



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

TESIS

REALIZADA PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

“EVALUACIÓN DE LA ADAPTABILIDAD Y COHESION FAMILIAR EN PACIENTES CON
DIABETES TIPO 2 EN CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF No.8 GILBERTO FLORES
IZQUIERDO”

PRESENTA

DRA. SUGIA NUÑEZ MANUELA
MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Matricula: 97370340 Cel. 5527732789 Fax: No fax
Correo: manola.s.nunez@gmail.com

DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO
DIRECTOR DE TESIS

Doctor en Ciencias de la Familia.
Profesor titular de la residencia de medicina familiar
HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Matricula: 99377278, Cel. 5520671563. Fax: No fax.
Correo: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx

DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO
ASESOR EXPERIMENTAL

Maestro en Administración de hospitales y Salud Pública.
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Matricula 99374232. Cel. 5535143649. Fax: No fax
Correo: gilberto.espinoza@imss.gob.mx

DRA. MEJIA RAMIREZ MAHETABEL ALEJANDRA
ASESOR CLINICO

Médico Familiar
Adscrito al HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Matricula 99377489, Celular 5536613683 Fax: No fax
Correo: dra.alemejram@gmail.com

DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO
COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

CD. DE MÉXICO, ENERO 2018.
NUMERO DE REGISTRO R-2018 3605



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

“EVALUACIÓN DE LA ADAPTABILIDAD Y COHESIÓN FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF No. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

Autores: Dra. Sugía Nuñez Manuela¹, Dr. Vilchis Chaparro Eduardo², Dr. Espinoza Anrubio Gilberto³, Dra. Mejía Ramírez Mahetabel Alejandra⁴.

1 Residente de Medicina Familiar Médica HGZ/UMF N° 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” .

2 Profesor Titular en Especialidad en Medicina Familiar. HGZ/UMF N° 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” .

3 Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud. HGZ/UMF N° 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

4 Médico especialista en Medicina Familiar. Adscrito a la consulta externa. HGZ/UMF N° 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

OBJETIVO:

Evaluar la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 en consulta externa del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

MATERIALES Y METODOS

Estudio prospectivo, transversal, no comparativo, descriptivo, observacional. Tamaño de muestra: 249 pacientes, con un intervalo de confianza de 99%. Criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2, pacientes mayores de 18 años, pacientes derechohabientes del IMSS. Instrumento de medición: FACES III.

RESULTADOS

Se estudió una población de 249 pacientes con diabetes tipo 2 en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8. De los cuales 160 (64.31%) pertenecen al sexo femenino, con una media de edad de 63.67 años. Referente a adaptabilidad predominó con 179 (71.9%) familia caótica y en cuanto a cohesión el rubro de familia semirrelacionada, con 92 (36.9%) pacientes.

CONCLUSIONES

Se encontró de acuerdo al cuestionario FACES III, que aproximadamente más de tres cuartas partes de nuestra población percibe a su familia dentro del rango de caótica semirrelacionada y caótica relacionada. Siendo familias caracterizadas por ausencia de liderazgo, cambio de roles, disciplina muy cambiante o ausente pero que sin embargo cuando lo requieren pueden tomar decisiones familiares. Esto debido probablemente por el estrés de la enfermedad y la repercusión que esta genera sobre la dinámica familiar.

PALABRAS CLAVE

Diabetes tipo 2, adaptabilidad, cohesión.

**“Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en
pacientes con diabetes tipo 2 en consulta externa del Hospital
General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8 Gilberto
Flores Izquierdo.”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION SUR CIUDAD DE MEXICO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA**

AUTORIZACIONES

**DR. CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA
DIRECTOR DEL HGZ/UMF No.8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DR GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
HGZ/UMF No.8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
HGZ/UMF No.8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL HGZ/UMF No.8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
DIRECTOR DE TESIS

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
DEL HGZ/UMF No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
ASESOR METODOLOGICO

DRA. MAHETABEL ALEJANDRA MEJIA RAMIREZ
MEDICO FAMILIAR ADSCRITO
HGZ/UMF No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
ASESOR CLINICO

INDICE

TEMA	PAGINA
1. Marco teórico	8
2. Justificación	15
3. Planteamiento del problema	16
4. Objetivos	17
5. Hipótesis	18
6. Material y métodos	19
7. Diseño de investigación	20
8. Población o universo	21
9. Ubicación temporal y espacial de la población	21
10. Muestra	22
11. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	23
12. Variables	24
13. Diseño estadístico	27
14. Instrumento de recolección	28
15. Método de recolección	30
16. Maniobras para evitar y controlar sesgos.	31
17. Cronograma de actividades	32
18. Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento.	34
19. Consideraciones éticas	35
20. Resultados	38
21. Tablas y gráficas	45
22. Discusión	85
23. Conclusiones	89
24. Bibliografía	91
25. Anexos	94

MARCO TEORICO

Diabetes tipo 2

La diabetes tipo 2 es una enfermedad endocrino-metabólica que se caracteriza por elevados niveles de glucosa en sangre o hiperglucemia que se produce como consecuencia de una deficiente secreción o acción de la insulina (1).

Diabetes tipo 2 (DM), es conocida desde la antigüedad como una enfermedad caracterizada por elevación de los niveles plasmáticos de glucosa, sin embargo, hoy se sabe que se trata de un proceso complejo que incluye alteración del metabolismo de los lípidos y de las proteínas con daño vascular generalizado (2).

Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que el número de personas con diabetes en el mundo se ha incrementado de 30 millones en 1995 a 347 millones en la actualidad y se estima que para el 2030 habrá 366 millones. La prevalencia de diabetes por diagnóstico previo en la ENSANUT 2012 fue de 9.2% (6.4 millones) (3).

La diabetes tipo 2 es la primera causa de muerte a nivel nacional y se estima que la tasa de mortalidad crece 3% cada año (Gutiérrez T et al, 2006), En el IMSS durante el período 2004-2009 la DM ha sido la primera causa de muerte con 21,096 defunciones en el año 2011 (Sistema Institucional de Mortalidad SISMOR) 2004-2011. La DM consume entre 4.7% y 6.5% del presupuesto para la atención de la salud (Arredondo A et al, 2004). El IMSS estimó el gasto médico por componente de atención médica en el año 2009 el cual corresponde a los 3 primeros lugares a la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la insuficiencia renal, en un porcentaje de 40, 36 y 13 respectivamente. (Informe. Riesgos del IMS, 2009-2010). La diabetes constituye un reto creciente y trascendente para el IMSS porque: Durante el 2010, la prevalencia de diabetes mellitus fue de 10.5% en la población derechohabiente, ocupa el segundo lugar de demanda de consulta en medicina familiar, el quinto lugar en la consulta de especialidades, ocupa el octavo lugar en la consulta de urgencias y como motivo egreso hospitalario 5 de cada 10 pacientes en los programas de diálisis son diabéticos tipo 2. Es primera causa de los dictámenes de invalidez que corresponde el 14.3% del total, con una relación hombre mujer de 8 a 1. (83 y 17% respectivamente). La diabetes mellitus es un factor de riesgo cardiovascular, se estima que entre 7 y 8 de cada 10 personas con diabetes mueren por este motivo. (División de información en salud, 2010, Méndez D, 2010) (4).

La incidencia de la DM2 representa 97 % del total de casos nuevos registrados, con un incremento significativo en las últimas décadas. En el periodo 2000-2010 se estimó un incremento de 28 % al pasar de una tasa de 291 a 375 por 100, 000 habitantes (5).

Se ha estimado que la esperanza de vida de individuos con diabetes se reduce entre 5 y 10 años. En México, la edad promedio de las personas que murieron por diabetes en 2010 fue de 66.7 años, lo que sugiere una reducción de 10 años. En México, las estimaciones existentes son muy variables con cálculos de costos de atención por paciente que van desde 700 hasta 3 200 dólares anuales, lo que se traduce en 5 a 14% del gasto en salud destinado a la atención de esta enfermedad y sus complicaciones, inversión que de acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes se relaciona directamente con la tasa de mortalidad por esta causa (6).

Dentro de los factores de riesgo para padecer esta enfermedad es importante mencionar que las alteraciones como la prediabetes y alteración de la glucosa en ayuno, confieren cada una un riesgo equivalente a la diabetes, y la incidencia se estima entre el 4% y 6% anual, sin embargo cuando existe la coincidencia de ambas, la incidencia de diabetes se incrementa hasta el 10%. En ambos casos pueden detectarse complicaciones crónicas antes de que aparezca la diabetes y los que tienen intolerancia a la glucosa tienen el mismo riesgo de infarto del miocardio que un paciente diabético (7).

Otros factores de riesgo que predisponen a la DM2 son tener un índice de masa corporal (IMC) mayor a 23 kg/m² en las mujeres y mayor a 25 kg/m² en los varones; el padecer grasa abdominal aumenta el riesgo 42.2 veces; si se es descendiente de primer grado de personas con esta enfermedad el riesgo relativo (RR) es de 3.5, y de 6.1 cuando lo es de ambos progenitores. También encontramos otros factores de riesgo relacionados con la prediabetes y la diabetes son los antecedentes de enfermedad cardiovascular y la dislipidemia; en las mujeres, además, el síndrome de ovario poliquístico y haber concluido embarazo con producto mayor a 4 kg (8).

La liberación de insulina es un proceso indispensable en la homeostasis del cuerpo como respuesta al aporte energético del consumo de alimentos. Su liberación es inducida principalmente en respuesta al incremento de glucemia, pero al mismo tiempo es regulada por diversas sustancias (nutrimentos, hormonas gastrointestinales, hormonas pancreáticas, neurotransmisores del sistema nervioso autónomo, entre otras). La glucosa, los aminoácidos, los ácidos grasos y los cuerpos cetónicos favorecen la secreción de insulina, al igual que la activación del receptor β 2-adrenérgico y la estimulación del nervio vago, mientras que los receptores 2-adrenérgicos inhiben la liberación de insulina. La diabetes tipo 2 se asocia con una falta de adaptación al incremento en la demanda de insulina, además de pérdida de la masa celular por la glucotoxicidad. Sin embargo, el receptor a insulina presenta alteraciones en su función. Cuando la insulina se une a su receptor en células del músculo, inicia las vías de señalización complejas que permiten la translocación del transportador GLUT4 localizado en vesículas hacia la membrana plasmática para llevar a cabo su función de transportar la glucosa de la sangre al interior de la célula. La señalización del receptor termina cuando es fosforilado en los residuos de serina/treonina en la región intracelular para su desensibilización, y finalmente esto permite la internalización del receptor (9).

La diabetes tipo 2 se desarrolla debido a una respuesta inadecuada de las células β pancreáticas y del tejido adiposo frente a un exceso crónico de sustratos energéticos, lo que se traduce en un almacenamiento ectópico de grasa, resistencia a la insulina, concentraciones elevadas de citoquinas inflamatorias y estrés metabólico. Finalmente, conduce a una disminución de la secreción de insulina y a apoptosis de las células β , lo que conlleva una incapacidad para compensar la resistencia a la insulina (10).

El cuadro clínico de diabetes mellitus tipo 2 se debe sospechar cuando ocurran síntomas como polidipsia, poliuria, polifagia y baja de peso, los síntomas de la diabetes en los adultos mayores son inespecíficos y de aparición tardía, entre los cuales se han documentado: fatiga, letargia, somnolencia, pérdida de peso, incontinencia urinaria y pérdida del plano de sustentación (11).

El control intensivo de la glucemia reduce el riesgo de complicaciones microvasculares de la diabetes tipo 2, pero el efecto de un control glucémico estricto sobre el riesgo de enfermedad macrovascular (especialmente en la diabetes bien establecida tipo 2) es menos seguro. Factores psicosociales (por ejemplo, la motivación y la capacidad de auto-cuidado) y los factores clínicos (por ejemplo, la edad, la presencia o ausencia de condiciones coexistentes, y la presencia o ausencia de una tendencia a la hipoglucemia) deberían ser considerados en el establecimiento de un rango objetivo de la hemoglobina glucosilada para cada paciente. Un rango objetivo glucémico casi normal (6,0 a 6,5%), si se aplican de forma segura, podría considerarse para pacientes con diabetes tipo 2 de reciente diagnóstico y una esperanza de vida larga; metas más relajadas para el nivel de hemoglobina glucosilada pueden ser preferibles en pacientes mayores con diabetes tipo 2 de larga duración y enfermedad cardiovascular (12).

Los criterios diagnósticos aprobados por la Asociación de Diabetes Americana (ADA) y por la Organización Mundial de la Salud (OMS) pretenden evitar el retraso en el diagnóstico mediante cuatro vías posibles; cada una, en ausencia de una hiperglucemia inequívoca, debe ser confirmada en los días siguientes. Los criterios diagnósticos para Diabetes Tipo 2 son: 1) glucemia en ayunas mayor o igual a 126 mg/dl, al menos 8 horas desde la última ingesta calórica. 2) glucemia mayor o igual a 200 mg/dl a las 2 horas de carga oral de glucosa de 75gr. 3) glucemia al azar mayor o igual a 200 mg/dl con síntomas de hiperglucemia (13).

La modificación del estilo de vida y la metformina se recomiendan como terapia inicial para la mayoría de los pacientes con diabetes tipo 2. Varios agentes terapéuticos están disponibles cuando se necesita la terapia, además de metformina para controlar la glucemia, pero se carece de evidencia para apoyar la elección de uno de estos agentes sobre otro (14).

A las personas con diabetes se les debe ofrecer educación continua, ordenada y sistematizada con objetivos claros al momento del diagnóstico y durante su evolución. La participación activa del paciente logra mejores resultados en el control glucémico. Se recomienda utilizar técnicas activas y participativas entrevistas cognitivo-conductuales y de modificación de conducta adaptadas a cada paciente (15).

Las modificaciones en la alimentación, el ejercicio y las terapias conductuales favorecen la disminución del peso y el control glucémico; su combinación aumenta la eficacia. Las dietas con alto contenido en fibra y una proporción de hidratos de carbono entre 55 y 60 %, con alimentos de bajo índice glucémico, son eficaces en el control de la glucemia (16).

Si después de tres meses de tratamiento con medidas no farmacológicas no se consiguen las metas de control glucémico (HbA1c), se debe iniciar tratamiento farmacológico. La meta del tratamiento debe individualizarse; las personas en los extremos de la vida suelen ser más vulnerables a los efectos de la hipoglucemia. Antes del inicio de la terapia con hipoglucemiantes orales, se debe evaluar la función renal y la comorbilidad asociada. Las sulfonilureas deben añadirse a metformina cuando el control glucémico no sea adecuado. Cuando el tratamiento inicial fue con sulfonilureas por intolerancia a metformina y en caso de no cumplir metas de control glucémico a pesar de utilizar doble terapia oral, se debe utilizar insulina como segundo o tercer fármaco (17).

En pacientes con diabetes mellitus tipo 2, obesos o no, el tratamiento con metformina reduce de 1 a 2 % la HbA1c.1 Cuando hay obesidad, el uso de la biguanida se asocia con pérdida de peso (de 1 a 5 kg), sin aumentar el riesgo de hipoglucemia. El riesgo de hipoglucemia en pacientes adultos mayores es más frecuente con el uso de sulfonilureas. Ante hiperglucemia postprandial, están indicadas las glinidas o inhibidores de la alfa glucosidasa, o la insulina de corta o rápida duración (18).

Familia

Desde una mirada antropológica: La familia es el determinante primario del destino de una persona. Proporciona el tono psicológico, el primer entorno cultural; es el criterio primario para establecer la posición social de una persona joven. La familia, construida como está sobre genes compartidos, es también la depositaria de los detalles culturales compartidos, y de la confianza mutua (19).

Desde la perspectiva del médico familiar: La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad (20).

Satir define la dinámica familiar como “un conjunto de pautas transaccionales, que establecen de que manera, cuando y con quien se relacione cada miembro de la familia en un momento dado y según el ciclo de vida por el que esté atravesando dicha familia”. También Olson describe la dinámica como “un sistema de intercambio de interacciones familiares, específicamente a través de los lazos emocionales que los miembros de la familia entre si, y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en la familia”, “asi como la habilidad del sistema familiar para combinar su estructura de poder, sus roles, sus reglas de relación en respuestas al estres situacional y de desarrollo (21).

El proceso de salud enfermedad es cualquier estado que perturba el funcionamiento físico y/o mental de una persona y afecta su bienestar al llevarlo a la pérdida del equilibrio que mantiene la composición, estructura o función del organismo. En consecuencia es importante, darse cuenta de que la salud no puede ser entendida dentro de los limitados confines de la experiencia individual. Y de que una visión más amplia de este proceso debe comprender también la dinámica del grupo familiar. Mediante el conocimiento de los psicodinamismos de la familia en relación con el proceso salud-enfermedad es posible, para los profesionales de la salud, alcanzar una comprensión ideal de los aspectos saludables y patológicos, tanto del paciente como de su familia, de la interacción entre ambos y de las relaciones dinámicas del sistema familiar con su entorno (22).

La familia es el contexto natural para crecer y recibir apoyo, que a lo largo del tiempo va elaborando sus propias pautas de interacción, las cuales constituyen la estructura familiar. Ésta se define como la forma que tiene la familia de organizar la manera de interactuar de sus miembros de acuerdo con las demandas funcionales que tenga y a las pautas repetitivas de interacción. Ante los cambios de ciclo vital, o ante los sucesos estresantes que ocurren a lo largo de la vida, las familias se modifican y los enfrentan de acuerdo con diferentes estilos de funcionamiento familiar (23).

Uno de los mayores obstáculos que enfrentan los profesionales de salud durante el proceso de intervención de pacientes diabéticos es la poca continuidad en el tratamiento, fenómeno constante en las enfermedades que generan cambios en los hábitos de vida. El diagnóstico de la enfermedad muchas veces ocasiona un choque emocional para la persona y la familia que no está preparada para convivir con las limitaciones provocadas por su cronicidad (24).

Las redes de apoyo familiar y social constituyen una fuente de recursos materiales, afectivos, psicológicos y de servicios, que pueden ponerse en movimiento para hacer frente a diversas situaciones de riesgo que se presenten en los hogares, como falta de dinero o empleo, como apoyo en caso de una enfermedad o para el cuidado de niñas, niños o personas adultas mayores. Nos referimos a las redes mediante las cuales las personas crean lazos entre sí para brindarse apoyo y no a las extendidas redes virtuales que cada vez cobran mayor importancia con las tecnologías de la información. Las redes también pueden tener un papel fundamental cuando se enfrentan situaciones de crisis en el hogar, sobre todo entre grupos sociales vulnerables (por ejemplo, personas adultas mayores, con discapacidad física o mental o con enfermedades crónicas), no cubiertos por la protección social formal (25).

FACES III

Este instrumento forma parte del modelo circunflejo marital y sistémico familiar, en el cual se presentan como principales características la adaptabilidad, cohesión y comunicación; el instrumento más conocido es el FACES III (Family adaptability & cohesion evaluation scales), mide los grados de adaptabilidad y cohesión según el modelo circunflejo. La escala FACES I (versión original) constaba de 111 ítems. Fue desarrollada en los trabajos de doctorado de Porter y Bell. La escala FACES II se diseñó a partir de las FACES I, a fin de disponer de un instrumento más breve, con frases más sencillas, de manera que pudieran ser respondidas por los hijos y personas con dificultades de comprensión. Posteriormente Olson, Russel, & Sprenkle usaron esta versión, pero tras el análisis factorial la redujeron a 30 ítems, 16 relativos a cohesión y 14 a adaptabilidad, lo que dio origen a la versión final de la FACES II. A fin de mejorar la confiabilidad, validez y utilidad clínica del instrumento, se desarrolló una tercera versión de la escala (FACES III), que resultó una escala formada por 20 ítems, 10 relativos a la cohesión y 10 a la adaptabilidad. El FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scala) se elaboró a finales de la década de 1960, para hacer dos de las tres dimensiones del modelo circunflejo operacionales en el sistema familiar y conyugal, con el pronóstico de facilitar el enlace entre la práctica clínica y la teoría, así como la investigación con familias. FACES III es un instrumento de fácil aplicación y de calificar, cuenta con una escala que incluye cinco opciones con valores de 1 a 5, y puede ser contestado por cualquier miembro de la familia mayor de 12 años (26).

En estudios previos se ha descrito el proceso de traducción y adaptación transcultural de FACES III en población mexicana y su fiabilidad en su versión en el español que se habla en México. Se obtuvo un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0.70 y se concluyó como un valor alto y adecuado comparado con la versión anglosajona desarrollada por Olson et al, que observaron una fiabilidad media en sus trabajos de 0.80 (27).

Este material se desarrolló para estimar el funcionamiento familiar de acuerdo al Modelo Circunflejo de Olson, Russell y Sprenkle, en donde el funcionamiento se entiende como el resultado de las características interaccionales de los miembros de la familia en dos áreas de la vida familiar: cohesión y adaptabilidad familiar. La cohesión es definida según dos componentes: el vínculo emocional y el nivel de autonomía. La adaptabilidad se precisada como la habilidad del sistema familiar para cambiar sus estructuras de poder, relaciones de roles y reglas de relación en respuesta al estrés situacional y evolutivo (28).

Es un cuestionario creado para la comprensión de los sistemas familiares, evaluando su adaptabilidad y cohesión mediante un cuestionario de 20 preguntas. Clasifica a las familias en tres categorías: balanceadas, en rango medio y extremas (29).

La calificación en cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones. La adaptabilidad lo es a 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 clases que aparecen en los cuadros 1 y 2 (ver anexo), con lo cual puede obtenerse la clasificación de la familia con relación al sistema circunflejo. Las escalas que emplea este modelo son de tipo ordinal, y la combinación de ambas permite clasificar a las familias en 16 posibles tipos, según el cuadro 3 (ver anexo) (30).

JUSTIFICACIÓN.

La diabetes tipo 2 se está convirtiendo rápidamente en la epidemia del siglo XXI y es un reto de salud global, es una enfermedad crónica que al no tratarse adecuadamente ocasiona complicaciones graves de salud.

Actualmente a nivel mundial el número de personas que viven con diabetes se estima en 170 millones. América Latina no es la excepción, ya que en el año 2000 presentaba 13.3 millones de pacientes con diagnóstico de DM y se estima que para el año 2030 el número aumentará a 33 millones. En el caso de México, se calcula que los 6.8 millones de afectados aumentarán a 11.9 millones, lo que representa un incremento de 148 y 175 %, respectivamente.

El desafío para la sociedad y los sistemas de salud es enorme, debido a la pérdida de la calidad de vida para quienes la padecen y sus familias, así como los importantes recursos que requieren en el sistema público de salud para su atención.

La familia como grupo primario de convivencia, de afecto y emociones, al estar en una situación vulnerable como es la que se presenta en la enfermedad, es donde se tiene que demostrar la capacidad para poner en práctica recursos autorreguladores que permitan afrontar la misma.

El apoyo que se brinden entre los integrantes de la familia, se convertirá en uno de los principales recursos al momento de prevenir daños físicos y psicológicos de sus miembros.

Existen una serie de investigaciones vinculadas a determinar el funcionamiento familiar en diversas situaciones, muy pocos han investigado el funcionamiento familiar desde una perspectiva sistémica, de aquí la necesidad del estudio.

Esta investigación, se realizó con la finalidad de orientar a médicos familiares, en cuanto al tipo de dinámica familiar en pacientes con diabetes tipo 2 y así emprender líneas de acción con el afán de dar solución a las diversas problemáticas que se presenten dentro de su núcleo familiar y así conocer los factores que no permitan un buen control en cada uno de ellos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes tipo 2, actualmente es un problema de salud pública en México ocupando un lugar importante dentro de las enfermedades que afectan al país. El médico familiar tiene principal interés en el bienestar integral, lograr un buen control de las enfermedades crónico degenerativas para poder obtener una adecuada prevención y limitación de las complicaciones agudas y crónicas que esta implica.

Como primer nivel atención y la ventaja de un trato continuo con los pacientes nos permite conocer sobre su adaptabilidad y cohesión familiar, reconociendo los puntos a desarrollar para el manejo terapéutico.

Considerando como influye la dinámica familiar de cada paciente, en su apego al tratamiento como resultado del apoyo de sus familiares, para enfrentar la crisis paranormativa que la enfermedad representa, se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa de la Hospital General de Zona/ Unidad Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo?

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 en consulta externa del “Hospital General de Zona /Unidad de Medicina Familiar No.8 Gilberto Flores Izquierdo”.

HIPOTESIS:

Las hipótesis en este estudio se realizaron por motivos de enseñanza, ya que los estudios descriptivos no requieren el desarrollo de estas. Basado en los propósitos de este estudio se plantearon las siguientes hipótesis:

HIPOTESIS NULA (H_0):”

Los pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 Gilberto Flores Izquierdo” no tienen una buena adaptabilidad y cohesión familiar.

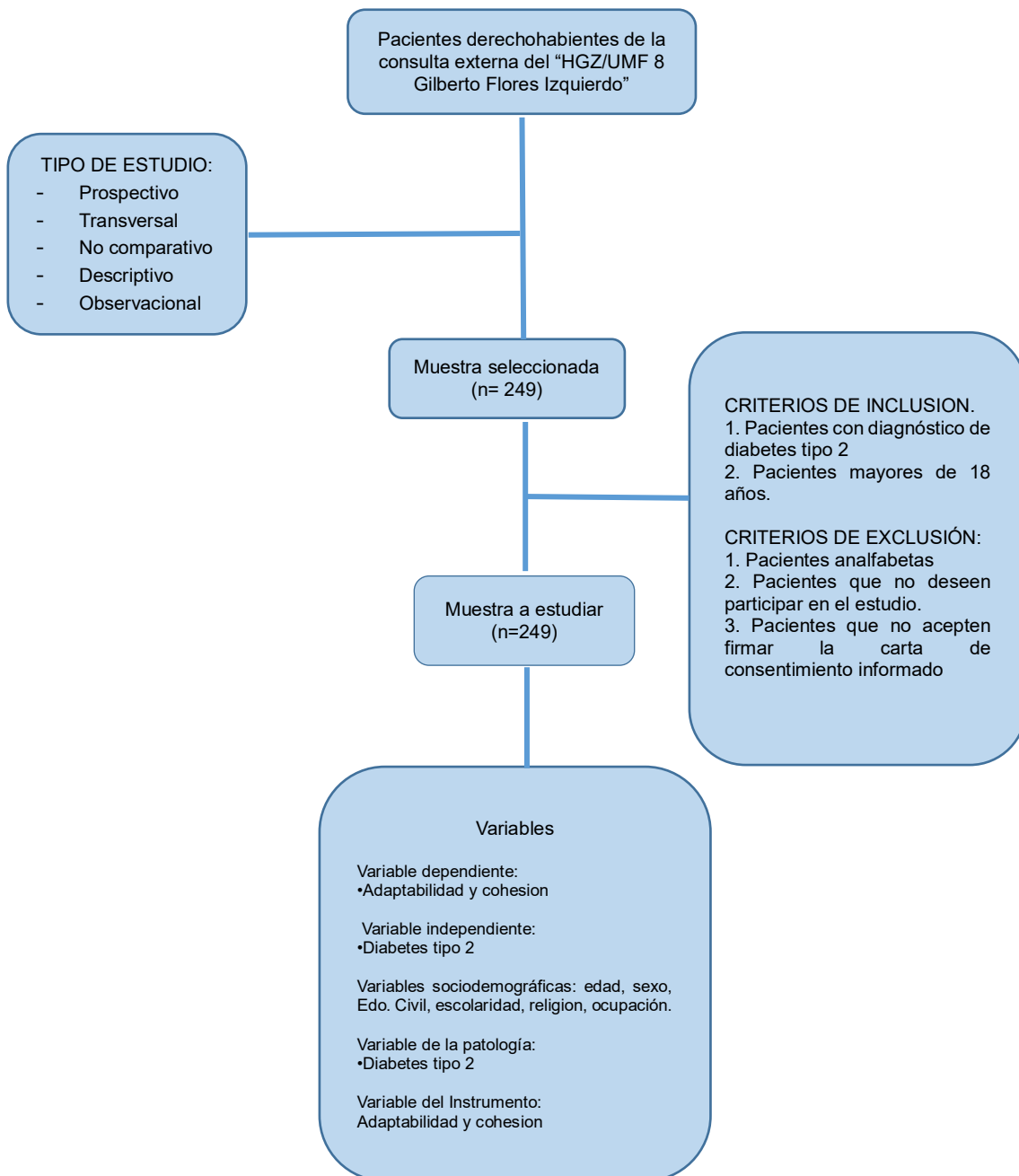
HIPOTESIS ALTERNA (H_1):

Los pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del “HGZ/UMF No. 8 Gilberto Flores Izquierdo” tienen una buena adaptabilidad y cohesión familiar.

MATERIALES Y METODOS.

1. Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información: **PROSPECTIVO**.
2. Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: **TRANSVERSAL**.
3. Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: **NO COMPARATIVO**.
4. Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: **DESCRIPTIVO**.
5. De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: **OBSERVACIONAL**.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN



ELABORO: DRA. MANUELA SUGIA NUÑEZ

POBLACIÓN O UNIVERSO

El estudio se llevó a cabo en una población urbana en el “Hospital General de Zona/ Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, de la Ciudad de México en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acudieron al servicio de consulta externa, utilizando en cuestionario FACES III.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN

La investigación se realizó en el “Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo” que se ubica en Río Magdalena No. 289, Tizapán San Ángel C.P. 01090, Ciudad de México. En un periodo comprendido de 3 años.

TAMAÑO DE MUESTRA

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con una variable dicotómica, requerirá una muestra de 249 pacientes con un intervalo de confianza de 99%. Con una proporción del 0.10. Con amplitud del intervalo de confianza 0.10.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

N = Número total de individuos requeridos

Z alfa = Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P = Proporción esperada

(1 – P) = Nivel de confianza del 99%

W = Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4Z\alpha^2 P (1-P)}{W^2}$$

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

1. Pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2
2. Pacientes mayores de 18 años.
3. Pacientes derechohabientes del IMSS.
4. Sexo indistinto.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Pacientes analfabetas.
2. Pacientes que no deseen participar en el estudio.
3. Pacientes que no acepten firmar la carta de consentimiento informado.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. Pacientes que respondan incompletamente el instrumento de evaluación.

VARIABLES DEL ESTUDIO

Variable dependiente:

- Adaptabilidad
- Cohesión

Variable independiente:

- Diabetes tipo 2

Variables sociodemográficas

- Edad
- Sexo
- Ocupación
- Escolaridad
- Religión
- Estado civil

Variable de la patología:

- Diabetes tipo 2

Variable del instrumento de evaluación:

- Adaptabilidad
- Cohesión
- Tipos de familia
- Clasificación de familias

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

VARIABLES DE IDENTIFICACIÓN DE ESTUDIO

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
Diabetes tipo 2	Es una enfermedad endocrino-metabólica que se caracteriza por elevados niveles de glucosa en sangre o hiperglucemia que se produce como consecuencia de una deficiente secreción o acción de la insulina.
Cohesion	Se refiere al grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia.
Adaptabilidad	Habilidad del sistema familiar para cambiar sus estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación en respuesta al estrés situacional y evolutivo.

Elaboró: Dra. Manuela Sugia Nuñez

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL
Edad	Tiempo que ha vivido un individuo a partir de su nacimiento.
Sexo	Género al que pertenece un individuo.
Ocupación	Actividad que desempeña una persona
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.
Estado Civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad (un dios o varios dioses)

Elaboró: Dra. Manuela Sugia Nuñez

DEFINICIÓN OPERATIVA DE VARIABLES

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLES	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE VARIABLES.
Edad	Cuantitativa	Nominal	Números continuos
Rango de Edad	Cuantitativa	Discreta	1. 18-30 años 2. 31-50 años 3. 51-70 años 4. ≥70 años
Sexo	Cualitativa	Nominal	1. Femenino 2. Masculino
Ocupación	Cualitativa	Nominal	1. Empleado 2. Desempleado
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo 5. Unión libre
Escolaridad	Cualitativa	Nominal	1. Básica 2. Media superior 3. Superior

Elaboro: Dra. Manuela Sugia Nuñez

VARIABLES DEL INSTRUMENTO.

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLES	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE VARIABLES
Adaptabilidad	Cualitativa	Nominal	1. Rígida 2. Estructurada 3. Flexible 4. Caótica
Cohesión	Cualitativa	Nominal	1. No relacionada 2. Semirrelacionada 3. Relacionada 4. Aglutinada

Elaboró: Dra. Manuela Sugia Nuñez.

DISEÑO ESTADISTICO.

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 20 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. Además de distribución de frecuencias y porcentajes.

El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de la prevalencia nacional de Diabetes en donde según la información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT) la prevalencia es de 9.2%. Tomando como valor de la proporción esperada (p) 0,10 de sujetos que presentan la variable de interés, con un nivel de confianza del 99%. La muestra estudiada fue de 249 pacientes.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION.

FACES III.

En la presente investigación se utiliza un instrumento que forma parte del modelo circunflejo marital y sistémico familiar, en el cual se presentan como principales características la adaptabilidad, cohesión y comunicación; el instrumento más conocido es el FACES III (Family adaptability & cohesion evaluation scales), mide los grados de adaptabilidad y cohesión según el modelo circunflejo, que resulto una escala formada por 20 ítems, 10 relativos a la cohesión y 10 a la adaptabilidad.

FACES III es un instrumento de fácil aplicación y de calificar, cuenta con una escala que incluye cinco opciones con valores de 1 a 5, y puede ser contestado por cualquier miembro de la familia mayor de 12 años

La escala se encuentra estructurada con dos ítems para cada uno de los cinco conceptos relativos a la dimensión de cohesión: vinculación personal (11-19), apoyo (1-17), límites familiares (5-7), tiempo y amigos (9-3), e intereses y recreación (13-15); dos ítems para cada aspecto que evalúa la dimensión de adaptabilidad: liderazgo (6-18), control (12-2), disciplina (4-10); y cuatro ítems vinculados a la combinación de roles y reglas (8-14-16-20).

La calificación en cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones. La adaptabilidad lo es a 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 clases que aparecen en los cuadros 2 y 3 (ver anexo), con lo cual puede obtenerse la clasificación de la familia con relación al sistema circunflejo. Las escalas que emplea este modelo son de tipo ordinal, y la combinación de ambas permite clasificar a las familias en 16 posibles tipos, según el cuadro 4 (ver anexo).

Olson, y colaboradores establecen cuatro tipos posibles de familia en función a la variable adaptabilidad y cuatro para la variable cohesión representados:

Tipos de familia de acuerdo a la variable adaptabilidad.

- a. **Caótica.** Se trata de un tipo de familia caracterizada por la ausencia de liderazgo, cambio de roles, disciplina muy cambiante o ausente.
- b. **Flexible.** Se caracteriza por una disciplina democrática, liderazgo y roles compartidos, que pueden variar cuando la familia considere necesario.
- c. **Estructurada.** Caracterizada porque a veces los miembros de la familia tienden a compartir el liderazgo o los roles, con cierto grado de disciplina democrática, dándose cambios cuando sus integrantes lo solicitan.
- d. **Rígida.** Con un liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina rígida sin opción de cambios.

Tipos de familia de acuerdo a la variable cohesión.

a. **No relacionada.** Caracterizada por la presencia de límites rígidos, constituyéndose cada individuo en un subsistema, tienen poco en común y no comparten tiempo entre sus integrantes.

b. **Semirrelacionada.** Sus límites externos e internos son semiabiertos, sus límites generacionales son claros, cada individuo constituye un subsistema, sin embargo cuando lo requieren pueden tomar decisiones familiares.

c. **Relacionadas.** Poseen límites intergeneracionales claros, obteniendo sus miembros espacio para su desarrollo individual, además poseen límites externos semiabiertos.

d. **Aglutinada.** Se caracterizan por poseer límites difusos, por lo que se dificulta identificar con precisión el rol de cada integrante familiar.

Clasifica a las familias en tres categorías: balanceadas, en rango medio y extremas, de los 4 tipos de familia derivados tanto de cohesión cuanto de adaptabilidad, se derivan los 16 posibles tipos de familias, al graficar estas familias en el modelo circunflejo de Olson, en el centro del gráfico y con fondo blanco se encuentran los 4 tipos de familia que se consideran funcionales y son menos frecuentes, los ocho tipos de familia de color gris son familias en rango medio que están próximas a la disfuncionalidad o funcionalidad, por otro lado los 4 tipos de familia de color negro, reflejan el nivel de funcionamiento máximo y mínimo de las dos dimensiones, siendo los tipos de familia más disfuncionales tanto para un desarrollo individual como familiar, concluyendo que cuando una familia es extrema en una dimensión también suele ser extrema en la otra dimensión como se ejemplifica en el cuadro 4.(ver anexo).

En estudios previos se ha descrito el proceso de traducción y adaptación transcultural de FACES III en población mexicana y su fiabilidad en su versión en el español que se habla en México. Se obtuvo un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0.70.

METODO DE RECOLECCIÓN.

La recolección de muestras y su procesamiento estuvo a cargo del investigador del proyecto de tesis, Dra. Manuela Sugia Nuñez , la cual se realizó en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8.

Previo acuerdo con las autoridades del HGZ/UMF No. 8 del IMSS y con aprobación del proyecto de investigación.

A los pacientes seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión que asistieron a la consulta de medicina familiar en cualquier turno, que se encontraban en la sala de espera.

Se les aplico el cuestionario FACES III previa información del tipo de estudio y la importancia del mismo. Solicitando inicialmente la firma de consentimiento informado. El tiempo para resolver el cuestionario fue de 10 a 15 minutos. De igual manera se creó una hoja de recolección de datos donde se registraron las variables sociodemográficas. Posteriormente se realizó la recolección de las encuestas, y el concentrado de la información en una hoja de trabajo, realizando posteriormente su análisis.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGOS.

Control de sesgos de información:

- Se realizó una revisión sistemática de la literatura de la medicina basada en evidencia y de fuentes de información confiable.
- El formato para la recolección de los datos fue sometido a una revisión por los asesores de la investigación, para verificar su correcta estructura y la precisión de datos.

Control de sesgos de selección:

- Se eligieron grupos representativos en base a criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Control de sesgos de medición:

- Se utilizó el cuestionario FACES III, de 20 ítems; el cual está validado en México con un alfa de Cronbach 0.70

Control de sesgos de análisis :

- Para minimizar errores en el proceso de captura de información, se verificaron los datos recabados.
- Los resultados fueron analizados mediante el programa validado S.P.S.S version 20 de Windows, que sirvió para la elaboración de tablas y gráficos, además se obtuvieron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo) estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. Además de frecuencias y porcentajes.
- No se manipularon los resultados.



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN SUR CIUDAD. MEXICO
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8
 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO
 COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD.

TESIS

"EVALUACIÓN DE LA ADAPTABILIDAD Y COHESIÓN FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN
 CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 8 "DR.
 GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

2016- 2017

FECHA	MAR 2016	ABR 2016	MAY 2016	JUN 2016	JUL 2016	AGO 2016	SEP 2016	OCT 2016	NOV 2016	DIC 2016	ENE 2017	FEB 2017
TITULO	X											
ANTECEDENTES		X										
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		X										
OBJETIVOS			X									
HIPOTESIS				X								
PROPOSITOS					X							
DISEÑO METODOLOGICO						X						
ANALISIS ESTADISTICO							X					
CONSIDERACIO- NES ETICAS							X					
RECURSOS								X				
BIBLIOGRAFIA									X			
ASPECTOS GENERALES										X		
ACEPTACION											X	X

ELABORO: DRA. MANUELA SUGIA NUÑEZ



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN SUR CIUDAD. MEXICO
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8
 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO
 COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD.

TESIS

"EVALUACION DE LA ADAPTABILIDAD Y COHESION FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

2017-2018

FECHA	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
	2017	2017	2017	2017	2017	2017	2017	2017	2017	2017	2018	2018
PRUEBA PILOTO				X								
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO				X								
RECOLECCION DE DATOS					X	X	X	X	X			
ALMACENAMIENTO DE DATOS									X			
ANALISIS DE DATOS									X			
DESCRIPCION DE DATOS										X		
DISCUSION DE DATOS											X	
CONCLUSION DEL ESTUDIO											X	
INTEGRACION Y REVICION FINAL											X	
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESION DEL TRABAJO												X
PUBLICACION												X

ELABORO: DRA. MANUELA SUGIA NUÑEZ

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO.

Recursos humanos: Investigador, entrevistador, recolector de datos: Dra. Manuela Sugia Nuñez Residente de Medicina Familiar, así como el apoyo de asesores experimentales y clínicos del presente protocolo: Dr. Eduardo Vilchis Chaparro, Dr. Gilberto Espinoza Anrubio, Dra. Mahetabel Alejandra Mejía Ramírez.

Recursos físicos: Instalaciones de la sala de espera de la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ/UMF No. 8 Gilberto Flores Izquierdo, IMSS.

Recursos materiales: Se contó con equipo de cómputo, impresora con su respectivo cartucho de tinta negra, lápices, plumas de tinta negra y hojas de papel blanco, fotocopidora, USB para almacenamiento de datos, copias del instrumento que se aplicaron.

Financiamiento: Todos los gastos para la realización de esta tesis fueron financiados por la Residente de Medicina Familiar Manuela Sugia Nuñez.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Declaración de Helsinki.

La Declaración fue originalmente adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia, y ha sido sometida a cinco revisiones y dos clarificaciones, creciendo considerablemente de 11 a 37 párrafos. La Asociación Médica Mundial (AMM) promulgó la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. Se agregan los párrafos más relevantes sobre los cuales se fundamenta el actual protocolo de investigación:

Párrafo 6: El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

Párrafo 7: La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Párrafo 10: Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

Párrafo 22: El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración.

Párrafo 25: La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.

Ley General de Salud

Con fundamento en lo dispuesto por los Artículos 13 Inciso A, Fracción I, 14 y 96 de la Ley General de Salud, 5o. Inciso A y 113 al 120 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y Artículo 22 Fracción V del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

NOM-012-SSA3-2012

Cita al respecto:

5.2 Todo proyecto o protocolo de investigación para el empleo de medicamentos o materiales, respecto de los cuales aún no se tenga evidencia científica suficiente de su eficiencia terapéutica o rehabilitadora o se pretenda la modificación de las indicaciones terapéuticas de productos ya conocidos, deberá contar con autorización de la Secretaría antes de iniciar su desarrollo.

5.3 La Secretaría, para el otorgamiento de la autorización de una investigación para la salud en seres humanos conforme al objetivo y campo de aplicación de esta norma, deberá corroborar que, en el proyecto o protocolo de investigación, prevalezcan los criterios de respeto a la dignidad del sujeto de investigación, la protección de sus derechos, principalmente el de la protección de la salud, así como el bienestar y la conservación de su integridad física.

5.7 Toda investigación debe garantizar que no expone al sujeto de investigación a riesgos innecesarios y que los beneficios esperados son mayores que los riesgos predecibles, Toda investigación debe garantizar de manera clara, objetiva y explícita, la gratuidad de la maniobra experimental para el sujeto de investigación, lo cual deberá ser considerado en el presupuesto de la investigación, de conformidad con el numeral 10.6, de esta norma.

5.8 En todo proyecto o protocolo de investigación, se deberá estimar su duración, por lo que es necesario que se anoten las fechas tentativas de inicio y término, así como el periodo calculado para su desarrollo inherente a la maniobra experimental.

5.14 En el presupuesto de la investigación deberá incluirse la disponibilidad de un fondo financiero, así como los mecanismos para garantizar la continuidad del tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendrá derecho el sujeto de investigación, en caso de sufrir daños directamente relacionados con la misma; en su caso, este fondo financiero puede ser cubierto con el seguro del estudio.

Se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación denominado “Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 en consulta externa del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

RESULTADOS

Se estudió a una población de 249 pacientes portadores de diabetes tipo 2 en el HGZ/UMF 8, donde se encontró que la media de edad fue de 63.7 años, y una mediana de 65 años, con una desviación estándar de 12.3 años, con un valor mínimo de 21 años y un valor máximo de 88 años.

En el rubro de rango de edad se encontraron: 4 (1.6%) pacientes entre 18 y 30 años de edad, 25 (10%) entre 31-50 años, 142 (57%) entre 51 y 70 años siendo este el grupo predominante, y pacientes mayores de 70 años se presentó una población de 78 (31.3%) pacientes (Ver tabla y grafica 1).

El sexo femenino predominó en este estudio con una cantidad de 160 (64.3%) pacientes, mientras que solo 89 (35.7 %) pacientes son del sexo masculino (Ver tabla y grafica 2).

En cuanto a ocupación 61 (24.5%) es población empleada, con un gran número de población desempleada 188 (75.5%) (Ver tabla y grafica 3).

Referente al estado civil de los pacientes participantes, 20 (8%) son solteros, 155 (62.2%) son casados, 23 (9.2) divorciados, 41 (16.5%) son viudos y solo 10 (4%) viven en unión libre (Ver tabla y grafica 4).

Tomando en cuenta religión, 215 (86.3%) pacientes practican algún tipo de religión, y 34 (13.7%) pacientes no profesan religión alguna (Ver tabla y grafica 5).

En el rubro de escolaridad: 144 (57.8%) de los pacientes estudiados cuentan con escolaridad básica, 67 (26.9%) pacientes con media superior y 38 (15.3%) pacientes con nivel superior (Ver tabla y grafica 6).

Respecto a adaptabilidad de nuestros pacientes: 14 (5.6%) se encuentran en rígida, 8 (3.2%) pacientes en estructurada, 48 (19.3%) pacientes se localizan en flexible, 179 (71.9%) dentro del rango de caótica (Ver tabla y grafica 7).

Para cohesión, 27 (10%) pacientes se ubican en el rango de no relacionada, 92 (36.9%) pacientes en semirrelacionada, 72 (29.9%) pacientes en relacionada y 58 (23.3%) pacientes en rango de aglutinada (Ver tabla y grafica 8).

Referente al tipo de familia: caótica no relacionada contó con 5 (2%) pacientes, 58 (23.3%) pacientes pertenecen a caótica semirrelacionada, 58 (23.3%) pacientes en caótica relacionada, 58 (23.3) en caótica aglutinada, 15 (6%) de pacientes con familia flexible no relacionada, 19 (7.6%) pacientes con flexible semirrelacionada, 14 (5.6%) pacientes se encuentran en familias flexible relacionada, 8 (3.2%) se agrupan en estructurada semirrelacionada, 7 (2.8%) en rígida no relacionada, 7 (2.8%) pacientes en familia rígida semirrelacionada (Ver tabla y grafica 9).

Para clasificación de familias de nuestra población estudiada, contamos con 71 (28.5%) pacientes que clasifican dentro de familias extremas, 137 (55%) pertenecen al rango medio y solo 41 (16.5%) pacientes pertenecen a familias balanceadas (Ver tabla y grafica 10).

En cuanto a la relación entre adaptabilidad y rango de edad, en los pacientes dentro de 18-30 años: 4 (1.6%) pacientes se ubican en el rango de caótica, en pacientes dentro de 31-50 años: 3 (1.2%) pacientes se catalogan en rígida, 8 (3.2%) pacientes en flexible y 14 (5.6%) en caótica, dentro de los 51-70 años, 9 (3.6%) están en el rango de rígida, 19 (7.6%) en flexible, 108 (43.4%) se localizan en caótica, en mayores de 70 años, 2 (0.8%) en rango de rígida, 2(0.8%) pacientes en estructurada, 21 (8.4%) pacientes en flexible, 53 (21.3%) pacientes en caótica (Ver tabla y grafica 11).

Tomando en cuenta adaptabilidad y sexo femenino presenta 8 (3.2%) pacientes en rango de adaptabilidad rígida, 4 (1.6%) pacientes en estructurada, en flexible pertenecen 29 (11.6%) femeninas, en el rango de caótica 119 (64.3%) pacientes. En los que respecta al sexo masculino 6 (2.4%) pacientes se encuentran en rango de rígida, 4 (1.6%) pacientes en estructurada, 19 (21.3%) masculinos en flexible, 60 (24.1%) pacientes en rango de caótica (Ver tabla y grafica 12).

La relación entre adaptabilidad y ocupación, en el rango de rígida 4(1.6%) están empleados y 10 (4%) están desempleados, en estructurada 2 (0.8%) y 6 (2.4%) están empelados y desempleados respectivamente, en flexible 12(4.8%) son empleados y 36 (14.5%) son desempleados, en lo que respecta a caótica 43 (17.3%) son empleados y 136 (54.6) son desempleados. (Ver tabla y grafica 13).

En lo que respecta al rubro de adaptabilidad y edo. Civil: Los solteros en rango de rígida están representados por 1 (0.4%)pacientes, 2 (0.8%) pacientes en estructurada, 2 (0.8%) pacientes en flexible, 15 (6%) en caótica; en pacientes casados: 7 (2.8%) pacientes se ubicaron en rígida, 5 (2%) en estructurada, 31 (12.4%) en flexible, 112 (45%) pacientes en rango de adaptabilidad caótica; los pacientes divorciados: 1(0.4%) se encuentra en adaptabilidad rígida, 1 (0.4%) en estructurada, 6 (2.4%) pacientes en rango flexible, 15 (6%) en caótica; en el estado civil de viudo, 3 (1.2%) pacientes se encuentra en adaptabilidad rígida, 8 (3.2%) de pacientes en estructurada, 30 (12%) en caótica, en pacientes en unión libre, 2 (0.8%) pacientes se encuentran en adaptabilidad rígida, 1 (0.4%) paciente en rango flexible, 7 (2.8%) pacientes en caótica (Ver tabla y grafica 14).

Dentro de la adaptabilidad y su relación con la religión encontramos que de los pacientes que si profesan alguna religión 13 (5.2%) se encuentran en adaptabilidad rígida, 6 (2.4%) pacientes en estructurada, 38 (15.3%) en flexible, 158 (63.5%) en caótica, dentro de los pacientes que no profesan alguna religión, 1 (0.4% se encuentra en el rango de rígida, 2 (0.8%) en estructurada, 10 (4%)en rango de adaptabilidad flexible y 21 (8.4%) pacientes en rango de caótica. (Ver tabla y grafica 15)

En adaptabilidad y su relación con escolaridad, en los pacientes con escolaridad básica 7 (2.8%) se encuentra en rango de adaptabilidad rígida, 3 (1.2%) pacientes en estructurada, 29 (11.6%) de pacientes en rango flexible, 105 (42.2%) de pacientes en adaptabilidad caótica; en la escolaridad media superior, 5 (2%) de pacientes se encuentran en adaptabilidad rígida, 1 (0.4%) paciente se encuentra en estructurada, 12 (1.6%) se localizan en flexible, 49 (3.2%) de pacientes en caótica, en escolaridad superior, 2 (0.8%) de pacientes se encuentran en rígida, 4 (1.6%) de pacientes en estructurada, 7 (2.8%) pacientes en rango flexible, 25 (10%) de pacientes en caótica (Ver tabla y grafica 16).

En la sección que corresponde a la cohesión en relación con rango de edad, pacientes entre 18-30 años 1 (0.4%) se encuentran en semirrelacionada, 1 (0.4%) paciente en relacionada, 2 (0.8%) pacientes se encuentran en aglutinada; en pacientes con rango de edad entre 31-50 años, 4 (1.6%) se encuentra en el rango de no relacionada, 13 (5.2%) en semirrelacionada, 7 (2.8%) pacientes en relacionada y 1 (0.4%) dentro del rango de aglutinada. En pacientes con edad dentro de 51-70 años, 16 (6.4%) están ubicados en cohesión no relacionada, 49 (19.7%) de pacientes en semirrelacionada, 39 (15.7%) pacientes en relacionada y 38 (15.3%) en aglutinada; los pacientes mayores de 70 años, 7 (2.8%) de pacientes en rango de no relacionada, 29 (11.6%) en semirrelacionada; 25 (10%) en relacionada, 17 (6.8%) pacientes dentro de cohesión aglutinada (Ver tabla y gráfica 17).

En relación a cohesión y sexo, dentro del femenino 19 (7.6%) se encuentran en rango de no relacionada, 57 (22.9%) están dentro semirrelacionada, 43 (17.3%) pacientes pertenecen a relacionada, 41 (16.5%) en rango de aglutinada. Dentro del sexo masculino, 8 (3.2%) pacientes están en no relacionada, 35 (14.1%) en semirrelacionada, 29 (11.6%) de pacientes masculinos se encuentran en relacionada, 17 (6.8%) pacientes están en rango de cohesión aglutinada (Ver tabla y grafica 18).

De acuerdo a la relación entre cohesión y ocupación en estos pacientes, se encuentran empleados 4 (1.6%) dentro de rango no relacionado, 22 (8.8%) en semirrelacionada, 21 (8.4%) en relacionada, 14 (5.6%) en aglutinada. En pacientes con desempleo se encuentran 23 (10.8%) en el rango de no relacionada, 70 (28.1%) en semirrelacionada, 51 (20.5%) dentro de relacionada, 44 (17.7%) dentro de aglutinada (Ver tabla y grafica 19).

Respecto a la relación entre cohesión y edo. Civil; en los pacientes solteros, 1 (0.4%) se encuentran en no relacionada, 6 (2.4%) en semirrelacionada, 7 (2.8%) en relacionada, 6 (2.4%) en aglutinada; en pacientes con estado civil casado pertenecen 16 (6.4%) a cohesión no relacionada, 56 (22.5%) a semirrelacionada, 48 (19.3%) en relacionada, 35 (14.1%) en aglutinada; en los pacientes divorciados 3 (1.2%) están en cohesión no relacionada, 12 (4.8%) en semirrelacionada, 4 (1.6%) en el rango relacionada, 4 (1.6%) en cohesión aglutinada. En pacientes dentro del edo. Civil de viudez 7 (2.8%) están en rango de no relacionada, 14 (5.6%) en semirrelacionada, 9 (3.6%) en relacionada, 11 (4.4%) se encuentran dentro de cohesión aglutinada. Por ultimo en pacientes en unión libre 4 (1.6%) están en cohesión semirrelacionada, 4 (1.6%) en relacionada, 2 (0.8%) en cohesión aglutinada. (Ver tabla y grafica 20).

Por otra parte la relación entre cohesión y religión, de los pacientes que si profesan religión, 21 (8.4%) se encuentra en una cohesión no relacionada, 78 (31.3%) en semirrelacionada, 65 (26.1%) en rango de relacionada, 51 (20.5%) se encuentran en aglutinada. Dentro de los pacientes que no profesan religión 6 (2.4%) están en rango de no relacionada, 14 (5.6%) en semirrelacionada, 7 (2.8%) en relacionada, 7 (2.8%) en aglutinada (ver tabla y grafica 21).

En lo referente a la cohesión y escolaridad, en la escolaridad básica 15 (6%) de los pacientes se localiza en no relacionada, 54 (21.7%) pacientes en cohesión semirrelacionada, 45 (18.1%) se localizan en relacionada, 30 (12%) en aglutinada; los pacientes con escolaridad media superior 1 (0.4%) pertenecen al grupo de no relacionada, 19 (7.6%) están ubicadas en semirrelacionada, 17 (6.8%) se encuentran dentro del rango de relacionadas y 20 (8%) en aglutinada. Dentro de pacientes con escolaridad superior, 1 (0.4%) se localiza en no relacionada, 19 (7.6%) en semirrelacionada, 10 (4%) en relacionada y 8 (3.2%) en rango de aglutinada. (Ver tabla y grafica 22).

En el rubro de tipos de familia relacionado con rango de edad en pacientes dentro de 18-30 años de edad, 1 (0.4%) se encuentra en caótica semirrelacionada, 1 (0.4%) paciente en caótica relacionada, 2 (0.8%) pacientes en caótica aglutinada; en pacientes dentro de 31- 50 años, 1 (0.4%) se localiza en caótica no relacionada, 8 (3.2%) en caótica semirrelacionada, 4 (1.6%) dentro de caótica relacionada, 1 (0.4%) dentro de caótica aglutinada, 2 (0.8%) en flexible no relacionada, 3 (1.2%) en el rango de flexible semirrelacionada, 3 (1.2%) en flexible relacionada, 1 (0.4%) en rígida no relacionada y 2 (0.8%) en rígida semirrelacionada. En pacientes dentro de 51-70 años, 4 (1.6%) se encuentra en caótica no relacionada, 31 (12.4%) en caótica semirrelacionada, 35 (14.1%) en caótica relacionada, 38 (15.3%) de pacientes se localizan en caótica aglutinada, 8 (3.2%) pacientes en el rango de flexible no relacionada, 7 (2.8%) en flexible semirrelacionada, 4 (1.6%) en flexible relacionada, 6 (2.4%) dentro de estructurada semirrelacionada, 4 (1.6%) en rígida no relacionada, 5 (2%) en rígida semirrelacionada. En pacientes dentro de rango de edad mayor de 70 años 18 (7.2%) se localiza dentro de caótica semirrelacionada, 18 (7.2%) se encuentra en caótica relacionada, 17 (6.8%) en caótica aglutinada, 5 (2%) en flexible no relacionada, 9 (3.6%) dentro de flexible semirrelacionada, 7 (2.8%) en flexible relacionada, 2 (0.8%) pertenece a estructurada semirrelacionada, 2 (0.8%) rígida no relacionada (ver tabla y grafica 23).

En cuanto a la relación de tipo de familia con sexo femenino, 3 (1.2%) de estas pacientes se encuentra en caótica no relacionada, 39 (15.7%) en caótica semirrelacionada, 36 (14.5%) en caótica relacionada, 41 (16.5%) en caótica aglutinada, 11 (4.4%) en flexible no relacionada, 11 (4.4%), 7 (2.8%) en flexible semirrelacionada, 4 (1.6%) en estructurada semirrelacionada, 5 (2%) en rígida no relacionada, 3 (1.2%) en rígida semirrelacionada. En cuanto al sexo masculino, 2 (0.8%) de estos se encuentra en caótica no relacionada, 19 (7.6%) en caótica semirrelacionada, 22 (8.8%) en caótica relacionada, 17 (6.8%) en caótica aglutinada, 4 (1.6%) en flexible no relacionada, 8 (3.2%) en flexible semirrelacionada, 7 (2.8%) en flexible relacionada, 4 (1.6%) en estructurada semirrelacionada, 2 (0.8%) en rígida no relacionada, 4 (1.6%) para rígida semirrelacionada (ver tabla y grafica 24).

Dentro de la relación entre tipo de familia y ocupación, de los pacientes empleados 10 (4%) se encuentran en caótica semirrelacionada, 19 (7.6%) caótica relacionada, 14 (5.6%) en el rango de caótica aglutinada, 3 (1.2%) en flexible no relacionada, 7 (2.8%) en flexible semirrelacionada, 2 (0.8%) pacientes pertenecen a flexible relacionada, 2 (0.8%) estructurada semirrelacionada, 1 (0.4%) en rígida no relacionada, 3 (1.2%) en rígida semirrelacionada. En pacientes con desempleo: 5 (2%) pertenecen a caótica no relacionada, 48 (19.3%) están en caótica semirrelacionada, 39 (15.7%) se localizan en caótica relacionada, 44 (17.7%) en caótica aglutinada, 12 (4.8%) en flexible no relacionada, 12 (4.8%) en flexible semirrelacionada, 6 (2.4%) para estructurada semirrelacionada, 6 (2.4%) pacientes en rígida no relacionada, 4 (1.6%) en rígida semirrelacionada (ver tabla y grafica 25).

En lo que respecta a tipo de familia en relación con edo. Civil, los pacientes solteros: 3 (1.2%) se encuentran en caótica semirrelacionada, 6 (2.4%) de pacientes en caótica relacionada, 6 (2.4%) en caótica aglutinada, 1 (0.4%) en flexible semirrelacionada, 1 (0.4%) en flexible relacionada, 2 (0.8%) en estructurada semirrelacionada, 1 (0.4%) en pacientes con rígida no estructurada; en los pacientes casados 3 (1.2%) están en caótica no relacionada, 36 (14.5%) en caótica semirrelacionada, 38 (15.3%) en caótica relacionada, 35 (14.1%) en caótica aglutinada, 8 (3.2%) en flexible no relacionada, 13 (5.2%) en flexible semirrelacionada, 10 (4%) en flexible relacionada, 5 (2%) están ubicadas en estructurada semirrelacionada, 5 (2%) en rígida no relacionada, 2 (0.8%) en rígida semirrelacionada. (Ver tabla y grafica 26).

Dentro de la relación de tipos de familia y religión, los pacientes que si profesan religión están 4 (1.6%) de pacientes en caótica no relacionada, 50 (20.1%) en caótica semirrelacionada, 53 (21.3%) en caótica relacionada, 51 (20.5%), 11 (4.4%) en flexible no relacionada, 15 (6%) en flexible semirrelacionada, 12 (4.8%) en flexible relacionada, 6 (2.4%) pacientes en estructurada semirrelacionada, 6 (2.4%) en rígida no relacionada y 7 (2.8%) en rígida semirrelacionada. Los pacientes que no profesan religión se ubican así: 1 (0.4%) paciente en caótica no relacionada, 8 (3.2%) pacientes en caótica semirrelacionada, 5 (2%) caótica relacionada, 7 (2.8%) en caótica aglutinada, 4 (1.6%) en flexible no relacionada, 4 (1.6%) en paciente semirrelacionada, 2 (0.8%) pacientes el flexible relacionada, 2 (0.8%) pacientes en estructura semirrelacionada, 1 (0.4%) en rígida no relacionada (ver tabla y grafica 27).

De acuerdo a la relación de tipos de familia y escolaridad encontramos que en la escolaridad básica tenemos 3 (1.2%) de pacientes en el rango de caótica no relacionada, 35 (14.1%) en caótica semirrelacionada, 37 (14.9%) de pacientes en caótica relacionada, 9 (3.6%) pacientes en flexible no relacionada, 12 (4.8%) pacientes de flexible semirrelacionada, 8 (3.2%) en flexible relacionada, 3 (1.2%) estructurada semirrelacionada, 3 (1.2%) pacientes en rígida no relacionada, 4 (1.6%) pacientes en rígida semirrelacionada. En escolaridad media superior encontramos que 2 (0.8%) pertenecen al rango de caótica no relacionada, 14 (5.6%) pacientes a caótica semirrelacionada, 13 (5.2%) a caótica relacionada, 20 (8%) caótica aglutinada, 6 (2.4%) pacientes en flexible no relacionada, 2 (0.8%) flexible semirrelacionada, 4 (1.6%) pacientes en flexible relacionada, 1 (0.4%) pacientes en estructurada semirrelacionada, 3 (1.2%) pacientes en rígida no relacionada, 2 (0.8%) pacientes dentro de rígida semirrelacionada. Pacientes con escolaridad superior 9 (3.6%) pacientes en caótica semirrelacionada, 8 (3.2%) pacientes en caótica relacionada, 8 (3.2%) pacientes dentro de caótica aglutinada, 5 (2%) pacientes dentro de flexible semirrelacionada, 2 (0.8%) pacientes en flexible relacionada, 4 (1.6%) en estructura semirrelacionada) 1 (0.4%) paciente en rígida no relacionada, 1 (0.4%) en rígida semirrelacionada (Ver tabla y grafica 28).

En la sección de clasificación de familias y rango de edad, dentro de 18-30 años de edad 2 (0.8%) de pacientes se encuentra en rango extremo, 2 (0.8%) en rango medio, dentro de los 31- 50 años 3 (1.2%) pacientes se encuentran dentro de familias extremas, 16 (6.4%) dentro de rango medio, 6 (2.4%) pacientes en balanceadas, en pacientes dentro de los 51-70 años de edad 47 (18.9%) de pacientes se encuentran dentro de clasificación extrema, 78 (31.3%) en rango medio, 17 (6.8%) en balanceadas. Para los pacientes mayores de 70 años 19 (7.6%) están en rango de familias extremas, 41 (16.5%) pertenecen a rango medio, 18 (7.2%) pacientes se encuentran dentro de familias balanceadas (ver tabla y grafica 29)

Respecto a la relación entre clasificación de familias y sexo, de pacientes femeninos, 49 (19.7%) se encuentra en extremas, 89 (35.7%) en rango medio, 22 (8.8%) dentro de balanceadas. En cuanto al sexo masculino 22 (8.8%) pacientes en clasificación extrema, 48 (19.3%) pacientes dentro de rango medio, 19 (7.6%) pacientes dentro de familias balanceadas. (Ver tabla y grafica 30).

Tomando en cuenta la relación entre clasificación de familias y ocupación, de los pacientes empleados 15 (6%) pertenecen a clasificación extrema de familias, 35 (14.1%) pacientes se localiza en rango medio, 11 (4.4%) pacientes dentro de las balanceadas. En pacientes desempleados: 56 (22.5%) se clasifican como familia extrema, 102 (41%) pacientes en rango medio, 30 (12%) pacientes se localizan en balanceadas (Ver tabla y grafica 31).

De acuerdo a la relación entre clasificación de familias y edo. Civil, encontramos en pacientes solteros, 7 (2.8%) dentro de clasificación extrema de las familias, 9 (3.6%) pacientes en rango medio, 4 (1.6%) pacientes en familias balanceadas. En pacientes casados, 43 (17.3%) pertenecen a familias extremas, 84 (33.7%) pacientes en rango medio, 28 (11.2%) pacientes en balanceadas. Pacientes divorciados se presentan 4 (1.6%) en extremas, 15 (6%) en rango medio, 4 (1.6%) en balanceadas. Dentro de los pacientes viudos encontramos 14 (5.6%) en familias extremas, 23 (9.2%) en rango medio, 4 (1.6%) en familias balanceadas. En los pacientes con unión libre se localizan 3 (1.2%) en extremas, 6 (2.4%) en rango medio, 1 (0.4%) en balanceadas (ver tabla y grafica 32).

En cuanto a la asociación de clasificación de familias y religión; de los pacientes que si profesan religión 62 (24.9%) en familias extremas, 120 (48.2%) en rango medio, 33 (13.3%) dentro de balanceadas. Pacientes que no profesan religión, 9 (3.6%) se encuentra en familias extremas, 17 (6.8%) dentro de rango medio, 8 (3.2%) dentro de balanceadas (Ver tabla y grafica 33).

Por último, la relación de clasificación de familias con escolaridad, escolaridad básica presenta 37 (14.9%) en clasificación extrema, 84 (33.7%) en rango medio, 23 (9.2%) en balanceadas; dentro de media superior 25 (10%) pacientes en extrema, 35 (14.1%) pacientes dentro de rango medio, 7 (2.8%) en balanceadas. Para escolaridad superior 9 (3.6%) pacientes pertenecen a familias extremas, 18 (7.2%) pacientes en rango medio, 11 (4.4%) en balanceadas (ver tabla y grafica 34).

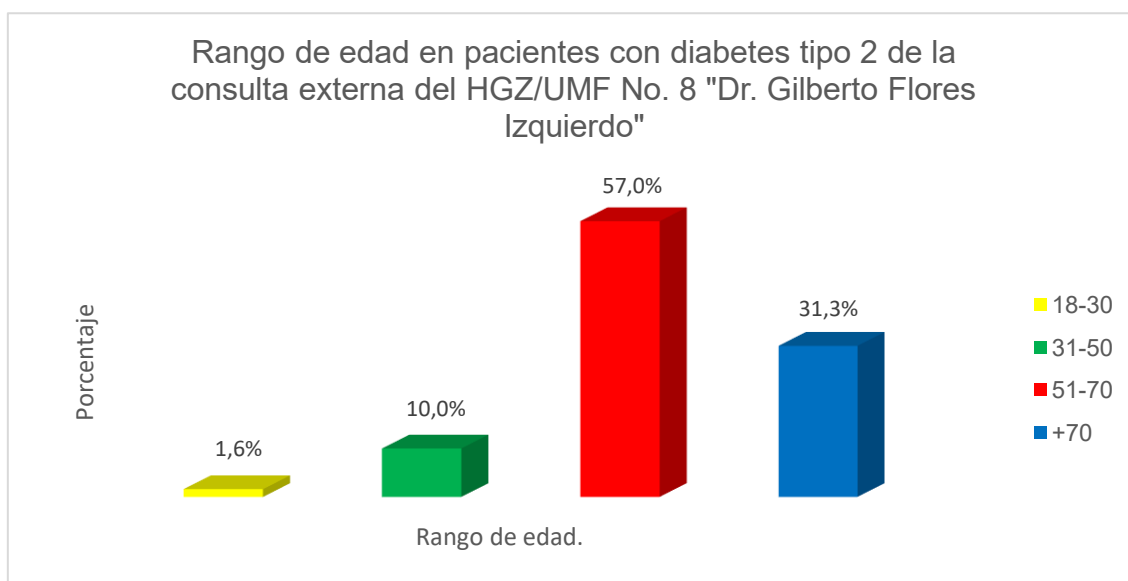
TABLAS Y GRAFICAS

Tabla 1

Rango de edad en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"		
Rango de edad (años)	Frecuencia	Porcentaje (%)
18-30	4	1,6
31-50	25	10,0
51-70	142	57,0
+70	78	31,3
Total	249	100,0

Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"2018

Grafica 1.



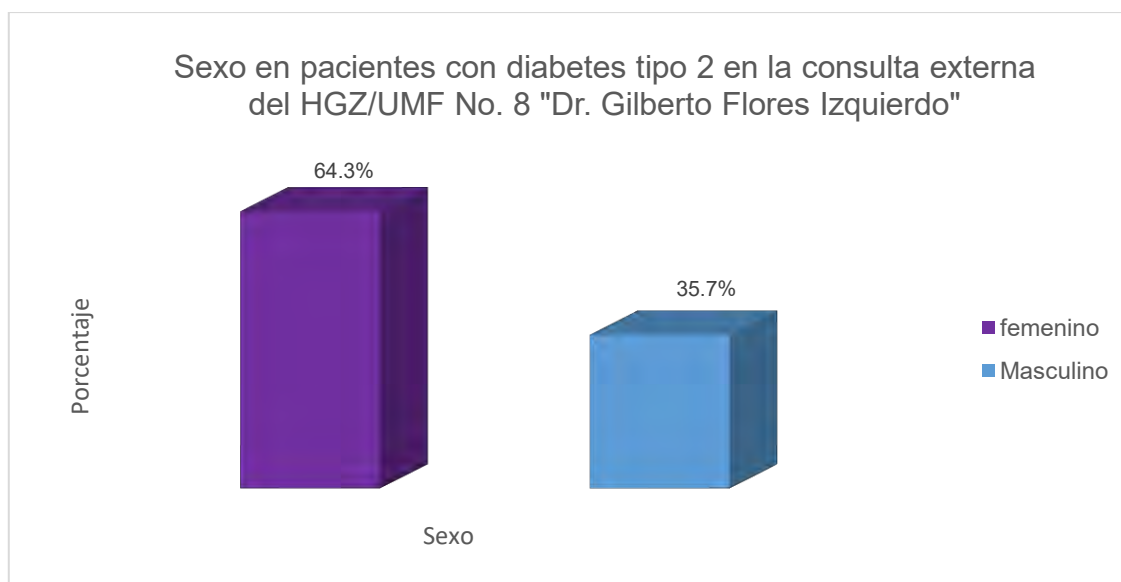
Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"2018

Tabla 2

Sexo en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"		
Sexo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Femenino	160	64.3
Masculino	89	35.7
Total	249	100

Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Grafica 2



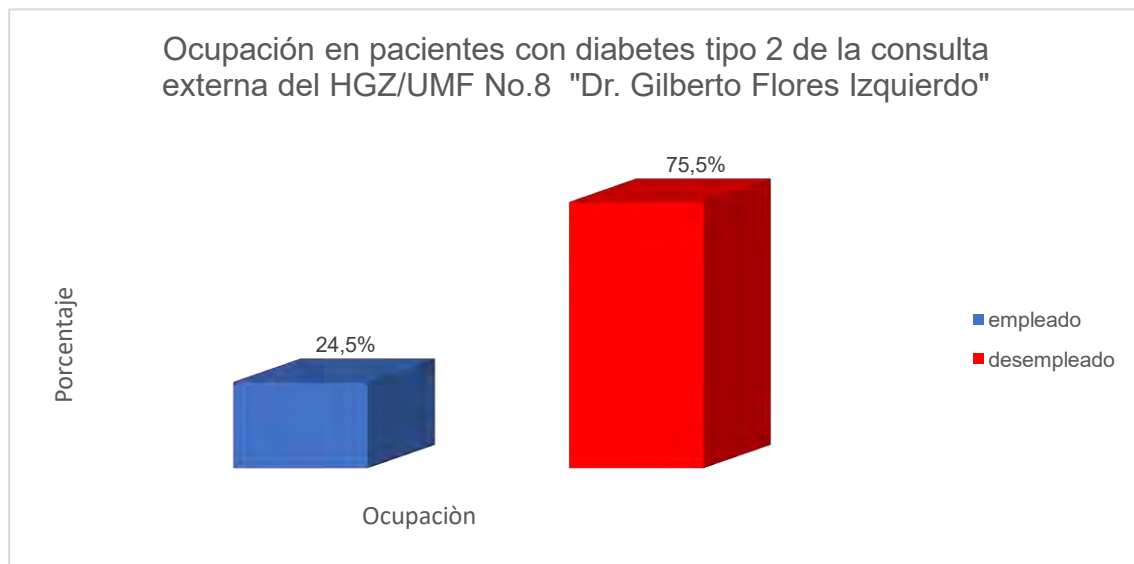
Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018.

Tabla 3

Ocupación en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"		
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Empleado	61	24.5
Desempleado	188	75.5
Total	249	100

Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018.

Grafica 3



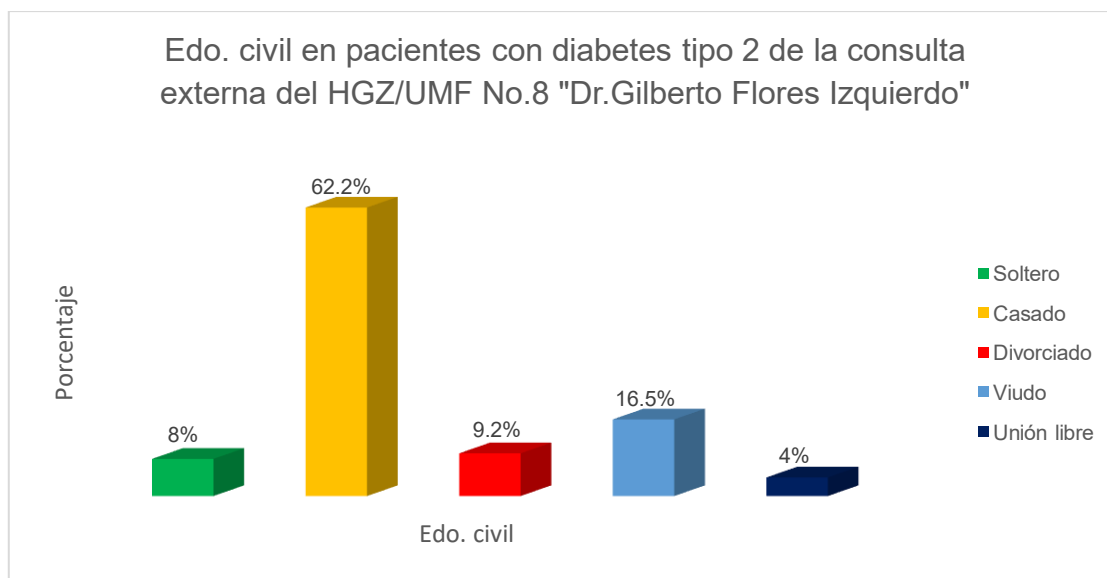
Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía- RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Tabla 4

Edo. Civil en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"		
Edo. civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero	20	8
Casado	155	62.2
Divorciado	23	9.2
Viudo	41	16.5
Unión libre	10	4
Total	249	100

Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Grafica 4



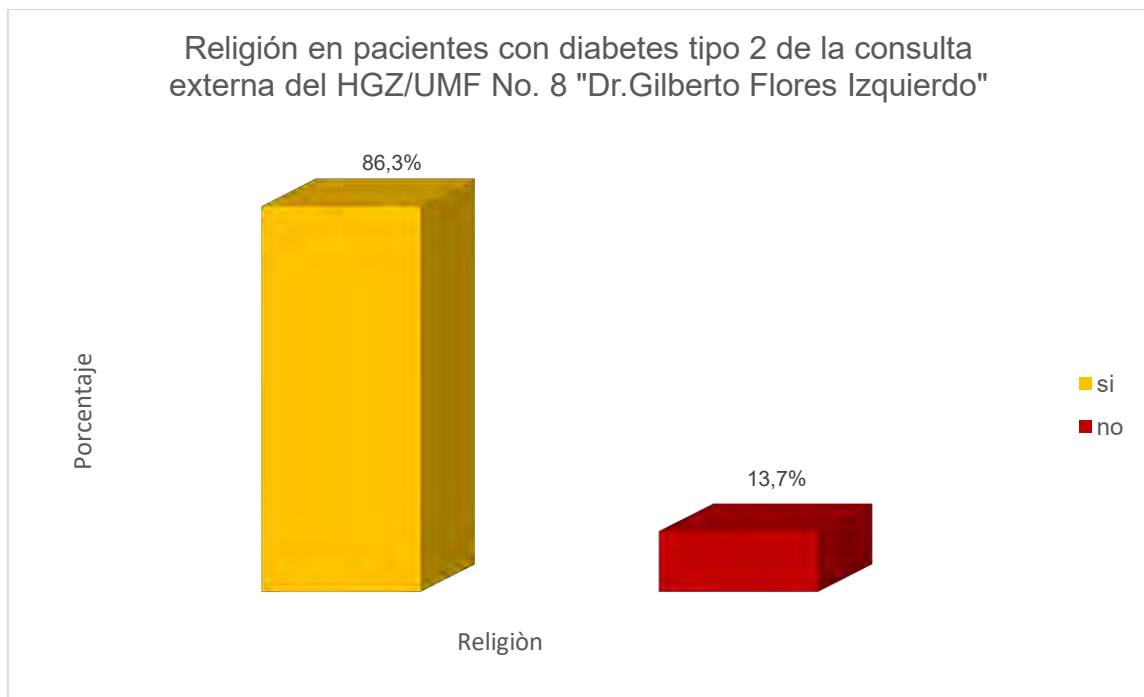
Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Tabla 5

Religión en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"		
Religión	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	215	86.3
No	34	13.7
Total	249	100

Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Grafica 5



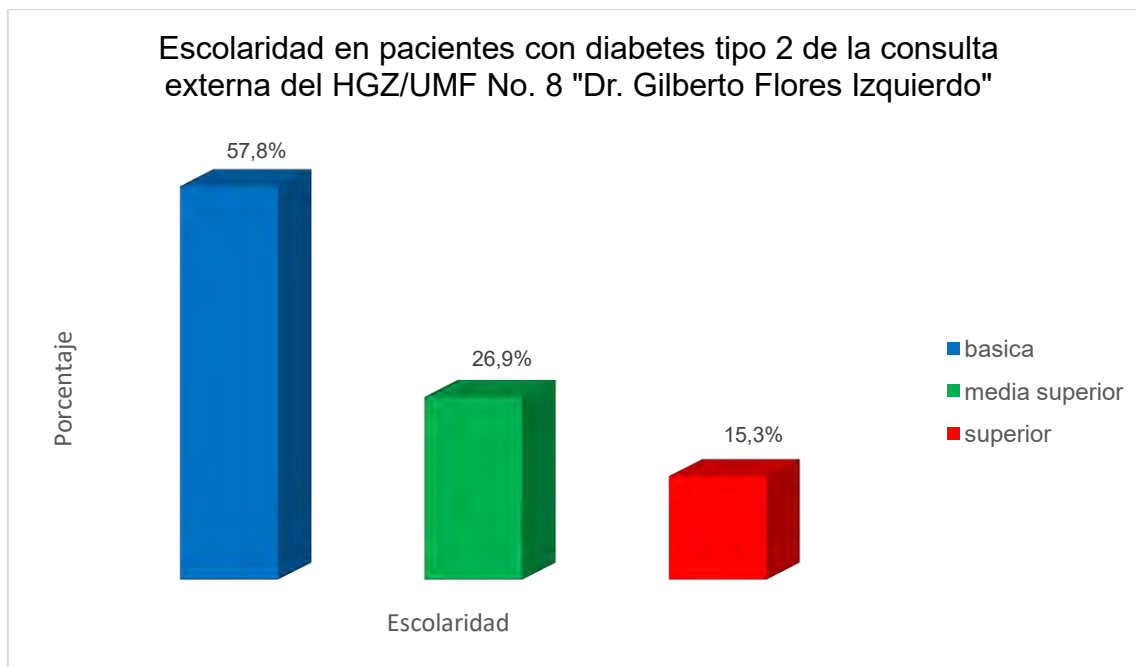
Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Tabla 6

Escolaridad en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"		
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Básica	144	57.8
Media superior	67	26.9
Superior	38	15.3
Total	249	100

Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Grafica 6



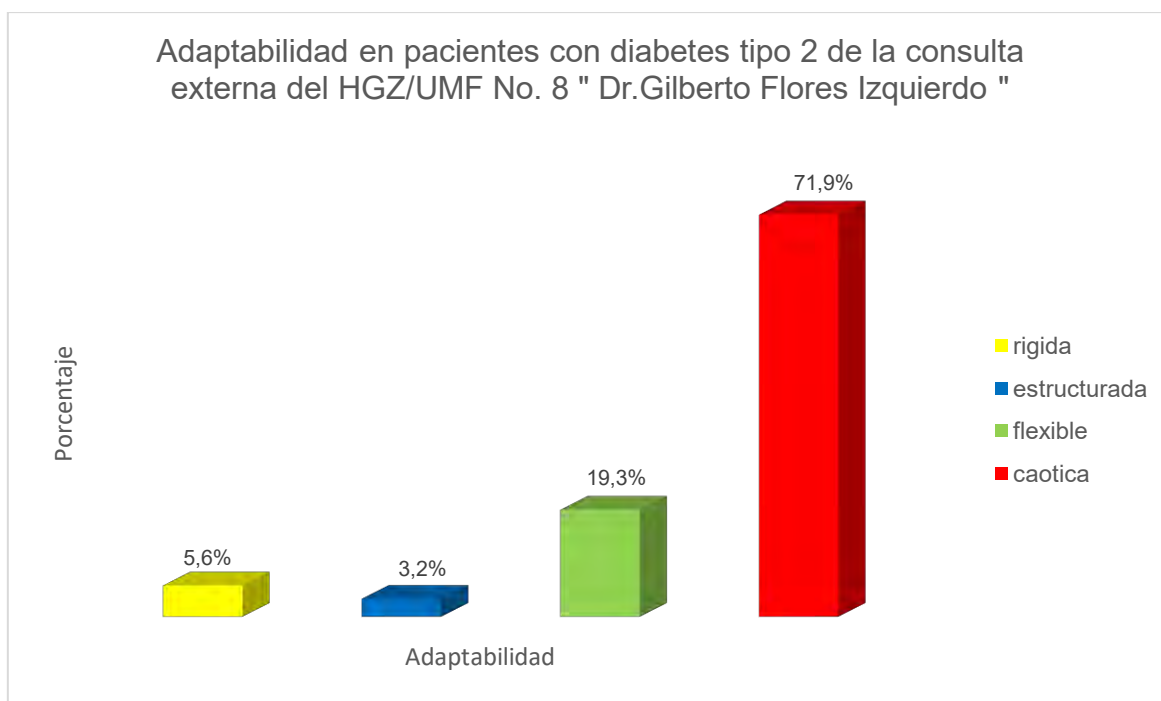
Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Tabla 7

Adaptabilidad en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"		
Adaptabilidad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Rígida	14	5.6
Estructurada	8	3.2
Flexible	48	19.3
Caótica	179	71.9
Total	249	100

Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Grafico 7



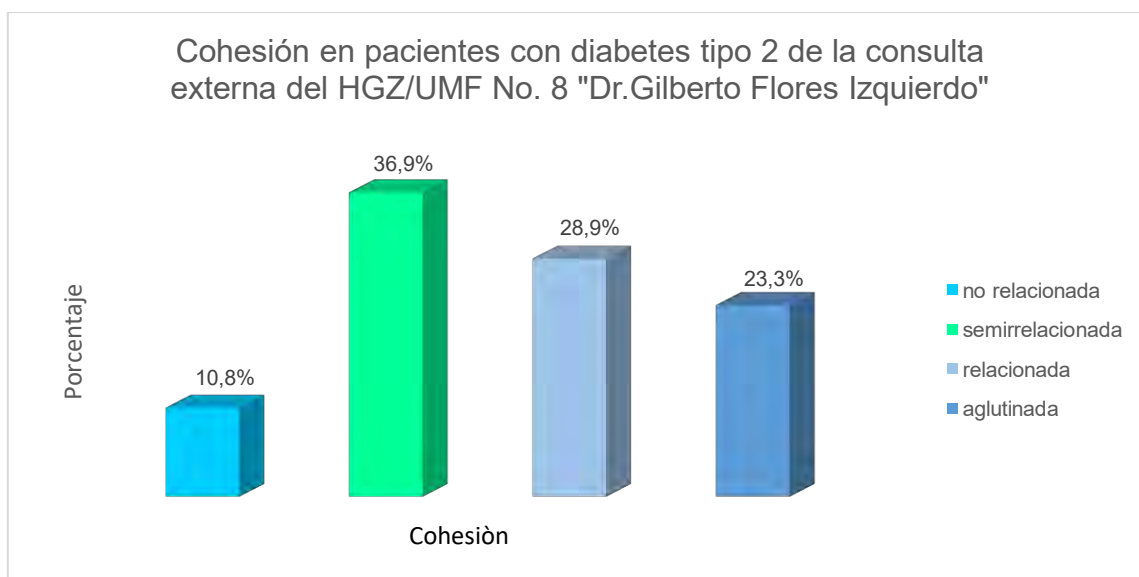
Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Tabla 8

Cohesión en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"		
Cohesión	Frecuencia	Porcentaje (%)
No relacionada	27	10.8
Semirrelacionada	92	36.9
Relacionada	72	28.9
Aglutinada	58	23.3
Total	249	100

Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía- RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Grafica 8



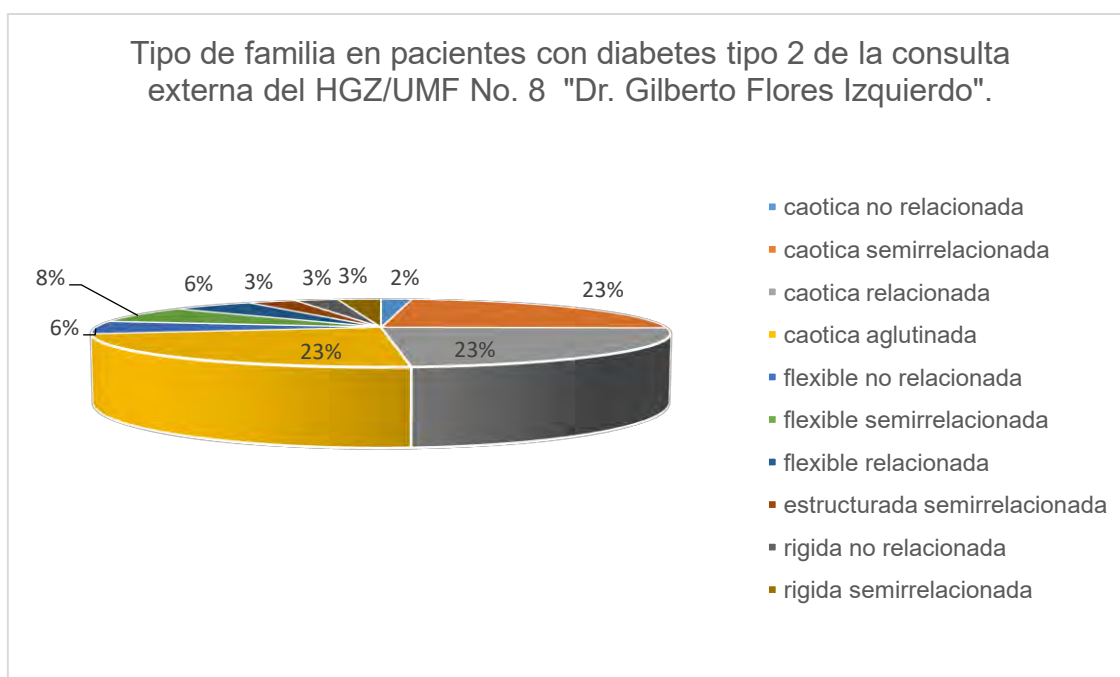
Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Tabla 9

Tipos de familia en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"		
Tipo de familia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Caótica no relacionada	5	2
Caótica semirrelacionada	58	23.3
Caótica relacionada	58	23.3
Caótica aglutinada	58	23.3
Flexible no relacionada	15	6
Flexible semirrelacionada	19	7.6
Flexible relacionada	14	5.6
Estructurada semirrelacionada	8	3.2
Rígida no relacionada	7	2.8
Rígida semirrelacionada	7	2.8
Total	249	100

Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Grafico 9



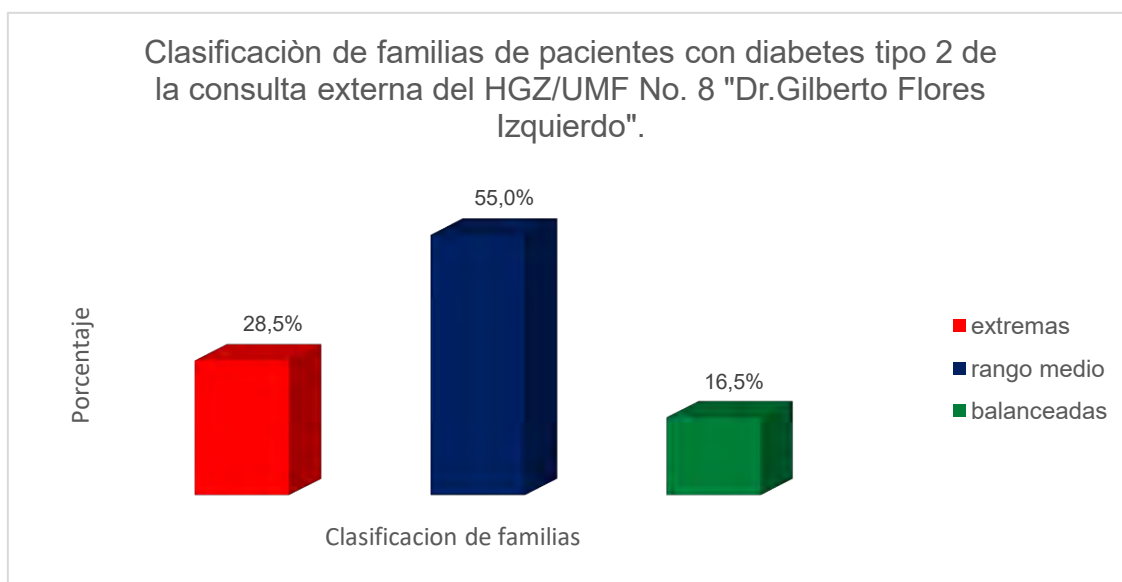
Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Tabla 10

Clasificación de familias de pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"		
Clasificación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Extremas	71	28.5
Rango medio	137	55
Balanceadas	41	16.5
Total	249	100

Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Grafica 10



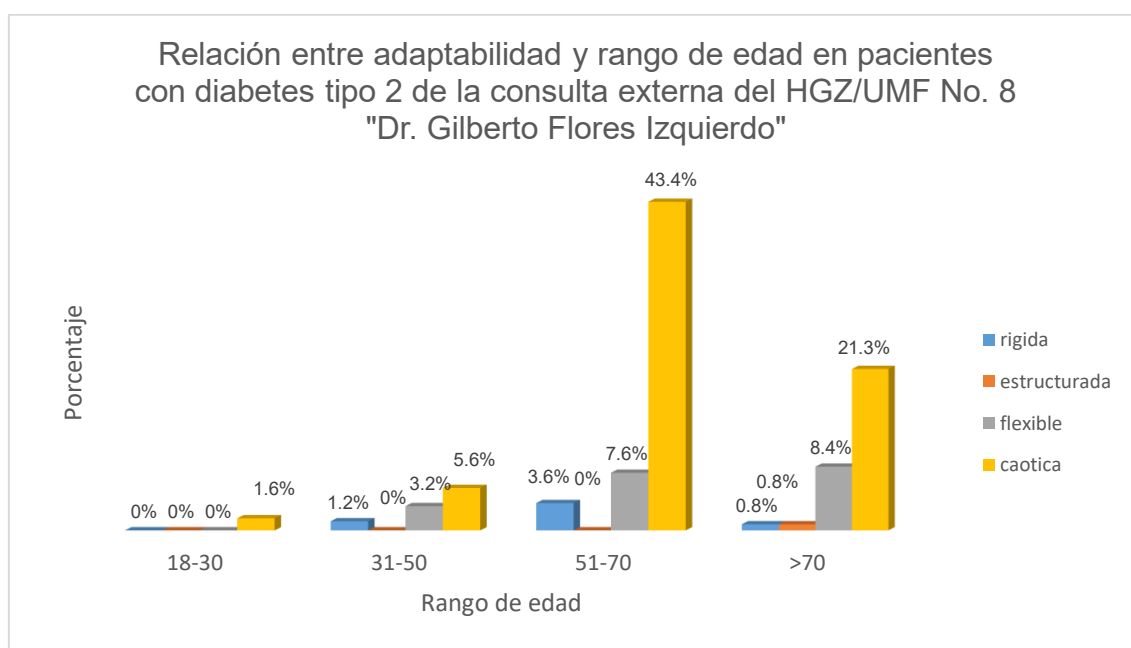
Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Tabla 11

Relación entre adaptabilidad y rango de edad en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF No.8 "Gilberto Flores Izquierdo"										
Rango de edad	Adaptabilidad								Total	
	Rígida		Estructurada		Flexible		Caótica			
	Frecuencia	% total	frecuencia	% total	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total
18-30	0	0	0	0	0	0	4	1.6	4	1.6
31-50	3	1.2	0	0	8	3.2	14	5.6	25	10.0
51-70	9	3.6	0	0	19	7.6	108	43.4	142	57.0
>70	2	0.8	2	0.8	21	8.4	53	21.3	78	31.3
Total	14	5.6	2	0.8	48	19.2	179	71.9	249	100

Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Grafica 11



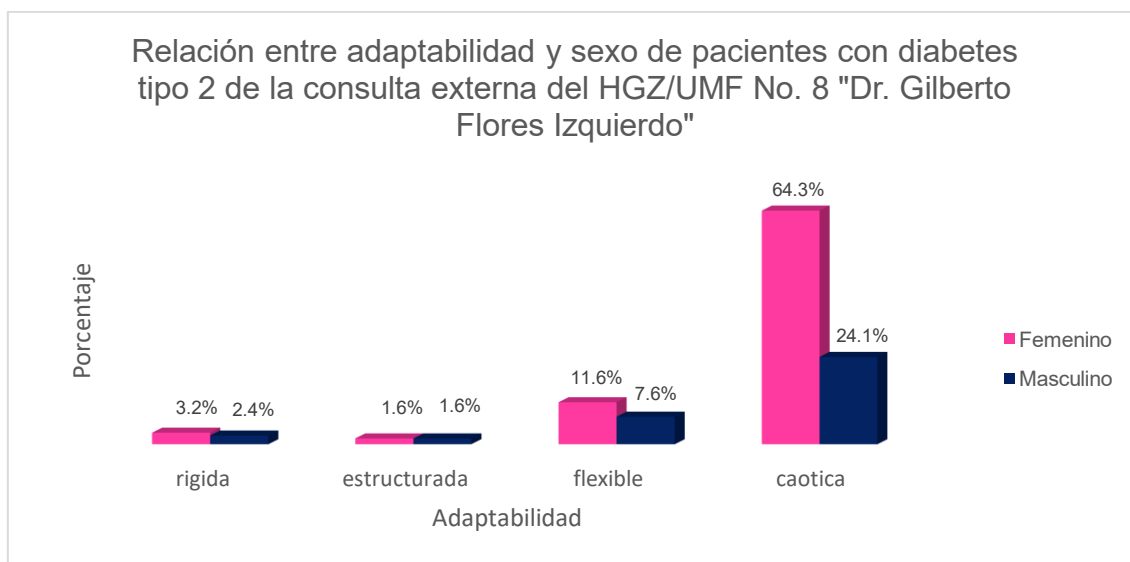
Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Tabla 12

Relación entre adaptabilidad y sexo de pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"										
Sexo	Adaptabilidad								Total	
	Rígida		Estructurada		Flexible		Caótica			
	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total	Frecuencia	%total	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total
Femenino	8	3.2	4	1.6	29	11.6	119	64.3	160	64.3
Masculino	6	2.4	4	1.6	19	7.6	60	24.1	89	35.7
Total	14	5.6	8	3.2	48	19.3	179	71.9	249	100

Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Grafica 12



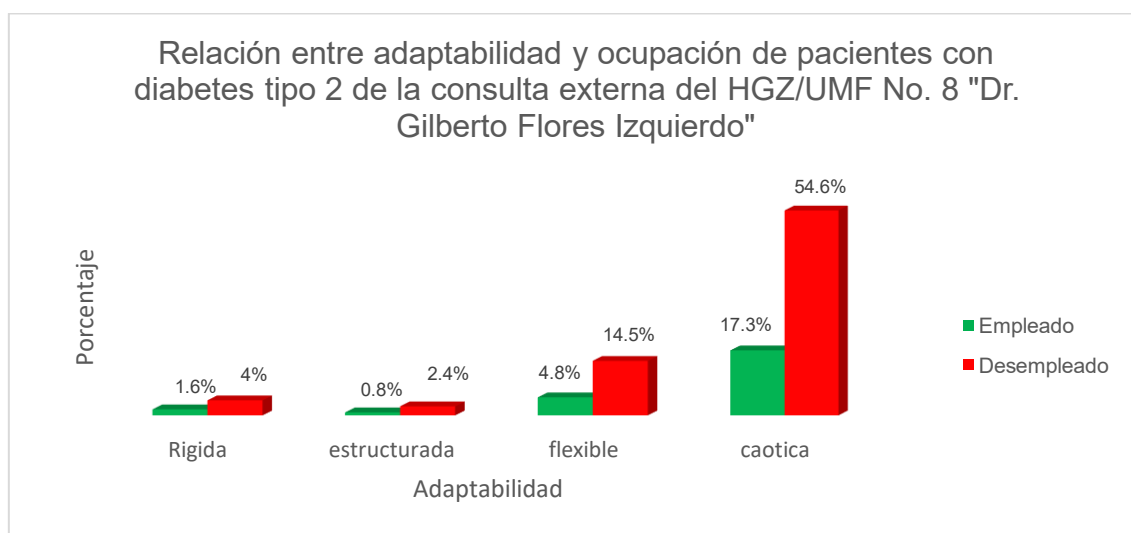
Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Tabla 13

Relación entre adaptabilidad y ocupación en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"										
Ocupación	Adaptabilidad								Total	
	Rígida		Estructurada		Flexible		Caótica		Frecuencia	% total
	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total	Frecuencia	%total		
Empleado	4	1.6	2	0.8	12	4.8	43	17.3	61	24.5
Desempleado	10	4	6	2.4	36	14.5	136	54.6	188	75.5
Total	14	5.6	8	3.2	48	19.3	179	71.9	249	100

Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Grafica 13



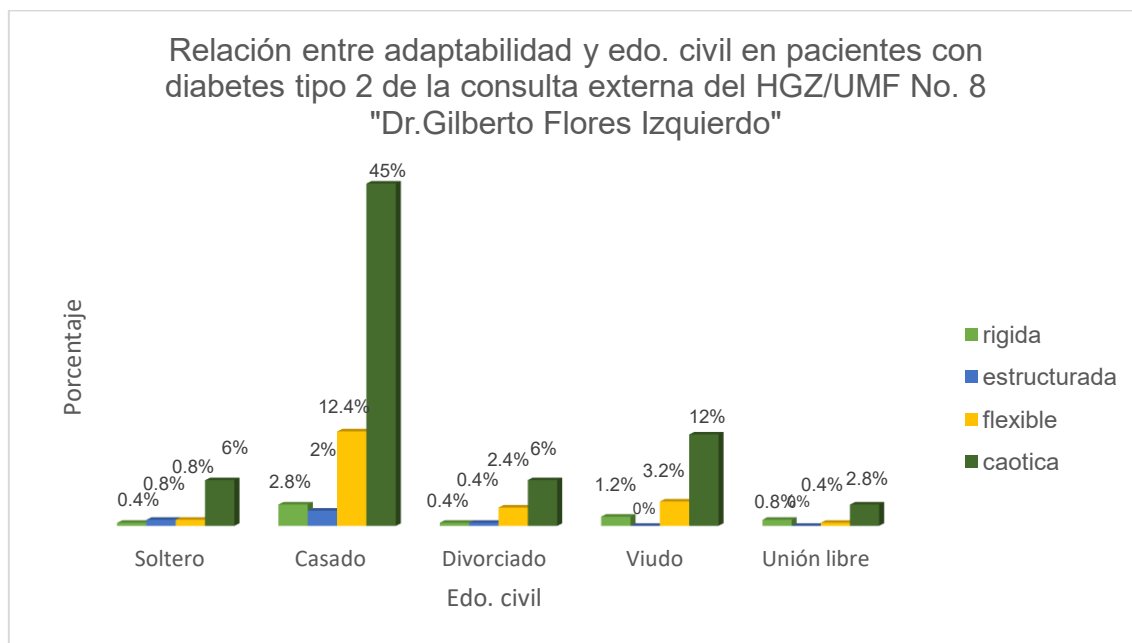
Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Tabla 14

Relación entre adaptabilidad y Edo. Civil de pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"										
Edo. civil	Adaptabilidad								Total	
	Rígida		Estructurada		Flexible		Caótica			
	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total	Frecuencia	%total
Soltero	1	0.4	2	0.8	2	0.8	15	6.0	20	8.0
Casado	7	2.8	5	2.0	31	12.4	112	45	155	62.2
Divorciado	1	0.4	1	0.4	6	2.4	15	6.0	23	9.2
Viudo	3	1.2	0	0	8	3.2	30	12.0	41	16.5
Unión libre	2	0.8	0	0	1	0.4	7	2.8	10	4.0
Total	14	5.6	8	3.2	48	19.3	179	71.9	249	100

Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Grafica 14



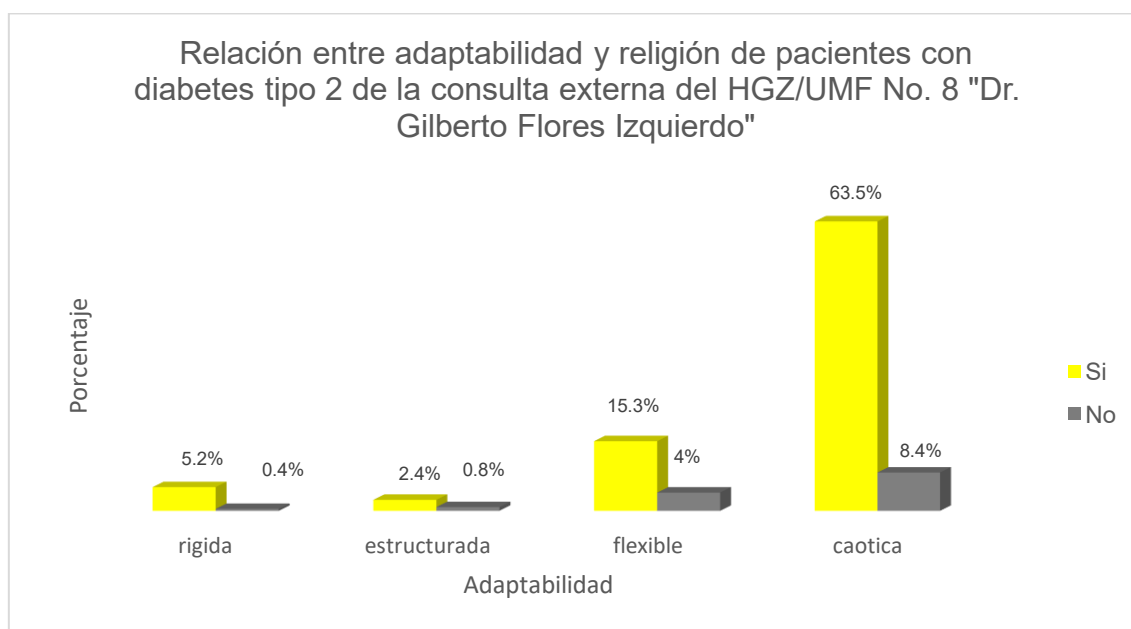
Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Tabla 15

Relación entre adaptabilidad y religión en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"										
Religión	Adaptabilidad								Total	
	Rígida		Estructurada		Flexible		Caótica		Frecuencia	% total
	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total		
Si	13	5.2	6	2.4	38	15.3	158	63.5	215	86.3
No	1	0.4	2	0.8	10	4	21	8.4	34	13.7
Total	14	5.6	8	3.2	48	19.3	179	71.9	249	100

Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Grafica 15



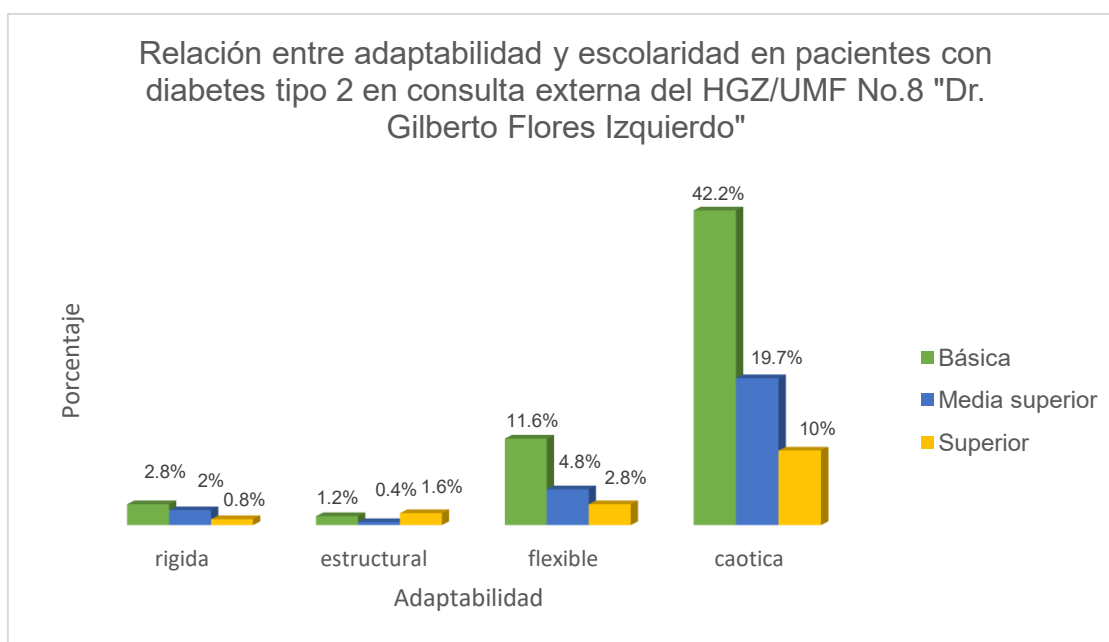
Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Tabla 16

Relación entre adaptabilidad y escolaridad de pacientes con diabetes tipo 2 en consulta externa del HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"										
Escolaridad	Adaptabilidad								Total	
	Rígida		Estructurada		Flexible		Caótica		Frecuencia	% total
	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total		
Básica	7	2.8	3	1.2	29	11.6	105	42.2	144	57.8
Media superior	5	2	1	0.4	12	4.8	49	19.7	67	26.9
Superior	2	0.8	4	1.6	7	2.8	25	10	38	15.3
Total	14	5.6	8	3.2	48	19.3	179	71.9	249	100

Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Grafica 16



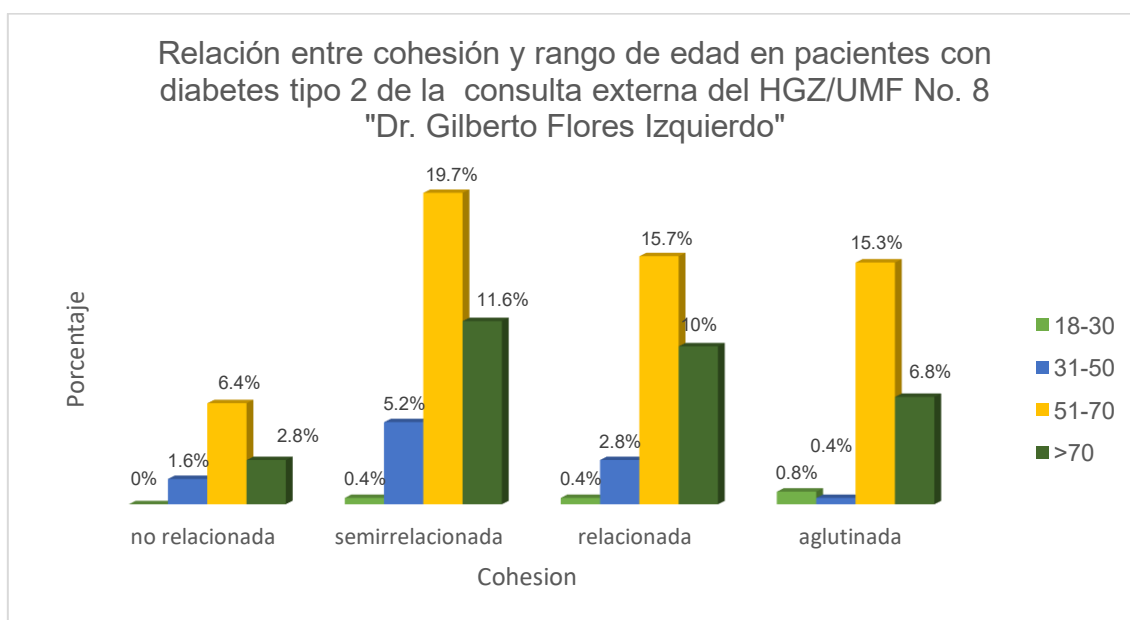
Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Tabla 17

Relación entre cohesión y rango de edad de pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"										
Rango de edad	Cohesión								Total	
	No relacionada		Semirrelacionada		Relacionada		Aglutinada			
	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total
18-30	0	0	1	0.4	1	0.4	2	0.8	4	1.6
31-50	4	1.6	13	5.2	7	2.8	1	0.4	25	10
51-70	16	6.4	49	19.7	39	15.7	38	15.3	142	57
>70	7	2.8	29	11.6	25	10.0	17	6.8	78	31.3
Total	27	10.8	92	36.9	72	28.9	58	23.3	249	100

Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Grafica 17



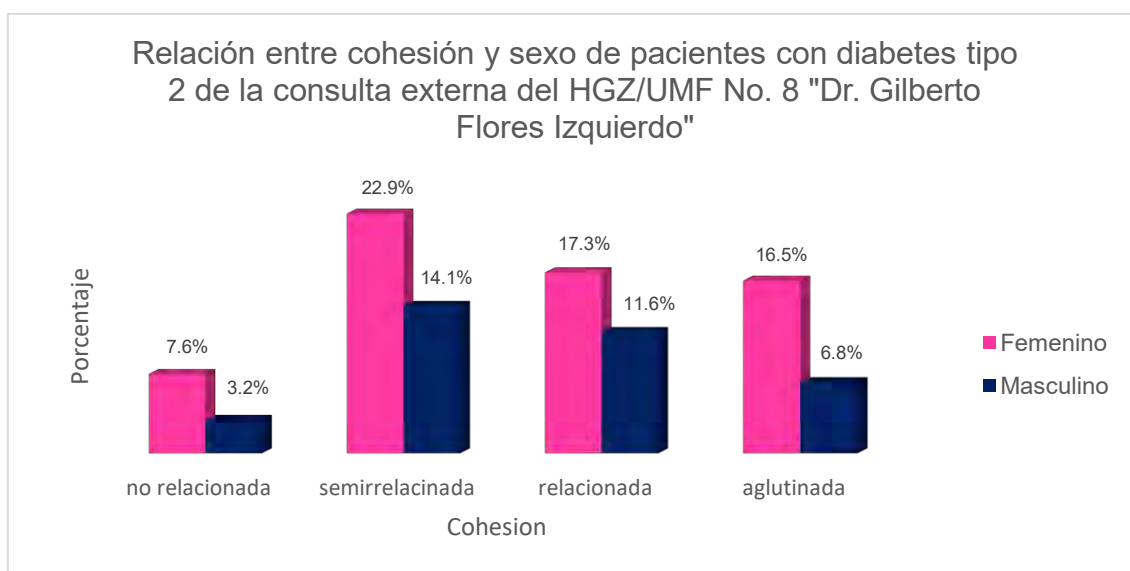
Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Tabla 18

Relación entre cohesión y sexo de pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"										
Sexo	Cohesión								Total	
	No relacionada		Semirrelacionada		Relacionada		Aglutinada		Frecuencia	%
	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total		
Femenino	19	7.6	57	22.9	43	17.3	41	16.5	160	64.3
Masculino	8	3.2	35	14.1	29	11.6	17	6.8	89	35.7
Total	27	10.8	92	36.9	72	28.9	58	23.3	249	100

Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Grafica 18



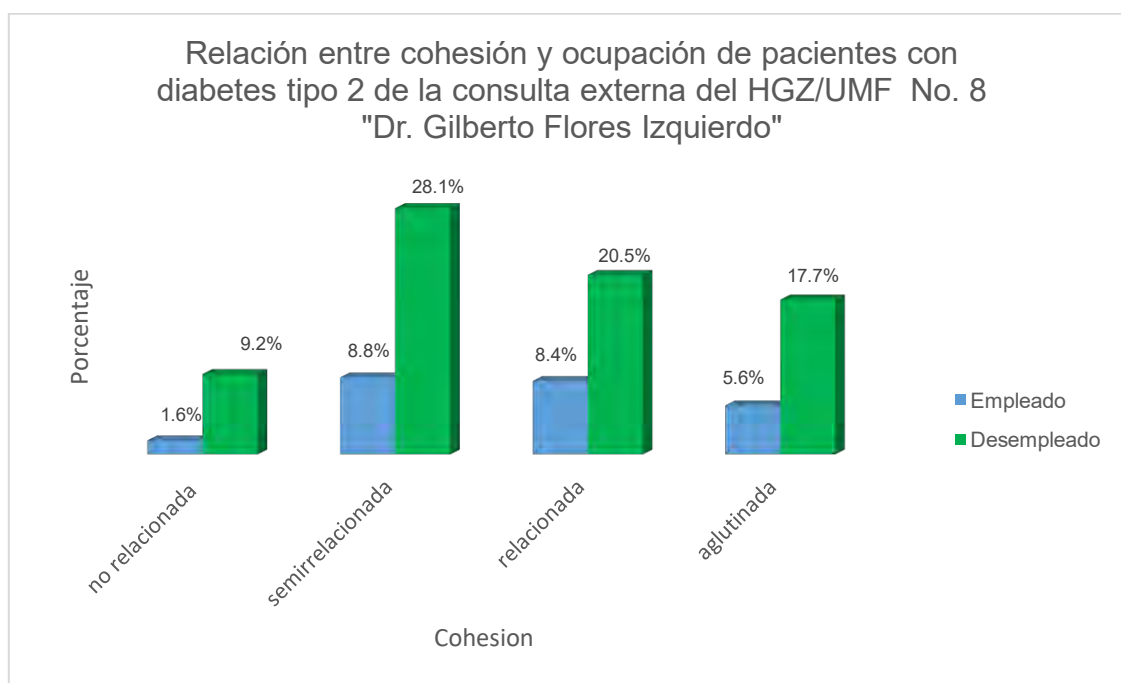
Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Tabla 19

Relación entre cohesión y ocupación de pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"										
Ocupación	Cohesión								Total	
	No relacionada		Semirrelacionada		Relacionada		Aglutinada		Frecuencia	%
	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total		
Empleado	4	1.6	22	8.8	21	8.4	14	5.6	61	24.5
Desempleado	23	9.2	70	28.1	51	20.5	44	17.7	188	75.5
Total	27	10.8	92	36.9	72	28.9	58	23.3	249	100

Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Grafica 19



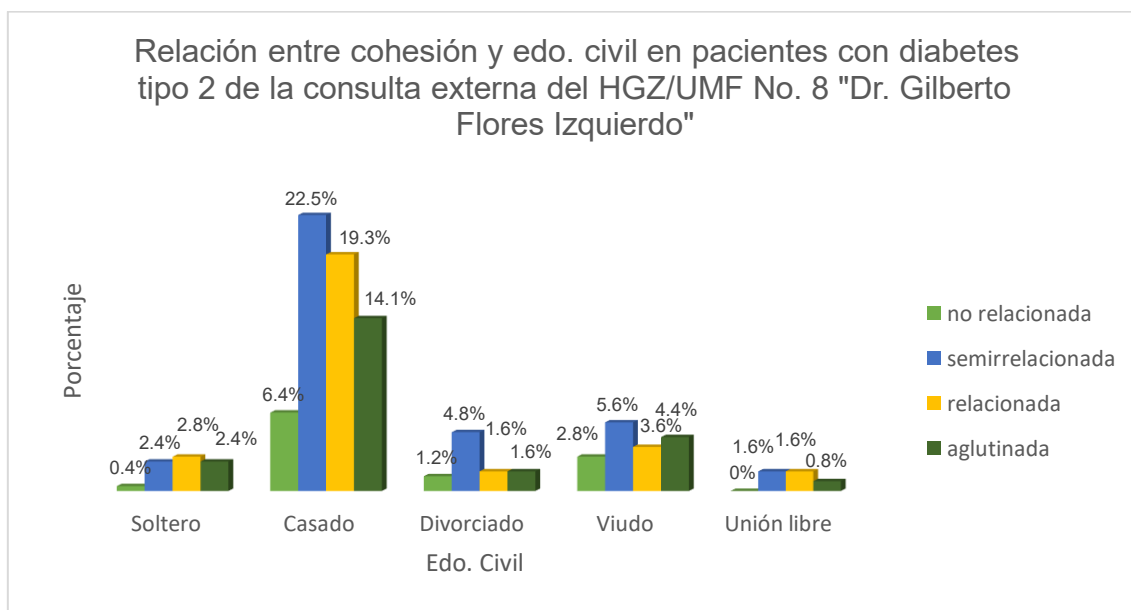
Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Tabla 20

Relación entre cohesión y edo. civil de pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"										
Edo. Civil	Cohesión								Total	
	No relacionada		Semirrelacionada		Relacionada		Aglutinada			
	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total
Soltero	1	0.4	6	2.4	7	2.8	6	2.4	20	8.0
Casado	16	6.4	56	22.5	48	19.3	35	14.1	155	62.2
Divorciado	3	1.2	12	4.8	4	1.6	4	1.6	23	9.2
Viudo	7	2.8	14	5.6	9	3.6	11	4.4	41	16.5
Unión libre	0	0	4	1.6	4	1.6	2	0.8	10	4.0
Total	27	10.8	92	36.9	72	28.9	58	23.3	249	100

Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Grafica 20



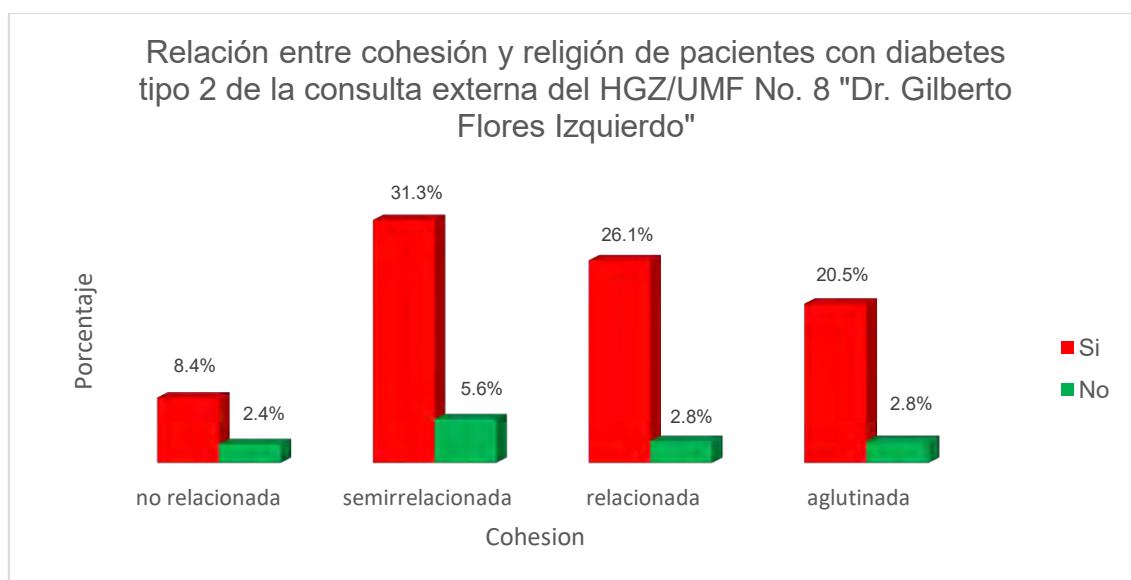
Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Tabla 21

Relación entre cohesión y religión de pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"										
Religión	Cohesión								Total	
	No relacionada		Semirrelacionada		Relacionada		Aglutinada			
	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total
Si	21	8.4	78	31.3	65	26.1	51	20.5	215	86.3
No	6	2.4	14	5.6	7	2.8	7	2.8	34	13.7
Total	27	10.8	92	36.9	72	28.9	58	23.3	249	100

Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Grafica 21



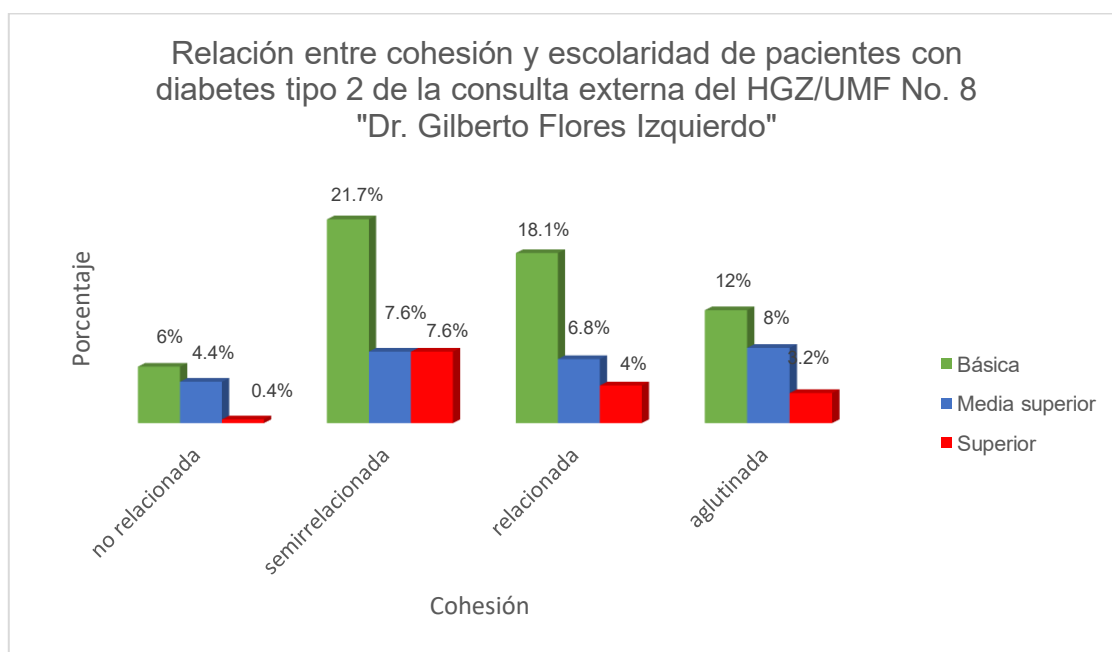
Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Tabla 22

Relación entre cohesión y escolaridad de pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"										
Escolaridad	Cohesión								Total	
	No relacionada		Semirrelacionada		Relacionada		Aglutinada			
	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total
Básica	15	6.0	54	21.7	45	18.1	30	12.0	144	57.8
Media superior	11	4.4	19	7.6	17	6.8	20	8.0	67	26.9
Superior	1	0.4	19	7.6	10	4.0	8	3.2	38	15.3
Total	27	10.8	92	36.9	72	28.9	58	23.3	249	100

Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Grafica 22



Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

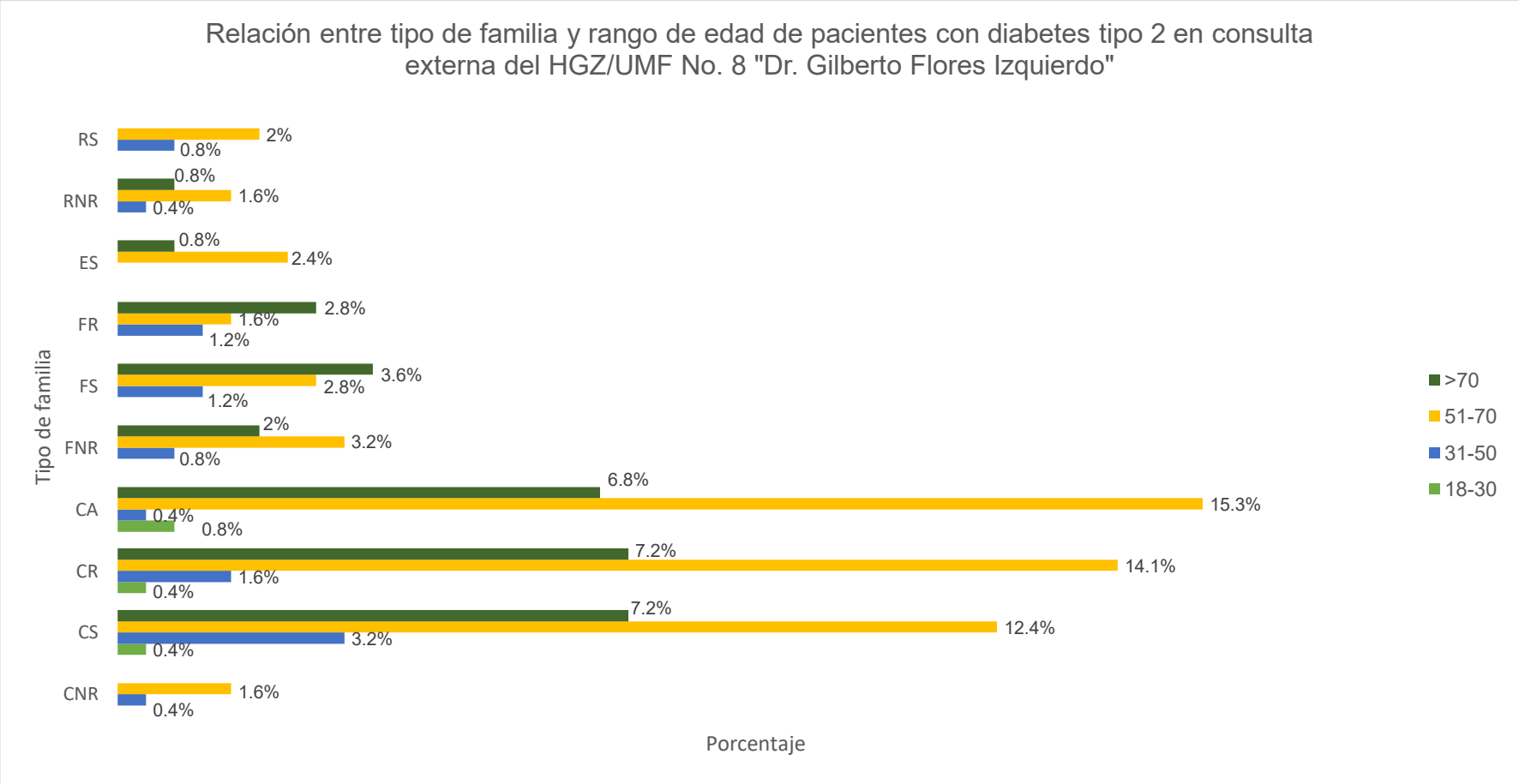
Tabla 23.

Relación entre tipo de familia y rango de edad de pacientes con diabetes tipo 2 en consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"																							
Rango de edad.	Tipo de familia																				Total		
	C N R		CS		CR		CA		FNR		FS		FR		ES		RNR		RS		Frec.	%	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%			
18-30	0	0	1	0.4	1	0.4	2	0.8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1.6
31-50	1	0.4	8	3.2	4	1.6	1	0.4	2	0.8	3	1.2	3	1.2	0	0	1	0.4	2	0.8	25	10	
51-70	4	1.6	31	12.4	35	14.1	38	15.3	8	3.2	7	2.8	4	1.6	6	2.4	4	1.6	5	2	142	57	
>70	0	0	18	7.2	18	7.2	17	6.8	5	2	9	3.6	7	2.8	2	0.8	2	0.8	0	0	78	31.3	
Total	5	2	58	23.3	58	23.3	58	23.3	15	6	19	7.6	14	5.6	8	3.2	7	2.8	7	2.8	249	100	

Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Abreviaturas			
CNR	Caótica no relacionada	FS	Flexible semirrelacionada
CS	Caótica semirrelacionada	FR	Flexible relacionada
CR	Caótica relacionada	ES	Estructurada semirrelacionada
CA	Caótica aglutinada	RNR	Rígida no relacionada
FNR	Flexible no relacionada	RS	Rígida semirrelacionada
FS	Flexible semirrelacionada	Frec	Frecuencia

Grafica 23.



Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

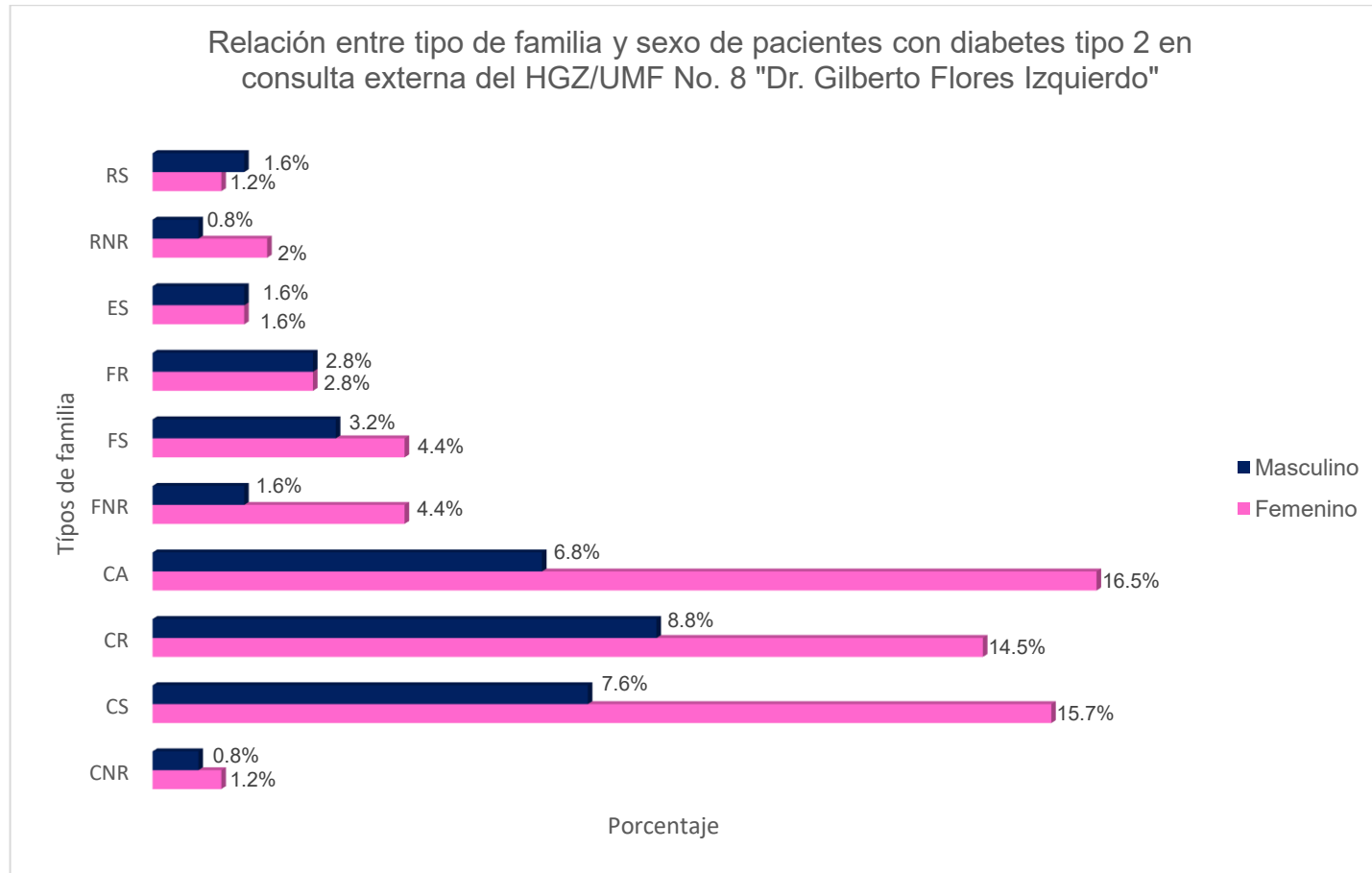
Tabla 24

Relación entre tipo de familia y sexo de pacientes con diabetes tipo 2 en consulta externa del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”																						
Sexo	Tipo de familia																				Total	
	C N R		CS		CR		CA		FNR		FS		FR		ES		RNR		RS			
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Femenino	3	1.2	39	15.7	36	14.5	41	16.5	11	4.4	11	4.4	7	2.8	4	1.6	5	2	3	1.2	160	64.3
Masculino	2	0.8	19	7.6	22	8.8	17	6.8	4	3.2	8	3.2	7	2.8	4	1.6	2	0.8	4	1.6	89	35.7
Total	5	2	58	23.3	58	23.3	58	23.3	15	6	19	7.6	14	5.6	8	3.2	7	2.8	7	2.8	249	100

Fuente: 249. Sugia-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” 2018

Abreviaturas			
CNR	Caótica no relacionada	FS	Flexible semirrelacionada
CS	Caótica semirrelacionada	FR	Flexible relacionada
CR	Caótica relacionada	ES	Estructurada semirrelacionada
CA	Caótica aglutinada	RNR	Rígida no relacionada
FNR	Flexible no relacionada	RS	Rígida semirrelacionada
FS	Flexible semirrelacionada	Frec	Frecuencia

Grafica 24



Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

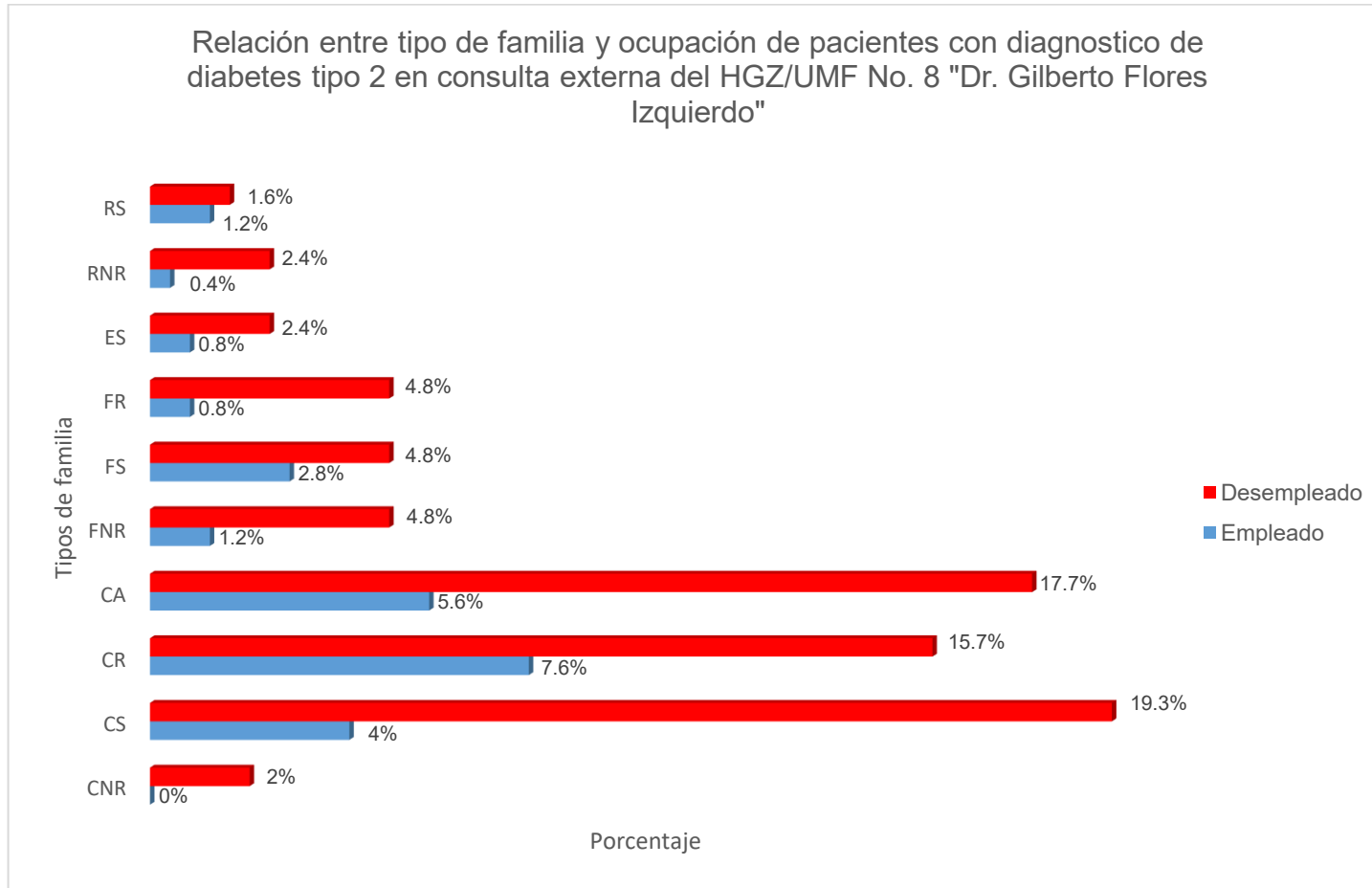
Tabla 25

Relación entre tipo de familia y ocupación de pacientes con diabetes tipo 2 en consulta externa del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”																						
Ocupación	Tipo de familia																				Total	
	C N R		CS		CR		CA		FNR		FS		FR		ES		RNR		RS			
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Empleado	0	0	10	4	19	7.6	14	5.6	3	1.2	7	2.8	2	0.8	2	0.8	1	0.4	3	1.2	61	24.5
Desempleado	5	2	48	19.3	39	15.7	44	17.7	12	4.8	12	4.8	12	4.8	6	2.4	6	2.4	4	1.6	188	75.5
Total	5	2	58	23.3	58	23.3	58	23.3	15	6	19	7.6	14	5.6	8	3.2	7	2.8	7	2.8	249	100

Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” 2018

Abreviaturas			
CNR	Caótica no relacionada	FS	Flexible semirrelacionada
CS	Caótica semirrelacionada	FR	Flexible relacionada
CR	Caótica relacionada	ES	Estructurada semirrelacionada
CA	Caótica aglutinada	RNR	Rígida no relacionada
FNR	Flexible no relacionada	RS	Rígida semirrelacionada
FS	Flexible semirrelacionada	Frec	Frecuencia

Grafica 25



Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

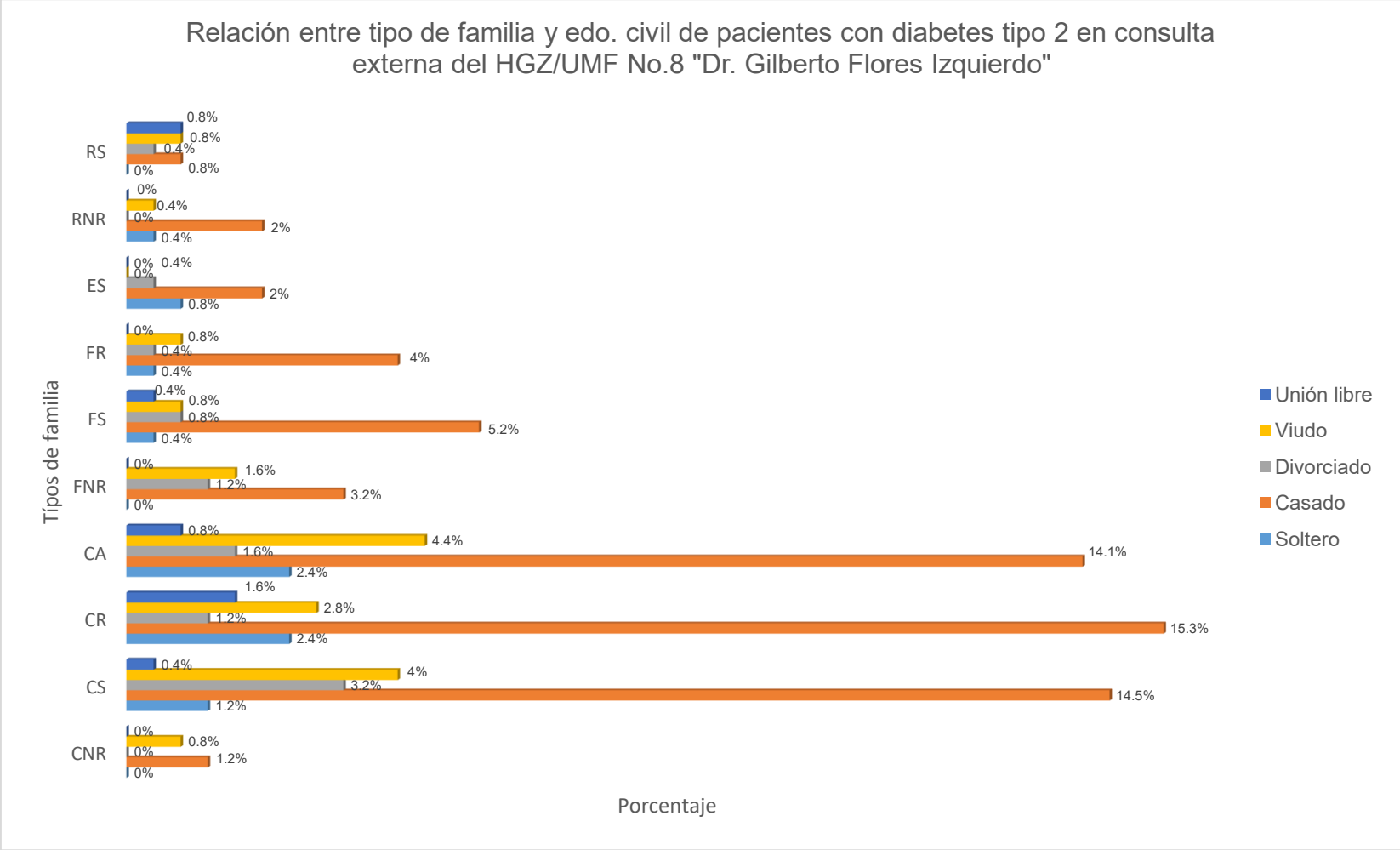
Tabla 26

Relación entre tipo de familia y edo. Civil de pacientes con diabetes tipo 2 en consulta externa del HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"																						
Rango de edad.	Tipo de familia																				Total	
	C N R		CS		CR		CA		FNR		FS		FR		ES		RNR		RS		Frec.	%
Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.		
Soltero	0	0	3	1.2	6	2.4	6	2.4	0	0	1	0.4	1	0.4	2	0.8	1	0.4	0	0	20	8
Casado	3	1.2	36	14.5	38	15.3	35	14.1	8	3.2	13	5.2	10	4	5	2	5	2	2	0.8	155	62.2
Divorciado	0	0	8	3.2	3	1.2	4	1.6	3	1.2	2	0.8	1	0.4	1	0.4	0	0	1	0.4	23	9.2
Viudo	2	0.8	10	4	7	2.8	11	4.4	4	1.6	2	0.8	2	0.8	0	0	1	0.4	2	0.8	41	16.5
Unión libre	0	0	1	0.4	4	1.6	2	0.8	0	0	1	0.4	0	0	0	0	0	0	2	0.8	10	4
Total	5	2	58	23.3	58	23.3	58	23.3	15	6	19	7.6	14	5.6	8	3.2	7	2.8	7	2.8	249	100

Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Abreviaturas			
CNR	Caótica no relacionada	FS	Flexible semirrelacionada
CS	Caótica semirrelacionada	FR	Flexible relacionada
CR	Caótica relacionada	ES	Estructurada semirrelacionada
CA	Caótica aglutinada	RNR	Rígida no relacionada
FNR	Flexible no relacionada	RS	Rígida semirrelacionada
FS	Flexible semirrelacionada	Frec	Frecuencia

Grafica 26



Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” 2018

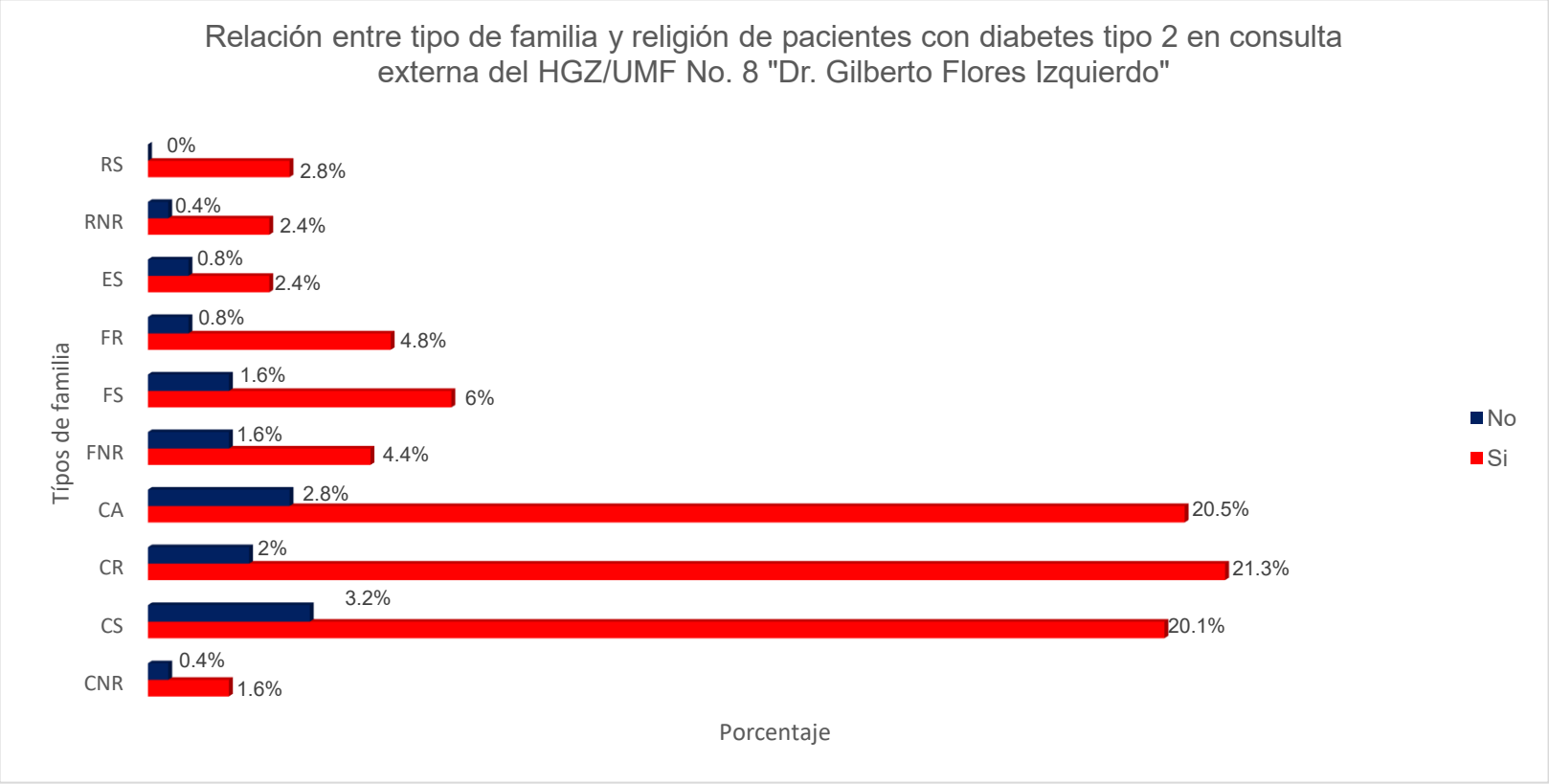
Tabla 27

Relación entre tipo de familia y religión de pacientes con diabetes tipo 2 en consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"																						
Religión	Tipo de familia																				Total	
	C N R		CS		CR		CA		FNR		FS		FR		ES		RNR		RS		Frec.	%
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%		
Si	4	1.6	50	20.1	53	21.3	51	20.5	11	4.4	15	6	12	4.8	6	2.4	6	2.4	7	2.8	215	86.3
No	1	0.4	8	3.2	5	2	7	2.8	4	1.6	4	1.6	2	0.8	2	0.8	1	0.4	0	0	34	13.7
Total	5	2	58	23.3	58	23.3	58	23.3	15	6	19	7.6	14	3.2	8	3.2	7	2.8	7	2.8	249	100

Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Abreviaturas			
CNR	Caótica no relacionada	FS	Flexible semirrelacionada
CS	Caótica semirrelacionada	FR	Flexible relacionada
CR	Caótica relacionada	ES	Estructurada semirrelacionada
CA	Caótica aglutinada	RNR	Rígida no relacionada
FNR	Flexible no relacionada	RS	Rígida semirrelacionada
FS	Flexible semirrelacionada	Frec	Frecuencia

Grafica 27



Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

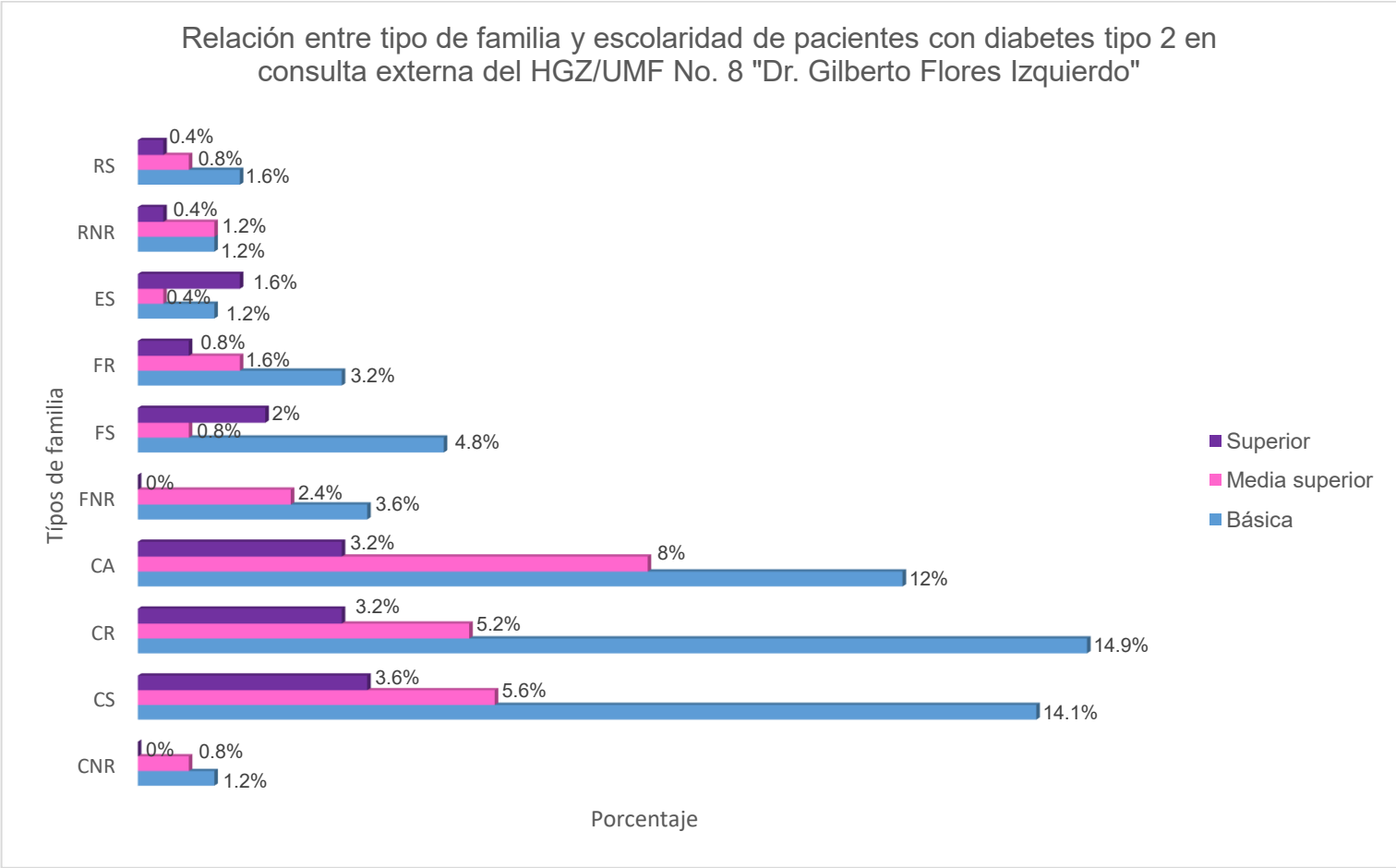
Tabla 28

Relación entre tipo de familia y escolaridad de pacientes con diabetes tipo 2 en consulta externa del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”																						
Escolaridad	Tipo de familia																				Total	
	C N R		CS		CR		CA		FNR		FS		FR		ES		RNR		RS			
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Básica	3	1.2	35	14.1	37	14.9	30	12	9	3.6	12	4.8	8	3.2	3	1.2	3	1.2	4	1.6	144	57.8
Media superior	2	0.8	14	5.6	13	5.2	20	8	6	2.4	2	0.8	4	1.6	1	0.4	3	1.2	2	0.8	67	26.9
Superior	0	0	9	3.6	8	3.2	8	3.2	0	0	5	2	2	0.8	4	1.6	1	0.4	1	0.4	38	15.3
Total	5	2	58	23.3	58	23.3	58	23.3	15	6	19	7.6	14	5.6	8	3.2	7	2.8	7	2.8	249	100

Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” 2018

Abreviaturas			
CNR	Caótica no relacionada	FS	Flexible semirrelacionada
CS	Caótica semirrelacionada	FR	Flexible relacionada
CR	Caótica relacionada	ES	Estructurada semirrelacionada
CA	Caótica aglutinada	RNR	Rígida no relacionada
FNR	Flexible no relacionada	RS	Rígida semirrelacionada
FS	Flexible semirrelacionada	Frec	Frecuencia

Grafica 28



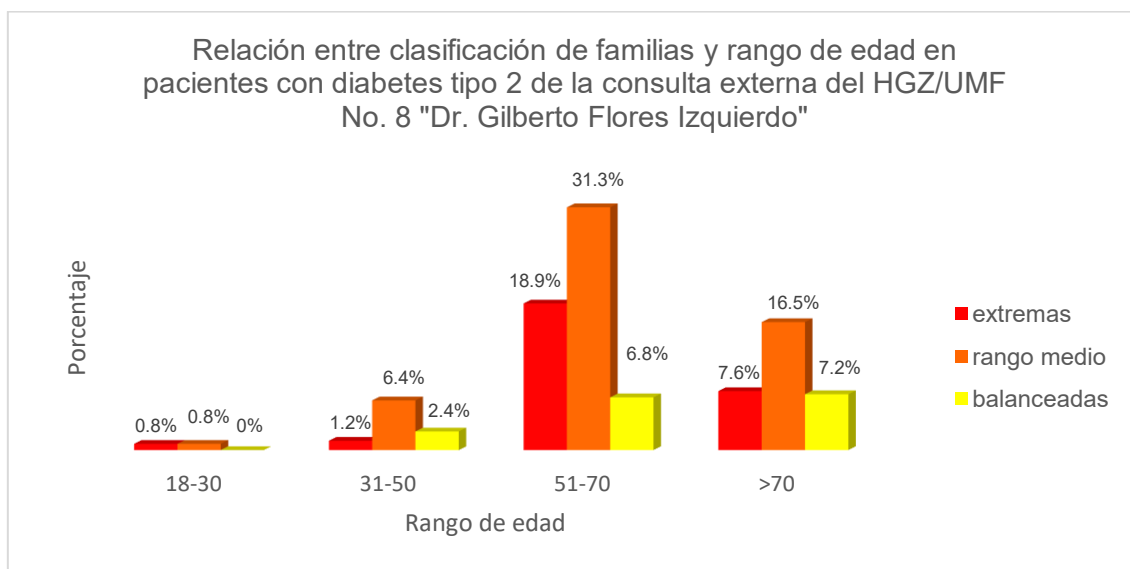
Fuente: 249. Sugja-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Tabla 29

Relación entre clasificación de familias y rango de edad en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"								
Rango de edad	Clasificación de familias						Total	
	Extremas		Rango medio		Balanceadas		Frecuencia	%total
	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total		
18-30	2	0.8	2	0.8	0	0	4	1.6
31-50	3	1.2	16	6.4	6	2.4	25	10
51-70	47	18.9	78	31.3	17	6.8	142	57
>70	19	7.6	41	16.5	18	7.2	78	31.3
Total	71	28.5	137	55	41	16.5	249	100

Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Grafica 29



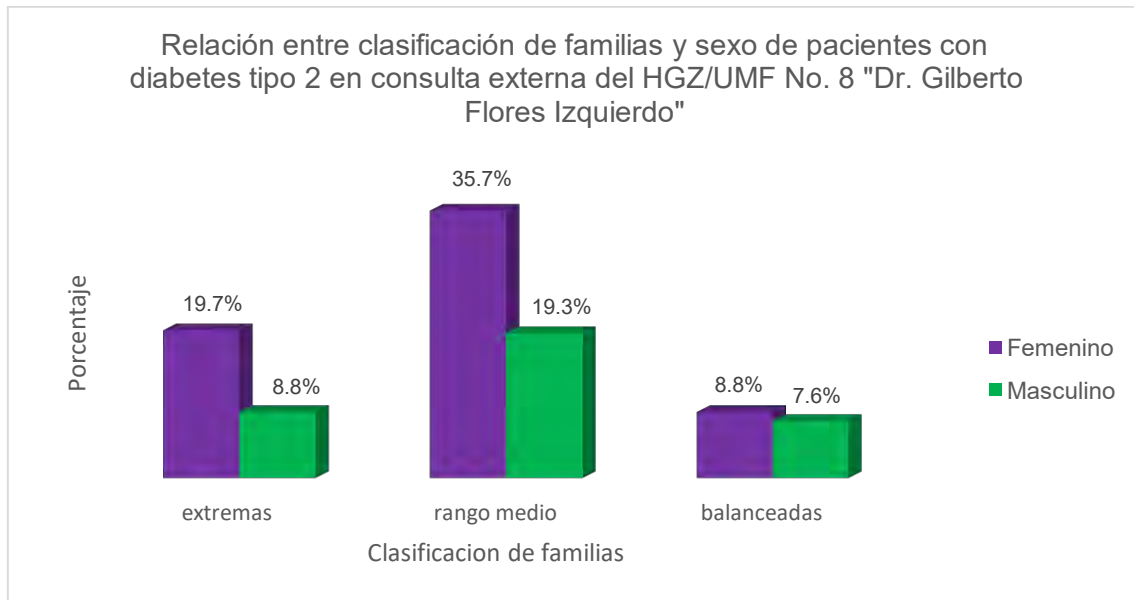
Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Tabla 30

Relación entre clasificación de familias y sexo en pacientes con diabetes tipo 2 en consulta externa del HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"								
Sexo	Clasificación de familias						Total	
	Extremas		Rango medio		Balanceadas		Frecuencia	%total
	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total		
Femenino	49	19.7	89	35.7	22	8.8	160	64.3
Masculino	22	8.8	48	19.3	19	7.6	89	35.7
Total	71	28.5	137	55	41	16.5	249	100

Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Grafica 30



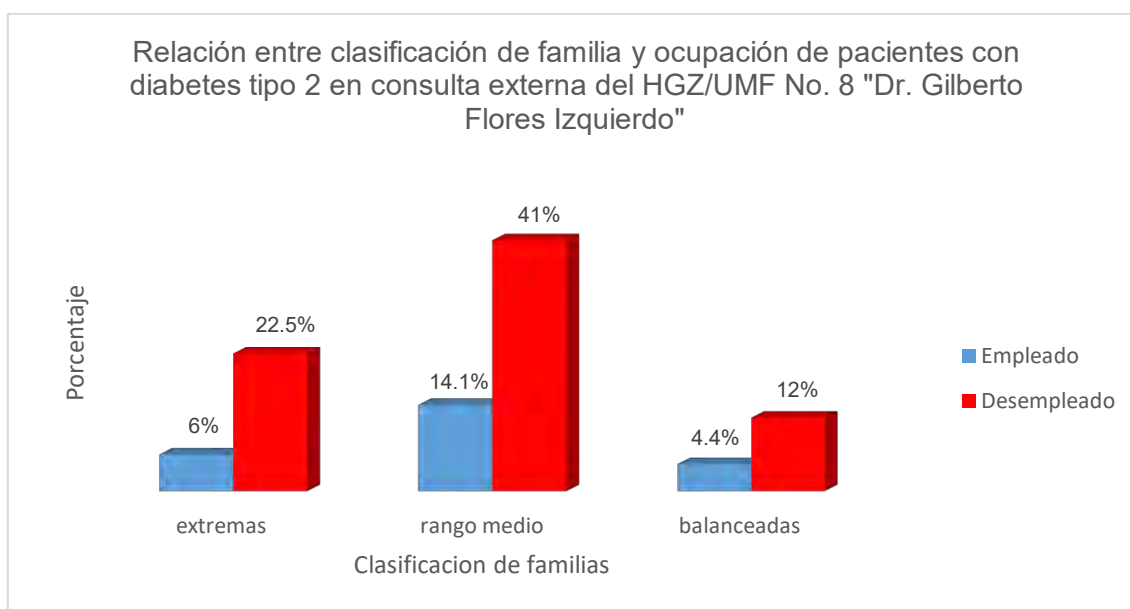
Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Tabla 31

Relación entre clasificación de familias y ocupación en pacientes con diabetes tipo 2 en consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"								
Ocupación	Clasificación de familias						Total	
	Extremas		Rango medio		Balanceadas		Frecuencia	%total
	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total		
Empleado	15	6.0	35	14.1	11	4.4	61	24.5
Desempleado	56	22.5	102	41	30	12	188	75.5
Total	71	28.5	137	55	41	16.5	249	100

Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Grafica 31



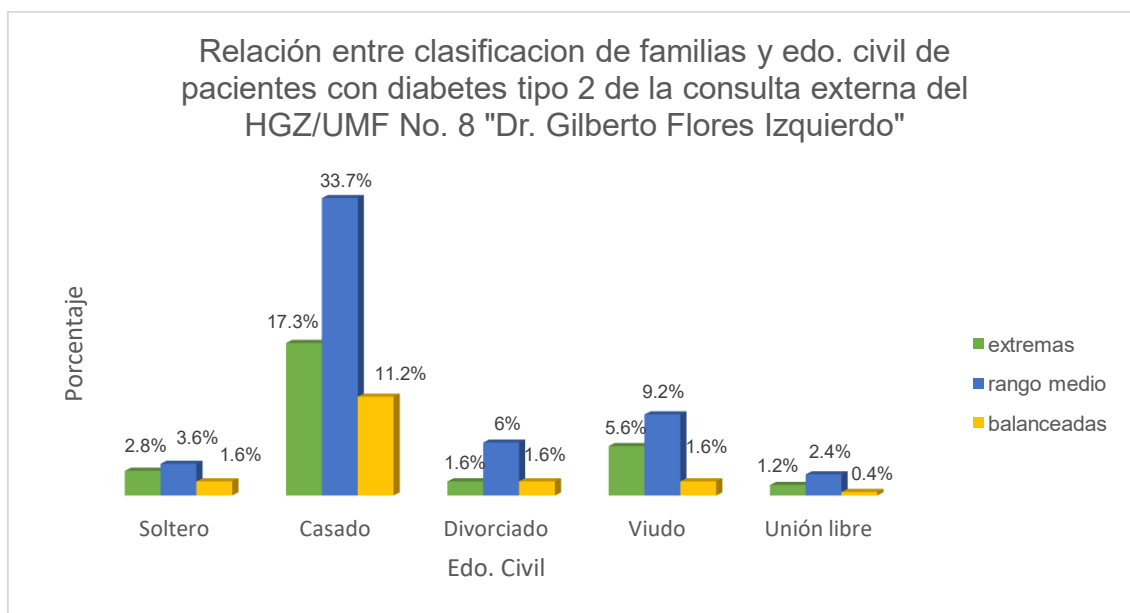
Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Tabla 32

Relación entre clasificación de familias y Edo. Civil en pacientes con diabetes tipo 2 en consulta externa del HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"								
Edo. Civil	Clasificación de familias						Total	
	Extremas		Rango medio		Balanceadas			
	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total	Frecuencia	%total
Soltero	7	2.8	9	3.6	4	1.6	20	8
Casado	43	17.3	84	33.7	28	11.2	155	62.2
Divorciado	4	1.6	15	6	4	1.6	23	9.2
Viudo	14	5.6	23	9.2	4	1.6	41	16.5
Unión libre	3	1.2	6	2.4	1	0.4	10	4
Total	71	28.5	137	55	41	16.5	249	100

Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Grafica 32



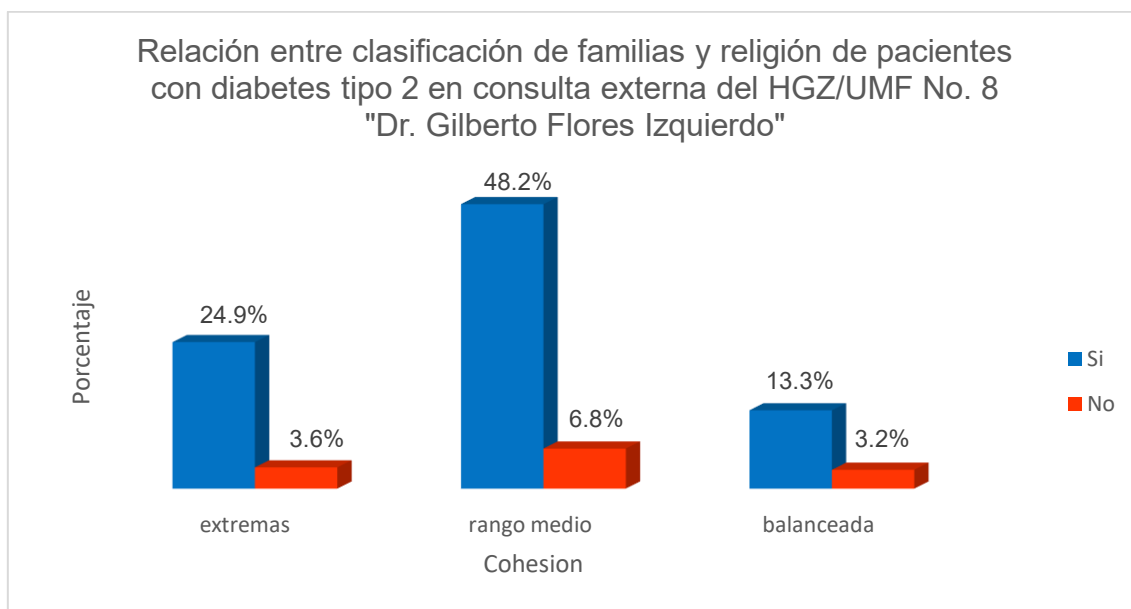
Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Tabla 33

Relación entre clasificación de familias y religión en pacientes con diabetes tipo 2 en consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"								
Religión	Clasificación de familias						Total	
	Extremas		Rango medio		Balanceadas			
	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total	Frecuencia	%total
Si	62	24.9	120	48.2	33	13.3	215	86.3
No	9	3.6	17	6.8	8	3.2	34	13.7
Total	71	28.5	137	55	41	16.5	249	100

Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Grafica 33



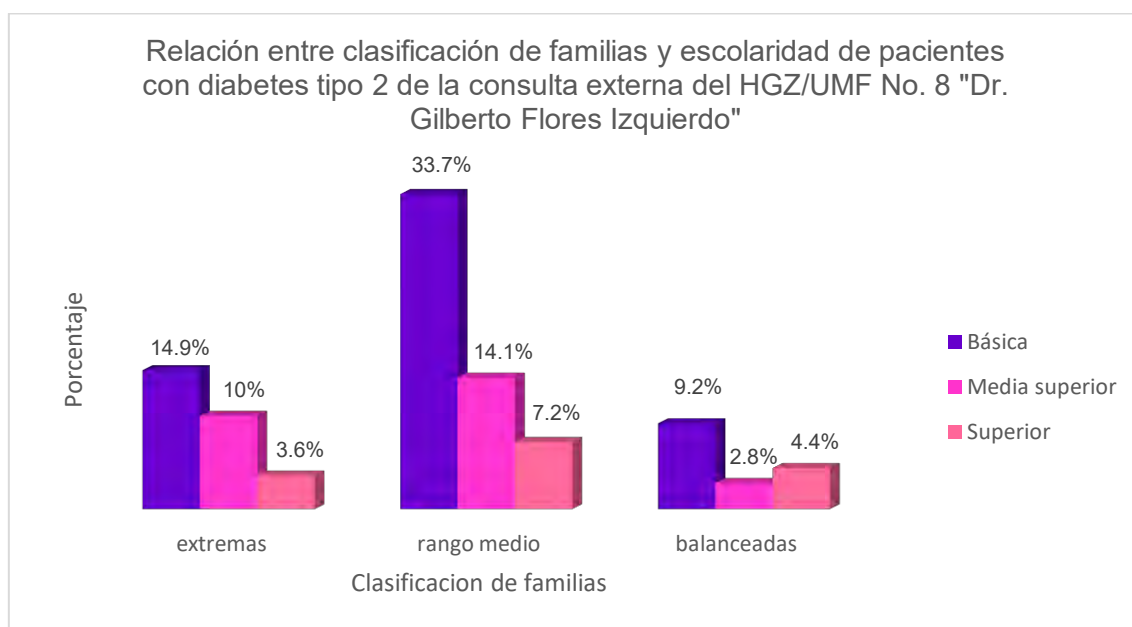
Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Tabla 34

Relación entre clasificación de familias y escolaridad en pacientes con diabetes tipo 2 en consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"								
Escolaridad	Clasificación de familias						Total	
	Extremas		Rango medio		Balanceadas		Frecuencia	%total
	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total	Frecuencia	% total		
Básica	37	14.9	84	33.7	23	9.2	144	57.8
Media superior	25	10	35	14.1	7	2.8	67	26.9
Superior	9	3.6	18	7.2	11	4.4	38	15.3
Total	71	28.5	137	55	41	16.5	249	100

Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Grafica 34



Fuente: 249. Sugía-NM, Vilchis –CE, Espinoza-AG, Mejía-RMA. Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2018

Discusión

Según los autores Parsons-J, Mamdani-M, Yu-C, en el artículo “Una intervención basada en la web para apoyar la autogestión del paciente con diabetes mellitus tipo 2: efecto sobre la autoeficacia, el autocuidado y la angustia de la diabetes”. Canadá (2014), su rango de población diabética se encontraba con un 9% en pacientes de 20 a 40 años, de 41 a 60 años correspondía en 46%, 44% en paciente de 61 a 80 años y solo 1% con más de 81 años. Nuestro rango predominante de edad fue de 51-70 años de edad con un 57%, seguido de un 31.3% de pacientes mayores de 70 años, 31-50 años presento el 10%, y solo 1.6% en población de 18-30 años de edad. Los resultados del estudio planteado en el rango de edad entre 61-80 años tienen una diferencia considerable con los porcentajes obtenidos en nuestro estudio, ya que en nuestra población consiste en pacientes de mayor edad, no obstante difieren en los extremos de los rangos ya que en su población joven hay un mayor número de presentación en comparación al 1.6% de nuestra población menor de 40 años, lo cual se podría deber a la falta de diagnóstico oportuno y reporte de estadística en nuestro país, en cambio en su población mayor de 80 años disminuye considerablemente la presentación de la enfermedad, podría considerarse que debido a sus programas de salud y educación de su población en un país como Canadá hay mayor apego a tratamiento y mayor nivel de prevención de complicaciones.

En lo que se refiere a la variable sociodemográfica de sexo en pacientes con diabetes tipo 2, los autores Hernández- M, Gutierrez-J y Reynoso-N, en el artículo “Diabetes Mellitus en México. El estado de la epidemia”, México (2013), refieren que el 55.6% pertenece al sexo femenino. Dentro de nuestra investigación, el 64.3% de pacientes corresponde al sexo femenino. Aunque en ambos artículos predomina el sexo femenino, hay una diferencia considerable en los porcentajes esto podría deberse a que las mujeres acuden de manera regular y frecuente a valoración médica en nuestra unidad de adscripción, disponen de tiempo para el seguimiento de su enfermedad.

De acuerdo a Rivera-P, Hernández-C, en su artículo “Funcionalidad familiar y control glicémico en adultos diabéticos tipo 2 en una comunidad rural de Tamaulipas, México” México (2016), en cuanto al estado civil de los participantes, el 46.2% eran casados, 17.9% manifestó ser viudo, 12% expresaron mantener unión libre y por último el 9.4% del total afirmaron ser solteros. Los resultados de nuestro estudio en este rubro, arrojaron que el 62.2% son casados, 16.5% del total de nuestro pacientes son viudos, el 9.2% de los pacientes afirmaron ser divorciados, el 8% son solteros y solo el 4% refirió unión libre. La diferencia porcentual en ambos estudios se debe a las zonas donde se realizaron las investigaciones, no así el resultado predominando los pacientes casados, lo cual nos confirma la idea que la familia sigue siendo pieza clave en nuestra sociedad mexicana, es en ella donde radica el principal apoyo para afrontar alguna situación de estrés como es la enfermedad.

En lo que respecta a la religión Willrich Böell en su artículo “Factores sociodemográficos y condiciones de salud asociadas con la capacidad de recuperación de las personas con enfermedades crónicas: un estudio transversal” Brasil (2016); reporto en su estudio en pacientes con diabetes tipo 2 que 96.7% practicaban alguna religión y 3.3% no practicaban alguna religión como factor asociado al control de su enfermedad crónica. En los resultados de nuestro estudio el 86.3% practicaban alguna religión y solo el 13.7%, la similitud de que en ambos países predomine la religión, puede deberse a su desarrollo a través de la historia, los pacientes pueden considerar a la religión como una red de apoyo, buscando refugio a sus problemas.

Según los autores Yee-C, Morris-T, Borkoles-E, en su artículo “Modelo del conocimiento, las actitudes, la autogestión y la calidad de vida de la diabetes: un estudio transversal australiano”, Australia (2015), describe en cuanto a la escolaridad de su población un 25.4% cuentan con primaria, 38.2% con secundaria, 15.5% con bachillerato y 20.6% con licenciatura. Referente a nuestro estudio en la educación básica que abarca primaria y secundaria conto con 57.8% de nuestra población, 26.9% en media superior y solamente el 15.3% en nivel superior. En ambos países la educación a nivel básico predomina, asociándose a una inadecuada prevención o conocimiento de los factores de riesgo para el desarrollo de diabetes, el grado de escolaridad básica está estrechamente relacionado con los cuidados y las medidas que los pacientes toman durante el desarrollo de su enfermedad.

Hablando de adaptabilidad, Vera-G, Islas-F, en su artículo “adaptabilidad y cohesión en la familia del paciente diabético por control glicémico y apego a la terapia farmacológica”, México (2016). Donde nos refieren encontrar familias estructuradas en un 44%. En cambio en nuestra investigación cambia completamente la tendencia de al presentar un 71.9% de pacientes en una adaptabilidad caótica, en nuestra población podría influir que son pacientes de mayor edad, dependiente de los hijos, que son población productiva, las distancias, la poca disponibilidad de tiempo; todo esto influye para presentar familias con ausencia de liderazgo, con disciplina muy cambiante o ausente.

De acuerdo a Sánchez-R, González A, en su artículo “Cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con la hemoglobina glucosilada de los pacientes diabéticos tipo 2 de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez”. México (2011) Respecto a los resultados de FACES III, en cohesión familiar fue mayor el porcentaje, 40% de familias relacionadas. En nuestro estudio predominó el rango de cohesión semirrelacionada con un 36.9%, La ubicación de ambos centros de atención médica parece estar correlacionado con la diferencia de presentación del tipo de cohesión, ya que si bien ambas son zonas urbanas, en la primera se asocia a más tradición, a costumbres, en nuestra área se caracteriza por contar con personas mayores que no conviven más de una vez por semana con su familia, aun así sus límites generacionales están bien definidos y cuando se requiere pueden tomar decisiones familiares.

En lo que respecta a la clasificación de las familias según el modelo circunflejo de Olson. De acuerdo con los autores Mendoza-S, Soler H, Sainz-V, en su artículo "Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. México (2006) en el cual utilizaron FACES III, los resultados revelaron 43% de familias en rango medio, realizado de estudios de diagnóstico familiar elaborados a familias adscritas a la unidad de medicina familiar No 66 de Xalapa, Veracruz. En el proyecto de tesis presentado se obtuvo un porcentaje de 55% para familias en rango medio. La diferencia en porcentajes es significativa derivado de la cantidad de población que maneja cada unidad de adscripción, sin embargo dentro de la clasificación de familias, coincide que predominan las familias en rango medio, son aquellas que ante una situación que altere su dinámica familiar, su funcionamiento podrán enfrentar de manera adecuada la problemática que atraviesen con la adecuada asesoría, por parte de su médico familiar.

Uno de los principales alcances de esta investigación por medio del cuestionario FACES III, fue que se logró evaluar la adaptabilidad y cohesión de los pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8, y así conocer el tipo de familia y clasificación de acuerdo al modelo Circunflejo de Olson. Permittiéndonos usar posteriormente estos resultados para promover el desarrollo integral de cada uno de los miembros de la familia y lograr el mantenimiento de estados de salud favorables para cada uno de ellos.

Otro alcance que se puede tener conociendo la clasificación de familias mediante este instrumento es señalar que, ante una familia con funcionamiento inadecuado, puede ser considerada como factor de riesgo para desencadenar aparición de síntomas y complicaciones de la enfermedad, se considere elemento suficiente para explorarlas con mayor profundidad y con el auxilio tanto de otros profesionales de la salud.

Dentro de las limitaciones encontradas al realizar nuestra recolección de datos, en ambos turnos fue que al ser llamados los pacientes a consulta, se negaban a contestar el cuestionario.

En cuanto a los sesgos el más representativo en este estudio, es de información, durante la búsqueda de material nos encontramos que no se cuenta con artículos recientes de actualización para FACES III, que la calificación varía dependiendo cada autor, la versión del instrumento así como del país y la escasez de los mismos.

En el ámbito educativo, el alcance que se logró en este estudio, fue conocer de manera más amplia y a profundidad el instrumento FACES III, el cual en si no mide funcionalidad, si no los rangos como tal de adaptabilidad y cohesión familiar, pudiendo calificar el tipo de familia de acuerdo a estos rubros. Nos regresa a las bases de nuestra especialidad, al retomar a la familia como objeto de estudio, nos permite observar nuevamente desde un punto de vista biopsicosocial, una familia con una adecuada función permite el desarrollo integral de sus miembros.

Desde el punto de vista asistencial, nos permite volver al modelo de médico de familia, conociendo la interacción entre sus miembros, la dinámica y la respuesta que tengan a situaciones de estrés y poder realizar intervenciones oportunas, que beneficien a nuestro paciente y su familia, todo esto dentro de nuestra consulta diaria.

En el rubro de administración de los servicios de salud, la idea principal es la reducción de costos a nivel de todos los servicios de salud mediante la prevención oportuna de esta patología, involucrando a la familia, en el conocimiento y toma de decisiones para el cuidado su paciente, tratando de reducir el número de casos nuevos en nuestra población.

En el área de investigación se espera que los resultados obtenidos en este estudio sean un parteaguas, para la actualización de información, realización de nuevos estudios con nuevos enfoques de otras patologías que se presentan en la consulta diaria. Contribuyendo este estudio al enriquecimiento de la información para futuros trabajos.

CONCLUSIONES.

En esta investigación se logró el objetivo de evaluar la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". Se encontró que de acuerdo al cuestionario FACES III, la mayoría de pacientes estudiados se pertenecen a una adaptabilidad caótica, y respecto a cohesión predomina la semirrelacionada.

Se logró conocer que la mayoría de nuestros pacientes pertenecen al rango de edad entre 51 a 70 años, predominando el sexo femenino, en cuanto a la ocupación más de tres cuartas partes está desempleada, más de la mitad de la población son casados y profesan alguna religión, la mayoría de nuestra población solo cuenta con un nivel básico de estudios.

Solo se encontraron 10 familias de las 16 que menciona el modelo circunflejo de Olson, las cuales Por otro lado se logró reconocer mediante estos rubros que más de la mitad de nuestra población pertenece al rubro de familias en rango medio Se trata de familias caracterizadas por la ausencia de liderazgo, cambio de roles, disciplina muy cambiante o ausente, sus límites externos e internos son semiabiertos, sus límites generacionales son claros, cada individuo constituye un subsistema, sin embargo cuando lo requieren pueden tomar decisiones familiares.

Con los resultados obtenidos en nuestro estudio, de acuerdo con las hipótesis planteadas con fines educativos, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, concluyéndose que los pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" tienen buena adaptabilidad y cohesión familiar.

La diabetes tipo 2 se está convirtiendo rápidamente en la epidemia del siglo XXI y es un reto de salud global, es una enfermedad crónica que al no tratarse adecuadamente ocasiona complicaciones graves de salud.

El desafío para la sociedad y los sistemas de salud es enorme, debido a la pérdida de la calidad de vida para quienes la padecen y sus familias, así como los importantes recursos que requieren en el sistema público de salud para su atención.

A las personas con diabetes se les debe ofrecer educación continua, ordenada y sistematizada con objetivos claros al momento del diagnóstico y durante su evolución. La participación activa del paciente logra mejores resultados en el control glucémico Se recomienda utilizar técnicas activas y participativas, entrevistas cognitivo-conductuales y de modificación de conducta adaptadas a cada paciente.

El proceso de salud enfermedad es cualquier estado que perturba el funcionamiento físico y/o mental de una persona y afecta su bienestar al llevarlo a la pérdida del equilibrio que mantiene la composición, estructura o función del organismo. Mediante el conocimiento de los psicodinamismos de la familia en relación con el proceso salud-enfermedad es posible, para los profesionales de la salud, alcanzar una comprensión ideal de los aspectos saludables y patológicos, tanto del paciente como de su familia, de la interacción entre ambos y de las relaciones dinámicas del sistema familiar con su entorno.

La familia es el contexto natural para crecer y recibir apoyo, que a lo largo del tiempo va elaborando sus propias pautas de interacción, las cuales constituyen la estructura familiar. Ésta se define como la forma que tiene la familia de organizar la manera de interactuar de sus miembros de acuerdo con las demandas funcionales que tenga y a las pautas repetitivas de interacción. Ante los cambios de ciclo vital, o ante los sucesos estresantes que ocurren a lo largo de la vida, las familias se modifican y los enfrentan de acuerdo con diferentes estilos de funcionamiento familiar.

Uno de los mayores obstáculos que enfrentan los profesionales de salud durante el proceso de intervención de pacientes diabéticos es la poca continuidad en el tratamiento, fenómeno constante en las enfermedades que generan cambios en los hábitos de vida. El diagnóstico de la enfermedad muchas veces ocasiona un choque emocional para la persona y la familia que no está preparada para convivir con las limitaciones provocadas por su cronicidad.

Es prioritario conocer el funcionamiento y dinamismo de las familias de cada uno de nuestros pacientes, involucrar a cada uno de sus miembros, en el conocimiento, darles herramientas para poder enfrentar, la situación que genere alteraciones en su convivencia diaria, hacer entender que los problemas y síntomas pueden ser debido precisamente a deficiencias en la interacción familiar. El funcionamiento familiar debe tomarse de manera circular, donde la causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa.

El impacto que se pretende con esta investigación es lograr como médico familiar la participación activa de la familia en pacientes con diabetes tipo 2, en el conocimiento, prevención, formación de redes de apoyo para la identificación de factores de riesgo para el desarrollo y control de la enfermedad, además de retrasar la aparición de complicaciones en los pacientes que ya la padecen.

Bibliografía.

1. Almaguer HA, Miguel PE. Actualización sobre diabetes mellitus. *Correo científico médico*. 2012;16(2): 2.
2. GPC. Diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en el adulto mayor vulnerable. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2016.
3. Jiménez, C.A, Aguilar, S.A. Diabetes Mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control. *Rev. Salud Publica*. 2013;55(2): 137-143.
4. GPC. Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. México: Instituto Mexicano del Seguro Social. 2014.
5. Gil-Velazquez, L.E, Sil-Acosta, M.J. Perspectiva de la diabetes mellitus tipo 2 en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Rev Med Ins Mex Seguro Soc*. 2013;51(1): 58-67.
6. Hernandez, A.M, Gutierrez, J.P. Diabetes Mellitus en México: El Estado de la epidemia. *Rev Sal Pub Mex*. 2013;55(2): 129-136.
7. Wild, G. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*. 2012;27(1): 1047-1053.
8. Cervantes-Villagrana, R.D, Presno-Bernal, J.M. Fisiopatología de la diabetes y los mecanismos de muerte de la células B pancreáticas. *Rev. endocrinología y nutrición*. 2013;21(3): 98-106.
9. Psaltopoulou, T, Alevizaki, M. The role of diet and lifestyle in primary, secondary and tertiary diabetes prevention: a review of meta-analyses. *Rev Diabet Stud*. 2013;9(3): 26-27.
10. Copps, K.D, White, M.F. Regulation of insulin sensitivity by serine/threonine phosphorylation of insulin receptor substrate proteins IRS1 and IRS2. *Diabetologia*. 2013;55(10): 2563-2582.
11. Martinez, J.A, Fermin, I.M. Epigenética en obesidad y diabetes tipo 2: papel de la nutrición, limitaciones y futuras aplicaciones . *Rev Chil End*. 2013;6(3): 108-114.
12. Guidelines for improving the care of the older person with diabetes mellitus JAGS, 2013.
13. Faramarz I.B, Fermin, I.M. Glycemia management of type 2 Diabetes Mellitus. *N Engl J Med*. 2013;366(14): 1319-1327.
14. Cefalu T, et al. Standards of Medical Care in Diabetes . *Diabetes Care The J of Clin and Appl Res and Educa*. 2017;40(1): 11-24.

15. Handelsman Y, Mechanick JI, Blonde L, et al. American Association of Clinical Endocrinologists medical guidelines for clinical practice for developing a diabetes mellitus comprehensive care plan: executive summary. *Endocr Pract* 2013;17(2):287.
16. Gerstein H, Santaguida P, et al. Annual incidence and relative risk of diabetes in people with various categories of dysglycemia: a systematic overview and meta-analysis of prospective studies. *Diab Res Clin Pract.* 2014;78(3):305.
17. Nathan DM. Initial management of glycemia in type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med.* 2013;347(15):1342.
18. Garber AJ, et al. Comprehensive Diabetes Management, *Rev Endocr Pract.* 2013;19(2): 35.
19. Molina IA, Acevedo G. Comparación de las prevalencias de duelo, depresión y calidad de vida asociados con la enfermedad entre pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados y controlados, *Rev Esp Méd Quir* 2013;18(3):13-18.
20. Gutierrez CR, Díaz KY. El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. *Rev Ciencia Erg.* 2017; 23(3):220.
21. Elementos Esenciales de la medicina familiar, conceptos básicos para el estudio de las familias y código de bioética en Medicina familiar. Primera reunión de consenso académico en medicina familiar de Organismos e Instituciones educativas y de Salud: 1ª. Ed, Medicina Familiar Mexicana México, 2005.
22. Medellín M, Rivera H. Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Rev. Salud Mental* 2013;35(2):147-154.
23. Jurado A. Características familiares asociadas a la percepción de la calidad de vida en pobladores de un área urbano-marginal en el Distrito de Los Olivos, Lima. *Rev Med Hered.* 2013; 24(4):13.
24. Louro-Bernal I. La familia en la determinación de la salud. *Rev. Cubana Salud Pública.* 2013;29(1):50
25. Gil VM, Sil-Acosta MJ. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Rev Med Inst Mex Seg Soc.* 2013;51(1):104.
26. INEGI-IMSS Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS), Aguascalientes, México. 2012.
27. Ricardo Anzures Castro, Victor Chavez Aguilar, Ma. Del Carmen Garcia Peña, Octavio Noel Pons Alvarez, *Medicina familiar*, 2008, (2): 255-257

28. E.R Ponce Rosas, F.J. Gómez Clavelina, et al. Validez del constructo del cuestionario FACES III en español. Aten primaria. 2017; 10: 624.
29. Hobfoll SE. Social and psychological resources and adaptation. Review General Psychology 2013;6(4):307.
30. UNAM, Humanidades y Ciencias Sociales, publicación de la Coordinación de Humanidades de la Universidad Nacional Autónoma de México, diciembre 2013-enero 2014.

ANEXOS

Cuadro 1

Calificación de cohesión del FACES III

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

Cuadro 2

Calificación de la adaptabilidad dl FACES III.

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

Cuadro 3

Clasificación de las familias según FACES III

	Baja	Cohesión			Alta
Alta		No relacionada	Semirrelacionada	Relacionada	Aglutinada
	Caótica	Caóticamente no relacionada	Caóticamente semirrelacionada	Caóticamente relacionada	Caóticamente aglutinada
Adaptabilidad	Flexible	Flexiblemente no relacionada	Flexiblemente semirrelacionada	Flexiblemente relacionada	Flexiblemente aglutinada
	Estructurada	Estructuralmente no relacionada	Estructuralmente semirrelacionada	Estructuralmente semirrelacionada	Estructuralmente aglutinada
Baja	Rígida	Rígidamente no relacionada	Rígidamente semirrelacionada	Rígidamente relacionada	Rígidamente aglutinada

Cuadro 4

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

No.	DESCRIBA A SU FAMILIA	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
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 otras personas que no son de nuestra familia.					
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer las 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	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.					
13	Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo no falta nadie.					
14	En nuestra familia las reglas cambian.					
15	Con facilidad podemos planear actividades en la familia.					
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
18	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.					
19	La unión familiar es muy importante.					
20	Es difícil decir quien hace las labores del hogar.					

Cuadro 5

A D A P T A B I L I D A D	CAOTICA	Caótica relacionada no	Caótica semirrelacionada	Caótica relacionada	Caótica aglutinada
	FLEXIBLE	Flexible relacionada no	Flexiblemente semirrelacionada	Flexiblemente relacionada	Flexiblemente aglutinada
	ESTRUCTURADA	Estructuralmente no relacionada	Estructuralmente semirrelacionada	Estructuralmente relacionada	Estructuralmente aglutinada
	RIGIDA	Rígida no relacionada	Rígida semirrelacionada	Rígida relacionada	Rígida aglutinada
		No relacionada	Semirrelacionada	Relacionada	Aglutinada
COHESION					

EXTREMA

RANGO MEDIO

BALANCEADAS

ENCUESTA APLICATIVA

**Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación 3 SUR, Cd de México
“Hospital Regional de Zona con Unidad de Medicina Familiar
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo #8”
Educación e Investigación médica.**

Título del proyecto: “Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF 8 Gilberto Flores Izquierdo”

Recolección de datos:

1. Edad: _____
2. Sexo: a () femenino b () masculino,
3. Ocupación: a () empleado b () desempleado,
4. Edo. Civil: a () Soltero, b () casado, c () divorciado, d () viudo, e () unión libre,
5. Escolaridad: a () básica, b () media superior, c () superior.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

"Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 en consulta externa del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo "

Nombre del estudio:	
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ciudad de México, de marzo del 2016 a febrero del 2018
Número de registro:	En trámite
Justificación y objetivo del estudio:	Esta investigación, se realiza con la finalidad de orientar a médicos familiares, para permitirnos emprender líneas de acción con el afán de dar solución a las diversas problemáticas que se presenten dentro de la familia de los pacientes con diabetes tipo 2 y así conocer los factores que no permitan un buen control en cada uno de ellos. Es por ello que es necesario evaluar la adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con diabetes tipo 2 en consulta externa del "Hospital General de Zona /Unidad de Medicina Familiar #8 Gilberto Flores Izquierdo"
Procedimientos:	Se aplicará el cuestionario FACES III en pacientes con diagnóstico de DM2 en el HGZ/UMF No 8.
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer si los pacientes con diabetes tipo 2 tienen buena adaptabilidad y cohesión familiar..
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Protocolo descriptivo, el resultado de este estudio, ayudara para la intervención oportuna del médico familiar en pacientes con diabetes tipo 2
Participación o retiro:	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
Privacidad y confidencialidad:	El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en la presentación o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.
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: Vilchis Chaparro Eduardo. Maestro en Ciencias de la Educación, Profesor Titular de la residencia en Medicina Familiar del HGZ/UMF 8. Matrícula 99377278. Correo: Chaparroeduardo.vilchisch@imss.gob.mx Teléfono: 55506422 Ext 28235 NO Fax

Colaboradores: Sugía Nuñez Manuela. Residente de Medicina Familiar del HGZ/UMF 8. Matrícula 97370340. Correo: manola.s.nunez@gmail.com. Teléfono: 5527732789 NO Fax.

Espinoza Anrubio. Gilberto. Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud del HGZ/UMF 8. Matrícula 99374232. Correo: gilberto.espinozaa@imss.gob.mx Teléfono: 55506422 Ext 28235 NO Fax

Mejía Ramírez Mahetabel Alejandra. Médico especialista en Medicina Familiar. HGZ/UMF 8. Matrícula 99377489. Correo: draalemejram@gmail.com Teléfono: 5536613683 NO Fax

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, Colonia 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 sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Sugía Nuñez Manuela

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013