



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75
NEZAHUALCOYOTL ESTADO DE MEXICO

INFLUENCIA DE LA DISFUNCION FAMILIAR EN EL DESCONTROL
METABOLICO DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ELIZABETH ALMOGABAR SANTAMARIA.

NEZAHUALCOYOTL, ESTADO DE MEXICO.

2013



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.

**INFLUENCIA DE LA DISFUNCION FAMILIAR EN EL DESCONTROL
METABOLICO DEL PACIENTE DIABETICO**

TIPO 2.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

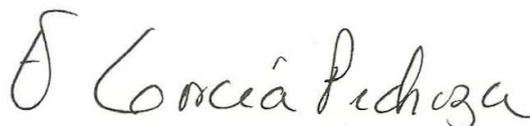
PRESENTA

DRA. ELIZABETH ALMOGABAR SANTAMARIA.

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA,
U.N.A.M.

**INFLUENCIA DE LA DISFUNCION FAMILIAR EN EL DESCONTROL
METABOLICO DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. ELIZABETH ALMOGABAR SANTAMARIA.

AUTORIZACIONES


DR DONOVAN CASAS PATIÑO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 75


DR MIGUEL ANGEL SOBERANES LOPEZ

ASESOR DE METODOLOGIA DE TESIS
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL REGIONAL 196, EDO. DE MÉX. ORIENTE


DR MARIO ENRIQUE GARCIA TAPIA

ASESOR DEL TEMA DE TESIS
JEFE DE DEPARTAMENTO CLINICO DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR 75


DR DONOVAN CASAS PATIÑO

JEFE DE ENSEÑANZA DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR 75.

CD NETZAHUALCOYOTL, EDO. DE MÉX.

FEBRERO 2013

DEDICATORIA.

A DIOS.

Por ser la mano que guía y que dio origen a todo, porque el dispone el cuándo y porqué.

Gracias **DIOS**

A MIS PADRES.

Por darme la oportunidad de vivir y deberles todo lo que tengo y soy, por guiarme en el camino del estudio, y de mi vida.

Gracias: **Pedro y Araceli.**

A MI ESPOSO.

Por tu apoyo y comprensión, por estar ahí en los momentos más difíciles, así como por ser esa persona con la que quiero compartir uno más de mis objetivos logrados.

Gracias por tu amor y resistencia.

Gracias: **Mario.**

A MI HIJA.

Por ser el motivo para salir adelante, por ser quien me inspira para ser cada día mejor y para quien quiero ser un ejemplo a seguir.

Gracias por tu paciencia.

Gracias: **Ximena.**

**INFLUENCIA DE LA DISFUNCION
FAMILIAR EN EL DESCONTROL
METABOLICO DEL PACIENTE
DIABETICO
TIPO 2.**

INDICE.

I	MARCO TEORICO	1
II	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
III	JUSTIFICACION	14
IV	OBJETIVOS	16
	• General	16
	• Específicos	16
V	METODOLOGÍA	17
	• Tipo de Estudio	17
	• Población, lugar y tiempo de estudio	17
	• Tipo de muestra y tamaño de la muestra	17
	• Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	18
	• Definición de variables	18
	• Método de recolección de la información	21
	• Consideraciones éticas	21
	• Instrumento de medición	22
VI	RESULTADOS	24
	• Descripción de los resultados	
	• Tablas y gráficas	
VII	DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	42
VIII	CONCLUSIONES	43
IX	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
X	ANEXOS	47

MARCO TEORICO.

La Diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo con grados variables de predisposición hereditaria, en la que participan diversos factores ambientales, 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.

A nivel mundial ha tenido alcances inimaginables, actualmente son más de 250 millones de personas que presentan este padecimiento y cada año se agregan 7 millones más, las personas con esta enfermedad sobreviven con un alto riesgo de desarrollar complicaciones con repercusiones sobre su calidad de vida. ⁽¹⁾

Esta enfermedad crónica es por definición un padecimiento usualmente lento e irreversible que lleva progresivamente al deterioro y pérdida gradual de las capacidades del individuo ⁽²⁾.

Existe un estimado mundial que señala que aproximadamente la mitad de los adultos mayores presentan algún tipo de enfermedad crónica donde predominan la diabetes mellitus la que afecta a un gran número de residentes en Estados Unidos aproximadamente la mitad de ellos ya con el diagnóstico confirmado^(3,4).

Se menciona que a nivel mundial el 60% de los adultos mayores son portadores de diabetes mellitus tipo 2. Y en México, la se ubica en los primeros sitios de morbilidad y mortalidad nacional (con tasa de prevalencia por cada 100 mil habitantes es 11.27). ^(5, 6,7)

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.⁽⁸⁾ Se estima que en el año 2025 la diabetes mellitus ocupará el séptimo lugar mundial con 12 millones de enfermos.⁽⁹⁾

Tomando en cuenta el alto índice de pacientes diabéticos a nivel mundial en julio de 1997 fue publicado el informe final sobre la clasificación y criterios diagnósticos de la Diabetes Mellitus, que preparo un comité internacional de expertos de diabetes, convocados por la ADA en mayo de 1995.

Este comité conto con 20 especialistas, 18 provenientes de USA, tanto de universidades como de institutos nacionales de salud quienes revisaron y discutieron los antecedentes acumulados desde 1979 y fueron acogidos por la OMS y utilizados universalmente.

El comité propone agrupar a los diferentes tipos de diabetes mellitus según su criterio patogénico. La nueva clasificación elimina la denotación basada en la terapéutica utilizada (insulino dependiente y no insulino dependiente) y la substituye por TIPO 1 Y TIPO 2 con número arábigo y no romano conservando la diabetes gestacional:

DIABETES MELLITUS 1	A) Mediada inmunológicamente B) Idiopática
DIABETES MELLITUS 2	
OTROS TIPOS ESPECIFICOS DE DIABETES	A) Defectos genéticos con alteración de células beta B) Enfermedades del páncreas exocrino
DIABETES GESTACIONAL.	

Una vez teniendo en cuenta la clasificación de la Diabetes Mellitus es muy importante llegar al diagnóstico en el paciente y hacer esto es fácil cuando aparecen con datos clínicos cardinales (poliuria, polidipsia, pérdida de peso) y los niveles glucémicos se hallan persistentemente elevados pero, en ausencia de clínica manifiesta, no es sencillo establecer el límite del valor glucémico inocuo para la salud.

Este diagnóstico es fácil de realizar tomando en cuenta los **NUEVOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS** de DM que son los siguientes:

1. Síntomas de DM (poliuria, polidipsia, pérdida de peso injustificada), más glucemia plasmática casual ≥ 200 mg/dl. Casual se define como la toma en cualquier hora del día sin relación del tiempo de ingesta del último alimento.
2. Glucosa Plasmática en ayunas (GPA) (≥ 8 h) ≥ 126 mg/dl.
3. Glucemia plasmática 2 h tras una prueba de tolerancia a la glucosa (PTOG 75 g) ≥ 200 mg/dl.
4. Se introduce el término de glucemia en ayunas alterada (GAA) para Niveles entre 110-125 mg/dl.

Estos criterios precisan confirmación en día diferente, salvo hiperglucemia con descompensación aguda, y deben basarse, fundamentalmente, en la determinación de la GPA. El TOG no se recomienda como método de rutina por considerarse caro y de baja reproductibilidad. Además, la determinación de GPA es más económica y fácil de realizar que tras PTOG ⁽¹⁰⁾

Estos criterios son también utilizados según la GUIA PRACTICA CLINICA DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DM DEL IMSS.

En personas con DM-2, el control de los niveles de glucemia ha demostrado tener efectos beneficiosos sobre las complicaciones micro vascular (neuropatía y retinopatía). ⁽¹¹⁾ Este objetivo se puede lograr cuando el paciente cuenta con un buen control metabólico que consiste en que el paciente cumpla con los siguientes parámetros:

	NIVEL OPTIMO
HbA 1	< 7 %
Gl ayunas	90 - 130mg/dl
Colesterol total	< 185 mg
Triglicéridos	< 150 mg
T/A	130/80 mmHg

En este estudio se tomaran en cuenta los parámetros de control metabólico establecidos por el IMSS y con estos criterios se debe de tener en cuenta que así como el médico de familia es base importante para el control del paciente con diabetes mellitus 2 también la familia juega un rol importante en el manejo de esta enfermedad ya que la familia es un sistema que bajo la circunstancia de una enfermedad crónica sufre cambios drásticos tanto en su interior como en su entorno lo que lleva a la alteración del funcionamiento familiar.

La adaptación de la familia a la enfermedad depende en gran medida de las características propias de ésta, la etapa en que se encuentre, el momento de la vida del paciente, el lugar que éste ocupe en la familia y el tipo de enfermedad y sus tratamientos^(12,13)

Para poder establecer la asociación entre la familia, su funcionalidad y el control o descontrol del paciente con DM 2 es necesario entender lo que significa la familia, sus diversas formas de funcionalidad y su dinámica familiar, iniciando por entender las siguientes definiciones:

FAMILIA

Es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad, la familia es la responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique esta definición avalada por OMS.

La lengua española dice que la familia es un grupo de personas emparentadas entre si y que viven juntas. Conjunto de ascendentes y descendentes, colaterales o afines de un linaje⁽¹⁴⁾

También es necesario conocer la importancia de la **DINAMICA FAMILIAR** entendiendo por esta como el conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro bien o mal como unidad.

En la dinámica familiar normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamiento y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y contar con el apoyo de los demás.⁽¹⁴⁾

La familia por lo tanto necesita de una organización para llevar a cabo sus funciones y al mismo tiempo apoyar la individualización de cada uno de los miembros que la componen proporcionándole al mismo tiempo un sentimiento de pertenencia de esta institución que es la familia⁽¹⁴⁾

Los intentos para medir y describir a la familia tienen cierto tinte empírico, ya que la medición o evaluación del funcionamiento familiar es sumamente complejo debido a la gran interacción de factores que lo conforman pudiendo considerar a la **FUNCIONALIDAD FAMILIAR** como un proceso multifactorial compuesto por distintas dimensiones que crean patrones de comportamiento diferente, los cuales finalmente nos dan estilos de vida familiares con un funcionamiento específico.

Dentro de estos factores tenemos:

- Estructura familiar: Ha sido planteada como una variable independiente de una serie de fenómenos que influyen en el desarrollo infantil, en las relaciones familiares, en la satisfacción conyugal y en el funcionamiento familiar.
- Aspectos socioeducativos y socioeconómicos: Estos aspectos, según algunos autores, influyen en el funcionamiento o clima familiar, lo que incluye a los patrones de comportamiento y culturales que se pueden traducir en el ejercicio de los roles, y patrones de comunicación, entre otros.
- Familia de origen: Es considerada como una variable determinante en el funcionamiento de la nueva familia que forma el individuo.⁽¹⁵⁾

Por lo tanto se puede considerar **DISFUNCION FAMILIAR** cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y favorece un grado todavía mayor del mismo.

La disfunción familiar es un problema de interrelación consigo mismo y con las estructuras sociales, condición compleja porque requiere de modificaciones estructurales y adaptativas respecto a valores sociales, económicos, sexuales, religiosas etc. Las interacciones entre los miembros de la familia pueden ser negativas y positivas, cuando se dan las segundas dan una sensación de bienestar y el apoyo que permite mantener el equilibrio emocional como vehículo de socialización.⁽¹⁶⁾

Las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas generan estrés, en su conjunto determinan las características de la dinámica familiar e influyen directamente en los cuidados que se otorga al enfermo.

Además de los factores explicados anteriormente como son la estructura familiar, aspectos socioeducativos y socioeconómicos así como la familia de origen hay que tener en cuenta para entender la funcionalidad familiar algunos modelos que tratan de explicarla, y que han propiciado la investigación en el campo de la medicina familiar, algunos de estos modelos son:

Modelo de funcionamiento familiar de McMaster.

Este modelo se encuentra basado en el enfoque sistémico de la familia, en el cual ésta se refiere como un sistema abierto compuesto de subsistemas y partes individuales. El modelo menciona seis áreas o dimensiones del funcionamiento familiar:

1. Resolución de problemas (problemas instrumentales y afectivos).

2. Comunicación (se refiere al intercambio de información dentro de la familia).
3. Roles (asignación de roles individuales de acuerdo con las funciones de la familia).
4. Involucramiento afectivo (grado en que la familia muestra interés y valora los intereses de cada miembro).
5. Respuestas afectivas (habilidad para responder con sentimientos adecuados a un estímulo afectivo tanto en calidad como en cantidad).
6. Control de la conducta (patrones que adopta la familia para manejar el comportamiento en tres situaciones: las que implican peligro, las de expresar y enfrentar necesidades, y las de interacción entre los miembros de la familia y fuera del sistema familiar).

Modelo circunflejo marital y sistémico familiar.

Este modelo 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.

Modelo de respuesta, de adaptación y ajuste familiar.

Este modelo incluye para su estudio predominantemente al 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 en la familia

Modelo de factores de riesgo.

Este modelo toma en cuenta a los factores de riesgo como aquellos fenómenos que pueden desencadenar el buen o mal funcionamiento de la familia, y que considera a cualquier condición o aspecto 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.

Tomando en cuenta la existencia de estos modelos podemos tener un marco de referencia para explicar el funcionamiento familiar, lo que posteriormente

nos llevara a utilizar instrumentos para la evaluación de la funcionalidad familiar. Que nos proporcionan parámetros de medición esto tomando en cuenta algunas teorías existentes como son las siguientes:

Teoría estructural de funcionamiento familiar.

Esta teoría considera a la familia como un sistema, el cual también tiene subsistemas que permiten la interacción de sus miembros para lograr un funcionamiento adecuado o inadecuado.

Minuchin (1977, 1995) define a la teoría estructural como “un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia”, estableciendo pautas o límites que deciden cómo, cuándo y con quién, cada miembro de la familia se relaciona con los demás, regulando la conducta de cada uno de ellos.

Esta teoría presenta las siguientes características:

1. Es relativamente fija y estable.
2. Presenta un sentido de pertenencia a sus miembros.
3. Acepta cierto grado de flexibilidad.
4. Facilita el desarrollo individual, así como los procesos de individualización.

Teoría explicativa del funcionamiento familiar.

Esta teoría refiere que el funcionamiento familiar no está basado en sólo considerar al sistema familiar como normal o anormal, sino que más bien depende de sus posibilidades, las cuales a su vez dependen de la capacidad adaptativa y de los recursos que han ido adquiriendo a lo largo de su ciclo evolutivo, y por tanto la familia puede encontrarse en cuatro estadios dinámicos diferentes.

1. **La familia normo funcional:** presenta un equilibrio estable, sus normas de funcionamiento interno regulan las relaciones entre sus miembros, lo que garantiza su homeostasis.
2. **La familia en crisis familiar:** puede considerar una situación “fisiológica” para la evolución del sistema familiar e incluso necesaria entre sus miembros; el sistema familiar tiene que apelar a sus recursos, tanto internos como externos, si dispone de ellos puede efectuar los ajustes necesarios para producir una respuesta adaptativa.
3. **La familia con disfunción familiar:** en estas familias este estado ya no puede considerarse como “fisiológico”, ya que las tensiones que genera el conflicto no resuelto producen manifestaciones patológicas en los miembros; la intervención lógica ante una disfunción familiar es aportar

los recursos que el propio sistema requiere para adaptarse, lo cual evidentemente no siempre es posible.

4. **La familia en equilibrio patológico:** en esta familia sucede que de la misma forma en que los individuos pueden desarrollar mecanismos adaptativos patológicos frente a los estímulos del medio, las familias pueden reaccionar frente a una crisis adoptando respuestas que perpetúen la situación, utilizando lo que se denomina “mecanismos de defensa.

Teoría interaccional de la comunicación.

Tiene su fundamento en el modelo de McMaster en el cual se menciona que la comunicación es el foco de incubación primario de los problemas familiares, el cual puede abarcar un amplio abanico de situaciones y características, que van desde los problemas más leves o intrascendentes hasta los que expresan violencia manifiesta; se tiene como elemento principal al proceso de comunicación, el cual es el medio por el que los miembros de una familia se influyen recíprocamente, ya que la comunicación permite intercambiar información, delinear los límites y resolver los problemas y situaciones.

Como se puede ver la funcionalidad familiar pasa por diferentes momentos por lo que es importante la identificación del tipo de funcionalidad familiar para lo cual nos podemos apoyar en diversos instrumentos los cuales deben de ser fiables y válidos para que realmente sean de utilidad en la práctica de los profesionales que pretenden evaluar la funcionalidad de la familia.

Estos instrumentos de evaluación de la familia nos permiten identificar en qué medida se cumplen sus funciones básicas, y cuál es el rol que puede estar jugando en el proceso salud-enfermedad.

Por ello existen un conjunto de escalas, formatos y cuestionarios simplificados, los cuales son denominados Instrumentos de Atención Integral a la Familia, ya que ofrecen una visión gráfica de la familia, facilita la comprensión de sus relaciones, y ayudan al profesional de la salud y a la familia a ver un “panorama mayor”, desde el punto de vista histórico como del actual en relación con el funcionamiento familiar, entre los más utilizados se encuentran: ⁽¹⁵⁾

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 (Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales. Escala de Evaluación Personal del Funcionamiento Familiar en Situaciones de Crisis).
13. Prueba de Evaluación de las relaciones intrafamiliares (FF-SIL).
14. Escala Familiar Estructural Sistémica (EFES).
15. Escala de Clima Social Familiar (Family Environment Scale, FES).
16. Escala de Homes.
17. SIMFAM. El Inventario de Evaluación Familiar de California (CIFA, 1989, 1992, 1996).
18. Escala de Evaluación Familiar de Carolina del Norte (NCFAS V 2.0).
19. Inventario familiar de Olson.
20. The family Functioning Index (FFI).
1. Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (E-EFF), original de Chávez, Friedemann y Alcorta.
21. Escala de Evaluación de Funcionamiento Familiar, de Joaquina Palomar.
22. The Family Functioning Questionnaire (FFQ).
23. Cuestionario de áreas de cambio.
24. Cuestionario de evaluación de necesidades de Camberwell.
25. Escala de ajuste diádico.
26. Escala de Interacción Familiar.
27. Escala de Funcionamiento Familiar.

Dentro de estos, uno de los empleados es el FACES III ya que en estudios previos se ha descrito el proceso de traducción y adaptación transcultural de FACES III en población mexicana y su fiabilidad en su versión en el español que se habla en México.

Se obtuvo un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0,70 y se concluyó como un valor alto y adecuado comparado con la versión anglosajona, desarrollada por Olson et al. que observaron una fiabilidad media en sus trabajos de 0,80. ⁽¹⁷⁾

El valor de fiabilidad obtenido por nosotros en la primera versión en español que se usa en México fue considerado necesario y suficiente para proseguir con la determinación de la validez de constructo de FACES III en población mexicana. Por tanto, la fiabilidad constituye un requisito previo y necesario para establecer la validez ⁽¹⁸⁾.

Un estudio de Joseph C. Konen y colaboradores, con la participación de 2453 adultos utilizando el FACES III para valorar la adaptación y cohesión familiar en el apego al control del paciente con diabetes Mellitus tipo 2, se observó que dos terceras partes de los participantes percibieron cohesión familiar encontrándose en categoría moderada de adaptación. Y solo una sexta parte fue disfuncional.

Aproximadamente la mitad de los adultos con diabetes percibieron cohesión familiar. Mientras que los datos generales sugieren que la mitad de la población debe encontrarse conjuntada y/o desligada en los puntos extremos del espectro. Finalmente, solo una tercera parte de los adultos con diabetes observaron sus familias con esta alteración ⁽¹⁹⁾.

En un estudio piloto de 6 meses de seguimiento en pacientes diabéticos con aplicación del FACES III y a quienes se les realizaron terapias de intervención familiar con pobre control del padecimiento y que no respondieron a tratamientos médico y psicológico previos, demostraron que las terapias implementadas para mejorar la adherencia a los tratamientos potencializa con cierta facilidad la participación familiar en el manejo integral del paciente en cuestión.

Las conclusiones del estudio resaltan que la situación caótica de algunas familias que participaron en el estudio presentó dificultades en cuanto a la disposición de tiempo para la atención del paciente en aproximadamente 50% de los casos ⁽²⁰⁾

Shapiro y asociados refieren que la adopción física de un grupo familiar respecto a la orientación familiar en forma de intervenciones familiares en la presencia de un enfermo mejora notablemente la patología y evolución del problema de salud.

Brown y colaboradores estudiaron los factores orgánicos y ambientales así como familiares y culturales en un grupo de 407 pacientes entre 35 y 70 años de edad con diagnóstico de diabetes Mellitus México americanos, intentando conocer los factores que influyen en el control de su padecimiento.

Se hizo hincapié en cuanto era el conocimiento que los pacientes tenían respecto a su enfermedad. Además de notarse dichas conductas en cuanto a sus creencias culturales respecto al manejo de su padecimiento. Realizarse modificaciones ambientales, culturales, y adaptación a los nuevos conocimientos de la Diabetes Mellitus tipo 2 presentó cambios significativos en los niveles de hemoglobina glucosilada respecto a los observados al inicio del estudio ^(21, 22,23).

Tomando en cuenta la fiabilidad y validez de dicho instrumento de medición en este estudio se empleara la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III; de Olson, Portner y Lavee, 1985; Olson, 1992) es la 3^o versión de la serie de escalas FACES y ha sido desarrollada para evaluar dos de las principales dimensiones del Modelo Circunflejo: la cohesión y la flexibilidad familiar⁽²⁴⁾

Han surgido cuatro versiones diferentes, algunas de las cuáles han sido traducidas al español y empleadas en diversas investigaciones.

La Escala de FACES III se compone de 20 ítems, 10 de los cuales evalúan la *Cohesión* y otros 10 la *adaptabilidad* mediante una escala tipo Likert de cinco puntuaciones.

Las mismas veinte afirmaciones que sirven para evaluar como la familia es percibida en ese momento ("Familia Real"), sirven para evaluar cómo le gustaría que la misma fuese ("Familia Ideal") alterándose para ello la consigna inicial.

Este instrumento fue traducido al español en 2001, validado y aplicado en el 2003 en México por Gómez Clavelina e Irigoyen⁽²⁵⁾ FACES III es un instrumento cuyos alcances y limitaciones, así como su proceso de validación en español se han evaluado en nuestro medio, con el rigor metodológico que confiere^(26,27)

De esta manera, la evaluación de la funcionalidad familiar favorece el cumplimiento de las premisas de la práctica de la Medicina Familiar: continuidad de la atención, evaluación integral del proceso salud-enfermedad en los individuos y sus familias, y anticipación a los daños a la salud mediante un enfoque de riesgo.

La cohesión es el vínculo emocional que los miembros de un sistema (la familia, en nuestro caso) tienen entre sí y la adaptabilidad sería la habilidad de dicho sistema para cambiar. Cada una de estas dimensiones está compuesta por diferentes variables que contribuyen a su comprensión (Olson, 1988).

Los conceptos vinculados con la cohesión serían: lazos familiares, implicación familiar, coaliciones padres-hijos, fronteras internas y externas.

Los conceptos específicos vinculados con la adaptabilidad son: liderazgo, disciplina, negociación, roles y reglas.

Inicialmente, en las primeras versiones del modelo (Olson, Russell y Sprenkle, 1980) también se incluyeron en esta dimensión la asertividad, el control o el feedback.

La calificación en Cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones y el resultado puede ser una familia:

- No relacionada o dispersa, 10 a 34 puntos
- Semirrelacionada o separada, 35 a 40 puntos
- Relacionada o conectada, 41 a 45 puntos
- Aglutinada, 46 a 50 puntos

La calificación en Adaptabilidad es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems pares y el resultado puede ser una familia: ⁽²⁸⁾

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

Una vez hecha la suma correspondiente a las dos dimensiones, se buscan las calificaciones con lo que se puede obtenerse la clasificación de la familia con relación al esquema del modelo circunflejo.

Los puntajes que se obtienen nos van a proporcionar la posibilidad de poder clasificar a las familias en 3 categorías:

1. Balanceadas o más funcionales, que tienen mejor Cohesión y mejor Adaptabilidad.
2. Rango medio o menos funcionales, que tienen mejor Cohesión y extrema Adaptabilidad o extrema Cohesión y mejor adaptabilidad.
3. Extremas o no funcionales, que presentan extrema Adaptabilidad y extrema Cohesión.

Las escalas utilizadas en el FACES III son de tipo ordinal, y la combinación de ambas permite clasificar a las familias en 16 posibles tipos según el siguiente cuadro.

COHESIÓN		Bajo → Moderado → Alto				
		DESLLIGADA	SEPARADA	CONECTADA	ENMARAÑADA	
FLEXIBILIDAD	Alto ↑	CAÓTICA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo
	Moderado ↑	FLEXIBLE	Rango medio	<i>Balanceda</i>	<i>Balanceda</i>	Rango medio
	Moderado ↑	ESTRUCTURADA	Rango medio	<i>Balanceda</i>	<i>Balanceda</i>	Rango medio
	Bajo ↑	RÍGIDA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo

Gómez-Clavelina FJ, Ponce-Rosas ER, Irigoyen-Coria

Este modelo propone que las dimensiones de adaptabilidad y cohesión presentes 4 posibles grados o niveles, de los cuales los intermedios son normales o “balanceados” (subrayados en gris). Mientras que los más altos y más bajos son “extremos”

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La aparición de la diabetes mellitus tipo 2 sitúa al sistema familiar ante una situación nueva e inesperada. Conlleva la carga emocional de una enfermedad que "no se cura", que precisa tratamiento médico de por vida; que exige medidas terapéuticas basadas en cambios en 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 familiar.

Con las complicaciones físicas (neuropatía, retinopatía, arteriopatía, nefropatía, etc.) que pueden ir surgiendo, originando afectación en la calidad de vida del paciente, incapacidad: que representa una sobrecarga familiar y social y finalmente un desgaste prevenible de los sistemas asistenciales de salud.

Como se observa en las estadísticas, es un problema de salud mundial y nacional que impacta directamente en todos los ámbitos. Desde lo personal, familiar y social, mencionándose ya actualmente como una epidemia que requiere de mejores estrategias de manejo, la intervención en el plano familiar.

El utilizar un abordaje médico familiar propicia una panorámica más amplia del contexto del paciente con diabetes. Ello nos permitirá detectar problemáticas que inciden en el persistente mal control metabólico en el caso de que se presente, ya que como en líneas anteriores se menciona, también se observa mal control glucémico en pacientes diabéticos tipo 2 en familias funcionales.

Por medio de este estudio se permitirá establecer nuevas estrategias encaminadas a corregir el problema de salud o en la medida de lo posible

llegar a crear cambios en la terapia de dichos pacientes, mejorar recursos familiares disponibles y así mejorar la calidad de vida del paciente en su entorno biopsicosocial, además de favorecer la homeostasis familiar permitiendo la adaptación de ésta al paciente sin resentir el cambio propiciado. Sobre la base de lo anterior se plantea la siguiente cuestión:

¿Existe influencia de la disfunción familiar en relación con el control metabólico del paciente diabético tipo 2 de la UMF 83?

JUSTIFICACION.

Según la OMS en 1990 había 110 millones de diabéticos en el mundo y se calcula que para el año 2000 habrá 175 millones. De 1983 a 1995, la población de diabéticos en Estados Unidos aumentó de 11 a 16 millones. En México se calcula que 8% de la población es o será diabética, aproximadamente 7 millones de personas. ⁽²⁹⁾

La diabetes mellitus tipo 2 representa 90 % de esos casos; en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ocupa el segundo lugar en motivos de demanda de atención en consulta externa de medicina familiar y el primer lugar en consulta de especialidades, además de ser una de las principales causas de ingreso y egreso hospitalario. ⁽³⁰⁾

Durante los últimos treinta años el número de personas diabéticas se ha triplicado, por ello, en Estados Unidos, México, Brasil y en otras naciones más hoy se le considera una pandemia un problema grave de salud que requiere inmediata atención para abatir las pérdidas de vida y los altos costos de su atención. ⁽³¹⁾

La situación en México es parecida al resto de los países en desarrollo en cuanto a magnitud del problema, aunque las cifras varían de acuerdo con la fuente, el nivel de atención, la población de referencia. ⁽³¹⁾

La DMT2 se ha constituido en un problema prioritario de salud, que deriva no solamente en el deterioro de la calidad de vida de las personas que la padecen, con la consecuente pérdida de años de vida productiva y años de vida potencial debido a la incapacidad y la muerte, sino también en la demanda y el consumo de servicios tanto ambulatorios como hospitalarios, por lo que los costos del tratamiento son altos para la economía de las instituciones de salud.

La diabetes genera un considerable efecto en los sistemas de salud, dado que fue la undécima causa de ingreso a hospitales de la Secretaría de Salud durante el año 2000, sólo superada por factores de ingreso relacionados con el embarazo, 9 accidentes, problemas perinatales y algunas de las infecciones o procedimientos quirúrgicos más comunes. Asimismo, el mayor periodo de hospitalización (6.1 contra 3.5 días en personas con y sin diabetes) y la elevada letalidad de la enfermedad elevan el costo de su atención.

Además, la diabetes ocasiona complicaciones como la Retinopatía Diabética que es la causa más frecuente de ceguera, además de ocasionar insuficiencia renal terminal, amputaciones no traumáticas e incapacidad prematura, prevenible en los adultos en México y en la mayoría de los países. ⁽³¹⁾

El funcionamiento familiar de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedad en sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional.

Por lo cual es de suma importancia valorar el actuar médico familiar en la influencia que tiene una acertada intervención en el quehacer familiar del paciente con ésta enfermedades de tipo crónico con el fin de integrar al paciente a la vida normal.

Por ello, pretendemos realizar este estudio para evaluar que tan afectada se ve

la funcionalidad familiar del integrante que padece diabetes mellitus tipo 2 en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF 83, a través de la aplicación de la escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión (FACES III). No existiendo antecedentes de estudios previos similares en la unidad, el objetivo será identificar si existe el problema en nuestros pacientes para de alguna forma posteriormente se toma alguna estrategia de apoyo a estos.

OBJETIVOS

GENERAL:

Conocer si existe influencia de la disfunción familiar en relación con el control metabólico del paciente diabético tipo dos de la UMF 83.

ESPECIFICOS:

1. Identificar las características sociodemográficas relacionadas con la disfunción familiar y control metabólico en diabéticos tipo 2
2. Identificar la frecuencia de disfunción familiar en pacientes diabéticos tipo 2
3. Determinar las características familiares de acuerdo al tipo de familia según su estructura, desarrollo y ciclo vital de los pacientes diabéticos tipo 2

METODOLOGIA:

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo observacional, descriptivo y transversal

De acuerdo a la relación de causalidad se trata de un estudio de tipo transversal.

De acuerdo a la interferencia del investigador es observacional.

De acuerdo al análisis estadístico descriptivo.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

A. GEOGRAFICO. UMF N° 83 IMSS

B. DEMOGRAFICO. Usuarios derechohabientes diabéticos tipo 2 adscritos a la UMF N° 83 de San Vicente Chicoloapan.

C. CRONOLOGICO, del 1 de julio del 2011 a Agosto del 2012.

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se realizará un tamaño de muestra calculada de acuerdo a la fórmula para obtener poblaciones finitas de la UMF 83 de San Vicente Chicoloapan que cumplan con los criterios establecidos.

$$n = \frac{N (Z)^2 (p) (q)}{E^2(N-1) + (Z^2) (p) (q)}$$

N= población.

E^2 = error en muestra=0.10²

Z^2 = valor de la curva de lo normal = 1.96²=3.816

p= probabilidad de éxito= 0.5

q= probabilidad de fracaso= 0.5

n= muestra =?

$$\frac{(3500) (3.84) (0.5) (0.5)}{(0.10)^2 (3499) + (3.84) (0.5) (0.5)}$$

$$\frac{3360}{(0.01) (3499) + 0.9604}$$

$$\frac{3360}{34.99 + 0.9604}$$

$$\frac{3360}{35.95} = 93.46 + 9 (10\% \text{ pérdidas}) = 102$$

La muestra mínima necesaria fue de 102 que se decide redondear a 150 por pérdidas potenciales.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

INCLUSION:

- Pacientes diabéticos tipo 2
- Ambos sexos.,
- Adscritos a la UMF 83 del IMSS,
- Que sepa leer y escribir.
- Qué firmen consentimiento informado.

EXCLUSION:

- Diabetes gestacional,
- Diabéticos tipo 2 que no acepten participar en el estudio,
- Pacientes con algún trastorno mental y/o que este incapacitado para responder el cuestionario.
- Pacientes con tratamiento farmacológico por enfermedad psiquiátrica.

ELIMINACION.

- Pacientes que no hayan llenado correctamente la cedula de recolección de datos y el instrumento de evaluación FACES III.

DEFINICION DE VARIABLES:

FUNCION FAMILIAR: VARIABLE INDEPENDIENTE que corresponde a las funciones de la familia son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. Por otra parte, analizando a la familia como sistema, esta es disfuncional cuando algunos de los subsistemas se alteran por cambio en los roles de sus integrantes que se medirá a través del instrumento de FACES III cuya unidad de medición son De acuerdo a la escala de medición:

COHESION

Dispersa **10 a 34 puntos,**

Separada **de 35 a 40 puntos**

Conectada **41 a 45 puntos**

Aglutinada **46 a 50 puntos**

ADAPTABILIDAD

Rígida, 10 a 19 puntos

Estructurada, 20 a 24 puntos

Flexible, 25 a 28 puntos

Caótica, 29 a 50 puntos.

DISFUNCION FAMILIAR: Es una variable independiente que se presenta cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y favorece un grado todavía mayor del mismo. Analizando a la familia como sistema, esta es disfuncional cuando alguno de los subsistemas se altera por cambio de roles en alguno de sus miembros.

Se medirá a través del instrumento de FACES III con las siguientes puntuaciones.

COHESION

- A. Dispersa **10 a 34 puntos**,
- B. Separada **de 35 a 40 puntos**
- C. Conectada **41 a 45 puntos**
- D. Aglutinada **46 a 50 puntos**

ADAPTABILIDAD

- A. Rígida, 10 a 19 puntos
- B. Estructurada, 20 a 24 puntos
- C. Flexible, **25 a 28 puntos**
- D. Caótica, 29 a 50 puntos.

Una vez hecha la suma correspondiente a las dos dimensiones, se buscan las calificaciones con lo que se puede obtenerse la clasificación de la familia con relación al esquema del modelo circunflejo.

Los puntajes que se obtienen nos van a proporcionar poder clasificar a las familias en 3 categorías:

1. 1.- Balanceadas o más funcionales, que tienen mejor Cohesión y mejor Adaptabilidad.
2. 2.- Rango medio o menos funcionales, que tienen mejor Cohesión y extrema Adaptabilidad o extrema Cohesión y mejor adaptabilidad.
3. 3.- Extremas o no funcionales, que presentan extrema Adaptabilidad y extrema Cohesión.

Las escalas utilizadas en el FACES III son de tipo ordinal, y la combinación de ambas permite clasificar a las familias en 16 posibles tipos según el siguiente cuadro.

		COHESIÓN			
		Bajo	Moderado	Alto	
FLEXIBILIDAD		DESLIGADA	SEPARADA	CONECTADA	ENMARAÑADA
Alto ↑ Moderado ↑ Bajo	CAÓTICA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo
	FLEXIBLE	Rango medio	<i>Balanceada</i>	<i>Balanceada</i>	Rango medio
	ESTRUCTURADA	Rango medio	<i>Balanceada</i>	<i>Balanceada</i>	Rango medio
	RÍGIDA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo

Gómez-Clavelina FJ, Ponce-Rosas ER, Irigoyen-Coria

Este modelo propone que las dimensiones de adaptabilidad y cohesión presentes 4 posibles grados o niveles, de los cuales los intermedios son normales o “balanceados” (subrayados en gris). Mientras que los más altos y

más bajos son “extremos”.

INFLUENCIA: se entiende como la asociación entre disfunción familiar y las variables estudiadas en las que intervienen las indicadas para el control metabólico tales como glucosa, colesterol, triglicéridos y tensión arterial.

DIABETES MELLITUS TIPO 2: Es una variable dependiente y se refiere a una enfermedad determinada gen alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, proteínas, y grasas con una relativa o absoluta deficiencia de secreción de insulina con grados variables de resistencia de esta en este estudio se tomara al Pacientes con glicemia tomadas a nivel sérico en el laboratorio con cifras mayor o igual a 126 mg/dl.

CONTROL METABOLICO: Es una variable dependiente que corresponde al Paciente diabético que presenta de forma regular glicemia en ayuno entre 90-130mg/dl, colesterol < 185 mg/dl, TGC < 150 mg/dl, TA 130/80 cuyos valores se obtendrán por toma Muestra de sangre a nivel sérico tomada en laboratorio y cuyos valores serán Glicemia en ayuno entre 90-130mg/dl, colesterol < 185 mg/dl, TGC < 150 mg/dl, TA 130/80

ESCOLARIDAD: Es el nivel de escolaridad de una persona Tomada de datos proporcionados en instrumento e valuación y se calificara como analfabeta preescolar primaria secundaria bachillerato técnica licenciatura.

FAMILIA: Es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad la familia Obtenida de información proporcionada en instrumento de valuación y se medirá como nuclear, extensa, extensa compuesta monoparental.

CICLO VITAL: Proceso de crecimiento y maduración que se articula en el ciclo vital del ser humano. Se medirá a través del cuestionario basado en el ciclo vital de la familia según Geyman y serán Matrimonio Expansión Dispersión Retiro Muerte.

EDAD: Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad y se tomara La que refiere el paciente al momento del estudio de 20 a 59 años de edad

GENERO: Son las Características biológicas que diferencias al hombre de la mujer De acuerdo a sus características fenotípicas y serán femenino o masculino.

OCUPACION: Relativo a la actividad o trabajo realizado por el CUYA individuo asalariado Actividad que desempeña el paciente al momento de la encuesta y esta puede ser Hogar, Pensionado, Obrero, Patrón, Jornalero.

ESTADO CIVIL: Es la Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles, es el estado o condición civil que refiere la persona en el momento del estudio y puede ser Soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre

PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

El estudio se realizó en las instalaciones de la UMF 83 de San Vicente Chicoloapan por medio de entrevista directa al paciente con diabetes mellitus tipo 2 y algunos de sus familiares, por participación voluntaria. Dicha entrevista se hizo a todos los pacientes durante el periodo de ejecución de este estudio, que actualmente se encuentren en control de tratamiento médico, se aplicó el instrumento FACES III el cual es auto aplicable Se recabaron los datos. Se verificó que las encuestas estén totalmente contestadas. Se almacenó la información en la hoja de recolección de datos enunciados en los objetivos de este estudio.

Además de la glucosa sanguínea, colesterol y triglicéridos, así como la toma de tensión arterial realizadas en el paciente participante del estudio de al menos 30 días de antigüedad. Se hizo el análisis y procesamiento de la información por medio de programa estadístico SPSS-20 y se procedió a determinar la influencia que tiene el tipo de funcionalidad familiar en el descontrol metabólico del paciente diabético tipo 2 considerando en este caso a la "influencia" como la asociación entre disfunción familiar y las variables estudiadas en las que intervienen las indicadas para el control metabólico tales como glucosa, colesterol, triglicéridos y tensión arterial.

Se empleó 1 mes para determinar la asociación de las variables y realizar la redacción de tablas de frecuencias por medio de gráficas y porcentajes así como el entrecruzamiento de las distintas variables que intervienen en el estudio.

IMPLICACIONES ÉTICAS

Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título segundo, capítulo II, Artículo 17, Sección I, investigación sin riesgo, no requiere consentimiento informado.

Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental prospectivo y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran; cuestionarios, entrevistas, revisión de expediente clínicos y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. (26)

Y en relación a lo establecido en los principios básicos de la "Declaración de

Helsinki”, de la Asociación Médica Mundial.

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Para el presente estudio se utilizó el Faces III dirigidos a detectar alteraciones en el patrón de convivencia familiar **Dinámica familiar FACES III** (Family Adaptability and Cohesión Evaluación Scale) este es uno de los modelos con mayor relevancia actualmente en la comprensión de los sistemas familiares: es el **modelo circunflejo** ⁽³⁴⁾

La Escala de FACES III se compone de 20 ítems, 10 de los cuales evalúan la **cohesión** y otros 10 la **adaptabilidad**, y mediante una escala tipo Likert de cinco puntuaciones obtenemos el rango de calificación.

Las mismas veinte afirmaciones sirven para evaluar como la familia es percibida en ese momento (“Familia Real”), lo cual nos sirve para evaluar el momento de funcionalidad familiar en el momento de la aplicación del instrumento.

El instrumentó FACES III, mide la **cohesión** y la **adaptabilidad**.

La **calificación en Cohesión** es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones y el resultado puede ser una familia:

- No relacionada o dispersa, 10 a 34 puntos
- Semirrelacionada o separada, 35 a 40 puntos -Relacionada o conectada, 41 a 45 puntos
- Aglutinada, 46 a 50 puntos

La **calificación en Adaptabilidad** es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems pares y el resultado puede ser una familia:

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

Una vez hecha la suma correspondiente a las dos dimensiones, se buscan las calificaciones con lo que se puede obtenerse la clasificación de la familia con relación al esquema del modelo circunflejo.

Los puntajes obtenidos nos van a permitir el poder clasificar a las familias en 3 categorías:

1. Balanceadas o más funcionales, que tienen mejor **Cohesión** y mejor adaptabilidad.
2. Rango medio o menos funcionales, que tienen mejor Cohesión y extrema Adaptabilidad o extrema Cohesión y mejor adaptabilidad.
3. Extremas o no funcionales, que presentan extrema Adaptabilidad y extrema Cohesión. Las escalas utilizadas en el FACES III son de tipo ordinal, y la combinación de ambas permite clasificar a las familias en 16 posibles tipos según el siguiente cuadro:

		COHESIÓN			
		Bajo →	Moderado →	Alto	
FLEXIBILIDAD		DESLIGADA	SEPARADA	CONECTADA	ENMARAÑADA
Alto ↑ Moderado ↑ Bajo	CAÓTICA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo
	FLEXIBLE	Rango medio	<i>Balanceda</i>	<i>Balanceda</i>	Rango medio
	ESTRUCTURADA	Rango medio	<i>Balanceda</i>	<i>Balanceda</i>	Rango medio
	RÍGIDA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo

Gómez-Clavelina FJ, Ponce-Rosas ER, Irigoyen-Coria

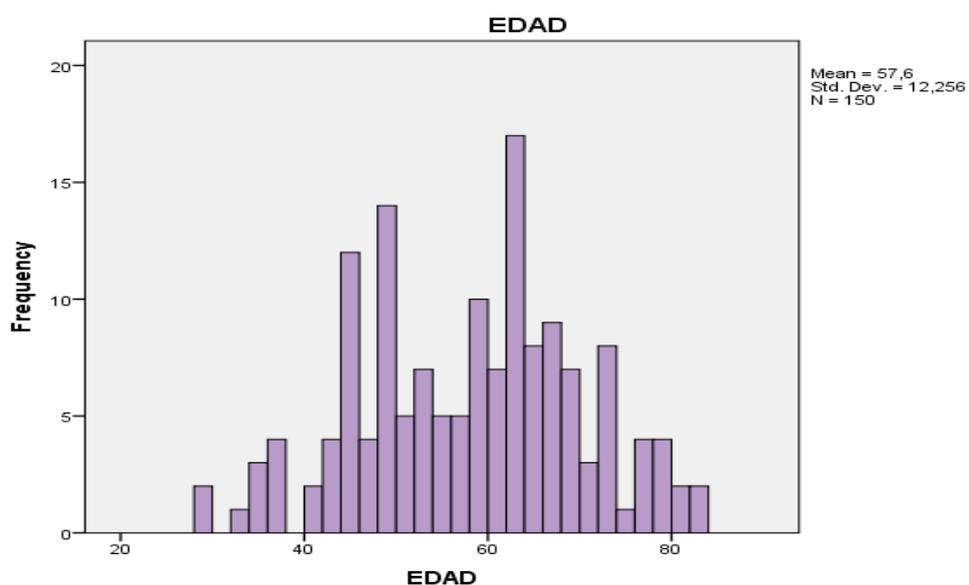
Este modelo propone que las dimensiones de adaptabilidad y cohesión presentes 4 posibles grados o niveles, de los cuales los intermedios son normales o “balanceados” (subrayados en gris). Mientras que los más altos y más bajos son “extremos”

RESULTADOS.

En el presente estudio se arrojan los siguientes resultados

Grafico 1

Frecuencia del sexo de los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 de marzo a mayo del 2012



Fuente. Resultados de la encuesta aplicada a los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 en el 2012

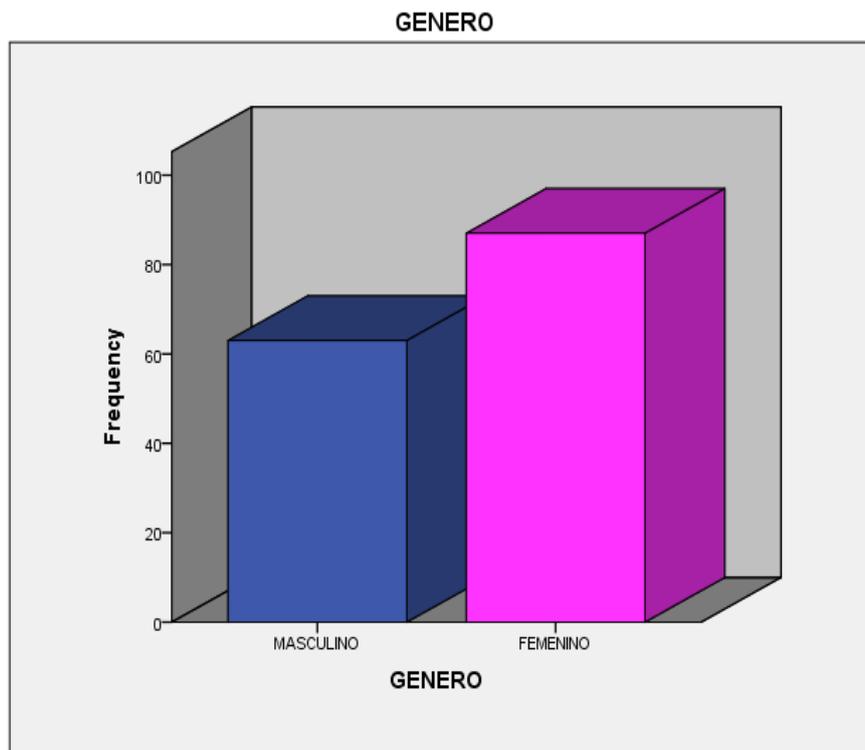
Se estudiaron un total de 150 pacientes en el periodo comprendido entre los meses de marzo a mayo del 2012 con promedio de edad de 57.6 años con una desviación estándar de 12.2 (grafico. 1).

Tabla 2
Frecuencia del sexo de los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 de marzo a mayo del 2012

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido,	Porcentaje acumulado
MASCULINO	63	42,0	42,0	42,0
FEMENINO	87	58,0	58,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Fuente. Resultados de la encuesta aplicada a los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 en el 2012

Grafico 2
Frecuencia del sexo de los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 de marzo a mayo del 2012.



Fuente. Resultados de la encuesta aplicada a los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 en el 2012.

En este estudio se pudo encontrar que el sexo femenino predominó con 58 % y el sexo masculino en un 42 %.

Tabla 3

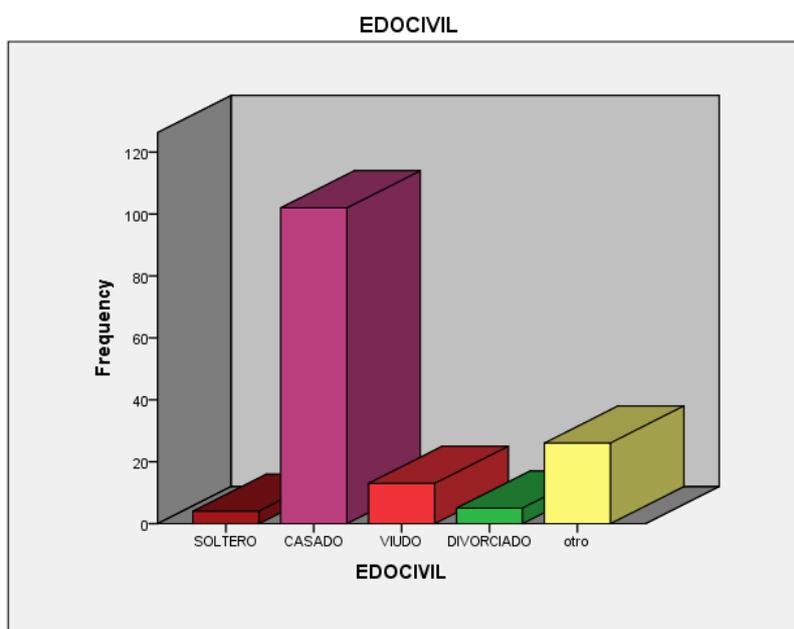
Frecuencia del estado civil de los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 marzo a mayo del 2012

	Frecuencia	porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
SOLTERO	4	2,7	2,7	Percent
CASADO	102	68,0	68,0	70,7
VIUDO	13	8,7	8,7	79,3
DIVORCIADO	5	3,3	3,3	82,7
OTRO	26	17,3	17,3	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Fuente. Resultados de la encuesta aplicada a los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 en el 2012.

Grafico 3

Frecuencia del estado civil de los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 de marzo a mayo del 2012.



Fuente. Resultados de la encuesta aplicada a los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 en el 2012.

Aquí se puede observar que el estado civil de la mayoría fue casado con un 68 % seguido de la unión libre en un 16 %viudo 9 % soltero y divorciado en un 3% cada uno.

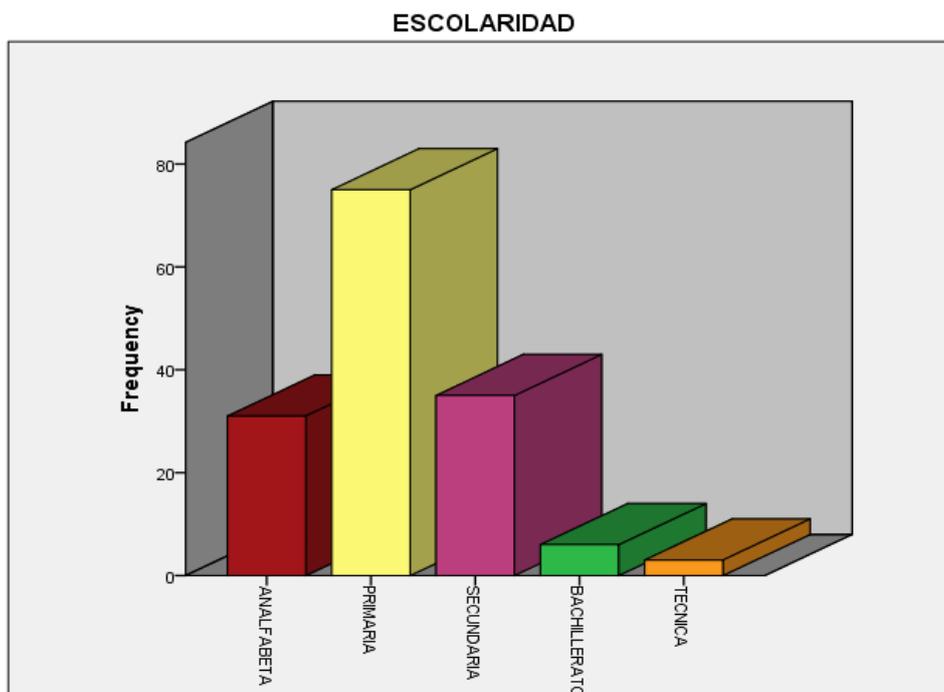
Tabla 4
Frecuencia de la escolaridad de los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 de marzo a mayo del 2012.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	PORCENTAJE ACUMULADO
ANALFABETA	31	20,7	20,7	20,7
PRIMARIA	75	50,0	50,0	70,7
SECUNDARIA	35	23,3	23,3	94,0
BACHILLERATO	6	4,0	4,0	98,0
TECNICA	3	2,0	2,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Fuente. Resultados de la encuesta aplicada a los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 en el 2012.

Grafico 4

Frecuencia de la escolaridad de los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 de marzo a mayo del 2012.



Fuente. Resultados de la encuesta aplicada a los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 en el 2012.

Con respecto a la escolaridad destaca notablemente los que cursaron la primaria 50 % siguiéndole los de secundaria con un 23% y analfabetas en un 20% bachillerato 4% y técnica en un 2 % cada uno.

Tabla 5

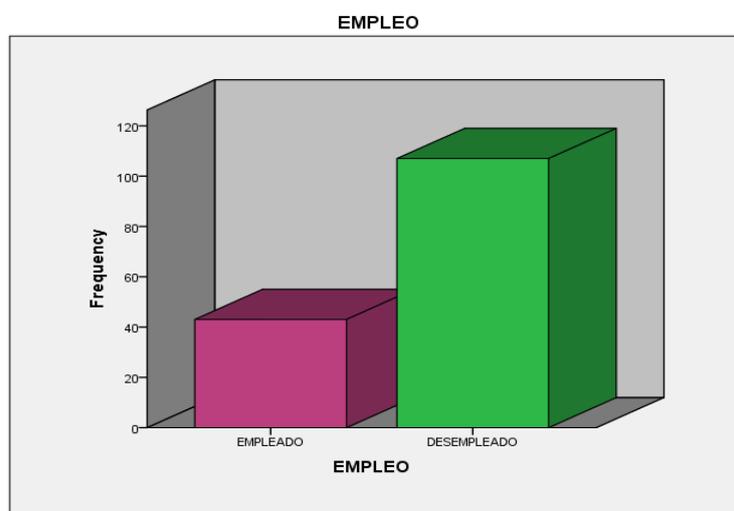
Frecuencia de la ocupación de los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 de marzo a mayo del 2012.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
EMPLEADO	43	28,7	28,7	28,7
DESEMPLEADO	107	71,3	71,3	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Fuente. Resultados de la encuesta aplicada a los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 en el 2012.

Grafico 5

Frecuencia de la ocupación de los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 de marzo a mayo del 2012.

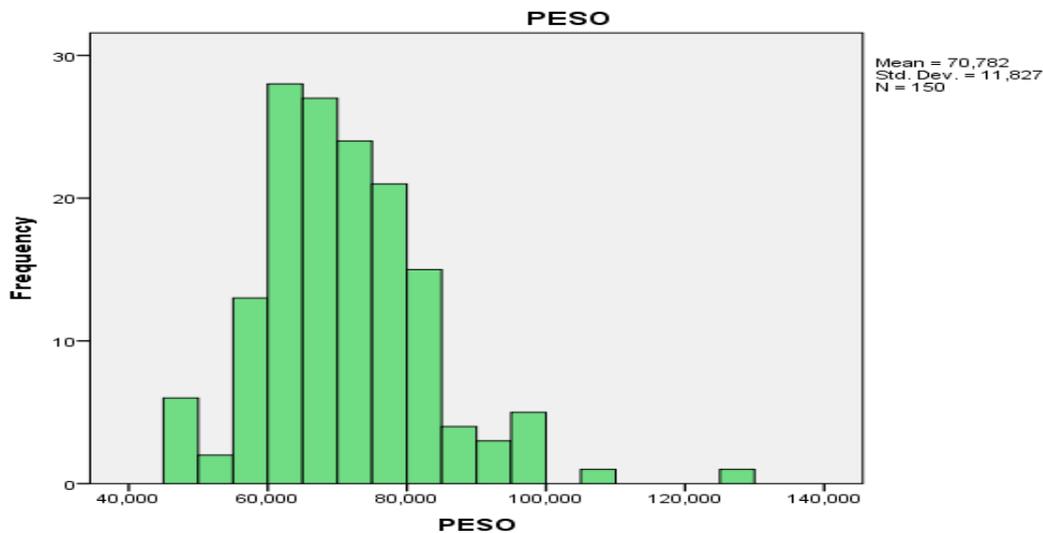


Fuente. Resultados de la encuesta aplicada a los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 en el 2012.

En cuanto a la Ocupación predominaron los que son desempleados en un 69 % los empleados en un 31%.

Grafico 6

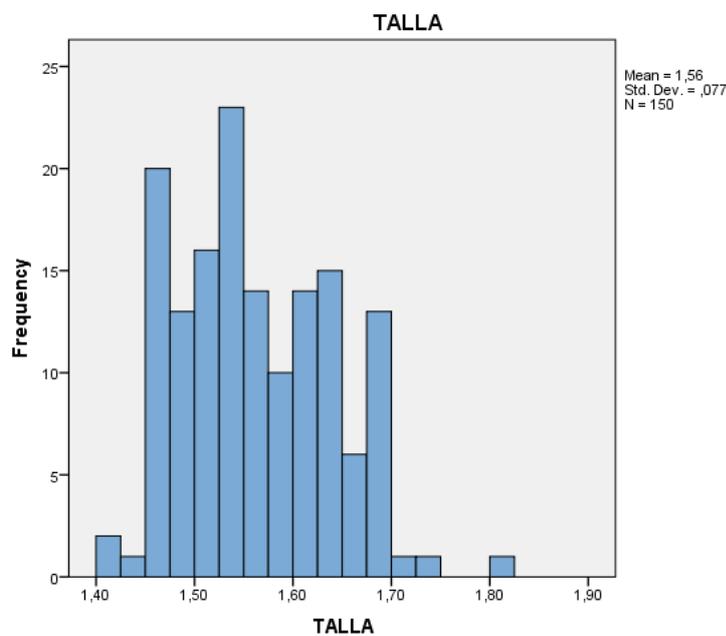
Frecuencia del peso de los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 de marzo a mayo del 2012.



Fuente. Resultados de la encuesta aplicada a los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 en el 2012.

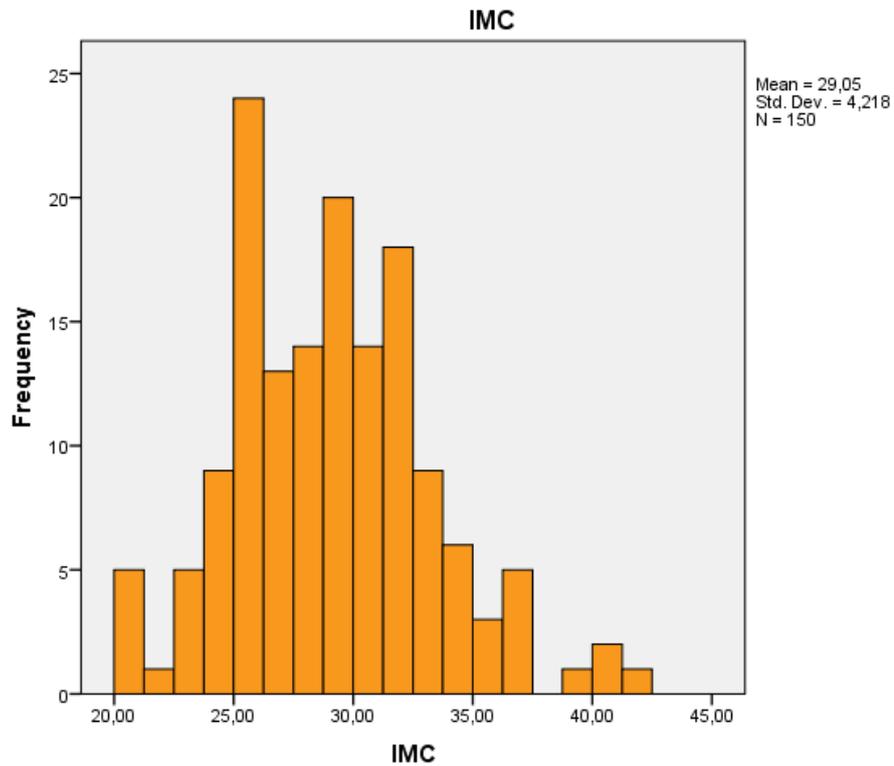
Grafico 7

Frecuencia de la talla de los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 de marzo a mayo del 2012.



Fuente. Resultados de la encuesta aplicada a los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 en el 2012.

Grafico 8
Frecuencia del IMC de los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 de marzo a mayo del 2012



Fuente. Resultados de la encuesta aplicada a los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 en el 2012.

En cuanto al peso encontramos un peso predominante de 70.8 kg más menos 11.8; (grafico 6); en cuanto a la talla se obtuvieron una talla media de 1.56 mts más menos 0.78 (grafico. 7) y por lo tanto el IMC promedio fue de 29.5 más menos 4.2, (grafico. 8)

Tabla. 9

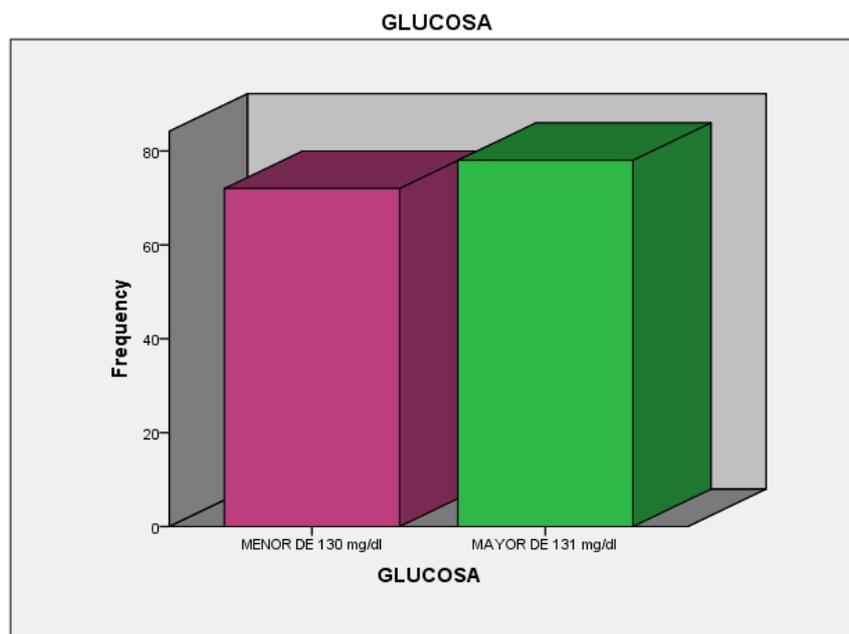
Frecuencia de la glucosa de los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 de marzo a mayo del 2012.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
MENOR DE 130 mg/dl	72	48,0	48,0	48,0
MAYOR DE 131 mg/dl	78	52,0	52,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Fuente. Resultados de la encuesta aplicada a los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 en el 2012.

Gráfico. 9

Frecuencia de la glucosa de los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 de marzo a mayo del 2012.



Fuente. Resultados de la encuesta aplicada a los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 en el 2012.

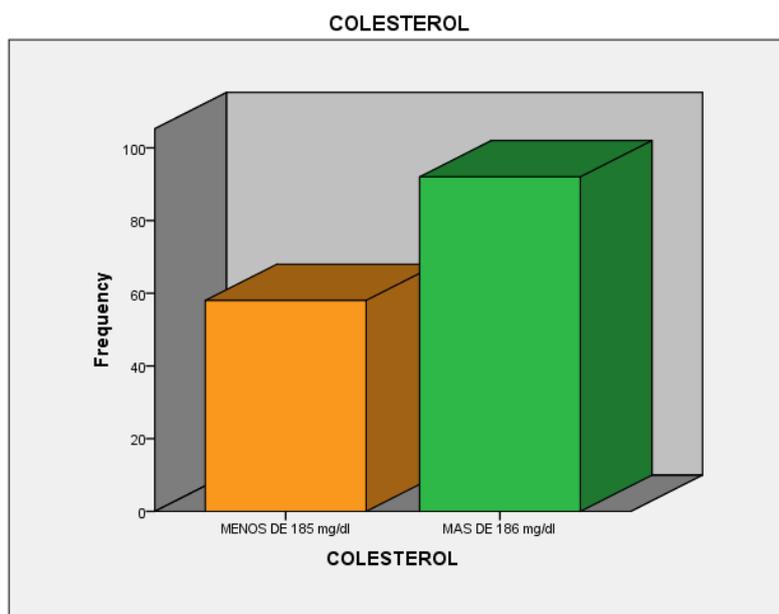
Tabla 10 Frecuencia del colesterol de los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 del 1 de marzo a mayo del 2012 Colesterol.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
MENOS DE 185 mg/dl	58	38,7	38,7	38,7
MAS DE 186 mg/dl	92	61,3	61,3	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Fuente. Resultados de la encuesta aplicada a los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 en el 2012.

Grafico 10

Frecuencia del colesterol de los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 del 1 de marzo a mayo del 2012.



Fuente. Resultados de la encuesta aplicada a los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 en el 2012.

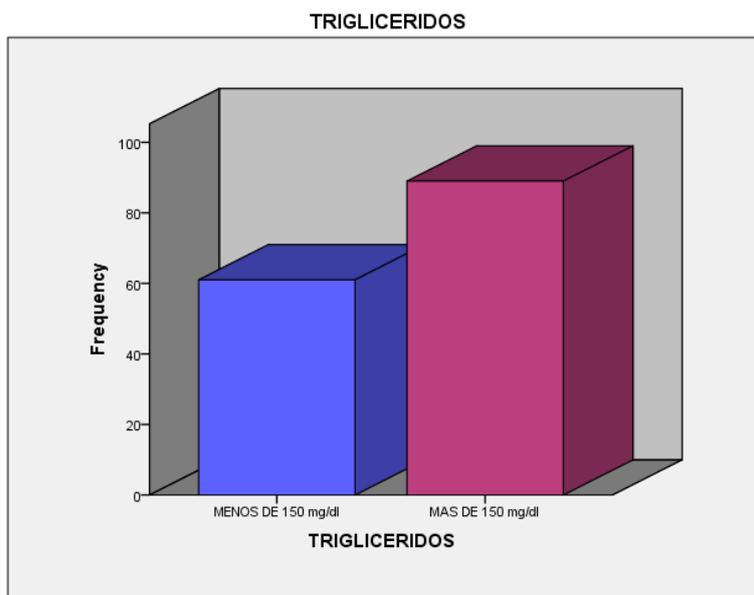
Tabla 11
Frecuencia de los triglicéridos de los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 del 1 de marzo a mayo del 2012.

TRIGLICERIDOS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado.
MENOS DE 150 mg/dl	61	40,7	40,7	40,7
MAS DE 150 mg/dl	89	59,3	59,3	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Fuente. Resultados de la encuesta aplicada a los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 en el 2012.

Grafico 11
Frecuencia de los triglicéridos de los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 del 1 de marzo a mayo del 2012.



Fuente. Resultados de la encuesta aplicada a los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 en el 2012.

Tabla 12
Frecuencia de la TA de los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 de marzo a mayo del 2012.

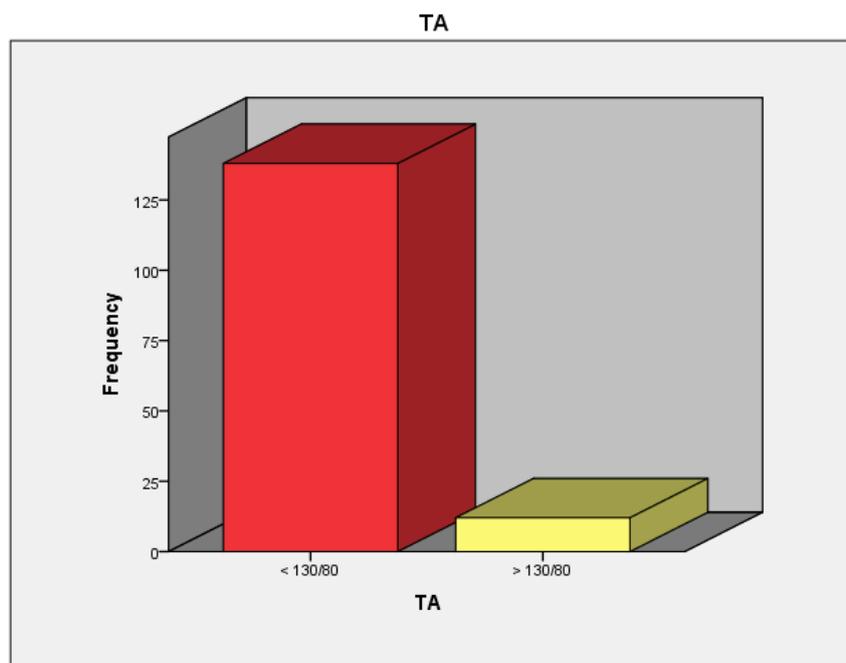
Tensión arterial.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
< 130/80	138	92,0	92,0	92,0
> 130/80	12	8,0	8,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Fuente. Resultados de la encuesta aplicada a los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 en el 2012.

Gráfico 12

Frecuencia de la TA de los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 de marzo a mayo del 2012



Fuente. Resultados de la encuesta aplicada a los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 en el 2012

Con respecto a las cifras de glucosa tenemos; tenemos que el 52% tuvo una glucosa mayor a 130 mg/dl considerándolo como descontrolados y el 48 % con cifras por abajo o igual a 130 mg/dl considerado como controlado (gráfico . 9);en

cuanto a las cifras de colesterol el 61.3% tiene más de 185 mg/dl y el 38.7 % tiene menos de 185mg /dl (grafico . 10); las cifras de triglicéridos el 59.3% tiene más de 150 mg/dl y el 40.7% tiene menos de 150 mg /dl (grafico 11); las cifras de tensión arterial encontramos que el 92% tienen menor o igual a 130/80 y que solo el 8 % mayor a 130/80.(grafico . 12).

Tabla 13

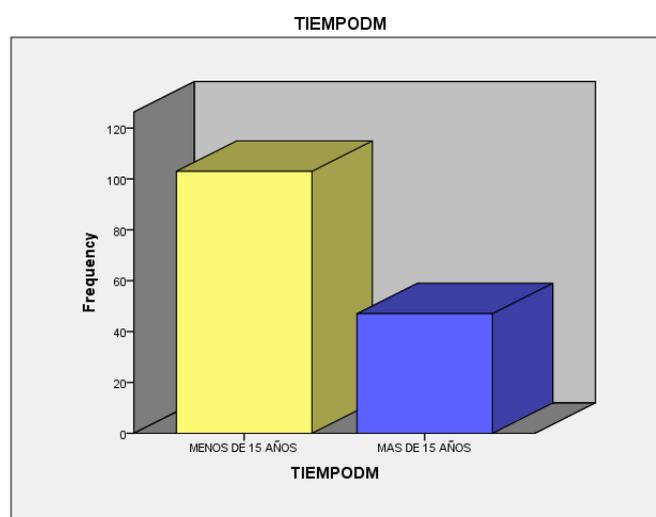
Frecuencia del tiempo de evolución de los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 de marzo a mayo del 2012.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje de valido	Porcentaje acumulado
MENOS DE 15 AÑOS	103	68,7	68,7	68,7
MAS DE 15 AÑOS	47	31,3	31,3	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Fuente. Resultados de la encuesta aplicada a los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 en el 2012

Gráfico.13

Frecuencia del tiempo de evolución de los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 de marzo a mayo del 2012.



Fuente. Resultados de la encuesta aplicada a los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 en el 2012

Con lo que respecta al tiempo de la evolución se observó que predominio aquellos que tenían más de 15 años de con un 68.7 % y aquellos con más de 15 años un 31.3 %. (Gráfico. 13)

Tabla 14

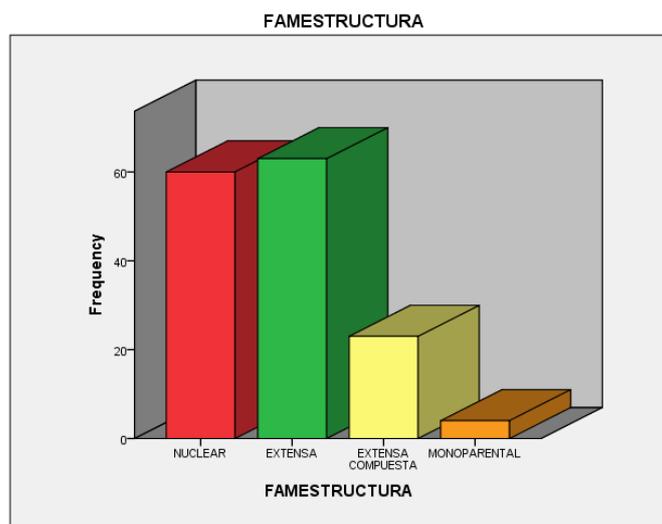
Frecuencia de la familia de acuerdo a su estructura de los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 de marzo a mayo del 2012.

FAMESTRUCTURA				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
NUCLEAR	60	40,0	40,0	40,0
EXTENSA	63	42,0	42,0	82,0
EXTENSA COMPUESTA	23	15,3	15,3	97,3
MONOPARENTAL	4	2,7	2,7	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Fuente. Resultados de la encuesta aplicada a los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 en el 2012

Gráfico 14

Frecuencia de la familia de acuerdo a su estructura de los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 de marzo a mayo del 2012.



Fuente. Resultados de la encuesta aplicada a los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 en el 2012

Tabla 15

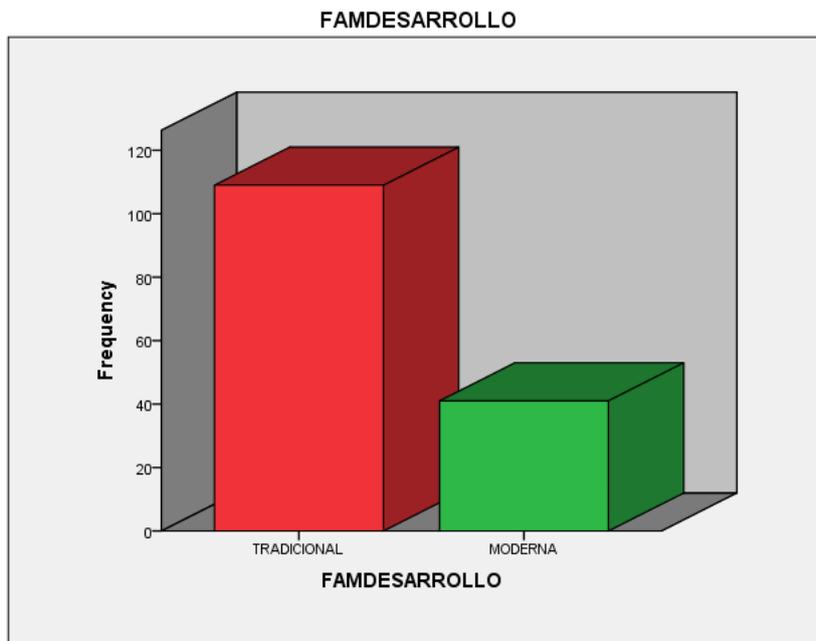
Frecuencia de la familia de acuerdo a su desarrollo de los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 de marzo a mayo del 2012.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
TRADICIONAL	109	72,7	72,7	72,7
MODERNA	41	27,3	27,3	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Fuente. Resultados de la encuesta aplicada a los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 en el 2012

Grafico 15

Frecuencia de la familia de acuerdo a su desarrollo de los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 de marzo a mayo del 2012.



Fuente. Resultados de la encuesta aplicada a los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 en el 2012

Tabla 16

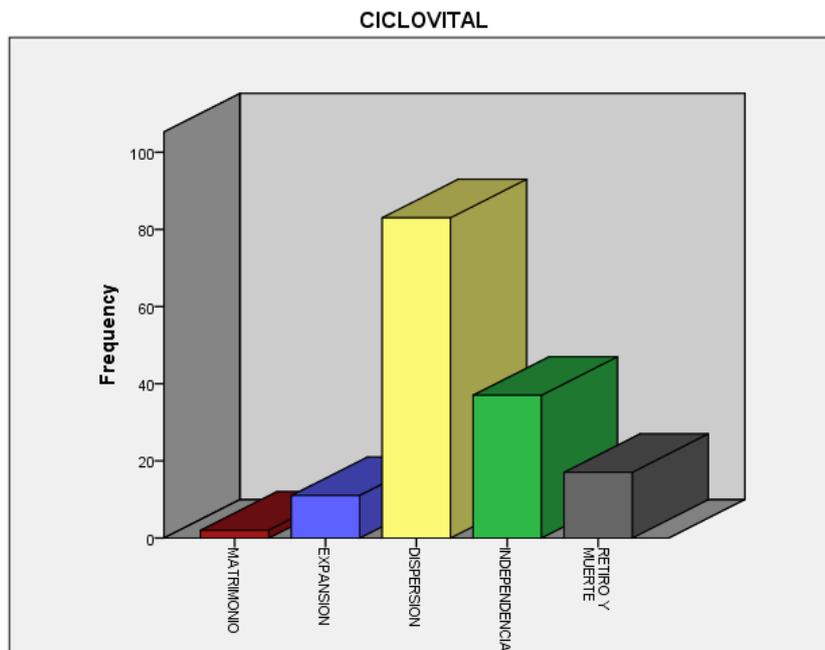
Frecuencia de la familia de acuerdo a su ciclo vital de los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 de marzo a mayo del 2012.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
MATRIMONIO	2	1,3	1,3	1,3
EXPANSION	11	7,3	7,3	8,7
DISPERSION	83	55,3	55,3	64,0
INDEPENDENCIA	37	24,7	24,7	88,7
RETIRO Y MUERTE	17	11,3	11,3	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Fuente. Resultados de la encuesta aplicada a los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 en el 2012

Grafico 16

Frecuencia de la familia de acuerdo a su ciclo vital de los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 de marzo a mayo del 2012.



Fuente. Resultados de la encuesta aplicada a los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 en el 2012.

Tabla 17

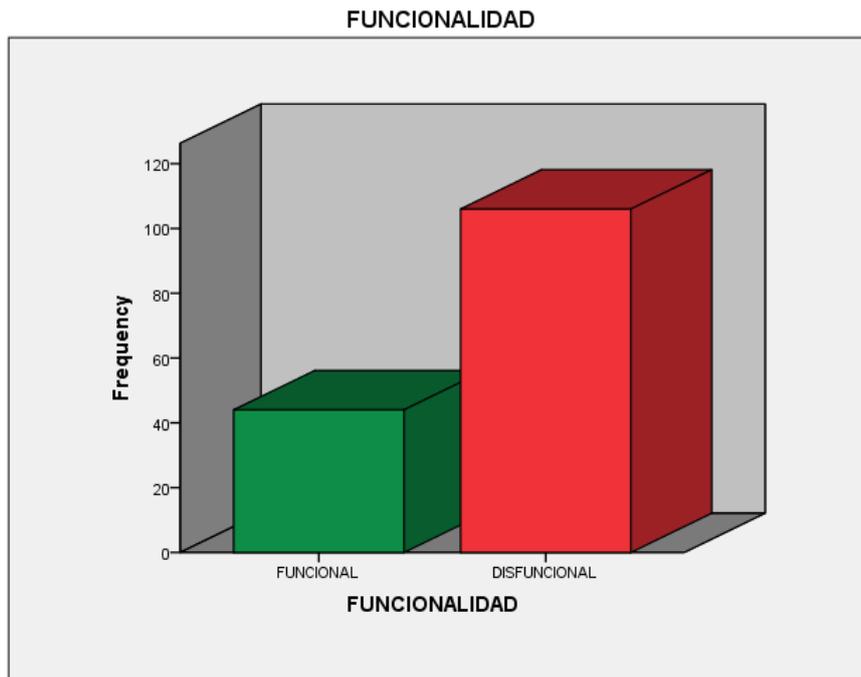
Frecuencia de la familia de acuerdo a su funcionalidad de los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 de marzo a mayo del 2012.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
FUNCIONAL	44	29,3	29,3	29,3
DISFUNCIONAL	106	70,7	70,7	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Fuente. Resultados de la encuesta aplicada a los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 en el 2012.

Grafico 17

Frecuencia de la familia de acuerdo a su funcionalidad de los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 de marzo a mayo del 2012.



Fuente. Resultados de la encuesta aplicada a los diabéticos tipo 2 de la UMF 83 en el 2012.

En lo que se refiere al tipo de familia según su estructura o composición observamos que pertenecen a familia nuclear un 40%, a una familia extensa el 42 % extensa compuesta el 23 % y monoparental el 4% (grafico . 14); así mismo por su desarrollo la familia tradicional ocupó el 72.7% y la moderna el 27.3 %(gráfico 15) en cuanto al ciclo de vida la fase de dispersión con un 51 % seguido de la fase de independencia predominó con un 30% continuando con un 10 % en la fase de retiro o muerte, 7 % en expansión y matrimonio en un 2 % (gráfico . 16), En cuanto a la funcionalidad familiar encontramos que el 70.7 % pertenece a una familia disfuncional en comparación con un 29.3 % de una familia funcional aplicando el instrumentos de medición de funcionalidad familiar FACES III (grafica 17).

Observando de la obtención de los resultados anteriores encontramos que los datos de mayor significación son que de un total de 150 pacientes diabéticos tipo 2 se encontró que la edad promedio de los mismos es del 57.6 % con predominio del sexo femenino del 58% y una escolaridad máxima de primaria en el 50 % de los diabéticos tipo 2 desempleados en un 71.3% con un peso promedio de 70.8 kg, una talla de 1.56 mts y un IMC de 29.5 una glucosa > a 130mgs del 52%, un colesterol > a 185mgs en un 61.3% y unos triglicéridos > a 150 del 40.7% en conjunto con una TA > a 130/80 en un 92% con un tiempo máximo de evolución mayor a 15 años en un 68.7% y con características familiares según el tipo de familia de acuerdo a su estructura la encontramos con predominio extensa con un 42% por su desarrollo tradicional en un 72.7% y que según su ciclo de vida los encontramos en fase de dispersión en un 51% con una disfuncionalidad familiar en un 70.7%.

EXAMEN DE PROBABILIDAD DE PROPORCION.

Se realizó una regresión logística multinomial en donde se encontró relación significativa por medio de χ^2 entre disfunción familiar y otras variables con un valor de p de significancia menor del 0.05 siendo las variables que resultaron significativas el género, la escolaridad colesterol y triglicéridos.

DISFUNCION FAMILIAR.

VARIABLE	Chi ²	P
Intersección	.000	.
EDAD	.944	.331
GENERO	15.741	.000
EDOCIVIL	1.249	.264
ESCOLARIDAD	7.367	.007
EMPLEO	2.166	.141
PESO	.823	.364
TALLA	.281	.596
IMC	.748	.387
TIEMPODM	3.157	.076
GLUCOSA	.443	.506
TA	.434	.510
COLESTEROL	4.392	.036
TRIGLICERIDOS	7.359	.007
CICLOVITAL	3.286	.511
FAMDESARROLLO	1.069	.301
FAMESTRUCTURA	.475	.924

La asociación entre el tipo de funcionalidad familiar y las variables arrojó los siguientes datos:

La disfunción familiar y el género encontramos con una Chi² 15.742 y una p 0.000, esto significa que existe una relación directa entre disfunción familiar y el género femenino siendo el predominante en un 87%

La disfunción familiar y la escolaridad demostraron con una Chi² de 7.367 y una p 0.007 una relación directa entre disfunción familiar y la escolaridad primaria con un predominio de un 50%

La disfunción familiar en relación con el colesterol la encontramos con una Chi² 4.392 y una p .036 y la relación con los triglicéridos con una Chi² de 7.359 y una p de 0.007 que arrojan una relación entre disfunción familiar, colesterol y triglicéridos, esto se relaciona entre disfunción familiar, colesterol y triglicéridos siendo estos parte importante para alcanzar el control metabólico del paciente diabético tipo 2.

DISCUSIÓN:

El presente estudio demuestra que la diabetes mellitus tipo 2 como es bien sabido, es más grave de lo que se considera, ya que tiene importancia fundamental en el desarrollo biopsicosocial del individuo, además la afectación en el plano económico, laboral y familiar

Con la revisión de literatura internacional, nacional y otras bibliografías revisadas acerca de la presencia de la disfunción familiar en las familias con diabéticos tipo 2 se encontró que existe una correlación entre la glicemia, el colesterol, los triglicéridos y las cifras tensionales con niveles elevados y la disfunción familiar.

Además de que la disfunción es un factor que determina una situación que altera la armonía familiar ocasionando una diversidad de circunstancias que mantienen al paciente sin lograr un buen control metabólico, lo que también afecta a todo el sistema familiar encontrando en el presente estudio un 70.7% de pacientes diabéticos disfuncionales según la aplicación del instrumento de medición FACES III de las cuales se encontraron según su calificación de cohesión de 35 a 40 puntos a familias separadas en su mayoría y en cuanto a su adaptabilidad rígida de 10 a 19 puntos predominantemente dichos datos obtenidos del análisis de los resultados del instrumento de medición.

Para lo cual es necesario que se realicen más estudios al respecto para detectar y orientar a las familias y adolescentes con factores de riesgo que puedan requerir ayuda al momento de ser detectados por lo cual tiene importancia fundamental la intervención directa del médico de familia así como del núcleo familia.

CONCLUSIONES:

La disfunción familiar es frecuente en los pacientes diabéticos tipo 2 así como su descontrol metabólico ya que existen varios factores que influyen para que exista un control y desarrollo de complicaciones que presenta cada paciente. Independientemente de algunos factores como son la edad, el sexo, el estado civil, la ocupación el tiempo de evolución de la enfermedad así como su tipología y su ciclo vital, presentan disfunción familiar en una mayor proporción de acuerdo a los resultados encontrados en este estudio, concordante con estudios previos realizados considerándose multifactorial el control metabólico en los pacientes diabéticos tipo 2.

El presente estudio demuestra que el problema de la diabetes mellitus es más grave de lo que se considera, ya que el aspecto emocional y convivencia adecuada o inadecuada con la familia influye en la conducta, desinterés o motivación para que un paciente diabético sienta la necesidad y deseos de vivir y esto lo lleve a un mejor control de su enfermedad.

Se debe comprender que el tratamiento de la diabetes mellitus es más amplio; no sólo el conocimiento acerca de lo que es la enfermedad por parte del paciente y los aspectos relacionados con la dieta, complicaciones y control médico, llevan un buen control de la enfermedad.

Es necesario explorar el ámbito familiar, situación evidente en este estudio ya que en el grupo de pacientes con disfunción familiar un porcentaje importante de diabéticos mostró un grado de conocimiento muy bajo, lo que puede estar relacionado con falta de apoyo del grupo familiar hacia el enfermo.

Se requiere seguir investigando en este sentido pues las alteraciones en la dinámica familiar desempeñan un papel importante en el control de los pacientes con enfermedades crónicas, independientemente de otros factores como la promoción de la salud en el sentido amplio de la palabra, es decir, que incluya a la sociedad en general para poder incidir positivamente en los factores que contribuyen a que este grupo de pacientes esté sistemáticamente descontrolado.

Los factores psicosociales en la diabetes mellitus se han identificado como posiblemente implicados en el origen de la enfermedad y en el curso de la misma, como influencias relevantes a través de respuestas psicobiológicas o bien, modificando las conductas del paciente frente a su padecimiento.

El manejo integral del paciente diabético requiere tomar en cuenta el contexto familiar en que se desenvuelve, ya que se ha encontrado relación entre disfunción familiar y el descontrol metabólico con el medio que lo rodea. Es necesario favorecer la aceptación, cambios en el comportamiento y estilo de vida que

influirán positivamente en el objetivo principal que es el adecuado control metabólico, cuyo manejo se asocia a la mejoría de la calidad de vida y a la adherencia del paciente al tratamiento.

Todas estas situaciones llevan a la necesidad de implementar en forma permanente el abordaje médico familiar con el fin de realizar intervenciones que tengan resultados positivos en el bienestar del paciente, tanto en el plano orgánico emocional y familiar, además del laboral que repercute en su propia economía ya que se observó en este estudio lo que ya antes se mencionó que de un total de 150 pacientes diabéticos tipo 2 se encontró un 70.7% de pacientes con disfunción familiar de los cuales se observó una importante variación en los parámetros trabajados en este estudio que nos indican el control metabólico con una glucosa > a 130mgs del 52%, un colesterol > a 185mgs en un 61.3% y unos triglicéridos > a 150 del 40.7% en conjunto con una TA > a 130/80 en un 92% con una disfuncionalidad familiar en un 70.7%.

BIBLIOGRAFIA.

1. American Diabetes Association Junio 2003 Volumen 48 Número Especial Diabetes voice.
2. Reyes SA. Atención psicológica a los pacientes renales crónicos. Santiago. Revista de la Universidad de Oriente. Santiago de Cuba, Cuba. 2005; (108): 105 -116.
3. Shapiro J. Correlates of family-oriented physician communications. Family Practice. 1999; (16): 294–300.
4. López R. La transición epidemiológica. Ciencia Médica. 1994; 1(26): 11-17.
5. Hennis A, Wu SY. Memesure B, Li X. Diabetes in a Caribbean population: epidemiological profile and implications. Int. J. Epidemiology. 2002; (31): 234–239.
6. Laffel L, Connell A, Vangsness L, Goebel FA, Mansfield A, Anderson BJ. General quality of life in youth with type 1 diabetes: relationship to patient management and diabetes-specific family conflict. Diabetes Care. 2003; (26): 3067.
7. Leonard BJ, Jang YP, Slavic K, Plumb MA. Adolescents with type 1 diabetes: family functioning and metabolic control. J. Fam Nursing. 2005; (11): 102 -121.
8. Altamirano M.L. Epidemiología y diabetes. Rev. Fac. Med. UNAM. 2001: 44.
9. Erick Alberto Landeros Olvera. El panorama epidemiológico de la diabetes mellitus. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2000; 8 (1-4): 56-59.
10. M. Aguilar. Criterios diagnósticos de la diabetes Un debate permanente. Endocrinología y Nutrición, Hospital Puerta del Mar, Cádiz 2001; 17: 133-140
11. Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, Ferrannini E, Colman RR., Schwerin R, Zinman B. Manejo médico de la hiperglucemia en la diabetes tipo 2: Algoritmo por consenso para el inicio y ajuste del tratamiento. Diabetes Care 2008; 31: 1 -11.
12. Magdalida Arroyo Rojas Dasilva, Martha Patricia Bonilla Muñoz, Luis Trejo González. Perspectiva familiar alrededor del paciente diabético. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2005; 38(2): Abr.-Jun: 63-68.
13. Adriana Osorio Rodríguez. Alejandro Álvarez Mora. INTRODUCCIÓN A LA SALUD FAMILIAR. 1 ed. - San José, Costa Rica, 2004.
14. Archivos de Medicina Familiar. Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias. Vol. 7. 2005. Pp. 15-19.
15. Membrillo, Fernández, Quiroz Rodríguez. Familia introducción al estudio de sus elementos. Edit. ETM, 2008 Pp. 227-283.
16. Fernández O MA. El impacto de la enfermedad en la familia. Rev. Fac. Med. UNAM 2004; 46, 6: 251-254
17. Vanina S Barreyro, J.P. Maglio A.L. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III. MODELO DE 2 O 3 FACTORES; Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) Universidad de Buenos Aires (U.B.A.) Escritos de Psicología. 3, (2); 30-36.

18. Hoffman T. "Fundamentos De La Terapia Familiar". 2003. Edit. F.C.E.77 – 83.
19. Drass J, Corcoran M, KS, Moskowitz A. Diabetes care for medicare beneficiaries, attitudes and behaviors of primary care physicians. *Diabetes Care*. 1998; 21(8). 1282 – 1287
20. Harris MA, Harris BS, Mertlich D. Brief report: in-home family therapy for adolescents with poorly controlled diabetes: failure to maintain benefits at 6-month follow-up. *J. Pediatr. Psychol.* 2005; 30(8): 683–688.
21. Yawn B, Zyzanski SJ, Goodwin MA, Robin MS, Gotler SK. Is diabetes treated as an acute or chronic illness in community family practice? *Diabetes Care*. 2001; (24):1390–1396
22. Northam E, Anderson P, Adler R, Werther G, Warne G. Psychosocial and family functioning in children with insulin-dependent diabetes at diagnosis and one year later. *J. Pediatric Psychol.* 1996; 21(5): 699-717
23. Ponce RER, Gómez CFJ, Terán TM, Irigoyen CAE, Landgrave IS. Construct validity of FACES III questionnaire in Spanish (México). *Department de Medicina Familiar. UNAM. México*. 2002; 30(10): 624- 630.
24. Kirkman MS, Williams SR. Impact of a program to improve adherence to diabetes guidelines by primary care physicians. *Diabetes Care*. 2002; (25):1946-1951.
25. Executive summary: standards of medical care in diabetes 2009. *Americans diabetes association. Diabetes Care*. 2009. 32(1): s13 - s61.
26. Hood KK, Butler DA, Anderson BJ. Updated and revised diabetes family conflict scale. *Diabetes Care*. 2007; (30):1764–1769.
27. Curtis JA, Hagerty D. Managing diabetes in childhood and adolescence. *Can FAM Physician*. 2002; (48): 499 – 502
28. Chesla CA, Fisher L, Mullan JT, Skaff MM, Gardiner P, Chun K, Kanter R. Family and disease management in african-american patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2004; (27): 2850 – 2855.

ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL .
DELEGACION ESTADO DE México ORIENTE.
COORDINACION DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 83 .

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.
INFLUENCIA DE LA DISFUNCION FAMILIAR EN EL DESCONTROL
METABOLICO DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2 EN LA UMF 83.

ENCUESTADOR: _____ FECHA: _____ FOLIO _____
PARA SER LLENADO POR EL PACIENTE.

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: Masculino Femenino

ESTADO CIVIL _____ ESCOLARIDAD _____ EMPLEADA
DESEMPLEADO

PESO _____ TALLA _____ IMC _____

DESDE CUANDO PADECE DM 2 < 15 años > 15 años.

PARA SER LLENADO POR EL MEDICO. (INVESTIGADOR) CIFRAS DE GLUCOSA EN EL ÚLTIMO MES.

Gl. 1er mes

CIFRAS DE PRESION ARTERIAL EN EL ÚLTIMO MES.

TA	1er mes
< 130/80	
>130/80	

CIFRAS DE COLESTEROL EN EL ÚLTIMO MES.

< 185mg/dl. > 185mg/dl.

CIFRAS DE TRIGLICERIDOS EN EL ÚLTIMO MES.

< 150 mg/dl > 150 mg/dl.

CIFRA DE HEMOGLOBINA GLUCOSILADA

TIPO DE FAMILIA: (para ser llenado por el investigador)

a) POR SU ESTRUCTURA.

NUCLEAR: EXTENSA:

EXTENSA COMPUESTA: MONOPARENTAL.

b) POR SU DESARROLLO

TRADICIONAL MODERNA:

c) CICLO VITAL DE LA FAMILIA.

MATRIMONIO EXPANSION DISPERSION INDEPENDENCIA RETIRO Y MUERTE

FACES III

(D.H. OLSON, J. PORTNER E Y. LAVEE9

Versión español (c. Gómez y c. Irigoyen.

	1	2	3	4	5
Describe a su familia	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1.- Los miembros de la familia se dan apoyo entre si					
2.- En nuestra familia se toman en cuenta las Sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia					
4.- Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.					
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.					
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.					
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo con 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 en familia.					
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
17. Consultamos unos con otros para la toma de 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.					

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

San Vicente Chicoloapan a de febrero del 2012.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado **INFLUENCIA DE LA DISFUNCION FAMILIAR EN EL DESCONTROL METABOLICO DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 83**. Registrado ante el comité local de investigación en salud No. 1401 que tiene como objetivo identificar si existe relación entre la disfunción familiar sobre el descontrol metabólico del paciente diabético tipo 2.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en dar respuesta en formas verídica a una hoja de recolección de datos de Diabetes Mellitus tipo 2 y Disfunción Familiar así como realización de glucosa, colesterol triglicéridos y hemoglobina glucosilada en la UMF 84.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los inconvenientes y beneficios derivados de mi participación en el estudio; teniendo como inconvenientes el tiempo empleado en el llenado de la encuesta, así como el acudir a la UMF 84 para la realización de los estudios de laboratorios con beneficios que de encontrar disfunción familiar se me derivará al servicio de trabajo social para formar un equipo de autoayuda o en caso de encontrar descontrol metabólico importante se me canalizará al servicio de urgencias para su atención inmediata. Mejorar el entorno familiar y de salud de los participantes, modificando estilos de vida para un buen control de su DM 2 y mejorando la participación de la familia para el control de la misma.

El investigador se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, o de cualquier asunto relacionado con la investigación que se pretende realizar, sin que esto modifique la relación médico paciente y con el trato, del resto del personal de salud. El investigador principal se compromete a guardar la confidencialidad de los datos que estoy proporcionando y que estos solo tendrán fines académicos. Así mismo se ha comprometido el investigador a mantenerme informado (a) de los resultados finales, que se obtengan durante el estudio aun cuando esta información pudiera hacerme cambiar de parecer, con respecto a mi permanencia en el mismo.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO.

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO.

