos los ámbitos familiares. (Social, cultural, sexual, económico, religioso).

Las interacciones entre los miembros de la familia pueden ser negativas o positivas, si son éstas últimas brindan bienestar y apoyo que permite tener el soporte emocional para el paciente. En su conjunto determinan las características de la dinámica familiar que influirá en el apego y manejo del paciente a su tratamiento y control<sup>5</sup>.

Por todo lo comentado, el diagnóstico del grado de salud familiar y la evaluación de sus funciones familiares, permite dar orientación para conservar la integridad familiar, la salud física, la coherencia y el afecto, con fin de mantener la homeostasia familiar.

## II

### ANTECEDENTES

El ser humano es la unidad biopsicosocial donde se pone de manifiesto el funcionamiento sistémico y dialéctico entre soma y psiquis, los procesos psicosociales están dados por una amplia gama de fenómenos que influyen sobre el proceso salud enfermedad, como las costumbres, creencias, actitudes, valores sociales y estilos de vida, y estas a su vez lo hacen en el pensar, sentir y actuar de los individuos. Sin duda alguna es en la enfermedad crónica donde más se evidencia la relación entre lo biológico<sup>6</sup> y lo social.

#### DIABETES MELLITUS

Se estima que existen 110 millones de personas con diabetes mellitus, de las cuales 62 millones viven en países subdesarrollados.

En México la prevalencia de DM en mayores de 20 años de edad es de 7.2%, constituye un problema creciente en muchos países del mundo y entre los factores asociados destacan la obesidad, los malos hábitos de alimentación, la falta de actividad física y la herencia<sup>7</sup>.

La DM tipo 2 constituye un problema de Salud Pública en México, con una prevalencia en el norte del país de 9 % en las poblaciones urbanas y de 3.2 % en las rurales. Es una de las enfermedades crónicas que mayor atención y erogación demandan<sup>8</sup>.

La DM comprende un grupo de trastornos metabólicos frecuentes que comparten el fenotipo de la hiperglucemia, dependiendo de la causa de la DM, los factores que contribuyen a la hiperglucemia pueden ser descenso de la secreción de insulina, decremento del consumo de glucosa o aumento de la producción de ésta.

El trastorno de la regulación metabólica que acompaña a la DM provoca alteraciones fisiopatológicas secundarias en muchos sistemas orgánicos, y supone una pesada carga para el individuo que padece la enfermedad y para el sistema sanitario<sup>9</sup>.

## **Clasificación de la diabetes:**

La Diabetes Mellitus se clasificación de acuerdo a la CIE-10 en: <sup>10</sup>

- E10 Diabetes mellitus insulino dependiente
- E11 Diabetes mellitus no insulino dependiente
- E12 Diabetes mellitus asociada con desnutrición
- E13 Otras diabetes mellitus especificadas
- E14 Diabetes mellitus, no especificada

Las dos categorías amplias de la DM se designan tipo 1 y tipo 2. La DM de tipo 1A es resultado de la destrucción auto inmunitaria de las células beta, que ocasiona deficiencia de insulina. Los individuos con DM de tipo 1B carecen de inmuno marcadores indicadores de un proceso auto inmunitario destructivo de las células beta pancreáticas.

La DM de tipo 2 es un grupo heterogéneo de trastornos que se suelen caracterizar por grados variables de resistencia a la insulina, trastorno de la secreción de ésta y aumento de la producción de glucosa.

Diversos mecanismos genéticos y metabólicos de la acción de la insulina, su secreción, o ambas, generan el fenotipo común de la DM de tipo 2; Otras causas de DM son defectos genéticos específicos de la secreción o acción de la insulina, alteraciones metabólicas que trastornan la secreción de insulina, puede ser el resultado de enfermedad exocrina pancreática cuando se destruye gran parte de los islotes pancreáticos (>80%). Las hormonas que antagonizan la acción de la insulina pueden producir DM.

Por este motivo, la DM es a menudo una manifestación de ciertas endocrinopatías, como acromegalia y síndrome de Cushing. La destrucción de los islotes pancreáticos se ha atribuido a infecciones víricas, pero son una causa extremadamente rara de DM y diabetes gravídica<sup>9</sup>.

## **Diagnóstico:**

El diagnóstico de DM tipo 2 se puede realizar por medio de alguno de los siguientes métodos:

1. Glucosa plasmática en ayunas mayor o igual a 126 mg/dL o Glucosa plasmática casual mayor o igual a 200 mg/dL acompañado de síntomas.
2. Glucosa plasmática postprandial mayor o igual a 200 mg/dL en la curva de tolerancia oral a la glucosa (CTOG) con carga de 75 gramos de glucosa.

Se define como "casual" la extracción sin tener en cuenta el tiempo transcurrido desde la última toma de alimento.

Se define como "ayunas" la ausencia de ingestión calórica durante al menos 8 horas.

Si el resultado es positivo, confirmar el diagnóstico en 7 días.<sup>11</sup>

## LA FAMILIA

La familia se ha constituido en un valioso objeto de estudio (para las ciencias sociales, la economía y una gran diversidad de ciencias), por otra parte, representa una gran riqueza para la observación y comprensión de los fenómenos sociales, económicos, demográficos y culturales<sup>12</sup>.

La familia busca mantener su equilibrio conforme evoluciona, su condición de salud depende de una adaptación exitosa a los desafíos cambiantes de la vida familiar y al desarrollo de sus miembros propios del ciclo evolutivo familiar<sup>13</sup>.

Existe un equilibrio interno que conserva unida a la familia a pesar de las presiones producidas tanto en el interior como en el exterior de ella; este equilibrio, denominado por Jackson como homeostasis familiar.

Los incidentes afectan a los miembros de una familia en formas distintas, en diferentes momentos; por eso la homeostasis familiar puede funcionar adecuadamente para ellos durante algunos periodos de la vida familiar y no durante otros, y el mantenimiento de este equilibrio es requisito indispensable para que la familia cumpla sus funciones eficazmente<sup>14</sup>.

La funcionalidad familiar está íntimamente relacionada con el proceso salud enfermedad, una familia que funciona adecuadamente puede contribuir a desarrollar problemas de salud o a contrarrestar su efecto, al mismo tiempo, una enfermedad o problema de salud puede afectar el funcionamiento de la familia<sup>13</sup>.

El estudio sobre el funcionamiento familiar incluye algunos puntos básicos como:

Considerar que la familia es el ambiente más importante en el que ocurre y se resuelve la enfermedad, por ello resulta indispensable contar con un marco de referencia que permita el estudio y la comprensión de este grupo social primario<sup>15</sup>.

Las reacciones de la familia ante la presencia de una enfermedad dependerán de varios factores: el tipo de familia, la cultura y la educación de cada miembro; del desarrollo familiar y de las ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas y su tratamiento<sup>16</sup>.

El papel del médico de familia presenta como labor esencial el reconocer la influencia de los factores familiares sobre la salud del paciente y tenerlos en cuenta para el cuidado del mismo, reconociendo igualmente la influencia de los problemas del paciente en su familia.

Uno de los acontecimientos vitales estresantes que obligan a una readaptación familiar es la aparición de una enfermedad crónica en uno de los miembros del sistema familiar, pues ante el diagnóstico de un trastorno como la DM con su condición de cronicidad; el propio sistema familiar tiende a tener modificaciones, principalmente en los hábitos y el modo de vida de uno de los miembros, por tanto

la familia moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar la homeostasis amenazada<sup>17</sup>.

La enfermedad crónica dada su evolución, puede presentarse a través de todas las fases del ciclo de vida familiar, desde la fase de expansión hasta la de retiro, y enfrentarse a ella resultará un verdadero reto para todo el núcleo familiar, debido a que se van a involucrar recursos económicos, educacionales, mentales, emocionales, físicos y sociales<sup>18</sup>.

En 1995 existían 135 millones de pacientes diabéticos, se espera alrededor de 300 millones para el año 2025. Entre 1995 y 2025 se ha estimado un incremento de 35% en la prevalencia<sup>19</sup> de la enfermedad.

La aparición de la diabetes sitúa al sistema familiar ante un evento nuevo e inesperado, que conlleva la carga emocional de una enfermedad que no se “cura”, que precisa tratamiento de por vida; que exige medidas terapéuticas basadas en cambios de los hábitos de vida, tanto en el sentido dietético como en el ejercicio físico con las dificultades reales de adaptación que ello exige para el resto de los miembros de la familia; con las consiguientes complicaciones físicas (disfunción eréctil, retinopatía, artropatía, etc.).

La familia procesara este fenómeno de la enfermedad crónica 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 importantes como ceguera, amputaciones, úlceras, etc.

Pondrá en marcha los recursos con los que cuente, su cohesión, su capacidad de adaptación, de apoyo y su capacidad organizativa, buscando en caso necesario apoyos extra familiares para lograr la homeostasis que asegure un funcionamiento familiar normal<sup>20</sup>.

Muy pocas enfermedades están tan condicionadas al éxito terapéutico, de la dinámica familiar y de la relación médico-paciente como en la diabetes.

El impacto de la misma sobre el adulto y su familia, depende de la fase del ciclo evolutivo en que se establezca el diagnóstico; en cualquiera de ellas, el paciente experimentará (de acuerdo con sus creencias y sus expectativas) sufrimiento relacionado con la enfermedad crónica o más aún, con la pérdida de salud<sup>17</sup>.

El funcionamiento familiar debe verse no de manera lineal, sino circular, o sea, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa., por tanto el enfoque sistémico nos permite sustituir el análisis causa-efecto por el análisis de las pautas y reglas de interacción familiar recíproca, que es lo que nos va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares y por tanto a las causas de la disfunción familiar<sup>1</sup> (Cusinato, 1992).



Por otro lado, si consideramos que la dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro, haciendo que funcione bien o mal como unidad.

Podemos considerar que en la dinámica familiar normal o funcional, se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás. En cambio, 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<sup>8</sup>.

La evaluación de la dinámica familiar requiere del entendimiento conceptual de diversos componentes que intervienen en la relación de los integrantes de las familias y que determinan su composición, características, estructura y funcionalidad.

De esta manera, el entendimiento de las diversas teorías que han surgido para evaluar a las familias, permite identificar también la necesidad de desarrollar instrumentos que contribuyan a la medición de los elementos o constructos que integran los diversos modelos teóricos.

La creación de instrumentos para la evaluación psicosocial de la familia se ha efectuado al menos bajo dos objetivos, que incluyen la verificación de una teoría y la evaluación del efecto de algún tratamiento psicoterapéutico. La metodología que han seguido los investigadores para la creación y prueba de los instrumentos ha sido muy diversa, así como el grado de desarrollo del proceso de validación el cual, con frecuencia, no es evidenciable en el análisis de la literatura científica a la cual se tenga acceso<sup>21</sup>.

Para entender la dinámica familiar hay que razonar el cómo interaccionan sus elementos, como se aplican estos y como se evalúan, siendo estos elementos los siguientes; la teoría general de sistemas, teoría general de comunicación, teoría general de grupos, roles, crisis, liderazgo, límites.

Lo anterior se puede explicar, usando los modelos teóricos que sustentan esta interacción y su aplicación al interior de la familia para comprender mejor a la dinámica familiar, por tanto, el estudio sobre el funcionamiento familiar incluye 6 modelos y 3 teorías las cuales nos tratan de dar una explicación de esta interacción que termina en lo que nosotros llamamos la funcionalidad familiar.<sup>18</sup>

Modelos:

- Modelo sistémico de familia de Beavers
- Modelo de funcionamiento familiar de McMaster
- Modelo del ambiente familiar de Moos
- Modelo circunflejo marital y sistémico familiar
- Modelo de respuesta, de adaptación y ajuste familiar
- Modelo de factores de riesgo

Teorías:

- Teoría estructural de funcionamiento familiar
- Teoría explicativa del funcionamiento familiar
- Teoría interaccional de la comunicación

Describiremos cada uno de los modelos y teorías para comprender mejor su utilidad.

### **Modelo sistémico de familia de Beavers<sup>18</sup>**

El 1981, propone este autor un modelo para explicar la funcionalidad familiar basado en la estructura, flexibilidad y la competencia de la familia y en el estilo de la familia.

Usa dos ejes, en el eje horizontal representa la estructura, adaptabilidad, flexibilidad y tipos de interacción dentro de la unidad familiar. Describiendo 13 variables que se utilizan en las escalas de evaluación familiar, las cuales cubren 5 áreas de comportamiento familiar: estructura, mitología, negociación dirigida al logro de metas, formas de enfrentar la autonomía individual y expresión afectiva y en el eje vertical se refiere al estilo familiar, se presenta con dos patrones definidos de familia: la familia centrípeta y la familia centrífuga.

### **Modelo de funcionamiento familiar de McMaster<sup>18</sup>**

Toma como base a la familia como sistema, la cual se compone de subsistemas y de elementos individuales, que a su vez se relacionaran con otros sistemas sociales, el cual lleva ya 25 años de vigencia.

El modelo identifica 6 áreas del funcionamiento familiar las cuales son:

1. Resolución de problemas.
2. Comunicación.
3. Roles.
4. Involucramiento afectivo.
5. Respuestas afectivas.
6. Control de la conducta.

## **Modelo del ambiente familiar de Moos<sup>18</sup>**

Este modelo usa la medición y descripción de las relaciones interpersonales en los miembros de la familia, relacionada con el crecimiento personal y la organización estructural de la misma.

Este modelo está constituido por 10 escalas:

1. Cohesión.
2. Expresividad.
3. Conflicto.
4. Independencia.
5. Orientación al logro.
6. Orientación intelectual cultural.
7. Orientación recreativa
8. Énfasis moral religioso
9. Organización
10. Control

## **Modelo circunflejo marital y sistémico familiar<sup>18</sup>**

Se basa en dos dimensiones del comportamiento familiar: la cohesión y la adaptabilidad, que sirven para identificar distintos sistemas maritales y familiares, por lo que el modelo propone que un nivel moderado de cohesión y de adaptabilidad aseguran un desarrollo marital y familia funcional, por tanto, con un alto soporte emocional y creativo; las familias disfuncionales se encontrarán en los extremos de estas dimensiones. Que pueden ser aglutinadas, caóticas, etc.

La dimensión de la cohesión en la familia presenta dos componentes: los límites emocionales que los miembros tienen entre sí y el grado de autonomía individual que los miembros experimentan dentro de su sistema familiar; refiriéndose a puntajes altos en los extremos para considerar el amalgamiento y los puntajes de los extremos bajos servirán para considerar a las familias disgregadas.

La dimensión de la adaptabilidad familiar tiene una relación estrecha con el concepto del sistema familiar, debido a que toma como punto de partida, la capacidad de éste para adaptarse por medio del cambio de su estructura de poder, sus roles y sus reglas interaccionales al estrés situacional o mejor dicho, a las situaciones de crisis que se presentan.

Con lo anterior podemos teorizar en relación con las diferentes presentaciones de familias que nos da el modelo<sup>18</sup>:

1. Familias o parejas balanceadas en cohesión y adaptabilidad que redundan en un funcionamiento familiar adecuado, en relación con las familias que se encuentran en los extremos del modelo.
2. Familias o parejas que no presentan problemas serios y que tienden a poseer un balance adecuado en estas dos dimensiones.
3. Parejas o familias sin problemas serios y que tienden a cambiar sus patrones de cohesión y adaptabilidad, de acuerdo con las situaciones de crisis o estrés a las que se enfrenten.
4. Familias con problemas serios que no tienden a cambiar sus patrones de cohesión y adaptabilidad ante situaciones nuevas de crisis o de estrés, o que bien se irán al extremo opuesto de cambiar sus patrones de conducta.

Finalmente los autores del modelo nos presentan algunas dimensiones que consideran como de mayor relevancia en la utilización de este modelo y que las podemos resumir en las siguientes:

1. Cohesión
2. Autonomía
3. Comunicación
4. Adaptabilidad
5. Afectividad
6. Control de la conducta
7. Organización
8. Conflicto
9. Roles
10. Reglas
11. Orientación intelectual cultural
12. Orientación religiosa
13. Orientación recreativa

### **Modelo de respuesta, de adaptación y ajuste familiar.<sup>18</sup>**

Este modelo se base en el estrés familiar, se considera como generador para la adaptación o ajuste del sistema familiar que lo lleve a un buen funcionamiento, sobre todo cuando el estrés es considerado por la familia como algo displacentero, recordando además que las crisis son las que generan el estrés familiar.

El modelo identifica que factores son desencadenantes del estrés así como los recursos que usa la familia para afrontarlo, lo que determina qué procesos familiares se producen para facilitar el ajuste o adaptación familiar a través del ciclo evolutivo de la familia.

## **Modelo de factores de riesgo<sup>18</sup>**

Toma los fenómenos que pueden desencadenar el buen o mal funcionamiento de la familia, los considera como factores de riesgo que se deben de identificar y manejar ya sea a nivel biológico, psicológico y/o social que esté asociado a una mayor probabilidad de presentar un evento futuro que cause disfunción en la familia en cualquier momento del ciclo evolutivo de ella.

Hace mención de los recursos que tiene la familia para afrontar la situación y el como varía según el ciclo de la familia

El modelo se maneja prácticamente en el modelo biológico de la práctica de la medicina.

Con respecto a las teorías tenemos:

### **Teoría estructural de funcionamiento familiar<sup>18</sup>**

Se basa en considerar a la familia como sistema y que está conformada por subsistemas para su funcionamiento adecuado.

Esta teoría menciona que la funcionalidad familiar se alcanza cuando los objetivos familiares o funciones básicas se cumplen adecuadamente y a plenitud y cuando se obtiene la finalidad del grupo familiar, al generar una homeostasis sin tensión, mediante una comunicación apropiada y basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares, para lo cual utiliza los siguientes elementos como fundamentales para su desarrollo:

1. Cohesión
2. Armonía
3. Comunicación
4. Permeabilidad
5. Afectividad
6. Roles
7. Adaptabilidad

### **Teoría explicativa del funcionamiento familiar<sup>18</sup>**

Este modelo no solo se basa en el funcionamiento familiar como sistema, sino también en la capacidad de la familia para adaptarse, así mismo como varían estas situaciones durante el ciclo evolutivo de la misma.

## **Teoría interaccional de la comunicación<sup>18</sup>**

Se basa en la comunicación como foco primario de los problemas familiares, el cual puede abarcar un amplio abanico de situaciones y características, que van desde situaciones leves hasta casos de violencia o agresiones, por falta de comunicación, ya que la comunicación permite intercambiar información, delinear los límites y resolver los problemas y situaciones comunes.

Relacionado con lo anterior, Virginia Satir menciona los siguientes criterios para determinar el grado de funcionalidad familiar:

1. Comunicación
2. Individualidad
3. Toma de decisiones
4. Reacción ante la demanda de cambio

Así mismo los instrumentos se dividen en auto aplicación y métodos observacionales.

- Los métodos observacionales<sup>18</sup>:  
Proporcionan una visión externa de la funcionalidad familiar y requieren de la participación de terapeutas para valorar los patrones de interacción familiar y varían de acuerdo con el grado de participación del observador. Su aplicación se lleva a cabo por medio de la entrevista, las escalas de evaluación clínica y los esquemas de codificación. A estos instrumentos se les ha cuestionado su confiabilidad y validez, ya que la primera se ve afectada por el grado de capacitación del codificador.
- Los instrumentos de autoaplicación<sup>18</sup>:  
Proporcionan una perspectiva interna de la funcionalidad a través de cuestionarios estandarizados, por medio del cual podemos obtener información individual de cada uno de los integrantes de la familia, desde la percepción de sí mismo, de los demás miembros de la familia, roles, actitudes, hasta valores, etc, el propósito de estos instrumentos es la evaluación de la calidad de las relaciones dentro de la familia, así como las características de su ambiente que permitan identificar el tipo de funcionalidad existente.

Los instrumentos más utilizados para valorar la funcionalidad familiar son los siguientes, se debe de aclarar que de algunos de ellos no se encuentra disponible la fuente original y en otros la literatura existente no menciona algunos puntos específicos del instrumento<sup>18</sup>.

1. Índice de función familiar
2. Escala de evaluación familiar
3. Clasificación triaxial de la familia
4. Escala de eventos críticos
5. Escala de funcionamiento familiar
6. APGAR familiar
7. Círculo familiar
8. FACES
9. Evaluación del subsistema conyugal
10. Modelo de McMaster
11. Evaluación o test de Virginia Satir
12. F-COPES
13. Prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares (FF-SIL)
14. Escala familiar estructural sistémica (EFES)
15. Escala de clima social familiar (FES)
16. Escala de Homes
17. SIMFAM
18. El inventario de evaluación familiar de california (CIFA)
19. Escala de evaluación familiar de carolina del norte (NCFAS)
20. Inventario familiar de olson
21. The family functioning index (FFI)
22. Escala de efectividad en el funcionamiento familiar (E-EFF)
23. Escala de evaluación de funcionamiento familiar, de Joaquina Palomar
24. The family functioning questionrie (FFQ)
25. Cuestionario de areas de cambio
26. Cuestionario de evaluación de necesidades de Camberwell
27. Escala de ajuste diádico
28. Escala de interacción familiar
29. Escala de funcionamiento familiar

El instrumento que se selecciono para su aplicación en la presente investigación fue el FACES III, ya que consideramos que nos permite evaluar algunos elementos que se encuentran presentes en nuestras familias de estudio..

El instrumento FACES III forma parte del Modelo Circunflejo Marital y Sistémico Familiar, en el cual se presentan como principales características la adaptabilidad, cohesión y comunicación, mide los grados de adaptabilidad y cohesión según este modelo.

Es una escala formada por 20 ítems, 10 relativos a la cohesión y 10 a la adaptabilidad.

Es un instrumento de fácil aplicación y de calificar, cuenta con una escala que incluye cinco opciones con valores de 1 a 5, y puede ser contestado por cualquier miembro de la familia mayor de 12 años. Se dispone de versiones adaptadas y aprobadas para parejas sin hijos, con hijos, con hijos adolescentes y parejas en etapa de retiro, lo que permite clasificar las dimensiones de cohesión y adaptabilidad con mayor facilidad<sup>22</sup>.

El modelo circunflejo marital y sistémico familiar; se refiere predominantemente a dos dimensiones significativas del comportamiento familiar: La cohesión y la adaptabilidad, las cuales sirven para identificar 16 tipos de sistemas maritales y familiares, por lo que el modelo propone que un nivel moderado de cohesión y de adaptabilidad aseguran un desarrollo marital y familiar funcional, por tanto, con un alto soporte emocional y creativo; las familias disfuncionales se encontrarán en los extremos de estas dimensiones<sup>18</sup>.

La dimensión de la cohesión en la familia presenta dos componentes:

1. Los límites emocionales que los miembros tienen entre si
2. El grado de autonomía individual que los miembros experimentan dentro de su sistema familiar.

Refiriéndose a puntajes altos en los extremos para considerar el amalgamiento, y los puntajes de los extremos bajos servirán para considerar a las familias disgregadas, por tanto podemos considerar de acuerdo con el modelo que, de existir un grado de balance adecuado en la cohesión familiar, permitirá tener una mejor conducción de la familia, lo que repercutirá en un mejor funcionamiento y un mayor desarrollo de la misma.

La dimensión de la adaptabilidad familiar tiene una relación estrecha con el concepto del sistema familiar, debido a que toma como punto de partida la capacidad de éste para adaptarse por medio del cambio de su estructura de poder, sus roles y sus reglas interaccionales al estrés situacional o mejor dicho, a las situaciones de crisis que se presentan, por lo que debemos de considerar los conceptos de Bertalanfyl, relacionados con la teoría general de sistemas y las propiedades que presenta el mismo<sup>18</sup>.



FACES III (D.H. Olson, J. Portner e Y. Lavee).

Versión en español (México): C. Gómez y C. Irigoyen

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

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

Describa su familia:

1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí
2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
5. Nos gusta convivir solamente con 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



Modelo circunflejo de Olson.<sup>23</sup>

Dos elementos que modelan fuertemente la dinámica familiar son el tipo de familia y el ciclo de vida familiar<sup>13</sup>.

Para adaptarse a esta nueva situación de enfermedad, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación, que le permiten seguir funcionando de una manera aceptable, en caso de enfermedad se generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, que pueden llevar a las familias a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, y ponen en riesgo el bienestar y atención del paciente enfermo, así como la adecuada funcionalidad del sistema familiar<sup>24</sup>.

En el estudio de Pérez Preciado en Nuevo León, usando el instrumento FACES III, se observó que del total de pacientes estudiados, 72 (76.5%) obtuvieron funcionalidad familiar balanceada, y de éstos, solo el 22% mostraron<sup>20</sup> glicemias dentro del límite eficaz, en el grupo de funcionalidad familiar extrema (24.5%) el

mayor porcentaje (66%) cuenta con control glucémico ineficaz, obteniendo una  $p > 0.05$ .

Sánchez y colaboradores encontraron que en cohesión familiar fue mayor el porcentaje (40%) de familias unidas, seguido del porcentaje (25.4%) de familias aglutinadas. En adaptabilidad familiar fueron más frecuentes las familias caóticas, con 46.3%, porcentaje que contrasta con el porcentaje (3.4%) de familias rígidas, mediante el modelo circunflejo de Olson, se obtuvo que 22% de las familias eran extremas y que 43.4% eran medias<sup>25</sup>.

Mendoza-Solís y colaboradores identificaron que había 16% de familias extremas y 43% de familias medias<sup>26</sup>, mientras que Zdanowicz y colaboradores clasificaron a 19% como extremas y a 41% como equilibradas<sup>27</sup>.

Huerta MN y colaboradores encontraron que de 424 familias estudiadas, presentaron disfunción 377 (88.92) y fueron funcionales 47 (11.8%)<sup>28</sup>.

Arriaga y colaboradores encontraron que 38 familias (61%) no presentaban alteración de la funcionalidad familiar, y 24 (39%) si presentaban alteración<sup>29</sup>.

En un estudio exploratorio acerca de los patrones de comunicación en 30 familias con un miembro que padecía DM, Cadwell y Pitchart, 1985, encontraron que la variable más importante en la desadaptación de la familia hacia la enfermedad, es el estrés, en particular los altos niveles del mismo que se presentó en el cuidador primario y el paciente, este hallazgo resultó más evidente en aquellas familias consideradas como altamente disfuncionales<sup>30</sup>.

### III

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se sabe que a pesar de la difusión de la información de la Diabetes Mellitus así como de la gran cantidad de medicamentos que se cuentan para su control, persiste el descontrol de la misma con sus graves complicaciones a largo plazo, que limitarían gradualmente las actividades del paciente.

La familia forma un papel importante para mantener la salud integral de sus miembros, cuando ésta está afectada en uno de ellos, la familia juega un papel importante para recuperar o mantener la salud y mantener en control la enfermedad, a fin de evitar las complicaciones crónicas de la misma enfermedad.

En el control del paciente diabético intervienen variables psicosociales que influyen en las fluctuaciones de la glucemia. El paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia y a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declina su adherencia al tratamiento.

El interés por el estudio sistemático y científico de la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad, con el cual el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo<sup>8</sup>.

La adaptación de la familia al diagnóstico de diabetes es importante, los miembros de la familia requieren educación igual que al paciente, para ayudar a hacer posible los cambios del estilo de vida. Es especialmente importante que todos los miembros de la familia que vivan con el paciente entiendan las demandas del cuidado de la diabetes<sup>31</sup>.

Por esto se considera importante si la disfunción familiar o falta de apoyo familiar son factores desencadenantes del descontrol del paciente con diabetes mellitus tipo 2, y como se relaciona según el tiempo de evolución de la misma diabetes en derechohabientes de la Clínica de Medicina Familiar de Marina Nacional ISSSTE, por lo anteriormente enunciado nos surge la siguiente pregunta:

**¿Cómo es la funcionalidad familiar en pacientes diabéticos tipo 2 con 5 años o más de evolución, de la CMF Marina Nacional del ISSSTE?**

## IV

# JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial (BM) consideran a la diabetes como problema de Salud Pública ya que en tan solo dos décadas los estudios epidemiológicos han tenido un gran impacto en la investigación.

El conocimiento por parte del equipo de salud que se hace cargo del cuidado del paciente con diabetes respecto a la estructura, dinámica, funcionamiento, etapa del ciclo de vida familiar, y de los recursos que movilicen para enfrentarse a las situaciones estresantes, le posibilitará el convertir a la familia en una auténtica unidad de cuidados que facilitará el correcto control integral y no sólo metabólico de la persona diabética. Por otra parte le permitirá proteger a la familia de situaciones disfuncionales que pueden ser desencadenadas por la aparición de la enfermedad y sus complicaciones<sup>17</sup>.

Para el año 2025 se calcula que en nuestro país tendremos una incidencia de 400,000 mil casos de DM tipo 2, 13 de cada 100 muertes en México son provocadas por esta causa, siendo el grupo de edad con más muertes por diabetes el que se ubica entre los 40 y los 55 años de edad<sup>32</sup>.

El Instituto Nacional de Salud Pública de México indica que el gasto anual para DM equivale a 4.7% del gasto público para la Secretaria de Salud y 6.5 % del gasto para el IMSS e ISSSTE.

En el caso de la consulta externa, la diabetes es la principal causa de demanda de consulta en instituciones públicas y privadas<sup>33</sup>.

Existen estudios que demuestran que un buen control glucémico en pacientes con diabetes mellitus previene o retardan la aparición de complicaciones crónicas.

Existen variables psicosociales que influyen en el apoyo que se brinda al paciente diabético, y de ahí la fluctuación, declive o éxito que se presente en su adherencia al tratamiento, esto hace necesario que las personas que están a su alrededor (familia), interactúen de forma adecuada para lograr el éxito terapéutico.

Es por ello que la funcionalidad familiar se convierte en parte fundamental de este proceso ya que cuando el paciente se siente aceptado y querido por el grupo familiar, la aceptación de la enfermedad se facilita, facilitándose así el control glucémico con todo lo que este implica<sup>34</sup>.

El presente estudio se realiza con la intención de conocer la funcionalidad familiar en el paciente diabético, la literatura refiere que las enfermedades crónicas favorecen un desequilibrio en la homeostasia familiar.

Por lo que se decidió investigar cual es la repercusión de este padecimiento en las familias de los diabéticos en la población derechohabiente de la Clínica de Medicina Familiar de Marina Nacional ISSSTE, para poder posteriormente dar alternativas de solución a este problema.

## V

### OBJETIVOS

#### OBJETIVOS GENERALES

- ✓ Conocer la funcionalidad familiar de los pacientes diabéticos de más de 5 años de evolución por medio del FACES III de los pacientes de la CMF “Marina Nacional” del ISSSTE

#### OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Conocer por género la funcionalidad familiar
- ✓ Conocer el grado de escolaridad y la funcionalidad familiar de los pacientes diabéticos tipo 2

## **VI**

### **HIPÓTESIS**

No necesaria por ser un estudio observacional y descriptivo



## VII

# METODOLOGIA

- **TIPO DE ESTUDIO**

Observacional, descriptivo y transversal

- ✓ Observacional. De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se estudia.
- ✓ Descriptivo. Según el control de las variables o análisis y alcance de los resultados.
- ✓ Transversal. Según el número de una variable o el periodo y secuencia del estudio.

- **POBLACIÓN LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO**

Pacientes diabéticos tipo 2 mayores de edad, derechohabientes de la CMF Marina Nacional ISSSTE, adscritos al consultorio uno, durante el periodo de junio julio del 2011.

- **TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MISMA**

UNIVERSO

Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 captados en el consultorio 1 turno matutino de la CMF de Marina Nacional del ISSSTE, se tomara una muestra aleatoria a conveniencia.

MUESTRA

La muestra utilizada en este estudio será de tipo no probabilístico o por conveniencia<sup>35</sup>.

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN**

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes que acuden a control al consultorio uno de la CMF Marina Nacional ISSSTE del turno matutino
- Edad mayor a 30 años.
- Sin distinción de sexo
- Con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.
- Que sepan leer y escribir
- dispuestos a colaborar en el estudio.
- Que contesten el 100% de las preguntas del cuestionario

**CRITERIOR DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo uno
- Pacientes con enfermedades concomitantes
- Pacientes que no sepan leer o escribir

**CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- Pacientes que no contesten en forma clara o correcta el cuestionario de aplicación
- Pacientes que abandonan el estudio
- Cuestionarios incompletos
- Paciente con patología aguda al momento del estudio

- **INFORMACIÓN A RECOLECTAR, INCLUYENDO A LAS VARIABLES DE ESTUDIO Y SU FORMA DE OPERACIONALIZARLAS**

Variable independiente: Pacientes diabéticos tipo 2

Variable dependiente : Funcionalidad familiar

## VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIAS	MEDICIÓN
<b>Edad</b>	<b>Tiempo transcurrido desde el nacimiento</b>	<b>El numero de años cumplidos desde el nacimiento al momento del estudio, por medio del cuestionario para recolección de datos.</b>	<b>30 – 35 36 – 40 41 – 45 46 – 50 51 – 55 56 - 60 61 – 65 + 65</b>	<b>Nominal</b>
<b>Genero</b>	<b>Características que definen a un individuo</b>	<b>Identificación del individuo en masculino o femenino.</b>	<b>Masculino Femenino</b>	<b>Nominal</b>
<b>Escolaridad</b>	<b>Conjunto de los cursos que sigue en un colegio</b>	<b>Grado académico obtenido durante su vida avalada por una institución educativa.</b>	<b>Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Posgrado</b>	<b>Ordinal</b>
<b>Estado Civil</b>	<b>Situación legal ante la sociedad</b>	<b>Estado legal que ostenta el paciente ante la sociedad.</b>	<b>Soltero Casado Unión libre Separado Divorciado Viudo</b>	<b>Nominal</b>
<b>Ocupación</b>	<b>Entregarse todos los días a sus ocupaciones</b>	<b>Actividad cotidiana que realiza según aptitudes y habilidades y que le proporcionan una remuneración económica.</b>	<b>Hogar Estudiante Empleado Obrero Profesionista</b>	<b>Nominal</b>
<b>Tiempo de</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Cantidad de</b>	<b>0 a 5 años</b>	<b>Nominal</b>

<b>evolución de la DM2</b>	<b>transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad hasta el momento actual</b>	<b>años cumplidos desde el momento que se realiza el diagnóstico de diabetes mellitus y la fecha de la encuesta.</b>	<b>5 a 10 años Mas de 10 años</b>	
----------------------------	---	--	---------------------------------------	--

- **INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**

Los instrumentos para elaboración del presente estudio son dos:

- ✓ Una cédula de identificación que explora los siguientes apartados (anexo 1 o 2):
  - Nombre
  - Edad
  - Sexo
  - Escolaridad
  - Estado Civil
  - Ocupación
  - Domicilio
  - Ocupación de los cónyuges.
  - Si viven en la misma casa
  - Tiempo de evolución de la diabetes
  - Valor de la última glicemia en ayunas
- ✓ Aplicación del FACES III versión mexicana de 20 ítems  
Es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento, tal y como se le define en el modelo circunflejo, el que está basado en dos variables principales, la cohesión y la adaptabilidad, las cuales son postuladas como las dos dimensiones primarias que en gran parte explican la conducta familiar<sup>18,22</sup>.

## CONSIDERACIONES ETICAS

Las señaladas por la OMS para estudios realizados en humanos:

El primer instrumento internacional sobre ética de la investigación médica, el Código de Nuremberg, fue promulgado en 1947 como consecuencia del juicio a los médicos que habían dirigido experimentos atroces en prisioneros y detenidos sin su consentimiento, durante la segunda guerra mundial. El Código, diseñado para proteger la integridad del sujeto de investigación, estableció condiciones para la conducta ética de la investigación en seres humanos, destacando su consentimiento voluntario para la investigación.

Toda investigación en seres humanos debiera realizarse de acuerdo con tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia.

La investigación en seres humanos debiera ser realizada o supervisada sólo por investigadores debidamente calificados y experimentados, de acuerdo con un protocolo que establezca claramente el objetivo de la investigación, las razones para incluir seres humanos, la naturaleza y grado de cualquier riesgo conocido para los sujetos, las fuentes desde las cuales se propone reclutar sujetos y los medios propuestos para asegurar que su consentimiento será adecuadamente informado y voluntario. El protocolo debiera ser evaluado científica y éticamente por uno o más comités de evaluación adecuadamente constituidos, independientes de los investigadores<sup>36</sup>.

Así mismo se ajusta a los principios éticos que dicta la declaración de Helsinki 59th WMA General Assembly, Seoul, October 2008, de la Asociación Médica Mundial, la cual orienta al médico en la investigación biomédica<sup>37</sup>.

De igual forma se apega al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en México, referente al título quinto, capítulo único, artículo 100<sup>38</sup>.

## VIII

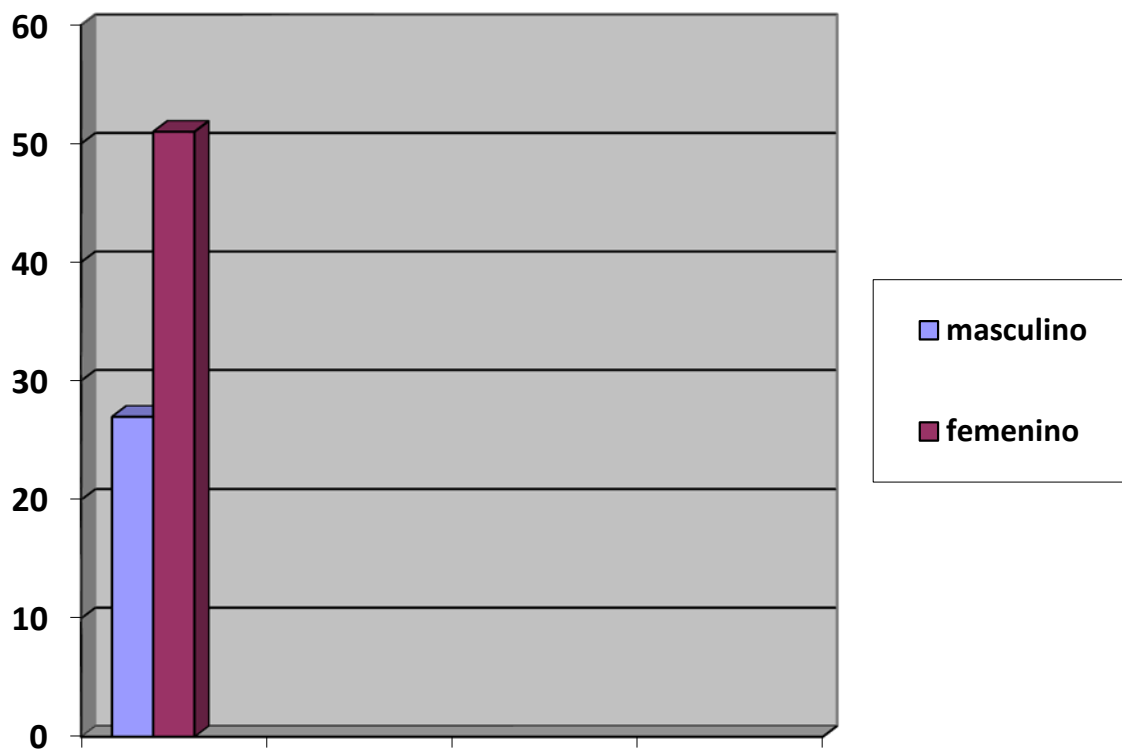
# RESULTADOS

De la aplicación de los instrumentos de evaluación mencionados anteriormente se obtuvieron los siguientes resultados en la CMF Marina Nacional del ISSSTE, se tomaron 78 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, los cuales reportan las siguientes características:

### Género:

Del total de 78 pacientes, 27 corresponden a pacientes masculinos y 51 a pacientes femeninos.

Gráfica 1  
Genero

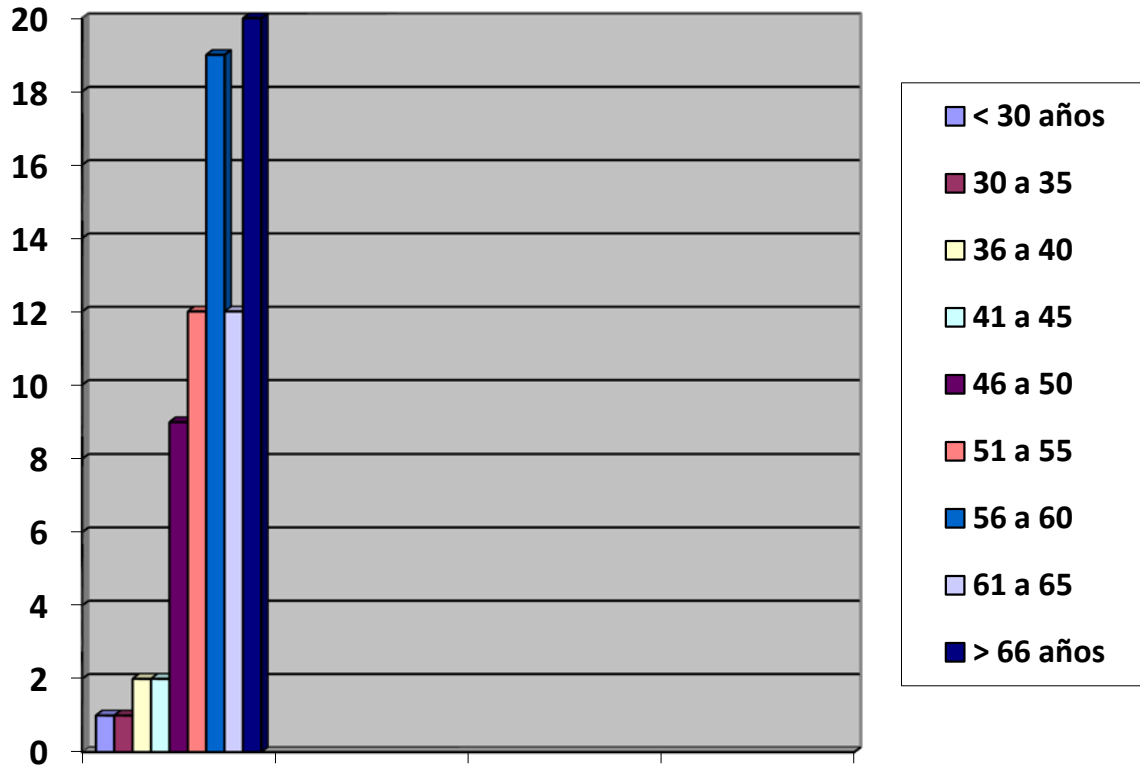


Fuente: Cuestionario de aplicación

## Edad:

De los 78 pacientes, 20 corresponden a mayores de 66 años de edad, 12 de los 61 a 65 años de edad, 19 de los 56 a 60 años de edad, 12 de los 51 a 55 años de edad, 9 de los 46 a 50 años de edad y 4 a menores de 45 años de edad.

Grafica 2  
edad



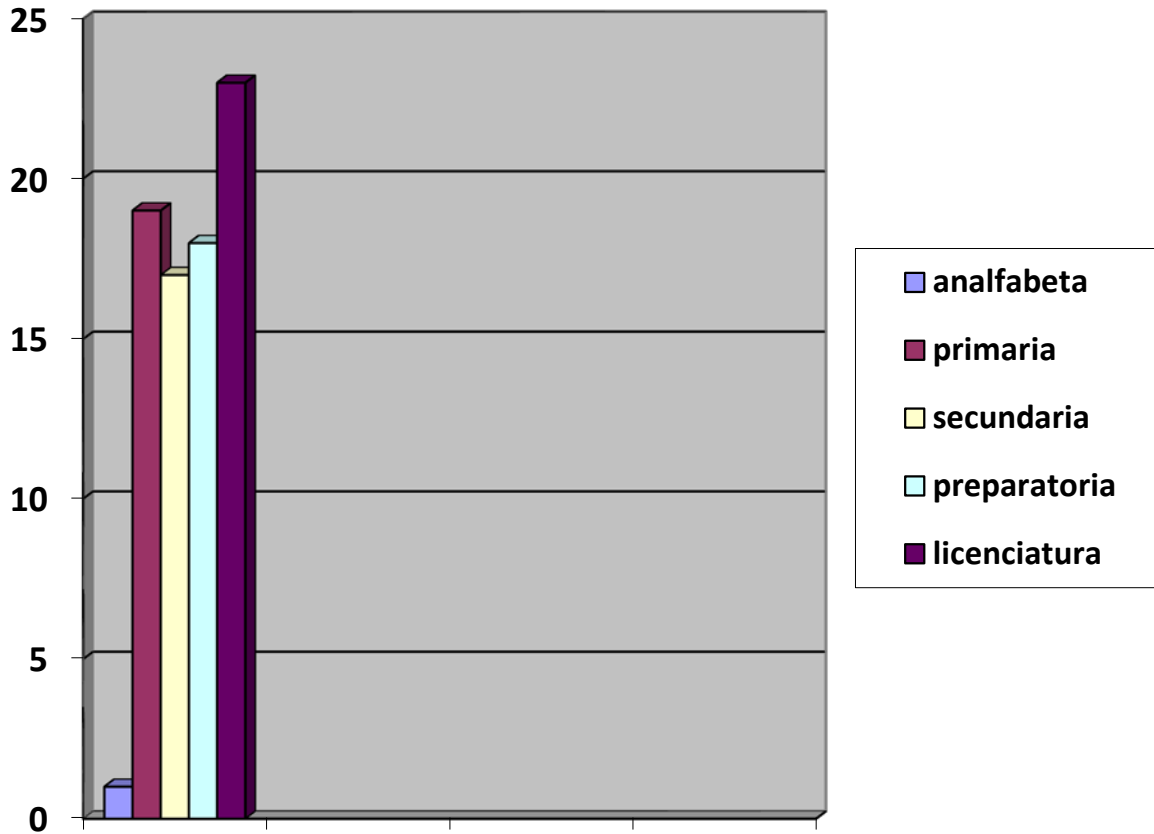
Fuente:  
Cuestionario de aplicación



### Escolaridad:

Se encontró que 23 pacientes tienen licenciatura o mayor grado de estudios, 18 preparatoria, 17 secundaria y 19 primaria, solo una paciente fue analfabeta.

Grafica 3  
escolaridad



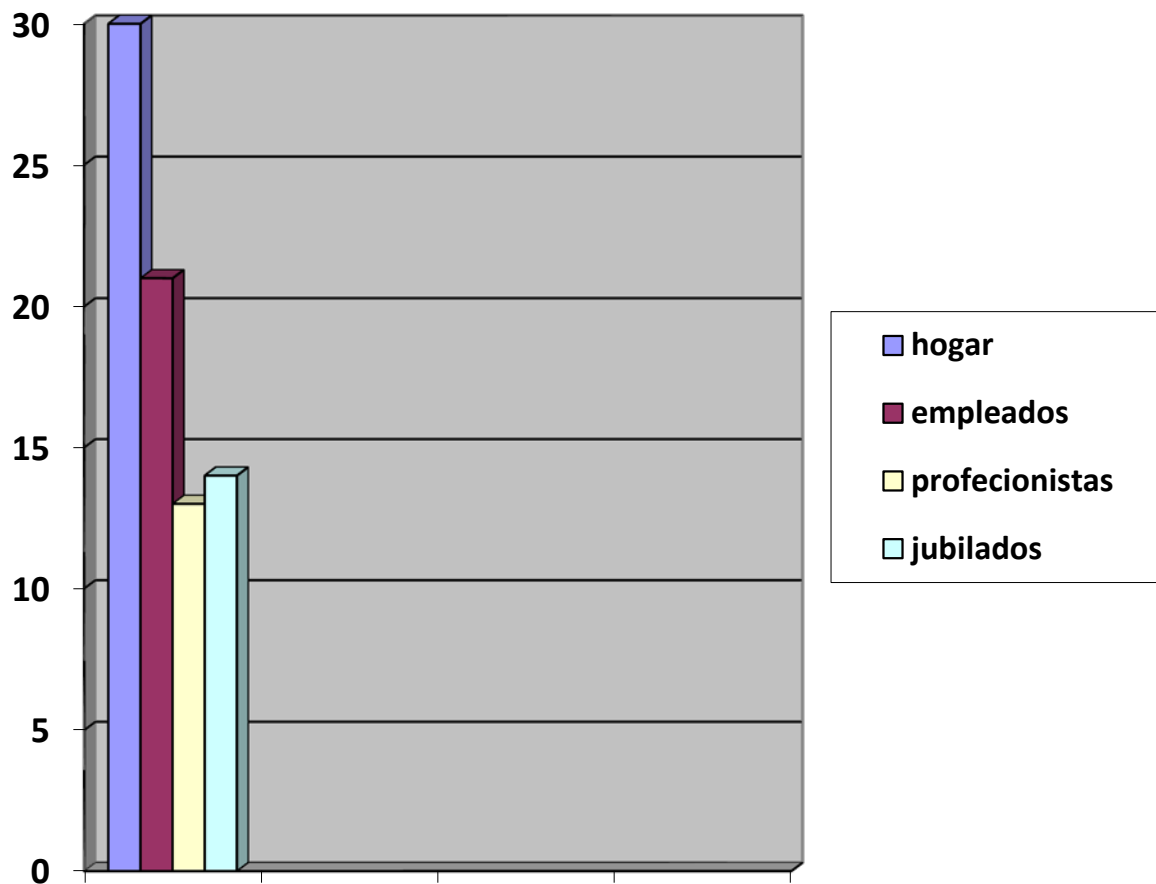
Fuente:  
Cuestionario de aplicación

### Ocupación:

De los pacientes evaluados, la ocupación se encontró distribuida de la siguiente manera:

30 pacientes se dedican a labores del hogar, 21 son empleados gubernamentales, 14 son pensionados y 13 son profesionistas.

Grafica 4  
ocupación

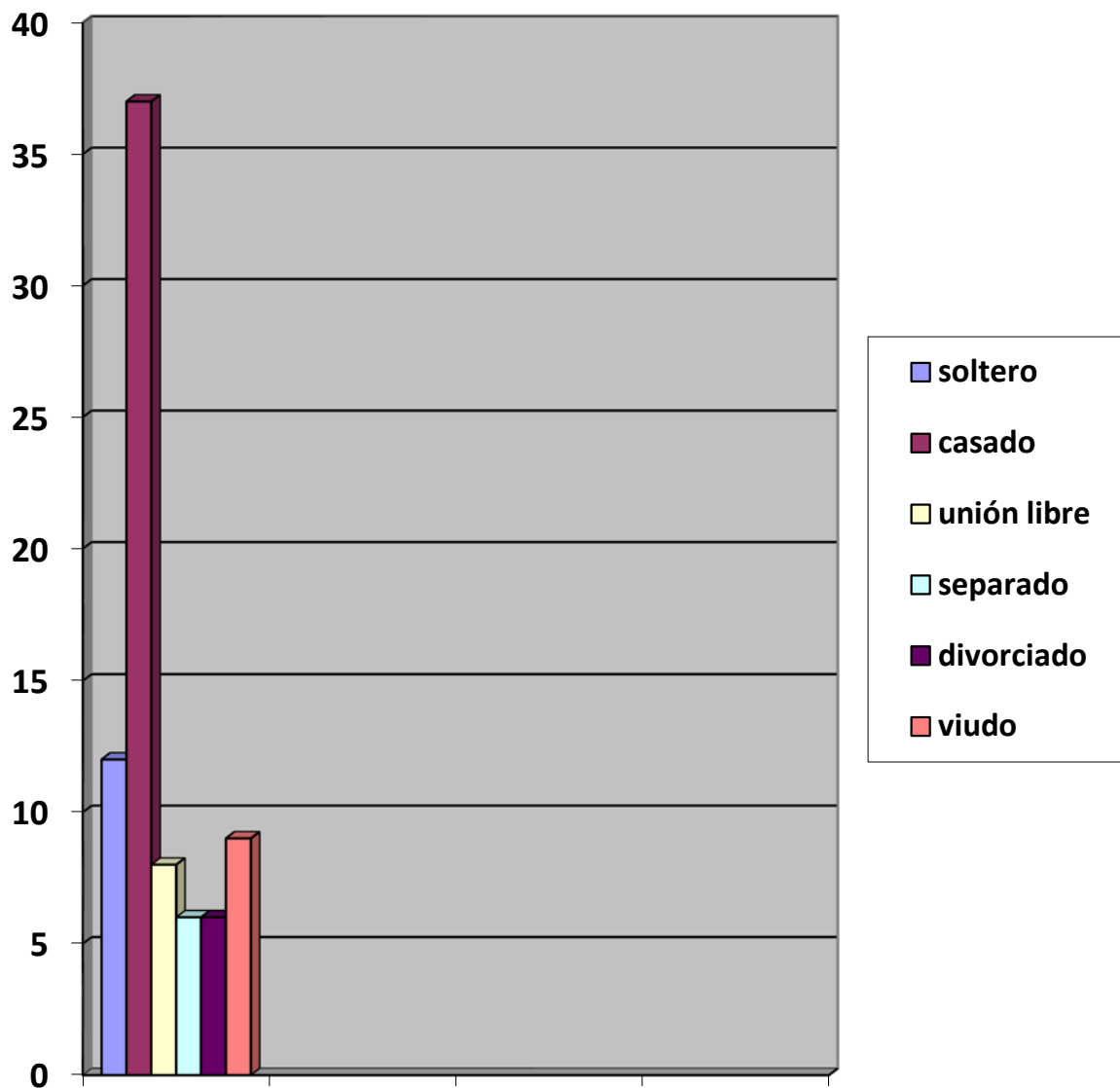


Fuente: cuestionario de aplicación

### Estado civil:

Se encontró que 37 pacientes son casados, 12 solteros, 9 viudos, 8 con unión libre, 6 separados y 6 divorciados.

Grafica 5  
Estado civil

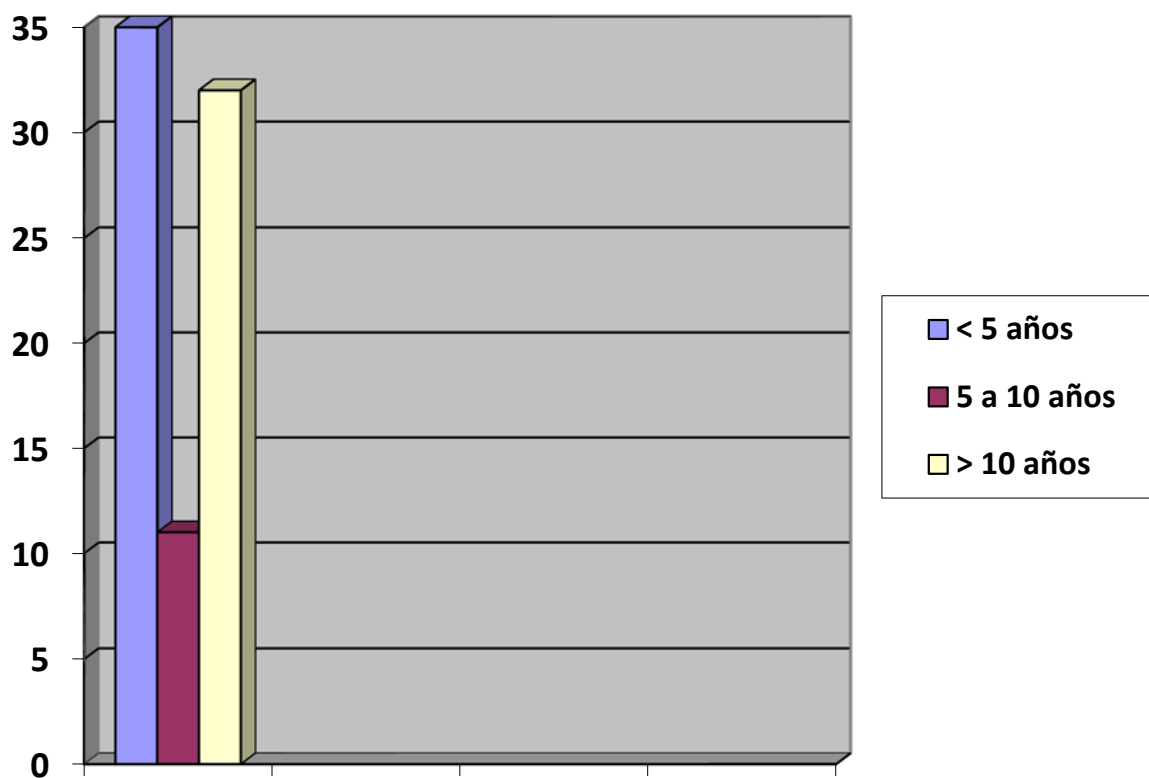


Fuente: cuestionario de aplicación

### Tiempo de evolución de la Diabetes Mellitus:

Por el tiempo de evolución se encontró que 35 pacientes tienen menos de 5 años de diagnóstico, 11 pacientes tienen entre 5 y 10 años de diagnóstico y 32 tienen más de 10 años de diagnóstico

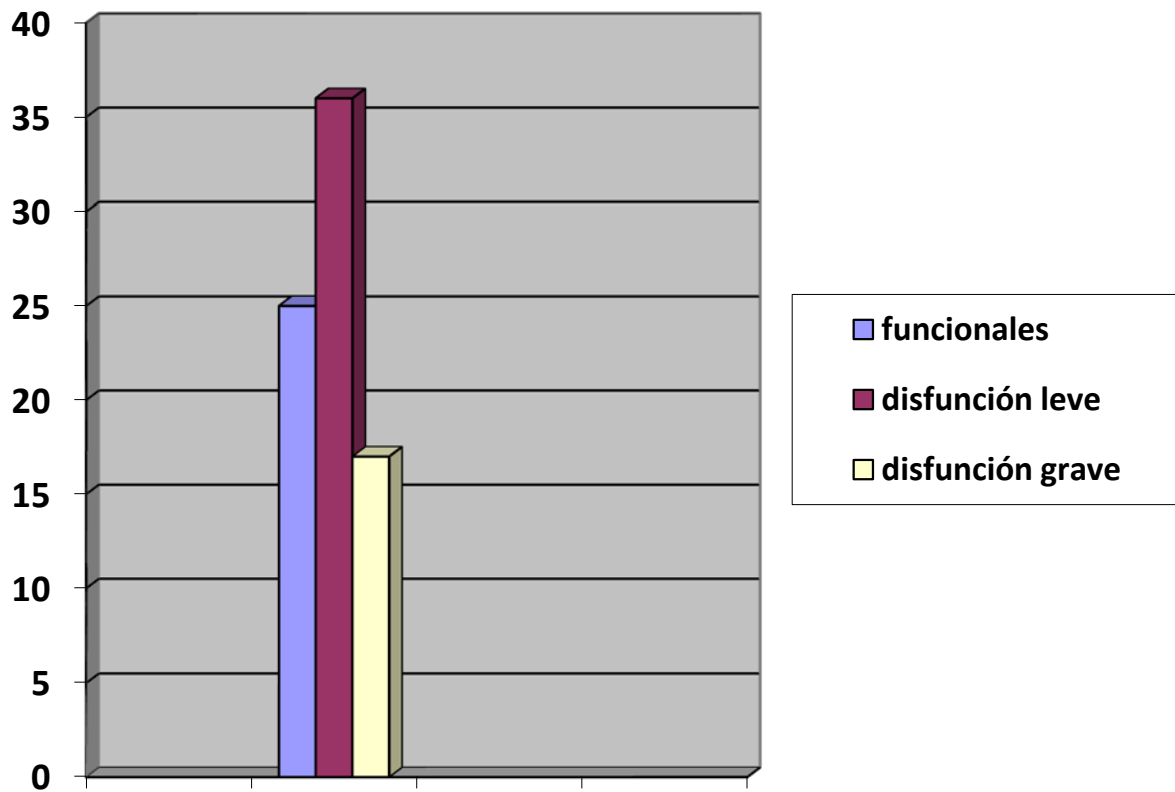
Grafica 6  
Años de evolución de la diabetes



Fuente:  
Cuestionario de aplicación

Usando el instrumento FACES III, se encontró que 25 pacientes cuentan con una buena funcionalidad familiar, 36 cuentan con una disfunción leve y 17 con una disfunción grave

Grafica 7  
Funcionalidad familiar

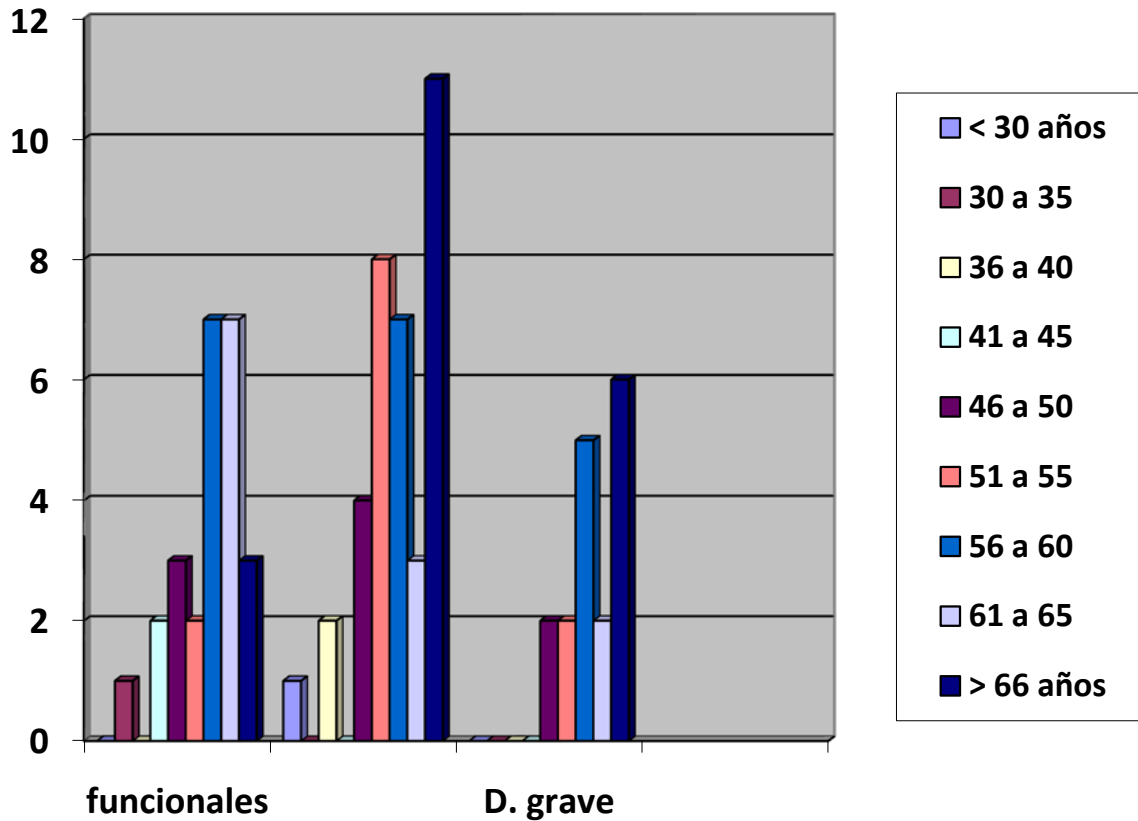


Fuente  
Cuestionario de aplicación

Por grupos de edad:

Menores de 30 años un paciente con disfunción leve, de 30 a 35 años un paciente con familia funcional, de 36 a 40 años 2 pacientes con disfunción leve, de 41 a 45 años 2 pacientes funcionales, de 46 a 50 años 3 pacientes funcionales, 4 con disfunción leve y 2 con disfunción grave, de 51 a 55 años 2 pacientes con funcionales, 8 con disfunción leve y 2 con disfunción grave, de 56 a 60 años 7 pacientes con funcionales, 7 con disfunción leve, 5 con disfunción grave, de 61 a 65 años 7 pacientes con funcionales, 3 con disfunción leve y 2 con disfunción grave, mayores de 66 años con 3 pacientes con funcionales, 11 con disfunción leve y 20 con disfunción grave.

Grafica 8  
Por grupo de edad

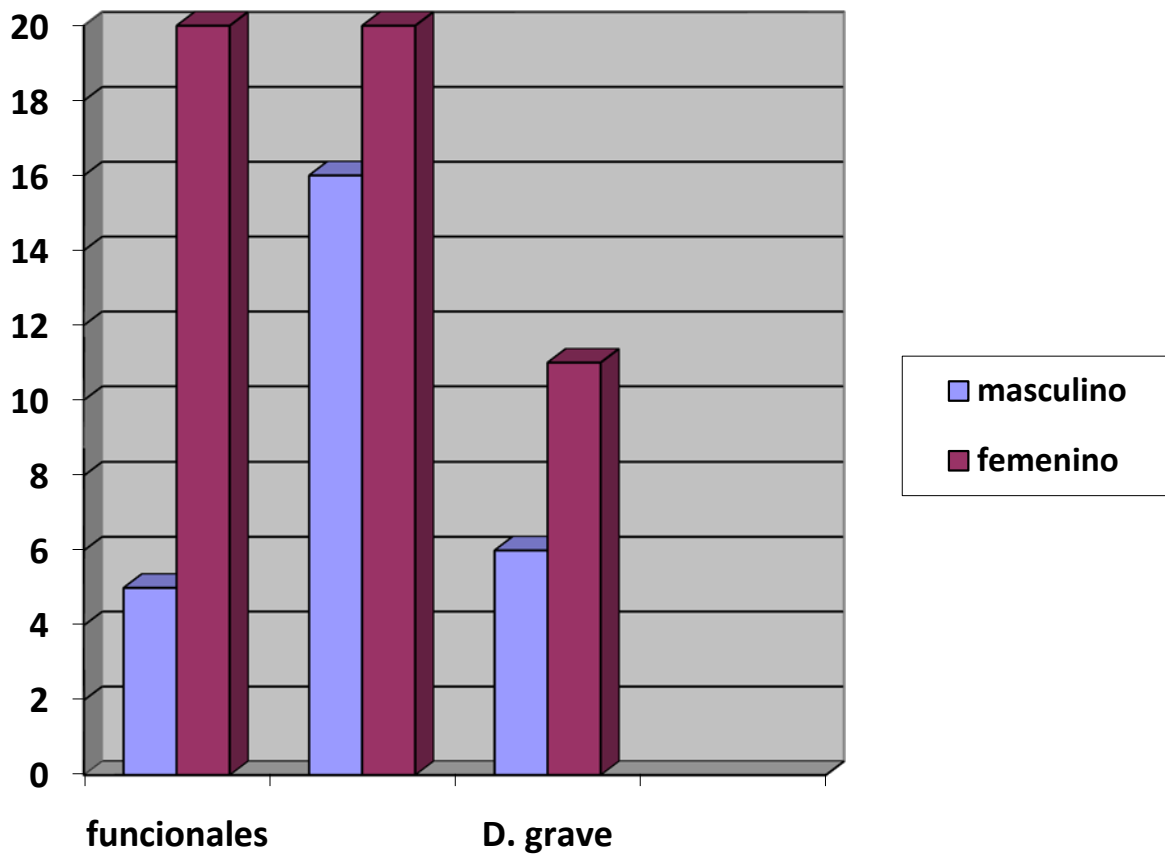


Fuente: cuestionario de aplicación

Por género:

Pacientes masculinos 5 con funcionales, 16 con disfunción leve y 6 con disfunción grave, femenino con 20 pacientes con funcionales, 20 con disfunción leve y 11 con disfunción grave.

Grafica 9  
Por genero

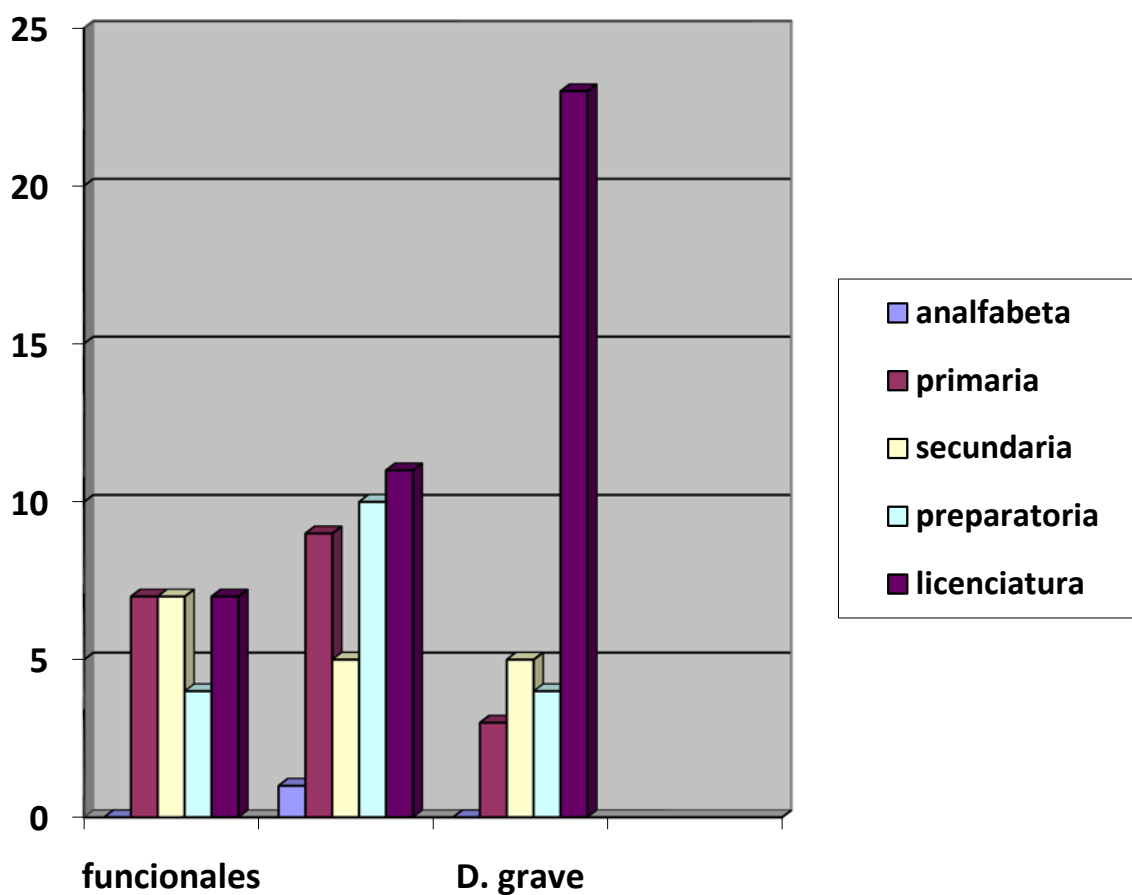


Fuente: cuestionario de aplicación

Por grado de estudios:

Una paciente analfabeta con disfunción leve, con nivel primaria 7 pacientes con funcionales, 9 con disfunción leve y 3 con disfunción grave, secundaria 7 pacientes con funcionales, 5 con disfunción leve y 5 con disfunción grave, preparatoria 4 con funcionales, 10 con disfunción leve y 4 con disfunción grave, licenciatura 7 con funcionales, 11 con disfunción leve y 23 con disfunción grave.

Grafica 10  
Por grados de estudios



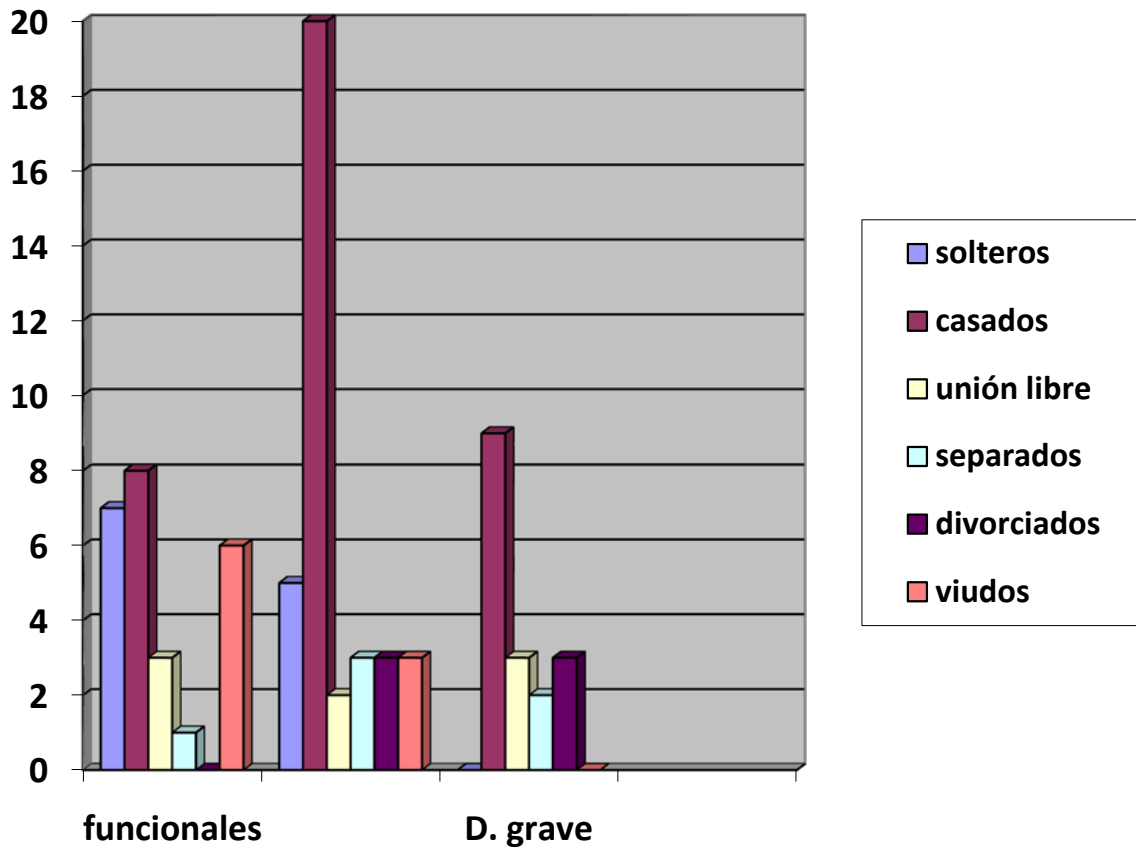
Fuente: cuestionario de aplicación



Por estado civil:

Pacientes solteros funcionales 7, con disfunción leve 5 y 0 con disfunción grave, casados tenemos 8 funcionales, 20 disfunción leve y 9 con disfunción grave, unión libre 3 funcionales, 2 con disfunción leve y 3 con disfunción grave, separados 1 funcional, 3 con disfunción leve y 2 con disfunción grave, divorciados 0 funcionales, 3 con disfunción leve y 2 con disfunción grave y viudos 6 funcionales, 3 con disfunción leve y 0 con disfunción grave.

Grafico 11  
Por estado civil

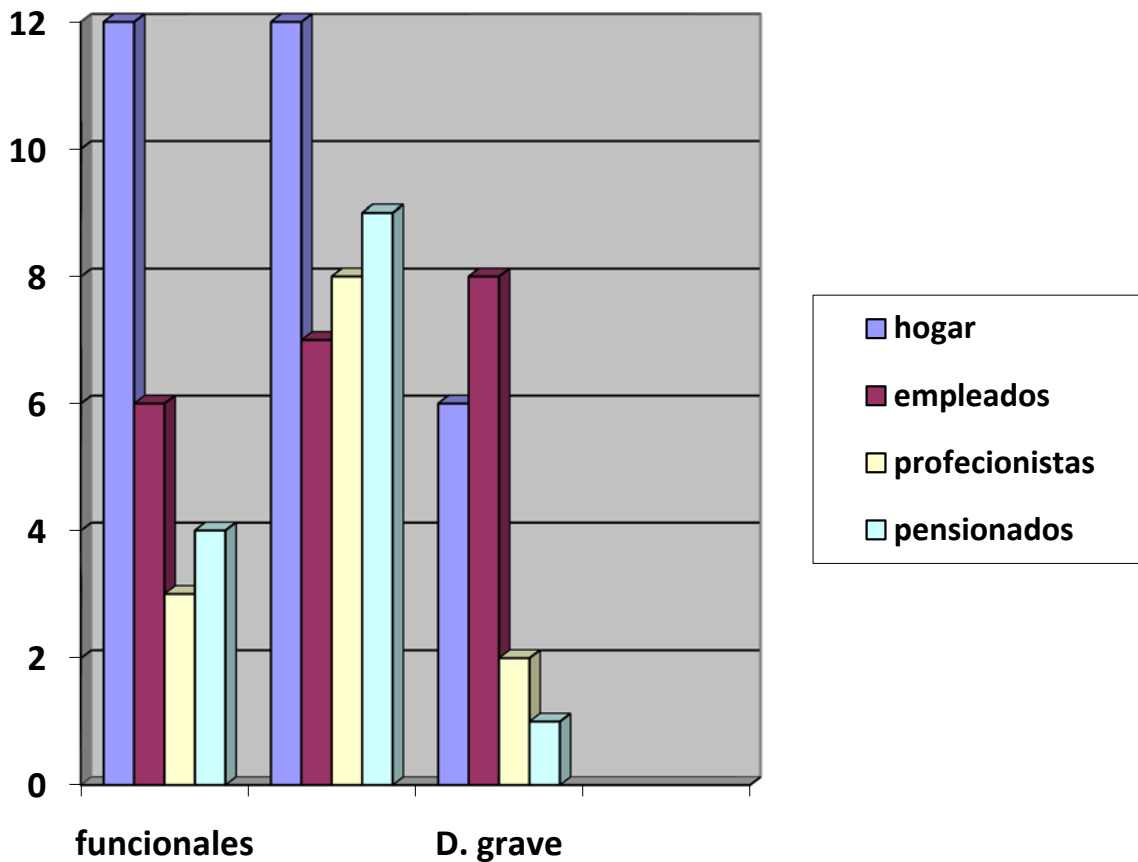


Fuente: cuestionario de aplicación

Por ocupación:

Dedicados al hogar 12 funcionales, 12 con disfunción leve y 6 con disfunción grave, empleados 6 funcionales, 7 con disfunción leve y 8 con disfunción grave, profesionistas 3 funcionales, 8 con disfunción leve y 2 con disfunción grave, pensionados 4 funcionales, 9 con disfunción leve y 1 con disfunción grave.

Grafico 12  
Por ocupación

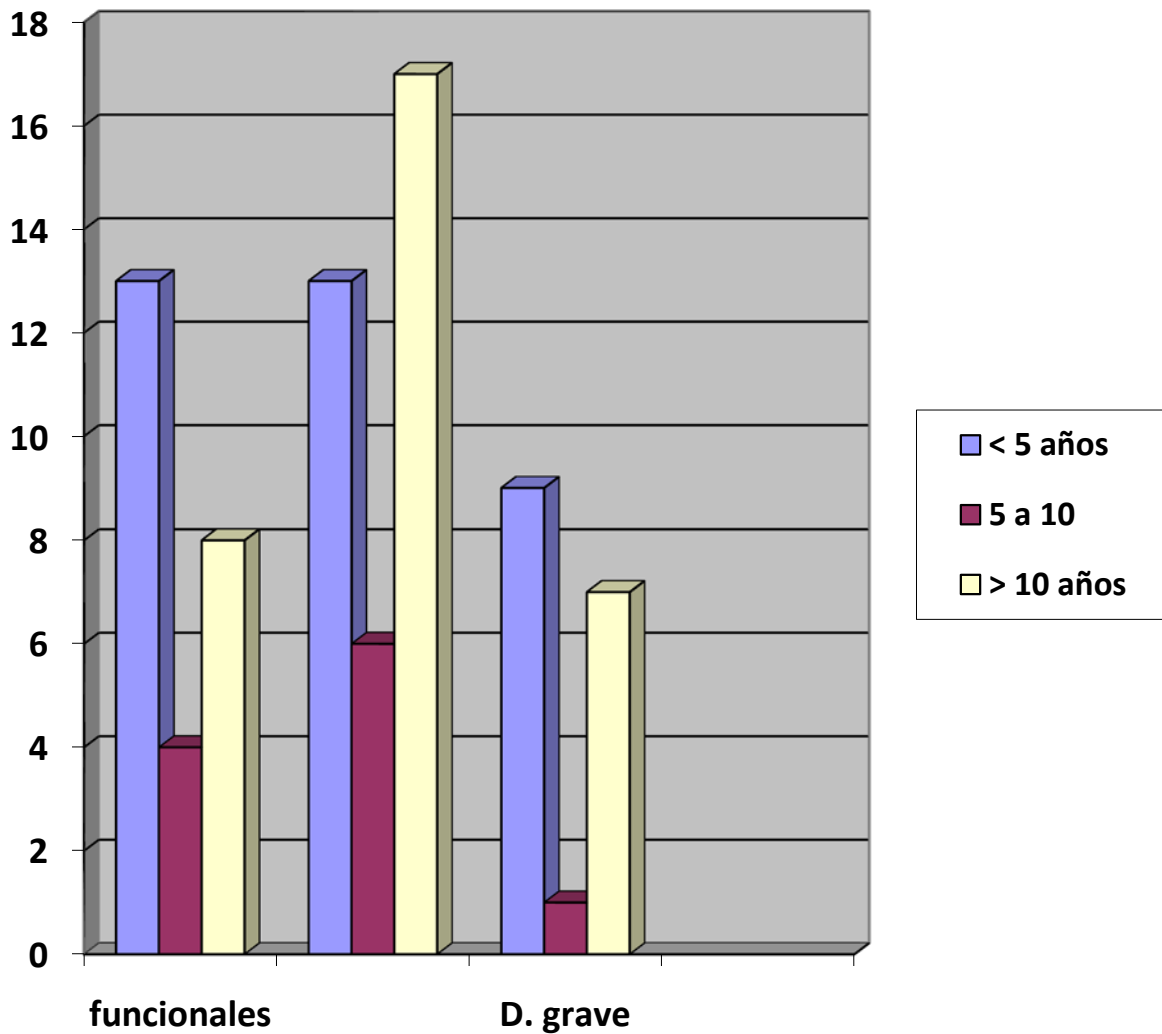


Fuente: cuestionario de aplicación

Según el tiempo de evolución de la diabetes:

Menos de 5 años de diagnóstico, 13 funcionales, 13 con disfunción leve y 9 con disfunción grave, de 5 a 10 años de diagnóstico 4 funcionales, 6 con disfunción leve y 1 con disfunción grave, mas de 10 años de diagnóstico 8 funcionales, 17 con disfunción leve y 7 con disfunción grave.

Grafico 13  
Por años de evolución de la diabetes



Fuente: cuestionario de aplicación

Analizando los datos obtenidos, se observa que de los 78 pacientes estudiados, 53 presentan disfunción familiar, siendo leve en 36 y grave en 17. Presentándose en mujeres con 31 casos, 20 del tipo leve y 11 grave.

Así mismo se vieron más afectados los pacientes en edades mayores a 66 años. La escolaridad no influyo a una mejor funcionalidad familiar ya que se observó mayor disfunción en pacientes con preparación media superior y superior.

Los pacientes casados fueron los que presentaron mayor disfunción familiar con respecto a otros estados civiles, así como los pacientes que no se mantienen en activo, y que solo se dedican a labores del hogar presentan mayor disfunción familiar.

Con respecto al tiempo de evolución de la diabetes se observa igual disfunción familiar en pacientes con menos de 5 años de diagnóstico a los que presentan más de 10 años de diagnóstico.

La presencia de un enfermo con diabetes mellitus, trae alteraciones en la dinámica familiar y con ello modificaciones importantes en el estilo de vida de los pacientes y sus familias, pudiendo esto influir en el control adecuado del paciente.

Es necesario concientizar al paciente diabético y a su familia de la importancia de su enfermedad, así como la identificación de problemas emocionales, sociales y familiares que influyen directamente en su evolución; para lograr un adecuado manejo terapéutico, mejorar su calidad de vida como individuo y familia siendo la red de apoyo más importante para mantener las funciones de afecto y cuidado.

Por lo anterior se considera que la familia juega un papel prioritario para el control del paciente diabético, así como la aceptación de su enfermedad del paciente y de sus familiares.

Hablando de cohesión se encontró 6 familias disgregadas, 17 aglutinadas, 25 semi relacionadas y 30 relacionadas

Con respecto a adaptabilidad encontramos 19 familias flexibles, 12 estructuradas, 45 caóticas y 2 rígidas.

## IX

# DISCUSIÓN

Existen antecedentes de estudios similares en donde se ha utilizado el FACES III como instrumento de medición de la funcionalidad familiar, esta escala ha sido aplicada a diversos pacientes con patologías indistintas, en donde se ha visto que el ambiente familiar influye en gran medida en el control de la enfermedad.

En nuestros resultados podemos ver que existe una mayor disfunción familiar con 53 casos, lo que se contrapone con lo que encontró Pérez y colaboradores, en donde obtuvieron un mayor número de familias disfuncionales.

Con respecto a la cohesión coinciden los datos de Sánchez donde observamos que 30 familias son relacionadas o unidas con respecto a las 17 aglutinadas.

En adaptabilidad de igual forma coinciden los resultados en donde se demostró que hay mayor número de familias caóticas y en nuestro caso solo encontramos 2 rígidas.

Contrastando nuestros resultados con los reportados por el grupo de Mendoza Solís, los resultados fueron similares ya que se encontró 17 familias extremas o graves y 36 medias o leves, coincidiendo de igual forma con lo visto por Zdanowicz y colaboradores

Por su parte Huerta y colaboradores presenta datos similares, sin embargo se oponen nuestros resultados a los encontrados por Arriaga y colaboradores en donde encontraron mayor número de familias funcionales que disfuncionales.

Es importante resaltar que según nuestros reportes uno pensaría que entre mayor grado de educación habría una mejor funcionalidad familiar, sin embargo se demostró que los pacientes con mejor preparación son los que presentaban un cierto grado de disfunción familiar.

De igual forma tal parece que ya el vínculo matrimonial provoca una mayor disfunción familiar con respecto a pacientes solteros, viudos o separados o divorciados.

Con el tiempo de evolución de la diabetes se maneja a etapas tempranas y tardías de la enfermedad una mayor disfunción familiar, siendo en etapas intermedias cuando hay mayor funcionalidad familiar, esto es importante, ya que cuando se pasa el golpe anímico de la enfermedad, se puede tener un tiempo para conocer y estudiar al paciente a fondo y lograr que tenga una mejor funcionalidad familiar.

A pesar de como se comentó en antecedentes, el instrumento FACES III da una perspectiva del paciente, pudiendo sesgar los resultados a lo que el paciente desea ver a su familia, por lo que será necesario ya al tener esta base continuar aplicando este instrumento a los miembros de las familias para así tener una mejor visión de la funcionalidad familiar.

Por lo tanto se debe de continuar trabajando en programas de apoyo de familiares con diabetes mellitus a fin de obtener una mejora en la funcionalidad familiar, ya que será importante ahora evaluar si las familias disfuncionales el apego al tratamiento es mejor en las familias funcionales que disfuncionales. Estos puntos serán una continuación importante del presente trabajo.

# X

## CONCLUSIONES

De la presente investigación podemos concluir algunos puntos que consideramos de relevancia:

Con los resultados obtenidos damos respuesta a nuestra pregunta de investigación, además de cumplir con los objetivos propuestos.

En el presente trabajo, se evaluó a pacientes con DM tipo 2, por ser una patología frecuente en la atención de pacientes en la Unidad de Medicina Familiar “Marina Nacional”, encontrando que el 67% de ellos se refieren con alteraciones en la funcionalidad familiar, lo cual puede estar influyendo para el control del padecimiento y para tener una mejor calidad de vida.

Otro punto relevante que concluimos con nuestros resultados esta relacionado a la presentación de la disfunción en forma más concreta en pacientes con escolaridad media y superior, así como predominantemente en mujeres dedicadas al hogar, lo cual nos da una nueva perspectiva en relación a si es el impacto de la enfermedad la que causa disfunción o si es la presencia de la enfermedad la que induce los cambios en la dinámica familiar

Por tanto consideramos que los resultados que arroja la presente investigación nos permiten referir soluciones específicas y concretas para ofrecer a las familias con pacientes diabéticos.

Una de estas soluciones es la mejor comprensión de la dinámica familiar por parte de los profesionales de salud, especialmente para el médico familiar, el cual debe estudiarla y proporcionar soluciones adecuadas para cada familia, de acuerdo al elemento de la dinámica que se encuentre alterado.

Otra actividad está en relación a aplicar este instrumento a todos los pacientes que asisten a la clínica de diabetes de la unidad de medicina familiar para en conjunto tener un diagnóstico que permita tomar acciones concretas, esto considerando que el 67% de nuestra muestra se refiere con algún grado de disfunción.

También es necesario promover los programas de atención médica continua, para realizar acciones anticipatorias y preventivas con el fin de evitar la aparición de las enfermedades crónico-degenerativas en forma temprana y de ser posible evitarlas, modificando factores de riesgo.

Es importante promover pláticas de educación al paciente a la familia y solicitar cuando sea requerido a fin de evitar que las disfunciones familiares afecten al paciente o a la familia.

Podemos ver también que acuden en mayor frecuencia las mujeres a consulta y control de su patología de base con respecto a los hombres.

Finalmente, debemos mencionar que esta línea de investigación queda abierta para hacer extensiva la aplicación de instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar en todos los pacientes diabéticos de la unidad, así como hacerla más amplia para otras enfermedades crónico degenerativas.



# XI

## BIBLIOGRAFIA

1. Orietta Mendizabalny Bismarck Pinto. Universidad Católica Boliviana. Estructura Familiar y Diabetes. Ajayu, 2006, vol. iv, no. 2
2. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus en la Atención Primaria para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes.
3. Bembire Taboada R, Balboa Godoy Fb, López Requeiro T, Estudio Anual de una Población Diabética por el Médico de Familia. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000;16 (1), 57-62
4. Batista Moliner R, Ortega González LM, Fernández López G. Diabetes Mellitus, Manejo y Consideraciones Terapéuticas, Resumed11, 1998, enero-marzo(1), 6-23
5. Valenciaga Rodríguez JI, Gonzáles de la Vega F, Ponds Bravet P, Sánchez Valdez O. Repercusión en el Control de la Diabetes Mellitus de una Técnica Educativa Dirigida a la Familia. Rev Cubana Med Integral y General, abril junio 1995.
6. Azcarate GE, Ocampo BP, Quiroz PJ, Funcionamiento Familiar en Pacientes Integrados a un Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente y Ambulatoria. Arch Med Fam, 2000; 8(2): 97-102.
7. Rodríguez Moran M. Guerrero Romero JF. Importance of Family Support in the Control of Glycemia. Salud Pública Mex 1997; 39: 44-47.
8. Méndez López Dulce, et al. Disfunción Familiar y Control del Paciente Diabético tipo 2. Rev Med IMSS 2004; 42 (4): 281-284.
9. Alvin C. Powers, capítulo 323. Diabetes Mellitus, Tomo dos, Kasper, Braunwald, Fauci, et al. Harrison, Principios de Medicina Interna. 16ª. Edición.
10. url disponible en:  
[http://www.sssalud.gov.ar/hospitales/archivos/cie\\_10\\_revi.pdf](http://www.sssalud.gov.ar/hospitales/archivos/cie_10_revi.pdf)

11. Roger S. Mazze et al. Prevención, Detección y Tratamiento de la Diabetes en el Adulto guía rápida. 5ª. edición, International Diabetes Center, 2008 Matrex Salud.
12. Irigoyen Coria Arnulfo, Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar, 2ª. Edición, Editorial Medicina Familiar Mexicana, México 2004 pp 215.
13. Dra. Eva Estrella Sinche, Dr. Miguel Suárez Bustamante. Introducción al Estudio de la Dinámica Familiar. Fasciculos Cadec. Rampa, 2006. 1 (1): 38-47.
14. Vázquez Nava Francisco, et al. El Paciente Asmático y su Dinámica Familiar, Revista Alergia México 2003; 1(6): 214-219.
15. La Familia Como Unidad de Estudio, Capitulo 2, Huerta Gonzáles José Luis, Medicina Familiar, La Familia en el Proceso Salud Enfermedad. ed. Alfil. México 2005 pp 12.
16. Valadez I. Aldrete G. La Familia como Unidad de Auto atención. Rev Asoc Med de Jalisco 1990; 19 15-17.
17. González Salinas Consuelo. Abordaje Médico Familiar de la Diabetes Mellitus. Atención Familiar, órgano informativo del departamento de medicina familiar.
18. Apolinar Membrillo Luna, Capitulo 10, Sección Segunda, Ricardo Anzures Carro, et al. Medicina Familiar. Ed. Corinter. primera edición 2008. p.p. 227-283, 334.
19. Moreno Altamirano Laura. Medicina Actual Epidemiología y Diabetes. Rev. Fac. Med. UNAM, vol. 44 num 1, enero-febrero 2001.
20. Pérez Preciado VH., Alanís Niño G., Ordaz E. González Leal J. Relación de Funcionalidad Familiar con el Control Glucémico del Paciente Diabético Tipo 2. Revista de Salud Pública y Nutrición. Edición Especial no. 9-2006. sección 4.
21. Disponible en url:  
<http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm121/originalesbreves.html>
22. E.R. Ponce Rosasa, F.J. Gómez Clavelina B,M. Terán Trillo, A.E. Irigoyen Coriad y S. Landgrave Ibáñez. Validez de Constructo del Cuestionario Faces III en Español (México) Aten Primaria 2002. diciembre. 30 (10): 624-630
23. Ana Martínez Pampliega. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Escala (Faces) Desarrollo de una Versión de 2 Items en Español.

International Journal of Clinical and Health Psychology, 2006, vol. 6 num. 02 p.p. 317-338.

24. Apolinar Membrillo Luna, capítulo 7, Apolinar Membrillo Luna, Familia, Introducción al Estudio de sus Elementos. etm 2008.p.p. 107-114
25. Sánchez-Reyes A, González-Pedraza-Avilés A. Cohesión y Adaptabilidad Familiar y su Relación con la Hemoglobina Glucosilada de los Pacientes Diabéticos. Rev Esp Med Quir 2011;16(2):82-88.
26. Mendoza-Solís LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez I, Gil-Alfaro I, et al. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Arch Med Fam 2006;8(1):27-32.
27. Zdanowicz N, Pascal J, Reynaert CH. ¿Juega la Familia un Papel Clave en la Salud Durante la Adolescencia? Eur J Psychiatr 2004;18(4):215-224.
28. Huerta MN et al. Frecuencia de Disfunción Familiar en una Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE. Arch Med Fam 2001, 3(4)95-98.
29. Arriaga – Nava Armandina, Lara Ortega MA. de los Ángeles Gloria, Gómez Soto Víctor. Funcionalidad Familiar en Pacientes Geriátricos con Diabetes Mellitus tipo 2. Revista de Salud Pública y Nutrición Edición Especial no.2 – 2003
30. Chávez Aguilar V, Velasco Orellana R, Disfunciones Familiares del Subsistema Conyugal. Criterios para su Evaluación. Rev. Med. IMSS 1994; 32(1):39-43
31. De la Revilla I. Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar. Doyma, Barcelona 1994.
32. Gutiérrez Vázquez Isauro, Burguete Cabañas Teresa, Zacarías Castillo Rogelio, Mortalidad por Diabetes Mellitus. Experiencia de 11 años en un Hospital de Segundo Nivel. Salud Pública de México 2006, 2(48).6.
33. Diabetes Números en México, Federación Mexicana de Diabetes. disponible en url: <http://www.fmdiabetes.com/www/diabetes/dnumeros.asp>
34. Fuertes MC, Maya MU, Atención a la Familia: La Atención a la Familia en Situaciones Concretas, Anales de Medicina Navarra 2005 sup 2, 4-15.
35. disponible en url: <http://www.estadistica.mat.uson.mx/material/elmuestreo.pdf>
36. Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos. Preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de

las Ciencias Médicas (CIOMS) en Colaboración con la Organización Mundial de la Salud. Ginebra 2002. <http://www.bioética.ops-oms.org>

37. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos. 22.10.2008.
38. Ley General de Salud. Nueva Ley Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, texto vigente. últimas reformas publicadas DOF 27-04-2010.

## XII

### ANEXOS

#### ANEXOS I HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE \_\_\_\_\_

EDAD CUMPLIDA: \_\_\_\_\_

SEXO: MASCULINO ( )                      FEMENINO ( )

ESCOLARIDAD:

ANALFABETA                                      ( )  
PRIMARIA    ( )  
SECUNDARIA                                        ( )  
PREPARATORIA                                      ( )  
LICENCIATURA                      POSGRADO ( )

ESTADO CIVIL:

SOLTERO                      ( )  
CASADO                        ( )  
UNION LIBRE                ( )  
SEPARADO                    ( )  
DIVORCIADO                ( )  
VIUDO

OCUPACION:

HOGAR                      ( )  
ESTUDIANTE ( )  
OBRERO                    ( )  
EMPLEADO ( )  
PROFESIONISTA ( )

DOMICILIO: COLONIA \_\_\_\_\_ MUNICIPIO \_\_\_\_\_

AMBOS CONYUGUES TRABAJAN: SI ( ) NO ( )

AMBOS CONYUGUES VIVEN EN LA MISMA CASA: SI ( ) NO ( )

TIEMPO DE EVOLUCION DE LA DIABETES MELLITUS:

0 A 5 AÑOS                      ( )  
DE 5 A 10 AÑOS                ( )  
MAS DE 10 AÑOS                ( )

## ANEXO II

### FACES III

No	ITEM	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
		1	2	3	4	5
1	Los miembros de su 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 Su disciplina					
5	Nos gusta convivir solamente con Los familiares cercanos					
6	Cualquier miembro de la familia Puede tomar la autoridad					
7	Nos sentimos más unidos entre Nosotros que con personas que No son de nuestra familia					
8	Nuestra familia cambia el modo De hacer sus cosas					
9	Nos gusta pasar el tiempo libre En familia					
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo En relación con los castigos					
11	Nos sentimos muy unidos					
12	En nuestra familia los hijos toman Las decisiones					
13	Cuando se toma una decisión importante, Toda la familia está presente					
14	En nuestra familia las reglas cambian					
15	Con facilidad podemos planear Actividades en familia					
16	Intercambiamos los quehaceres del Hogar entre nosotros					
17	Consultamos unos con otros para Tomar decisiones					
18	En nuestra familia es difícil identificar Quien tiene la autoridad					
19	La unión familiar es muy importante					
20	Es difícil decir quién hace las labores Del hogar					

### **Calificación de cohesión del FACES III**

Cohesión	amplitud de clase
No relacionada	10-34
Semirelacionada	35-40
Relacionada	41-45
Aglutinada	46-50

### **Calificación de adaptabilidad del FACES III**

Adaptabilidad	amplitud de clase
Rígida	10-19
Estructurada	20-24
Flexible	25-28
Caótica	29-50

### ANEXO III

#### CARTA DECONSENTIMIENTO INFORMADO

En la Clínica de Medicina Familiar de Narina Nacional ISSSTE, se está llevando a cabo un estudio acerca de la funcionalidad familiar y su relación con el control metabólico de los pacientes diabéticos que acuden a consulta en el módulo de diabetes, consultorio número uno turno matutino.

La información que usted nos proporcione será utilizada en forma confidencial y solo para los fines de este estudio.

Acepto participar en forma voluntaria contestando el cuestionario de 20 preguntas y el de recolección de datos.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y firma: \_\_\_\_\_

Afiliación: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_