



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 46**

**“RELACIÓN ENTRE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR CON EL CONTROL
GLUCÉMICO EN PACIENTES CON DM 2 A TRAVÉS DE HB GLUCOSILADA”**

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

PRESENTA:

DRA. CYNTHIA JESUS QUIÑONES GALINDO

México, D.F.

2014



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.

“RELACIÓN ENTRE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR CON EL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES CON DM 2 A TRAVES DE HB GLUCOSILADA”

AUTORIZACION



DR. ALBERTO ROSENDO RUIZ

DIRECTOR MEDICO DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 10



DR. ROBERTO ANTONIO OLIVARES SANTOS

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 10



DR. FABIAN AVALOS PEREZ

PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR HOSPITAL PSIQUIATRICO CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 10



DR. JULIO ANTONIO FLORES PIÑA

PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR HOSPITAL PSIQUIATRICO CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 10



“RELACIÓN ENTRE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR CON EL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES CON DM2 A TRAVES DE HB GLUCOSILADA”

AUTORIZACIONES



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



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



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

“RELACIÓN ENTRE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR CON EL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES CON DM2 A TRAVES DE HB GLUCOSILADA”

ASESORES DE TESIS

ASESORES DE TESIS



Dr. José Jesús Aguilar Arias
Médico especialista en Medicina Familiar
Jefe de Departamento Clínico
Unidad de Medicina Familiar N° 21
Delegación Sur DF
Teléfono: 57686000 ext. 21402,2403.
e-mail: jose.arias@imss.gob.mx

Dirección: Francisco del Paso y Troncoso No. 281. Colonia Jardín Balbuena. C.P.15900.
Delegación Venustiano Carranza.



Dra. Leonor Campos Aragón
MC, MSP, M en C
Unidad de Medicina Familiar N° 21
Delegación Sur DF
Teléfono: 57686000 ext. 21407 y 21428
Dirección: Francisco del Paso y Troncoso No. 281.
e-mail: leonorcamos@imss.gob.mx

Jardín Balbuena. C.P.15900. Delegación Venustiano Carranza.

“RELACIÓN ENTRE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR CON EL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES CON DM2 A TRAVES DE HB GLUCOSILADA”

AUTORIZACION SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3703
U MED FAMILIAR NUM 21, D.F. SUR

FECHA 19/10/2012

DR. JOSE JESUS ARIAS AGUILAR

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

“RELACIÓN ENTRE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR CON EL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES CON DM2 A TRAVES DE HB GLUCOSILADA ”

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2012-3703-18

Dra. Cynthia Jesús Quiñones Galindo

ATENTAMENTE

“RELACIÓN ENTRE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR CON EL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES CON DM2 A TRAVES DE HB GLUCOSILADA”

ENMIENDA

MÉXICO
ESTADO DE LA REPÚBLICA



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2014, Año de Octavio Paz".

Dictamen de Modificación Autorizada

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 3703
U MED FAMILIAR NUM 21, D.F. SUR

FECHA 22/08/2014

M.C. JOSE JESUS ARIAS AGUILAR

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que la modificación al protocolo de investigación en salud con título: "RELACIÓN ENTRE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR CON EL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES CON DM2 A TRAVES DE HB GLUCOSILADA " y con número de registro institucional: R-2012-3703-18 y que consiste en:

Cambio de autor responsable

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **MODIFICACION AUTORIZADA.**

ATENTAMENTE

DR.(A). MARIBEL MUÑOZ GONZALEZ

PRÉSIDENTE DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD No.3703

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DEDICATORIAS

A mis padres: M David Quiñones e Irma Galindo por enseñarme a confiar en Dios, caminar siempre a mi lado brindándome su cariño, confianza incondicional, escucharme y darme una palabra de aliento siempre que la he necesitado. Darme los principios para creer en mí, darme los valores de un ser humano y saber que con esfuerzos se logran culminar las metas.

A mi esposo: Jesús Chavarría Romero por su motivación continua, comprensión, apoyo moral por saberme escuchar cuando lo necesito. Acompañarme en las noches de desvelos, el creer en mí, por su amor incondicional y por estar a mi lado en los momentos difíciles alentándome a seguir adelante. Caminar junto a mí y entenderme en los días en los cuales me encontraba ausente

A mi hijo: Diego I. Chavarría quien es mi razón de superación que me da las fuerzas para enfrentar las adversidades y salir adelante. Por su comprensión en los días que he estado ausente. Por su cariño que es mi motivación continua alentándome día a día.

A mi hermana: Lirio V. Quiñones por brindarme su cariño y apoyo siempre de una manera incondicional.

AGRADECIMIENTOS

A mi maestro y asesor Dr. J Jesús Arias quién me ha apoyado, ayudado, brindado su amistad y proporcionado una parte de su gran tesoro de conocimientos y experiencia. Mostrarme lo maravilloso que es la Medicina Familiar. Asesorarme durante este largo camino y su gran disposición de tiempo. Motivándome día a día para mi superación continua, alentándome a seguir en los momentos difíciles.

A mis profesores: Por brindarme su experiencia, conocimientos, asesorías, por tener una gran disposición y hacerme reflexionar de la superación continúa como profesionalista y ser humano.

A mis compañeros: A mis 8 compañeros de residencia por permitirme compartir a su lado alegrías, tristezas, trabajar en equipo, brindarme su apoyo y palabras de aliento cuando eran necesarias. El lograr unirnos como un grupo para salir adelante en las situaciones difíciles por esto y más gracias.

INDICE

PORTADA	1
AUTORIZACION.....	2
INVESTIGADORES	3
DEDICATORIAS.....	7
AGRADECIMIENTOS.....	8
INDICE.....	9
RESUMEN	10
MARCOTEORICO	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
OBJETIVOS.....	25
HIPOTESIS.....	25
DISEÑO METODOLOGICO.....	26
CRITERIOS DE SELECCION	27
MUESTRA	29
DEFINICION DE VARIABLES	30
DESCRIPCION METODOLOGICA.....	33
ASPECTOS ETICOS	34
ANALISIS DE RESULTADOS	35
DISCUSION	43
CONCLUSIONES	44
SUGERENCIAS.....	45
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	46
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	47
ANEXOS.....	49

RESUMEN

“RELACIÓN ENTRE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR CON EL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES CON DM2 A TRAVÉS DE HB GLUCOSILADA”

* Dra. Cyntia J Quiñones Galindo ** Dr. José Jesús Arias Aguilar *** Dra. Leonor Campos Aragón ****Dr. Fabián Avalos Pérez

La diabetes tipo 2 es la tercera causa de muerte. La Organización Mundial de la Salud y la Federación Internacional de la Diabetes estiman que en el mundo hay más de 220 millones de personas con la enfermedad.

Objetivo: Determinar la relación entre cohesión y adaptabilidad familiar con el control glucémico en pacientes con Diabetes tipo 2 a través de Hb glucosilada. **Material y método:** Estudio transversal, analítico. Con una muestra de 10,600 seleccionada con un muestreo probabilístico. Se aplicó la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III). **Resultados:** El 63.20% de los pacientes encuestados estaban controlados en comparación del 36.80% de descontrolados. Las familias disfuncionales con control glucémico de acuerdo a FACES III son: aglutinada-caótica 21%, relacionada caótica 12.65%. La familia funcional controlada son: semirrelacionada-estructurada 13.85%; semirrelacionada-flexible 10.24% predominando en ambos grupos la familia disfuncional aglutinada-caótica y relacionada caótica. **Conclusiones:** Se aplicó la Razón de Momios obteniéndose el resultado 1.3 no existiendo asociación directa entre cohesión y adaptabilidad con el control glucémico. La prueba X^2 con una p de 0.45 no encontrándose una asociación causal entre ambas variables. Concluyendo que el control glucémico no depende de la cohesión y adaptabilidad en la diabetes tipo 2.

* Curso de Especialización en medicina Familiar primer año gacy@live.com.mx

** Médico especialista en Medicina Familiar de la UMF 21 del IMSS aguiladorada8791@yahoo.com.mx tel. 57686000 ext. 21402 y 21403

*** Coordinadora de Educación Médica e Investigación en Salud UMF N°21 leonorcampos@imss.gob.mx 57686000 ext. 21407 y 21428

**** Maestro en Ciencias, Médico especialista en Medicina Familiar HP/UMF N°10 fab_doc@hotmail.com

Palabras clave: Cohesión, adaptabilidad, hemoglobina glucosilada, Diabetes tipo 2

ABSTRACT

"RELATIONSHIP BETWEEN COHESION AND FAMILY ADAPTABILITY IN PATIENTS WITH DM2 WITH THROUGH GLYCOSYLATED HB GLYCEMIC"

* Dra. Cyntia J Quiñones Galindo ** Dr. José Jesús Arias Aguilar *** Dra. Leonor Campos Aragón

Type 2 diabetes is the third leading cause of death. The World Health Organization and the International Diabetes Federation estimates that there are over 220 million people living with the disease worldwide. Objective: To determine the relationship between family cohesion and adaptability with glycemic control in patients with type 2 diabetes through glycosylated Hb. Methods: transversal, analytical study. With a sample of 10,600 selected with a probability sample. Scale for the Assessment of Family Cohesion and Adaptability (FACES III) was applied. Results: The 63.20% of patients surveyed were controlled in comparison to 36.80% of control. Dysfunctional families with glycemic control according to FACES III are: bonded-chaotic 21%, 12.65% related chaotic. The functional families controlled are: semirrelacionada-structured 13.85%; Flexible semirelacionada-10.24%, predominantly in both the bonded-chaotic and chaotic dysfunctional family related. Conclusions: Odds Ratio was applied 1.3 yields the result there is no direct association between cohesion and adaptability with glycemic control. The χ^2 test with p 0.45 not finding a causal association between the two variables. Concluding that glycemic control does not depend on the cohesion and adaptability in type 2 diabetes.

* Curso de Especialización en medicina Familiar primer año gacy@live.com.mx

** Médico especialista en Medicina Familiar de la UMF 21 del IMSS aguiladorada8791@yahoo.com.mx tel. 57686000 ext. 21402 y 21403

*** Coordinadora de Educación Médica e Investigación en Salud UMF N°21 leonorcampos@imss.gob.mx 57686000 ext. 21407 y 21428

Keywords: Cohesion, adaptability, glycosylated hemoglobin, Diabetes type 2.

MARCO TEORICO

DIABETES TIPO 2

DEFINICION

De acuerdo a la OMS la diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.¹

La diabetes tipo 2 es definida de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana (NOM-015-SSA2-1994) como un grupo heterogéneo de enfermedades sistémicas, crónicas, de causa desconocida, con grados variables de predisposición hereditaria y la participación de diversos factores ambientales que afectan al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas que se asocian fisiopatológicamente con una deficiencia en la cantidad, cronología de secreción y/o en la acción de la insulina. Estos defectos traen como consecuencia una elevación anormal de la glucemia después de cargas estándar de glucosa e incluso en ayunas conforme existe mayor descompensación de la secreción de insulina.² Dicha alteración se acompaña de sintomatología como: polidipsia, polifagia, poliuria, visión borrosa por lo que se debe de hacer la determinación de glucosa en sangre y establecer el diagnóstico de Diabetes tipo 2 de acuerdo a los siguientes criterios:

- Glucosa plasmática en ayunas mayor o igual 126mg/dl
- Prueba de tolerancia a la glucosa, el valor a las 2 horas igual o mayor de 200 mg/dl
- Cuando la medición no se hizo en ayunas basta una glucosa mayor o igual a 200 mg/dl

Se debe confirmar el diagnóstico con la determinación de glucosa en un día distinto.³

EPIDEMIOLOGIA DE LA DM2

La Diabetes tipo 2 (DM2) se considera actualmente como uno de los principales problemas de salud a nivel mundial, y la repercusión socioeconómica de esta enfermedad en cualquier país es muy importante. Es la tercera causa de muerte después del cáncer y del infarto al

miocardio.⁴ La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de la Diabetes (FID) estiman que en el mundo hay más de 220 millones de personas que viven con la enfermedad, cifra que podría duplicarse para 2030.⁵ Es una de las primeras causas de consulta en los servicios del cuidado primario, aproximadamente el 97% de la consulta. La Diabetes tipo 2, es considerada como el tercer problema de salud pública más importante en el mundo. La prevalencia total de la DM2 se estima en un 6% de la población (90-95% de las personas con diabetes), aumentando la prevalencia de forma significativa en relación a la edad: alcanza cifras entre el 10-15 % en la población mayor de 65 años, y el 20 % si consideramos sólo a los mayores de 80 años.⁵

En Latinoamérica (LA) incluyen 21 países con casi 500 millones de habitantes y se espera un aumento del 14% en los próximos 10 años. Existe alrededor de 15 millones de personas con DM en LA y esta cifra llegará a 20 millones en 10 años, mucho más de lo esperado por el simple incremento poblacional. Este comportamiento epidémico probablemente se debe a varios factores entre los cuales se destacan la raza, el cambio en los hábitos de vida y el envejecimiento de la población. La mayoría de la población latinoamericana es mestiza (excepto Argentina y Uruguay), pero todavía hay algunos países como Bolivia, Perú, Ecuador y Guatemala donde más del 40% de los habitantes son indígenas. Estudios en comunidades nativas americanas han demostrado una latente pero alta propensión al desarrollo de diabetes y otros problemas relacionados con resistencia a la insulina, que se hace evidente con el cambio en los hábitos de vida, lo cual está ocurriendo en forma progresiva. De hecho, entre un 20 y un 40% de la población de Centro América y la región andina todavía vive en condiciones rurales, pero su acelerada migración probablemente está influyendo sobre la incidencia de la DM2. La prevalencia en zonas urbanas oscila entre 7 y 8%, mientras en las zonas rurales es apenas del 1 al 2%.⁵

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) y la diabetes, son las principales causas de muerte en el continente americano, además de ser una causa común de discapacidad, muerte prematura y gastos excesivos para su prevención y con mayor intensidad a los grupos de población control.⁵

En nuestro país, la diabetes ocupa el primer lugar dentro de las principales causas de mortalidad y presenta un incremento ascendente con alrededor de 60 mil muertes y 400,000 casos nuevos al año.⁵

Tan solo baste saber que en 2010, último año reportado por INEGI y SINAIS se dieron 82,964 decesos, más de 3 veces las provocadas por Homicidios y ocupa el primer lugar como causa de muerte en México.

Una de las razones que propician el desarrollo de esta grave enfermedad es el exceso de peso y bien sabemos que nuestro país ocupa el nada honroso segundo lugar mundial de personas con problemas de obesidad.

La Diabetes Mellitus de acuerdo con la OMS, Organización Mundial de la Salud, es causa de más de 220 millones de personas enfermas y se estimó que en 2008 fallecieron 1.26 millones de personas como consecuencias directas del exceso de azúcar en la sangre.⁵ Para su prevención, según OMS, se ha demostrado que medidas simples relacionadas con el estilo de vida son eficaces para prevenir la diabetes de tipo 2 o retrasar su aparición. Para ayudar a prevenir la diabetes se debe alcanzar y mantener un peso corporal saludable, mantenerse activo físicamente al menos con 30 minutos de actividad regular por día, consumir una dieta saludable que contenga entre tres y cinco raciones diarias de frutas y hortalizas y una cantidad reducida de azúcar y grasas saturadas, finalmente evitar el consumo de tabaco, puesto que aumenta el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares. Estamos hablando de más de 80,000 defunciones de seres "inocentes" por año por causa de la diabetes.⁶

En México la población aproximada de personas con diabetes asciende entre 6.5 y 10 millones de personas según datos de la Federación Mexicana de Diabetes (FMD), tiene una prevalencia de 10.7% en personas entre 20 y 69 años, sin embargo, en adultos mayores la prevalencia ajustada por edad e índice de masa corporal es del 21.5 %, desafortunadamente se calcula que de este universo de personas casi dos millones aún no saben que padecen esta enfermedad. Se calcula que el 7% de la población general en México la padece, está presente en 21% de habitantes entre 65 a 74 años. Además, en 13% de la población general se presentan estados de intolerancia a la glucosa y "prediabetes". El 80% de las amputaciones mayores de miembros inferiores se realiza en pacientes con diabetes. Es directa o indirectamente la tercera causa de muerte.⁷

Por otra parte, el impacto de la diabetes en México, no solo se asocia con su magnitud epidémica, sino con las peculiaridades biológicas, psicológicas y sociales que caracterizan a los mexicanos con diabetes y las del sistema social y de atención a la salud en México. En la

vivencia de la diabetes a partir del diagnóstico, algunos autores (18-21) mencionan un proceso psicológico hacia la aceptación de la enfermedad y la adherencia al tratamiento, que no necesariamente es igual en todas las personas. Entre las etapas del proceso se mencionan la negación, depresión, ira y negociación, por las que suele atravesar el paciente; sin embargo, en estas etapas, existen grandes agujeros negros en los que permanece por muchos años la persona o de los que nunca avanza para llegar a la aceptación, en la que hay más probabilidades de lograr autocontrol. Los factores de riesgo que inciden en la distribución y frecuencia de la diabetes y sus complicaciones son bien conocidos, no obstante y a pesar de que México cuenta con un programa de acción de prevención y control, aún existen serias limitaciones que impiden la contención efectiva y eficaz de este padecimiento.⁷

La prevención y control de la diabetes representa un reto para los responsables de la salud pública del país, ya que al igual que otras enfermedades crónicas es el resultado de estilos de vida no saludables como los hábitos de alimentación deficientes y el sedentarismo.⁷ Éstos, sumados a la carga genética, el estrés psicosocial, tabaquismo y consumo excesivo de bebidas alcohólicas constituyen los principales determinantes que inciden en el desarrollo de la enfermedad.⁷

Datos importantes:

- La población en México de personas con diabetes fluctúa entre los 6.5 y los 10 millones (prevalencia nacional de 10.7% en personas entre 20 y 69 años). De este gran total, 2 millones de personas no han sido diagnosticadas.
- En la frontera entre México y Estados Unidos, la prevalencia de diabetes es de 15%.
- Dos de cada tres mexicanos tienen sobrepeso u obesidad (prevalencia nacional de obesidad: 24.4%).
- 90% de las personas que padecen diabetes presentan el tipo 2 de la enfermedad
- 13 de cada 100 muertes en México son provocadas por la diabetes.
- El grupo de edad con más muertes por diabetes se ubica entre los 40 y los 55 años.
- En personas de 40-59 años, 1 de cada 4 muertes se debe a complicaciones de la diabetes.
- Actualmente 1 de cada tres muertes en México reporta diabetes como causa secundaria.

- La diabetes es una de las pocas enfermedades que afectan más a mujeres que a hombres. En promedio los hombres con diabetes mueren a una edad más temprana que las mujeres (67 versus 70 años respectivamente)

Se estima que en los próximos años:

- México podría ocupar el 7° lugar de países con diabetes.
- Casi 12 millones de mexicanos.
- Intolerancia a la glucosa podría afectar a 4 millones de mexicanos
- Obesidad en 65% de la población.
- Diabetes tipo 2 en niños.
- Más de 30% con sobrepeso y 16% con obesidad.
- 1 de cada 3 podría tener diabetes.

El análisis de datos por institución permite identificar que la cuarta parte (24.7%) de las personas con diabetes adscritas al Seguro Popular registraron cifras de control adecuadas, en contraste con 18.8% en derechohabientes del IMSS, 18.5% del ISSSTE, 17.8% de población no asegurada y 17.4% de otras instituciones de seguridad social.⁸

En la Unidad de Medicina Familiar N° 21 asciende a 10,600 pacientes con DM2, con una prevalencia del 6.32%, quienes llevan su control con el médico familiar y en el módulo de DiabetIMSS en ambos turnos.

HEMOGLOBINA GLUCOSILADA Y CONTROL GLUCEMICO

La hemoglobina glucosilada es una proteína que transporta el oxígeno dentro de los glóbulos rojos que se forma por la unión de la hemoglobina con la glucosa, dependiendo de las concentraciones crónicas del glúcido, es decir, a mayor cantidad de glucosa por mayor tiempo, más cantidad de Hb glucosilada.²¹

La hemoglobina glucosilada o HbA1C evalúa la glucemia media 2 a 3 meses antes del análisis de sangre.

- Representa un índice retrospectivo y acumulativo de la glucemia de este período.

- La hemoglobina glucosilada se define también como la memoria del control glucémico mientras que la glucemia aporte una información en un instante dado.

Cuanto más se eleve la tasa de azúcar en la sangre durante los últimos 3 meses, mayor será el valor de la hemoglobina glucosilada

Se considera control glucémico en resultados con hemoglobina entre 5% a 6%.^{9, 22}

GLUCOSA	HB GLUCOSILADA
80-120 mg/dl	5-6 %
120-150 mg/dl	6-7%
150-180 mg/dl	7-8%
180-210 mg/dl	8-9%
210-240 mg/dl	9-10%
240-270 mg/dl	10-11%
270-300 mg/dl	11-12 %
300-330 mg/dl	12-13 %

COHESION Y ADAPTABILIDAD

La **cohesión** familiar es definida según dos componentes: el vínculo emocional que existe entre los miembros de una familia y el nivel de autonomía individual que una persona experimenta dentro del ambiente familiar.²³ Con la intención de clasificar el tipo de funcionamiento familiar, Olson y cols (Óp. cit) clasifica la actuación familiar en cuatro formas dentro de la cohesión: *enredada* caracterizada por la sobre identificación; *desprendida o suelta*, caracterizada por su escasa vinculación familiar y una alta autonomía personal; y la

cohesión separada y unida. La cohesión separada se diferencia por que supone un cierto grado de separación emocional entre los miembros de la familia.¹⁰

La **adaptabilidad** es definida como: “la habilidad de un sistema conyugal o familiar para cambiar su estructura de poder, los valores y las reglas de la relación, en respuesta al estrés provocado por una situación concreta y determinada o por el desarrollo vital evolutivo de toda la familia”.²⁴ Así, en primer lugar se identifica el tipo de adaptabilidad *rígido*, se caracteriza por un liderazgo autoritario, padres muy controladores que toman decisiones muy estrictas, ausencia de negociaciones, roles muy definidos, fijos y tradicionales, que además impongan reglas o normas familiares de carácter inmodificable. A la inversa, el tipo de adaptación *caótica* implica un grado de adaptabilidad muy alto, en el cual no existe una persona que ejerza el liderazgo y por el contrario hay una ausencia del control paterno; de igual manera falta de disciplina efectiva cuyas consecuencias son inconsistentes y poco trascendentales, decisiones impulsivas, ausencia de negociaciones ante problemas y roles más o menos establecidos y por último cambios frecuentes en las reglas de funcionamiento familiar.¹⁰

Desde el Modelo Circunflejo de Sistemas familiares y Maritales (Olson, 2000; Olson, Russell y Sprenkle, 1989), el cual ha tenido una gran difusión en los últimos años en el mundo académico y profesional, se sostiene que la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación son las tres dimensiones que principalmente definen el constructo funcionamiento familiar. El grado de cohesión y adaptabilidad que presenta cada familia puede constituir un indicador del tipo de funcionamiento que predomina en el sistema: extremo, de rango medio o balanceado. Los sistemas maritales o familiares balanceados tienden a ser más funcionales y facilitadores del funcionamiento, siendo los extremos más problemáticos mientras la familia atraviesa el ciclo vital.¹¹

La diabetes tipo 2 es un padecimiento crónico, cuando la enfermedad tiende a la cronicidad incluso se convierte en terminal favorece que el paciente se ha etiquetado como diferente ya que surgen diferentes necesidades de cuidado y alimentación que afectan el tipo de relación interpersonal con los miembros de la familia y la sociedad misma, este tipo de relación puede evolucionar lentamente hasta el deterioro irreversible generando esteres crónico en el sistema familiar que impacta no solo el funcionamiento de la familiar sino también de la evolución de la misma enfermedad.¹²

Durante todo este proceso habitualmente la familia sufre con el enfermo y puede generar cambios catastróficos en el sistema, originando una serie de desajustes en la manera de convivir y funcionar de sus integrantes, lo que conlleva a un procesamiento de la información relacionada con la enfermedad a la cual se le añade valores, costumbres, y definiciones del significado de la enfermedad en sí misma, como la necesidad que tiene la familia para enfrentarla, generando una serie de respuesta adaptativas que pueden ser funcionales o disfuncionales incrementando aún más la crisis por la que está cursando la familia.¹²

ESTUDIOS REALIZADOS

Se han realizados estudios en diferentes patologías donde se valora la importancia fundamental de la cohesión y adaptabilidad para afrontar una situación de stress o crisis familiar aunque en ninguno se menciona el porcentaje resultante.

Se llevó a cabo un estudio en la Universidad católica Boliviana en el 2006 para estudiar a las familias con uno de sus miembros con epilepsia de diferentes tipos en infantes en donde se menciona que es determinante la funcionalidad familiar del menor para poder desarrollarse en los diferentes ámbitos, de acuerdo al grado de cohesión y adaptabilidad que tengan los subsistemas fraternal y parental tendrá mejor desempeño escolar, social e independencia individual.¹³

Otro estudio realizado recientemente en el estado de Puebla en la UMF N° 6 para determinar la relación entre la respuesta terapéutica y su apoyo y función familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2; se realizó en 303 pacientes, 70% de ellos del sexo femenino, con diagnóstico DM2, determinación de Hb glucosilada para ver su control en los últimos 3 meses y aplicación del Environmental Barriers to Adherence Scales para medir Apoyo Familiar y FACES III para identificar la Funcionalidad Familiar y la Respuesta Terapéutica, se aplicó χ^2 obteniendo un valor de .016, comprobando que entre mejor Funcionalidad Familiar exista en el paciente portador de Diabetes tipo 2 mejor será la respuesta terapéutica.

En Journal Pediatric Psychology se hace la publicación de un estudio llevado a cabo en niños afroamericanos con diagnóstico de Diabetes tipo 1 para establecer cómo afecta la funcionalidad familiar en el control glucémico y adherencia terapéutica. Es un estudio prospectivo (3.8 años de seguimiento) con determinación de Hb glucosilada para determinar el

control. Con una muestra de 116 infantes concluyendo que mejor control de la glucemia fue por la cohesión familiar. Además, las pruebas de moderación indicaron que un mejor seguimiento de control de la glucemia se produjo entre las niñas de familias de alta cohesión y los niños pequeños de familias de baja adaptabilidad. A pesar de una mejor adherencia predijo un mejor control de la glucemia.

En la clínica de medicina familiar Ignacio Chávez se llevó a cabo un estudio prospectivo, transversal y analítico con aplicación de la escala de evaluación del FACES III a 205 pacientes con Diabetes tipo 2 donde se descarta la relación de la cohesión y adaptabilidad en el control del paciente diabético.¹⁴

En el HGZ N° 4 en Guadalupe, Nuevo León se realizó un estudio en 73 familias derechohabientes con un miembro portador de asma, con edades entre los 2 a 14 años, sin patologías agregadas, en la consulta externa de pediatría, de febrero a julio del 2009, observacional, descriptivo, transversal, prospectivo. Con aplicación del instrumento FACES III y nivel socioeconómico de Mario Bronfman. Concluyendo que la cohesión y adaptabilidad familiar, fue balanceada de acuerdo al modelo de Olson. El nivel de control del asma y la cohesión y adaptabilidad familiar no están relacionados.

Existen en la UMF 21 estudios en relación a funcionalidad familiar en los que se demuestra que esta no influye directamente sobre el control de esta enfermedad, entre los estudios referidos se encuentran los siguientes relación entre Funcionalidad Familiar y Control glucémico en pacientes portadores de DM2 en la UMF 21 en 2010, que se encuentra entre los más actuales. Sin embargo en relación al estudio sobre cohesión y adaptabilidad Familiar y su relación con el control glucémico de la diabetes no se encuentra ninguno.

INSTRUMENTO DE EVALUACION FACES III

Este modelo forma parte del modelo circunflejo marital y sistémico familiar, se presentan como principales características, la adaptabilidad, cohesión y comunicación; el más conocido es el

FACES III (Family Adaptability & Cohesion Evaluation Scales). Mide los grados de adaptabilidad y cohesión según el modelo circunflejo. ^{15 25}

La escala FACES I (versión original) constaba de 111 ítems, fue desarrollada en los trabajos de doctorado de Portner y Bell.

La escala de FACES II se diseñó a partir del FACES I, a fin de disponer un instrumento más breve, con frases más sencillas, que pudieran ser respondidas por los hijos y personas con dificultades de comprensión. Conservando las mismas categorías en cada dimensión, después de considerar los resultados del análisis factorial, se redujo a 50 ítems, obteniéndose una confiabilidad del 0.91 para la subescala de cohesión y de 0.80 para la adaptabilidad.

Olson, Rusell & Sprenkle tras el análisis factorial redujeron a 30 ítems, 16 relativos a cohesión y 14 a adaptabilidad, lo que dio origen a la versión final del FACES II. ¹⁵⁻²⁶

La Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III; de Olson, Portner y Lavee, 1985; Olson, 1992) es la 3º versión de la serie de escalas FACES y ha sido desarrollada para evaluar dos de las principales dimensiones del Modelo Circumplejo: la cohesión y la adaptabilidad familiar. Se ha adaptado a una variedad de contextos culturales y se calcula que existen más de 700 estudios que utilizan FACES en sus distintas versiones (Kouneski, 2001; citado en Gorall, Tiesel y Olson, 2004). En la mayoría de los casos, la escala logra discriminar diferentes grupos familiares (por ejemplo, clínico y no clínico), lo cual constituye una fuerte evidencia de validez de constructo de la misma. Otra de las cualidades métricas que destacan los autores es que con FACES III se ha logrado bajar la correlación que existía entre ambos factores cohesión y adaptabilidad. ^{16 27}

El FACES III es un instrumento de auto aplicación que evalúa las dos principales funciones a través de 20 reactivos (10 para adaptabilidad y 10 para cohesión). Fue traducida al español por Gómez-Clavelina y col. Cuenta con una escala que incluye cinco opciones (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre) con valores de 1 a 5. ¹⁶

Se determinaron 5 coeficientes de confiabilidad del instrumento de FACES III: alfa de Cronbach (no estandarizado), 0,69; división en mitades: parte I, 0,73, y parte II, 0,66; Guttman, 0,75; paralelo, 0,69, y paralelo estricto, 0,53. El coeficiente alfa de Cronbach mostró más ventajas que los otros coeficientes de confiabilidad según la naturaleza ordinal de la escala de medición del instrumento. ¹⁷

El cuestionario se aplica a personas mayores de 10 años, que sean miembros de familias con hijos que sepan leer y escribir. Se pide al entrevistado que responda las preguntas de acuerdo con la escala de calificación que aparece en la parte superior del cuestionario (1 a 5), considerando cada aseveración con relación a su familia. Se debe contestar el cuestionario en cuanto a la forma en que el entrevistado considera que su familia reacciona en forma habitual no de la manera que piensa que debería reaccionar.¹⁷

La calificación en cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones. La de la adaptabilidad es la de los ítems pares. Una vez hecha la suma correspondiente a las dos dimensiones se buscan las calificaciones en cada una de las amplitudes de clase:

CALIFICACION DE COHESION FACES III

COHESION	AMPLITUD DE CLASE
No relacionada	10 a 34
Semirrelacionada	35 a 40
Relacionada	41 a 45
Aglutinada	46 a 50

CALIFICACION DE ADAPTABILIDAD FACES III

ADAPTABILIDAD	AMPLITUD DE CLASE
Rígida	10 a 19
Estructurada	20 a 24
Flexible	25 a 28
Caótica	29 a 50

Se dispone de versiones adaptadas y probadas para parejas con y sin hijos, con hijos adolescentes y parejas en etapa de retiro. Las escalas que emplea este modelo son de tipo ordinal, y la combinación de ambas permite clasificar en 16 tipos posibles.

Este modelo propone que las dimensiones de la adaptabilidad y la cohesión presenten cuatro posibles grados o niveles, de los cuales los intermedios son normales o “balanceados”, mientras que los más altos y más bajos son “extremos”.¹⁸

Cabe mencionar que los conceptos relacionados con la cohesión son: los lazos familiares, la implicación familiar, las coaliciones padres-hijos, las fronteras internas y externas. Por otra

parte los conceptos vinculados con la adaptabilidad son: el liderazgo, la disciplina, la negociación, los roles y las reglas. Tanto la cohesión como la adaptabilidad son constructos curvilíneos, lo cual implica que los niveles extremos son menos funcionales frente a los niveles centrales. Por otra parte la comunicación es una dimensión facilitadora cuya relación con el funcionamiento familiar es lineal, es decir, a mejor comunicación familiar mejor funcionamiento familiar.^{19 28}

CLASIFICACION DE FAMILIAS SEGÚN FACES III

	Disgregada	Semirrelacionada	Relacionada	Aglutinada
Caótica	Caóticamente disgregada	Caóticamente semirrelacionada	Caóticamente relacionada	Caóticamente aglutinada
Flexible	Flexiblemente disgregada	Flexiblemente semirrelacionada	Flexiblemente relacionada	Flexiblemente aglutinada
Estructurada	Estructuralmente disgregada	Estructuralmente semirrelacionada	Estructuralmente relacionada	Estructuralmente aglutinada
Rígida	Rígidamente disgregada	Rígidamente semirrelacionada	Rígidamente relacionada	Rígidamente aglutinada

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La cohesión ha demostrado ser un elemento fundamental para la predicción de la respuesta que tendrá la familia frente a la enfermedad. Una enfermedad crónica puede intensificar y prolongar estas transiciones normales. En algunos problemas como el retraso mental o la parálisis cerebral infantil, o enfermedades crónicas degenerativas como diabetes mellitus, IRC, HAS, la necesidad de cohesión suele ser permanente, obstaculizando así los cambios de desarrollo normativos de los miembros de la familia. Así mismo la habilidad de una familia para adaptarse a las cambiantes circunstancias o a las tareas del desarrollo del ciclo de vida se complementa con su necesidad de valores durables, tradiciones y normas de comportamiento previsibles y coherentes. La adaptabilidad es un elemento fundamental particularmente en las enfermedades progresivas, recurrentes o que presentan crisis médicas agudas.

La diabetes constituye un problema de salud pública de primera magnitud, el cual ha pasado de ser una enfermedad característica de los países desarrollados a considerarse como una epidemia en los países en desarrollo. Esta situación se debe a que estos países enfrentan una transición que va desde “el rezago en salud” (mortalidad por enfermedades infecciosas, de la nutrición y de la reproducción) a los “riesgos emergentes” asociados con la industrialización, la urbanización y con el envejecimiento poblacional.

Por lo que surge la siguiente pregunta de Investigación:

¿Cuál es la relación entre cohesión y adaptabilidad familiar con el control glucémico en pacientes con Diabetes tipo 2 a través de Hb glucosilada?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes con Diabetes tipo 2 con control glucémico a través de Hb glucosilada.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la COHESION Y ADAPTABILIDAD familiar del paciente diabético tipo 2
- Evaluar la relación entre cohesión y adaptabilidad familiar en el control glucémico del paciente diabético tipo 2

HIPÓTESIS

HIPOTESIS DE TRABAJO

La cohesión y adaptabilidad familiar en los pacientes portadores de Diabetes tipo 2 de la UMF N° 21 determinan su control glucémico en el 50% de los casos.

DISEÑO METODOLÓGICO

MATERIALES Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO: Transversal, analítico.

POBLACIÓN DE ESTUDIO:

- ✓ Pacientes de ambos sexos
- ✓ Adultos
- ✓ Pacientes de ambos turnos
- ✓ Con edad comprendida 35 a 65 años
- ✓ Que acudieron a la consulta externa de la unidad de medicina familiar #21 de marzo a diciembre 2012

LUGAR DE ESTUDIO

Se llevó a cabo el estudio en la UMF N° 21 del IMSS ubicado en Francisco del paso y Troncoso número 281. Col. Jardín Balbuena. Código postal 15900, Delegación Venustiano Carranza, México D.F.

PERIODO DE ESTUDIO

El estudio se llevara a cabo en el periodo comprendido de Marzo a Diciembre del 2013

DISEÑO DE ESTUDIO

POBLACION DM2
10,600

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Hombres y mujeres con edad comprendida de 35 a 65 años con diagnóstico de DM2 ambos turnos
- Derechohabiente del IMSS y adscrito a la UMF21.
- Sin comorbilidades crónicas (IRC, retinopatía)
- Que firmen el consentimiento informado
- Que tengan al menos una Hb glucosilada

POBLACION
MUESTRA
N=230

N= DM2
DESCONTROLADOS

N= DM2
CONTROLADOS

SIN COHESION Y
ADAPTABILIDAD

CON COHESION Y
ADAPTABILIDAD

CON COHESION Y
ADAPTABILIDAD

SIN COHESION Y
ADAPATBILIDAD

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Hombres y mujeres con edad comprendida de 35 a 65 años con diagnóstico de DM2 ambos turnos
- Derechohabiente del IMSS y adscrito a la UMF21.
- Sin comorbilidades crónicas (IRC, retinopatía)
- Que firmen el consentimiento informado
- Que tengan al menos una Hb glucosilada

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Que presenten alguna discapacidad que no les permita participar en el estudio (enfermedades psiquiátricas, amputaciones).
- Que no acepten contestar el cuestionario
- Quien no cumpla los criterios de aplicación des FACES III

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Quien no responda adecuadamente el cuestionario
- El no responder completo el cuestionario

TIPO DE ESTUDIO: Transversal, analítico.

MUESTRA

Tamaño de la muestra: total 10 600 pacientes con DM2

Tipo de muestreo: probabilístico.

Formula: Para determinar el tamaño de muestra se acudió al servicio de Enseñanza y por medio del Diagnóstico de salud, cuyos datos fueron obtenidos del ARIMAC para conocer la totalidad de las personas Portadoras de DM2 adscritos a la UMF 21, se determinó por medio de la fórmula de proporciones para una población infinita de la siguiente manera:²⁰

$$n = \frac{NZ^2 pq}{d^2(N-1) + Z^2 pq}$$

Donde:

N= 10 600, población de pacientes portadores de DM2 adscritos a la UMF 21 2011.

Z= Área bajo la curva de lo normal para un nivel de confiabilidad de 95% = 1.96.

d=Margen de error de 10% (valor estándar de 0.10)

p= 0.5 cohesión y adaptabilidad en el control de paciente con dm2 en un 50 %.

q= 1-0.51= 0.49

Resolviéndose de la siguiente manera:

$$n = \frac{10,600(1.96)^2 (0.5)(0.49)}{(.10)^2 (10,600 - 1) + (1.96)^2 (0.51)(0.5)} = 192$$

VARIABLES

Dependiente:

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR ESCALA
CONTROL GLUCEMICO	Cuantitativa discontinua.	Concentración de glucosa igual o menor de 6.5mg/dl en los tres últimos meses.	Nivel de glucosa obtenido al realizar glucosa central y/o determinación de Hb glucosilada la cual nos indica el control en los últimos 3 meses reportada en el expediente	Cifras en % *1 <= 6.5% en control *2 > 6.5% descontrolado

*GPC 2009

Variables independientes:

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR ESCALA
COHESION	Cualitativa discontinua	Grado de vinculación emocional que tiene los miembros de los sistemas familiares entre sí	Puntaje obtenido durante la aplicación del cuestionario	1. No relacionada= 10 a 34. 2. Semirrelacionada= 35 a 40. 3. Relacionada= 41 a 45. 4. Aglutinada= 46 a 50
ADAPTABILIDAD		Habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, roles, reglas en respuesta al estrés situacional.	Puntaje obtenido durante la aplicación del cuestionario	1. Rígida= 10 a 19 2. Estructurada= 20 a 24 3. Flexible= 25 a 28 4. Caótica= 29 a 50

COVARIABLES.

NOMBRE DE LA VARIABLE.	TIPO DE VARIABLE.	DEFINICIÓN CONCEPTUAL.	DEFINICIÓN OPERACIONAL.	INDICADOR. ESCALA.
SEXO	Cualitativa nominal	(desciende del Latín: cortar, dividir) originalmente se refiera nada más que a la división del género humano en dos grupos: mujer o hombre	Persona dentro del estudio, hombre o mujer, considerado fenotípicamente.	1= HOMBRES. 2= MUJERES.
EDAD	Cuantitativa discontinua.	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Número de años cumplidos al inicio de la estrategia educativa.	EDAD EN AÑOS CON DOS DIGITOS 1= 35-45 años 2= 46-55 años 3= 56 -65 años

DISEÑO ESTADÍSTICO.

DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA

Se realizó un estudio transversal, analítico, en la Unidad de Medicina Familiar N°21 en el período comprendido de Marzo del 2012 a Octubre del 2014, en pacientes que cumplieron con criterios de inclusión, que aceptaron participar en el estudio previamente informados, con firma del consentimiento informado; se llevó a cabo en la sala de espera con la selección de una muestra de manera aleatoria simple (se identificó la población y posterior se ordenaron por número de afiliación y se seleccionaron a los pacientes con una hoja de números aleatorios hasta completar 192 pacientes), de ambos turnos, hombres y mujeres que se encuentren entre los 35 a 65 años de edad, con diagnóstico de Diabetes tipo 2 sin comorbilidad. Identificando a los pacientes durante la consulta diaria y con los registros de ARIMAC en cita previa. A través del expediente electrónico se obtendrán cifras de la Hb glucosilada, con un parámetro máximo de 6.5% para determinar control o descontrol glucémico en los últimos 3 meses. Se aplicó a toda la población dicho cuestionario que incluye el FACES III el cual consiste en 20 ítems (10 para cohesión y 10 para adaptabilidad) en la unidad cuando acudían a su cita contestando todos los reactivos. Al finalizar la recolección de los datos de acuerdo a las cifras de Hb glucosilada se dividieron en dos grupos uno con adecuado control y el otro con descontrol glucémico. Para analizar y describir al interior de cada grupo la cohesión y adaptabilidad. Se capturó la información recabada en la hoja matriz, así como, los resultados obtenidos se analizaron y se utilizaron medidas de tendencia central como media, moda, en SPSS para su captura y análisis. Se graficaron, y comprobó la hipótesis, así como, aplicación de pruebas estadísticas y discusión amplia de resultados para su terminación de estudio, dando a conocer en sesión general y posterior a probación para su publicación.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

En esta investigación no se pone en peligro la vida, se consultará el ARIMAC y el expediente electrónico de la unidad de medicina familiar #21 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Por lo anterior únicamente sólo se solicitara el consentimiento informado de adultos. (Anexo 1).

La información recolectada se mantuvo estrictamente anónima, ya que solamente será conocida por los investigadores participantes.

En el presente estudio de investigación se realizó el consentimiento informado por escrito aunque no se está atentando contra la integridad física o psicológica de los pacientes. Es importante indicar que los procedimientos propuestos están de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 1989 y códigos y normas Internacionales vigentes de las buenas prácticas de la Investigación clínica. Se apega, a las normas y reglamentos institucionales. Además la seguridad el bienestar de los pacientes se respetó cabalmente de acuerdo a los principios contenidos en el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el Informe Belmonte, el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos (Regla Común).

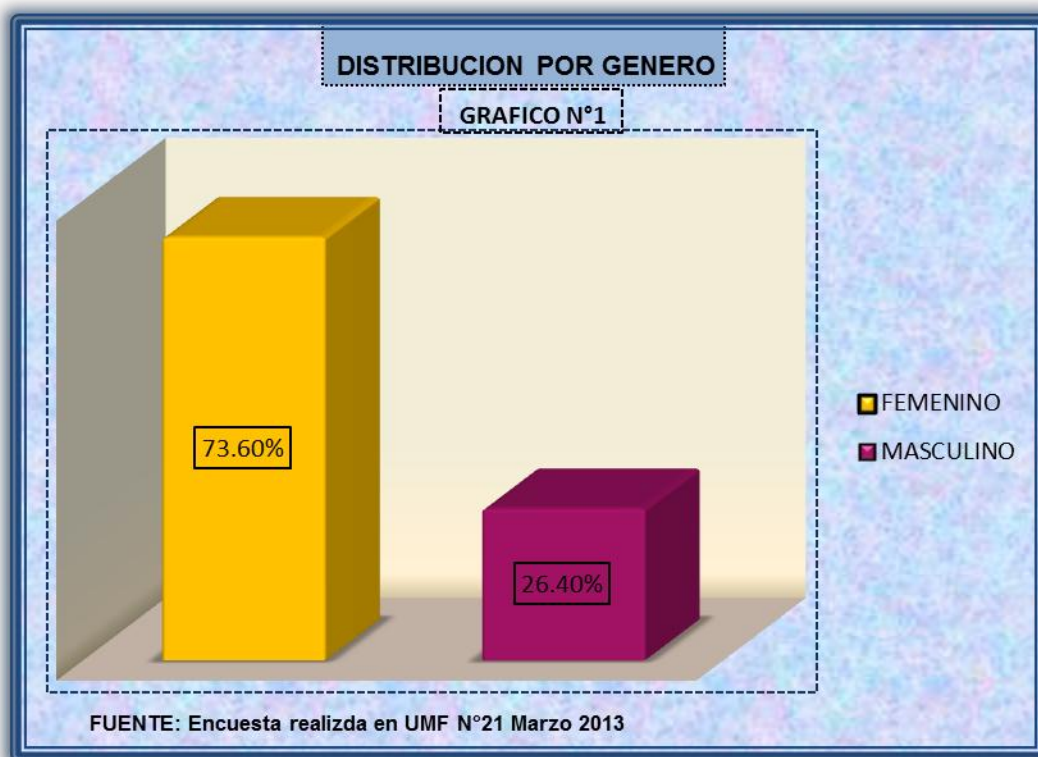
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Se realizaron 250 encuestas a pacientes portadores de Diabetes tipo 2, comprendidos entre los 35 a 65 años de edad, de ambos géneros en control en la unidad UMF N° 21, en donde se encontraron los siguientes resultados:

TABLA N°1

DISTRIBUCION POR GENERO		
GENERO	#	%
MASCULINO	66	26.40%
FEMENINO	184	73.60%

FUENTE: Encuesta aplicada en UMF N°21 Marzo 2013

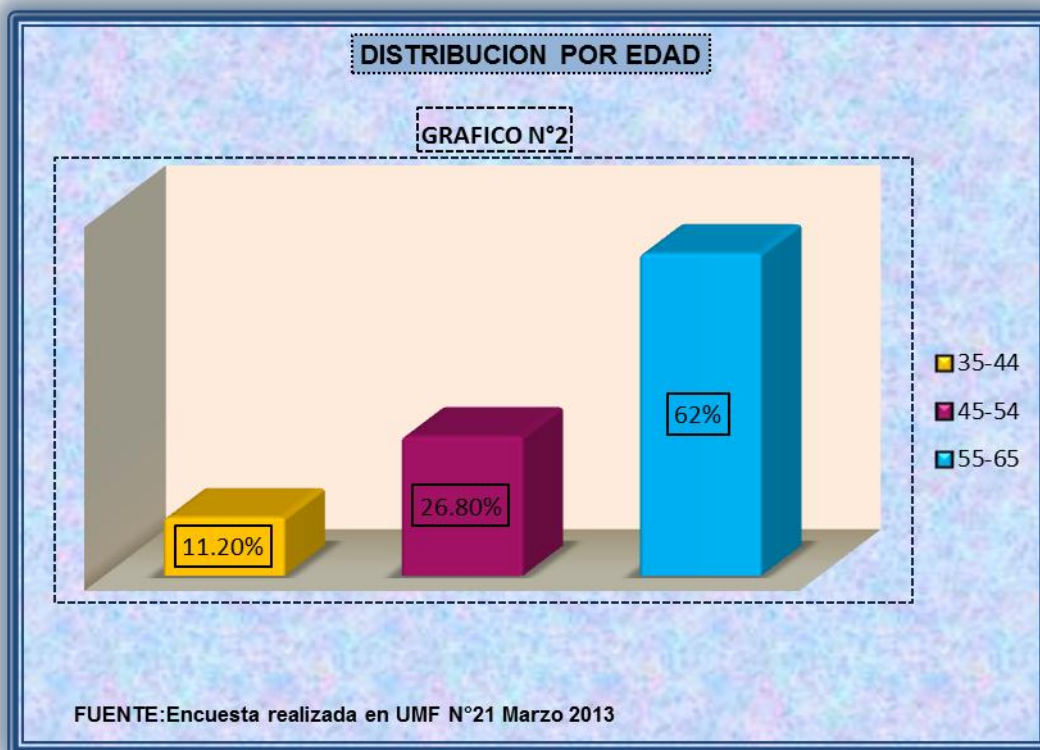


El 73.6 % pertenecía al género femenino y el 26.40 % al masculino (grafico N°1). El rango de edad fue de 20-65 años con una media del 56.05, mediana 58 una moda 65 y una desviación estándar de 8.38. El grupo entre 55 a 65 años de edad fue el más numeroso debido a que hay más pacientes diabéticos en este rango de edad de ambos géneros siendo el menor entre 35 a 44 años de edad (grafico N°2).

TABLA N°2

DISTRIBUCION POR EDAD		
EDAD	#	%
35-44	28	11.2
45-54	67	26.8
55-65	155	62

FUENTE: Encuesta aplicada en UMF N°21 Marzo 2013

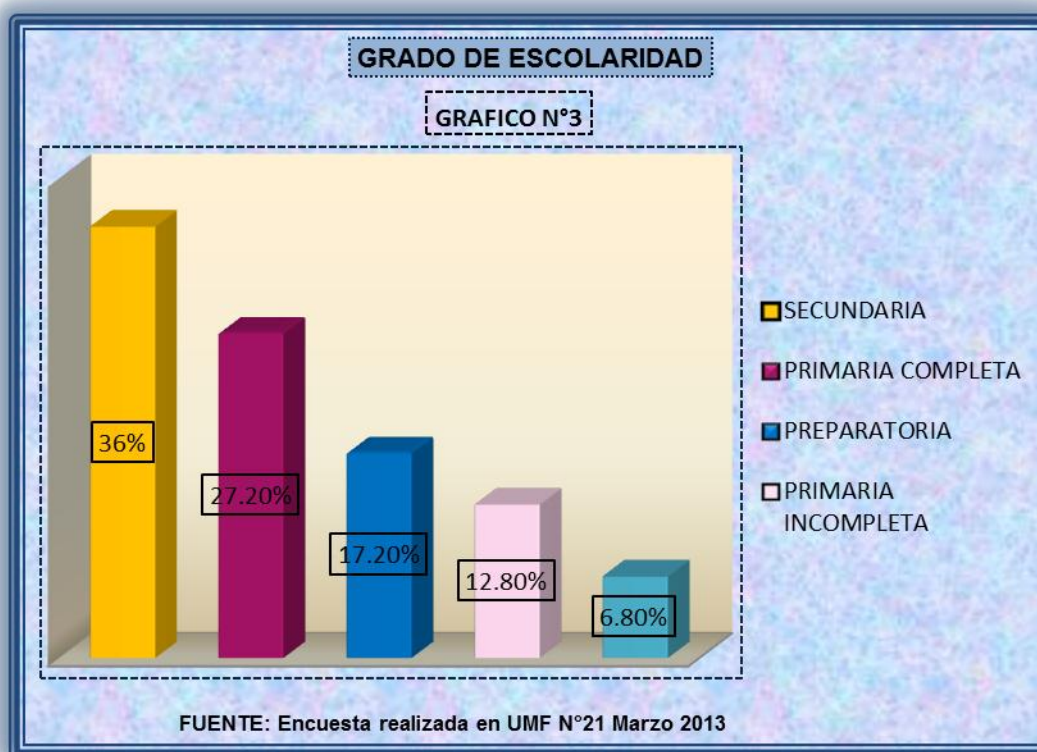


Siendo más frecuente en la población la escolaridad de secundaria con un 36% seguida de primaria concluida con 27.20%, teniendo menor porcentaje la licenciatura con un 6.8% (gráfico N°3)

TABLA N°3

GRADO DE ESCOLARIDAD		
ESCOLARIDAD	#	%
PRIMARIA INCOMPLETA	32	12.8
PRIMARIA COMPLETA	68	27.2
SECUNDARIA	90	36
PREPARATORIA	43	17.2
LICENCIATURA	17	6.8

FUENTE: Encuesta aplicada en UMF N°21 Marzo 2013

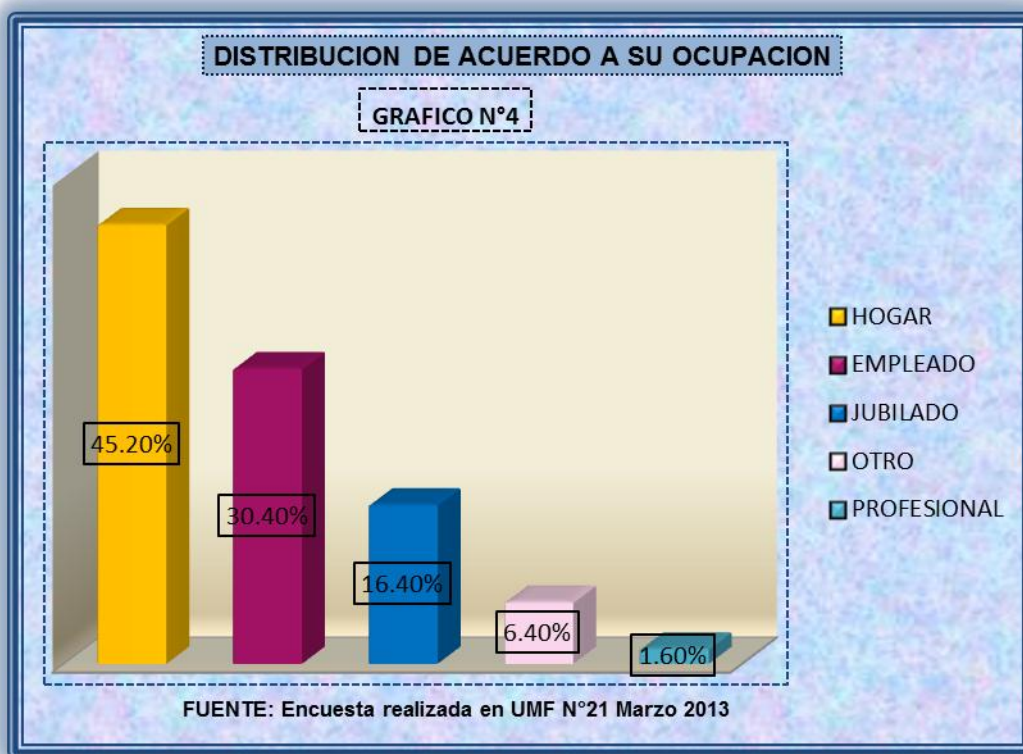


Se observó la importancia que tienen la ocupación así como la educación que se desempeña en el control glucémico obteniéndose los siguientes resultados: En primer lugar con un 45.20% se dedican al hogar tomando en cuenta que se realizaron más encuestas al género femenino, seguido de empleado con un 30.4% y por último con un 1.60% el profesional. Se observa que las variables sociodemográficas juegan un papel importante en el control glucémico del paciente (Gráfico N°4).

TABLA N°4

DISTRIBUCION DE ACUERDO A OCUPACION		
OCUPACION	#	%
HOGAR	113	45.2
JUBILADO	41	16.4
PROFESIONAL	4	1.6
EMPLEADO	76	30.4
OTRO	16	6.4

FUENTE: Encuesta aplicada en UMF N°21 Marzo 2013

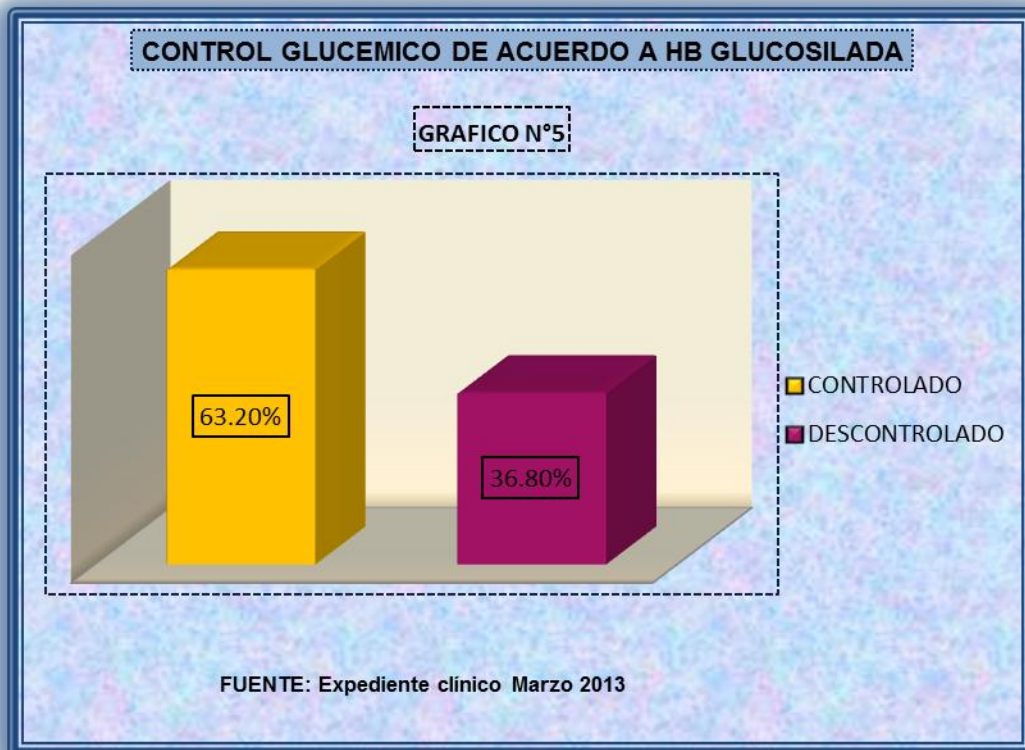


El 63.20% de los pacientes encuestados estaban controlados tomando en cuenta la Hb glucosilada (Grafica N°5).

TABLA N°5

CONTROL GLUCEMICO DE ACUERDO A HB GLI		
CONTROL GLUCEMICO	#	%
CONTROLADO	158	63.2
DESCONTROLADO	92	36.8

FUENTE: Encuesta aplicada en UMF N°21 Marzo 2013



De acuerdo a la evaluación obtenida por FACES III existe mayor control en la familia con cohesión y adaptabilidad que las que lo tienen pobremente como se muestra en la tabla N° 1.

TABLA N°1

CONTROL GLUCEMICO Y FACES III			
CONTROL HB GLUCOSILADA	#	%	FACES III
CONTROLADOS	63	67.02%	FUNCIONAL
CONTROLADOS	95	60.89%	FUNCIONAL
DESCONTROLADOS	31	31%	DISFUNCIONAL
DESCONTROLADOS	61	39.10%	DISFUNCIONAL

FUENTE: Expediente clínico Marzo 2013

Predominando la familia de acuerdo a FACES III con control glucémico en familias disfuncionales con un 21% aglutinada-caótica, seguida de relacionada caótica con un 12.65%, en comparación con la familia funcional controlada semirrelacionada-estructurada con un 13.85%; seguida de semirrelacionada-flexible con un 10.24% (Tabla N°2)

TABLA N°2

TIPOLOGIA FAMILIAR DE ACUERDO FACES III		
FAMILIA	#	% CONTROL
AGLUTINADA-CAOTICA	35	21%
RELACIONADA-CAOTICA	21	12.65%
SEMIRELACIONADA-ESTRUCTURADA	23	13.85%
SEMIRELACIONADA-FLEXIBLE	17	10.24%
RELACIONADA-FLEXIBLE	13	7.83%

FUENTE: Encuesta realizada en UMF N°21 Marzo 2013

En la tabla 2 se presentan las tipología familiar de acuerdo al instrumento FACES III que predominaron durante el estudio tanto en familias con presencia de función así como disfunción familiar en las cuales se encontró adecuado control glucémico.

En el rubro de familia funcional observamos el predominio de las siguientes tipologías en primer lugar semirrelacionada estructurada con un 13.85% seguida de la semirrelacionada-flexible en un 10.24% y en un 7.83% la tipología de relacionada-flexible.

TABLA N°3

TIPOLOGIA FAMILIAR DE ACUERDO A FACES III		
FAMILIA	#	% SIN CONTROL
AGLUTINADA-CAOTICA	23	13.85%
RELACIONADA-CAOTICA	9	5.42%
SEMIRELACIONADA-ESTRUCTURADA	6	3.61%
SEMIRELACIONADA-FLEXIBLE	9	5.42%
RELACIONADA-FLEXIBLE	10	6.02%
FUENTE: Encuesta realizada en UMF N°21 Marzo 2013		

En la tabla 3 se presentan las tipología familiar de acuerdo al instrumento FACES III que predominaron durante el estudio tanto en familias con presencia de función así como disfunción familiar en las cuales no se encontró adecuado control glucémico.

En el rubro de familia funcional observamos el predominio de las siguientes tipologías en primer lugar relacionada flexible con un 6.02% seguida de la semirrelacionada- flexible en un 5.42% y en un 3.61% la tipología de semirrelacionada-estructurada.

En la tabla 4 se presentan las 16 familias de acuerdo a FACES III obtenidas en las encuestas aplicadas.

TABLA N°4

TIPOLOGIA FAMILIAR	#	%
AGLUTINADA-CAOTICA	58	23.2
AGLUTINADA-ESTRUCTURADA	8	3.2
AGLUTINADA-FLEXIBLE	18	7.2
AGLUTINADA-RIGIDA	4	1.6
NO RELACIONADA-CAOTICA	5	2
NO RELACIONADA-ESTRUCTURADA	3	1.2
NO RELACIONADA-FLEXIBLE	5	2
NO RELACIONADA-RIGIDA	3	1.2
RELACIONADA-CAOTICA	30	12
RELACIONADA-ESTRUCTURADA	16	6.4
RELACIONADA-FLEXIBLE	23	9.2
RELACIONADA-RIGIDA	1	0.4
SEMIRRELACIONADA-ESTRUCTURADA	29	11.6
SEMIRRELACIONADA-FLEXIBLE	26	10.4
SEMIRRELACIONADA-RIGIDA	3	1.2
SEMIRRELACIONADA-CAOTICA	18	7.2
FUENTE: Encuesta aplicada en UMF N°21 Marzo 2013		

ANALISIS ESTADISTICO

En el presente estudio se aplicó como medida de asociación causal la Razón de Momios obteniéndose el siguiente resultado 1.244 lo que se interpreta como no existencia de asociación directa de la cohesión y adaptabilidad en el control glucémico.

TABLA DE PRUEBAS ESTADISTICAS RAZON DE MOMIOS Intervalo de confianza al 95%		
LIMITE SUPERIOR	LIMITE INFERIOR	TOTAL
0.895	1.727	1.244

También se aplicó prueba X^2 obteniéndose una p de 0.45 no encontrándose una asociación causal entre ambas variables.

TABLAS DE PRUEBAS ESTADISTICAS CHI-CUADRADO Intervalo de confianza al 95%	
CHI-CUADRADO	GRADOS LIBERTAD
1.388	1

Como resultado de las pruebas estadísticas aplicadas en este estudio se concluye la no existencia de relación entre Cohesión y adaptabilidad de los pacientes diabéticos de la UMF N°21.

DISCUSION

En el presente estudio encontramos de acuerdo a los resultados obtenidos y al análisis estadístico la no existencia de Relación entre la cohesión y la adaptabilidad familiar con el control glucémico de los pacientes portadores de Diabetes Mellitus de la Unidad de medicina familiar N°21 del IMSS lo que contrasta con la bibliografía encontrada del tema y se muestra acorde con el artículo emitido en la unidad de medicina familiar “Ignacio Chávez del ISSSTE” realizado por Alejandro Sánchez Reyes y Alberto González Pedraza Avilés. Así como, en el programa del “Instituto de Salud Pública, Madrid-España: estrategia gente más saludable 2010-2015” en se hace hincapié que influyen diferentes factores en los pacientes diabéticos para su control.

Cabe mencionar que las familias que predominan en nuestra población es la aglutinada caótica y se reportó que también tienen control glucémico, sin embargo, se observa que tienden a descontrolarse más fácilmente. También la familia aglutinada-caótica fue la que predomina en el paciente con Diabetes tipo 2 descontrolada.

La Cohesión y adaptabilidad familiar se considera como un gran apoyo para los padecimientos crónico degenerativos, en especial en la Diabetes, en nuestro estudio la no existencia de relación entre este punto y el control glucémico nos conlleva a realizar un análisis más profundo acerca de los factores que se encuentran asociados en el adecuado control en nuestros pacientes como factores sociales, culturales, escolaridad. Funcionalidad familiar que va en relación a la tipología familiar que a su vez influye en el control glucémico de los pacientes con Diabetes.

CONCLUSIONES

- De la población de pacientes portadores de Diabetes tipo 2 pertenecientes a la UMF N° 21, encuestados para este estudio, se encontró que: el 73.6% pertenecían al género femenino, y el 26.40% al género masculino.
- Que el mayor grupo de edad que acude es de 55-65 años de edad con un 62%, así como, su ocupación es el hogar con un 45.2% y con escolaridad de secundaria en el 36%.
- La familia que predomina en nuestra población estudiada es aglutinada-caótica con un 23.20%, tanto en pacientes controlados y descontrolados. siguiendo
- La familia semirrelacionada-estructurada con un 11.6% constituye un factor de protección para el paciente.
- Con los resultados obtenidos concluimos que la cohesión y adaptabilidad no influyen directamente en el control glucémico de los pacientes portadores de Diabetes tipo 2
- Realizar un análisis de las condiciones que realmente influyen a nivel familiar como lo que se encontrado en nuestro estudio que no es que no influya la cohesión y la adaptabilidad, si no que las familias que predominan son disfuncionales, y aunque en algunas hay control tienden a descontrolarse fácilmente.
- Realizar análisis de las condiciones a nivel intra y extra familiar que determine el control glucémico en los pacientes diabéticos sin dejar a un lado las condiciones familiares y así como condiciones propias de cada individuo dentro de una sociedad.

SUGERENCIAS.

- Debido al impacto nacional que ha tenido la Diabetes tipo 2 se encuentra actualmente una de las primeras patologías de consulta diaria, por lo que, es fundamental lograr un adecuado control glucémico en los pacientes; de esta manera se podrán evitar sus complicaciones a largo plazo, así como, esta medida será reflejada en un futuro al disminuir dichas complicaciones, por tanto se tendrá mejor calidad de vida y menor impacto económico. Una de las causas que influye en dicho control glucémico es originada dentro del núcleo familiar por lo que se observa que las familias con , percepción familiar adecuada, cohesión y adaptabilidad, comunicación, entre otros influye directamente en grado menor o mayor en el mejor control y a su vez menores complicaciones. Por lo tanto considero que es muy importante que el Médico Familiar pueda detectar los factores de riesgo que pueden alterar su control iniciando desde el núcleo familiar para poder intervenir de manera oportuna y de esta manera disminuir complicaciones, elevando la calidad de vida, un mejor control glucémico, así como, la relaciones intrafamiliares.
- **Se sugiere dar continuidad a este tipo de estudios dando importancia al abordaje familiar en los pacientes con enfermedades crónico degenerativas y obtener más información en este rubro que nos proporcione la atención con abordaje integral en las familias de estos pacientes que necesitan.**
- **Dar a conocer a todos los médicos esta información para su conocimiento y uso en su consulta diaria.**
- **En los pacientes con Diabetes tipo 2 hacer mayor énfasis en los factores modificables, ya que, la familia no influye directamente en el control glucémico.**

“RELACIÓN ENTRE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR CON EL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES CON DM2 A TRAVES DE HB GLUCOSILADA “

CYNTIA J. QUIÑONES GALINDO MAMF*, **JOSÉ JESÚS ARIAS AGUILAR MF****, **LEONOR CAMPOS *****.

*Curso de Especialización en medicina Familiar primer año

**Médico especialista en Medicina Familiar. Profesor adjunto de la Residencia de Medicina Familiar de la UMF # 21 del IMSS.

*** Coordinadora de Educación Médica e Investigación en Salud UMF N°21 del IMSS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDADES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEORICO			20-2012	2012	2012							
HIPOTESIS Y VARIABLES						2012						
OBJETIVOS						2012						
CALCULO DE MUESTRA							2012					
HOJA DE REGISTRO Y ANEXOS								2012				
PRESENTACION ANTE COMITÉ									2012			
APLICACIÓN DE CUESTIONARIO	2013	2013	2013	2013	2013	2013						
ANALISIS DE RESULTADOS							2013	2013	2013	2013		
ELABORACION DE CONCLUSIONES	2014	2014									2013	2013
PRESENTACION DE TESIS			2014									

Realizado



Programado



BIBLIOGRAFIA

-
- ¹ OMSS Nota descriptiva N° 312 Septiembre 2012
- ² Norma Oficial Mexicana, nom-015-ssa2-1994, "para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria".
- ³ GPC Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes tipo 2 en el primer nivel de atención. Agosto 2009.
- ⁴ Concha Toro Marcela del Carmen, Rodríguez Garcés Carlos René. Funcionalidad Familiar en Pacientes Diabéticos e Hipertensos compensados. *Theoria* 2010; 19 (1): 41-50
- ⁵ Alba Luz Helena, Carlín Bastidas. Prevalencia de control glucémico y factores relacionados en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Universitario de San Ignacio Bogotá, Colombia. *Gaceta Médica Mexicana* 2009;145 (6): 469-473
- ⁶ Recopilación: Ing. Manuel Aguirre Botello, con datos de INEGI, OMS y SINAIS.MEXICO, principales causas de mortalidad desde 1938.Mayo 2011; 1-10
- ⁷ 2012 Roche Diagnostics. Diabetes en México.
<https://www.accucheck.com.mx/mexicanosDiabetes.html>
- ⁸ Programa de Acción Especifico 2007-2012.Diabetes Mellitus. Secretaría de Salud 1a edición 2008.1-82
- ⁹ Álvarez Seijas Eduardo, González Calero Teresa M, Conesa González Ana Ibis, et al Cabrera Rode Eduardo. Algunos aspectos de actualidad sobre la hemoglobina glucosilada y sus aplicaciones. *Revista Cubana de Endocrinología* 2009; 9(3): 141-151
- ¹⁰ Claros Frida, Luizaga P Cynthia. Estructura Familiar y epilepsia infantil. *Ajaya* 2006; IV (2): 161-177
- ¹¹ Sánchez Reyes Alejandro, González Pedraza Alberto. Cohesión y Adaptabilidad Familiar *Revista de especialidades Médico quirúrgicas* 2011.16 (2):82-88
- ¹² Anzures Carro Ricardo, Chávez Aguilar Víctor, García Peña Ma del Carmen, Octavio Noel Pons Álvarez. *Medicina Familiar*. 1ª edición 2008. Editorial Corinter
- ¹³ Mendizábal Orietta, Pinto Bismarck Estructura Familiar y Diabetes. *Ajaya* 2006 IV (2) 191-211
- ¹⁴ Sánchez Reyes Alejandro, González Pedraza Avilés Alberto. Cohesión y Adaptabilidad Familiar y su relación con la hemoglobina glucosilada de los pacientes diabéticos. *Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas* 16(2):82-85

-
- ¹⁵ Schmidt Vanina, Barreyro Juan Pablo, Maglio Ana Laura. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Escritos de Psicología*, 2010; 3 (2):30-36
- ¹⁶ Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria AE, Ponce-Rosas ER, Mazón-Ramírez JJ, Dickinson-Bannack ME, Sánchez-González ME, Fernández-Ortega MA. Versión al español y adaptación transcultural de FACES III (Family Aadaptability and Cohesión Evaluation Scales. *Arch Med Fam* 1999;1(3):73-79
- ¹⁷ LA Mendoza Solís, E Soler Huerta, L Sanz Vázquez, I Gil Alfaro, HF Mendoza Sánchez et al. Análisis de la dinámica familiar en atención primaria, México 2006; 8(001):27-32
- ¹⁸ Huerta González José Luis, *Medicina Familiar, La familia en el Proceso Salud-Enfermedad*, 1ª edición 2005, edit. Alfil
- ¹⁹ Pampliega Ana Martínez, Iraurgi Castillo Ioseba, Sáenz Vázquez Mireia. Validez Estructural del FACES 20: Esp Versión Española de 20 ítems de la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar. *RIDEP* 2011; 1(29):147-165.
- ²⁰ Velasco Rodríguez Víctor M, Martínez Ordaz Verónica A, Ruiz Hernández José. Muestreo y tamaño de muestra. E-libro.net 1ª edición Buenos Aires 2003:203
- ²¹ Antuña Alaniz. Todo sobre la Hemoglobina Glucosilada para pacientes con Diabetes tipo 2. *Clínica diabetológica*.2012: 1-6
- ²² Zamudio Villarreal Juan Fernando. Diagnóstico de diabetes con Hemoglobina glucosilada. *Revista de evidencia e investigación clínica* 2010; 3(1):58-60.
- ²³ Galindez Eburne, Sáenz Mireya, Martínez Ana. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES). *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2006; 6 (2):317-338
- ²⁴ Takenaka Hiroaki, Sato Juichi, Suzuki Tomio, Nobutaro Ban Takenaka et al. Family issues and family functioning of Japanese outpatients whit type 2 diabetes. *Biopsychosocial Medicine* 2013;7(13):1-8
- ²⁵ Hernández CDM, Rentería OMA Carranza BO. Instrumentos de evaluación familiar. *Atención familiar* 2008;15(2) marzo-abril
- ²⁶ Pardos Quel Miguel Ángel. La función familiar; el modelo circunflejo de Olson. *Herramienta de evaluación familiar*. Centro de salud Cartuja Granada 2011: 16

ANEXOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD.
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.
(ADULTOS).**

Para la participación en el proyecto:

“RELACIÓN ENTRE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR CON EL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES CON DM2 A TRAVES DE HB GLUCOSILADA “

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ . FECHA: _____

INVESTIGADOR RESPONSABLE: Cyntia Jesús Quiñones Galindo. Curso de Especialización en Medicina Familiar para médicos generales primer año.

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado

“RELACIÓN ENTRE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR CON EL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES CON DM2 A TRAVES DE HB GLUCOSILADA “

El objetivo de este estudio es analizar si existe correlación entre una estrategia educativa y reducción de peso y control metabólico.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en asistir a mi control mensual con el médico familiar en la unidad de medicina familiar #21 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Declaro que se ha informado ampliamente sobre los beneficios, inconvenientes y molestias derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes: incomodidad por mi parte al momento de las sesiones educativas, ya sea directamente con alguna pregunta o en cuanto a disponibilidad de tiempo e comodidad física. Y beneficios tales como reducción de peso y control de parámetros metabólicos para mi propio bienestar. El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre el procedimiento alternativo adecuada que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee a cerca de los que se llevara a cabo. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto .El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, y aunque este pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B ” de la Unidad de Congresos, Col. Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del paciente

Dr. José Jesús Arias Aguilar

Testigo 1

Testigo 2

Dra. Leonor Campos Aragón

Dra. Cyntia J. Quiñones Galindo

FACES III

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

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

Describe 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

Olson DH, Portner J, Lavee Y (Minnesota University). Versión en español: Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A (Universidad Nacional Autónoma de México)

RECOLECCION DE DATOS:



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°21**

“RELACION ENTRE COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR CON EL CONTROL GLUCEMICO EN PACIENTES CON DM2 A TRAVES DE HB GLUCOSILADA EN UMF N°21 IMSS”

Hoja 1/2

DATOS GENERALES

1			FOLIO _____	[][][]
2			Fecha (dd/mm/aa) ____/____/____	[][][]
3			Nombre: _____ Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)	
4	NSS: _____	5	Teléfono _____	[][][] [][][]
6			Turno: 1.Matutino () 2.Vespertino ()	[]
7			Número de Consultorio: ()	[]
8	Edad: _____ años cumplidos	9	Sexo: 1.-Masculino () 2.- Femenino ()	[][][]/[][]
9			ESCOLARIDAD: 1. Primaria incompleta () 2. Primaria completa () 3. Secundaria () 4. Preparatoria () 5. Licenciatura () 6. Postgrado ()	[]
10			OCUPACION: 1. Hogar () 2. Jubilado/ Pensionado () 3. Profesional () 4. Empleado () 5. Otros: _____	[]
11			TIEMPO DE EVOLUCION DE PADECER DIABETES TIPO 2 (EN AÑOS): _____	[][]

FOLIO: _____

Fecha (dd/mm/aa): ____/____/____

Para ser llenado por el encuestador

12	COHESION (TOTAL NONES) <table border="1" data-bbox="485 531 1070 716"><thead><tr><th>COHESION</th><th>AMPLITUD DE CLASE</th></tr></thead><tbody><tr><td>1.No relacionada</td><td>10 a 34</td></tr><tr><td>2.Semirrelacionada</td><td>35 a 40</td></tr><tr><td>3.Relacionada</td><td>41 a 45</td></tr><tr><td>4. Aglutinada</td><td>46 a 50</td></tr></tbody></table>	COHESION	AMPLITUD DE CLASE	1.No relacionada	10 a 34	2.Semirrelacionada	35 a 40	3.Relacionada	41 a 45	4. Aglutinada	46 a 50	<input type="text"/>
COHESION	AMPLITUD DE CLASE											
1.No relacionada	10 a 34											
2.Semirrelacionada	35 a 40											
3.Relacionada	41 a 45											
4. Aglutinada	46 a 50											
13	ADAPTABILIDAD (TOTAL PARES) <table border="1" data-bbox="485 842 1070 1026"><thead><tr><th>ADAPTABILIDAD</th><th>AMPLITUD DE CLASE</th></tr></thead><tbody><tr><td>1.Rígida</td><td>10 a 19</td></tr><tr><td>2.Estructurada</td><td>20 a 24</td></tr><tr><td>3.Flexible</td><td>25 a 28</td></tr><tr><td>4.Caótica</td><td>29 a 50</td></tr></tbody></table>	ADAPTABILIDAD	AMPLITUD DE CLASE	1.Rígida	10 a 19	2.Estructurada	20 a 24	3.Flexible	25 a 28	4.Caótica	29 a 50	<input type="text"/>
ADAPTABILIDAD	AMPLITUD DE CLASE											
1.Rígida	10 a 19											
2.Estructurada	20 a 24											
3.Flexible	25 a 28											
4.Caótica	29 a 50											
14	Hb GLUCOSILADA Valor % <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>										
15	DE ACUERDO AL VALOR DE Hb % 1. Controlada () 2. Descontrolada ()	<input type="text"/>										

FACES III

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

1.Nunca 2.Casi nunca 3.Algunas veces 4.Casi siempre 5.Siempre	
Describa su familia.	
____ 1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí	[]
____ 2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas	[]
____ 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia	[]
____ 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina	[]
____ 5. Nos gusta convivir solamente con 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	[]
Olson DH, Portner J, Lavee Y (Minnesota University). Versión en español: Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A (Universidad Nacional Autónoma de México)	

Para ser llenado por el encuestador

SUME LOS NUMEROS NONES
 SUME LOS NUMEROS PARES

TOTAL NONES [] []
TOTAL PARES [] []