



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA**

**SEDE: UNIDAD MÉDICO FAMILIAR No. 28
MEXICALI, BAJA CALIFORNIA.**

**COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 CON
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 40 EN MEXICALI, BAJA CALIFORNIA**

Tesis para obtener el título de:

Especialista en Medicina Familiar

Realizado por:

Luz Belinda Román Zamudio

Mexicali, B.C.

Octubre, 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.



**COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO
2 CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 40, EN MEXICALI, BAJA CALIFORNIA**



**COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 CON
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.
40 EN MEXICALI, BAJA CALIFORNIA**

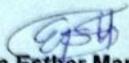
Tesis para obtener el título de:

Especialista en Medicina Familiar

Realizado por:

Luz Belinda Román Zamudio

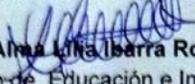
AUTORIZACIONES:


Dra. Rebeca Esther Martínez Fierro

Profesor titular del curso de especialización
en Medicina Familiar para Médicos Generales en
UMF No. 28, Mexicali, BC.


M.C.M. Daymond Ilich García Aguilar

Asesor metodológico y temático de tesis
Médico Familiar del HGZ No. 1, IMSS, Colima, Colima


Dra. Alma Lina Isarra Romero

Coordinador clínico de Educación e Investigación Médica
De la UMF No. 28, Mexicali, BC.

Mexicali, B.C.

Octubre, 2014.



**COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD EN PACIENTES
DIABÉTICOS TIPO 2 CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR No. 40 EN MEXICALI, BAJA CALIFORNIA**

Tesis para obtener el título de:

Especialista en Medicina Familiar

Realizado por:

Luz Belinda Román Zamudio

Dr. Francisco Javier Gómez Clavelina

Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar
División de estudios de posgrado
Facultad de Medicina
U.N.AM.

Dr. Felipe de Jesús García Pedroza

Coordinador de Investigación de la Subdivisión de
Medicina Familiar, División de estudios de posgrado
Facultad de Medicina
U.N.AM.

Dr. Isaías Hernández Torres

Coordinador de docencia de la Subdivisión de

Mexicali, B.C.

Octubre, 2



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 201
H GRAL ZONA NUM 30, BAJA CALIFORNIA

FECHA 17/12/2012

DRA. LUZ BELINDA ROMAN ZAMUDIO

P R E S E N T E

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

**COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 CON
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 40 EN
MEXICALI, BAJA CALIFORNIA**

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-2012-201-31

ATENTAMENTE


DR. MARTÍN ALEJANDRO DAUTT ESPINOZA
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 201



Imermir

IMSS
SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL

COMITE DE INVESTIGACION
H. G. Z. II No. 30
MEXICALI, B. C.
R E V I S A D O

ÍNDICE

	Pág.
I.- Marco teórico	7
II.- Planteamiento del problema.....	21
III.- Pregunta de investigación	22
IV.- Justificación	23
V.- Objetivo	24
V.1.- Objetivo general	24
V.2.- Objetivos específicos	24
VI.- Metodología	25
VI.1.- Tipo de estudio y diseño	25
VI.2.- Universo de trabajo	25
VI.3.- Tipo y tamaño de la muestra	25
VI.4.- Grupo de estudio	26
VI.5.- Descripción general del estudio	26
VI.6.- Criterios de selección	27
* Criterios de inclusión.....	27
* Criterios de exclusión.....	27
* Criterios de eliminación.....	27
VI.7.- Operacionalización de variables.....	28
VI.8.- Procesamiento de datos.....	29
VII.- Aspectos éticos.....	34
VIII.- Recursos.....	35
VIII.1.- Recursos humanos.....	35

VIII.2.- Recursos materiales.....	35
VIII.3.- Recursos financieros.....	35
VIII.4.- Factibilidad.....	36
IX.- Resultados Análisis estadístico	
Tablas y Gráficos	37
X.- Difusión de resultados	38
XI.- Discusion	41
XII.- Conclusion.....	41
XIII.- Cronograma de actividades	42
XIV.- Bibliografía	43
XV.- Anexos	44



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 40
COHESION Y ADAPTABILIDAD EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 CON
ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 40
EN MEXICALI, BAJA CALIFORNIA**

Dra. Luz Belinda Roman Zamudio; Dr. Daymond Ilich Garcia Aguilar

Medico R3 de Medicina Familiar, modalidad semipresencial, Medico Familiar UMF No.40; Medico Familiar HGZ No.1, IMSS, Colima, Colima.

MARCO TEORICO: La Enfermedad Renal Cronica (ERC) es la perdida lenta e irreversible de la funcion renal, derivado de la acumulacion de sustancias toxicas en el organismo y del deficit de produccion hormonal por parte del riñon. Los momentos de transicion en la vida familiar producen tensiones que exigen cambios en la organización familiar para la cohesion y adaptabilidad de sus miembros.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: La Enfermedad Renal Cronica es un problema mundial de salud, que requiere de tratamiento sustitutivo que permita la supervivencia y vida activa del paciente. El apoyo familiar influye considerablemente para el incremento o disminucion en el grado de cohesion y adaptabilidad familiar, lo que conlleva a una mejor adherencia terapeutica.

JUSTIFICACION: Puesto que la Enfermedad Renal Cronica requiere un manejo cotidiano independiente, al ser proporcionado por el medico, es necesario que el paciente perciba su propia conducta como parte de la responsabilidad en el control de la enfermedad y que las personas de su entorno otorguen el apoyo adecuado para lograr los objetivos del tratamiento.

OBJETIVO: Determinar el grado de cohesion y adaptabilidad de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que cursan con Enfermedad Renal Cronica de la Unidad de Medicina Familiar No. 40 en Mexicali, Baja California.

MATERIAL Y METODOS: El presente es un estudio observacional, descriptivo, transversal, conformados por derechohabientes diabeticos tipo 2 con Enfermedad Renal Cronica, confirmada y en tratamiento, afiliados a la Unidad de Medicina Familiar No.40 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Mexicali, Baja California.

RESULTADOS: En nuestro estudio se encontro que la edad predominante de pacientes con Enfermedad Renal Cronica es de 60 a 64 años, con mayor prevalencia en mujeres, con un porcentaje del 65.6% y en hombres de 34.3%. Asi mismo se observo un puntaje igual en ambos sexos, con 37 puntos para cohesion y 28 puntos para adaptabilidad.

CONCLUSION: Es necesario evaluar la cohesion y adaptabilidad en pacientes diabeticos tipo 2 con Enfermedad Renal Cronica, con la finalidad de proporcionar redes de apoyo que les permitan sobrellevar la etapa de la enfermedad.

I.- MARCO TEÓRICO

El termino Diabetes Mellitus (DM) describe un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica, con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que compromete todos los aspectos de la vida diaria de la persona que la padece; los objetivos del tratamiento incluyen la prevención de complicaciones a largo plazo, tal como la Enfermedad Renal Crónica (ERC), permite además detectar la presencia de enfermedad en el núcleo familiar.

La nefropatía o ERC puede estar presente en el 10 al 25% de los pacientes con Diabetes Mellitus 2 al momento del diagnóstico. Aunque existen cambios precoces relacionados con la hiperglucemia como la hiperfiltración glomerular, el riesgo de desarrollar insuficiencia renal solamente se hace significativo cuando se empieza a detectar en la orina la presencia constante de albumina en cantidades significativas o micro albuminuria. Un 20 a 40% de los pacientes con micro albuminuria progresa a nefropatía clínica y de estos un 20% llega a enfermedad renal crónica terminal al cabo de 20 años.⁽¹⁾

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es la pérdida lenta e irreversible de la función renal, derivado de la acumulación de sustancias tóxicas en el organismo y del déficit de producción hormonal por parte del riñón.⁽²⁾ También puede definirse como la pérdida progresiva, generalmente irreversible de la tasa de filtración glomerular que se traduce en un conjunto de signos y síntomas denominado: Uremia, y que en su estadio terminal es incompatible con la vida.⁽³⁾

El reconocimiento de ERC como un problema de salud pública ha evolucionado, en parte, como consecuencia de la elaboración de un nuevo modelo conceptual propuesto por la US NKF-KDOQI (National Kidney Foundation-Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) en 2002. Esta proposición, basada en la función renal, estimada por velocidad de Filtración Glomerular (VFGe), ha logrado una rápida difusión y aceptación por la comunidad de Nefrología mundial en la presente década. La razón principal que fundamenta una nueva terminología Enfermedad Renal Crónica es epidemiológica, permite establecer su prevalencia y diagnóstico, estratifica su riesgo y posibilita planes de acción bien definidos para aminorar los riesgos de progresión y complicaciones cardiovasculares.⁽⁴⁾ Se caracteriza por anomalías estructurales o funcionales de los riñones por más de tres meses, manifestadas por:

1. Daño renal con o sin VFG disminuida:
 - Marcadores de daño renal:
 - Anormalidades urinarias (albuminuria mayor de 30mg/gr Cr, micro hematuria).
 - Anormalidades de imagen renal (riñones poliquísticos).
 - Anormalidades sanguíneas (síndromes tubulares renales).
 - Anormalidades patológicas
 - Trasplante renal
2. VFG <60ml/min/1.73m², con o sin daño

Hay poblaciones consideradas de alto riesgo para desarrollar ERC, de los cuales se toman en cuenta los siguientes factores:

1. Pacientes con hipertensión arterial
2. Pacientes diabéticos
3. Pacientes mayores de 60 años
4. Pacientes con enfermedad cardiovascular
5. Pacientes en diálisis o que han recibido un trasplante renal ⁽⁵⁾

La encuesta nacional de salud efectuada en Chile en 2003 (ENS 2003), evidencia la alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, confirmando la transición epidemiológica en fase tardía. Estos factores son esencialmente los mismos que determinan riesgo de ERC: hipertensión arterial (33%), diabetes (4.2%), síndrome metabólico (22.6%), tabaquismo (42%), dislipidemia (35.4%), obesidad (22%) y sedentarismo (89.4%) ⁽⁶⁾

En las personas con factores de riesgo debe aplicarse el mayor esfuerzo por detectar precozmente ERC, lo que se hace habitualmente en el nivel de atención primaria, mediante tres pruebas simples:

- a. Tomar la presión arterial
- b. Búsqueda de proteinuria/albuminuria en orina aislada y,
- c. Estimación de la función renal, a partir de la creatinina plasmática, edad, sexo y raza ⁽⁷⁾

Tomando como base para la detección de la ERC la siguiente clasificación:

CLASIFICACIÓN Y PREVALENCIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Etapa ERC	VFG (ml/min/1.73m ²)	Descripción	Prevalencia (ENS 2003)
	> 60 sin daño renal	Factores de riesgo ERC	
1	>90	VFG normal con daño renal	
2	60 – 89	VFG levemente reducida con daño renal	
3	30 – 59	VFG moderadamente reducida	5.7%
4	15 – 29	VFG severamente reducida	0.2%
5	>15 (o diálisis)	Falla renal terminal	0.1%

La situación clínica de enfermedad terminal de un paciente debe ser entendida en varias dimensiones y no debe excluirse un enfoque de su estudio como un proceso de integración social. En este proceso, tanto las personas que forman parte del grupo familiar como los profesionales de la salud, intervienen con sus recursos personales, los cuales ponen de manifiesto aspectos emocionales y psicológicos propios de cada persona y su familia. Es muy difícil evaluar el estrés psicológico asociado con cualquier enfermedad, más complejo es el manejo de un problema de salud que tendrá como final la muerte inevitable del enfermo. El análisis de la situación de enfermedad familiar en el contexto familiar propicia el planteamiento de intervenciones que la consideran no solo en sus aspectos biomédicos, sino también en las interacciones emocionales, el ambiente en el hogar, los recursos humanos, materiales, financieros, la participación, de los cuidadores y las posibilidades de participación de los profesionales de la salud al evaluar todos estos elementos⁽⁸⁾

La familia es un sistema social que determina su funcionamiento por las interrelaciones entre sus miembros. Es la unidad básica de toda estructura social, y aunque puede variar de una cultura a otra, su finalidad es siempre la misma, colaborar en el crecimiento individual y colectivo de sus integrantes; es responsable de la socialización, y de las implicaciones que esto conlleva, las cuales incluyen: normas, valores, creencias, prejuicios, mitos y tabúes de la sociedad; tiene una estructura y función que definen una dinámica propia.⁽⁹⁾

El médico de familia es el único especialista que tiene la oportunidad de contemplar el paso sucesivo de las etapas del ciclo vital familiar de sus pacientes y, por esta razón, ocupa una inmejorable posición en la prevención de problemas clínicos y psicosociales, en asesoramiento, potenciación de cambios conductuales y en la prestación de ayuda en las crisis desencadenadas por las que atraviesa la familia y por diversas etapas predecibles durante todo su desarrollo, en las cuales existen diferentes expectativas, necesidades y fenómenos que pueden afectar la salud de sus miembros, el estudio de las etapas del desarrollo familiar permite el análisis genérico de la historia natural de la familia desde su formación hasta su disolución. ⁽¹⁰⁾

Los momentos de transición en la vida familiar producen tensiones que exigen cambios en la organización familiar para adaptarse a las necesidades cambiantes de sus miembros. Los límites se relajan o se hacen rígidos, las reglas y los roles se confunden, se replantean jerarquías, se reviven conflictos irresueltos. Estos momentos serán más o menos estresantes según sea la historia de resolución de las crisis vitales, la cohesión familiar, y la adaptabilidad. Es importante aprender a reconocer estos momentos de crisis evolutivas para no afectar la vida de las personas. ⁽¹¹⁾

La Organización Mundial de la Salud enuncia el siguiente modelo del ciclo vital modificado emitido por De La Revilla.

Modelo del ciclo vital de la OMS. Modificado.

I Formación: Va desde el matrimonio hasta el nacimiento del primer hijo.

IIA Extensión: Desde el nacimiento del primer hijo hasta que el primer hijo tiene 11 años.

IIB Extensión: Desde que el primer hijo tiene 11 años hasta el nacimiento del último hijo.

III Final de la extensión: Desde el nacimiento del último hijo hasta que el primer hijo abandona el hogar.

IV Contracción: Desde que el primer hijo abandona el hogar hasta que el último hijo abandona el hogar.

V Final de la contracción: Desde que el último hijo abandona el hogar hasta que llega la muerte del primer cónyuge.

VI Disolución: Desde la muerte del primer cónyuge hasta la muerte del cónyuge superviviente. ⁽¹²⁾

Desde una perspectiva conductual y emocional, cada etapa del Ciclo Vital Familiar (CVF) implica cambios, crisis de desarrollo, adaptaciones que afectan a la salud de sus miembros y a la función familiar. Los cambios y necesidades en cada estadio del ciclo vital familiar son los siguientes:

Fase de formación:

Cuando un hombre y una mujer deciden vivir juntos cada uno aporta necesidades y esperanzas en este acuerdo. Forman un nuevo grupo primario que establece cambios en sus relaciones anteriores con sus padres, hermanos y amigos. En esta fase tiene lugar el ajuste matrimonial. La familia que espera el primer hijo, se enfrenta a nuevos problemas que tendrán características diferentes, según sea o no deseado. La pareja deberá adaptarse a la nueva situación, capacitándose para dar respuesta a problemas como el acondicionamiento de la vivienda, modificaciones en las relaciones, cambios físicos de la mujer, entre otros.

Fase de extensión:

El nacimiento del primer hijo supone un cambio sustancial en la pareja. La madre ocupará gran parte de su tiempo en atender al niño y tendrá que posponer proyectos personales y variar sus relaciones con los amigos incluso con su pareja. El padre deberá también cambiar sus hábitos, con el fin de participar más activamente en las tareas domésticas y en el cuidado del niño. A medida que el niño crece y ya en la edad preescolar comienza el desarrollo de su personalidad; en esta etapa el niño es un explorador sin límites. Más tarde con el inicio de la escolarización, aumentan las influencias externas en la familia que se expone a nuevos y diferentes sistemas de valores. En la adolescencia surgen problemas derivados del desarrollo emocional propios del adolescente. Se produce una lucha por el control cuando éste pretende mayores libertades y privilegios y los padres buscan un equilibrio entre libertad y responsabilidad, dependencia e independencia.

Fase de contracción:

Los hijos emprenden su propio camino al abandonar el hogar. La aprobación o no de la conducta de los hijos, la imposibilidad de influir en ellos producen cambios en las relaciones familiares capaces de generar estrés.

Fases de final de la contracción y disolución:

La etapa de <<nido vacío>> centra sus problemas en dos niveles: el primero corresponde a la adaptación de la pareja a su nueva situación, en la que vuelve a estar sola como al

principio, pero sin los estímulos de lucha de la primera etapa y con un progresivo oscurecimiento de sus expectativas futuras. El otro está relacionado con los problemas de la senectud. La jubilación, que suele presentarse en esta etapa, conlleva pérdidas importantes: disminución de ingresos, de status social, de compañeros y de ocupación. Los cambios mentales y emocionales que acompañan la senectud dan lugar a una excesiva demanda de tensión y cuidados, a la par que generan desconfianza, desesperanza y una conciencia de inutilidad.

La familia es la unidad microsocial dependiente de la estructura social global de la cual recibe todas sus características y sus valores fundamentales y se reflejan sus peculiaridades y problemáticas de la sociedad en general en su estructura y su dinámica.

(13)

Estructura familiar con base en el parentesco.

El principio estructural es un elemento de fundamental importancia en la estructura familiar, según Laslett reside su importancia en el lazo conyugal, del cual se requieren al menos 2 individuos relacionados o correspondientes, para que puedan integrar una familia.⁽¹⁴⁾ El parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta. La trascendencia de esta clasificación se identifica fundamentalmente, en la necesidad del médico familiar de identificar características de los integrantes de las familias, que influyan en el proceso salud enfermedad y cuya importancia se relacione con las consecuencias propias del parentesco, según De la Revilla clasifica a la familia como sigue:

Clasificación de las familias con base en el parentesco

Nuclear: Hombre y mujer sin hijos.

Nuclear simple: Padre y madre con 1 a 3 hijos.

Nuclear numerosa: Padre y madre con 4 hijos o más.

Reconstruida (binuclear): Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior.

Monoparental: Padre o madre con hijos.

Monoparental extendida: Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco.

Monoparental extendida compuesta: Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.

Extensa: Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco.

Extensa compuesta: Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.

No parental: Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etcétera). ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾

La dinámica familiar es el conjunto de pautas transaccionales que establece la manera, cuando y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo con el ciclo vital por el que esté atravesando dicha familia. Es la totalidad de fuerzas tanto positivas como negativas, determinantes del buen o mal funcionamiento de este sistema y al cual se le atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar. Minuchin menciona que en la evaluación del funcionamiento familiar es importante definir conceptos de organización tales como: roles, jerarquía y demarcación de los límites; de adaptabilidad como: flexibilidad, versus rigidez; de cohesión como: proximidad versus distancia y estilos de comunicación. ⁽¹⁸⁾

El grupo de Olson en 1983. Llegó a la conclusión que existían tres dimensiones en la dinámica familiar: la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación. Las cuales permiten establecer las diversas hipótesis de la funcionalidad familiar en base a las relaciones interpersonales de sus miembros.

La comunicación familiar es la tercera dimensión y facilita el movimiento de las otras dos. La cohesión familiar se define por los vínculos emocionales que cada miembro tiene con el otro. Evalúa el grado por el cual los miembros están conectados o separados del resto de la familia. Esta dimensión se define por los vínculos emocionales que cada miembro tiene con el otro. Dentro del modelo Circunflejo se usan los conceptos específicos para diagnosticar y medir la dimensión de la cohesión. Estos son: la unión emocional, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreación.

Existen 4 niveles de cohesión familiar, escalonados desde la baja a la alta cohesión:

Según el **grado de cohesión**, las familias pueden ser:

Familias desligadas: Existe extrema separación emocional. Caracterizada por falta de lealtad familiar: Se da muy poca interacción entre sus miembros y la correspondencia afectiva es muy remota. Gran lejanía paterno-filial: Predomina la separación personal.

Rara vez se pasan el tiempo juntos. Gran necesidad y preferencia por espacios separados. Se toman las decisiones independientemente. El interés se localiza fuera de la familia. Los amigos personales son vistos a solas. Existen intereses desiguales. La recreación se lleva a cabo individualmente.

Familias separadas: Hay separación emocional, la lealtad familiar es ocasional, la interacción se acepta prefiriéndose la distancia personal; algunas veces se demuestra la correspondencia afectiva. Los límites paterno-filiales son claros con cierta cercanía entre padres e hijos. Se alienta cierta separación personal, el tiempo individual es importante pero se pasa parte de los tiempos juntos, se prefieren los espacios separados, compartiendo el espacio familiar. Las decisiones se toman individualmente siendo posibles las decisiones conjuntas. El interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales raramente son compartidos con la familia. Los intereses de los miembros familiares son distintos. La recreación se lleva a cabo más separada que de forma compartida.

Familias conectadas: Hay más cercanía emocional. Lo esperado es la lealtad familiar. Se enfatiza la interacción pero aún se permite la distancia personal, las interacciones afectivas son alentadas y preferidas. Los límites entre los subsistemas son claros con cercanía paterno-filial. La necesidad de separación es respetada pero poco valorada, el tiempo que se pasan juntos es importante. El espacio privado es respetado. Se prefieren las decisiones conjuntas. El interés se focaliza ahora dentro de la familia. Los amigos individuales se comparten con la familia. Se prefieren los intereses comunes y la recreación compartida antes que la individual.

Familias amalgamadas: La cercanía emocional es extrema. Se demanda lealtad hacia la familia, los miembros de la familia dependen mucho unos de otros (dependencia afectiva), faltan límites generacionales y se dan coaliciones paterno-filiales. No hay separación personal. La mayor parte del tiempo se pasan juntos, los intereses conjuntos se dan por mandato y se permite poco tiempo y espacio privado. Las decisiones están sujetas al deseo de grupo. El interés se focaliza dentro de la familia. Se prefieren los amigos de la familia a los amigos personales.

La adaptabilidad familiar se define como la capacidad de un sistema marital o familiar para cambiar sus estructuras de poder, relaciones de rol y reglas de la relación en respuesta al estrés situacional o evolutivo. Estudia el grado en que la familia es flexible y

capaz de cambiar. Los conceptos específicos utilizados para medir la dimensión de la adaptabilidad son: poder familiar (asertividad, control, disciplina), estilos de negociación, relaciones de rol y reglas de la relación. Existen 4 niveles de adaptabilidad familiar, desde la baja a la alta adaptabilidad.

Según el **grado de adaptabilidad**, las familias pueden ser:

Familias rígidas: En estas el liderazgo es autoritario, existiendo fuerte control parental; la disciplina es estricta, rígida y su aplicación severa. Es autocrática, los padres imponen las decisiones, los roles están estrictamente definidos. Las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo la posibilidad de cambio.

Familias estructuradas: En principio, el liderazgo es autoritario, siendo algunas veces igualitario. La disciplina rara vez es severa, siendo predecible sus consecuencias. Es un tanto democrática, los padres toman las decisiones, los roles son estables pero pueden compartirse. Las reglas se hacen cumplir firmemente y pocas son las reglas que se cambian.

Familias flexibles: En éstas el liderazgo es igualitario, permite cambios. La disciplina es algo severa, aunque sus consecuencias pueden negociarse. Usualmente son democráticas, las decisiones se toman por acuerdo. Se comparten los roles. Las reglas se hacen cumplir con flexibilidad e incluso algunas cambian.

Familias caóticas: El liderazgo es limitado y/o ineficaz. La disciplina es muy poco severa habiendo inconsistencia en sus consecuencias. Las decisiones parentales son impulsivas. Falta claridad en los roles y con frecuencia éstos se alternan e invierten. Hay frecuentes cambios en las reglas y éstas no se hacen cumplir de manera consistente.

Combinando los cuatro niveles en cada una de las dos dimensiones se obtienen 16 subtipos de sistemas familiares o de pareja. Cuatro de ellos son moderados (tipos balanceados), ocho tipos son extremos en una dimensión y moderados en otra (tipos de rango medio) y cuatro tipos son extremos en ambas dimensiones (tipos extremos).⁽¹⁹⁾

Tipos moderados o balanceados:

Flexible-separada.

Estructurada-separada.

Flexible conectada.

Estructurada-conectada.

Tipos de rango medio:

Caótica- separada.	Estructurada-desligada.
Caótica-conectada.	Estructurada-amalgamada.
Flexible-desligada	Rígida-separada
Flexible-amalgamada	Rígida-conectada
Tipos extremos:	
Caótica-desligada.	Rígida-desligada.
Caótica-amalgamada.	Rígida-amalgamada

COHESIÓN		ADAPTABILIDAD		GRADO
TIPO DE COHESIÓN	PUNTUACIÓN	TIPO DE ADAPTABILIDAD	PUNTUACIÓN	
Desligada	10 a 34	Rígida	10 a 19	Baja
Separada	35 a 40	Estructurada	20 a 24	Balanceada
Conectada	41 a 45	Flexible	25 a 28	Balanceada
Amalgamada	46 a 50	Caótica	29 a 50	Alta

A través del modelo de los sistemas familiares, Olson (1983) se han estudiado los factores que equilibran o desequilibran a la familia anglosajona por medio del FACES III, (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales), el cual facilita la visualización integral de la estructura familiar, además de presentar un esquema de su funcionalidad fundamentado en tres dimensiones: cohesión, adaptabilidad y comunicación. A través de FACES III, este modelo permite establecer diversas hipótesis acerca de la funcionalidad familiar con base en las relaciones interpersonales de sus miembros, evaluando dos de las tres dimensiones. ⁽²⁰⁾

FACES III es un instrumento fácil de aplicar y calificar, puede ser contestado por cualquier miembro de la familia mayor de 12 años de edad. Se dispone de versiones adaptadas y probadas para parejas sin hijos, con hijos, con hijos adolescentes y parejas en etapa de retiro y se les solicita a los encuestados que decidan cuán frecuente se presenta en su

familia esa conducta. Su capacidad discriminadora de familias clínicas entre las no clínicas ha sido ampliamente demostrada.⁽²¹⁾ Cuenta con una escala que incluye cinco opciones con valores de 1 al 5. Permite clasificar a las familias en 16 posibles combinaciones de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. Luego se obtiene el puntaje sumando los ítems impares para evaluar cohesión y los ítems pares para evaluar adaptabilidad. Junto con APGAR familiar, se han constituido en dos instrumentos estandarizados para el estudio de la funcionalidad familiar en países de habla hispana.⁽²²⁻²⁵⁾

Se realizó un estudio descriptivo con 450 habitantes de la población de El Hormiguero, Cali, Colombia en 1995, donde se encontró que las familias disfuncionales solicitaron consulta médica en una proporción 4 veces mayor con respecto a las familias funcionales ($p < 0.05$), lo que sobrecarga los recursos asistenciales de la unidad primaria de atención en salud.⁽²⁶⁾

El departamento pediátrico de Endocrinología y diabetología en París Francia en 1998, realizó un estudio aleatorio, multicéntrico, en 165 niños franceses diabéticos tipo 1, de 7 a 13 años de edad utilizando la escala FACES III para determinar los niveles de cohesión y adaptabilidad relacionados con su control metabólico, se encontró que la mayoría de las familias en estudio se caracterizaban por ser disfuncionales con bajos niveles de cohesión y rígidas con bajos niveles de adaptabilidad. Los niños de familias con disfunción rígida tuvieron un creciente número de hipoglucemias y 6 veces más episodios de cetoacidosis que los demás diabéticos.⁽²⁷⁾

En el 2003 se estudió en Santiago de Chile, la confiabilidad y la validez de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) en su versión FACES III de Olson, Russell & Sprenkle, validada por Polaino-Lorente & Martínez Cano, para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. Estudiando a 255 padres y madres de familia provenientes de 151 familias seleccionadas al azar. Se encontró que este estudio muestra la validez y la confiabilidad de la versión española de la FACES III. En efecto, el coeficiente alpha de Cronbach obtenido fue de 0,55 considerado aceptable. La validez de constructo fue estimada a partir del análisis factorial de los componentes principales, encontrándose los mismos dos factores identificados en la escala original. La

confiabilidad y la validez encontradas permiten concluir que este instrumento es susceptible de ser utilizado en nuestra población. ⁽²⁸⁾

En el Hospital General “Dr. Juan Bruno Zayas” de Santiago de Cuba. Se realizó un estudio descriptivo transversal sobre el funcionamiento familiar de 74 pacientes con ERC terminal, tratados con hemodiálisis, de octubre hasta diciembre de 2004.

Teniendo en cuenta los tipos de familias, cabe decir que hubo predominio de los pacientes procedentes de familias nucleares (53%), seguidos en ese orden por 34 de las extensas y 13% las ampliadas respectivamente.

En relación con el ciclo vital, prevalecieron las familias con ciclos superpuestos (48%), aunque también abundan las familias en extensión (20%) y contracción (19%).

La mayoría de los pacientes estudiados conviven en familias que atraviesan por crisis no transitorias o paranormativas (57%), dadas fundamentalmente por desmembramiento (hospitalización prolongada) y problemas de salud (descontrol de enfermedad crónica y diagnóstico de enfermedad con peligro para la vida), lo cual provoca, en muchas ocasiones, dificultades en las relaciones familiares. Así, 24% de las familias, presentó crisis tanto transitorias como no transitorias al unísono, 1% crisis transitorias y 18% no presentaba ninguna crisis.

Es importante destacar que 78% de los pacientes con ERC estudiados se encuentran en familias con condiciones socioeconómicas que van desde buenas (39%) hasta regulares (39%) y solo 22% se ubica en familias con malas condiciones socioeconómicas.

En cuanto al nivel de adecuación del afrontamiento a la enfermedad por parte de la familia, del total de pacientes, 81% refirió un afrontamiento familiar a la enfermedad adecuado y 19% inadecuado. La mayoría de los pacientes estudiados (95%) resultaron ser de familias funcionales, distribuidos de la siguiente forma: 54% funcional y 41% moderadamente funcional. ⁽²⁹⁾

Saborit y Castañeda, desarrollaron un estudio sobre el funcionamiento familiar en 2011, en un total de 74 pacientes con Enfermedad Renal Crónica, y encontraron que la mayoría (57%) convivía en familias que estaban atravesando por crisis no transitorias, dadas principalmente por desmembramiento (debido a hospitalización prolongada) y problemas

de salud (descontrol de enfermedad crónica y diagnóstico de enfermedad con peligro para la vida); lo que provocaba dificultad en las relaciones familiares. ⁽³⁰⁾

En un estudio realizado en Durango, Dgo., México, en 1995, con una muestra de 82 pacientes, 32 casos y 50 controles, con el objeto de determinar la importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia en diabéticos tipo 2, reconociéndose la existencia de varias fuentes potenciales de apoyo en la atención a la enfermedad; destacándose el papel preponderante de la familia, e incluso afirman que la mayoría de los enfermos crónicos recibe y prefiere los cuidados y el apoyo de esta fuente, más que de cualquier otra. ⁽³¹⁾

Otro estudio realizado en el Instituto Nuevo Amanecer A.B.P. en Monterrey Nuevo León , tipo transversal y observacional, durante los meses de Mayo a Julio del 2001, en donde se estudiaron a 80 familias, cada una de ellas con un miembro con Parálisis Cerebral Infantil, con un 95% de confiabilidad; en las familias con un enfermo crónico, la necesidad de cohesión permanente y la habilidad para adaptarse a las cambiantes circunstancias del ciclo de vida es imprescindible para el buen funcionamiento familiar, encontrando que en nuestras familias alrededor del 40 -47% eran disfuncionales, su estructura era nuclear y se encontraban en la etapa del ciclo de vida familiar de expansión, se considera que en las familias con niños pequeños existe una necesidad relativamente mayor de trabajo en equipo y cohesión. ⁽³²⁾

Así mismo se realizó otro estudio del mismo tipo, acerca de la autopercepción de disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. El universo de estudio estuvo integrado por población mayor de 15 años residentes en el Estado de México del HGZ. 53 del IMSS en el 2004, se observó que la participación en la problemática familiar, la capacidad de compartir problemas y la capacidad resolutive facilitan la función familiar y contribuyen de manera significativa en la asistencia al paciente, además podemos inferir que la presión ejercida por el padecimiento crónico puede alterar las condiciones facilitadoras de la función familiar, las cuales son condiciones que influyen en la comunicación intrafamiliar y en el apoyo de la red familiar; cuando están ausentes son un factor de riesgo para disfunción familiar. ⁽³³⁾

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Enfermedad Renal Crónica es un problema mundial de salud, que requiere de tratamiento sustitutivo que permita la supervivencia y vida activa del paciente.

El deterioro de la función renal hace necesario el uso de diversas terapias de reemplazo renal, que afectan su calidad de vida en todos los aspectos.

El paciente se somete a cambios relacionados directamente con la enfermedad, con los efectos secundarios de los tratamientos, la angustia, el cambio de roles del enfermo, la pérdida de capacidades funcionales o del trabajo, los cambios en la imagen corporal, el afrontamiento con la muerte, lo cual lo lleva a cambiar su estilo de vida, debido a cambios fisiológicos, orgánicos y emocionales.

Entre los diversos factores psicosociales se ha observado que el apoyo familiar influye considerablemente para el incremento o disminución en el grado de cohesión y adaptabilidad familiar, lo que conlleva a una mejor adherencia terapéutica.

Como médico familiar me resulta importante reconocer la influencia de los factores familiares sobre la salud del paciente y tenerlos en cuenta para el cuidado de sí mismo; reconociendo igualmente la influencia de los problemas en su familia. De tal manera que es importante tener en claro que los pacientes diabéticos con Enfermedad Renal crónica tienen familias; por lo que el camino, por parte del médico se recorre en ambas direcciones.

Dado lo anterior y tomando en cuenta los comentarios nos preguntamos:

III.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el grado de cohesión y adaptabilidad en los pacientes diabéticos tipo 2 con Enfermedad Renal Crónica en la Unidad de Medicina Familiar No. 40 en Mexicali, Baja California?

IV.- JUSTIFICACIÓN:

Se considera un aspecto de importancia realizar un estudio que permita evaluar cómo se afecta el grado de cohesión y adaptabilidad en pacientes diabéticos tipo 2 con Enfermedad Renal Crónica, para de esta manera implementar medidas de solución, brindando una atención de calidad y asegurando un mejor apego a los programas terapéuticos. Considerando que dentro de las funciones del médico familiar se encuentra el conocimiento y estudio de las familias a su cargo, y no solo la enfermedad, que ofrece el Instituto Mexicano del Seguro Social a los pacientes con Enfermedad Renal Crónica.

Sin olvidar la importancia de contemplar a la familia como fuente primaria de ayuda social, que funcione de manera protectora, para aumentar la resistencia a las enfermedades y que ayude a lograr que cuando surja una enfermedad, el paciente cumpla con el tratamiento, por lo que la familia en sí debe considerarse un importante recurso e incluirlo como uno de los elementos más importantes en los programas terapéuticos que se ofrecen a estos pacientes.

Puesto que la Enfermedad Renal Crónica requiere un manejo cotidiano independiente, al ser proporcionado por el médico, es necesario que el paciente perciba su propia conducta como parte de la responsabilidad en el control de la enfermedad y que las personas de su entorno otorguen el apoyo adecuado para lograr los objetivos del tratamiento.

Un individuo con Enfermedad Renal Crónica se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre a los integrantes de la familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud; la respuesta que le brinden puede influir positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica.

V.- OBJETIVO

Objetivo General:

Determinar el grado de cohesión y adaptabilidad de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que cursan con Enfermedad Renal Crónica de la Unidad de Medicina Familiar No. 40 en Mexicali Baja California.

Objetivos Específicos:

Conocer el grado de cohesión y adaptabilidad de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que cursan con Enfermedad Renal Crónica de la UMF No. 40 en Mexicali, Baja California.

Identificar en qué edad se afecta más frecuentemente la cohesión y adaptabilidad.

Observar en qué sexo se presenta más frecuentemente la cohesión y adaptabilidad.

VI.- METODOLOGÍA

VI.1 Tipo de estudio:

Observacional, descriptivo, transversal

Diseño:

Transversal

VI.2 Universo de trabajo, lugar y tiempo del estudio:

Conformado por derechohabientes diabéticos tipo 2 con Enfermedad Renal Crónica, confirmada y en tratamiento, afiliados a la Unidad de Medicina Familiar No.40 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Mexicali, Baja California, de Diciembre del 2012 a Junio del 2013.

VI.3 Tamaño de muestra:

La Unidad de Medicina Familiar No. 40, en Mexicali, BC, cuenta con una población total de 69,538 pacientes, de los cuales 6246 padecen Diabetes Tipo 2 y de estos 185 tienen Enfermedad Renal Crónica, con diagnóstico confirmado y tratamiento establecido.

Para calcular la muestra se utilizará la siguiente fórmula:

$$N = \frac{(Z)^2 (p) (q)}{\delta^2}$$

N: tamaño de la muestra

p: proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio

q: 1-p (complementario, sujetos que no tienen la variable en estudio)

δ: precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar

Z : distancia de la media del valor de significación propuesto. Se obtiene de tablas de distribución normal de probabilidades y habitualmente se utiliza un valor de 0.05, al que corresponde un valor Z de 1.96

VI.4 Grupos de estudio:

Pacientes diabéticos tipo 2 con Enfermedad Renal Crónica de la Unidad de Medicina Familiar No. 40, de Mexicali, BC.

VI.5 Descripción general del estudio:

Se tomó la totalidad de los pacientes diabéticos tipo 2 con Enfermedad Renal Crónica derechohabientes de la UMF No. 40 de Mexicali, B.C. seleccionados por técnica de muestreo por conveniencia, que reunieron los criterios de selección y consentimiento informado autorizado (Anexo 1).

Una vez seleccionados los pacientes, previa autorización de la dirección, se les explico en que consiste el estudio, una vez aceptado, se solicitó la firma de consentimiento informado y se aplicó el cuestionario auto administrado llamado FACES III de Olson (Anexo 3), el cual es una escala de evaluación para medir cohesión y adaptabilidad familiar, versión en español, el cual consta de 20 ítems, que se desglosan 10 para evaluar cohesión que son las preguntas nones y 10 para evaluar adaptabilidad que son las preguntas pares; con una escala que incluye cinco opciones con valores del 1 al 5: nunca:1, casi nunca:2, algunas veces:3, casi siempre: 4, siempre:5, con la siguiente clasificación para cohesión: desligada(10-34), separada(35-40), conectada(41-45) y amalgamada(46-50) y la siguiente clasificación para adaptabilidad: rígida(10-19), estructurada(20-24), flexible(25-28) y caótica(29-50).

VI.6 Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

Pacientes diabéticos tipo 2 con Enfermedad Renal Crónica.

Que sea derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Que quiera participar en el estudio y firme la carta de consentimiento informado.

Saber leer y escribir o bien que vayan acompañados de un familiar que lo auxilie.

Estar en tratamiento para Enfermedad Renal Crónica

Criterios de exclusión:

Paciente que viva solo.

Pacientes con demencia senil.

Pacientes con ceguera, o en su defecto, que no entienda el test a aplicar.

Criterios de eliminación:

Questionarios incompletos o doble respuesta.

VI.7 Operacionalización de variables y unidades de medida

Definición de las variables:

Diabetes Mellitus:

Es un conjunto de trastornos metabólicos, que afecta a diferentes órganos y tejidos; dura toda la vida y se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre. ⁽³³⁾

Enfermedad Renal Crónica:

Es la pérdida progresiva, permanente e irreversible de la tasa de filtrado glomerular a lo largo de un tiempo variable, a veces incluso años, y que puede ser asintomática hasta que el filtrado glomerular se haya reducido al 25% de lo normal. ⁽³⁴⁾

Cohesión:

Es el vínculo emocional que los miembros de un sistema (la familia) tienen entre sí. ⁽³⁵⁾

Adaptabilidad:

Es la habilidad del sistema (la familia) para adaptarse a los cambios. ⁽³⁵⁾

	Operacionalización de variables			
Variable	Interrelación	Naturaleza	Escala	Indicador
Enfermedad Renal Crónica en diabéticos	Independiente	Cualitativa	Nominal	Presente o ausente
Cohesión	Dependiente	Cualitativa	Nominal, politómica	Desligada, separada, conectada, amalgamada
Adaptabilidad	Dependiente	Cualitativa	Nominal, politómica	Rígida, estructurada, flexible, caótica

VI.8 Procesamiento de datos:

La información obtenida se concentrará en una base de datos del programa estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 10 en español y en Microsoft Office.

VII. ASPECTOS ÉTICOS:

Es importante indicar que los procedimientos propuestos están de acuerdo con las normas dispuestas en la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el diario oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 y últimas reformas publicadas DOF 27-04-2010, en su título quinto, Investigación para la Salud, capítulo único, artículo 96 al 103. De acuerdo a esta ley se clasifica como una investigación con riesgo mínimo. Además de lo dispuesto en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de la 59ª Asamblea General, Seúl, Corea Octubre 2008 así como los códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica.

VIII. RECURSOS:

VIII.1 Recursos humanos:

Alumno de la especialidad de medicina Familiar: Luz Belinda Román Zamudio.

Actividad: Representante del proyecto, realización de las entrevistas, aplicación de FACES III y captura de la base de datos.

Asesor metodológico y temático de tesis: Dr. Daymond Ilich García Aguilar.

Actividades: Apoyo clínico y metodológico al alumno de la especialidad, responsable del diseño del estudio, análisis de los resultados y seguimiento de la realización del proyecto hasta el envío a una publicación.

VIII.2 Recursos materiales:

Infraestructura y apoyo técnico disponible:

Oficina donde se realizará la planeación y el desarrollo del proyecto, cuenta con:

- Memoria de almacenamiento masivo de datos USB de 4 G.
- Computadora Laptop Marca Hp Pavilion dv5-1135la.
- Equipo Multifuncional marca Kodak ESP 3250.
- Calculadora Marca Casio.
- Paquete de hojas blancas
- Cartucho de tinta

VIII.3 Recursos financieros:

Los materiales consumibles de oficina y de inversión que se utilizará para llevar a cabo el proyecto, serán financiados con recursos propios de los investigadores.

VIII.4 Factibilidad:

El proyecto tiene el apoyo del Director de la Unidad Médica Familiar No. 40 de Mexicali, Baja California, una vez que se autorizó para su realización por el Comité Local de Investigación y ética en Investigación en Salud, el financiamiento se sustentó por los investigadores y el apoyo técnico y metodológico que se encuentra al alcance para llevarse a cabo.

IX. RESULTADOS, ANALISIS ESTADISTICO.

TABLAS Y GRAFICOS

En este estudio, previa recopilación de la información de los derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 40 se procedió a aplicar el instrumento FACES III a los diabéticos tipo 2 con ERC, que reunieron los criterios de inclusión, utilizando la totalidad de los pacientes (102), siendo un estudio no probabilístico por conveniencia, a los cuales se les aplicó el instrumento de evaluación FACES III, sin ser necesario utilizar fórmula.

Para la estadística descriptiva se realizaron porcentajes, promedios, desviación estándar y gráficas.

En el gráfico 1 encontramos que la edad promedio para la Enfermedad Renal Crónica en hombres es de 60 años y en mujeres de 64 años. Las mujeres predominan en la totalidad de la muestra, con un porcentaje de 65.6%, mientras que en hombres es 34.3%. La relación es de 67 mujeres : 35 hombres.

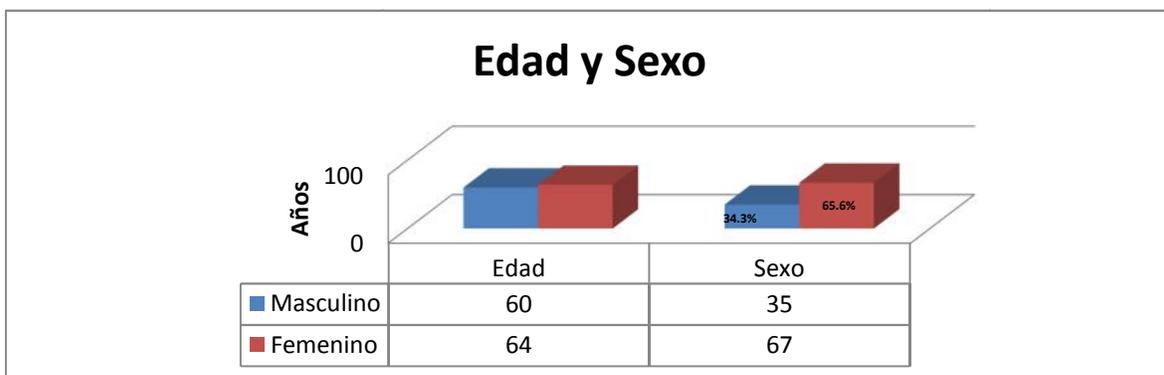


GRAFICO 1.

Se aplicó el instrumento FACES III en hombres y mujeres que reunieron los criterios de selección, dando como resultado un puntaje equitativo de cohesión y adaptabilidad en ambos sexos, ver gráficos 2 y 3.

FACES III (Hombres) Puntaje

■ Cohesion ■ Adaptabilidad

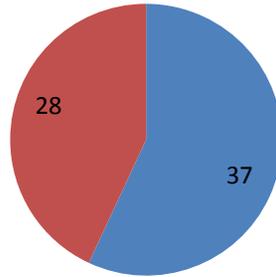


GRAFICO 2

FACES III (Mujeres)

■ Cohesion ■ Adaptabilidad

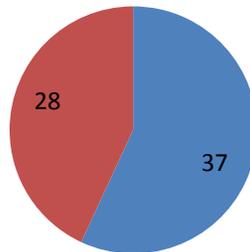


GRAFICO 3

De acuerdo a los resultados obtenidos en las encuestas del instrumento de evaluación FACES III en hombres, predominan las familias separada-caótica, con un porcentaje de 28.5%, conectada-caótica, 25.7% y desligada-flexible con 11.4%; mientras que en

mujeres predomina conectada-caótica, con 26.8%, desligada-estructurada, 20.8% y amalgamada-caótica, 13.4%; ver gráficos 4 y 5.

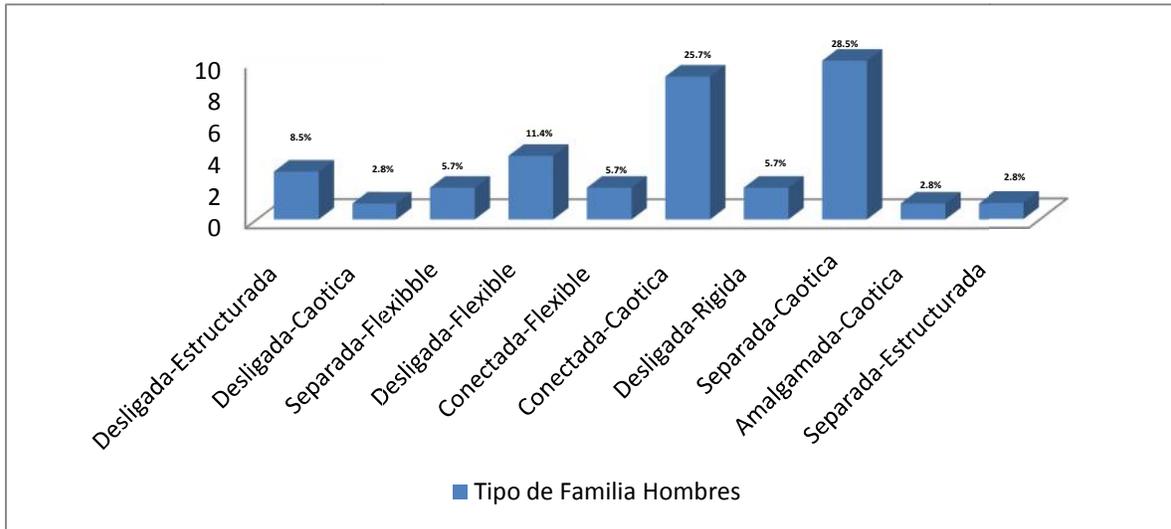


GRAFICO 4

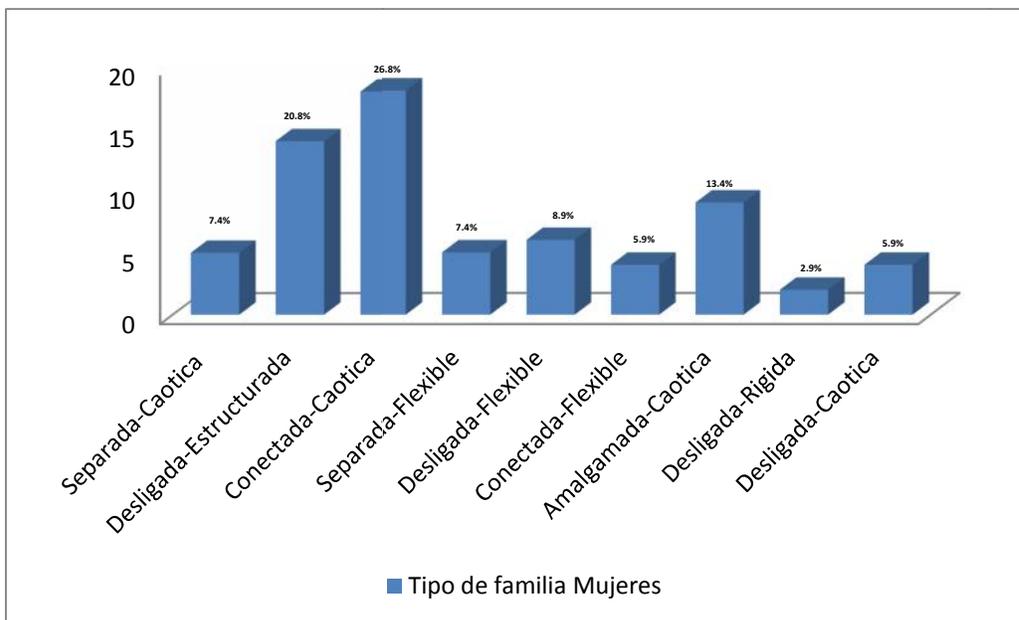


GRAFICO 5

X. DIFUSION DE RESULTADOS:

Los resultados obtenidos en esta investigación se enviarán para su publicación en una revista de impacto nacional y se presentará en congresos y foros nacionales

XI. DISCUSIÓN:

Resulta muy útil conocer la afectación a nivel familiar de pacientes diabéticos con Enfermedad Renal Crónica en etapa terminal; en particular cual es el grado de cohesión y adaptabilidad que prevalece en las familias de dichos pacientes. Los estudios realizados en otros países demuestran que estos rubros se ven afectados en la mayor parte de los pacientes.

En nuestro estudio se encontró que la edad predominante es de 60 a 64 años, en su mayoría en mujeres. El grado de cohesión en hombres y mujeres resulto con un puntaje de 37 y de adaptabilidad un puntaje de 28 en ambos sexos en nuestro grupo de estudio.

En un estudio acerca de la autopercepción de disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en el Estado de México del HGZ. 53 del IMSS en el 2004, se observó que la participación en la problemática familiar, la capacidad de compartir problemas y la capacidad resolutiva facilitan la función familiar y contribuyen de manera significativa en la asistencia al paciente, condiciones que influyen en la comunicación intrafamiliar y en el apoyo de la red familiar; cuando están ausentes son un factor de riesgo para disfunción familiar.

En los diversos estudios realizados en nuestro país se enfatiza la importancia del apoyo familiar en enfermos en etapa terminal, en especial diabéticos tipo 2 con ERCT, lo cual tiene repercusión en su estado emocional que le permite mayor apego al tratamiento.

XII. CONCLUSIÓN:

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que compromete todos los aspectos de la vida diaria de la persona que la padece; los objetivos del tratamiento incluyen la prevención de complicaciones a largo plazo, tal como la Enfermedad Renal Crónica (ERC), permite además detectar la presencia de enfermedad en el núcleo familiar.

Se estudio el grado de afectación en los pacientes diabéticos tipo 2 con Enfermedad Renal Crónica de la UMF No. 40 en cuestión de cohesión y adaptabilidad, mediante la aplicación del instrumento de evaluación familiar FACES III, encontrando que dicha complicación crónica predomina en las mujeres, con una equivalencia en ambos sexos del puntaje para cohesión y adaptabilidad.

Se encontró que en relación al vínculo emocional o Cohesión predominan las familias conectadas, donde prevalece la lealtad familiar y los límites entre los subsistemas son claros. Respecto a la habilidad para adaptarse a los cambios o Adaptabilidad la mayoría entra en categoría caótica, donde el liderazgo es limitado o ineficaz, falta claridad en los roles y hay cambios frecuentes en las reglas.

Es importante la realización del presente estudio para observar la repercusión de una enfermedad crónica, como es ERC en diabéticos tipo 2, en la funcionalidad familiar, con la finalidad de brindar las alternativas a los pacientes y sus familias para salir adelante mediante la utilización de redes de apoyo que les permitan sobrellevar la etapa de su enfermedad. En la UMF No. 40, existe minoría de población adultos mayores con enfermedades crónicas, por lo cual resultaría muy útil identificar en ellos el tipo de familia al cual pertenece, y así identificar las redes de apoyo que cuenta para establecer planes de acción oportuno.

XIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

Tareas a desarrollar	Responsable	2012					2013						
		MAR ABR	MAY JUN	JUL AGO	SEPT OCT	NOV DIC	ENE FEB	MAR ABR	MAY JUN	JUL AGO	SEPT OCT	NOV DIC	ENE FEB
Revisión de bibliografía	Investigador	XX	XX	XX	XX	XX	XX						
Elaboración de proyecto	Investigador Y asesores		XX	XX	XX								
Autorización del protocolo	CLIEIS					XX							
Búsqueda materiales y equipo	Investigador					XX							
Recolección de los datos	Investigador y colaboradores						XX						
Captura de los datos	Investigador						XX						
Análisis de los datos	Investigador Y asesores						XX						
Elaboración de discusión y conclusiones	Investigador Y asesores						XX	XX	XX				
Terminación del proyecto	Investigación y asesores							XX	XX	XX			
Difusión de la investigación	Investigador y asesores							X					

X: Programado

XX: Realizado

XIV. ANEXOS:

Anexo 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
ANEXO 1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN



Nombre del estudio _____

Patrocinador externo (si aplica) _____

Lugar y fecha _____

Número de registro _____

Justificación y objetivo del estudio _____

Procedimientos _____

Posibles riesgos y molestias _____

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio _____

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento _____

Participación o retiro _____

Privacidad y confidencialidad _____

En caso de colección de material biológico (si aplica)

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No autorizo que se tome la muestra Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros
--	--

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica) _____

Beneficios al término del estudio _____

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador responsable: _____

Colaboradores: _____

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

ENCUESTADO	ENCUESTADOR
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quién obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada producto de investigación, sin omitir información relevante del estudio.



Anexo 2



Carta de autorización

Dr. Filemon Espinosa Solís
Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 40, Villas del Rey, Mexicali, B.C.
Presente.

Por medio de la presente reciba un cordial saludo.

Me permito solicitarle a usted su consentimiento y autorización para colaborar con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el Estudio de Investigación “Cohesión y Adaptabilidad en diabéticos tipo 2 con Enfermedad Renal Crónica en la Unidad de Medicina Familiar No. 40, Mexicali, B.C.

Dicho estudio servirá para determinar el grado de cohesión y adaptabilidad en los pacientes diabéticos tipo 2 con Enfermedad Renal Crónica, cuyos resultados tendrán carácter confidencial.

Agradeciendo su atención y su autorización para colaborar en este estudio me permito ponerme a sus órdenes y para cualquier duda o pregunta que usted tenga al respecto.

A T E N T A M E N T E

Dra. Luz Belinda Román Zamudio

Alumno de primer año de la Especialidad en Medicina Familiar IMSS-UNAM

Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 40

TESTIGOS.

Anexo 3

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

FACES III Versión familiar
David H. Olson.

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

Describa su familia:

1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.
2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.
11. Nos sentimos muy unidos.
12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente
14. En nuestra familia las reglas cambian.
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia.
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones.
18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad.
19. La unión familiar es muy importante.
20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar.

FACES III: PUNTAJE LINEAL E INTERPRETACION



FACES III	DESLIGADA 10-34	SEPARADA 35-40	CONECTADA 41-45	AMALGAMADA 46-50
RIGIDA 10-19	RIGIDA DESLIGADA	RIGIDA SEPARADA	RIGIDA CONECTADA	RIGIDA AMALGAMADA
ESTRUCTURADA 20-24	ESTRUCTURADA DESLIGADA	ESTRUCTURADA SEPARADA	ESTRUCTURADA CONECTADA	ESTRUCTURADA AMALGAMADA
FLEXIBLE 25-28	FLEXIBLE DESLIGADA	FLEXIBLE SEPARADA	FLEXIBLE CONECTADA	FLEXIBLE AMALGAMADA
CAOTICA 29-50	CAOTICA DESLIGADA	CAOTICA SEPARADA	CAOTICA CONECTADA	CAOTICA AMALGAMADA

COHESION		ADAPTABILIDAD		GRADO
TIPO DE COHESIÓN	PUNTUACIÓN	TIPO ADAPTABILIDAD	PUNTUACIÓN	
Desligada	10 a 34	Rígida	10 a 19	Baja
Separada	35 a 40	Estructurada	20 a 24	Balanceada
conectada	41 a 45	Flexible	25 a 28	Balanceada
amalgamada	46 a 50	Caótica	29 a 50	Alta

XV. BIBLIOGRAFIA:

1. Aschner P. MD, Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. Pág. 11,19,43.
2. Ruíz San Millán JC, Gómez C, Arias M, Medicine Dialnet, Enfermedades nefrouinarias, serie 9, No. 79, 2007, p.5068
3. Torres Zamudio C. Rev. Med Hered, Vol.14, No.1, 2003
4. National Kidney Foundation. K/DOQI/clinical, practices guidelines for chronic kidney diseases: evolution, classification, and stratification. AM.J: Kidney Dis 2002, Feb; 39, creado 01 de Julio de 2007, última modificación 19 de septiembre de 2010.
5. McClellan W. Epidemiology and risk factors for chronic kidney disease. Med Clin N Am 2005; 89, 419-45
6. Encuesta nacional de salud, Chile 2003. Disponible en página web Minsal: <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENS/ENS.htm>
7. Flores J, Alvo M, Borja H, Morales J, Vega J, Zúñiga C et.al. Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación, manejo y complicaciones. Rev. Med Chile 2009; 137: 137-177
8. Gómez Clavelina F. Evaluación de la actitud de la familia ante una situación clínica de enfermedad terminal. Atención Familiar, 2009, Num.16,4-5.
9. Osorio A, Álvarez Mora A. Introducción a la Salud Familiar, 2004, 1era. Edición, Costa Rica, 20-25
10. Colegio Mexicano de Medicina Familiar. La familia como unidad de estudio cap. Estudio de la salud familiar en: PAC MF-1, libro 1, ed intersistemas, 1ª ed. 1999, p. 11-38.
11. Cantale CR. Curso Básico de Medicina Familiar. Ciclo Vital Familiar. 2003 p. 1-13.
12. De la Revilla L. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. La atención longitudinal: el ciclo vital familiar, Ed. Barcelona: Doyma, 1994, 3-10
13. OMS, Índices estadísticos de la salud de la familia. Ginebra, 1976.
14. Irigoyen Coria A. Estructura familiar. Nuevos fundamentos de Medicina Familiar, editorial Medicina familiar Mexicana 2002, 1ª ed. p. 29.
15. Quinto Coloquio Nacional y 3º Internacional de Profesores Investigadores en Medicina Familiar del 15 al 17 de junio de 2005 en la Ciudad Universitaria, México, D.F. II. Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias, Arch Med Fam Sup. 1Vol. 7 S15-19, 2005.
16. . De la Revilla L. Estructura familiar. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona. DOYMA. 1994.

17. De la Revilla L, Aragón A, Muñoz M, Pascual J, Cubill J. Una nueva clasificación demográfica de la familia para su uso en atención primaria. *Aten Primaria* 1991; 8:104-111.
18. . Minuchin S. *Familias y Terapia Familiar*. Gedisa, Buenos Aires, 1982. 1-17.
19. Mata EA. Estructuras familiares y comportamientos adictivos (2º parte), *Revista Argentina de clínica neuropsiquiátrica*. Marzo 2005 Año XV, Vol. 12, N° 1.:1-71.
20. Olson DH. Circumplex model of marital and family systems. Assessing family functioning. En: Walsh F, editor. *Normal family processes*. 2nd ed. New York: The Guilford Press, 1993.
21. Olson DH. Circumplex Model of Marital and Family Systems. Assessing Family Functioning. In: Walsh F. *Normal Family Processes*. The Guilford Press. NY/London 1993.p. 104-137.
22. Gómez Clavelina FJ, Irigoyen Coria A, Ponce Rosas ER, e Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. *Arch Med Fam* 1999; 1(2):45-57.
23. Gómez Clavelina FJ, Irigoyen Coria A, 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 Adaptability and Cohesion Evaluation Scales). *Arch Med Fam* 1999; 1(3):73-79.
24. . Ponce Rosas ER, Gómez Clavelina FJ, Irigoyen Coria AE, Terán Trillo M, Landgrave Ibañez S, Hernández Gómez A, Montesinos Guerrero MR, Hernández Soto MC. Análisis de la confiabilidad de FACES III (versión en español). *Aten Primaria* 1999; 23(8):479-484.
25. . Gómez Clavelina FJ, Irigoyen Coria A, Two types of family assessment. *Family Proc* 1995; 34(3):363-364.
26. De Francisco VC, cerón Y, Herrera JA. Salud familiar como una alternativa de atención integral en las unidades de atención primaria. *Colombia médica*, 1995:26: 51-4.
27. Tubiana Rufi N, Moret L, Czernichow P, Chwalow J, “The association of poor adherence and acute metabolic disorders with low levels of cohesion and adaptability in families, with diabetic children. The PEDIAB Collaborative Group”, *Acta Pediátrica*, 1998; 87(7): 741-746.
28. Zegers B, Larraín ME, Polaina Lorente A. Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson y Rusell&Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. *Rev Chil neuro-psiquiatr*. 2003; 41 (1), 1-31
29. Reyes Saborit A, Castañeda Márquez V. Caracterización familiar de los pacientes con IRCT (Artículo en línea). *MEDISAN* 2006; 10(4); actualizada el 10 de abril de 2006. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_4_2006/san05406.htm.

30. Saborit A, Castañeda Márquez, Enfermedades crónicas y vida cotidiana. Revista cubana de salud pública 2011; 37 (4): 488-499.
31. Rodríguez Morán M, Guerrero Romero JF. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia en pacientes con diabetes no insulino dependiente. Salud Pública Mex, 1997; 39(1): 44-47.
32. Rodríguez Abrego G, Rodríguez Abrego I. Disfunción familiar en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Rev Med IMSS, 2004; 42(2): 97-102.
33. Harrison, Principios de Medicina Interna, 16 edición, 2006, Cap. 338.
34. Ferrer Tomas R, Hernández Jara; Insuficiencia Renal Crónica: definición, estadios evolutivos, mecanismos de progresión; Cap.4, p.13.
35. International Journal of Clinical and Health Psychology, Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES): desarrollo de una version de 20 ítems en español; ISSN 1697-2600, 2006, Vol.6, No. 2, p.319