



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
UNIDAD MEDICA FAMILIAR No 47
LEÓN, GUANAJUATO

T E S I S

Para Obtener el Título de
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA LUCIA GAMA VALDEZ

ASESORES DE TESIS:
DR. HECTOR EDUARDO REYES VALADEZ
ASESOR METODOLOGICO

DR. MARCO AURELIO VENCES AVILES
ASESOR DE TEMA



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
UNIDAD MEDICA FAMILIAR No 47
LEÓN, GUANAJUATO

**“CARACTERÍSTICAS DE FUNCIONAMIENTO DE
FAMILIAS CON UN PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2
CONTROLADO”**

T E S I S

Para obtener el Título de

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. LUCIA GAMA VALDEZ

ASESORES DE TESIS:

DR. HECTOR EDUARDO REYES VALADEZ
ASESOR METODOLÓGIA

DR. MARCO AURELIO VENCES AVILES
ASESOR DEL TEMA

**“CARACTERÍSTICAS DE FUNCIONAMIENTO DE FAMILIAS CON UN
PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2 CONTROLADO “**

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

PRESENTA:

DRA LUCIA GAMA VALDEZ

A U T O R I Z A C I O N E S

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M**

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M**

DEDICATORIA:

A la memoria de mis padres, siempre serán la fuente constante de mi motivación

A mi querida familia por su apoyo y compañía en mi formación como Médico Familiar.

Con profundo agradecimiento a mi asesor de tesis el Dr. Héctor Reyes Valadez para la realización de este trabajo.

A las familias que participaron, con cariño y afecto para la elaboración de esta investigación.

A la Ingeniera en Sistemas, Fátima, que con su ayuda y disposición fue posible el desarrollo de esta tesis.

INDICE GENERAL

1. RESUMEN	6
2. MARCO TEÓRICO	8
3. JUSTIFICACIÓN	14
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
5. HIPÓTESIS	15
6. VIABILIDAD	15
7. OBJETIVOS	
- GENERAL	15
- ESPECÍFICOS	15
8. METODOLOGÍA	
- TIPO DE ESTUDIO	16
- POBLACIÓN LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	16
- PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN	17
- PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN	18
- TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	18
- CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	19
9. CONSIDERACIONES ÉTICAS	19
10. RESULTADOS	20
11. DISCUSIÓN	32
12. CONCLUSIONES	33
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
14. ANEXOS	
- CUESTIONARIO DE ESCALA DE EVALUACIÓN DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LA DRA EMMA ESPEJEL ACO	35
- PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y FAMILIOGRAMAS.	36
- CONSENTIMIENTO INFORMADO.	67

1.- RESUMEN.

Características de funcionamiento de familias con un paciente diabético tipo 2 controlado.
Gama-Valdez Lucia, Reyes-Valadez¹ Héctor Eduardo², Vences-Avilés Marco Aurelio³.
Unidad de Medicina Familiar no. 47 IMSS, León Guanajuato¹, Universidad del Valle de Atemajac², León, Guanajuato, Unidad Médica de Alta Especialidad, IMSS, León Bajío³

Objetivo.

Conocer las características de funcionamiento familiar con un paciente diabético tipo 2 controlado.

Material y métodos.

Se trata de un estudio cualitativo en el que se estudiaron 11 familias con un paciente diabético tipo 2 controlado del consultorio 31 matutino de la UMF 47 del IMSS de León Gto. de julio 2007 a diciembre 2009

Se consideró como paciente con diabetes tipo 2 controlado si cumplió con los parámetros que ofrece la Guía Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 del IMSS 2005.

Para establecer la funcionalidad o disfuncionalidad familiar se utilizó la Escala de Funcionamiento Familiar de la Doctora Emma Espejel Aco la cual consistió en una entrevista abierta que fue aplicada por el médico familiar y un cooterapeuta con una duración de 30 a 60 minutos; todos los pacientes fueron entrevistados previa cita y a todos se les solicitó el consentimiento informado.

Recursos y factibilidad. Se contó con los elementos necesarios para llevar a cabo el presente estudio; como disponibilidad de tiempo, muestra cautiva, espacio, material de apoyo, cooterapeuta y la infraestructura necesaria.

Resultados

Se estudiaron 11 familias con un paciente diabético tipo 2 controlado, obteniendo los siguientes resultados:

La etapa del ciclo familiar en que se encontraron a las familias fueron; 9 en etapa de independencia, una en dispersión y otra en retiro.

El nivel socioeconómico y cultural fue un hallazgo importante ya que se encontraron diferentes niveles.

Las familias presentaron una estructura de tipo nuclear, integrada por padre madre e hijos .

Los resultados de las 9 áreas de funcionamiento familiar que se reportaron una alta calificación en Autoridad, Control, Comunicación, Apoyo, Conducta Disruptiva, Afecto y –Recursos y solo una calificación mediana baja en afecto negativo y supervisión.

Con todos los resultados obtenidos se confirma que estos grupos familiares son altamente funcionales, corroborándose con cada una de las áreas de funcionalidad.

Conclusiones.

Se encontró una alta evidencia que apoya la funcionalidad de las familias estudiadas, es decir presentan una organización y estructura que sostiene al paciente diabético controlado en un ambiente donde se muestra claramente un manejo adecuado de las jerarquías, centralidad, territorio, límites, roles, así como un fuerte vínculo de comunicación para la toma de decisiones a nivel de pareja.

Un hallazgo importante fue en el área de apoyo y afecto con una calificación mediana alta, pero esto no logra desequilibrar la homeostasis de la familia.

Es importante mencionar que los niveles tanto culturales y educativos de las familias que presentaron no impactan en el funcionamiento ni en el control del paciente diabético y su familia.

Podemos afirmar que los pacientes diabéticos tipo 2 controlados dentro de una familia funcional tiene un mejor de su cuadro clínico, ya que al pertenecer a una familia con estas características garantiza el control de la enfermedad.

El cuadro clínico de la DM tipo 2 es un síntoma organizador de la familia a la cual pertenece y la familia controla esta patología, esto es la DM forma parte de la familia que forma redes de organización, comunicación, de autoridad y por lo tanto de un auto cuidado de todos los miembros de la familia, afirmamos que la enfermedad no desorganiza en estas familias funcionales sino que a través de ella podemos entender con mayor eficacia lo que está pasando con el paciente diabético y más aún con el controlado.

2.- MARCO TEÓRICO.

Según la Norma Oficial Mexicana (NOM 1994) la Diabetes Mellitus (DM) (1) se define como una enfermedad sistémica crónica degenerativa de carácter heterogéneo en grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales y se caracteriza por hiperglucemia crónica debida a la deficiencia en la producción o acción de la insulina la que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas (1).

En 1997 la Asociación Americana de la Diabetes Mellitus (ADA) , propuso una clasificación que está vigente . Se incluyen 4 categorías de pacientes y un 5°. Grupo de individuos que tienen glicemias anormales con alto riesgo de desarrollar diabetes y también tienen mayor riesgo cardiovascular. La última clasificación propuesta por esta asociación fue en 2008 las cuales se mencionan a continuación. (2).

- 1.- Diabetes mellitus tipo 1
- 2.- Diabetes mellitus tipo 2
- 3.- Otros tipos específicos de diabetes, debido a otras causas como defectos genéticos, Enfermedades del páncreas, drogas, etc.
- 4.- Diabetes gestacional

La DM tipo 2 es un trastorno metabólico producto de defectos en la secreción de insulina de la acción inadecuada de esta hormona, o bien de la coexistencia de las dos condiciones anteriores. Los niveles elevados en la producción de glucosa hepática basal en presencia de hiperinsulinemia es la causa primaria de hiperglucemia. En el largo plazo de hiperglucemia crónica es acompañado de daño, disfunción e insuficiencia de diversos órganos en especial ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos (definición operativa de la revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2003. (3)

De acuerdo a la Norma Oficial de Diabetes Mellitus (NOM) y a la Asociación Americana de la Diabetes refieren que el diagnóstico de la DM se establece con los siguientes criterios:

- Presencia de síntomas clásicos (poliuria, polifagia y polidipsia) y una glucosa plasmática casual de 200mg /dl .
- Glucemia plasmática en ayuno mayor o igual a 126mg/dl en dos ocasiones.
- Glicemia plasmática mayor de 200mg/dl a las dos horas después de la carga oral de 75g de glucosa.
-

El IMSS toma en cuenta para realizar el diagnóstico estos criterios para DM tipo 2 desde el 2005.

Según los parámetros de la NOM consideran que la DM tipo2 es la forma más común ya que representa una de las primeras causas de consulta en atención primaria y un reto para su tratamiento. Teniendo en cuenta que la NOM es la máxima autoridad en el manejo integral de esta enfermedad establece que el tratamiento y control de la DM. Tipo 2 se deben seguir los siguientes lineamientos:

- Prevención primaria, la cual debe se dirigida hacia la población general.

- Los factores protectores para la prevención y control de esta enfermedad son el control de peso, la práctica de actividad física adecuada y una alimentación saludable

- El tratamiento y control de la DM tipo 2 establece que el manejo debe incluir metas de tratamiento, el manejo no farmacológico, el tratamiento farmacológico, la educación del paciente, el automonitoreo y la vigilancia de complicaciones (1)

Estas metas de tratamiento están bien establecidas para el logro de niveles normales de glucosa, colesterol total, triglicéridos, presión arterial, control de peso y la HbA1c (hemoglobina glucosilada).(1)

El manejo no farmacológico incluye plan de alimentación, control de peso y actividad física. Cabe mencionar que en este apartado se incluye la educación del paciente y su familia ya que es de gran importancia extender la educación a los familiares para que apoyen a su paciente pues comparten factores de riesgo. (1)

Los cambios en el comportamiento humano y en el estilo de vida en el último siglo ha provocado un gran incremento en la incidencia mundial de la DM sobre todo de la tipo 2 (ENSA 2000) (4)

Una de las patologías de mayor impacto dentro del mundo de la medicina es la DM, esta enfermedad ha sido el punto de encuentro entre varias especialidades que han tenido que comunicarse para poder ser tratadas en forma integral incluso algunas especialidades se han visto en la necesidad de aprender a manejarlas.

En México la prevalencia nacional de la DM en adultos de 20 años y más de edad fue el 7.5%; la prevalencia ha aumentado en relación directa con la edad y se ha reportado como la primera causa de muerte (ENSA 2000) (4)

En nuestro país diversas instituciones como IMSS, ISSSTE y Secretaria de Salud han reportado un incremento como causa de morbilidad a la DM tipo 2. (4)

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la DM tipo 2 fue la responsable del 5% de las consultas de Medicina Familiar del 2002; ocupó el primer lugar como causa de muerte en mujeres mientras que los hombres se ubicaban en el segundo lugar, por todo lo anteriormente dicho las instituciones de salud del país se han dado a la tarea de fortalecer los programas de detección, diagnóstico y manejo farmacológico y no farmacológico de la DM tipo 2 así como la identificación precoz de las complicaciones de la enfermedad en el primer nivel de atención.(5)

Oviedo y Col en el 2003 publicaron una guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la DM tipo 2, y puesta en 2005 se corrobora mencionando un conjunto de parámetros que se

deben considerar importantes en el control metabólico del paciente con esta patología y son los siguientes: (3)

- Glucosa plasmática preprandial 80 a 110 mg ,
- HbA1c < 7
- Colesterol <200mg
- Triglicéridos < 150mg
- Presión arterial <130/80 mmHg
- Índice de masa corporal < de 25

Se han realizado muchas investigaciones sobre DM tipo 2, desde lo epidemiológico médico , social, salud pública, así como la elaboración de una gran diversidad de medicamentos para su control y tratamiento.

Mengel (1988), considera que hablar de pacientes que padecen de DM es creer que ésta es una simple enfermedad que se puede controlar, sólo si el paciente tiene una buena adherencia terapéutica, lo cual es una visión muy pobre del problema. Por lo tanto el equipo médico que se dedica al tratamiento de esta enfermedad crónica, deberá considerar no solo los manejos médicos, sino los numerosos aspectos psicológicos que influyen e interfieren en el cumplimiento del tratamiento. Aspectos psicológicos desde cómo el paciente percibe los síntomas, su significado tanto para él, como para su familia. Este mismo autor señala que el curso y el desenlace de las enfermedades crónicas están influenciadas por variables sociales y emocionales; estos factores pueden tener un efecto decisivo en la manera que la enfermedad se desarrolla y el grado de impedimento así como la adaptación del individuo y su familia.(6)

Kornblit (1984) propone que la presentación de la diabetes mellitus en un miembro del grupo familiar, implica necesariamente una situación de crisis, la cual dependerá de varios factores, para lograr un equilibrio metabólico, que garantice la salud del individuo: las circunstancias que hayan rodeado al diagnóstico inicial, el grado de dolor que la enfermedad ó los tratamientos impliquen para este individuo en particular, la evolución del padecimiento al momento del diagnóstico, la velocidad del deterioro; las secuelas invalidantez; la narrativa particular y familiar que el grupo dé a la diabetes mellitus y la posibilidad de crear un significado que los ayude a enfrentar y sobrellevar la enfermedad .(7)

En 1985 Caldwell y Pichart encontraron que la variable más importante en la desadaptación de la familia a la enfermedad es el estrés. Este hallazgo resultó más evidente en aquellas familias consideradas como “altamente disfuncionales “, por otra parte, en las familias caracterizadas como “funcionales”, el paciente logra responsabilizarse mejor de su padecimiento, mantener un auto concepto más elevado y un conocimiento más exacto de su enfermedad .(7)

Edelstein y Lin (1985), por su parte encontraron que los pacientes con un mejor control metabólico perciben a sus familias como poco conflictivas, bien organizadas y orientadas hacia los logros ; estos autores sugieren que el ambiente familiar activa la responsabilidad hacia el éxito lo cual constituye la motivación que conduce a los pacientes a un mejor control del padecimiento. El bajo nivel de conflicto entre el grupo familiar y la mejor organización del mismo crean una atmósfera más relajada, misma que propicia la flexibilidad y origina un clima

de menor ansiedad, menos presión y en el se percibe mayor apoyo, lo cual favorece entre otros aspectos un mejor control metabólico. (7)

Desde la práctica clínica médica, se han buscado métodos que ayuden al control de paciente diabético, Anderson (1980) y Hanson (1984) mencionan que para que el tratamiento sea más eficaz en este tipo de paciente se deben incluir factores psicosociales, señalando que un factor psicosocial que ejerce un profundo efecto en el control del diabético es su propia familia (6). Este planteamiento se deriva de la Teoría de Sistemas, Von Bertalanffy define un sistema como un “complejo de elementos en continua interacción”.(10)

En 1970 utilizando la Teoría de Sistemas, Engle criticó el modelo bioquímico, este autor observó que numerosos tratamientos bioquímicos fracasaban a consecuencia de un enfoque limitado y su tendencia a la reducción (6)

Velasco y Sinibaldi (2000), señalan que en la DM, como en otras enfermedades crónicas, es necesario que la familia sea flexible, es decir, que desarrolle una organización para enfrentar los momentos de crisis familiar, mientras que mantiene otra organización para cuando la enfermedad se encuentre bajo control. Los cambios en la familia dependerán, por tanto de las características propias de la misma, etapa del ciclo vital en que se encuentran, etapa del desarrollo que esté viviendo el individuo que padece la enfermedad y red de apoyo familiar con que cuenten. (7)

Ryden y colaboradores (1994) aportan excelentes resultados en el control metabólico de los pacientes luego de haber recibido terapia familiar. Entre los objetivos de este programa estuvieron; ayudar a las familias a detectar y resolver áreas de conflicto, mejorar el auto concepto y la auto imagen del paciente diabético, y mejorar las relaciones familiares. En este estudio se decretó que la enfermedad interfería en el grado de desarrollo de la autonomía, por tanto estos investigadores concluyeron que la terapia familiar constituye una forma de ayuda psicoprofiláctica adecuada para mejorar el control metabólico de los pacientes. (7)

La Escuela de Salud Pública, Valadez y Col. (1993) realizaron un estudio para identificar la influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo 2. En este trabajo se muestran los resultados obtenidos de la identificación y asociación de algunas características familiares del diabético tipo 2 en relación con su control metabólico. Se evaluaron las actitudes e información sobre la enfermedad, sus complicaciones y medidas terapéuticas. También se realizó medición de glucosa, así como la etapa del ciclo familiar en la cual se encontraba la familia y aplicación del Apgar Familiar para medir el grado de funcionalidad y disfuncionalidad, de los cual se concluye lo siguiente: que las familias no apoyan a sus enfermos diabéticos (8)

En la Universidad Iberoamericana de León Guanajuato Chowel Godinez y Perez Araiza (2003) realizaron un estudio para comprender el efecto que produce el diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2 en la dinámica familiar del paciente. La técnica utilizada fue la entrevista familiar semi-estructurada siguiendo la clasificación de Vela (2001) y el diseño del cuestionario se estableció con base al marco teórico de Velasco y Sinibaldi (2001). Llegando a las siguientes conclusiones: El efecto que produce la diabetes mellitus en un miembro de la familia, es decir, que la diabetes despierta en cada miembro de la familia la conciencia de que la

muerte es una posibilidad en uno de ellos , así como reacciones emocionales que provocan cambios en la forma de relacionarse. También la comunicación de las emociones se hace a nivel no verbal, lo que complica el entendimiento; pocas veces se plática en familia de la enfermedad, solo se platica entre los que no la padecen. Si el paciente diabético es el proveedor, con la presencia de la enfermedad pierde su rol , si es el hombre es el más vulnerable, ya que si es la mujer , esta mantiene su rol y por último promueve la atención a los familiares, reconociendo que es la familia donde el enfermo resuelve su vida , de tal forma que capacitando a la familia el paciente encontrará un espacio donde pueda resolver los problemas que su enfermedad genera.(9)

Por otro lado, en la Ciudad de Morelia en la Universidad Vasco de Quiroga, Rentaría Ortiz (2003) (15) realizo un estudio sobre el Funcionamiento Familiar en la Diabetes Mellitus con los propósitos de:

- . - Probar la idoneidad del instrumento de la Escala de Funcionamiento Familiar Espejel (1973) para el estudio de la dinámica familiar
- Evidenciar el impacto de la dinámica familiar en el control metabólico de los Pacientes diabéticos tipo 2
- Ofrecer psicoterapia familiar como apoyo alternativo a las familias con presencia de un enfermo con DM tipo 2 .

Se estudiaron 30 familias con un miembros portador de DM tipo 2 e historia de descontrol metabólico, ciclo vital nido vacío obteniendo los siguientes resultados, aun cuando la disfunción tiene grados, los factores detectados con más alteración fueron los siguientes : Autoridad, Afecto, Apoyo y Comunicación.

En cuanto autoridad, el padre fue desplazado a una posición periférica y por lo cual la autoridad del padre es ineficiente y el rol para mantener las reglas y el sistema tiende a desintegrarse favoreciendo alianzas entre los subsistemas mismo que resultan disfuncionales por estructurarse entre distintas generaciones.

Expresión y vitalidad de afectos permiten más los afectos negativos que los positivos, los padres son fríos y distantes, predomina el enojo y la discusión en la vida cotidiana, llegando hasta la violencia física y verbal. Son familias desvitalizadas, con frecuencia abandonan el tratamiento, favoreciendo la presencia de estados depresivos, desesperanza y una mala adherencia terapéutica y en consecuencia un mal control del paciente diabético.

Por otro lado estas familias viven aglutinadas, sin limites fijos, los roles se confunden y su funcionamiento es deficiente, se dificulta tomar acuerdos no logran socializar el conflicto ni los problemas.

La comunicación es uno de los rasgos disfuncionales más visibles y de mayor impacto en el funcionamiento del sistema familiar. Sus formas son ineficientes lo que contribuye a fortalecer el conflicto, lo que empeora la comunicación lo que induce al aislamiento y a la soledad.

Por último se concluye, que la posición que ocupa el paciente identificado en el sistema familiar, es determinante para la dinámica del grupo familiar en su totalidad y de los subsistemas y resulta fundamental para la relación de pareja, es decir. La Diabetes y el Diabético organizan el sistema familiar en tono suyo. (11)

Mendez López y Col. (2004) realizaron una investigación sobre disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2, el objetivo fue identificar la asociación entre estas dos variables, utilizaron como instrumento de medición el Apgar Familiar así como el grado de conocimientos de la enfermedad. Se concluyó que la disfunción familiar se asoció con mayor frecuencia al descontrol en el paciente diabético tipo 2 (12)

Rodríguez Gudiño L y Col (2007) estudiaron la correlación entre funcionalidad y apoyo social en pacientes con DM tipo 2 el objetivo fue conocer la correlación entre funcionalidad familiar y las redes de apoyo social en pacientes con DM tipo 2. Utilizaron 2 instrumentos validados en México: cuestionario MOS de apoyo social y Apgar Familiar y concluyeron que existe una correlación significativa entre la funcionalidad familiar y el apoyo sociales pacientes portadores de DM tipo 2 . (13)

Ramos Juez y Col (2007) estudiaron la Disfunción Familiar en pacientes con DM tipo 2 que acuden a la U.M.F. No. 2 Champotón, Campeche. Con el objetivo de conocer la prevalencia de disfunción familiar en el paciente con DM tipo 2, que acude a la U-M-F. No. 2 del IMSS EN Campeche. Utilizaron como instrumento Faces III y concluyeron en este estudio al explorar la disfunción familiar se encontró que esta se presenta en más de la mitad de los pacientes diabéticos tipo 2, condición importante ya que como se sabe, la familia puede ser generadora e salud o enfermedad, or lo que es necesario realizar estudios que permitan medir la asociación de esta variable con la DM tipo 2 (14)

Hablar de familias con pacientes diabéticos tipo 2 , en este momento contemporáneo se requiere invitar a otras disciplinas para comprender con mayor profundidad este fenómeno, es oportuno revisar entonces, teóricos que han investigado sobre la familia , desde el enfoque sistémico, es decir ver a la familia como un sistema abierto , entender su estructura , dinámica, interrelaciones , conexiones, jerarquías, factores comunicacionales..

Uno de los teóricos más importantes que ha estudiado procesos familiares desde los años setenta es Salvador Minuchin, fundador de la Escuela Estructural, el cual propone que existen familias funcionales y disfuncionales . Este autor señala que una familia puede llamarse funcional cuando reúne dos atributos:

- 1.- Claridad en los límites o las fronteras que marcan y dividen los subsistemas que conforman el grupo familiar. Los límites deben definirse con suficiente precisión para permitir a cada uno de los individuos el desarrollo de sus funciones sin interferencias, al mismo tiempo que posibiliten el contacto entre uno y otros integrantes de los diversos subsistemas.

- 2.- La capacidad de transformación, que significa poder cambiar en respuesta a las condiciones variables del entorno. Cada uno de los integrantes del sistema, ya sea considerando a los individuos , a los subsistemas que lo conforman : la pareja , los padres o los hijos , tiene que responder a los cambios internos y externos , siendo capaces de acoplarse para poder encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad que proporciona un marco de referencia a sus miembros.

Munichin (1974) argumenta que una familia que funciona con eficacia es un sistema social abierto, en transformación que mantiene nexos con lo extrafamiliar, que posee capacidad de desarrollo y tiene una estructura de organización compuesta por subsistemas(15)

Desde esta postura, la familia está sujeta a presiones internas, que proviene de los cambios evolutivos de sus propios miembros y subsistemas, así como a presiones externas, que provienen de la necesidad de adecuarse a las instituciones sociales significativas que influyen sobre sus miembros. Estas respuestas a estas demandas tanto internas como externas los miembros de la familia tienen que operar constantes transformaciones de su posición recíproca, de suerte que puedan crecer al tiempo que el sistema familiar mantiene su continuidad. Minuchin (1974) (15)

Hablar de estructura familiar es abordar necesariamente elementos estructurales que se dan al interior de una familia, entre los más importantes son los siguientes: jerarquías, fronteras, límites, roles, comunicación, alianzas y coaliciones.

Los especialistas en familiar coinciden en señalar que los integrantes de un sistema familiar funcionen cuando las jerarquías, fronteras, límites, roles, comunicación sean claras y delimitadas; cuando todos estos elementos de la estructura familiar se obstruyen se dice que esta familia es disfuncional, entendiendo por disfuncionalidad cuando la familia no tiene la capacidad de enfrentar y superar las etapas del ciclo familiar y las crisis.. (15).

Pegy Pap (2006) menciona que si la familia es un sistema, ésta se caracteriza por su integridad, organización y regulación. Para el estudio de los hechos familiares, estos se deben estudiar dentro del contexto en que se están dando, prestando atención puntual a las conexiones y relaciones, más que las características individuales. La hipótesis central de la teoría de sistemas proponen que la totalidad se considera mayor que la suma de sus partes.; esto es cada parte solo podrá ser comprendida en el contexto de la totalidad (16)

Ahora bien que es lo que pasa cuando la homeostasis en la familia se rompe, es ahí en ese momento cuando aparece el síntoma esto, es algo inaceptable en la familia por ejemplo un diabético en el sistema familiar.

De lo anterior se puede inferir que la presencia de la DM puede ser precipitada por una multitud de factores; y no hay que perder de vista que un paciente diabético tipo 2 controlado existe dentro de un sistema familiar, pudiendo pertenecer a algún subsistema parietal, conyugal o filial, provocando una dinámica y estructura familiar donde este paciente tome un papel de integrador, de rescatador, de desorganizador, dependiendo del momento de la evolución de la enfermedad, del ciclo vital, del desarrollo individual y así como el contexto histórico social.

3.- JUSTIFICACIÓN

Las investigaciones de la Diabetes Mellitus tipo 2 se han estudiado principalmente dentro de ámbito médico, epidemiológico, nutricional y clínico por mencionar algunas de las más importantes. Para fines de esta investigación se realizó un rastreo exhaustivo en relación a la estructura y dinámica familiar con pacientes diabéticos tipo 2, en esta búsqueda solo se encontraron 5 estudios en la literatura especializada sobre la temática: el primero reporta (Mendez y Col. 2003)(12) que la presencia de disfunción familiar se asocia con mayor frecuencia en el nulo control en el paciente diabético tipo 2 y el segundo menciona (Valadez y Col 1993) que las familias no apoyan por diversos factores a sus enfermos diabéticos tipo 2 en sus control. (8) El tercero se señala el impacto de la dinámica familiar en el control metabólico de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 detectando alteración en cuanto autoridad, afecto, apoyo y comunicación al interior del seno familiar (Rentería Ortiz y Col. 2003)-(11)

El cuarto estudio señala que existe una correlación significativa entre funcionalidad familiar y apoyo social en pacientes con DM tipo 2 (R. Gudiño L. y Col. 2007).(13)

La quinta y última investigación realizada estudiaron la prevalencia de disfunción familiar en pacientes diabéticos tipo 2 en la U.M.F No. 21 del IMSS y concluyó que en la más de la mitad de los pacientes presenta disfunción familiar, condición importante, ya que la familia puede ser generadora de salud o enfermedad, por lo que es necesario realizar estudios que permitan medir la asociación de esta variable con la DM tipo 2.(14)

De lo anterior se corrobora que existen pocos estudios al respecto que aborden este objeto de investigación desde la terapia familiar, asunto que es de interés para mejorar la atención interdisciplinaria de esta patología; por lo tanto en la práctica médica se han detectado algunos supuestos que responden a la existencia de la relación entre disfuncionalidad y control del paciente diabético tipo 2, sin embargo se hace necesario abrir otras preguntas para entender desde una óptica sistémica la atención integral de estos pacientes, por lo tanto esta investigación pretende fortalecer el quehacer médico complementando desde el enfoque sistémico de la familia a este tipo de población.

Ahora bien desde la formación médica y de la terapeuta familiar se abre un foco de observación desde donde puedo ver otros elementos del contexto de la familia y en especial de estas familias con un paciente diabético tipo 2; teniendo en cuenta que este trabajo es relevante por que se sitúa dentro de la medicina preventiva, integrando los aspectos médicos con el funcionamiento y estructuras de familias con esa patología

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México una de las grandes preocupaciones de las políticas públicas es la atención que representa el grave problema, de la Diabetes Mellitus tipo 2, ya que según la Encuesta Nacional del 2002 reporta que este padecimiento presenta un elevado porcentaje en la población nacional. El sistema mexicano de salud ha elaborado programas preventivos y tratamientos de alto costo desde el punto de vista médico, sin embargo se hace necesario involucrar no solo al paciente sino también a su grupo familiar. De ahí entonces que el trabajo multidisciplinario entre médicos, enfermeras, nutriólogos, trabajadores sociales y psicólogos se hace para atender integralmente a esta población.

De lo anterior se desprende la siguiente pregunta.

¿Cuáles son las características de funcionamiento familiar con un paciente diabético tipo 2 controlado del consultorio 31 matutino de la UMF 47 de Leon Guanajuato?

5.- HIPÓTESIS

El buen funcionamiento familiar influye sobre el adecuado control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

6.- VIABILIDAD

Consideramos que este estudio es viable por que tiene los elementos necesarios para llevarse a cabo: como disponibilidad de tiempo, muestra cautiva, espacio, material de apoyo, cooterapeuta, y la infraestructura necesaria.

7.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer las características de funcionamiento familiar con un paciente diabético tipo 2 controlado.

OBJETIVO ESPECIFICO

a).- Analizar las características de funcionamiento de familias con un paciente diabético tipo 2 controlado en función de las 9 áreas de interés para el funcionamiento familiar.

8.- METODOLOGÍA

El tipo de estudio que se utilizará será cualitativo, dentro del paradigma interpretativo, este será nuestro marco de referencia ya que se busca interactuar con los individuos, interactuar con las experiencias vividas de estas familias con un paciente diabético tipo 2 controlado.

Se escogerán familias nucleares, con un paciente diabético tipo 2 controlado, independientemente si es padre, madre o hijo y de la etapa del ciclo vital por el cual este atravesando

MATERIAL Y METODO

Se utilizará la Escala de Funcionamiento Familiar de la Dra. Emma Espejel Aco (1997). La cual consiste en una entrevista abierta que se aplicará a 11 familias nucleares con un paciente diabético tipo 2 controlado del consultorio 31 turno matutino de la U.M.F 47 del IMSS, se asignará una cita previa a la familia, siempre y cuando acepten por consentimiento por escrito.

El investigador principal (Medico Familiar del consultorio 31) aplicará el cuestionario que tendrá una duración de 30 a 60 minutos; con la ayuda de un cooterapeuta, es decir el médico familiar realizará la entrevista y el cooterapeuta anotará las observaciones interaccionales

La valoración del paciente diabético controlado, es decir el control metabólico de la DM tipo 2 se tomaron los parámetros que ofrece la guía clínica para el diagnóstico y tratamiento la DM tipo 2 del IMSS del 2005.

INSTRUMENTO

Para valorar la estructura y el funcionamiento familiar se utilizará la “Escala de Funcionamiento Familiar “ (EFF) Esta escala consiste en una entrevista abierta y dirigida que se aplica a la familia ; es un instrumento de evaluación conformado por 40 reactivos en forma de pregunta y con 8 opciones de respuesta tipo nominal que varían en cada uno de los reactivos.

Los reactivos representan preguntas paradigmáticas, es decir circulares e interaccionales cuya significación está en relación con el contexto y de acuerdo a la puntuación de un orden secuencial en la descripción del proceso .

Las preguntas estimulan relaciones circulares entre los distintos miembros de la familia, pueden remitir a diadas o triángulos dentro de los subsistemas , o bien puede englobar a toda la familia o producir polaridades; un polo obra realidad en la medida en que difiere del otro ; tales posibilidades son el resultado de la estructura de los reactivos en los que subyace la exploración de las diferencias entre los distintos miembros y subsistemas familiares.

La EFF investiga 9 áreas de funcionamiento dinámico, sistémicoestructural de la familia.: Territorio o Centralidad, Roles, Jerarquía, Límites, Modos de Control de conducta, Alianzas, Comunicación, Afecto y Psicopatología.

Además en la EFF incluye un familiograma, datos sociodemográficos, económicos , de la vivienda y espacio para anotar las observaciones.

Lo criterios de calificación de la EFF se especifican en el Manual Operativo, incluyendo tres aspectos. (17)

- Etapa del ciclo vital por la que cursa la familia.
- Clase socioeconómica y cultural
- Estructura de la familia.

La forma de calificar está basado dentro del 0 al 40, esta escala de calificación tiene 3 medias, partiendo de la media que es 20; del 20 al 40 es alto y de 20 a 0 bajo.

Se anexa el instrumento, el cuestionario de entrevista y el formato de calificación.

Finalmente señala la Dra. Emma Epejel Aco. (2000) que la EFF es un instrumento mexicano para evaluar familias. Lo interesante y enriquecedor de la aplicación de la escala se pone de manifiesto al ser administrada a una familia (sea en su propia casa o en la clínica) por dos terapeutas o dos personas entrenadas para tal fin; se conserva el manejo inicial de una entrevista abierta aún cuando se cubren los 40 items de la escala las preguntas aparentemente inocuas son el disparador para que la familia interactue y empieza a mostrar su verdadera estructura y dinámica que a los ojos de los observadores va ha a ser ubicada en los casilleros interaccionales de la captación de los reactivos .

Consideramos que esta es la parte verdaderamente cualitativa que permite acercarse a la familia para evaluarla en una dimensión múltiple que alimenta la información a través de los números para obtener óptimos resultados.(18)

CÁLCULO DE LA MUESTRA

Se calculó el tamaño de la muestra para una proporción empleando el paquete estadístico Minitab 14. Considerando una significancia estadística de $\alpha = 0.05$, con una potencia estadística de 80% ($1-\beta$) y una proporción esperada de 70% de sujetos controlados con buen funcionamiento familiar (p) y 30% de sujetos controlados con mal funcionamiento familiar (q), se obtuvo una muestra de 11 sujetos.

Se consideró como población objetivo a los sujetos diabéticos tipo 2 controlados del consultorio 31 turno matutino de la UMF 47 del IMSS.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Familia nuclear con un paciente diabético tipo 2 controlado ya sea padre, madre o Hijo
- Adscripción vigente en el consultorio 31 de la UMF No. 47 León Gto
- Que autoricen su consentimiento por escrito como participantes en esta investigación

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Que no estén capacitados a participar en el estudio por presentar discapacidades físicas o mentales.
- Que decidan abandonar el estudio.
- Cuestionarios o respuestas incompletas, o de difícil interpretación.

9 .- CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo se someterá a la evaluación por el Comité de Ética e Investigación de la UMF no. 47 del IMSS; así como se tomarán en cuenta las consideraciones Éticas de Helsinki y de enmiendas.

10.- RESULTADOS

Se estudiaron 11 familias, con la presencia de un integrante con DM tipo 2 controlados, el total de la muestra se obtuvo de familias adscritas al consultorio 31 de la Clínica No. 47 del IMSS en León Guanajuato.

Se aplicó el instrumento de evaluación de funcionamiento familiar, todos los pacientes identificados con DM tipo2 cumplieron con los criterios de control que nos ofrece la Guía Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 del IMSS 2005.

La metodología utilizada para la aplicación de la Escala de Funcionamiento Familiar consistió en una entrevista abierta y dirigida con todo el grupo familiar y la participación de un cooterapeuta .

Esta técnica permitió obtener una serie de observaciones que completan el perfil de funcionamiento familiar. El cuestionario fue a través de una entrevista abierta que fue contestada por toda la familia.

Para la descripción de los datos y obtener los resultados se construyeron gráficas de cada una de las familias que incluyeron las 9 áreas que miden el funcionamiento dinámico, sistémico estructural de la familia y los resultados fueron los siguientes

La etapa del ciclo familiar en que se encontraron las familias estudiadas fueron; 9 en etapa de independencia, una en etapa dispersión y otra en etapa de retiro, encontrándose el paciente diabético tipo 2 controlado en el subsistema parental.

Se encontró un hallazgo importante fue el abanico de niveles socioeconómicos y educativos el cual no fue determinante para el control del paciente diabético tipo 2 controlado.

Las familias estudiadas presentaron una estructura familiar de tipo nuclear, integrada por padre, madre e hijos de ambos.

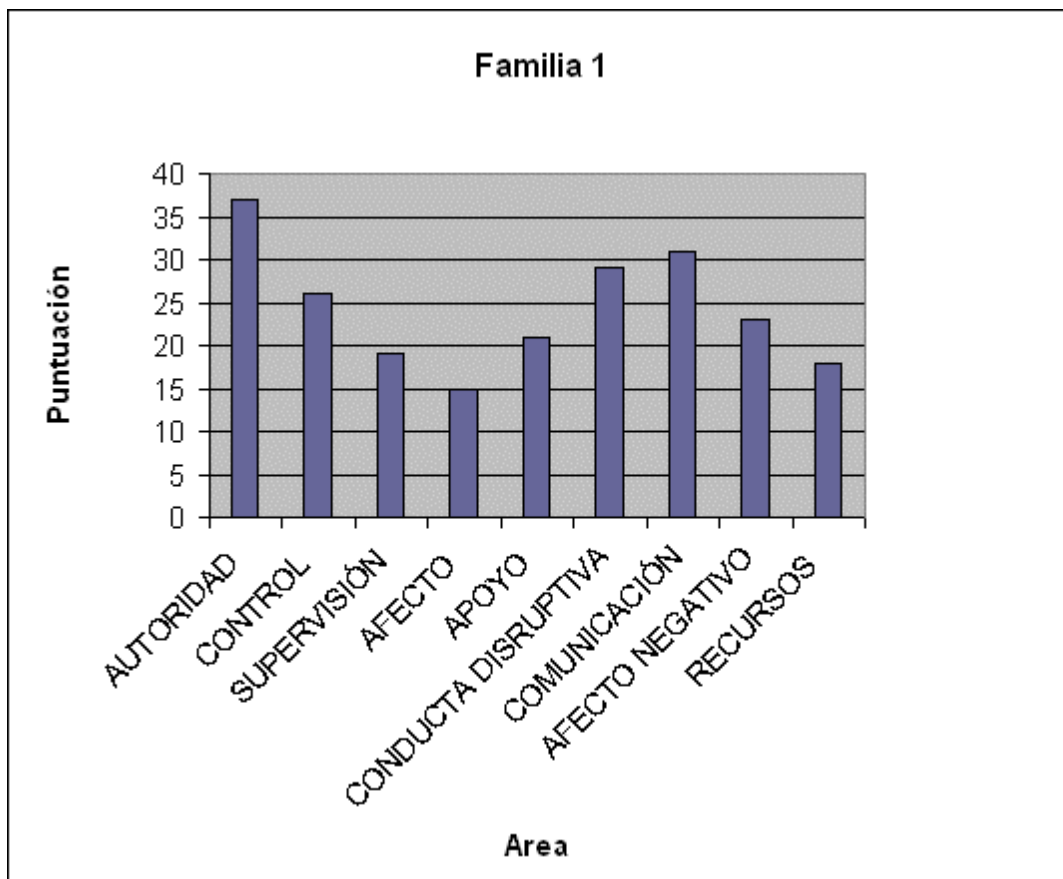
Los resultados de las 9 áreas de funcionamiento familiar de las familias con un paciente diabético tipo2 controlado, fueron los siguientes:

- Los indicadores con una calificación alta fueron Autoridad, Control, Comunicación Afecto y Conducta Disruptiva.
- Los indicadores que se encontraron con una calificación mediana baja fueron Apoyo, Supervisión y Recursos sin embargo esto no logra desequilibrar el sistema familiar.
- El indicador que obtuvo una calificación baja fue afecto negativo que tampoco logró desestabilizar a estas familias.

A continuación se presentan las graficas de cada una de las familias en donde se muestra el alto nivel de funcionalidad.

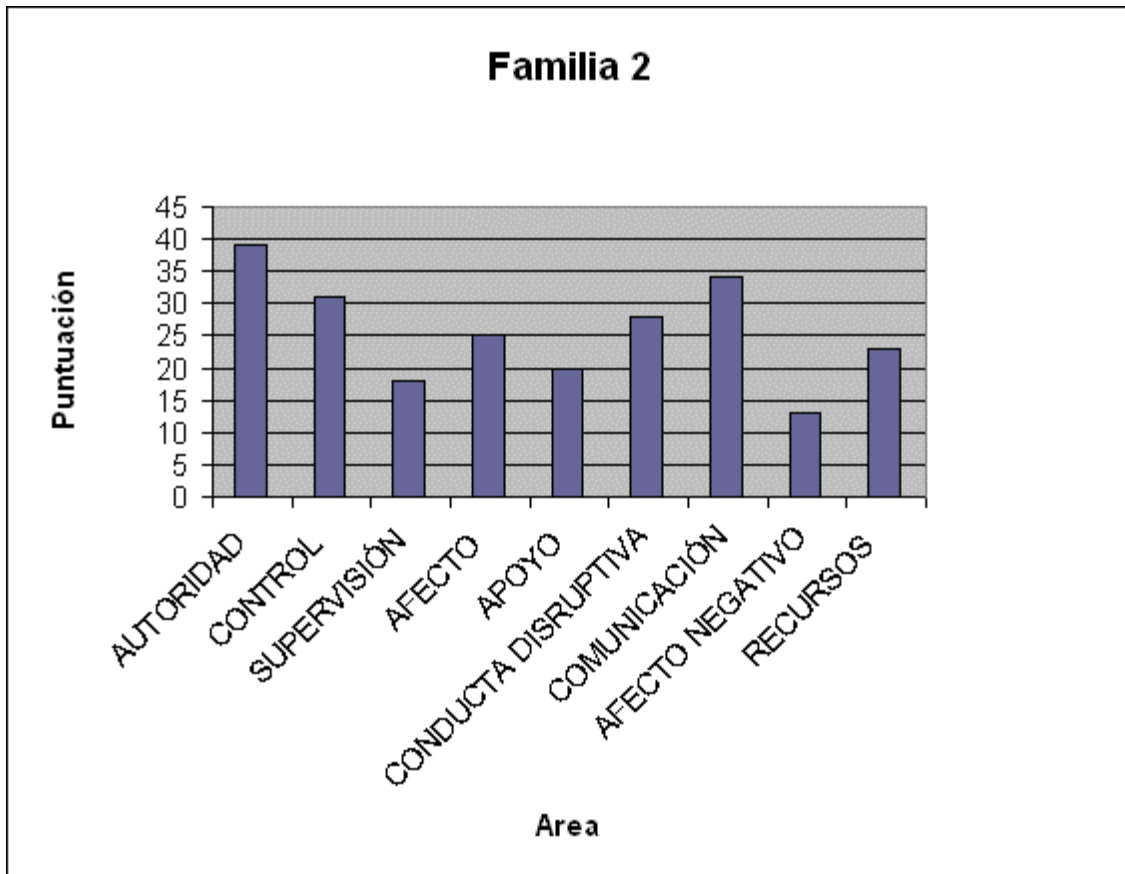
Como se muestra en esta gráfica, la familia 1, presenta un alto indicador de funcionalidad que la ubica dentro de una familia funcional

Familia 1	
AUTORIDAD	37
CONTROL	26
SUPERVISIÓN	19
AFECTO	15
APOYO	21
CONDUCTA DISRUPTIVA	29
COMUNICACIÓN	31
AFECTO NEGATIVO	23
RECURSOS	18
PUNTAJE GLOBAL	142



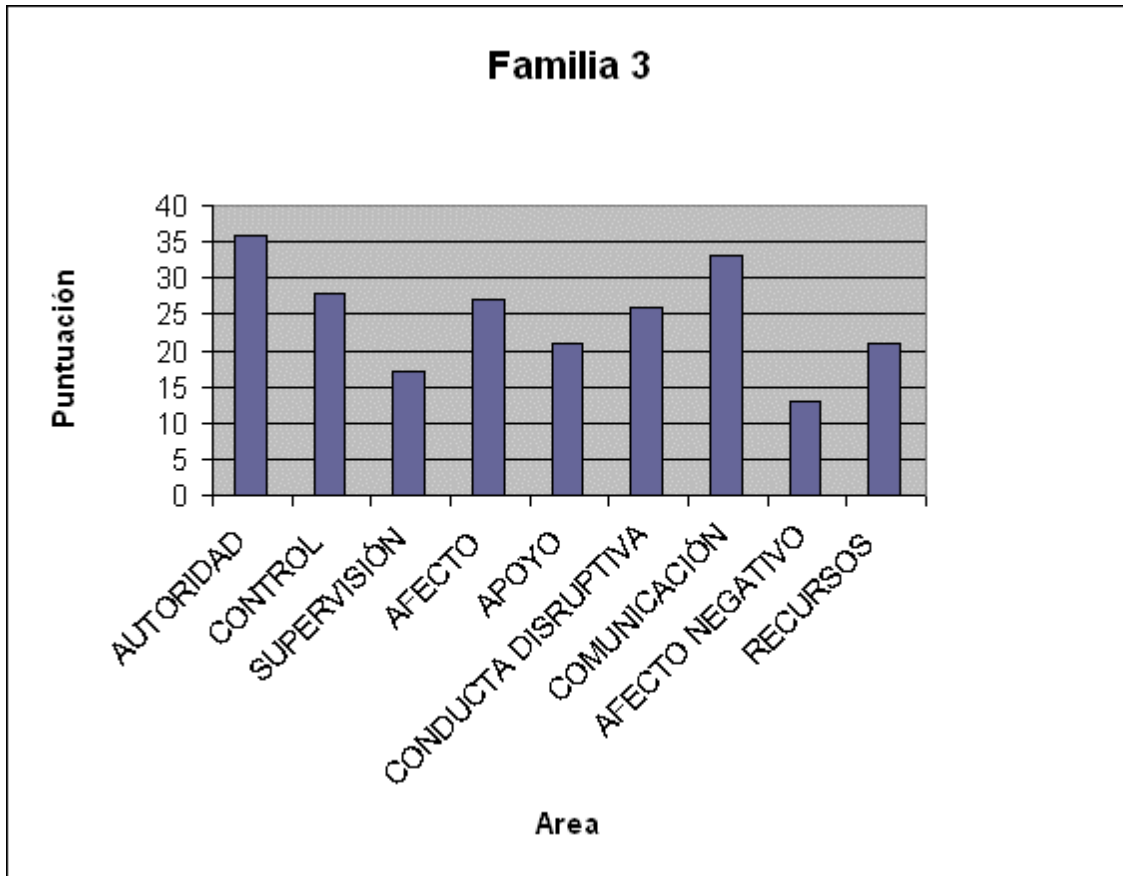
En la siguiente gráfica, la familia 2 presenta una elevada significancia de funcionalidad familiar

Familia 2	
AUTORIDAD	39
CONTROL	31
SUPERVISIÓN	18
AFECTO	25
APOYO	20
CONDUCTA DISRUPTIVA	28
COMUNICACIÓN	34
AFECTO NEGATIVO	13
RECURSOS	23
PUNTAJE GLOBAL	134



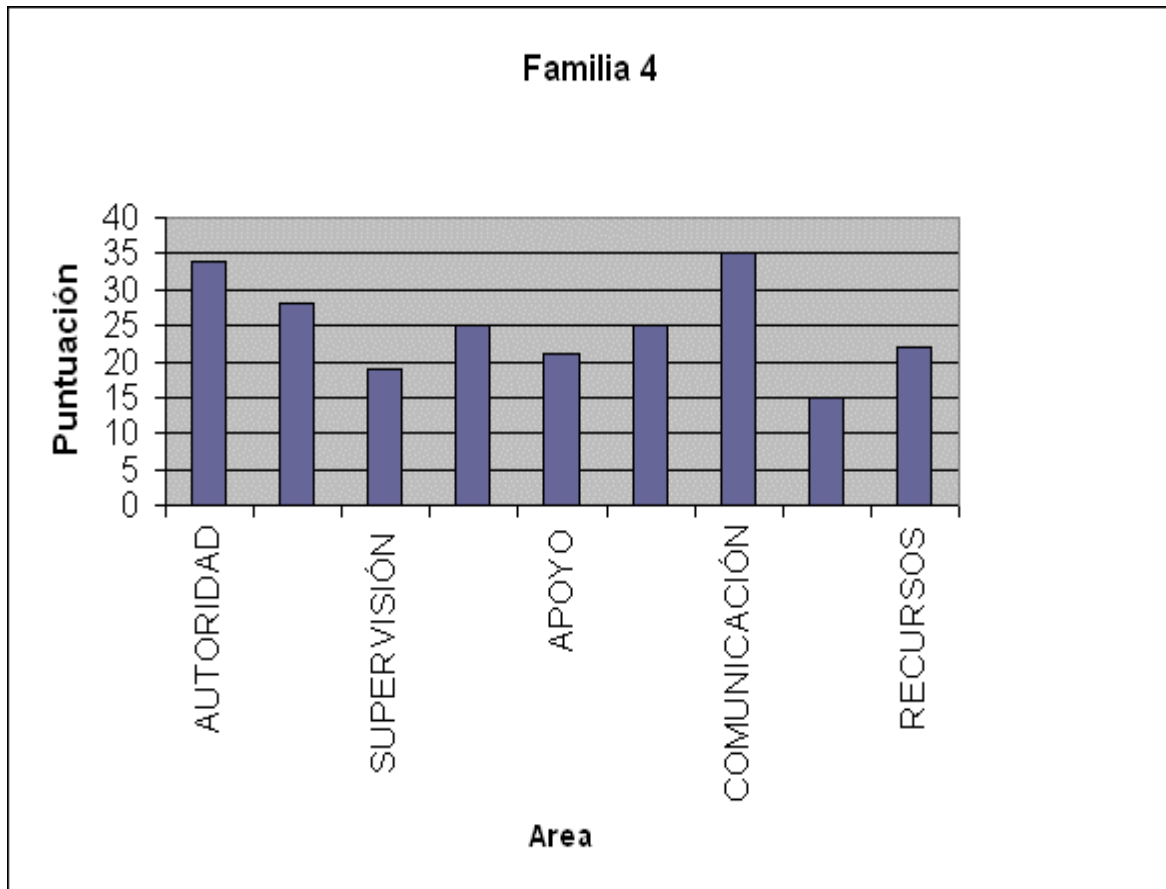
En esta gráfica se aprecia un puntaje alto para la familia 3 , mostrando un resultado altamente funcional.

Familia 2	
AUTORIDAD	36
CONTROL	28
SUPERVISIÓN	17
AFECTO	27
APOYO	21
CONDUCTA DISRUPTIVA	26
COMUNICACIÓN	33
AFECTO NEGATIVO	13
RECURSOS	21
PUNTAJE GLOBAL	145



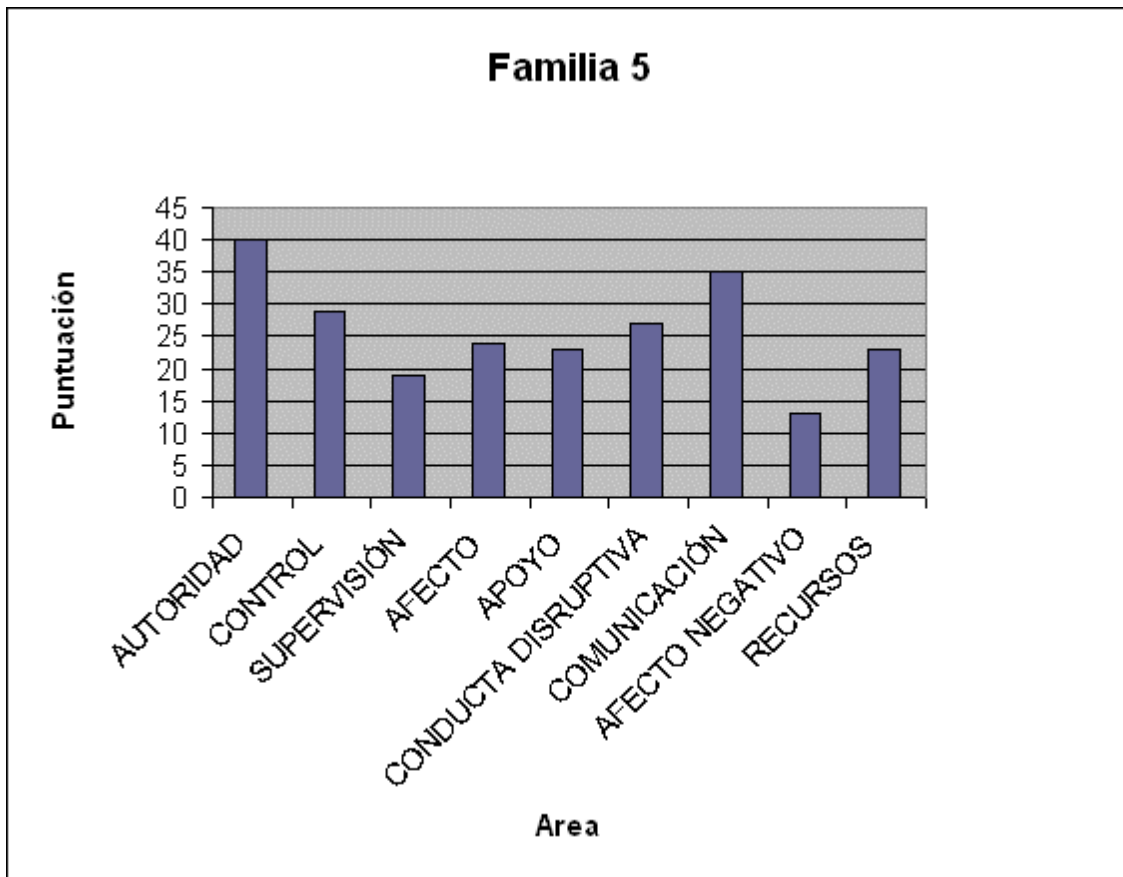
La familia 4 presenta una ubicación dentro de un parámetro de funcionalidad

Familia 4	
AUTORIDAD	34
CONTROL	28
SUPERVISIÓN	19
AFECTO	25
APOYO	21
CONDUCTA DISRUPTIVA	25
COMUNICACIÓN	35
AFECTO NEGATIVO	15
RECURSOS	22
PUNTAJE GLOBAL	129



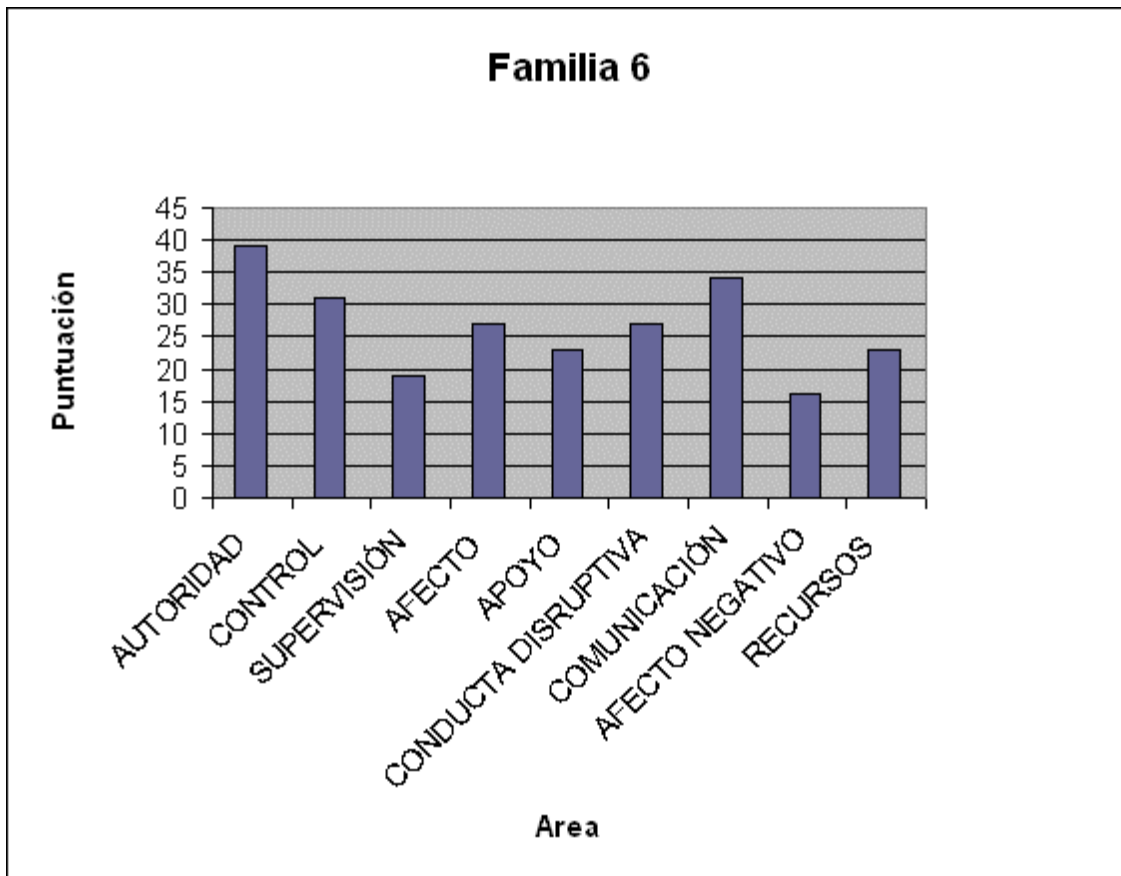
En la familia 5, observamos una fuerte presencia de funcionalidad en el ámbito familiar

Familia 5	
AUTORIDAD	40
CONTROL	29
SUPERVISION	19
AFECTO	24
APOYO	23
CONDUCTA DISRUPTIVA	27
COMUNICACIÓN	35
AFECTO NEGATIVO	13
RECURSOS	23
PUNTAJE GLOBAL	148



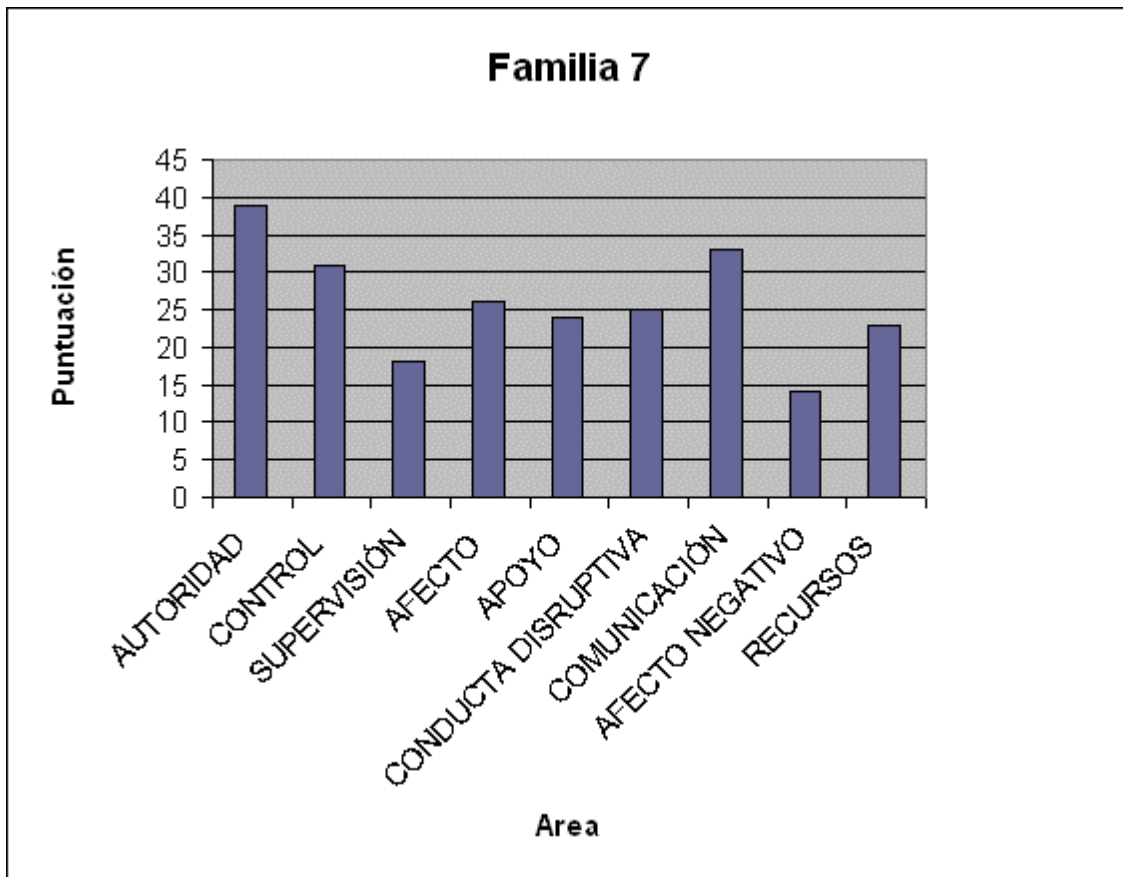
En la siguiente gráfica se muestra la familia 6 con un elevado funcionamiento familiar.

Familia 6	
AUTORIDAD	39
CONTROL	31
SUPERVISIÓN	19
AFECTO	27
APOYO	23
CONDUCTA DISRUPTIVA	27
COMUNICACIÓN	34
AFECTO NEGATIVO	16
RECURSOS	23
PUNTAJE GLOBAL	154



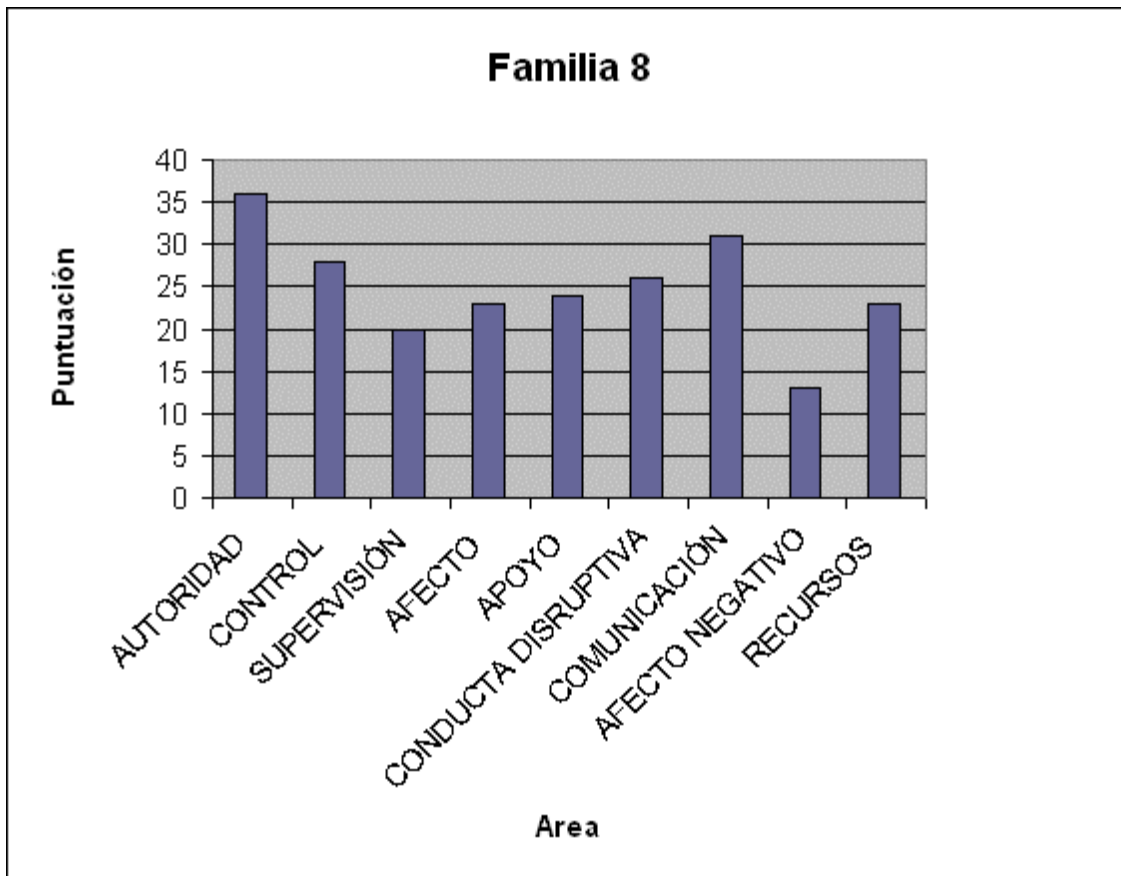
Esta gráfica muestra un alto nivel de funcionalidad en la familia 7.

Familia 7	
AUTORIDAD	39
CONTROL	31
SUPERVISIÓN	18
AFECTO	26
APOYO	24
CONDUCTA DISRUPTIVA	25
COMUNICACIÓN	33
AFECTO NEGATIVO	14
RECURSOS	23
PUNTAJE GLOBAL	149



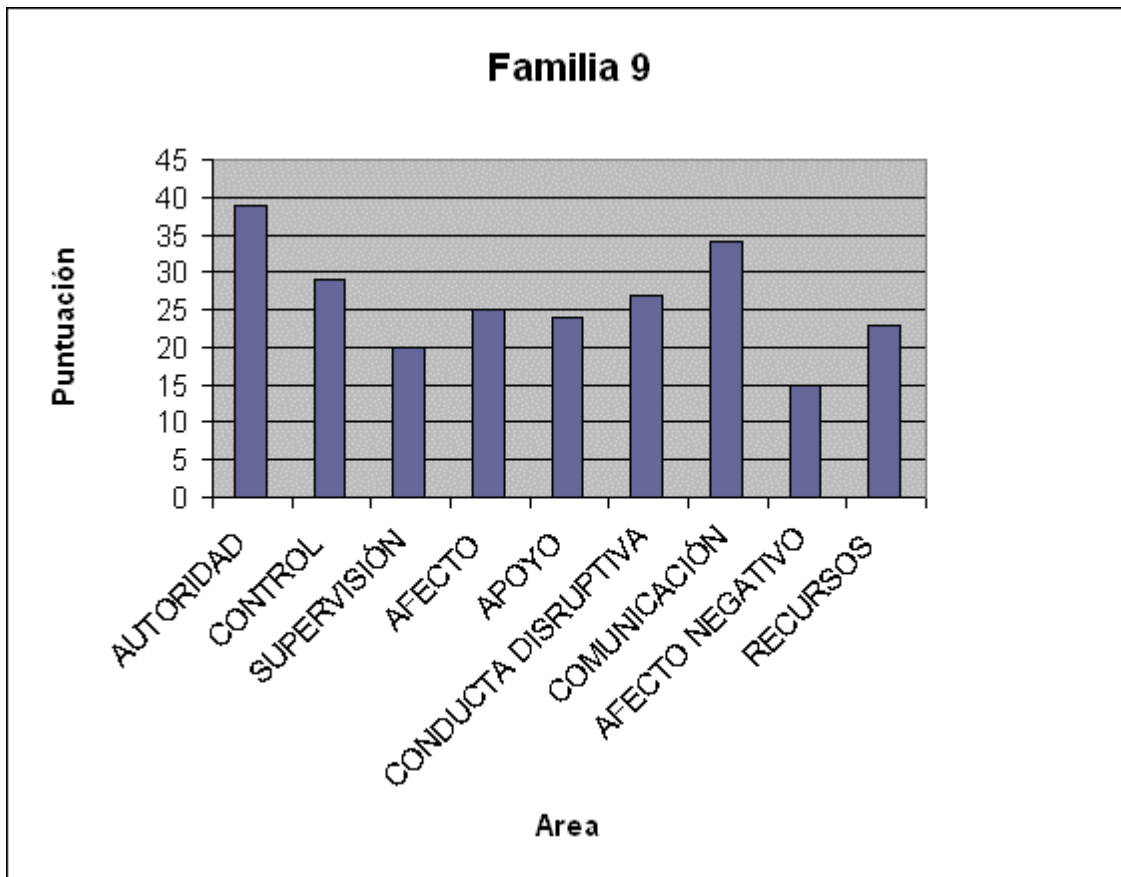
Observamos en la gráfica, la familia 8 presenta un alto rango de funcionalidad.

Familia 8	
AUTORIDAD	36
CONTROL	28
SUPERVISION	20
AFECTO	23
APOYO	24
CONDUCTA DISRUPTIVA	26
COMUNICACIÓN	31
AFECTO NEGATIVO	13
RECURSOS	23
PUNTAJE GLOBAL	143



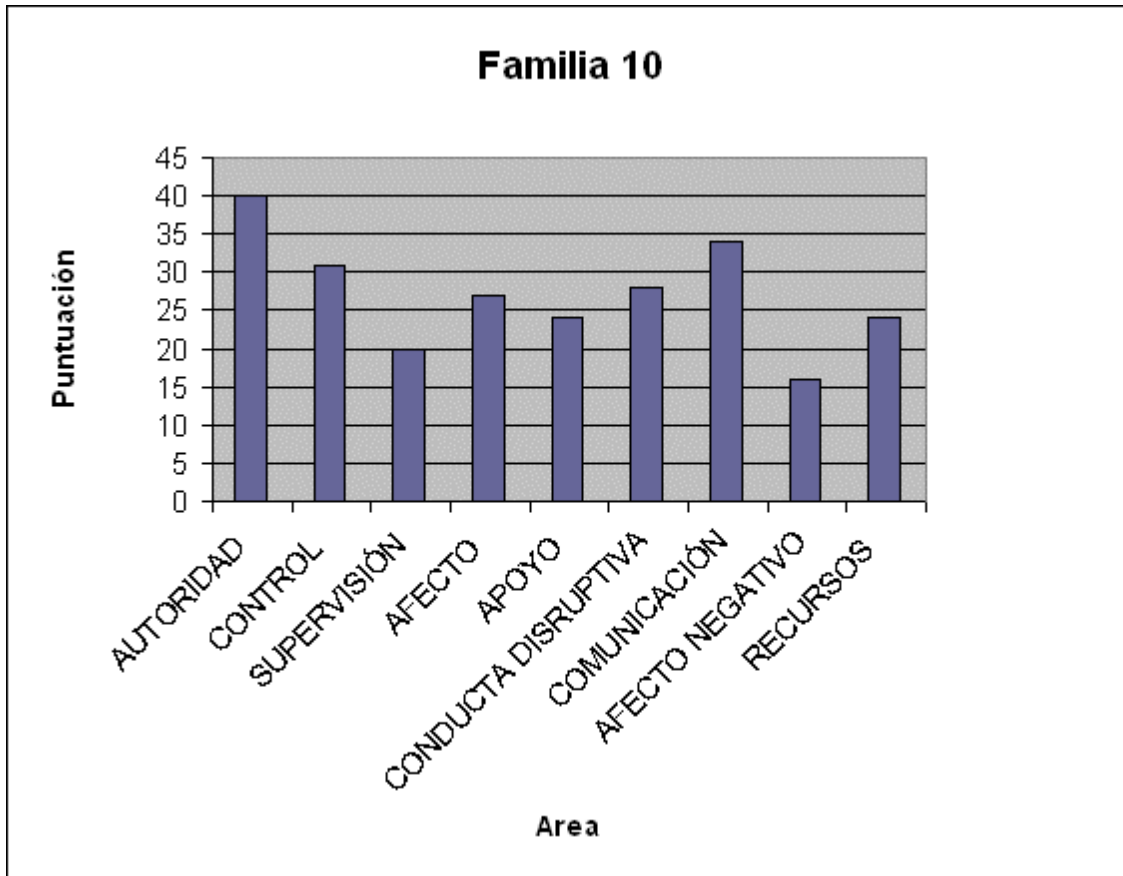
En la gráfica 9 observamos una puntuación elevada de funcionalidad

Familia 9	
AUTORIDAD	39
CONTROL	29
SUPERVISIÓN	20
AFECTO	25
APOYO	24
CONDUCTA DISRUPTIVA	27
COMUNICACIÓN	34
AFECTO NEGATIVO	15
RECURSOS	23
PUNTAJE GLOBAL	147



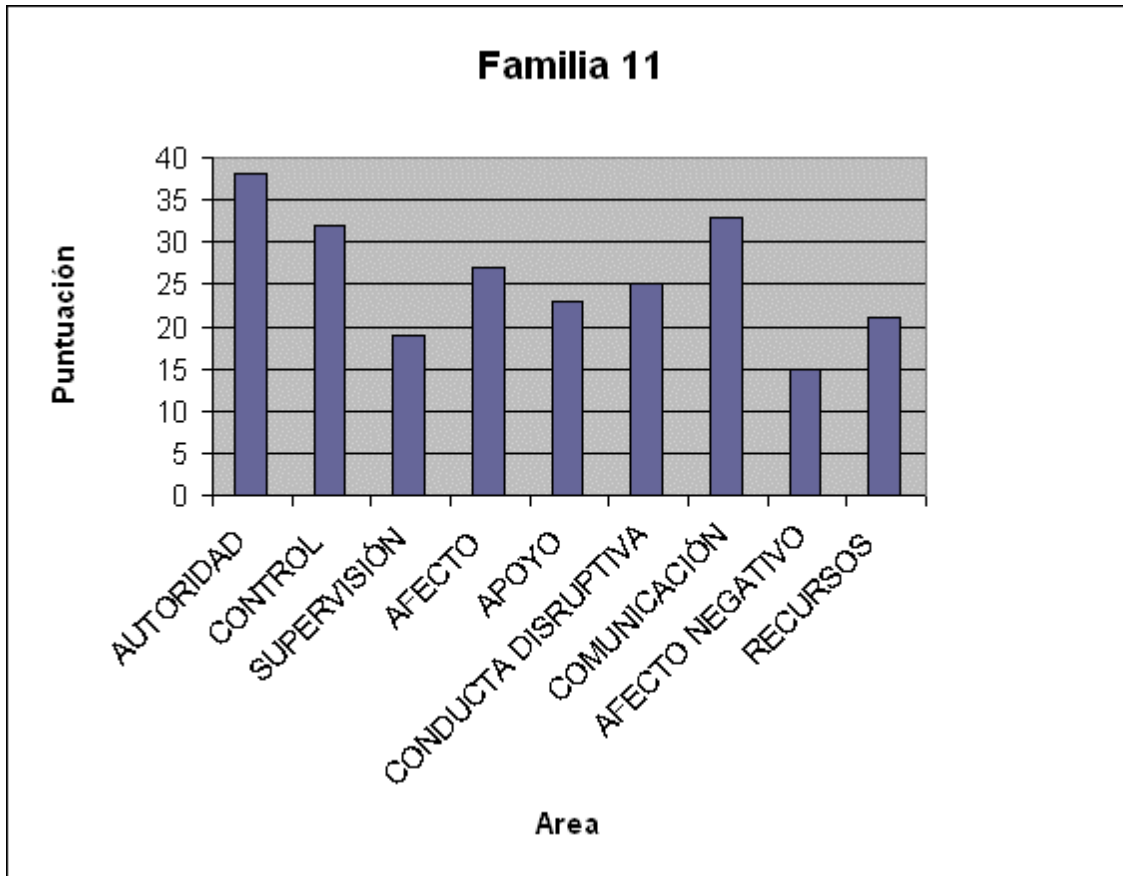
Esta gráfica nos muestra que la familia 10 es altamente funcional

Familia 10	
AUTORIDAD	40
CONTROL	31
SUPERVISIÓN	20
AFECTO	27
APOYO	24
CONDUCTA DISRUPTIVA	28
COMUNICACIÓN	34
AFECTO NEGATIVO	16
RECURSOS	24
PUNTAJE GLOBAL	157



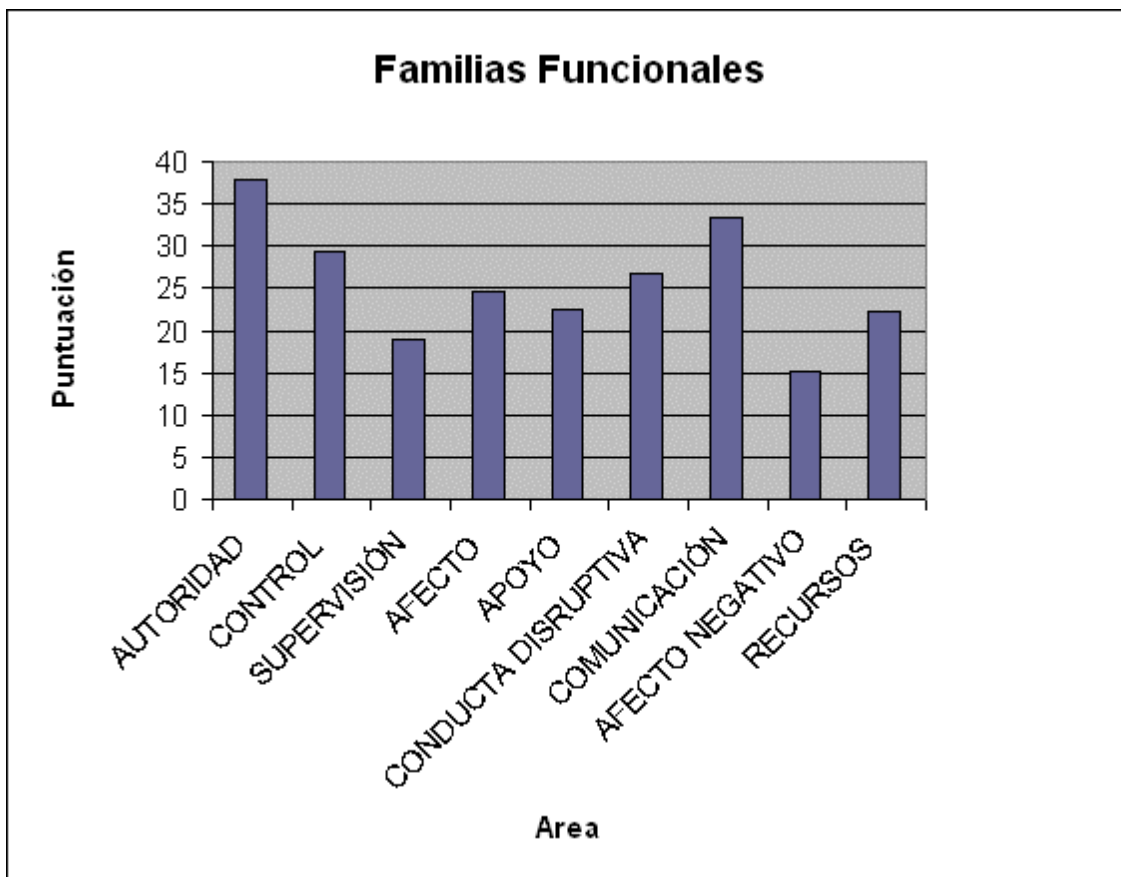
Esta gráfica representa que la familia 11 es una familia funcional.

Familia 11	
AUTORIDAD	38
CONTROL	32
SUPERVISIÓN	19
AFECTO	27
APOYO	23
CONDUCTA DISRUPTIVA	25
COMUNICACIÓN	33
AFECTO NEGATIVO	15
RECURSOS	21
PUNTAJE GLOBAL	146



Se presenta una gráfica integral de todas las familias reportándose un puntaje alto de funcionamiento familiar

Familias Funcionales	
AUTORIDAD	38
CONTROL	29
SUPERVISIÓN	19
AFECTO	25
APOYO	23
CONDUCTA DISRUPTIVA	27
COMUNICACIÓN	33
AFECTO NEGATIVO	15
RECURSOS	22
PUNTAJE GLOBAL	145



11. - DISCUSIÓN.

A partir de los datos obtenidos de la muestra elegida, los resultados se analizaron, en base a tres criterios de calificación que incluyen aspectos importantes.

a).- El primer aspecto se refiere a la etapa del ciclo vital, reportándose 9 familias con un alto indicador en etapa de independencia, en donde la presencia del paciente diabético tipo 2 controlado se encuentra en el subsistema parental, mientras que una familia en etapa de dispersión y otra en etapa de retiro.

Como lo señala Velasco y Sinibaldi (2000) en la DM, así como otras enfermedades crónicas, es necesario que la familia sea flexible, es decir, que desarrolle una organización para enfrentar los momentos de crisis familiar, para mantener otra organización para cuando la enfermedad se encuentre en control. Así, los cambios en la familia dependerán, por tanto de las características propias de la misma etapa del ciclo vital en que se encuentran, etapa de desarrollo que esté viviendo el individuo que padece la enfermedad y la red de apoyo familiar con la que cuentan.

b).- En segundo lugar se hace necesario mencionar que se encontró un hallazgo importante y es precisamente el abanico de niveles socioeconómicos y educativos, aportando que el nivel socioeconómico y /o cultural no es determinante para el control del paciente con DM tipo 2 controlado dentro de la familia.

c).- En tercer lugar, se encontró que el total de estas familias presenta una estructura familiar de tipo nuclear, integrada por padre, madre e hijos de ambos.

Siguiendo con este análisis de datos, nos abocaremos a presentar los resultados de los datos de las 9 áreas de interés para el funcionamiento familiar con el tipo de paciente que estamos investigando.

En primer lugar se encontraron indicadores altamente significativos en el área de la autoridad, la cual nos da oportunidad de evaluar aspectos tales como territorio, centralidad y control. En estas familias la autoridad reside en el subsistema parental ya que es compartida por ambos padres, es decir los padres tienen un amplio territorio o centralidad ya que son considerados los más trabajadores y tienen un alto grado de significancia hacia el seno familiar ; en cuanto a la variable control, se obtuvo un alto grado de presencia en estas familias estudiadas, esta área denominada control en estas familias adoptan patrones para resolver adecuadamente situaciones críticas y manteniendo modelos de lo que es aceptable y no aceptable para controlar las situaciones físicas peligrosas, presentando la ventaja de evaluar modos de control de conducta, límites y roles, regulando la conducta manteniendo el orden , es decir, en estas familias las reglas son precisas, observándose una fuerte alianza entre padres e hijos.

Para el área de comunicación el indicador mostró una alta calificación, ya que en estas familias la comunicación es la base importante de su funcionalidad, es decir, que en estos sistemas familiares el intercambio de información y el conjunto de mensajes verbales y no verbales es clara y rápida, a través de los cuales los miembros se relacionan hacia el núcleo de la familia, así como con los demás.

Para la conducta disruptiva se encontró una calificación alta lo que significa que en estas familias no se encontró ningún cuadro psicopatológico.

El indicador de afecto obtuvo una calificación alta, estas familias demuestran abiertamente la expresión verbal y corporal de sus sentimientos

En el área de recursos las familias estudiadas presentaron una calificación alta debido a que los miembros de las mismas presentan roles bien establecidos, jerarquías respetadas y modos de control de la conducta bien establecidos.

En cuanto al área de apoyo, ésta se mostró con una calificación mediana, esto es, dentro del mapa familiar de los encuestados el apoyo se manifiesta a través de la presencia de alianzas, cuidado con los límites, control de conductas y respetando regularmente las jerarquías establecidas.

El área de supervisión obtuvo una calificación baja, ya que se observó, que no hay una distribución de la misma, recayendo la responsabilidad en la figura materna, ya que esta evalúa la vigilancia de normas y comportamiento escolar; sin embargo en estas familias se observa que solo en algunas áreas del funcionamiento familiar están por debajo de la media, pero esto no es significativamente importante ya que no obstruye su función ni estructura.

En relación al área de afecto negativo se encontró una calificación baja, ya que este factor está presente en estas familias pero no logra desequilibrar las jerarquías, los límites y el afecto al interior del sistema familiar.

Por todo lo comentado, se confirma que estos grupos familiares son altamente funcionales, corroborándose con cada una de las áreas de funcionalidad, Komblit (1984) propone que la presentación de la Diabetes Mellitus en un miembro del grupo familiar, implica necesariamente una situación de crisis, la cual dependerá de varios factores, para lograr un equilibrio metabólico, que garantice la salud de individuo, circunstancias que hayan rodeado al diagnóstico inicial, el grado de dolor de la enfermedad o los tratamientos que implique para este individuo, en particular la evolución del padecimiento al momento del diagnóstico la velocidad del deterioro, las secuelas invalidantes, la narrativa particular y familiar que el grupo dé a la Diabetes Mellitus y la posibilidad de crear un significado que los ayude a enfrentar y sobrellevar la enfermedad. (7)

Por otro lado, en 1985 Caldwell y Pichart reportan que la variable más importante en la desadaptación de la familia a la enfermedad es el estrés. Este hallazgo resultó más evidente en aquellas familias consideradas como “altamente disfuncionales”, por otra parte, en las familias consideradas como “funcionales” el paciente logra responsabilizarse mejor de su padecimiento, mantener un auto concepto más elevado y un conocimiento más exacto de su enfermedad. (7)

12.- CONCLUSIONES

A partir de los resultados se encontró una alta evidencia que apoya la funcionalidad de las familias estudiadas en esta investigación, esto es, presentan una organización y estructura que sostiene al paciente diabético controlado en un ambiente donde se muestra claramente un manejo adecuado de límites, roles, fronteras, jerarquías así como de conductas adecuadas, centrándose el control en la figura materna, sin embargo se encuentra un fuerte vínculo de comunicación para la toma de decisiones a nivel de pareja .

Un hallazgo importante es que el área de apoyo y de afecto en estas familias se mostró con una variable mediana, sin embargo es importante mencionar que aunque hay debilidad en estas áreas pero, esto no logra desequilibrar la homeostasis organizacional y funcional, por lo tanto logran mantener una contención tanto al paciente identificado como al resto de los miembros de las familias.

Es importante mencionar que los niveles tanto culturales como educativos de las familias presentadas no impactan en el funcionamiento ni en el control de paciente diabético y su sistema familiar.

Otra característica que se encontró en este estudio, es, que las variables de autoridad, comunicación, control y conducta disruptiva son elementos que apoyan fuertemente el funcionamiento adecuado de estas familias, fortaleciendo cotidianamente la regulación y las interacciones hacia el seno de la familia.

Por lo tanto podemos afirmar:

- Los pacientes diabéticos tipo 2 controlados dentro de una familia funcional tienen mejor control de su cuadro clínico, ya que el pertenecer a una familia con características garantiza mayor seguridad de control de su enfermedad.
- El cuadro clínico de la DM es un síntoma organizador de la familia a la cual pertenece el paciente identificado y a la vez la familia controla esta patología. Esto es la DM forma parte de la familia, esto es un miembro más que tiende a formar redes de organización, de comunicación, de autoridad y por lo tanto de un auto cuidado entre todos los miembros de la familia. Encontrándole por lo tanto que la enfermedad no desorganiza, sino que a través de ella se pueden tender puentes para entender con mayor eficacia lo que está sucediendo con el paciente diabético y más aún con el controlado.

1 4.- ANEXOS

-CUESTIONARIO DE ESCALA DE EVALUACIÓN DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LA DRA. EMMA ESPEJEL ACO.

- FORMATO DE CALIFICACIÓN
- PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR
- FAMILIOGRAMAS
- CONSENTIMIENTO INFORMADO

Escala de Funcionamiento Familiar

Espejel E. / Cortés J. / Ruiz Velasco V. / Copyright 1995

Familia: _____

Tiempo de Unión: _____ Edad del primer hijo (a) :

Ingreso familiar _____ Ingreso per capita: .

Posición Sexo Edad Escolaridad Ocupación Aportación
económica a la familia

Nombre Sexo Edad Escolaridad Ocupación Aportación económica-

descripción de la vivienda: -----

Observaciones: -----

Familiograma

Comenzar el diagrama en la parte inferior de la página con la familia nuclear

Instrucciones para el examinador marque con una cruz **el o los cuadros** que correspondan al **miembro de la familia al que se refiera la** respuesta expresada **por los entrevistados.**

1. ¿Hay en su familia algún o algunos miembros considerados como los más trabajadores?

<u>Padre</u>	<u>Madre</u>	<u>Hijos</u>	<u>Hijas</u>	<u>Otro Familiar</u>	<u>Todos</u>	<u>Nadie</u>
--------------	--------------	--------------	--------------	----------------------	--------------	--------------

Funcionalidad

2. Quién organiza la alimentación en la familia (ir al mercado. decir los menús, etc.)

<u>Padre</u>	<u>Madre</u>	<u>Hijos</u>	<u>Hijas</u>	<u>Otro Familiar</u>	<u>Todos</u>	<u>Nadie</u>
--------------	--------------	--------------	--------------	----------------------	--------------	--------------

Funcionalidad

3. En su familia. hay alguna o algunas personas que sean más reconocidas y tomadas en cuenta?

<u>Padre</u>	<u>Madre</u>	<u>Hijos</u>	<u>Hijas</u>	<u>Otro Familiar</u>	<u>Todos</u>	<u>Nadie</u>
--------------	--------------	--------------	--------------	----------------------	--------------	--------------

Funcionalidad

4. Si se reúne la familia para ver la televisión. ¿Quién decide el programa?

<u>Padre</u>	<u>Madre</u>	<u>Hijos</u>	<u>Hijas</u>	<u>Otro Familiar</u>	<u>Todos</u>	<u>Nadie</u>
--------------	--------------	--------------	--------------	----------------------	--------------	--------------

Funcionalidad

5. ¿Quién o quiénes de la familia tienen más obligaciones?

<u>Padre</u>	<u>Madre</u>	<u>Hijos</u>	<u>Hijas</u>	<u>Otro Familiar</u>	<u>Todos</u>	<u>Nadie</u>
--------------	--------------	--------------	--------------	----------------------	--------------	--------------

Funcionalidad

6. ¿Quién o quiénes de la familia intervienen cuando los padres discuten o pelean entre si?

<u>Padre</u>	<u>Madre</u>	<u>Hijos</u>	<u>Hijas</u>	<u>Otro Familiar</u>	<u>Todos</u>	<u>Nadie</u>
--------------	--------------	--------------	--------------	----------------------	--------------	--------------

Instrucciones para el examinador: las casillas oscuras nunca deben marcarse

Funcionabilidad	.
-----------------	---

7. En los problemas de los hnos. quién o quiénes intervienen?

<u>Padre</u>	<u>Madre</u>	<u>Hijos</u>	<u>Hijas</u>	<u>Otro Familiar</u>	<u>Todos</u>	<u>Nadie</u>
--------------	--------------	--------------	--------------	----------------------	--------------	--------------

8. ¿Quién reprende a los hijos cuando cometen una falta?

Funcionalidad

<u>Padre</u>	<u>Madre</u>	<u>Hijos</u>	<u>Hijas</u>	<u>Otro Familiar</u>	<u>Todos</u>	<u>Nadie</u>
--------------	--------------	--------------	--------------	----------------------	--------------	--------------

Funcionalidad

9. Si en casa existen horarios para comer o llegar, ¿quiénes respetan los horarios de llegada?

<u>Padre</u>	<u>Madre</u>	<u>Hijos</u>	<u>Hijas</u>	<u>Otro Familiar</u>	<u>Todos</u>	<u>Nadie</u>
--------------	--------------	--------------	--------------	----------------------	--------------	--------------

No existen	.
------------	---

Funcionalidad

10. Si uno de los padres castiga a un hijo, ¿quién interviene?

<u>Padre</u>	<u>Madre</u>	<u>Hijos</u>	<u>Hijas</u>	<u>Otro Familiar</u>	<u>Todos</u>	<u>Nadie</u>
--------------	--------------	--------------	--------------	----------------------	--------------	--------------

No ha Sucedido	.
----------------	---

Funcionalidad

Instrucciones para el examinador: a partir de esta pregunta explore todos los indicadores. Cuando la respuesta involucre a toda la familia, marque las celdas necesarias.

11. Cuando alguien invita a la casa a quién se le avisa..

<i>Quién invita</i>	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	No avisa
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro No familiar							

12. **¿Quiénes participan y quienes no participan en la economía familiar?**

<i>ppEstatus</i>	<i>Padre</i>	<i>Madre</i>	<i>Hijos</i>		<i>Otro familiar</i>	Otro no familiar
TRABAJA Y NO PARTICIPA						
NO TRABAJA Y PARTICIPA						
NO TRABAJA						

Funcionalidad

13. Si cada quien tiene obligaciones definidas en esta familia. **¿Quien sustituye a quien para cumplirlas**

	<i>Padre</i>	<i>Madre</i>	<i>Hijos</i>	<i>Hijas</i>	<i>Otro familiar</i>	Otro no familiar	Nadie
<i>Padre</i>							
<i>Madre</i>							
<i>Hijos</i>							
<i>Hijas</i>							
<i>Otro familiar</i>							
Otro no familiar							

No existen obligaciones definidas .

.Funcionalidad

14. En las decisiones familiares importantes. ¿Quiénes participan?

<i>Padre</i>	<i>Madre</i>	<i>Hijos</i>	<i>Hijas</i>	<i>Otro familiar</i>	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

15. Para ausentarse de la casa, ¿Quien le avisa o pide permiso a quién? :

Pide Permiso	<i>Padre</i>	<i>Madre</i>	<i>Hijos</i>	<i>Hijas</i>	<i>Otro familiar</i>	Otro no familiar	Nadie
<i>Padre</i>							
<i>Madre</i>							
<i>Hijos</i>							
<i>Hijas</i>							
<i>Otro familiar</i>							
Otro no familiar							

16. Cuando alguien comete una falta. ¿Quién y cómo castiga?

Quien castiga	Verbalmente	Corporalmente	Instrumentalmente
<i>Padre</i>			
<i>Madre</i>			
<i>Hijos</i>			
<i>Hijas</i>			
<i>Otro familiar</i>			
Otro no familiar			

No se castiga .

Funcionalidad

17. Si acostumbran hacer promesas sobre premios y castigos, ¿Quiénes las cumplen siempre??

<i>Padre</i>	<i>Madre</i>	<i>Hijos</i>	<i>Hijas</i>	<i>Otro familiar</i>	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

18. Cuando alguien se siente triste, decaído o preocupado. ¿Quién pide ayuda?

<i>pide Ayuda</i>	<i>Padre</i>	<i>Madre</i>	<i>Hijos</i>	<i>Hijas</i>	<i>Otro familiar</i>	Otro no familiar	Nadie
<i>Padre</i>							
<i>Madre</i>							
<i>Hijos</i>							
<i>Hijas</i>							
<i>Otro familiar</i>							
Otro no familiar							

Funcionalidad

19. ¿Quiénes de ustedes salen juntos con cierta frecuencia?

	<i>Padre</i>	<i>Madre</i>	<i>Hijos</i>	<i>Hijas</i>	<i>Otro familiar</i>	Otro no familiar	Nadie
<i>Padre</i>							
<i>Madre</i>							
<i>Hijos</i>							
<i>Hijas</i>							
<i>Otro familiar</i>							
Otro no familiar							

Funcionalidad

20. En esta familia, ¿quién protege a quién?

	<i>Padre</i>	<i>Madre</i>	<i>Hijos</i>	<i>Hijas</i>	<i>Otro familiar</i>	Otro no familiar	Nadie
<i>Padre</i>							
<i>Madre</i>							
<i>Hijos</i>							
<i>Hijas</i>							
<i>Otro familiar</i>							
Otro no familiar							

Funcionalidad

21. Si conversan ustedes unos con otros, ¿quién con quién lo hace?

	<i>Padre</i>	<i>Madre</i>	<i>Hijos</i>	<i>Hijas</i>	<i>Otro familiar</i>	Otro no familiar	Nadie
<i>Padre</i>							
<i>Madre</i>							
<i>Hijos</i>							
<i>Hijas</i>							
<i>Otro familiar</i>							
Otro no familiar							

Funcionalidad

22. SI consideran ustedes que expresan libremente sus opiniones, ¿quiénes son los que lo hacen?

<i>Padre</i>	<i>Madre</i>	<i>Hijos</i>	<i>Hijas</i>	<i>Otro familiar</i>	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

23. ¿Quiénes tienen mejor disposición para escuchar?

<i>Padre</i>	<i>Madre</i>	<i>Hijos</i>	<i>Hijas</i>	<i>Otro familiar</i>	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

24. Cuando entre algunos de ustedes se torna una decisión o se llega a algún acuerdo. ¿a quiénes se les hace saber con claridad? **A quién se le hace saber**

Quienes acudan	Subsistema parental	Subsistema hijos	Otro Familiar	Otro No Familiar	Nadie
Subsistema parental					
Subsistema hijos					
Otro Familiar					
Otro No Familiar					

25. ¿Quién supervisa el comportamiento escolar de los hijos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

26. ¿Quién se responsabiliza de los hábitos higiénicos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

33. ¿Quiénes en esta la familia se abrazan espontáneamente?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro No Familiar							

34. Cuando se llegan a enojar en esta familia, ¿quiénes son los que lo la hacen y con quiénes?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro No Familiar							

35. ¿Se han llegado a golpear en la familia? ¿Quién con quien?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro No Familiar							

Instrucciones para el examinador:
A partir de esta pregunta explorar la frecuencia con que se presentan los eventos cuestionados

<u>Frecuencia</u>		
<u>Muy Frecuentemente</u>	<u>Algunas veces</u>	<u>Muy Raro</u>

36. ¿En esta familia hay alguien que se embriague con alcohol o tome otro tipo de estimulantes?

	<u>Frecuencia</u>		
	<u>Muy Frecuentemente</u>	<u>Algunas veces</u>	<u>Muy Raro</u>
<u>Padre</u>			
<u>Madre</u>			
<u>Hijos</u>			
<u>Hijas</u>			
<u>Otro Familiar</u>			
<u>Otro No Familiar</u>			

37. ¿Quien tiene o ha tenido problemas de comportamiento en la escuela, el trabajo o con los demás?

	<u>Frecuencia</u>		
	<u>Muy Frecuentemente</u>	<u>Algunas veces</u>	<u>Muy Raro</u>
<u>Padre</u>			
<u>Madre</u>			
<u>Hijos</u>			
<u>Hijas</u>			
<u>Otro Familiar</u>			
<u>Otro No Familiar</u>			

Funcionalidad

38. Si en esta familia ha habido problemas con la autoridad (policía, jefes, maestros, etc) ¿Quién los ha tenido?

	<u>Frecuencia</u>		
	<u>Muy Frecuentemente</u>	<u>Algunas veces</u>	<u>Muy Raro</u>
<u>Padre</u>			
<u>Madre</u>			
<u>Hijos</u>			
<u>Hijas</u>			
<u>Otro Familiar</u>			
<u>Otro No Familiar</u>			

39. ¿Quien ha presentado algún problema emocional?

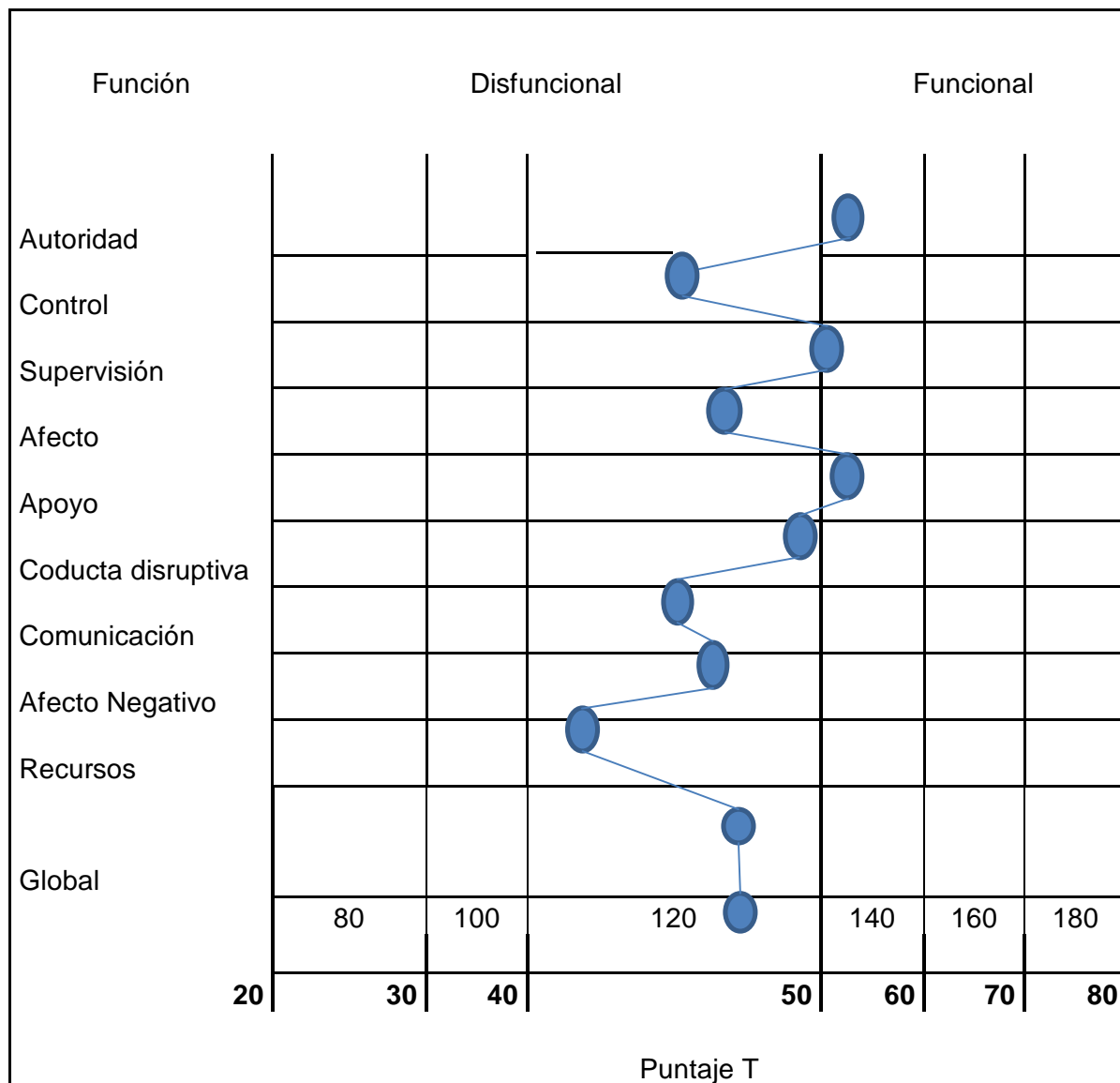
	<u>Frecuencia</u>		
	<u>Muy Frecuentemente</u>	<u>Algunas veces</u>	<u>Muy Raro</u>
<u>Padre</u>			
<u>Madre</u>			
<u>Hijos</u>			
<u>Hijas</u>			
<u>Otro Familiar</u>			
<u>Otro No Familiar</u>			

40. ¿Quién en la familia se aísla?

	<u>Frecuencia</u>		
	<u>Muy Frecuentemente</u>	<u>Algunas veces</u>	<u>Muy Raro</u>
<u>Padre</u>			
<u>Madre</u>			
<u>Hijos</u>			
<u>Hijas</u>			
<u>Otro Familiar</u>			
<u>Otro No Familiar</u>			

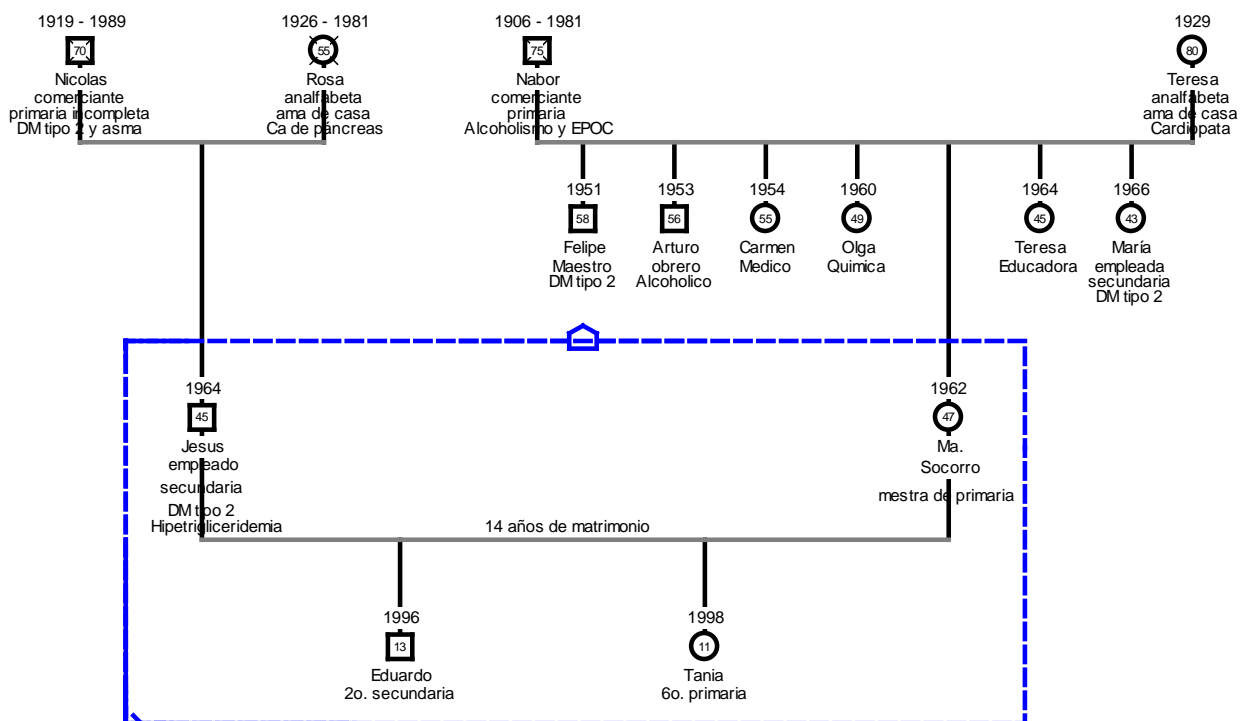
Familia:
 Fecha de Aplicación:
 Tiempo Formada:
 Etapa de ciclo vital:
 Nivel Socioeconómico:
 Numero de miembros:
 Tipo de Familia:
 Paciente Identificado:

Perfil de Funcionamiento	
Familia:	Familia 1
Fecha de Aplicación:	05-Nov-08
Tiempo Formada:	14 años
Etapa de ciclo vital:	Dispension
Nivel Socioeconómico:	Medio Bajo
Numero de miembros:	4
Tipo de Familia:	Nuclear
Paciente Identificado:	Jesús



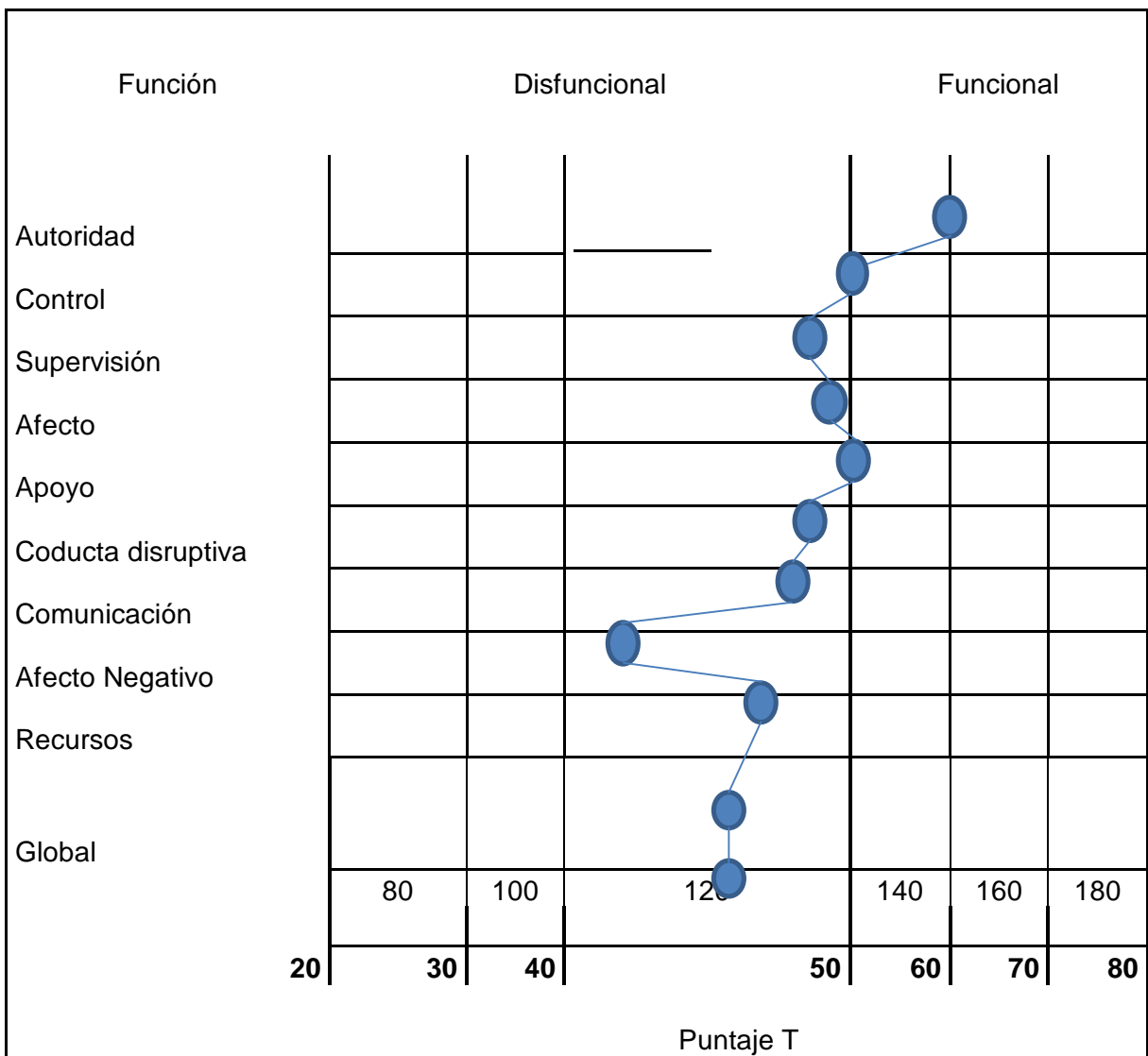
Familiograma No. 1
 Familia Leura
 Quintana

Paciente identificado: Jesus, empleado de agencia, curso secundaria completa, tiene 14 años de padecido, padece de DM tipo 2 de 20 años de evolucion asi como hipertrigliceridemia desde hace años, su ultima glucosa de control, fue de 125mg y trigliceridos de 154mg, es tratado con insulina intermedia desde hace 15 años y bezafibrato. Practica caminata 4 veces a la semana, lleva dieta para diabético. Refiere relaciones familiares estables



Familia:
 Fecha de Aplicación:
 Tiempo Formada:
 Etapa de ciclo vital:
 Nivel Socioeconómico:
 Numero de miembros:
 Tipo de Familia:
 Paciente Identificado:

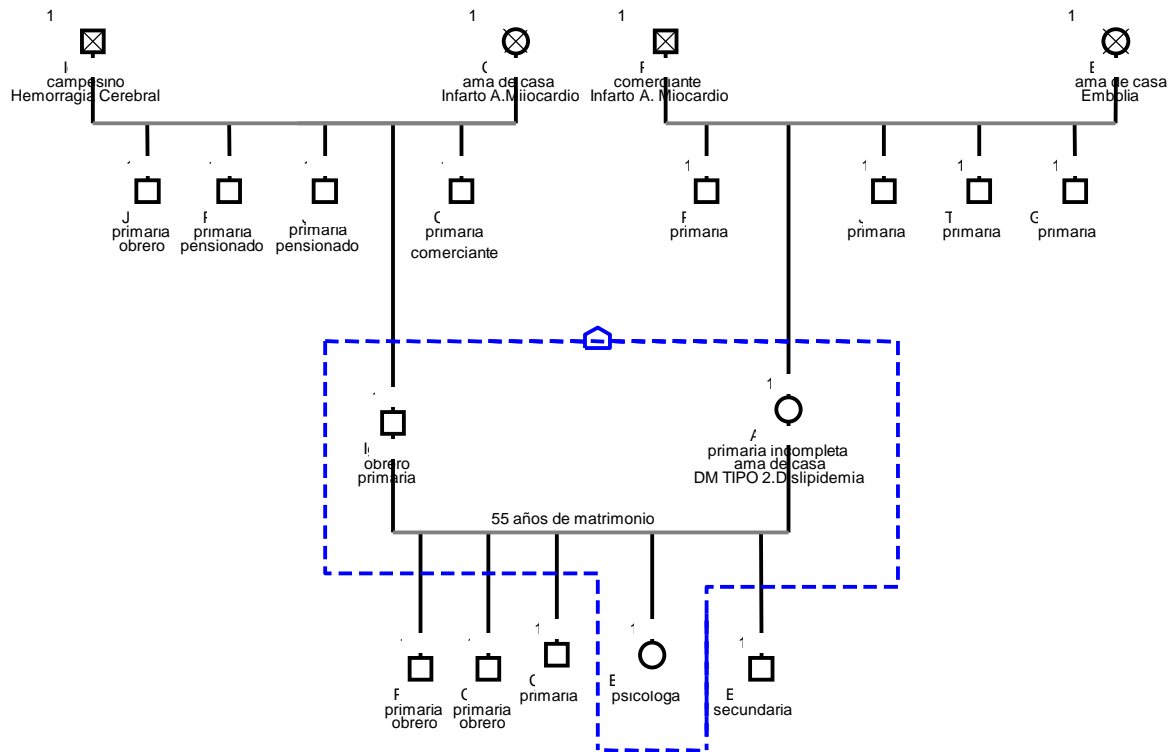
Perfil de Funcionamiento	
	Familiar 2
	10-Nov-09
	44 años
	Retiro
	Medio Bajo
	3
	Nuclear
	Asunción



Familiograma No. 2

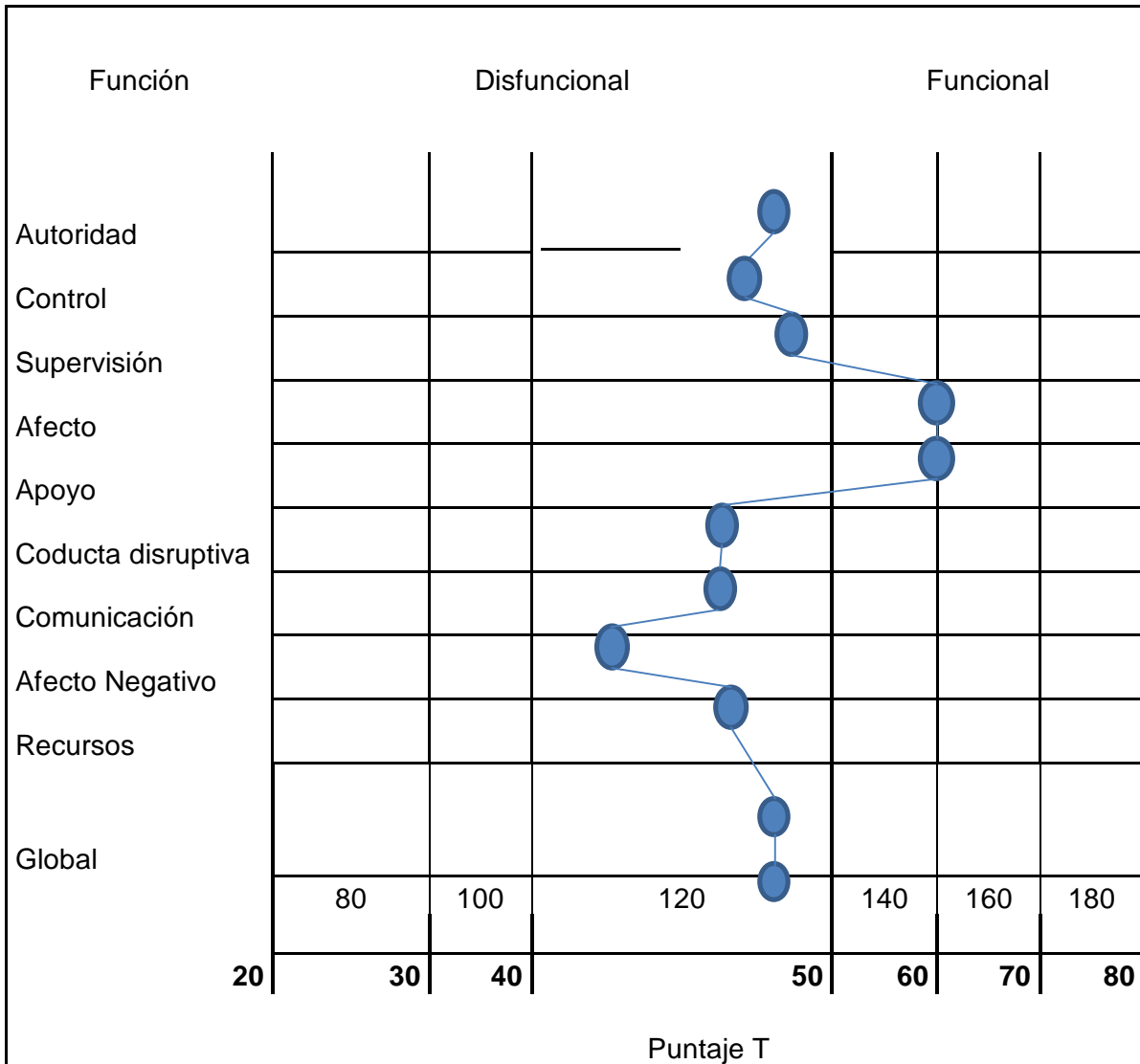
Familia Quiroga
Aguilera

Paciente identificada: Asunción, ama de casa, 55 años de casada, padece de DM tipo 2 de 15 años de evolución, así como hipercolesterolemia de 5 años de evolución, su última glucosa de control fue de 109mg y colesterol de 230mg, tratada con pioglitazona y bezafibrato, camina diario 30 min. cumple con su dieta de diabético y posee glucómetro para su toma de glucosa diariamente, refiere relaciones estables de familia



Familia:
 Fecha de Aplicación:
 Tiempo Formada:
 Etapa de ciclo vital:
 Nivel Socioeconómico:
 Numero de miembros:
 Tipo de Familia:
 Paciente Identificado:

Perfil de Funcionamiento	
	Familiar 3
	10-Nov-08
	36 años
	Independencia
	Medio Bajo
	6
	Nuclear
	Maximino

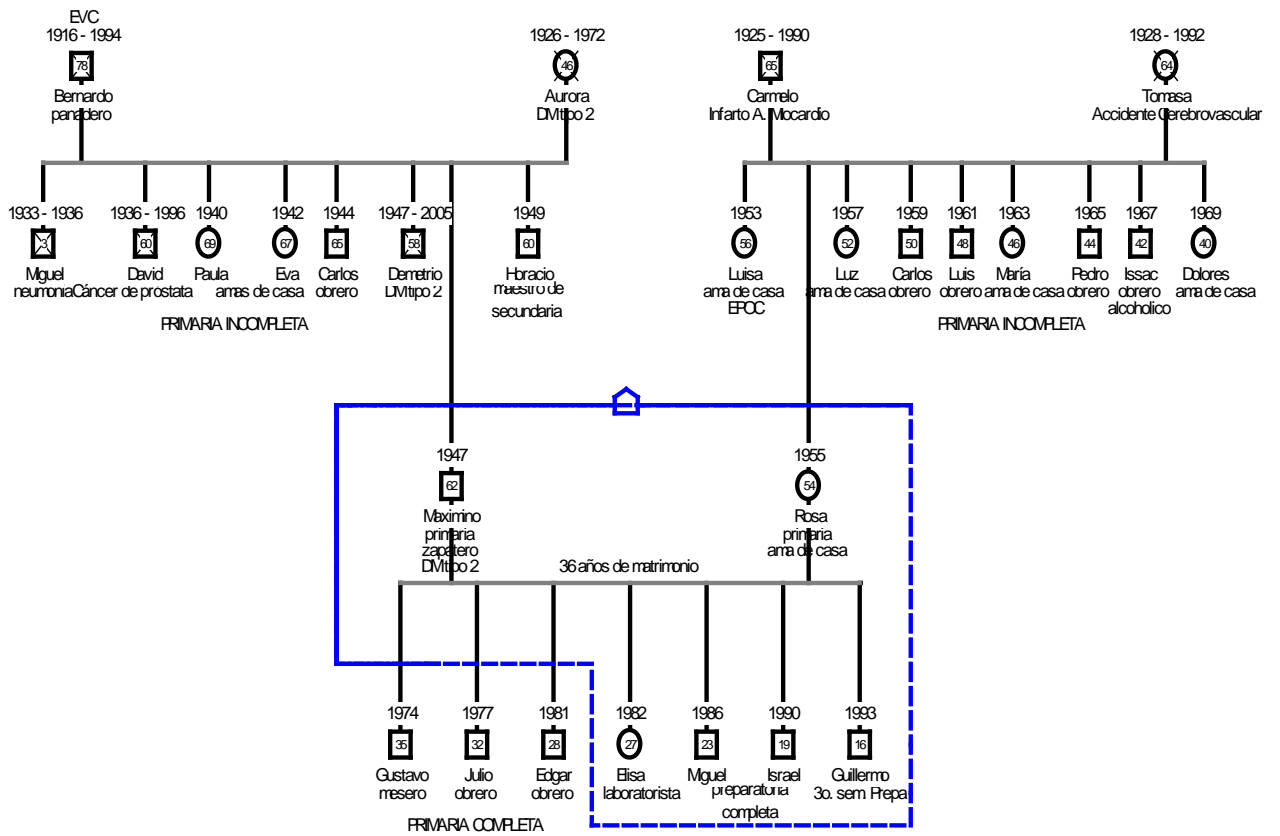


Familiograma Nb. 3

Familia

Gonzalez Borilla

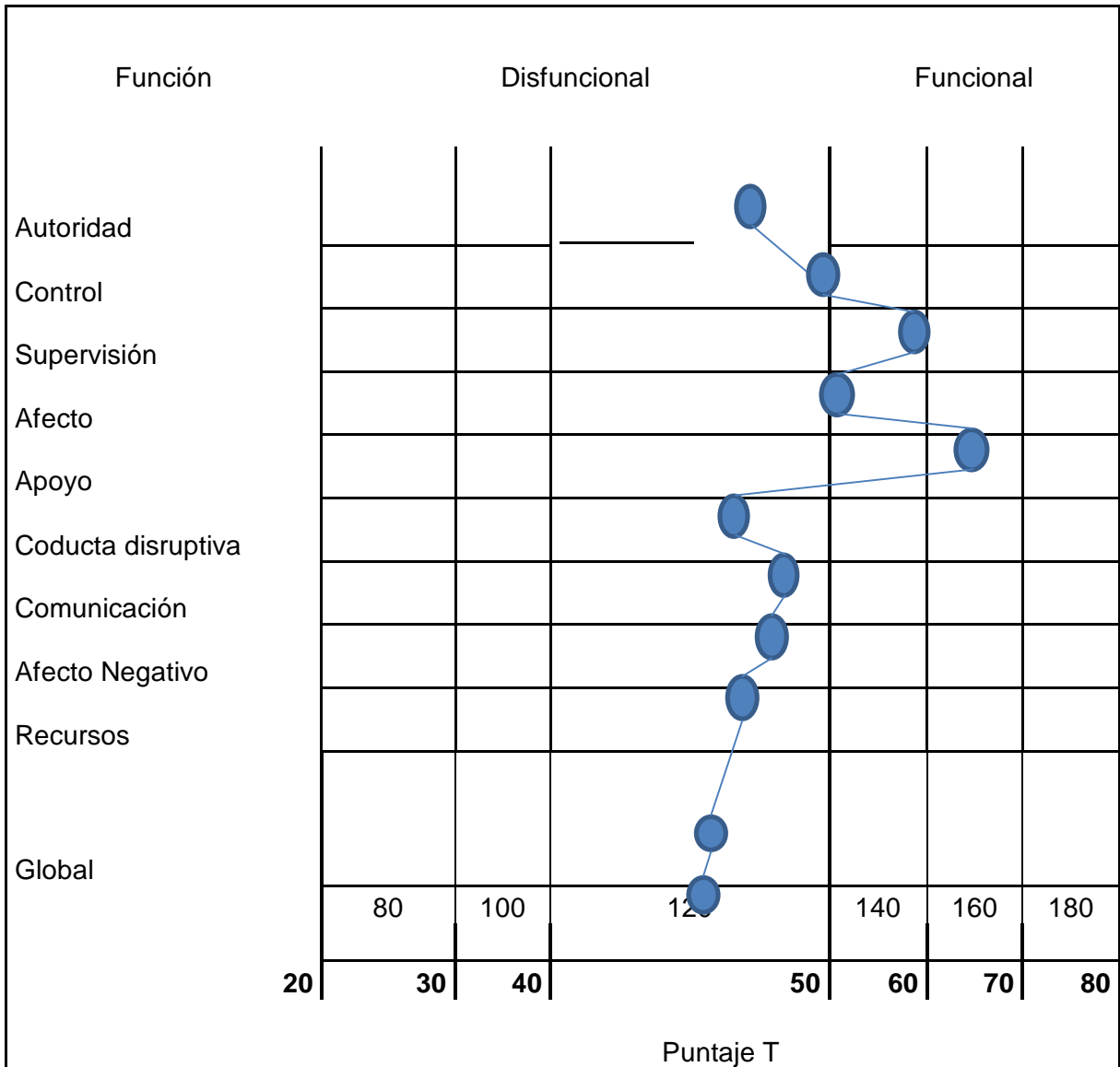
Paciente Identificado :Maximino,zapatero, curso solo la primaria, Diabetico desde hace 20 años, su última glucosa fue de 110mg,se aplica insulina intermedia, corre diario 40 min, y cumple con su dieta de diabético, refiere relaciones familiares estables



O
O
O
O

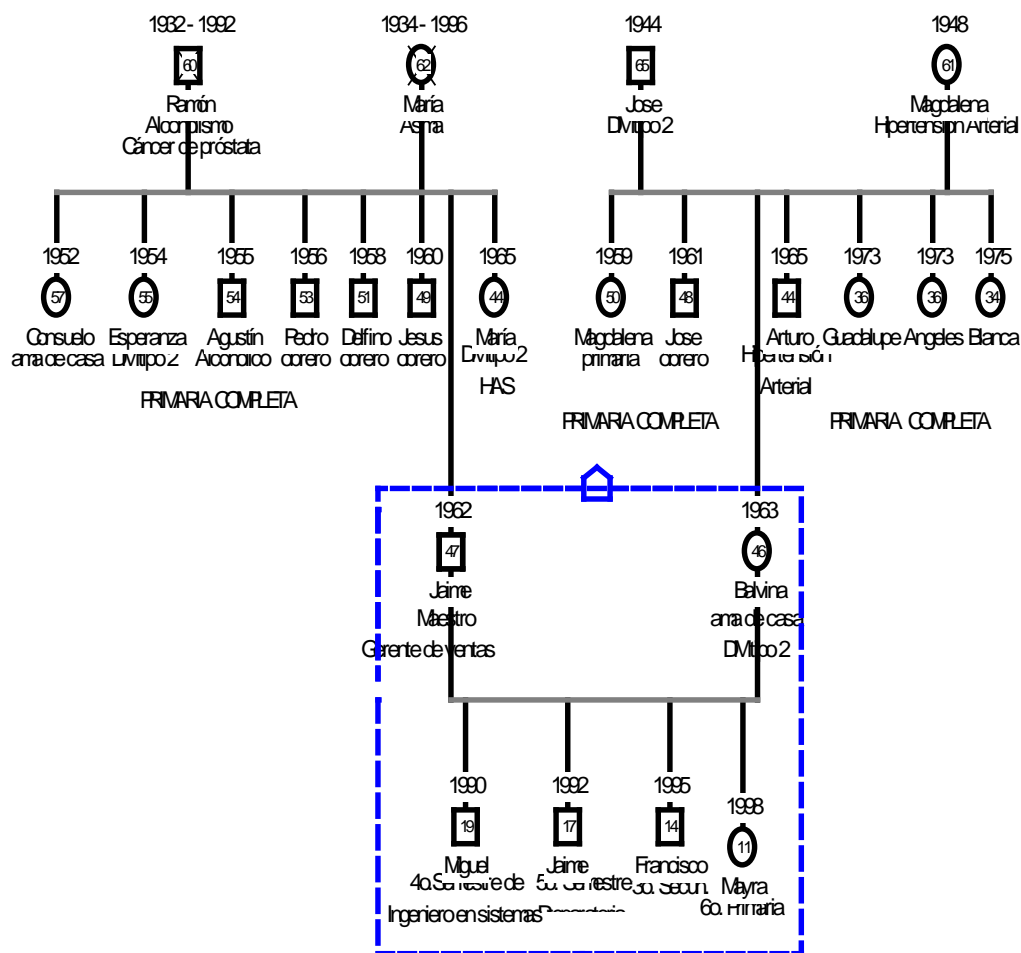
Familia:
 Fecha de Aplicación:
 Tiempo Formada:
 Etapa de ciclo vital:
 Nivel Socioeconómico:
 Numero de miembros:
 Tipo de Familia:
 Paciente Identificado:

Perfil de Funcionamiento	
	Familiar 4
	10/DIC/09
	20 años
	Independencia
	Medio Bajo
	6
	Nuclear
	Balvina



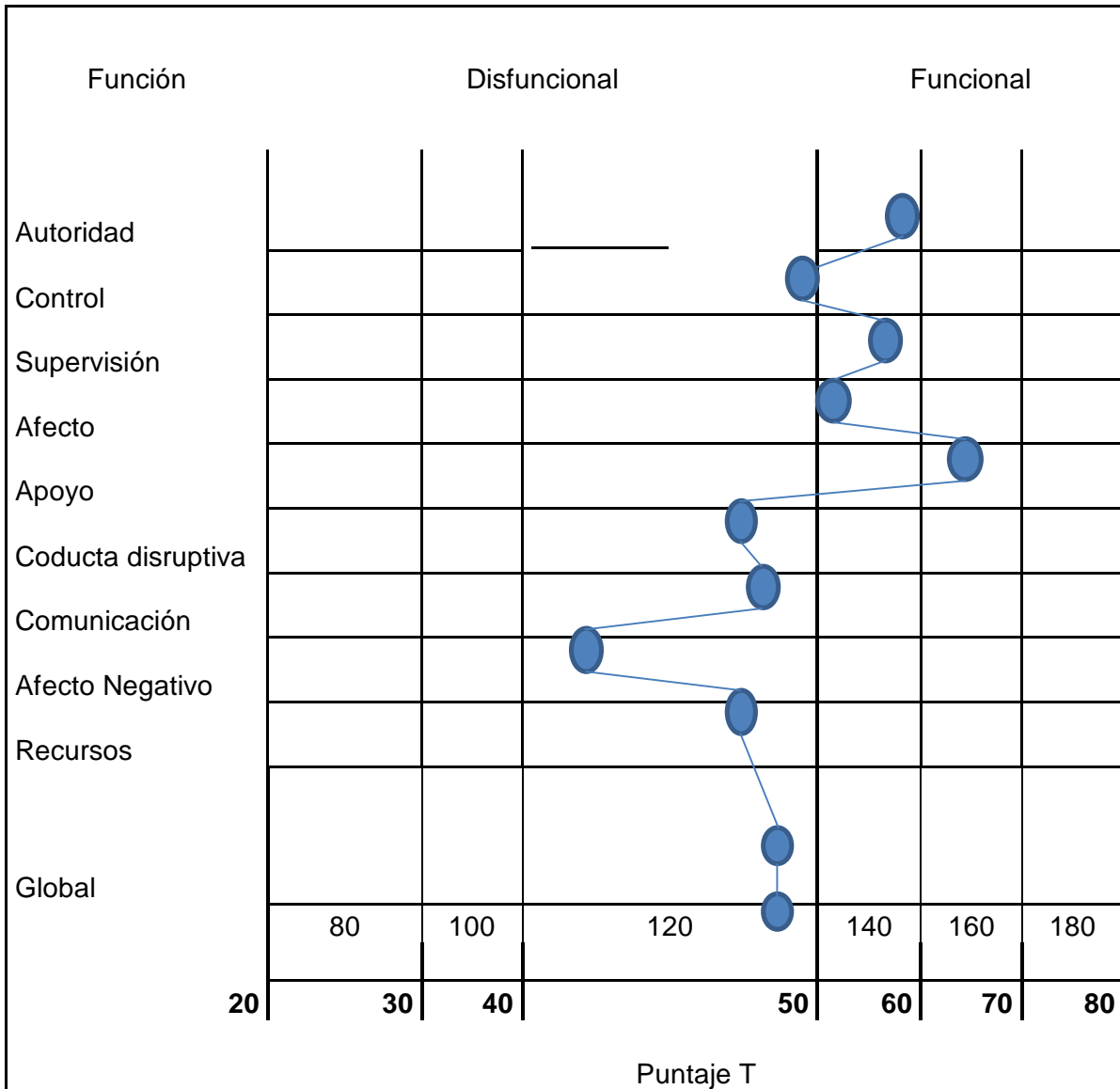
Familiograma No. 4
Sanchez Palafox

Paciente identificada: Balvina, ama de casa, curso solo la primaria, padece de DM tipo 2 de 10 años de evolución, tratada con Metformina, dieta para diabetico y caminata diaria 30 min, su ultima glucosa fue de 120mg, refiere relaciones familiares estables.



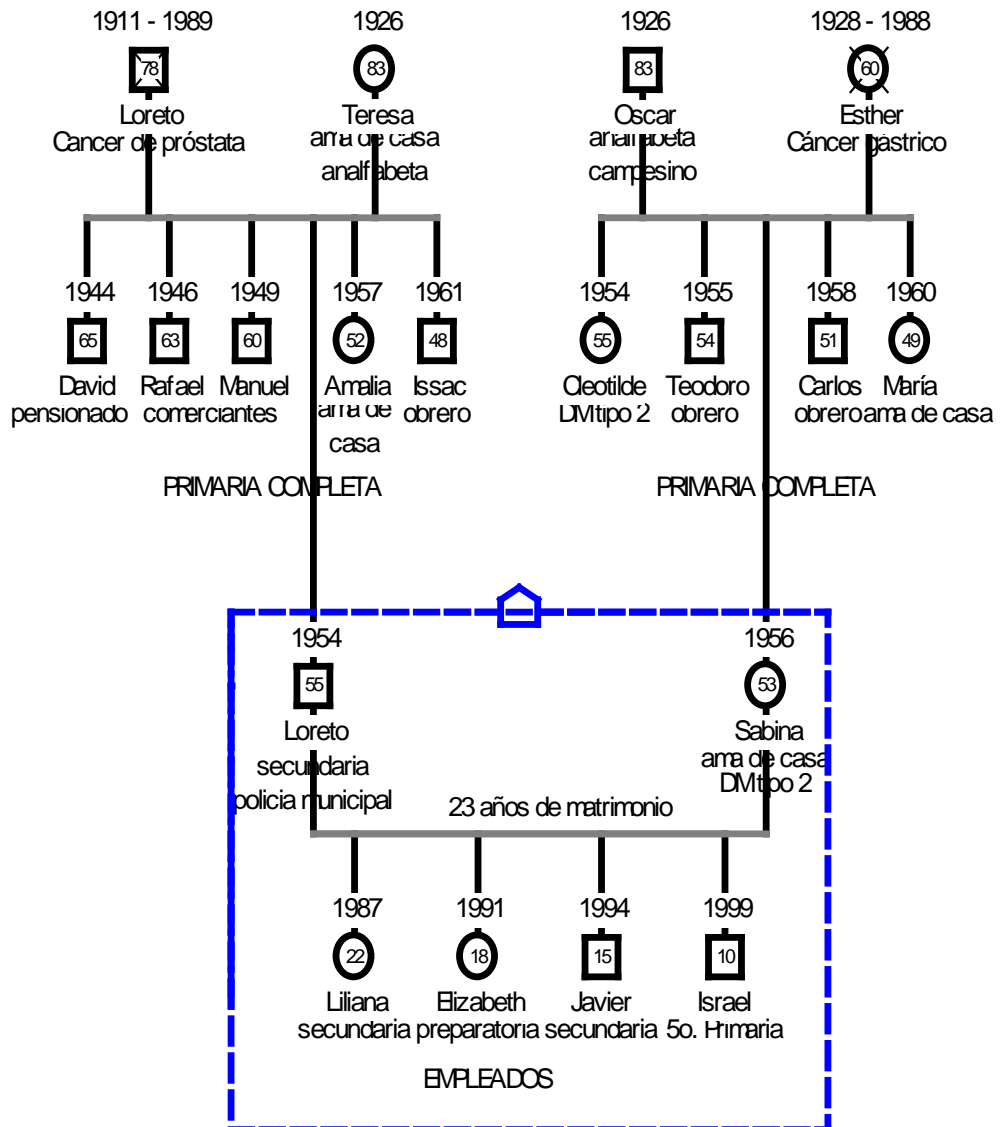
Familia:
 Fecha de Aplicación:
 Tiempo Formada:
 Etapa de ciclo vital:
 Nivel Socioeconómico:
 Numero de miembros:
 Tipo de Familia:
 Paciente Identificado:

Perfil de Funcionamiento	
Familia:	Familiar 5
Fecha de Aplicación:	18-Nov-08
Tiempo Formada:	23 años
Etapa de ciclo vital:	Independencia
Nivel Socioeconómico:	Medio Bajo
Numero de miembros:	6
Tipo de Familia:	Nuclear
Paciente Identificado:	Sabina



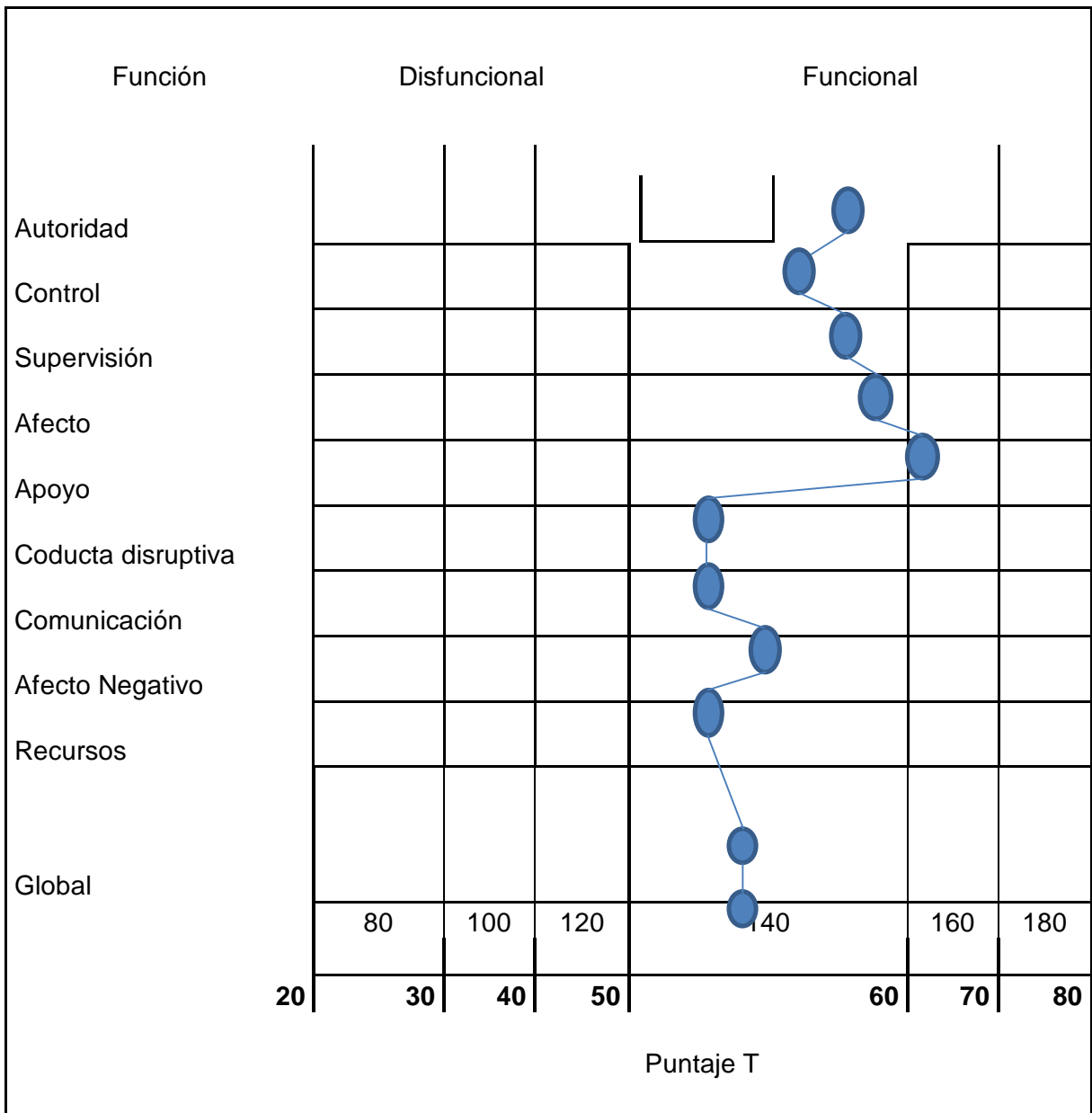
Familiograma No. 5
Estrada Torres

Paciente identificada: Sabina, ama de casa, con DM tipo 2 de 10 años de evolución en control desde hace 8 años, tratada con glibenclárida y metformina, dieta para diabético y camina una hora diaria, su última glucosa de control fue de 90mg, refiere relaciones familiares estables.



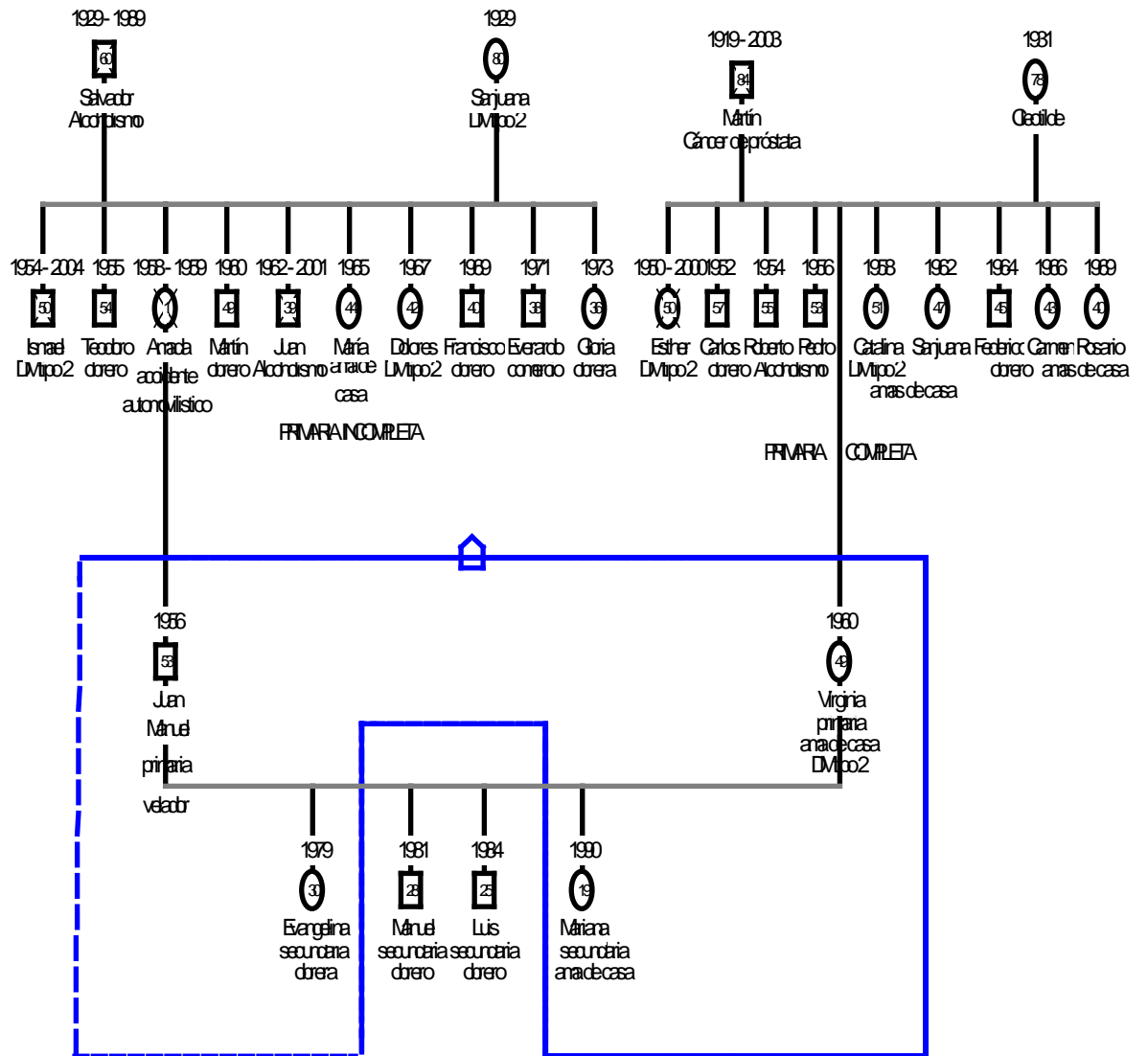
Familia:
 Fecha de Aplicación:
 Tiempo Formada:
 Etapa de ciclo vital:
 Nivel Socioeconomico:
 Numero de miembros:
 Tipo de Familia:
 Paciente Identificado:

Perfil de Funcionamiento	
Familia:	Familiar 6
Fecha de Aplicación:	12-Nov-08
Tiempo Formada:	31 años
Etapa de ciclo vital:	Independencia
Nivel Socioeconomico:	Medio Bajo
Numero de miembros:	4
Tipo de Familia:	Nuclear
Paciente Identificado:	Virginia



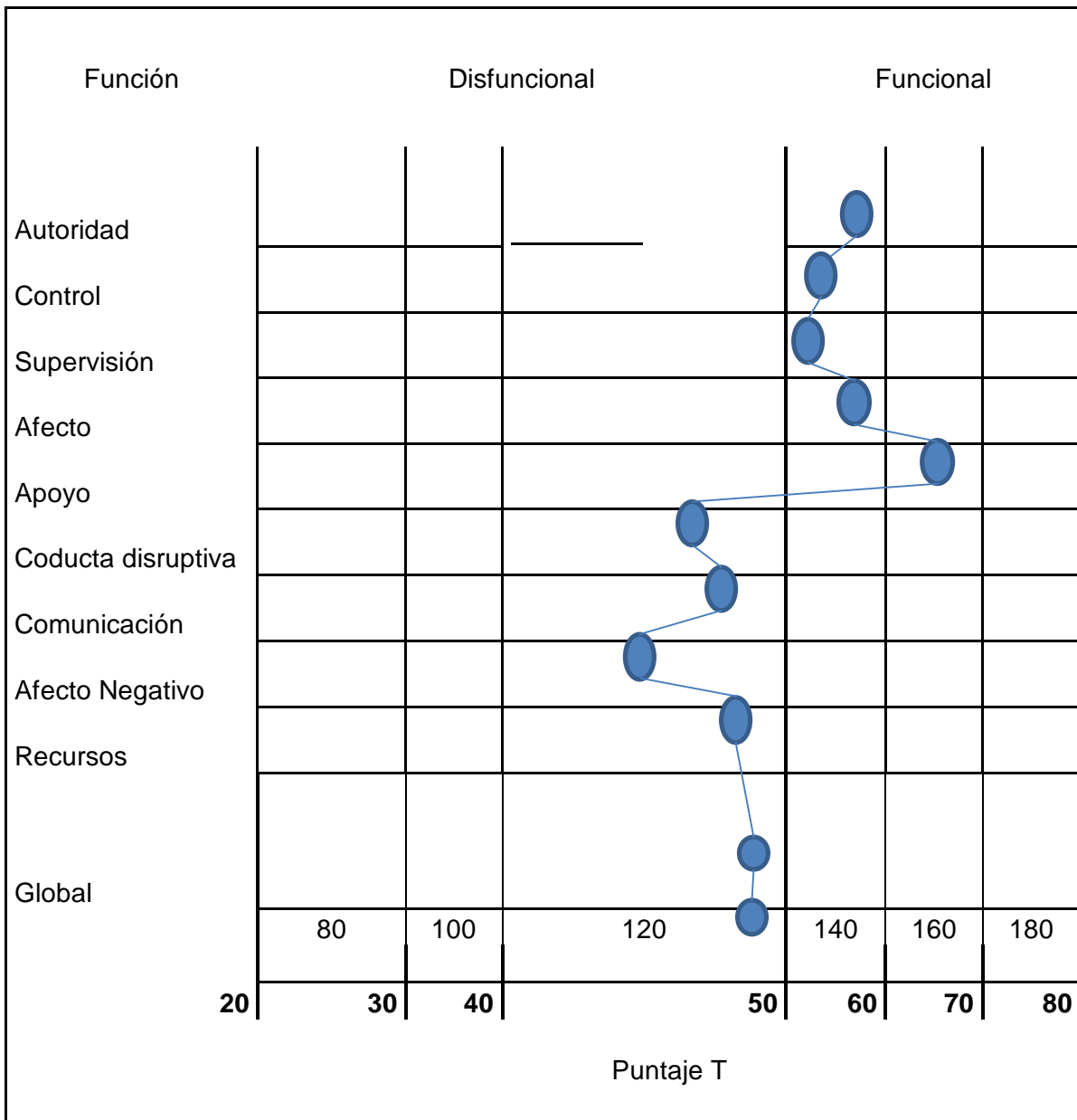
Familia No 6
 Jharez Mija

Paciente identificada Virginia anac de casa, padre de DMipo 2 de 20 años de evolución, tratada con insulina intermedia y regular, dieta pato diabético y caminata 30 minutos diarios. Su última glucosa fue de 104mg referir relaciones familiares estables.



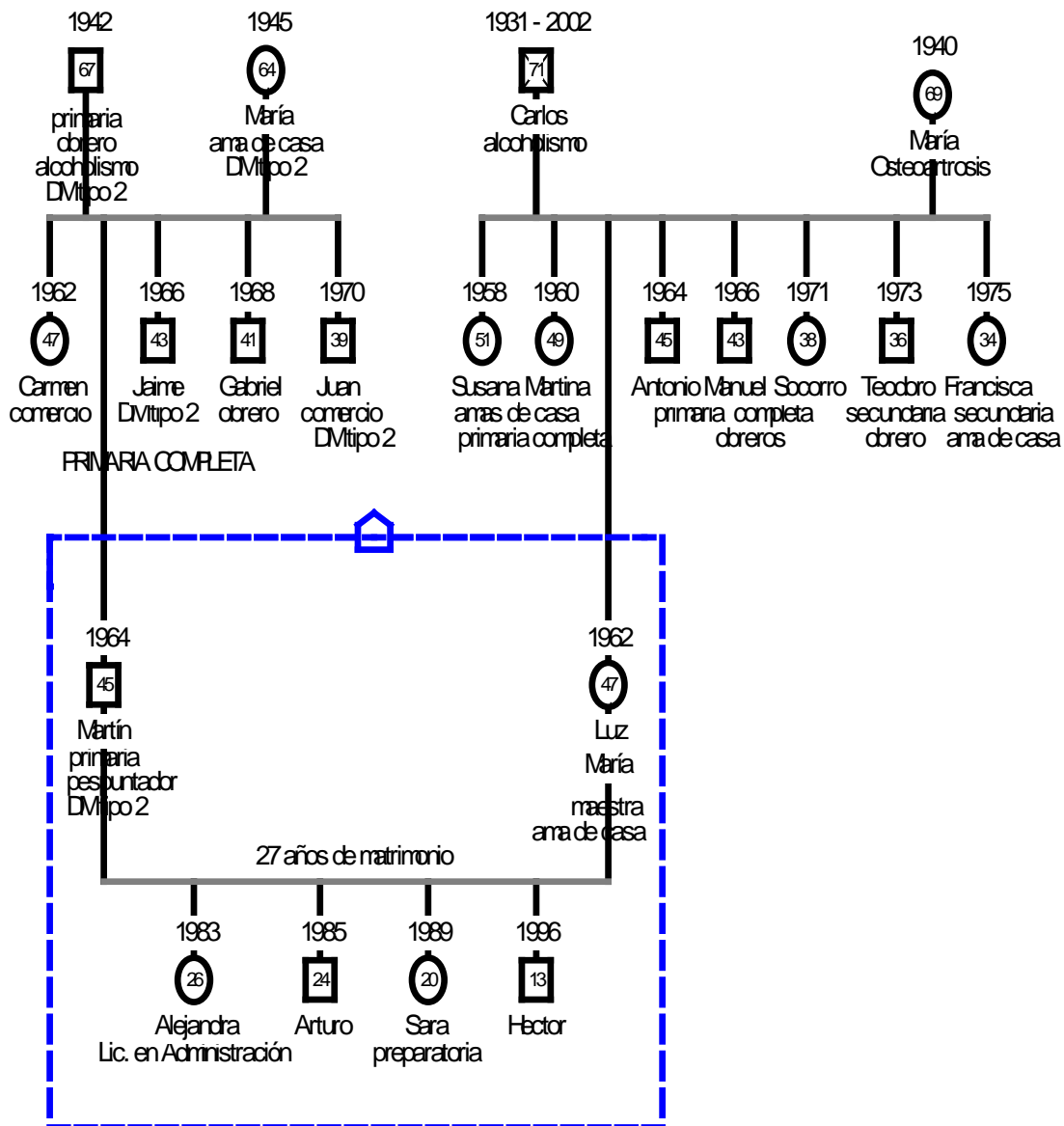
Familia:
 Fecha de Aplicación:
 Tiempo Formada:
 Etapa de ciclo vital:
 Nivel Socioeconómico:
 Numero de miembros:
 Tipo de Familia:
 Paciente Identificado:

Perfil de Funcionamiento	
	Familiar 7
	15/Dic/08
	27 años
	Independencia
	Medio Bajo
	6
	Nuclear
	Martin



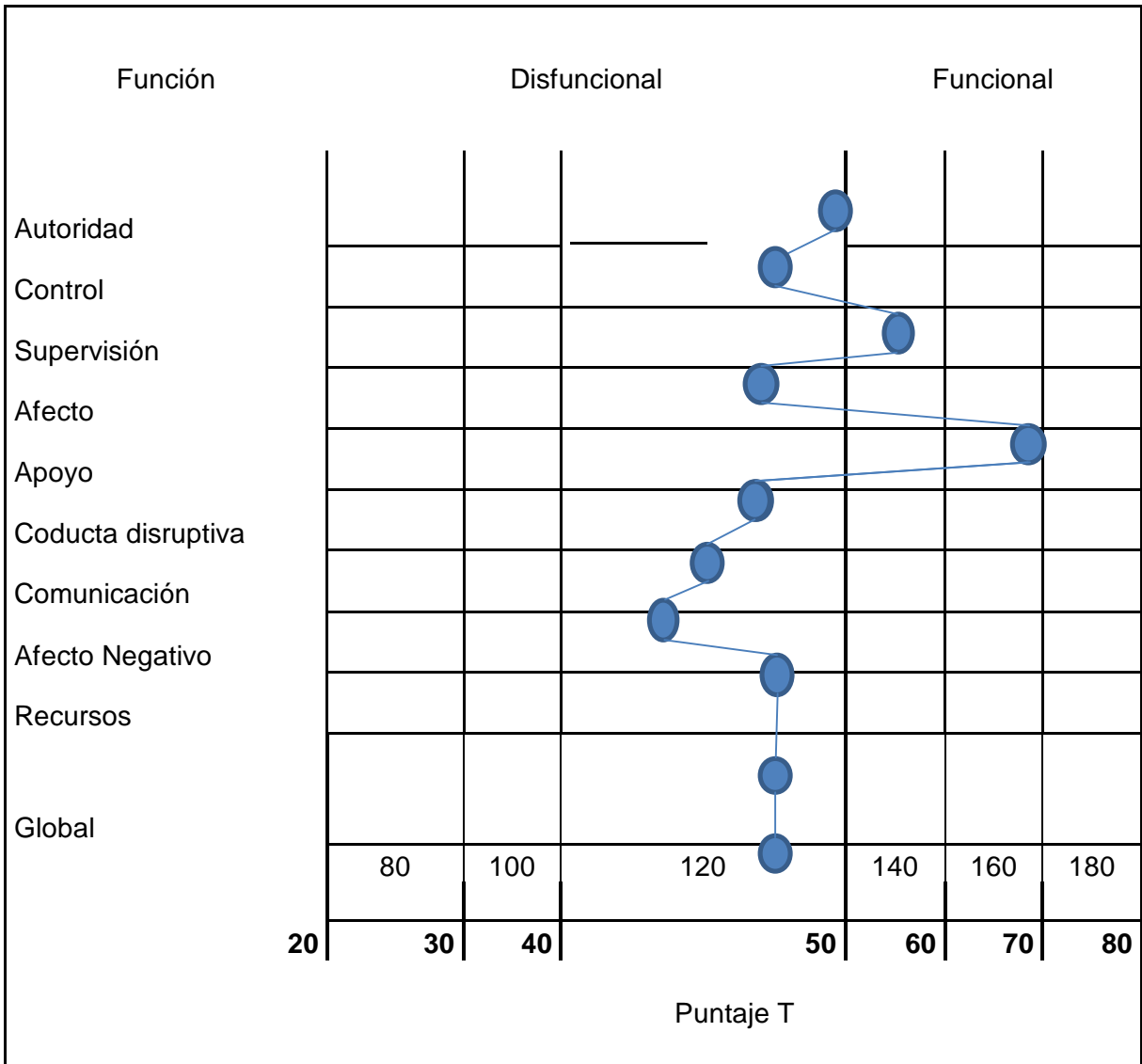
Familiograma Nb. 7
Candeles Aguilera

Paciente identificado :Martín, pespuntador. padece de DMtipo 2 , de 5 años de evolucion así como de Hpertension Arterial de 20 años de evolucion, es tratado con insulina intermedia y losartan, dieta para diabético, caminata diario por una hora, su ultima glucosa de control fue de 120mg, refiere relaciones familiares estables.



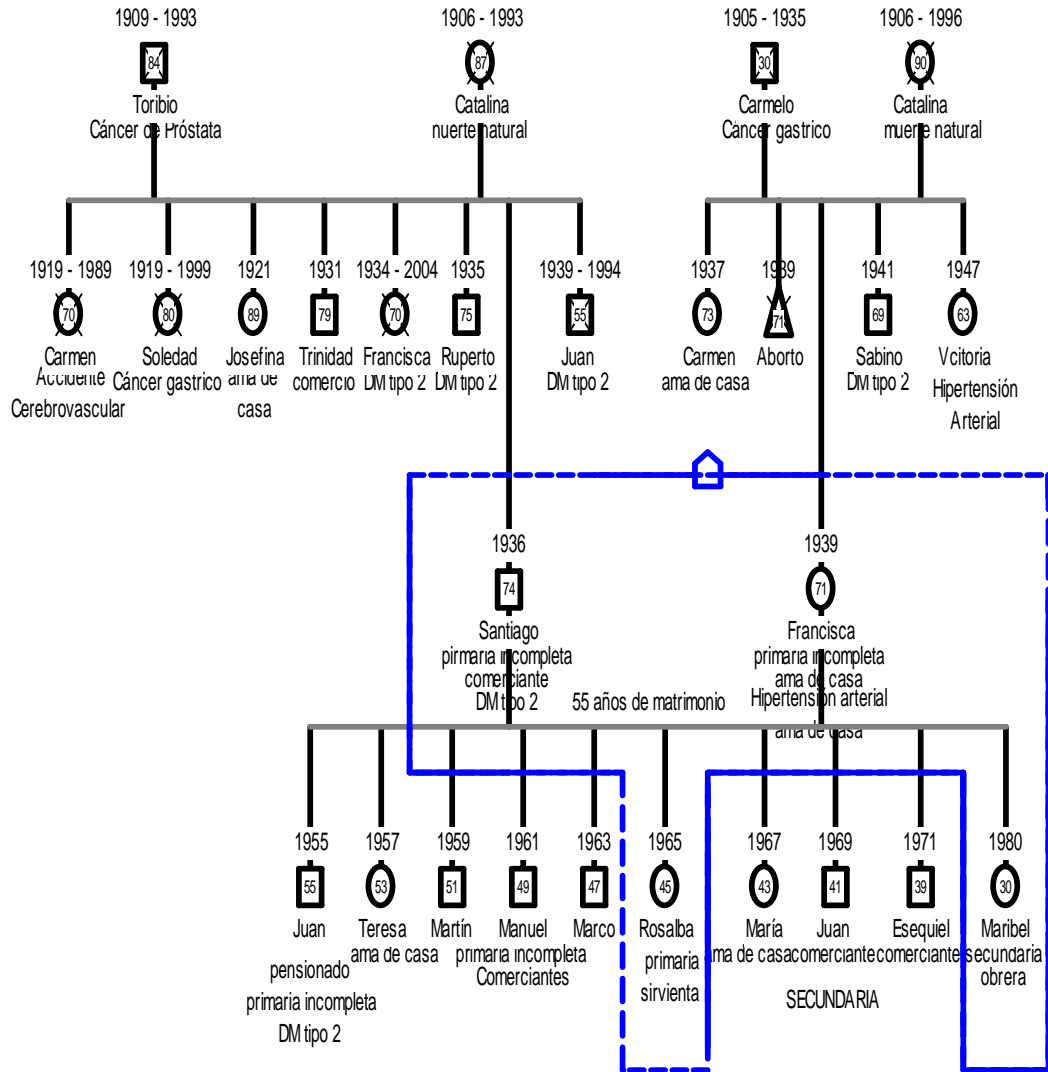
Familia:
 Fecha de Aplicación:
 Tiempo Formada:
 Etapa de ciclo vital:
 Nivel Socioeconómico:
 Numero de miembros:
 Tipo de Familia:
 Paciente Identificado:

Perfil de Funcionamiento	
	Familiar 8
	20/12/08
	51 años
	Independencia
	Medio Bajo
	4
	Nuclear
	Santiago



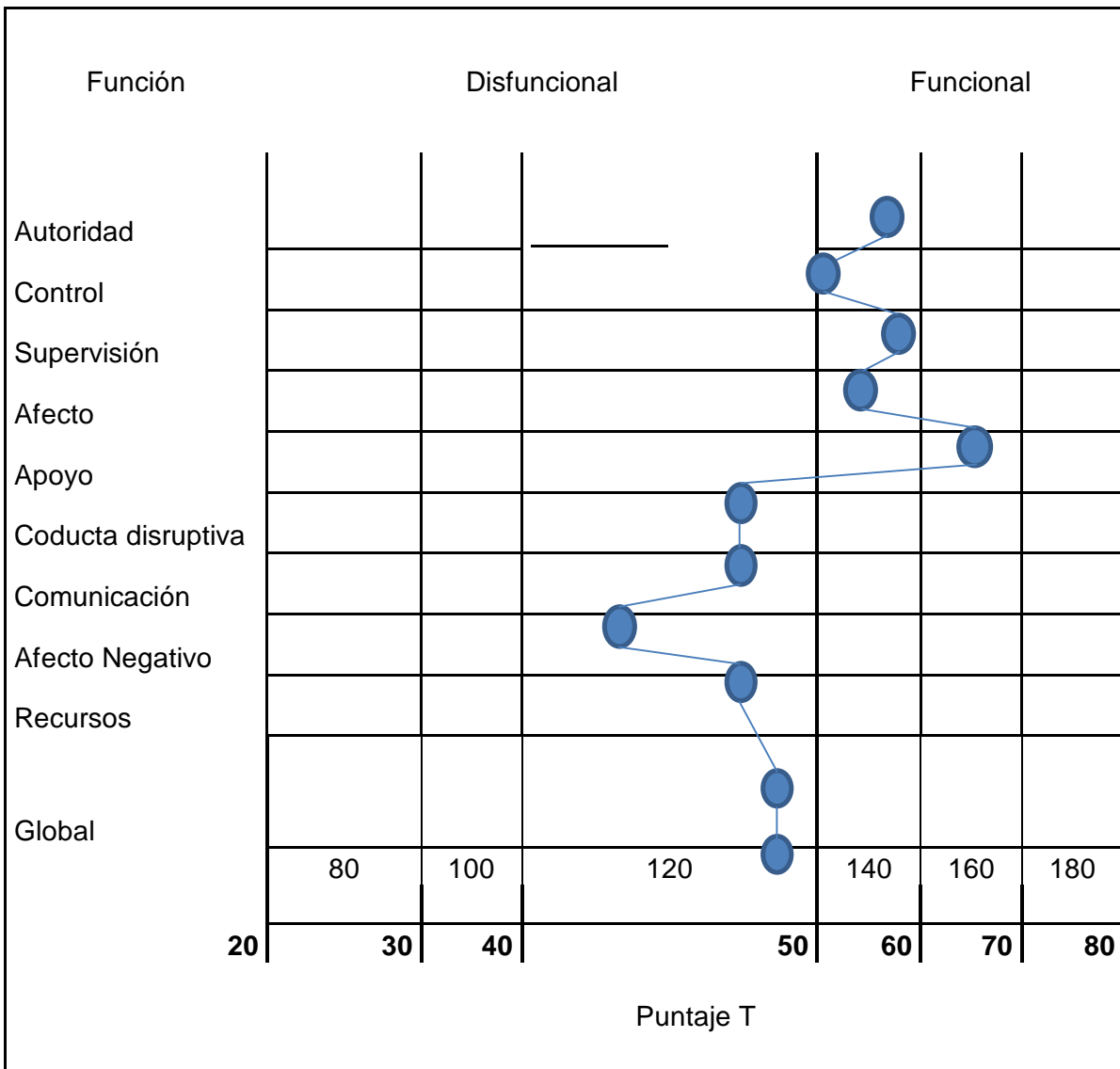
Familiograma No. 8
Chávez Muñiz

Paciente identificado : Santiago, cursó solo hasta 4o. de primaria, es propietario de una tienda de abarrotes, en su juventud fue campesino, actualmente diabético de 8 años de evolución tratado con glibenclárida por 5 años e insulina intermedia desde hace 3 años, su ultima glucosa fue de 106 mg, practica la caminata 30min diarios, cumple con dieta para diabético, refiere relaciones familiares estables.



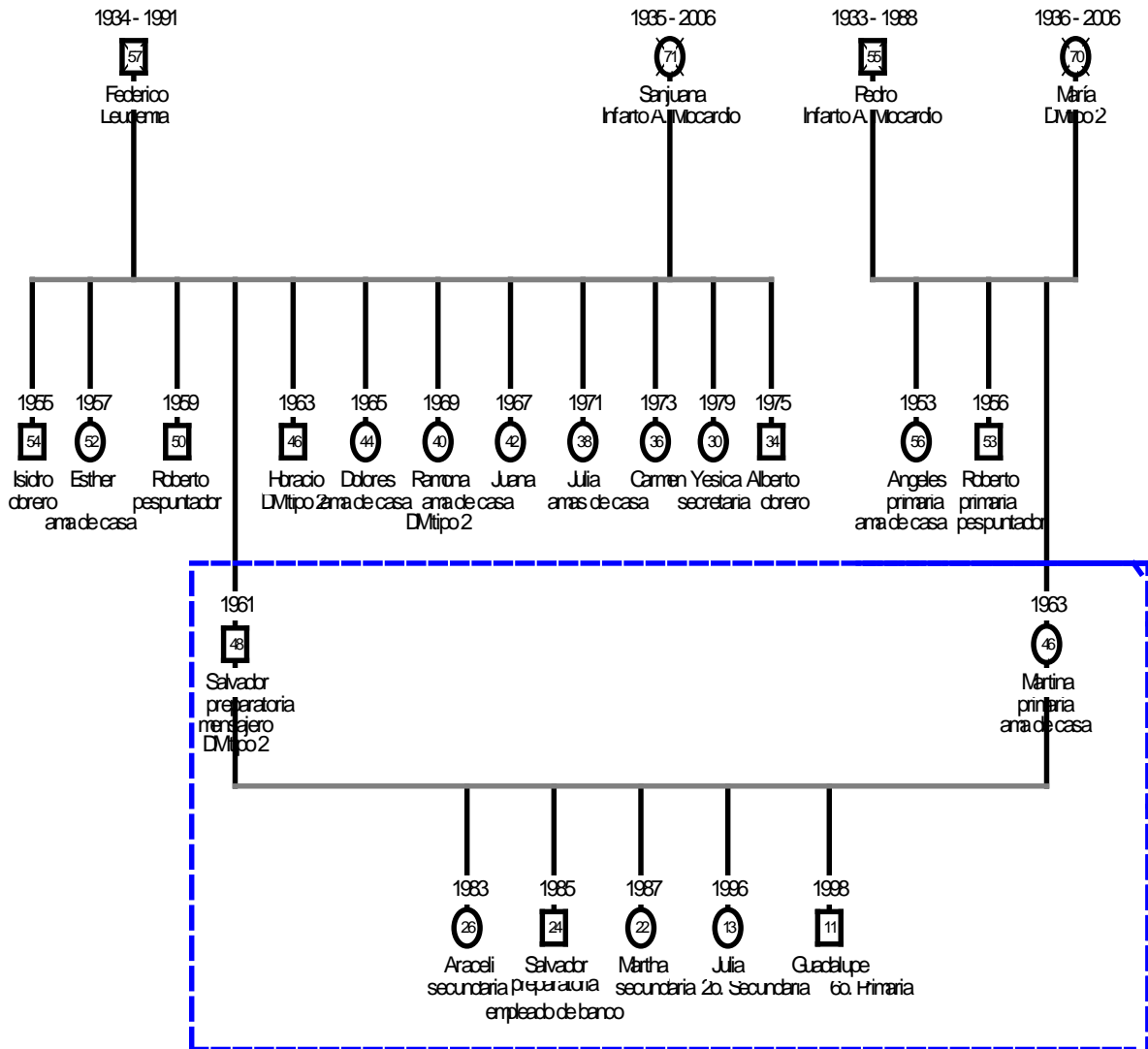
Familia:
 Fecha de Aplicación:
 Tiempo Formada:
 Etapa de ciclo vital:
 Nivel Socioeconómico:
 Numero de miembros:
 Tipo de Familia:
 Paciente Identificado:

Perfil de Funcionamiento	
	Familiar 9
	15/02/09
	26 años
	Independencia
	Medio Bajo
	7
	Nuclear
	Salvador



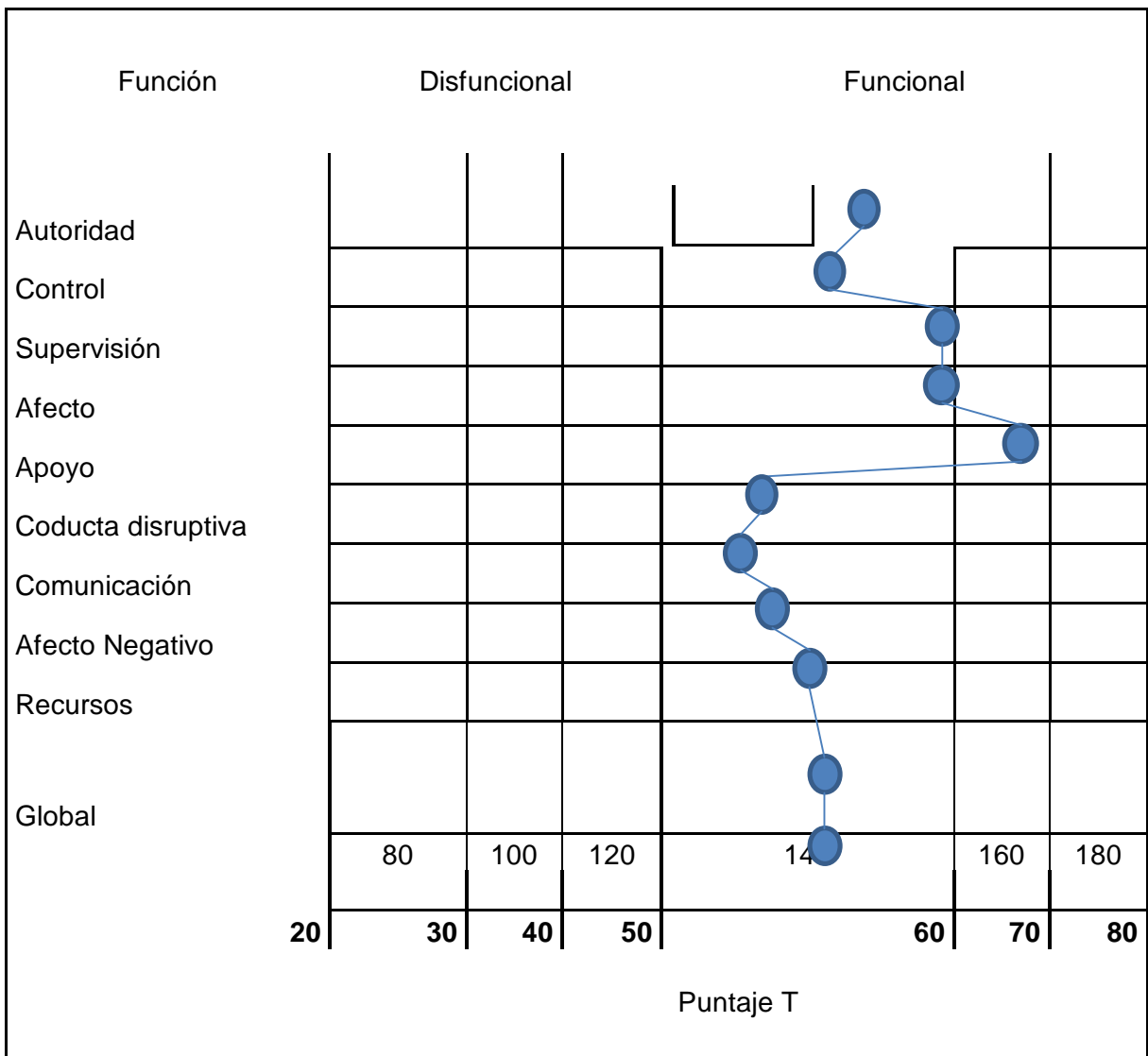
Famioframa No. 9
Cedillo Valadez

Paciente identificado: Salvador, mensajero de paqueteria, curso preparatoria completa, padece de DM tipo 2 de 10 años de evolucion, su ultima glucosa de control fue de 130mg tratado con hipoglucemiantes orales, camina 30 min 5 veces por semana, cumple con su dieta para diabetico, refiere relaciones familiares estables



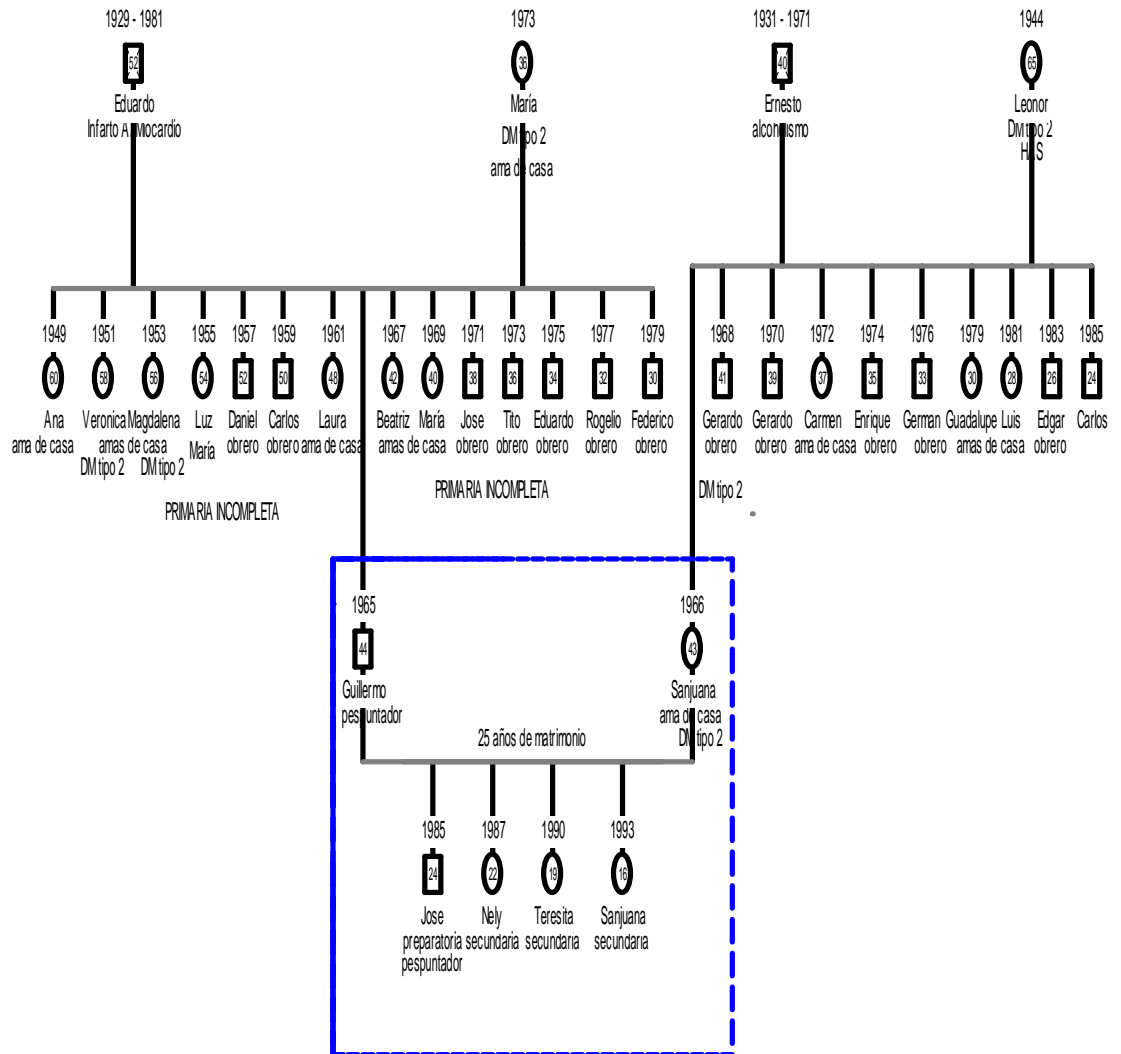
Familia:
 Fecha de Aplicación:
 Tiempo Formada:
 Etapa de ciclo vital:
 Nivel Socioeconómico:
 Numero de miembros:
 Tipo de Familia:
 Paciente Identificado:

Perfil de Funcionamiento	
Familia:	Familiar 10
Fecha de Aplicación:	02-Jul-09
Tiempo Formada:	25 años
Etapa de ciclo vital:	Independencia
Nivel Socioeconómico:	Medio Baja
Numero de miembros:	6
Tipo de Familia:	Nuclear
Paciente Identificado:	San Juana



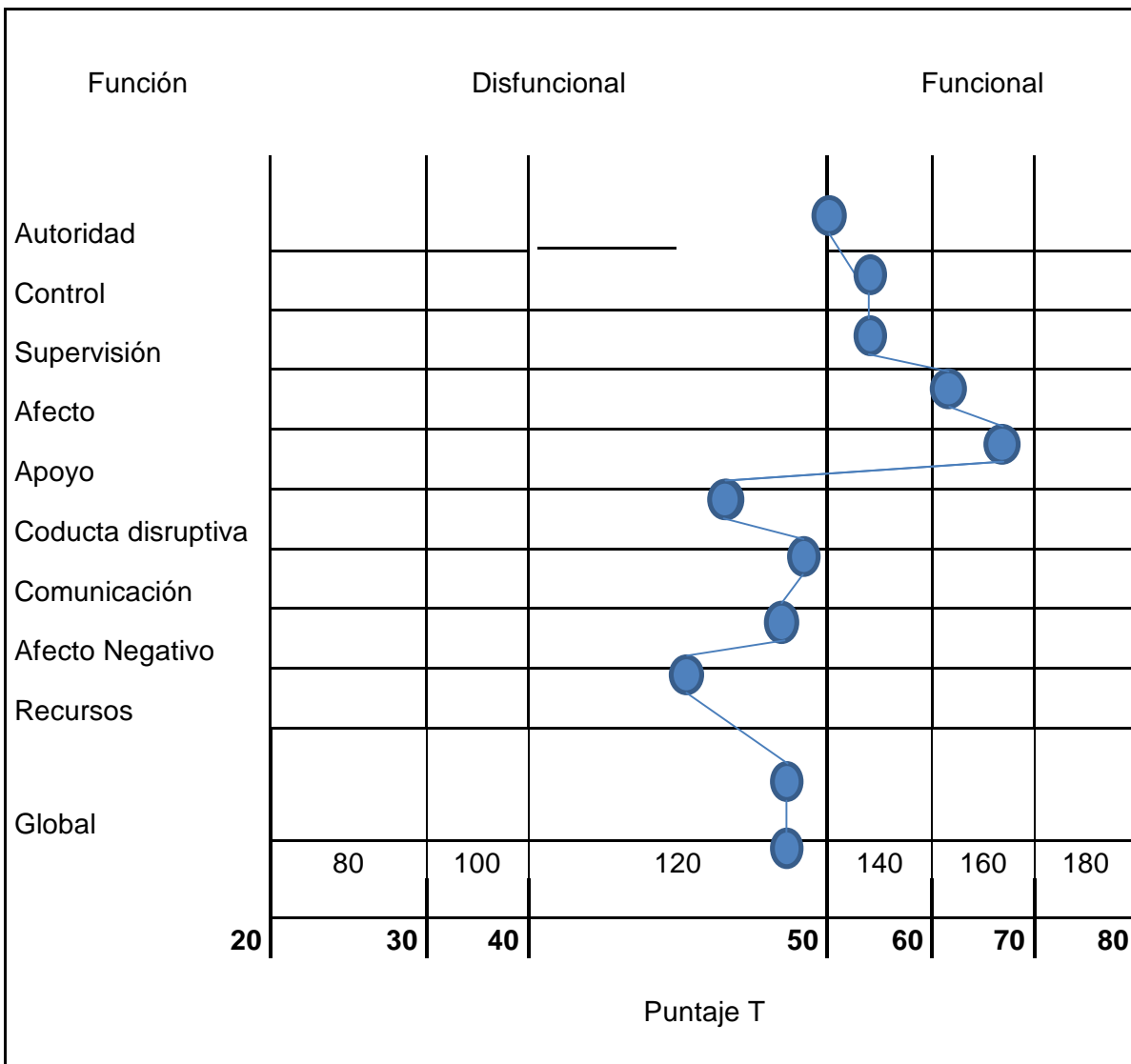
Familiograma No. 10
Meza Romero

Paciente identificada: Sanjuana, ama de casa, padece de DM tipo 2 de 8 años de evolución, es tratada con glibenclamida y metformina, cumple con su dieta para diabetico, practica caminata 5 veces por semana, su última glucosa fue de 110mg, refiere relaciones familiares estables



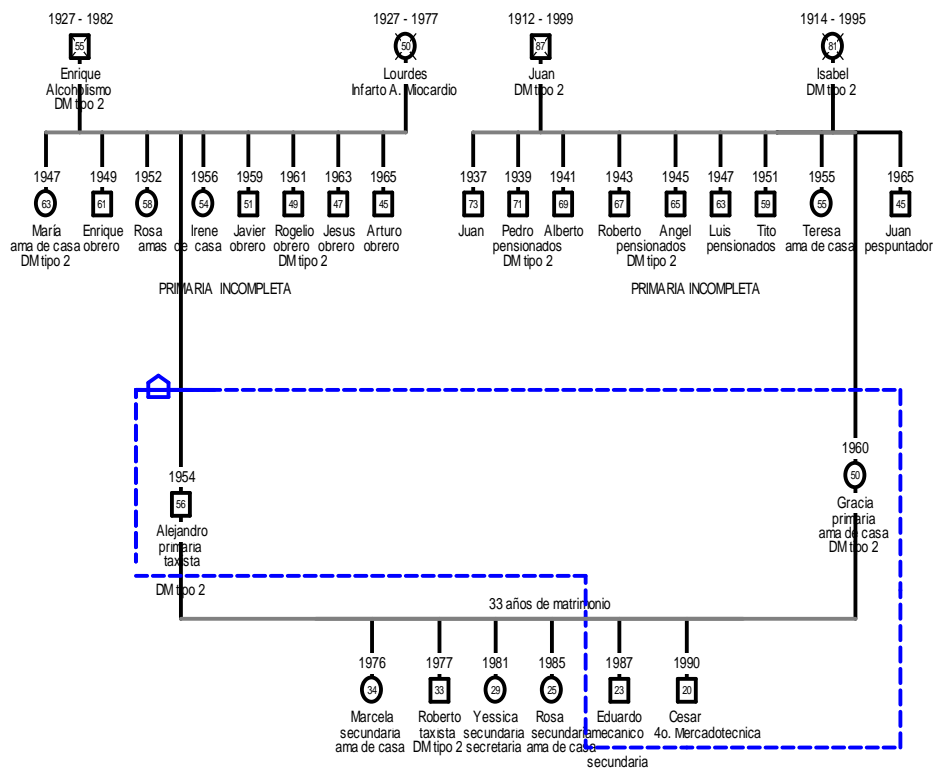
Familia:
 Fecha de Aplicación:
 Tiempo Formada:
 Etapa de ciclo vital:
 Nivel Socioeconómico:
 Numero de miembros:
 Tipo de Familia:
 Paciente Identificado:

Perfil de Funcionamiento	
	Familiar 11
	14-Feb-09
	33 Años
	Independencia
	Medio Baja
	4
	Nuclear
	Alejandro



Familograma No. 11
Lopez Aranda

Paciente identificado : Alejandro, taxista, padece de DM tipo 2 de 20 años de evolución, tratado con insulina y metormina, su última glucosa fue de 110mg , practica caminata 5 veces por semana, cumple con su dieta de diabético, refiere relaciones familiares estables.



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA

Lugar y Fecha

Por medio de la presente acepto participa en el protocolo de investigación titulado: _____

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: _____

El objetivo del estudio es:

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: _____

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos. Inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El Investigador Responsable a. ha comprometido a darme Información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para ml tratamiento, a& como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que a. llevarán a cabo, loe riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la Investigación o con mi tratamiento. 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 en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me Identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con ml privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a ml permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y Firma del Investigador Responsable.

Número. telefónicos a los cuales puede comunicara, en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

Testigos

13.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM –015-SSA 2 1994 para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus. Pag. 4:3.16
2. La Asociación Americana de la Diabetes (ADA) 1998 Diabetes Care (supl)
3. Oviedo M.A. et.al. Guía Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 2003:41 (supl): S28.
4. Olaiz- Fernández, G Rojas. R, Aguilar-Salmas CA, Rauda J, Villalpando S. Diabetes Mellitus en Adultos Mexicanos . Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. Salud Pública Mex. 2007; 49 supl:3: S331-S337
5. Vázquez -Martínez J.L., Gómez –Dantés H., Fernández-Cantón S. Diabetes Mellitus en población adulta del IMSS. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000 Revista Médica del IMSS 2006: 44 (1): 13- 26.
6. Mengel B. Evaluación Funcional de las Familias con un miembro Diabético. Diabetes Mellitus No Insulinodependiente. Clínicas de Práctica Médica. Clínicas de Norteamérica 1988:spl 2: 309-10.
7. Velasco M, Simbaldi J. Manejo del Enfermo Crónico y su Familia (Sistemas, Historias y Creencias). Manual Moderno 2000:pag. 215-219.
8. Valadez-Figeroa I.A. , Aldrete-Rodriguez M.G. ,Alfaro-Alfaro N. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo 2 . Salud Pública Mex. 1993;35; 464-470
9. Chowel G. Perez A. Efectos del diagnóstico de la Diabetes Mellitus en la dinámica familiar . Universidad Iberoamericana 2003
10. Bertalanffy, Von L. (1984) Teoría General de Sistemas. FCE, México.
11. Rentaría-Ortiz M 2003. Universidad Vasco de Quiroga. Facultad de Psicología . Funcionamiento Familiar en la Diabetes Mellitus. 112-125..
12. Médez L, Gómez L., García R., Pérez L., Navarrete E., Disfunción Familiar y Control del paciente diabético tipo 2 . Revista Médica del IMSS 2004; 4
13. Rodríguez G. L., Santana C AL, Sandoval M. MA, Gutierrez R. Yañez O. García C. M. Correlacion entre funcionalidad Familiar y apoyo social en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 UMF No. 51 Guadalajara Jalisco, IMSS, 2007.
14. Ramos-Juárez G., Gonzalez D. Domínguez H. Disfunción familiar en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden a la UMF No. 2 del IMSS de Champotón Campeche 2007.
15. Carter C. Umbarger. (1999) Terapia Familiar E. Los Términos de la Terapia . Amorrortu Editores; pag 38-43
16. Peggy. P. El Proceso del Cambio. Terapia Familiar Ed. Paidos 2006 pag :20-25.
17. Espejel A. y Col. Manual para la Escala de Funcionamiento Familiar . Instituto de la Familia A.C. 1997.
18. Emma Epejel, Familia. Naturaleza Amalgamada. VI Encuentro Nacional de Investigadores sobre Familia. Universidad Autónoma de Tlaxcala. . La escala de funcionamiento familiar. Una aproximación a la investigación cuanti y cualitativa . 2000.