



---

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33**

**DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES  
MELLITUS 2**

**TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA: *DR. JOSUÉ HIRAM PAREDES MAYA***  
MEDICO RESIDENTE EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

**MEDICO ASESOR: *DRA MARIA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES***  
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR

**MEXICO, D.F. DICIEMBRE 2006**



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.

---

**VoBo. DRA. MARIA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES**

Medico asesor de tesis.

Unidad de Medicina Familiar No. 33

## AUTORIZACION

---

**VoBo. DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS**

Coordinador clínico de educación e investigación en salud.  
Unidad de Medicina Familiar No. 33.

---

**VoBo. DRA. MONICA ENRIQUEZ NERI**

Profesora titular del curso de especialización en Medicina Familiar.  
Unidad de Medicina Familiar No. 33

---

**VoBo. DRA. MARIA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES**

Profesor adjunto del curso de especialización en Medicina Familiar.  
Unidad de Medicina Familiar No. 33

---

**VoBo. DR. JOSUE HIRAM PAREDES MAYA**

Medico residente en la especialidad de medicina familiar e investigador del proyecto.  
Unidad de Medicina Familiar No. 33

*Recuerda siempre esto....*

*Sabrás del dolor y de la pena  
de estar con muchos, pero vacío  
Sabrás de la soledad de la noche  
y de la longitud de los días.  
Sabrás de la espera sin paz  
y de aguardar con miedo.  
Sabrás de la soberbia de aquellos  
que quieren el poder  
y someten sin compasión.  
Sabrás de la deserción de los tuyos  
y de la impotencia del adiós.  
Sabrás que ya es tarde  
y casi siempre imposible.  
Sabrás que eres tú el que siempre da  
y sientes que pocas veces te toca recibir.  
Sabrás que a menudo piensas distinto  
y tal vez no te entiendan.*

*Pero sabrás también:*

*Que el dolor redime,  
Que la soledad cura,  
Que la fe agranda,  
Que la esperanza sostiene,  
Que la humildad ennoblece,  
Que la perseverancia temple,  
Que el olvido mitiga,  
Que el perdón fortalece,  
Que el recuerdo acompaña,  
Que la razón guía,  
Que el Amor dignifica...*

*Porque lo único que verdaderamente vale  
es aquello que está dentro de ti,  
y por encima de todo esta Dios y estas tu  
solo tienes que descubrirlo  
y así hallaras la verdadera Paz...*

## ÍNDICE

Página.

A. Introducción.....	7
B. Material y métodos.....	15
C. Resultados.....	20
D. Conclusión.....	28
E. Bibliografía.....	30
F. Anexos.....	32

Paredes JH, Morelos MC. Disfunción familiar en pacientes con Diabetes Mellitus 2. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Mexicano del Seguro Social. Tesis, México; Diciembre 2006.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de disfunción familiar de acuerdo a la escala FACES III, de las familias de pacientes con diabetes mellitus 2, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 33, del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México. **Material y Métodos:** El diseño del estudio fue observacional, transversal, descriptivo. La población que fue estudiada fueron pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 33, con diagnóstico de diabetes mellitus 2. La toma de las muestras se realizó, a través de un cuestionario con la escala evaluativa FACES III versión en español. **Resultados.** Se aplicaron un total de 214 encuestas basadas en la escala de evaluación familiar FACES III versión en español; en pacientes con Diabetes Mellitus 2, con diagnóstico y control en la Unidad de Medicina Familiar No 33. Se obtuvo un total de 214 encuestas (100%) de los cuales, fueron 158 mujeres (73%) y 58 hombres (27%). La frecuencia de función familiar presentada por los pacientes entrevistados que integraban en el grupo de estudio se encontró funcionalidad familiar 93 casos que representan el 43%, y disfuncionalidad familiar 121 casos que representan el 57% de los pacientes estudiados. **Conclusiones:** De los pacientes encuestados un alto porcentaje, el 57%, pertenecen a una familia que sufre de alguna alteración en la dinámica familiar, repercutiendo obviamente en su grado de adaptación y cohesión a las diferentes etapas del ciclo vital de la familia y sobre todo a las alteraciones propias que genera la enfermedad.

## INTRODUCCION

### *Disfunción Familiar*

El interés por el estudio sistemático y científico de la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso salud enfermedad con el cual el individuo deja de ser visto como un ente exclusivamente biológico y cobran interés factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo. (1)

La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro, haciendo que funcione positiva o negativamente como unidad. En la dinámica normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás. (2)

Se denomina normofuncional a una familia, cuando es capaz de cumplir las tareas (Cuidado, afecto, alimentación etc.) que le están encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo. Cuando una familia no puede ejercer sus funciones, utilizamos el término de disfuncional. Las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta, por lo tanto los cambios generan estrés, conflictos y múltiples alteraciones en la dinámica familiar. (1, 2,3)

La familia es la más antigua de las instituciones sociales y es la principal vía de transmisión de la disfunción de las normas culturales. La estructura emocional expresa de manera dinámica su funcionalidad. Sin embargo la familia produce enajenación y problemas humanos, que responden a diferentes modelos de vida doméstica y conyugal. Los problemas y las crisis por los que atraviesa la familia son debido al proceso de cambio social que experimenta la sociedad entera. Decir que las familias están en proceso de cambio es decir que se sufre un desequilibrio en su estabilidad ideal. Dichos equilibrios están provocados por serios problemas de desajuste funcional, que los miembros de una familia experimentan de sus relaciones entre si. (4)

La disfunción familiar en principio es un problema de interrelación consigo mismo y con las estructuras sociales, condición compleja, por que requiere modificaciones estructurales y adaptativas respecto a valores sociales, aspectos económicos religiosos, sexuales, etc. (4)

Las interacciones entre los miembros de la familia pueden ser negativas o positivas; cuando se dan las segundas, proveen sensación de bienestar y el apoyo que permite mantener el soporte como vehículo de socialización, de adaptabilidad y de cohesión. En su conjunto determinan las características de la dinámica familiar e influyen directamente en los cuidados que se otorgan al enfermo. (4).

El grado de salud psicodinámica y familiar por medio de las evaluaciones de las funciones familiares, permiten dar orientación para conservar la integridad familiar, salud física, la coherencia y el afecto, con el fin de mantener en lo posible el núcleo familiar en una homeostasis biológica y psicoafectiva para generar acciones tendentes a cumplir las funciones sociales que se espera de ella. (4)

Toda familia presenta dificultades cotidianas que deben ser afrontadas a lo largo de las distintas etapas. Por lo tanto, la familia disfuncional no puede distinguirse de la familia funcional por la presencia de problemas, sino por la utilización de patrones de interacción recurrentes que dificultan el desarrollo psicosocial de sus miembros, su adaptación y la resolución de conflictos. (4, 5,7)

La familia disfuncional, en este sentido, sería aquella que ante situaciones que generan estrés, responde aumentando la rigidez de sus pautas transaccionales y de sus límites; es notoria su falta de motivación y resistencia a toda posibilidad de cambio. Es preciso diferenciar también la familia funcional de la disfuncional en donde esta última se ve imposibilitada para realizar de un modo adecuado las funciones familiares, afectándose áreas como la educación y el desarrollo afectivo. En las sociedades modernas la posibilidad de pertenecer a una familia disfuncional es aproximadamente del 77%. (4, 5,7)

A través del tiempo la familia vive diferentes etapas críticas como lo es el embarazo, el nacimiento de los hijos, la crianza, la educación, entre algunos otros eventos; pero pocos son los momentos críticos que alteran la dinámica familiar como lo es la enfermedad o la muerte de alguno de sus integrantes. Las actitudes y conductas que se presentan ante dichos eventos son determinadas por los distintos factores que se relacionan con la integridad familiar. (8)

La familia disfuncional utiliza los problemas como un arma y no como un medio de acercamiento; se emplea para castigar, humillar o atacar a sus elementos, comprometiendo su estabilidad y compatibilidad. Deben de considerarse diferentes aspectos de manera que integren y correlacionen el momento en que viven, con su contexto social, económico y cultural, con la fase del ciclo vital por la que cursa, las expectativas individuales y de grupo, el desarrollo y aplicación de determinadas medidas; por lo tanto el estudio familiar debe de ser analizado con gran flexibilidad, adaptabilidad y con múltiples criterios. (6)

La disfunción familiar puede manifestarse a través de un conjunto de respuestas motoras, cognitivas y psicofisiológicas, en un intento inicial de adaptación en sus integrantes. La familia en crisis no es necesariamente disfuncional, el hecho de vivir en crisis no es sinónimo de causa de disfunción familiar, sino el modo de enfrentar las pérdidas, problemas interpersonales o en los conflictos internos. Las crisis familiares pueden clasificarse en dos tipos: (6)

Crisis normativas: (evolutivas o intrasistémicas) Están en relación con las etapas del ciclo vital de la familia y son definidas como situaciones planeadas, esperadas o que forman parte de la evolución de la vida (6).

Crisis paranormativas: (no normativas o intersistémicas). Se trata de situaciones adversas o inesperadas. (6)

Las crisis familiares no siempre resultan negativas, son situaciones que demandan cambios en el sistema familiar; pueden favorecer el deslinde de caducos modelos de interacción para asimilar nuevas formas de organización, contribuyendo a la maduración, desarrollo y crecimiento de la familia, es por eso que algunos estudios demuestran que la dinámica familiar se ve afectada por el tránsito de una etapa a otra en el ciclo vital y por la presentación de acontecimientos estresantes que afectan a factores familiares, económicos, laborales-escolares, legales e incluso ambientales. (7,8).

El médico familiar tiene dentro de sus funciones la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, así como el conocimiento de la funcionalidad de las familias a su cargo; por esta razón es importante identificar los factores demográficos, estructurales de cada etapa del ciclo vital, patología familiar, redes de apoyo y su relación con la presencia de disfunción familiar percibida por algún miembro de la familia. La utilidad de identificar la autopercepción, significa que se puede facilitar el inicio del estudio clínico de la familia para identificar las causas de disfunción familiar. (7,8)

La lista de problemas familiares es innumerable, en donde los aspectos individuales, económicos y socioculturales que intervienen en las crisis familiares tienen la mayor importancia, dado probablemente por el conjunto de valores, creencias, costumbres y normas morales de conducta con las que se rige. Pero a pesar de todos sus cambios la familia sigue siendo una respuesta a las necesidades de subsistencia o supervivencia. (7,8)

### ***Diabetes Mellitus***

La diabetes mellitus, es una enfermedad crónica que ha experimentado cambios importantes en la epidemiología, tanto en cifras de morbilidad como mortalidad. En México el descenso de la mortalidad y la transición epidemiológica se remontan al término de la lucha armada de la Revolución Mexicana (1910-1921), como se puede ver en el sustantivo incremento en la esperanza de vida de 35.9 años en 1930 (34.9 años para hombres y 36.9 para mujeres) a 74.6 años en 2002 (72.1 y 77.1 años, respectivamente), es decir, un aumento de más del doble al cabo de los pasados setenta y dos años. (10)

El progresivo avance de la diabetes mellitus es más evidente en los adultos mayores. Las tasas han aumentado significativamente en ambos sexos, contrarrestando en buena parte el descenso del riesgo de fallecer por padecimientos cardiovasculares en el último lustro. Es por ello que es de suma importancia conocer a fondo este padecimiento y todas las repercusiones que tiene no solo en el ámbito biológico, sino también en la situación familiar. (10,11)

La obesidad, el género, la edad y la hiperinsulinemia entre algunos otros, son algunos de los factores de riesgo involucrados en la historia natural de la diabetes mellitus, pueden ser importantes para provocar distintas alteraciones a nivel biológico, además de que pueden ser utilizados como blanco para la prevención de una terapia preventiva. Muchos de los pacientes que cursan con algunos de estos factores pueden llegar a desarrollar de forma latente las alteraciones biológicas y familiares que condiciona esta patología. (12, 13,14)

Lo anterior aunado a las complicaciones que presenta el paciente diabético, producto de las diversas alteraciones a nivel orgánico, tendrá como consecuencia un aumento en la atención médica, y por esta causa en las diferentes áreas de nuestro primer nivel de atención, así como un mayor índice de hospitalización en segundo y tercer nivel. La incidencia de las complicaciones de la diabetes mellitus que ameritan hospitalización ha mostrado un incremento progresivo en los últimos años en la población amparada por el IMSS. Las complicaciones renales, son en la actualidad la primera causa de hospitalización de los pacientes diabéticos, los trastornos de la circulación periférica también han mostrado un incremento proporcional similar al anterior. (15,16)

Se debe comprender que el tratamiento de la diabetes mellitus es más amplio; no solo se debe de conocer acerca de lo que es la enfermedad por parte del paciente y los aspectos relacionados con el control médico, es necesario explorar el ámbito familiar ya que los pacientes con disfunción familiar tienen un comportamiento diferente hacia su enfermedad y puede afectar a todos los integrantes de su núcleo. (17,18).

Es de suma importancia para la Medicina Familiar en México, lograr una adecuada atención y tratamiento oportuno, de cada una de las patologías que se presentan día a día en las unidades médicas del sistema de salud que aplica a esta especialidad. Siendo la diabetes mellitus, en nuestro país, una enfermedad crónico degenerativa, cuya perspectiva epidemiológica se ha incrementado; y considerando que los factores de riesgo que propician la presencia de la enfermedad están presentes en una amplia proporción; que las medidas utilizadas hasta ahora en el manejo del paciente diabético, no ofrecen posibilidad para que está disminuya en forma significativa; y finalmente, considerando la importancia que tiene la familia en el manejo de la diabetes, así como en las alteraciones que provoca la misma en la dinámica familiar, se hace indispensable conocer la problemática de la familia del paciente que aqueja esta enfermedad, así como buscar alternativas para poder atender este grave problema de salud. (18,19)

### ***Disfunción familiar y Diabetes Mellitus***

Se han identificado algunas patologías que tiene como sustrato la disfunción familiar, tal es el caso de la drogadicción, el alcoholismo, maltrato infantil, etc., más sin embargo hay muchas más, que tienen una gran repercusión dentro del núcleo familiar por ser devastadoras como lo son enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus y sus complicaciones, hipertensión arterial, insuficiencia hepática, insuficiencia renal etc. (19,20)

El mejor control de las enfermedades crónicas, como lo es la diabetes mellitus, más que el simple hecho de tomar un medicamento, depende de un conjunto de conductas adoptadas frente a la enfermedad, en las que el tomar los medicamentos, realizar ejercicio y adherirse a la dieta adquieren un papel igualmente preponderante; es por ello que la familia y el apoyo familiar tiene una gran importancia para la mayor utilidad en el control de esta patología. El núcleo familiar debe de conocer todos los factores relacionados con la salud del enfermo con el único afán de lograr la mejoría en las condiciones del paciente diabético. (21, 22,23)

Todas estas situaciones se han conformado para determinar la atención inmediata de este severo problema de salud. Es determinante para el tratamiento integral del paciente diabético la participación activa del mismo y de su núcleo familiar; tanto para cambiar los hábitos de vida, como para tener una mejor vigilancia de sus familiares; por tanto se hace indispensable el conocimiento de las alteraciones que en el enfermo diabético causa sobre su familia para de esta manera determinar su manejo. (24, 25,26)

El paciente diabético percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia y hasta que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, la dinámica familiar será diferente. El problema de la diabetes mellitus es más grave de lo que se considera, ya que el aspecto familiar tiene una gran importancia, por la convivencia adecuada o inadecuada con la familia que influye en la conducta, desinterés o motivación para que un paciente diabético sienta la necesidad y deseos de vivir y esto al final llevara aun mejor control de la enfermedad. (8,9)

Hay múltiples estudios donde se puede determinar la disfunción familiar aunque de forma complicada, se puede demostrar que algún padecimiento crónico altera las condiciones facilitadoras de la función familiar, muchos de estos estudios permiten evaluar la relación entre la disfunción familiar y las condiciones actuales del paciente. (9).

La evaluación de la funcionalidad familiar requiere, por su parte, del empleo de instrumentos que pueden ser observacionales o de autoaplicación, los cuales tienen las siguientes características: (19)

Los métodos observacionales proveen, una visión externa del fenómeno y requieren de la participación de terapeutas cuya experiencia les permita valorar los patrones de interacción familiar. Los procedimientos de aplicación de estos métodos; son la entrevista, las escalas de evaluación clínica y los esquemas de codificación. (29, 30,31)

Los instrumentos de autoaplicación proporcionan una perspectiva de funcionalidad a través de cuestionarios estandarizados. De esta forma se obtiene información individual de cada uno de los integrantes de una familia, incluyendo percepciones sobre sí mismo, acerca de los demás miembros de la familia, actitudes, roles, valores, etc. (29,30,31)

Aunque existen varios métodos e instrumentos para evaluar el grado de funcionalidad familiar, son pocos los que tiene un valor práctico, dada la complejidad, extensión, limitación o dudosa confiabilidad y validez de la mayoría de los instrumentos existentes. (29,30,31)

De los métodos más eficaces para la evaluación familiar se encuentra la *escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar III (FACES III)* es un instrumento desarrollado por David H. Osion en 1985 y basado conceptualmente en el modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares, concebidos por el mismo autor. Fue desarrollado con la finalidad de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias. Integra tres dimensiones de la funcionalidad familiar: (30)

1. Adaptabilidad que se define como la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuestas al estrés situacional o de desarrollo.
2. Cohesión que se define como el grado de vinculación emocional que tienen, los miembros de los sistemas familiares entre sí y el grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia.
3. Comunicación, que se encuentra implícita, y que favorece el mantenimiento óptimo de las otras dos. (30,31)

El modelo circunflejo dio lugar a un paquete de instrumentos de evolución entre los cuales se incluye FACES III, que es un instrumento de autoaplicación que evalúa la dos principales funciones a través de 10 reactivos de adaptabilidad y 10 para cohesión. La versión en español desarrollada por Gómez-Clavelina y colaboradores, únicamente evalúa el grado de adaptación y cohesión de las familias, además que es de fácil aplicación e interpretación, tiene un alto nivel de confiabilidad y se ha constituido en un instrumento con excelentes perspectivas de aplicación, tanto en la practica clínica como en proyectos de investigación, cuenta con una escala que incluye cuatro opciones (nunca, casi nunca, casi siempre, siempre) con valores de 1 a 5. (30,31)

La aplicación del cuestionario se aplica personas mayores de 20 años, que sean miembros de familias con hijos y que sepan leer y escribir. Se pide al entrevistado que responda las preguntas de acuerdo con la escala de calificación que aparece en el cuestionario. Se debe de contestar el cuestionario en cuanto a la forma en que el entrevistado considere que su familia reacciona en forma habitual, no de la manera en que piensa que debería de reaccionar. El encuestador se abstendrá de dar lectura al cuestionario, permitiendo que la persona entrevistada lo haga por sí misma. (30,31)

La calificación en cohesión es igual a la suma de puntajes obtenidos en los ítems nones. La calificación de adaptabilidad lo es la de los ítems pares. Una vez hecha la suma correspondiente a las dos dimensiones se buscan las calificaciones a cada una de las amplitudes de clase que se determinan previamente, con lo cual puede obtenerse la clasificación de la familia con relación al esquema circunflejo. (30,31)

Este modelo propone que las dimensiones de adaptabilidad y cohesión presenten cuatro posibles grados o niveles, de los cuales los intermedios son normales o balanceados, mientras que los más altos y más bajos son extremos. Una familia funcional sujeta a eventos críticos, tanto normativos como accidentales, es capaz de desplazarse dentro del modelo sin modificar sus niveles de cohesión y adaptabilidad. (30,31)

Se han realizado estudios donde se intenta identificar la frecuencia de disfunción familiar, describiendo el grado de cohesión y adaptabilidad de las familias entrevistadas, aunque ningún estudio tiene escalas que valoren también los aspectos biológicos específicos de alguna enfermedad y se acercan lo mejor posible a conocer la funcionalidad familiar. (29, 30,31)

La utilización de la escala FACES III en estos estudios demostró su gran aplicabilidad y los grandes resultados que se puede obtener al identificar con alta eficacia resultados de disfunción en la dinámica familiar, además de identificar las características de la familia, su diferentes grados de cohesión y adaptabilidad, la etapa del ciclo vital en la que se encuentra y las diferentes crisis normativas y paranormativas que pueden localizarse. (29)

En estos estudios llama la atención una alta proporción de disfunción familiar que se relacionan con los niveles socioeconómicos y los grados de cultura. Muchas de las familias estudiadas en otras investigaciones, se encuentra en diferentes etapas del ciclo vital siendo la etapa de expansión las más prevalente, lo cual implicaban mayor tensión en las funciones familiares básicas. (30)

La calificación de cohesión según la escala FACES III se especifica de la siguiente forma:

<b>Cohesión</b>	<b>Amplitud de clase</b>
No relacionada	10 a 34 puntos
Semirrelacionada	35 a 40 puntos
Relacionada	41 a 45 puntos
Aglutinada	46 a 50 puntos

La calificación de adaptabilidad según la escala FACES III se especifica de la siguiente forma:

<b>Adaptabilidad</b>	<b>Amplitud de clase</b>
Rígida	10 a 19 puntos
Estructurada	20 a 24 puntos
Flexible	25 a 28 puntos
Caótica	29 a 50 puntos

ALTA  
↑  
A  
D  
A  
T  
A  
B  
I  
L  
I  
D  
A  
D  
↓  
BAJA

BAJA ← **COHESION** → ALTA

	<b>Disgregada</b>	<b>Semirrelacionada</b>	<b>Relacionada</b>	<b>Aglutinada</b>
<b>Caótica</b>	Caóticamente disgregada	Caóticamente semirrelacionada	Caóticamente relacionada	Caóticamente aglutinada
<b>Flexible</b>	Flexiblemente disgregada	<i>Flexiblemente semirrelacionada</i>	<i>Flexiblemente relacionada</i>	Flexiblemente aglutinada
<b>Estructurada</b>	Estructuralmente disgregada	<i>Estructuralmente semirrelacionada</i>	<i>Estructuralmente relacionada</i>	Estructuralmente aglutinada
<b>Rígida</b>	Rígidamente disgregada	Rígidamente semirrelacionada	Rígidamente relacionada	Rígidamente aglutinada

## **JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

En virtud de que el médico familiar está en contacto en primera instancia con el enfermo, así como con su núcleo familiar, es importante conocer las alteraciones estructurales que se presentan en las familias de los pacientes diabéticos para así poder desarrollar alternativas que otorguen a este, a toda su familia, y al equipo de salud, la posibilidad de incidir en la prevención específica, así como en la rehabilitación en el diabético y su familia.

Este trabajo plantea la posibilidad de conocer la disfunción familiar que se presenta en los pacientes con esta enfermedad crónica; para así proponer alternativas que modifiquen el comportamiento de la diabetes mellitus en nuestro país, sobre todo en el ámbito de su desarrollo en familia; en principio se realizara en los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social para posteriormente poder proyectarlo en forma interinstitucional en todo nuestro país.

De esta forma encontramos la siguiente pregunta:

¿Cuál era la frecuencia de disfunción familiar de acuerdo a la escala FACES III versión en español, de las familias de pacientes con diabetes mellitus 2 adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 33, del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México?

## **OBJETIVOS**

### ***Objetivo general***

Determinar la frecuencia de disfunción familiar de acuerdo a la escala FACES III versión en español, de las familias de pacientes con diabetes mellitus 2 adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 33, del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México

### ***Objetivos específicos***

1. Determinar la clasificación de cohesión de acuerdo a la escala evaluativa FACES III versión en español, de las familias de pacientes con diabetes mellitus 2 adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 33, del Instituto Mexicano del Seguro Social.
2. Determinar la clasificación de adaptabilidad de acuerdo a la escala evaluativa FACES III versión en español, de las familias de pacientes con diabetes mellitus 2 adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 33, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Este estudio fue realizado en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 33 El Rosario, de la delegación Norte, del Distrito Federal del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Esta unidad cuenta con 27 consultorios por turno, existiendo turnos matutino y vespertino, el material humano del consultorio es un médico familiar y una asistente médica, los cuales se encargan de administrar los recursos necesarios para la atención de una población de más de 2500 derechohabientes. Para su funcionamiento cuenta con área física bien distribuida, cada consultorio cuenta con escritorio, mesa de exploración, báscula para adultos y niños, lavamanos, archivero, escritorio de recepción, sillas, esfigomanómetro de pared, biombo. El acceso a la unidad es sencillo ya que se encuentra en un lugar céntrico y con múltiples vías de acceso.

En la unidad se cuenta con médicos residentes de la especialidad en Medicina familiar de primero, segundo y tercer grado.

El diseño del estudio fue observacional, transversal, descriptivo.

La población que fue estudiada fueron pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 33, del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México con diagnóstico de diabetes mellitus 2.

### ***Criterios de inclusión y exclusión***

1. Se tomaron como criterios de inclusión:

- ✓ Pacientes que cursaran con el diagnóstico de diabetes mellitus 2
- ✓ Que fueran mayores de 30 años
- ✓ Que supieran leer y escribir
- ✓ Que no presentaran ninguna enfermedad incapacitante
- ✓ Que se encontraran en la sala de espera de la unidad

2. Se tomaron como criterios de exclusión:

- ✓ Pacientes que no aceptaran la entrevista

3. Se tomaron como criterios de eliminación

- ✓ Cuestionarios incompletos

La población es de 1191 adultos portadores de diabetes mellitus 2 derechohabientes de la UMF 33, con una frecuencia esperada del 90% y un nivel de confiabilidad del 99.9% con un tamaño de la muestra de 214.

La toma de las muestras se realizó por conveniencia para la captación de los pacientes en la sala de espera de la consulta externa de medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar No 33, del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México se realizó por un médico residente de la especialidad en medicina familiar, a través de un cuestionario con la escala evaluativa FACES III versión en español.

Las variables estudiadas fueron:

Disfunción familiar. Que fue definida como la colección de fuerzas negativas, que intervienen o influyen en el comportamiento de cada integrante de la familia dando como respuesta un mal funcionamiento familiar como unidad, e impide un adecuado desarrollo individual y familiar.

Se midió a través del estudio integral que aplica al individuo y su familia que es la escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar (FACES III), versión en español desarrollada por Gómez-Clavelina.

Se considero como disfuncionalidad familiar de acuerdo a la escala de evaluación FACES III acorde al puntaje obtenido en los diferentes parámetros que se evalúan a las familias que no alcanzaron el puntaje para considerar los criterios de funcionalidad familiar.

FACES III integra dos dimensiones de la funcionalidad familiar: Adaptabilidad, y cohesión.

Se consideró a la adaptabilidad como la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuestas al estrés situacional o de desarrollo.

Y se considero a la cohesión como el grado de vinculación emocional que tienen, los miembros de los sistemas familiares entre sí; grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia.

La calificación en cohesión fue igual a la suma de puntajes obtenidos en los ítems nones de la encuesta realizada. La de adaptabilidad lo fue a la suma de los ítems pares de la encuesta realizada. Una vez hecha la suma correspondiente a las dos dimensiones se busco las calificaciones a cada una de las amplitudes de clase que se determinan previamente, con lo cual puede obtenerse la clasificación de la familia.

<b>Cohesión</b>	<b>Amplitud de clase</b>
No relacionada o disgregada	10 a 34 puntos
Semirrelacionada	35 a 40 puntos
Relacionada	41 a 45 puntos
Aglutinada	46 a 50 puntos

<b>Adaptabilidad</b>	<b>Amplitud de clase</b>
Rígida	10 a 19 puntos
Estructurada	20 a 24 puntos
Flexible	25 a 28 puntos
Caótica	29 a 50 puntos

**Para este estudio se tomó como disfuncional las familias que en puntaje se clasifiquen en:**

- ✓ Caóticamente disgregada
- ✓ Caóticamente semirrelacionada
- ✓ Caóticamente relacionada
- ✓ Caóticamente aglutinada
- ✓ Flexiblemente disgregada
- ✓ Flexiblemente aglutinada
- ✓ Estructuralmente disgregada
- ✓ Estructuralmente aglutinada
- ✓ Rígidamente disgregada
- ✓ Rígidamente semirrelacionada
- ✓ Rígidamente relacionada
- ✓ Rígidamente aglutinada

**Para este estudio se tomó como funcional las familias que en puntaje se clasifiquen en:**

- ✓ Flexiblemente relacionada
- ✓ Flexiblemente semirrelacionada
- ✓ Estructuralmente relacionada
- ✓ Estructuralmente semirrelacionada

Además se tomaron en cuenta variables universales como la edad y el sexo de los pacientes entrevistados.

Se realizó un estudio descriptivo en pacientes con Diabetes Mellitus 2, con diagnóstico y control en la Unidad de Medicina Familiar No 33, del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México, del 1 de Septiembre del 2005 a 1 septiembre del año 2006 con asesoría para la realización del protocolo de investigación y desarrollo de la tesis de un médico asignado a la jefatura de enseñanza de la Unidad. Comenzando con la búsqueda de las referencias bibliográficas, la realización y estructuración del protocolo, posterior presentación al comité de ética e investigación, para proceder a la obtención de datos y análisis de los mismos.

La aplicación del instrumento de medición fue a través de una encuesta, llevándose acabo la recolección de datos fue de la siguiente manera:

Se identificaron pacientes mayores de 30 años portadores de Diabetes Mellitus 2, que se encuentren en la sala de espera de la unidad para sus valoraciones mensuales de control y seguimiento de sus patologías, en el turno matutino y vespertino, se solicito su consentimiento informado escrito para la contestación del cuestionario, previa explicación detallada del motivo y propósito del estudio. Una vez aceptando la realización de la encuesta se le otorgo el material suficiente para la respuesta del cuestionario.

## **FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS**

Este estudio fue factible ya que se obtuvieron todas las posibilidades de realización, demostrando que es completamente posible su reproducción y análisis a través de los métodos ya descritos para su elaboración; tomado en cuenta el diseño de estudio, los sujetos del mismo, los objetivos y los resultados.

Se contó con la suficiente información ética, para reunir los requisitos necesarios para la investigación en seres humanos, establecido por la ley general de salud, así como se respetara la aceptación voluntaria de cada paciente como su confidencialidad.

El presente estudio se efectuó con fines científicos, basado en la aplicación de un cuestionario y que tiene como propósito conocer la disfuncionalidad de las familias con pacientes diabéticos, cumpliendo con el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud emitido 1987 por la secretaria de salud en, en el articulo 17 del titulo segundo, debiendo contar en todo momento con un consentimiento informado, para protección del investigador como de la población a estudiar.

Cumplió con los principios básicos para toda investigación médica como se especifica en el código de Nuremeberg de 1946, de la declaración adoptada el 18ª Asamblea Mundial Medica Helsinki, Finlandia en Junio de 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Mundial Médica en Tokio Japón, en octubre de 1975.

Cumplió con las pautas establecidas internacionalmente para la investigación en seres humanos realizadas en la 41ª Asamblea Mundial Médica de Hong Kong septiembre de 1989. En la 48ª Asamblea General Somerset Western, Sudáfrica, Octubre 1996 y la 52ª Asamblea General Edimburgo, Escocia, Octubre 2000, y del consejo de organizaciones internacionales de ciencias médicas (CIOMS) así como de los principios básicos para toda investigación en el IMSS, en todos ellos se justifica el estudio para descubrir nuevas formas de beneficiar la salud de las personas sin dañarlas y protegiéndolas, hablando del consentimiento informado y de la confidencialidad de los estudios; además de respetar los principios bioéticos de no maleficencia, justicia, autonomía.

## RESULTADOS

Se aplicaron un total de 214 encuestas basadas en la escala de evaluación familiar FACES III versión en español; en pacientes con Diabetes Mellitus 2, con diagnóstico y control en la Unidad de Medicina Familiar No 33, del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México, del 1 de Septiembre del 2005 a 1 septiembre del año 2006

Se obtuvo un total de 214 encuestas (100%) de los cuales, fueron 158 mujeres (73%) y 58 hombres (27%). (Ver tabla1 y gráfica 1)

Las edades oscilaron entre los 30 y los 63 años de edad, con una edad promedio que oscilo entre los 41 y 50 años para las mujeres (33%) con una media de 46 años y para los hombres con un promedio de edad que oscila entre los 41 y 50 años (40%) con una media de 42 años. (Ver tablas 2,3 y gráficas 2,3)

Las edades de las mujeres entrevistadas fueron de la siguiente manera: de 30 a 40 años, 37 personas (24%), de 41 a 50 años, 53 personas (33%), de 51 a 60 años, 48 personas (31%), de 60 años y más, 18 personas (12%).(Ver tablas 2,3 y gráficas2,3)

Las edades de los hombres entrevistados fueron de la siguiente manera: de 30 a 40 años, 7 personas (12%), de 41 a 50 años, 23 personas (40%), de 51 a 60 años, 15 personas (26%), 60 años y más, 13 personas (22%).(Ver tablas 2,3 y gráficas 2,3)

La frecuencia de función familiar presentada por los pacientes entrevistados que integraban en el grupo de estudio se encontró distribuida de la siguiente forma: Funcionalidad Familiar 93 casos que representa el 43%, y Disfuncionalidad Familiar 121 casos que representa el 57% de los pacientes estudiados. (Ver tabla 4 y gráfica 4)

Del total de los casos la distribución de los resultados de **las familias con funcionalidad familiar** fue de la siguiente manera: Flexiblemente relacionada, 19 casos (20%), Flexiblemente semirrelacionada, 23 casos (25%), Estructuralmente relacionada 31 casos (33%), Estructuralmente semirrelacionada, 20 casos (22%). (Ver tabla 5 y gráfica 5)

Del total de los casos la distribución de los resultados de **las familias con disfuncionalidad familiar** fue de la siguiente manera: (Ver tabla 6 y gráfica 6)

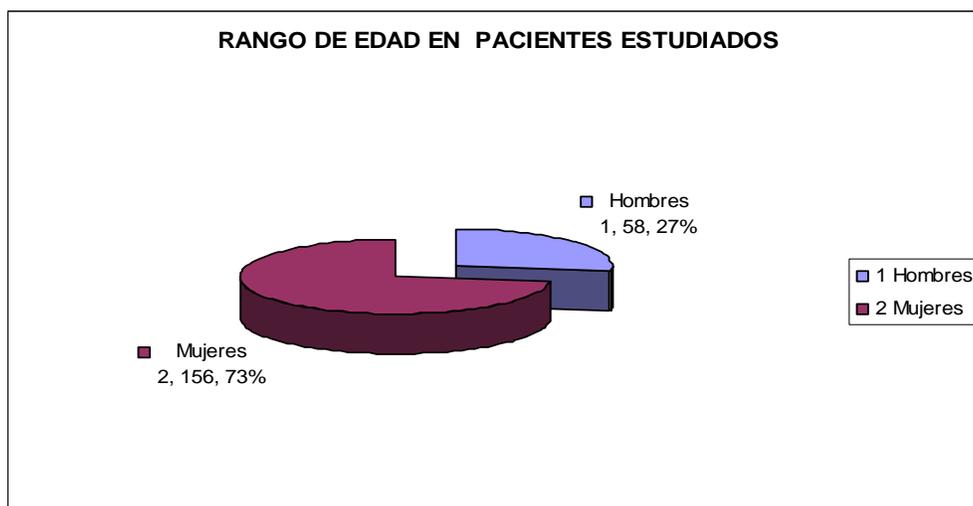
- ✓ Caóticamente disgregada, 2 casos (2%)
- ✓ Caóticamente semirrelacionada, 13 casos (11%)
- ✓ Caóticamente relacionada, 17 casos (14%)
- ✓ Caóticamente aglutinada, 4 casos (3%)
- ✓ Flexiblemente disgregada, 7 casos (6%)
- ✓ Flexiblemente aglutinada, 28 casos (23%)
- ✓ Estructuralmente disgregada, 12 casos (10%)
- ✓ Estructuralmente aglutinada, 6 casos (5%)
- ✓ Rígidamente disgregada, 5 casos (4%)
- ✓ Rígidamente semirrelacionada, 13 casos (11%)
- ✓ Rígidamente relacionada, 11 casos (9%)
- ✓ Rígidamente aglutinada, 3 casos (2%)

## TABLAS Y GRÁFICAS

**TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE SEXO EN PACIENTES ESTUDIADOS**

No.	Sexo	Cantidad	Porcentaje
1	Hombres	58	27%
2	Mujeres	156	73%

**GRÁFICA 1. DISTRIBUCIÓN DE SEXO EN PACIENTES ESTUDIADOS**

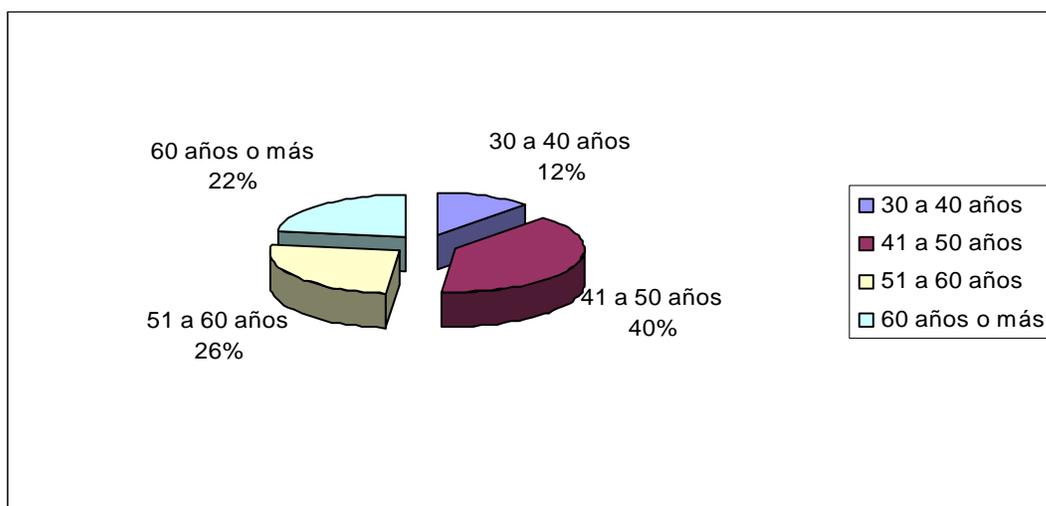


Fuente: Encuestas realizadas a pacientes diabéticos de la UMF No 33, IMSS.2006.

**TABLA 2. DISTRIBUCIÓN EN GRUPO DE EDAD EN EL SEXO MASCULINO**

No.	Rango de Edad	Cantidad	Porcentaje
1	30 a 40 años	7	12%
2	41 a 50 años	23	40%
3	51 a 60 años	15	26%
4	60 años o más	13	22%

**GRÁFICA 2. DISTRIBUCIÓN EN GRUPO DE EDAD EN EL SEXO MASCULINO**

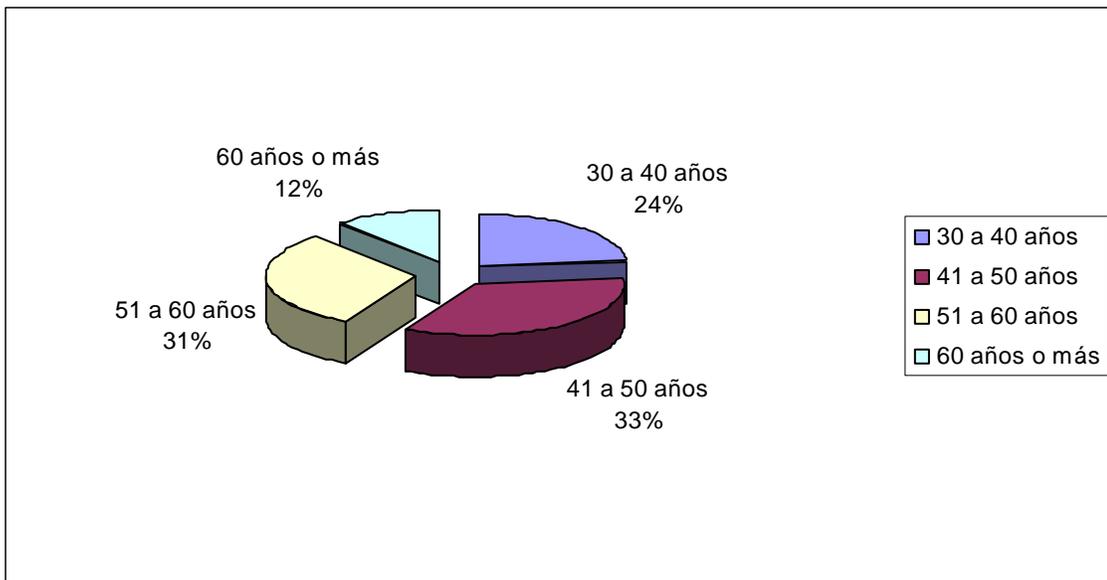


Fuente: Encuestas realizadas a pacientes diabéticos de la UMF No 33, IMSS.2006.

**TABLA 3. DISTRIBUCIÓN EN GRUPO DE EDAD EN EL SEXO FEMENINO**

No	Rango de Edad	Cantidad	Porcentaje
1	30 a 40 años	37	24%
2	41 a 50 años	53	33%
3	51 a 60 años	48	31%
4	60 años o más	18	12%

**GRÁFICA 3. DISTRIBUCIÓN EN GRUPO DE EDAD EN EL SEXO FEMENINO**

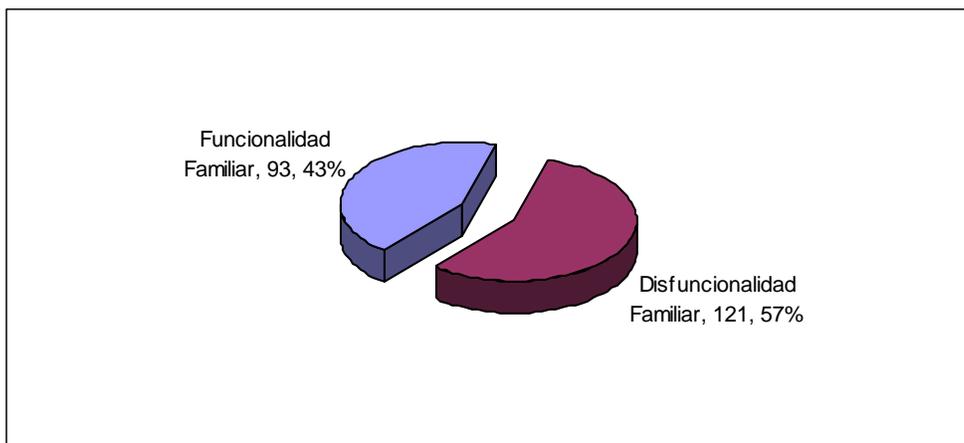


Fuente: Encuestas realizadas a pacientes diabéticos de la UMF No 33, IMSS.2006.

**TABLA 4. FRECUENCIA DE FUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES DE GRUPO DE ESTUDIO**

No	Función Familiar	Casos	Porcentaje
1	Funcionalidad Familiar	93	43%
2	Disfuncionalidad Familiar	121	57%

**GRÁFICA 4. FRECUENCIA DE FUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES DE GRUPO DE ESTUDIO**



Fuente: Encuestas realizadas a pacientes diabéticos de la UMF No 33, IMSS.2006.

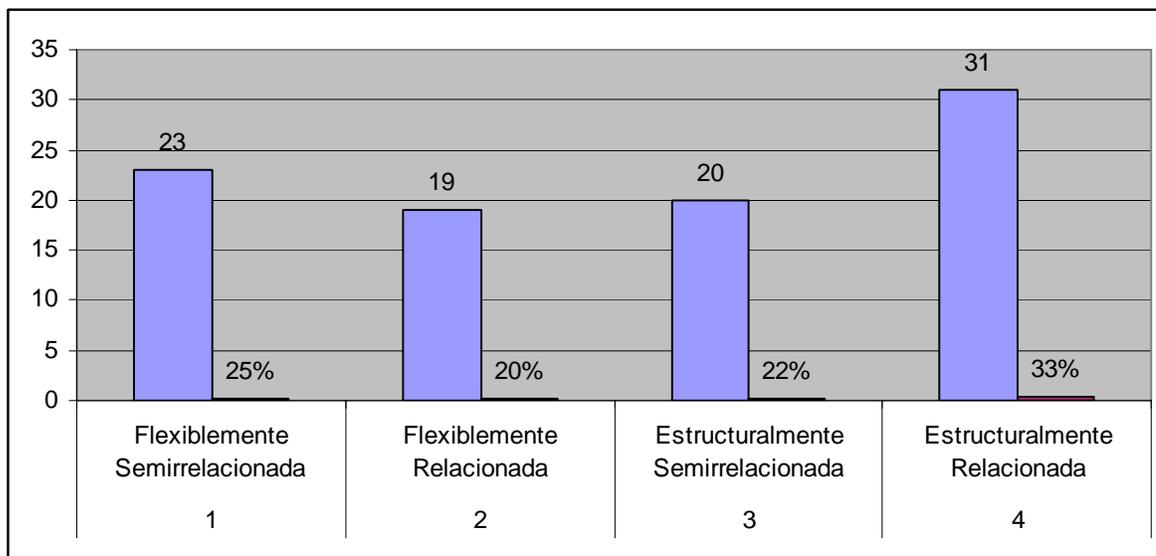
**TABLA 5. FRECUENCIA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE ACUERDO A LA ESCALA FACES III.**

**A. FAMILIAS FUNCIONALES**

No.	Clasificación Familiar	Cantidad	Porcentaje
1	Flexiblemente Semirrelacionada	23	25%
2	Flexiblemente Relacionada	19	20%
3	Estructuralmente Semirrelacionada	20	22%
4	Estructuralmente Relacionada	31	33%
	Total.	93	100%

**GRÁFICA 5. FRECUENCIA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE ACUERDO A LA ESCALA FACES III.**

**A. FAMILIAS FUNCIONALES**



Fuente: Encuestas realizadas a pacientes diabéticos de la UMF No 33, IMSS.2006.

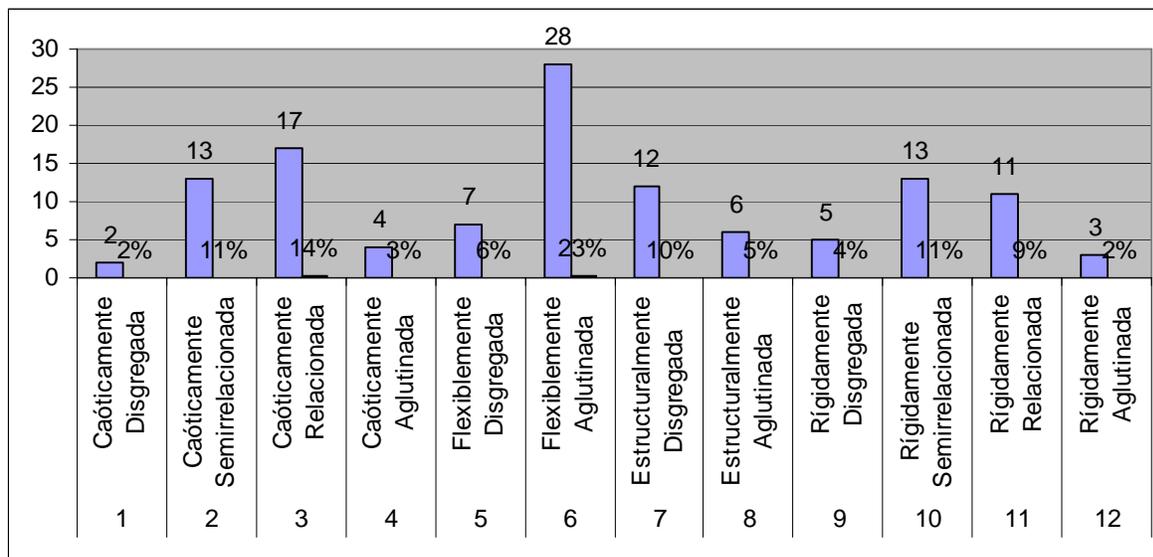
**TABLA 6. FRECUENCIA DE DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR DE ACUERDO A LA ESCALA FACES III**

**B. FAMILIAS DISFUNCIONALES**

No.	Clasificación Familiar	Cantidad	Porcentaje
1	Caóticamente Disgregada	2	2%
2	Caóticamente Semirrelacionada	13	11%
3	Caóticamente Relacionada	17	14%
4	Caóticamente Aglutinada	4	3%
5	Flexiblemente Disgregada	7	6%
6	Flexiblemente Aglutinada	28	23%
7	Estructuralmente Disgregada	12	10%
8	Estructuralmente Aglutinada	6	5%
9	Rígidamente Disgregada	5	4%
10	Rígidamente Semirrelacionada	13	11%
11	Rígidamente Relacionada	11	9%
12	Rígidamente Aglutinada	3	2%
	Total	121	100%

**GRÁFICA 6. FRECUENCIA DE DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR DE ACUERDO A LA ESCALA FACES III**

**B. FAMILIAS DISFUNCIONALES**



Fuente: Encuestas realizadas a pacientes diabéticos de la UMF No 33, IMSS.2006.

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este estudio, de una muestra de 214 pacientes portadores de Diabetes Mellitus 2, se encontró que el 43% de los pacientes son integrantes de una familia funcional, de los cuales la gran mayoría pertenecen a una familia Flexiblemente relacionada 19 casos (20%), Flexiblemente semirrelacionada 23 casos (25%), Estructuralmente relacionada 31 casos (33%), Estructuralmente semirrelacionada 20 casos (22%), este tipo de resultados tienen una gran significancia ya que representa un mayor grado de cohesión y adaptabilidad a las diferentes situaciones de la dinámica familiar que se suscitan en las diferentes etapas del ciclo vital de las familias que tiene un integrante portador de diabetes mellitus 2 y de esta manera repercutir en su adecuado control y la mejora en su calidad de vida. La adaptabilidad y la cohesión representan de cierta forma, mejores relaciones internas dentro de estas familias, ya que observan al enfermo como un integrante valioso dentro de la estructura familiar.

El 57% de los pacientes estudiados pertenecen a familias con orígenes disfuncionales, de los cuales se distribuyen de esta forma: Caóticamente disgregada 2 casos (2%), Caóticamente semirrelacionada 13 casos (11%), Caóticamente relacionada 17 casos (14%), Caóticamente aglutinada 4 casos (3%), Flexiblemente disgregada 7 casos (6%), Flexiblemente aglutinada 28 casos (23%), Estructuralmente disgregada 12 casos (10%), Estructuralmente aglutinada 6 casos (5%), Rígidamente disgregada 5 casos (4%), Rígidamente semirrelacionada 13 casos (11%), Rígidamente relacionada 11 casos (9%), Rígidamente aglutinada 3 casos (2%); lo que representa un alto grado de dificultad para lograr una adecuada cohesión y adaptabilidad a las diferentes etapas de la dinámica familiar. La presencia de disfunción familiar tendrá múltiples repercusiones en el estado físico, emocional y familiar del paciente diabético. Entre más severa sea la disfunción, es probable que el control metabólico sea más difícil de lograr y subsecuentemente la presencia de mayores complicaciones. Una pobre adaptabilidad y cohesión a las situaciones cotidianas que viven este tipo de familias, representara una mayor rigidez de los límites dentro de los sistemas familiares, además de que la atención que debe recibir el paciente diabético será mucho menor, pudiendo favorecer un pobre relación y minusvalía hacia el paciente enfermo.

Por otra parte, se obtuvo un mayor porcentaje de mujeres encuestadas, con el 73% del total de los pacientes entrevistados y solo el 27% de hombres. Se observó una mayor prevalencia de contestación de encuestas en las edades de 41 a 50 años tanto en hombres como en mujeres con el 40% y 53% respectivamente.

## CONCLUSIONES

Los pacientes portadores de Diabetes Mellitus 2, son una población vulnerable para tener alteraciones en su dinámica familiar, es por ello que se debe de evaluar de manera constante por el medico de familia el grado de adaptabilidad y cohesión que existe en las familias de estos pacientes, para que tengan una mejor perspectiva de su enfermedad y favorecer su mejor adaptación a su patología.

No existen estudios suficientes que evalúen la funcionalidad familiar en pacientes diabéticos, trabajos como el de Huerta- Martínez (8), solo demuestran algunos aspectos de funcionalidad familiar pero no hacen énfasis en la evaluación del paciente crónico; es por ello que este trabajo, denota la gran problemática que existe en este tipo de pacientes, ya que los resultados son evidentes. De la gran mayoría de los pacientes encuestados un alto porcentaje, el 57%, pertenecen a una familia que sufre de alguna alteración en la dinámica familiar, repercutiendo obviamente en su grado de adaptación y cohesión a las diferentes etapas del ciclo vital de la familia y sobre todo a las alteraciones propias que genera la enfermedad, además de observarse una mayor frecuencia en la presentación de casos de enfermedad en el sexo femenino.

Aunque existen múltiples escalas de evaluación, FACES III, nos otorga una mejor perspectiva a cerca de la funcionalidad familiar, ya que logra hacer que el paciente evalúe a los demás integrantes de su familia, de una forma razonable, justa y equitativa, lo que representa que se logre obtener una mejor visión de las familias disfuncionales y así poder encaminar las acciones adecuadas para mejorar el núcleo familiar.

En nuestro caso, muchos de los ítems interrogados de acuerdo a la escala evaluativa FACES III, denotan las características esenciales de las familias, investigando el apoyo, la convivencia interna, la toma de decisiones, los conflictos de autoridad, la aplicación de castigos entre algún otros datos, en donde reside el mayor puntaje logrado, llamado la atención que la mayoría de las familias disfuncionales presentadas son flexiblemente aglutinadas, lo que representa una grado de cohesión alta y una baja adaptabilidad a las situaciones cotidianas del ciclo vital de la familia,

La familia seguirá siendo el mejor apoyo de los pacientes portadores de enfermedades crónicas, en especial de pacientes diabéticos, es por ello que una adecuada funcionalidad familiar, representa una mejor calidad de vida, evita complicaciones severas producidas por la propia enfermedad y sobre todo hace que la enfermedad sea más fácil de sobrellevar, y así evitar que una enfermedad progresiva destruya lazos que une a la familia.

Esperando que este trabajo genere algunas acciones para mejorar la dinámica de los pacientes diabéticos y sobre todo para hacer reflexionar al medico familiar de su importancia no solamente en el tratamiento médico, sino también en el tratamiento integral del paciente crónico, resaltando la importancia de una adecuada integración de la familia que rodea al paciente y haciendo énfasis que las alteraciones en la dinámica familiar no favorecen una adecuada evolución de la Diabetes Mellitus.

La capacidad del médico familiar para identificar una familia disfuncional de una paciente diabético es muy grande, lo que le permitirá aplicar las medidas de prevención que modifiquen la historia natural de la enfermedad, permitiendo una mejor calidad de vida en las etapas críticas de estos pacientes; por lo tanto su papel es fundamental en el manejo integral de este tipo de pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Monroy LE. Alteraciones en la dinámica familiar del enfermo diabético. Tesis. Instituto Mexicano del Seguro Social, Universidad Nacional Autónoma de México. 1983.
2. Mendoza J. Alteraciones estructurales de la familia diabética. Tesis. Instituto Mexicano del Seguro Social, Universidad Nacional Autónoma de México. 1985.
3. Méndez DM, Gómez VM, García ME, Pérez JH, Navarrete A. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo2. Rev Med IMSS 2004; 42:281-284.
4. Irigoyen CA, Ponce CM, Hernández RC, Farfán SG, et al. Evolución histórica de la familia. En: Irigoyen CA, Fundamentos de medicina familiar .5 edición. México. Editorial medicina familiar mexicana, 1998.11-23.
5. Huerta JL. Familia y demografía. En: Colegio mexicano de medicina familiar AC. Programa de actualización en medicina familiar: México. Editores Intersistemas, 1999: 14-20
6. Huerta JL. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. Ciudad de México: Alfil, 2005: 1-185.
7. Huerta JL. Estudio de salud familiar. En: Colegio mexicano de medicina familiar AC. Programa de actualización en medicina familiar: México. Editores Intersistemas, 1999: 5-73.
8. Huerta-Martínez N, Valadés-Rivas B, Sánchez-Escobar L. Frecuencia de disfunción familiar en una clínica de medicina familiar del ISSSTE en la ciudad de México. Arch Med Fam 2001; 3: 95-98
9. Tovar-Granada C, Sánchez-Escobar L, Ponce-Robles R, Irigoyen-Coria A, Morales-López H. Autopercepción de disfunción familiar en un grupo de familias de la ciudad de México. Arch Med Fam 2003; 5: 92-95.
10. Indicadores de resultado, 2002. Información para la evaluación de los sistemas de salud. Salud Pública Mex 2204; 46: 261-271.
11. Partida V, García E. El cambio epidemiológico reciente. En: La situación demográfica reciente de México 2002. 17-36.
12. Vázquez C, Salinas S, Moreno K, Gómez RA, Rosso M, Jiménez M y col. Incidencia y factores de riesgo para desarrollo de intolerancia a la glucosa y diabetes mellitus tipo 2 en población mexicana previamente normogluceémica. Revista de Endocrinología y Nutrición 2003; 11:28-33.
13. Gómez V, Zúñiga E, García de León MI. Control de la diabetes mellitus tipo2. El índice de hiperglucemia como indicador. Rev Med IMSS 2002; 40: 281-284.
14. Mancillas LG, Gómez FJ, Rulli JA. Diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus conceptos actuales. Revista de Endocrinología y nutrición 2002; 10:63-68.
15. Escobedo-de la Peña J, Santos-Burgoa C. La diabetes mellitus y la transición de la atención a la salud. Salud Pública Mex 1995; 37: 37-46.
16. Escobedo-de la Peña J, Rico-Verdaín B. Incidencia y letalidad de las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes mellitus en México. Salud Pública Mex 1996; 38: 236-242
17. Hope RA, Longmore JM, McManus SK, Wood-Allum CA. Endocrinología. En: Hope RA. Oxford medicina interna. 4 edición, Madrid: Marban, 2000: 477-486.
18. Foster D. Diabetes Mellitus. En: Isselbacher K. Principios de medicina interna. 13 edición: Madrid: Interamericana, 2000: 2281-2304.
19. Rodríguez-Morán M, Guerrero-Romero JF. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. Salud Pública Mex 1997; 39: 44-47.

20. Rodríguez G, Rodríguez I. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Rev Med IMSS* 2004; 42: 97-102.
21. Robles-Silva L, Mercado-Martínez FJ, Ramos-Herrera IM, Alcántara-Hernández E, Moreno-Leal NC. Las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes en una zona marginal de Guadalajara, México. *Salud Pública Mex* 1995; 39: 187-196.
22. De los Ríos JL, Sánchez JJ, Barrios P, Guerrero V. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus 2. *Rev Med IMSS* 2004; 42: 109-116.
23. Zúñiga S, Islas S. Educación del paciente diabético. Un problema ancestral. *Rev Med IMSS* 2000; 3: 187-191.
24. Lazcano G, Rodríguez M, Guerrero F. Eficacia de la educación en el control de la glucemia de pacientes con diabetes tipo 2. *Rev Med IMSS* 1999; 37: 39-44.
25. Ortega A, Osorio MF, Fernández AT. Diagnóstico del funcionamiento familiar en un consultorio del médico y la enfermera de familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2003; 19: 2-7.
26. Jáuregui J, De la Torre A, Gómez G. Control del padecimiento en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial: impacto de un programa multidisciplinario. *Rev Med IMSS* 2002; 40:37-318.
27. Vidal R. Prevención de diabetes mellitus tipo 2. *Medica Sur* 2002; 9: 115-117.
28. Rodríguez-Moctezuma R, Magdaleno-Tobías ME, Hernández-Santiago JL, Casas-De la Torre E. Factores de los médicos familiares asociados al control glucémico de sus pacientes con diabetes mellitus. *Gac Méd Mex* 2003; 139: 112-116.
29. Gómez Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER, Mazón-Ramírez JJ y col. Versión al español y adaptación transcultural de FACES III. *Arch Med Fam* 1999; 1:73-79.
30. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER. Selección y análisis de los instrumentos de validación para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. *Arch Med Fam* 1999; 1:45-57.
31. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER y col. Análisis de la confiabilidad de FACES III. *Aten Primaria* 1999; 23:579-484.

## ANEXOS

### ANEXO 1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33  
CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR  
ESCALA EVALUATIVA FACES III

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Estimado paciente solicitamos su más amable colaboración para la contestación del siguiente cuestionario. Lea con atención y conteste los siguientes enunciados de la siguiente forma:

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

Anote el número en la fila de la derecha que considera como es su familia:

Describa a su familia

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

Gracias por su colaboración

Gómez Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER, Mazón-Ramírez JJ y col. Versión al español y adaptación transcultural de FACES III. Arch Med Fam 1999; 1:73-79.

ANEXO 2

La calificación de cohesión según la escala FACES III se especifica de la siguiente forma:

<b>Cohesión</b>	<b>Amplitud de clase</b>
No relacionada o Disgregada	10 a 34 puntos
Semirrelacionada	35 a 40 puntos
Relacionada	41 a 45 puntos
Aglutinada	46 a 50 puntos

La calificación de adaptabilidad según la escala FACES III se especifica de la siguiente forma

<b>Adaptabilidad</b>	<b>Amplitud de clase</b>
Rígida	10 a 19 puntos
Estructurada	20 a 24 puntos
Flexible	25 a 28 puntos
E Caótica	29 a 50 puntos

ALTA  
↑  
A  
D  
A  
T  
A  
B  
I  
L  
I  
D  
A  
D  
↓  
BAJA

BAJA ← COHESION → ALTA

	<b>Disgregada</b>	<b>Semirrelacionada</b>	<b>Relacionada</b>	<b>Aglutinada</b>
<b>Caótica</b>	Caóticamente disgregada	Caóticamente semirrelacionada	Caóticamente relacionada	Caóticamente aglutinada
<b>Flexible</b>	Flexiblemente disgregada	<i>Flexiblemente semirrelacionada</i>	<i>Flexiblemente relacionada</i>	Flexiblemente aglutinada
<b>Estructurada</b>	Estructuralmente disgregada	<i>Estructuralmente semirrelacionada</i>	<i>Estructuralmente relacionada</i>	Estructuralmente aglutinada
<b>Rígida</b>	Rígidamente disgregada	Rígidamente semirrelacionada	Rígidamente relacionada	Rígidamente aglutinada



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACION CLINICA.**

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado: **“Disfunción familiar en pacientes con Diabetes Mellitus 2”**

Registrado ante el comité local de investigación en salud: **comité de investigación y bioética de la U.M.F. 20.**

El objetivo del estudio es: **Determinar la frecuencia de Disfunción familiar en pacientes portadores de Diabetes Mellitus 2.**

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

1. Otorgar datos personales como: nombre, edad, sexo.
2. Permitir la aplicación del cuestionario FACES III versión en español para identificación de disfunción familiar.

Declaro que se me ha informado ampliamente que no se tienen riesgos ni inconvenientes y si beneficios de mi participación en el estudio, que será determinar la frecuencia de Disfunción familiar en pacientes portadores de Diabetes Mellitus 2; con el fin de implementar estrategias necesarias para la prevención de alteraciones en la dinámica familiar.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que sea planteada, acerca del procedimiento que se llevara a cabo, los riesgos y beneficios de cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del instituto.

El investigador principal me ha dado la seguridad de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga del estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de conformidad: \_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_

Atentamente

**Dr. Josué H. Paredes Maya.**

Médico Residente de la Especialidad en Medicina Familiar.

Realizador del proyecto de investigación

TESIS  IMPRESIONES  
ENCUADERNADOS

***COPYNET***

*100% DIGITAL*

pressanddesign@yahoo.com.mx



**TRABAJOS URGENTES**  
COCOTEROS 24, COL. NUEVA STA. MARÍA  
DEL. ATZCO., MÉXICO, D.F. C.P. 02800  
TELS. 53 41 49 88 Y 53 41 64 91