



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

“COHESION, ADAPTABILIDAD Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR PARA EL  
APEGO AL TRATAMIENTO  
DEL PACIENTE ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2  
EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DE SAN  
MARTIN DE LAS PIRAMIDES”

TESIS

PARA OBTENER TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. ROCHA VEGA KAREN ANGELINA**

ASESOR METODOLÓGICO: DR. ORL. FLORES OSORIO RICARDO

PROFESOR TITULAR: DR. LOZANO MARTÍNEZ RICARDO

ECATEPEC, ESTADO DE 2023



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.

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD,  
ISSEMyM.

TAT:

2785

DR. GUILLERMO VICTAL VAZQUEZ	
DR. RICARDO ACUÑA ESTRADA	
ING. JOANNA P. GALINDO M.	
DRA. FRANCELI AVILA FUENTES	
MTRA. JULIANA M. ENRIQUEZ E.	
DRA. MILDRED E. MORA MARTÍNEZ	
ULISES	
DIEGO, BECAS	
LIC. MEJIA, SERVICIO SOCIAL	

OBSERVACIONES:

exp 3s.1.1

**COHESION, ADAPTABILIDAD Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR PARA EL  
APEGO AL TRATAMIENTO DEL PACIENTE ADULTO MAYOR CON  
DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DE  
SAN MARTIN DE LAS PIRAMIDES**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR**

**PRESENTA**

**DRA. ROCHA VEGA KAREN ANGELINA**

**AUTORIZACIONES**



**DR. DANIEL GUTIÉRREZ VERDIGUEL**  
DIRECTOR CENTRO MÉDICO ISSEMyM ECATEPEC



**DR. JAIME TORAL LÓPEZ**  
JEFE DE EDUCACIÓN Y COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN CENTRO  
MÉDICO ISSEMYM ECATEPEC



**M.E. CAMPUZANO NAVARRO ANA LIDIA**  
JEFE DE LA UNIDAD DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

**COHESION, ADAPTABILIDAD Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR PARA EL  
APEGO AL TRATAMIENTO DEL PACIENTE ADULTO MAYOR CON  
DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DE  
SAN MARTIN DE LAS PIRAMIDES**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR**


**PRESENTA**

**DRA. ROCHA VEGA KAREN ANGELINA**

**AUTORIZACIONES**



**DR. GUILLERMO VICAL VÁZQUEZ**  
**DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**



**ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO**  
**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EDUCATIVA  
EN SALUD**

**COHESION, ADAPTABILIDAD Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR PARA EL  
APEGO AL TRATAMIENTO DEL PACIENTE ADULTO MAYOR EN LA CLINICA  
DE CONSULTA EXTERNA DE SAN MARTIN DE LAS PIRAMIDES**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER TÍTULO DE:**

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**



**DR. SANTACRUZ VARELA JAVIER**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR DIVISIÓN DE ESTUDIOS  
DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA




**COHESION, ADAPTABILIDAD Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR PARA EL  
APEGO AL TRATAMIENTO DEL PACIENTE ADULTO MAYOR CON  
DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DE  
SAN MARTIN DE LAS PIRAMIDES**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR**

**PRESENTA**


**DRA. ROCHA VEGA KAREN ANGELINA**

**AUTORIZACIONES**



---

**DR. RICARDO LOZANO MARTÍNEZ**  
PROFESOR TITULAR DEL  
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
CENTRO MEDICO ISSEM<sub>y</sub>M ECATEPEC



---

**DR. OMAR JIMÉNEZ DÁVILA**  
PROFESOR CO - TITULAR DEL  
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
CENTRO MEDICO ISSEM<sub>y</sub>M ECATEPEC



**COHESION, ADAPTABILIDAD Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR PARA EL  
APEGO AL TRATAMIENTO DEL PACIENTE ADULTO MAYOR CON  
DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DE  
SAN MARTIN DE LAS PIRAMIDES**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR**

**PRESENTA**

**DRA. ROCHA VEGA KAREN ANGELINA**

**AUTORIZACIONES**



---

**DR. ORLY RICARDO FLORES OSORIO**  
**ASESOR METODOLOGICO DE TESIS Y VOCAL DE COMITÉ DE ETICA EN  
INVESTIGACION Y DE INVESTIGACION EN SALUD EN CENTRO MEDICO  
ISSEMyM ECATEPEC**



## **AGRADECIMIENTOS**

### **A MIS PADRES:**

*Por ser ese pilar fundamental en mi existir y por formarme como la profesionalista que soy; por guiarme en todo momento y siempre estar allí de forma incondicional, así mismo por haberme inculcado valores de responsabilidad, compromiso, amor y pasión por mi carrera; gracias por siempre aconsejarme en las buenas y en las no tan buenas y seguirme motivando para siempre ir por más y nunca darme por vencida.... GRACIAS POR DARME SU AMOR Y EJEMPLO DE VIDA.... Y por siempre estar siempre pendiente del bienestar de mi familia.*

### **A MI ESPOSO:**

*gracias por caminar juntos de la mano siempre; por luchar conmigo en mis batallas hombro a hombro y no dejarme caer, por ayudarme a afinar mis debilidades en mi andar como profesionalista y lo más importante por tenerme siempre paciencia y demostrarme que con amor todo se es posible, gracias por ser madre y padre en mis ausencias.... Te amo*

### **A MIS HIJOS:**

*Nicole y Mateo gracias por demostrarme que dos seres tan pequeñitos fueron capaces de tolerar mis ausencias; de robarles su tiempo, llevando trabajo a casa; de demostrarme su amor pese a las adversidades que vivimos y que gracias a sus besos y abrazos que fueron motivacionales para continuar en este camino de ser madre, esposa, estudiante y profesionalista.*

### **A MIS HERMANOS:**

*por seguir alentándome a no darme por vencida y orientándome que siempre el trabajo en equipo se hace más ligero, gracias por sentirse orgullosos de mí y que esto a su vez no me permitió darme por vencida.*

### **A MIS SUEGROS:**

*que han estado en estado al pie del cañón, atrás de nosotros como guardianes para el sustento de mi familia y por cuidar de mis dos grandes tesoros en mi ausencia.*

### **A MIS PACIENTES:**

*que me ayudan día a día para ser cada vez mejor, sin perder la noción de ser humano antes que profesionalista.*

*Gracias a **Dios** que me permite continuar en este tren de viaje, llena de bendiciones y sentirme rodeada de amor*

## INDICE

RESUMEN .....	11
MARCO TEORICO	
DIABETES MELLITUS TIPO 2 .....	4
FISIOPATOLOGIA .....	14
PREDIABETES.....	15
DIAGNOSTICO.....	15
TRATAMIENTO PARA LA DIABETES MELLITUS.....	17
TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO.....	18
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO .....	20
DEPRESION Y ANSIEDAD EN PACIENTES DIABETICOS.....	21
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO .....	23
LA IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN UN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS.....	24
CONCEPTO DE FAMILIA.....	25
ESTRUCTURA Y FUNCIONES DE LA FAMILIA .....	25
FUNCIONALIDAD FAMILIA.....	27
ADAPTACION DE LA FAMILIA A LA ENFERMEDAD CRONICA .....	29
ETAPAS DEL DESARROLLO DE L ENFERMEDAD EN LA FAMILIA .....	30
JUSTIFICACION.....	32
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	33
PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	34
HIPOTESIS .....	34
OBJETIVO GENERAL .....	34
MATERIAL Y METODOS.....	35
UNIVERSO DE TRABAJO.....	35
PERIODO Y LUGAR DE ESTUDIO.....	35
TIPO DE ESTUDIO.....	35
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	36
CRITERIOS DE SELECCIÓN	
CRITERIOS DE INCLUSION.....	36
CRITERIOS DE EXCLUSION.....	36

<b>CRITERIOS DE ELIMINACION .....</b>	<b>36</b>
<b>INSTRUMENTOS DE MEDICION.....</b>	<b>36</b>
<b>VARIABLES</b>	
<b>VARIABLES DEPENDIENTES.....</b>	<b>37</b>
<b>VARIABLES INDEPENDIENTES.....</b>	<b>37</b>
<b>CONSIDERACIONES ETICAS.....</b>	<b>38</b>
<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>38</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>39</b>
<b>ANALISIS DE RESULTADOS .....</b>	<b>44</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>45</b>
<b>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....</b>	<b>46</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>47</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>50</b>

## RESUMEN

### COHESION, ADAPTABILIDAD Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR PARA EL APEGO AL TRATAMIENTO DEL PACIENTE ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DE SAN MARTIN DE LAS PIRAMIDES

**Autores:** <sup>1</sup> Rocha Vega K.A. <sup>2</sup> Flores-Osorio R. <sup>3</sup> Lozano-Martínez R.

<sup>1</sup>R3 Medicina Familiar. Adscrita a Clínica de San Martín de las Pirámides,

<sup>2</sup> Médico Adscrito en Otorrinolaringología Centro Médico ISSEMyM Ecatepec.

<sup>3</sup> Tutor titular de la especialidad de medicina familiar modalidad semipresencial.

**Introducción:** Parte del tratamiento que se brinda a los pacientes con diabetes mellitus va encaminado para mantener una buena calidad de vida para el paciente mismo y para su entorno familiar (buena funcionalidad familiar), con el objetivo de evitar en la manera posible las complicaciones propias de la enfermedad y en consecuencia a esto evitar la muerte. Sin embargo pese a los esfuerzos que se realizan por parte del personal de salud, existe a su vez la falta de adherencia al tratamiento por parte del paciente, haciendo un infructuoso el auxilio del servicio médico y en consecuencia perjudicando su estilo de vida del paciente mismo. En diferentes estudios se ha demostrado que parte de los factores que impiden una adherencia al tratamiento son la cohesión y la adaptabilidad, en donde la cohesión es la capacidad del sistema para tomar decisiones en grupo y darse soporte mutuamente. En cuanto a la adaptabilidad, es la habilidad del sistema familiar para poder cambiar su estructura en respuesta a determinadas crisis que pueden atravesar y que ocasionan tensiones y por situaciones propias de su desarrollo.

**Objetivo:** Observar el impacto y la trascendencia que tiene el contar con una familia funcional, con cohesión y adaptabilidad de esta, en los pacientes adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 a través del presente estudio.

**Material y métodos:** Estudio realizado en la Clínica de San Martín de las Pirámides, fue una investigación de tipo descriptivo-prospectivo; basado en las encuestas que se aplicaron para conocer la dinámica familiar (APGAR FAMILIAR) y la cohesión y adaptabilidad (FACES III) familiar, con una muestra de 236 pacientes adultos mayores de 65 años con diabetes mellitus del realizado del mes de septiembre del 2022 a abril del 2023. Se recolectaron los resultados en una base de datos en Excel 2016, su análisis se efectuó en el Software SPSS v 25 ®. Los resultados se mostraron en cuadros y gráficos para su mejor explicación.

**Resultados:** En nuestro estudio hallamos una cohesión, adaptabilidad y funcionalidad familiar del 75% para el apego al tratamiento de los pacientes adultos mayores en la Diabetes Mellitus tipo 2.

**Conclusiones.** Se demostró que la cohesión, adaptabilidad y funcionalidad familiar son importantes en el apego al tratamiento médico de los pacientes adultos mayores, es así como entonces las familias pueden ayudar a mejorar la adherencia del paciente al tratamiento médico, apoyándolos emocional, física y mentalmente y estableciendo una comunicación abierta para proporcionar servicios adicionales que puedan ser necesarios para mejorar la capacidad del adulto mayor para seguir el tratamiento médico de manera efectiva.

## **MARCO TEORICO**

### **DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Las personas mayores de 60 años siguen aumentando a nivel mundial. En México, en 2020 se reportó que este grupo de población representa el 12%, es decir, 15 millones de individuos. Para el año 2050 se estima que las mujeres de 60 años y más representarán 23,3% y los hombres constituirán el 19,5%. El 50,1% de los adultos mayores de sexo masculino vive con su pareja e hijos, mientras que 45,9% de las mujeres vive en hogares con otros familiares, lo que permite inferir que los adultos mayores viven en compañía de sus familiares, y esto puede tener un papel relevante en su salud física y emocional, especialmente en aquellos que requieren cuidados o apoyo a causa de una enfermedad <sup>(1)</sup>

La diabetes mellitus tipo 2 (DM) es una de las enfermedades crónico-degenerativas con mayor índice de complicaciones a corto y a largo plazo. Su origen parte del trastorno del metabolismo de manera crónica y es de mencionar que no se trata de una enfermedad solitaria, ya que siempre se acompaña de alguna otra patología como lo es la obesidad, algún tipo de dislipidemia o algún problema de origen cardiovascular. Las personas con DM tipo 2 suelen ser personas mayores de 40 años, obesas o con sobrepeso. <sup>(2)</sup>

Sin embargo, es una enfermedad que tiene una relación con la herencia familiar, en la que el sujeto presenta alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, de las proteínas y grasas, y una relativa o absoluta deficiencia de la secreción de insulina con grados variables de resistencia a ésta, lo que este trastorno ha ocasionado un grave problema de salud pública. México está en la lista de los 10 países con mayor número de personas que viven con diabetes <sup>(3)</sup>

Conceptualmente se define como un síndrome heterogéneo originado por la interacción genético- ambiental y caracterizado por una hiperglucemia crónica, como consecuencia de una deficiencia en la secreción o acción de la insulina, que desencadena complicaciones agudas (cetoacidosis y coma hiperosmolar),

crónicas microvasculares (retinopatías y neuropáticas) y macrovasculares (cardiopatía coronaria, enfermedades cerebrovasculares y vasculares periféricas) <sup>(4)</sup>

La DM tipo 2 es uno de los mayores problemas para los sistemas de salud de Latinoamérica, región que abarca 21 países y más de 569 millones de habitantes. La Federación Internacional de Diabetes (IDF por sus siglas en inglés) estimó en el 2017 que la prevalencia ajustada de diabetes en la región era de 9.2% entre los adultos de 20 a 79 años. Dos de los diez países con mayor número de casos se encuentran en la región (Brasil y México) <sup>(5)</sup>

La observancia epidemiológica de este problema de salud es por el alto costo, tanto para el paciente como para los servicios de salud, es por ello por lo que se han hecho diversos programas encaminados hoy en día para el control efectivo de dicha enfermedad; sin embargo, pese a las estrategias que se han implementado en los diferentes servicios de salud en México, aun continuamos con muchas complicaciones a consecuencia de la Diabetes Mellitus tipo 2. <sup>(5)</sup>

La DM2 se presenta cuando existen grados variables de resistencia a la insulina; sin embargo también se requiere que exista una deficiencia en la producción de la misma o que esta esté ausente. Ambos fenómenos deben estar presentes en algún momento para que se eleve la glucemia. Es sin duda alguna que para que se pueda desarrollar la Diabetes Mellitus deben existir factores predisponentes como el sobrepeso o la obesidad misma y que este a su vez nos sugiere la presencia de resistencia a la insulina, mientras que la pérdida de peso sugiere una reducción progresiva en la producción de la hormona. Aunque este tipo de diabetes se presenta principalmente en el adulto, su frecuencia está aumentando en niños y adolescentes a consecuencia de la obesidad. <sup>(5)</sup>

Es de mencionarse que hay factores de riesgo que han sido relacionados con la DM tipo 2 por su alteración en el metabolismo sobre todo la obesidad por lo que se han hecho criterios para ver hacer la observancia entre la obesidad y la DM tipo 2, uno de ellos es la obesidad abdominal en donde se realiza la medición de

la cintura y si es mayor de 90 cm en hombre y mayor de 80 cm en mujeres hay riesgo importante de presentar ya alteraciones en los niveles de glucosa. <sup>(5)</sup>

En la población latinoamericana es característico la presencia de algún grado de obesidad mas la situación económica del país en la que se encuentra, aunado a la genética familiar de son factores de riesgo alto, para considerarse de manera significativa probable desarrollo de trastornos en el metabolismo de la glucosa <sup>(5)</sup>

## **FISIOPATOLOGIA**

La diabetes mellitus 2 se origina por una resie de trastornos en la captacion de la insulina, en donde a su vez se genera una crisis en las células beta por exceso de adipositos ( que hoy en dia se puede hacer un diagnostico precoz con el tamizaje de la medicion de la dismtribucion de la masa abdominal en hombre y mujeres), esto ahunado al sedentarismo, desarrolandose así la denominada teoría visceral que establece: que el aumento de depósitos grasos viscerales lleva al aumento del la acción de la insulina <sup>(6)</sup>

La gran cantidad de acido grasos no esterificados reduce la utilización de glucosa por el músculo esquelético, estimula la producción hepática de lipoproteínas de muy baja densidad, glucosa y potencia la secreción aguda de insulina estimulada por glucosa. El efecto lipotóxico en las células beta pancreáticas por los ácidos grasos libres a largo plazo podría ser parte de la relación entre la obesidad, la resistencia a la insulina y la aparición de diabetes mellitus 2 de esta forma.

Luego entonces reuniendo los tres condicionantes esenciales que son la resistencia a la insulina, el aumento de los acidos grasos libres y el desequilibrio de las citocinas proinflamatorias. <sup>(6)</sup>



## PREDIABETES

Antes de llegar al diagnóstico de Diabetes el individuo cursa con un estado de elevación de los niveles de glucemia, pero que no llegan a criterios diagnósticos y esto se conoce como prediabetes. <sup>(7)</sup>

Los médicos nos referimos a la prediabetes como intolerancia a la glucosa (IGT, por sus siglas en inglés) o alteración de la glucosa en ayunas (IFG, por sus siglas en inglés), según la prueba que se utilizó cuando se detectó. Esta afección te pone en mayor riesgo para desarrollar diabetes Tipo 2 y enfermedades cardiovasculares por lo que desde este momento se sugiere hacer cambios en los estilos de vida para evitar llegar al diagnóstico de Diabetes. <sup>(7)</sup>

## DIAGNOSTICO

Hoy en día existen múltiples estudios para poder hacer el diagnóstico de la diabetes los cuales pueden ir desde la sintomatología como lo es polidipsia, polifagia, poliuria y pérdida de peso o bien estudios clínicos como lo es :

Glucosa casual: esta debe ser medida en plasma en cualquier horario y no existe relación con el tiempo transcurrido con la ingesta de alimentos y debe ser mayor o igual a 200mg/dl <sup>(5,7)</sup>

- A. Glucemia en ayuno: con resultado mayor o igual a 126mg/dl y esta debe cumplir con la característica de tener el paciente ayuno (periodo sin ingesta calórica de por lo menos 8 horas).<sup>(5,7)</sup>

<b>Resultado</b>	<b>Glucosa plasmática en ayunas (FPG)</b>
<b>Normal</b>	menor que 100 mg/dl
<b>Prediabetes</b>	100 mg/dl a 125 mg/dl
<b>Diabetes</b>	126 mg/dl o más

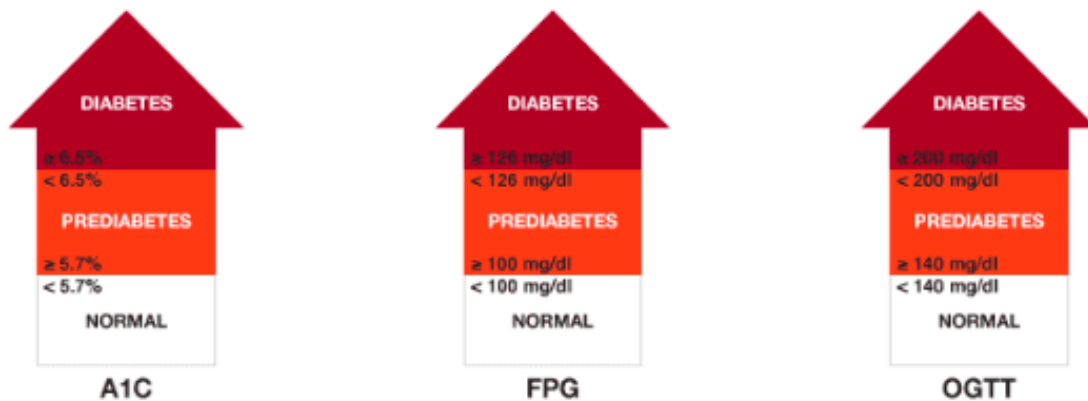
Fuente: American Diabetes Association

B. Prueba de tolerancia a la glucosa: la cual consiste en dar al paciente una carga de 75 g de glucosa y que posterior a las 2 horas el resultado de esta sea igual o mayor a 200mg/dl <sup>(5,7)</sup>

Resultado	Prueba de tolerancia oral a la glucosa (OGTT)
<b>Normal</b>	menor que 140 mg/dl
<b>Prediabetes</b>	140 mg/dl a 199 mg/dl
<b>Diabetes</b>	200 mg/dl o más

Fuente: American Diabetes Association

a) Por último, una hemoglobina glucosilada HbA1c: con un resultado igual o mayor a 6.5%. <sup>(5,7)</sup>



Fuente: American Diabetes Association

Las pruebas diagnosticas aceptables para realizar la tamizacion incluyen la medicion de la glucosa serica al azar y la medicion de la glucosa serica en ayuno. La prueba de tolerancia a la glucosa asi como la HbA1c pueden servir como pruebas confirmatorias o diagnosticas, pero no tamización. <sup>(5)</sup>

## TRATAMIENTO PARA LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

El control estricto glucémico debe lograrse desde las fases más tempranas de la DM2 para disminuir la morbilidad de origen cardiovascular y las complicaciones microvasculares. Por el contrario, en fases más evolucionadas de la DM2 y en presencia de complicaciones asociadas, hay que establecer un objetivo de control menos estricto, puesto que se ha demostrado que el tratamiento intensivo puede no aportar beneficio clínico y ser incluso perjudicial, por el aumento de la incidencia de hipoglucemia y el aumento de peso <sup>(8,9)</sup>

El objetivo de hoy en día para el control en la DM2 es con los parámetros de HbA1c <7%, pero persiguiendo objetivos más estrictos (HbA1c <6.5%) en aquellas personas de menor edad, con una DM2 de menos tiempo de evolución, sin complicaciones asociadas, con una mayor capacidad de autocuidados y con apoyo familiar, siempre y cuando lograr dichos niveles de HbA1c no conlleve la aparición de hipoglucemias ni aumento de peso. <sup>(8,9)</sup>

Por el contrario, serían recomendables niveles de HbA1c menos estrictos (<8-8.5%) en personas de edad avanzada y/o esperanza de vida limitada, con una evolución avanzada de la diabetes, múltiples complicaciones asociadas, poca capacidad de autocuidados y/o escaso apoyo familiar. <sup>(8,9)</sup>

Figura 1. Objetivo individualizado de hemoglobina glicosilada.



Fuente: Martínez Brocca M. y col.

La importancia del manejo no farmacológico recae en tener una alimentación saludable, realizar actividad física de manera regular, mantener una adecuada salud mental, no consumir tabaco, alcohol ni drogas, tener una buena adherencia a los medicamentos, mantener relaciones sociales saludables, tener acceso a vivienda digna y contar con estabilidad económica; por lo tanto el enfoque que se debe de realizar a cada paciente debe de ser individualizado adaptándose a las necesidades y circunstancias de cada paciente para poder desarrollar habilidades de autocontrol <sup>(10)</sup>

Por lo tanto, los objetivos en el tratamiento de la DM 2 son:

- Mantener al paciente libre de síntomas y signos relacionados con la hiperglicemia e impedir las complicaciones agudas <sup>(4)</sup>
- Disminuir o evitar las complicaciones crónicas. <sup>(4)</sup>
- Que el paciente pueda realizar normalmente sus actividades física, mental, laboral y social, con la mejor calidad de vida posible. <sup>(4)</sup>

La educación es el primer pilar del éxito en el tratamiento de la Diabetes ya que a partir de este punto se genera un cambio conductual y por ende cambio en los estilos de vida apegandose al tratameintoy de esta manera el paciente recibe una atencion integral. <sup>(4, 11)</sup>

Asi mismo existen diverssos objetivos a pulir para el dar y proporcionar información y conocimientos sobre la diabetes; que van desde el entrenamiento el adiestramiento de las habilidades y hábitos con el unico fin de crear en el enfermo una real conciencia de su problema, que le permite lograr cambios en su estilo de vida, para una mejor atención en su estado de salud. Ahora bien el cambio generado debe ser de manera constante y flexible para irse enfrentando a las adversidades que presenta el paciente con diabetes. <sup>(4, 11)</sup>

## **TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO**

La importancia del manejo no farmacológico es una de los pilares fundamentales para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, ya que dentro de estas

intervenciones terapéuticas se logra gran impacto del éxito de su control médico, por lo que estas estrategias son: nutrición, estilo de vida y actividad física <sup>(12)</sup>

A) **Nutrición:** se debe de realizar individualización de cada uno de los pacientes desde los que cuentan con un diagnóstico de prediabetes, obesidad o bien que presenten una resistencia a la insulina. Por lo que el principal objetivo de este es lograr una disminución de del peso que va desde el 5 hasta el 10 % del peso corporal y lo que en consecuencia disminuye los niveles de resistencia insulínica y a su vez una reducción de la progresión de la diabetes <sup>(12)</sup>

El cálculo calórico debe ser basado según el peso corporal, así como el cálculo de los carbohidratos debe apegarse a lo recomendado que es de 45-65% del valor calórico total. Las proteínas deben ser del 15-20% del valor calórico total. <sup>(12)</sup>

B) **Estilo de vida:** la OMS en su reporta de La Gente y La Salud define al estilo de vida como la “manera en la que el individuo percibe el lugar que ocupa en su entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como la relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones” <sup>(13)</sup>, y de esta manera se relaciona con la reeducación que se le debe proporcionar a los pacientes con el objetivo de cambiar su conducta hacia su persona y hacia su enfermedad, para poder lograr hacer un cambio que genere impacto en cuanto a su control medico y en segunda a su sentir de bienestar, por lo que se hace al paciente consciente de los posibles beneficios agudos y crónicos que pueden traer consigo el hacer un cambio en su conducta a seguir en su enfermedad. <sup>(12)</sup>

C) **Actividad física:** Es recomendado que este se realice de manera diaria ya que este logra romper la resistencia a la insulina, por lo que el mejor ejercicio es el de tipo aeróbico. Cuando se realiza la actividad física , de manera constante y regular se disminuyan los riesgos riesgo cardiovasculares contribuyendo a la pérdida de peso y a su vez aumenta la sensación de bienestar del paciente. <sup>(12)</sup>

Una vez que se adopta de manera regular la actividad física se obtienen beneficios de manera aguda y crónica, como primer resultado es el obtener un control glucémico, siempre y cuando la actividad física sea de leve a moderada intensidad ya que su efecto dura de 2 a 48 horas después de que este a finalizado y cuando el ejercicio es de baja a moderada intensidad dura de 10 a 15 minutos por sesión realizada. <sup>(12)</sup>

Ejercicio aeróbico: se realiza con el objetivo de estos desarrollen niveles óptimos de insulina, por lo que se recomienda que las sesiones sucesivas estén separadas no más de 72 horas y se hagan por lo menos 3 veces por semana (12)

El realizar una actividad física de tipo de resistencia en los pacientes diabéticos ayuda a mejorar la fuerza y la resistencia muscular, aumenta la flexibilidad y mejora la composición corporal dando como resultado disminución del riesgo cardiovascular, además de que se incrementa la masa muscular sensible a la insulina. Sin embargo, la realización de la actividad física de igual manera debe ser individualizada en cada paciente a consideración de la coexistencia de complicaciones. <sup>(12)</sup>

La Asociación americana de la diabetes recomienda realización de actividad física de tipo aeróbico con 150 min semanales con una intensidad moderada (50-70%) <sup>(12)</sup>

Antes de iniciar cualquier tipo de programación de actividad física es importante hacer una evaluación previa por su primer nivel de atención médica para saber y /o detectar posibles complicaciones y comorbilidades que pudieran contraindicar ciertos ejercicios o predisponer alguna lesión.

## **TRATAMIENTO FARMACOLOGICO**

Una vez que se diagnostica la diabetes se debe generar un cambio en los hábitos del paciente a manera de concientizarlo para que desde el día uno se generen modificaciones en el estilo de vida. <sup>(5)</sup>

El primer medicamento para comenzar con el tratamiento debe de ser la metformina siempre y cuando sus niveles de glucemia, puede ser al principio el paciente curse con el mas común de los efectos adversos que son los de nivel gastrointestinal, por lo que se debe de ir escalando las dosis de la misma que va desde los 500mgs hasta llegar a las dosis máximas 2000 mg/ día si es que asi lo requiere el paciente. <sup>(5)</sup>

En caso de que la metformina no se pueda tolerar o esté contraindicada, se puede iniciar el manejo con otro antidiabético oral (ADO). Un inhibidor de dipeptidil -peptidasa 4 (iDPP-4) es la mejor alternativa porque no aumenta el peso y tiene poco riesgo de hipoglucemia. La dosis de los iDPP-4 debe ajustarse cuando la tasa de filtración glomerular es menor o igual a 50 ml/min, con excepción de la linagliptina que se elimina por vía biliar. <sup>(5)</sup>

Los agonistas de GLP-1 son una opción para reemplazar a metformina. La dosis debe escalarse progresivamente para mejorar la tolerancia. <sup>(5)</sup>

Los inhibidores del transportador renal de glucosa SGLT-2 reducen la A1c de forma similar a otros antidiabéticos orales, por reducción del umbral de glucosuria solo si existe hiperglucemia, por lo cual no causan hipoglucemia; sin embargo no hay que olvidar que también pueden presentar una pérdida de peso por la eliminación urinaria de calorías, y a su vez existe un aumento en la prevalencia de infecciones bacterianas o micóticas en especial en las mujeres. Se han evaluado principalmente en combinación con otros antidiabéticos <sup>(5)</sup>

## **DEPRESION Y ANSIEDAD EN PACIENTES DIABETICOS**

La diabetes mellitus al ser una enfermedad crónica la cual puede llegar a presentar múltiples complicaciones, afecta de manera directa al estilo de vida del paciente y se su entorno por lo que al hablar de una salud física, se involucra a su vez su estado mental, su grado de dependencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias sociales. <sup>(13)</sup>



En general todas las enfermedades crónicas afectan a los pacientes manifestándose como trastornos del humor como la ansiedad y la depresión, por el cambio que se debe de generar en hacer modificaciones en su estilo de vida, luego entonces es necesario tener una estabilidad emocional para evitar percepciones y creencias negativas en el paciente acerca de su enfermedad. <sup>(13)</sup>

Desde que aun paciente se le hace el diagnostico de diabetes mellitus este se ve involucrado en un duelo mismo que se puede superar y continuar sin alguna repercusión o bien puede ser de manera contraria y entonces comenzar a generar depresión que impacta en el estilo de vida del paciente y tener como consecuencia complicaciones. <sup>(13)</sup>

La depresión puede influir de forma considerable en el tratamiento, y con ello un inadecuado cumplimiento de este, lo que lleva a mayores dificultades para alcanzar un óptimo estado de salud y niveles adecuados de glucosa en sangre. Por ello se considera necesario diagnosticar de forma temprana la depresión en las personas con diabetes, e iniciar el tratamiento ya que ello conllevará a mejorar el estado de salud, a mayor autocuidado, mejor adherencia al tratamiento y de esta manera lograr la prevención de las complicaciones propias de la diabetes, por lo tanto, menores costos económicos del tratamiento. <sup>(13)</sup>

La ansiedad definida según la Asociación Americana de Psicología (APA) como la emoción caracterizada por sentimientos de tensión, pensamientos de preocupación y cambios a nivel fisiológico como la presión sanguínea, este trastorno cognitivo debe ser visto como una emoción básica del organismo que genera una respuesta adaptativa ante estados de tensión, peligro o amenaza. En los diabéticos es inevitable la relación que puede existir desde el cambio en los estilos de vida hasta el miedo al tratamiento y más cuando se llegase a tratar del uso de insulinas como parte de su control médico por lo que tendremos como consecuencia poca adherencia a su control médico <sup>(13)</sup>

## AHDERENCIA AL TRATAMIENTO

Parte del tratamiento que se brinda a los pacientes con diabetes mellitus va encaminado para mantener una buena calidad de vida para el paciente mismo y para su entorno familiar, con el objetivo de evitar en la manera posible las complicaciones propias de la enfermedad y en consecuencia a esto evitar la muerte; motivo por el cual se desarrollaron todas las medidas de cuidados no farmacológicos, como se describieron con anterioridad. Sin embargo pese a los esfuerzos que se realizan por parte del personal de salud, existe a su vez la falta de adherencia al tratamiento por parte del paciente, haciendo un infructuoso el auxilio del servicio médico y en consecuencia perjudicando su estilo de vida del paciente mismo <sup>(14)</sup>

La OMS define la adherencia terapéutica como: “el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas<sup>(15)</sup>

Los factores asociados con la adherencia al tratamiento son múltiples e interrelacionados y pueden detectarse en: el ámbito del paciente, del tratamiento, del entorno socio familiar y en el del propio profesional sanitario. La adherencia incluye tanto el cumplimiento de los tratamientos farmacológicos como el seguimiento de las recomendaciones higiénico-dietéticas o la adopción de cambios de estilos de vida en los pacientes. <sup>(15)</sup>

Es de mencionarse que en general las enfermedades crónicas requieren de un tratamiento a largo plazo para una adecuada evolución y control de la misma; sin embargo, se ha estudiado que existen diversos factores que se ven involucrados en la falta de apego al tratamiento por parte de los pacientes y parte de ello se debe a que existen problemas en la participación activa, comprometida y responsable y el pilar más importante que es la motivación que se le genera al paciente y algunos autores mencionan que parte de ello es de acuerdo a la percepción que se hace el paciente en cuanto a su entorno familiar y médico para la adecuada atención de su enfermedad. <sup>(16)</sup>

## **LA IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN UN PACIENTE CON DIABETES**

El propósito de una familia es garantizar que todos sus integrantes cuenten con el apoyo necesario para poder desarrollar sus objetivos y llegar a sus logros necesarios para todos sus miembros individuales. Este propósito va encaminado sobre todo a la protección y supervivencia de cada uno de ellos y de la familia como tal, y a la adaptación al sistema social donde se mueve y la transmisión del mapa de creencias particulares de cada familia. Así vemos que toda familia presenta un grado de cohesión que le permite mantenerse unida y generar un sentimiento de pertenencia grupal. Tiene, además, una capacidad de adaptación a sistemas sociales más amplios que proveen a sus miembros de socialización y facilita la diferenciación individual.<sup>(17)</sup>

Es de importancia mencionar que todo el personal de salud que se encuentra involucrado con el paciente diabético debe de realizar actividades que lo ayuden a mejorar día a día las interacciones con la familia ya que estas son las que van a sostener o en su defecto a perjudicar su conducta terapéutica y que de alguna manera todo esto es el resultado de algunas características propias de la familia. A través de la familia se encuentra el apoyo emocional ya que este conlleva a favorecer la adherencia al tratamiento, lo que se traduce como conductas positivas que impactan en su estado de salud del paciente.<sup>(18)</sup>

La cronicidad de la diabetes no solo afecta al paciente, sino también a la familia y a todos lo que lo rodean, por lo que entonces es conveniente aprender a vivir con un paciente diabético<sup>(18)</sup>

La estructura familiar es un sistema en donde se cubren esas demandas funcionales y básicas de cada individuo pero que su vez todos ellos interactúan como integrantes de ese sistema, llamado familia. La existencia de esta como un sistema depende de la disponibilidad de pautas transaccionales alternativas y la flexibilidad para movilizarlas cuando es necesario hacerlo

La familia es una institución social básica y fundamental que cumple funciones sociales insustituibles, que van desde la procreación y la socialización primaria

de los hijos hasta las funciones económicas como unidad básica de consumo, el hogar. <sup>(17)</sup>

## **CONCEPTO DE FAMILIA**

“La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad” <sup>(19)</sup>

## **ESTRUCTURA Y FUNCIONES DE LA FAMILIA**

La estructura familiar es el esqueleto de todo lo que caracteriza a la familia, desde la identidad propia hasta la flexibilidad de la misma con sus límites, debilidades y fortalezas. La Estructura es ese conjunto de personas que bajo los conceptos de distribución y orden integran al grupo familiar. En este sentido es importante enlistar cuales son las funciones básicas que debe cumplir la familia, estas identifican lo que cada integrante de la familia debe desarrollar. <sup>(19)</sup>

El Familiograma es ese instrumento que nos brinda cierta información acerca de a familia, por lo tanto el saber aplicarlo es fundamental así como la interpretación del mismo. Es importante mencionar que es un familiograma Estructural el cual es la representación gráfica a través de este instrumento se registra información sobre ESTRUCTURA y/o composición de una familia. <sup>(19)</sup>

Se reconocen las siguientes funciones:

- **Socialización:** es la forma de promoción de las condiciones que ayuden a favorecer que los miembros de la familia tengan un desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia. <sup>(19)</sup>
- **Afecto:** es la parte de los sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal. Y que estos a su vez rigen la interacción existente en esa familia. <sup>(19)</sup>
- **Cuidado:** protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar <sup>(19)</sup>
- **Estatus y nivel socioeconómico:** participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad. Responsabilidad de proveer la necesaria socialización y las experiencias educacionales que permiten al individuo asumir una vocación y un rol en grupos que sean consistentes con sus expectativas. <sup>(19)</sup>
- **Reproducción:** cuando se da la provisión de nuevos miembros a la sociedad. Abarcando así la interacción sexual adulta, educación sexual, control de la natalidad.<sup>(19)</sup>
- **.Cuidado:** Cubrir las necesidades físicas de los miembros de la familia, el resolver de la manera más adecuada las necesidades de alimentación, vestido, seguridad física, acceso a los servicios de salud. <sup>(19)</sup>
- **Desarrollo y ejercicio de la sexualidad.** <sup>(19)</sup>

## **FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

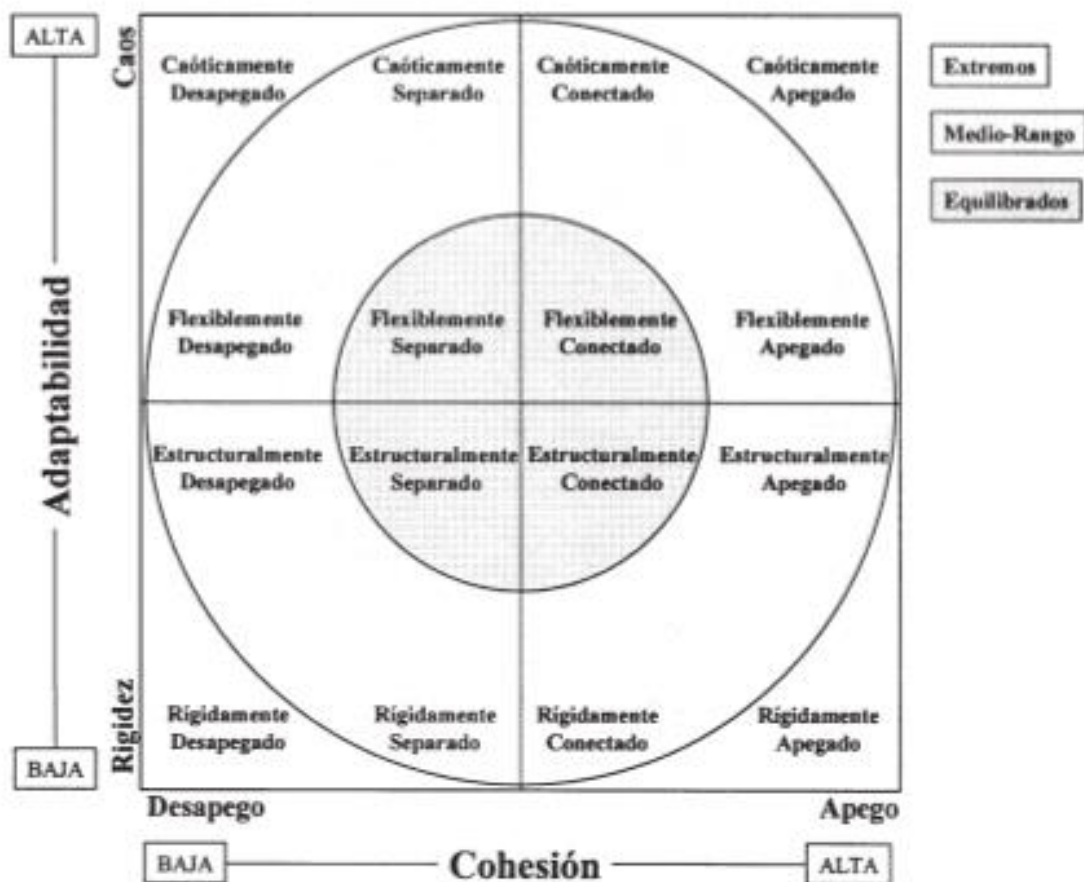
La familia es considerada como el sistema más importante ya que se considera que esta es la base para mantener el equilibrio para favorecer la salud y así facilitar el mejoramiento de la calidad de vida. Pero cuando se altera su funcionalidad de esta puede llegar al caos si esta no tiene la capacidad de resolver la crisis por la que se enfrenta. Derivado de esto se desarrollaron múltiples evaluaciones para poder clasificar a la familia en donde se encuentre y de aquí poder generar estrategias para ayudar a superar dicha crisis, de las más importantes para fines de revisión del presente estudio mencionaremos las siguientes:

1. Minuchin: basa su modelo estructural en la idea de que la familia es un sistema que opera por medio de pautas transaccionales como lo son la forma, el cuándo y el con quién relacionarse, centrándose en las expectativas de los diversos miembros de la familia de acuerdo con el grado de cohesión que guardan entre sí. Por lo que se enfatiza entonces en la importancia que tiene la estabilidad y el funcionamiento del sistema familiar, para que de esta manera se logre un óptimo desarrollo de sus miembros. <sup>(20)</sup>
2. Modelo circunflejo de Olson; el desarrollo dicho modelo, por la necesidad de integrar todos los conceptos que se derivan de la terapia familiar y estructura un modelo de evaluación de la familia en donde utilizó la cohesión y adaptabilidad familiar <sup>(20)</sup>

«La definición de cohesión es medido por las interacciones emocionales que existe entre los miembros de esa familia, así como la autonomía individual que un miembro experimenta en el sistema; la cohesión es la capacidad del sistema para tomar decisiones en grupo y darse soporte mutuamente. En la adaptabilidad es esa característica de desarrollar la habilidad en la familia familiar para cambiar su estructura en respuesta a determinadas circunstancias que provocan tensiones y por situaciones propias de su desarrollo» <sup>(20)</sup>

Entonces la cohesión al ser esa relación emocional entre los integrantes de la familia, la adaptabilidad resume en ser la habilidad de este sistema para para poder ser cambiante, y de esto también dependería de la habilidad que tenga la misma para poder confrontar ese cambio. La cohesión aplicaría para las familias apegadas (cohesión muy alta), familias conectadas (cohesión moderada-alta), familias separadas (cohesión moderada-baja) y familias desapegadas (cohesión baja). La adaptabilidad, por su parte, constituye los siguientes tipos de familias: familias rígidas (adaptabilidad muy baja), familias estructuradas (adaptabilidad moderada-baja), familias flexibles (adaptabilidad moderada-alta) y familias caóticas (adaptabilidad alta) <sup>(21)</sup>

**FIGURA 1.** Modelo circunplejo (adaptado de Olson *et al.* 1989).



Fuente: Martínez Pampliega y cols.



De acuerdo con el modelo desarrollado del complejo de Olson, se desarrolló el *FACES*, un instrumento utilizado para medir la cohesión y adaptabilidad. La primera versión surgió en 1980 y constaba de 111 ítems. Posteriormente se desarrollarían otras tres versiones tratando de superar, cada una de ellas, las limitaciones de las anteriores. La segunda versión, *FACES II*, apareció en 1982 y la tercera versión, *FACES III*, en 1985 y de ser de 30 y 20 ítems, respectivamente. <sup>(21)</sup>

Otro de los instrumentos utilizados para analizar el funcionamiento familiar es el APGAR el cual fue utilizado por primera vez en 1978 por Smilkstein en donde su propósito inicial era el de hacer un breve tamizaje para uso diario para una revisión rápido de los componentes del funcionamiento familiar. “La escala de del Apgar familiar establece la funcionalidad familia y la disfuncionalidad familiar.” <sup>(22)</sup>

De acuerdo con los diferentes estudios en donde se realiza el análisis de la funcionalidad del APGAR, se llega a la conclusión que es un instrumento de tipo cualitativo en donde se mide la perspectiva (en cuanto al cuidado y al apoyo), de la familia visualizada solo por un miembro de esta. <sup>(22)</sup>

## **ADAPTACION DE LA FAMILIA A LA ENFERMEDAD CRONICA**

1. **FAMILIAS FLEXIBLES:** las reglas son permisibles al poderse expresar emociones, la adaptación familiar es eficaz y da como resultado se tiene una efectividad funcional. <sup>(23)</sup>
2. **ADAPTACION INEFICAZ:** los roles son rígidos y las reglas son muy cuadradas y la flexibilidad es considerada como un recurso contribuirle a que la familia resista el impacto propio del estrés que el mismo padecimiento ocasiona. <sup>(23)</sup>

Una adaptación exitosa ante la enfermedad es cuando se genera:

- a) Cuidado de la enfermedad (toma sus medicamentos, acude a sus atenciones médicas, realiza actividad física, etc) <sup>(23)</sup>
- b) Mantiene su propio estilo de vida, con sus rutinas, pasatiempos o la interacción con los demás. <sup>(23)</sup>
- c) Expresión de sentimientos, aprender a reconocer errores, frustraciones, enojo, depresión en su entorno familiar. <sup>(23)</sup>

## **ETAPAS DEL DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD EN LA FAMILIA**

- a) Comienzo: Al inicio de la enfermedad se presenta una crisis familiar ya que el paciente y la familiar se enfrentarán a nuevos problemas inesperados que en un comienzo va dirigido para el paciente para concientizarlo de su nuevo padecer. <sup>(23)</sup>
- b) Manejo de la problemática (enfermedad): se generan nuevos estilos de vida, en donde a su vez el paciente y la familia deben de aprender lo esencial de la enfermedad, sin embargo, es normal que tiendan a olvidar algunos aspectos y esto puede llegar a abrumarlos, por lo que es importante ser constantes en la información que se les proporciona, así como indagar sus inquietudes y ayudar a resolverlas, para mantener un estado de salud mental. <sup>(23)</sup>
- c) Las complicaciones: uno de los principales miedos a los que se tiene que enfrentar el paciente y a la vez la familia. Cuando la estructura de la familia es frágil , las complicaciones pueden ser estresantes a tal grado que la familia se mostrara incompetente para controlar sus emociones y salirse todo de control. <sup>(23)</sup>

La dinámica psicológica familiar queda envuelta en cuanto a la adherencia al tratamiento del miembro enfermo, abarcando de esta manera la nutrición, el

ejercicio, lo que a su vez esto nos reflejara una habilidad de la familia para crear una atmosfera sana o patológica. <sup>(23)</sup>

Por lo tanto, para generar una adecuada adaptación se necesitará que todos los integrantes de la familia participen en todo lo relacionado a la enfermedad de ese integrante enfermo, logrando así que todos conozcan la enfermedad, se familiaricen con ella para luego entonces poder generar terapia familiar, conductuales e individuales con el propósito que todo el equipo multidisciplinario actúa y oriente ante esta situación de crisis. <sup>(23)</sup>

## **JUSTIFICACIÓN**

La intención de realizar el presente trabajo de investigación es la de observar en la clínica de consulta externa de San Martín de las Pirámides a los pacientes adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden solos a la consulta para su control y que tienen un apego deficiente en su tratamiento médico por múltiples factores, dentro de ellos los que predominan es la cohesión y adaptabilidad familiar, (FACES III) y la funcionalidad familiar (APGAR FAMILIAR).

Dado que hoy en día, la diabetes mellitus tipo 2 es un problema de salud pública a nivel mundial y con altas estadísticas de complicaciones a corto y a largo plazo; además de que tener un gran impacto en los costos en la atención de dichas complicaciones, tanto a nivel hospitalario como en el mismo domicilio del paciente; es por ello que se decide la realización del presente trabajo, en donde se demostrará que el contar con una familia funcional, flexible y estructuralmente unida son fundamentales para el apego al tratamiento de los pacientes adultos mayores

.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La intención de realizar el presente trabajo de investigación es la de observar en la clínica de consulta externa de San Martín de las Pirámides a los pacientes adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden solos a la consulta para su control y que tienen un apego deficiente en su tratamiento médico por múltiples factores, dentro de ellos los que predominan es la cohesión y adaptabilidad familiar, (FACES III) y la funcionalidad familiar (APGAR FAMILIAR).

Dado que hoy en día, la diabetes mellitus tipo 2 es un problema de salud pública a nivel mundial y con altas estadísticas de complicaciones a corto y a largo plazo; además de que tener un gran impacto en los costos en la atención de dichas complicaciones, tanto a nivel hospitalario como en el mismo domicilio del paciente; es por ello que se decide la realización del presente trabajo, en donde se demostrará que el contar con una familia funcional, flexible y estructuralmente unida son fundamentales para el apego al tratamiento de los pacientes adultos mayores.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la cohesión, adaptabilidad y funcionalidad familiar para el apego al tratamiento del paciente adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 en la clínica de consulta externa de San Martín de la Pirámides?

## **HIPÓTESIS**

La cohesión, adaptabilidad y funcionalidad familiar, en los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 permite tener un mejor apego a su tratamiento hasta en un 75%.

## **OBJETIVO GENERAL**

Observar el impacto y la trascendencia que tiene el contar con una familia funcional, con cohesión y adaptabilidad de esta, en los pacientes adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 a través del presente estudio.

## **MATERIAL Y METODOS**

### **UNIVERSO DE TRABAJO**

El universo de trabajo estuvo integrado por pacientes del género masculino y femenino mayores de 65 años que contarán con la enfermedad de Diabetes Mellitus tipo 2 y que fueran atendidos en la Clínica de Consulta externa de San Martin de las Pirámides, perteneciente al Instituto de Seguridad del Estado de México (ISSEMyM) en el periodo de septiembre del 2022 a abril del 2023.

### **PERIODO Y LUGAR DE ESTUDIO**

El presente estudio se realizó en un lapso de 8 meses, en dicho periodo se recolectaron los datos para posteriormente analizarlos y finalmente poder hacer la comparación del paciente adulto mayor que cuenta con una familia funcional, flexible y adaptable; en comparación con un paciente que carece de esto.

Todos los datos fueron recabados de la Clínica de primer nivel de consulta externa San Martin de las Pirámides, perteneciente al municipio de San Martin de las Pirámides en el Estado de México. En donde se cuenta con un área de gobierno el cual está conformado por dirección, recursos humanos y administración. 2 consultorios de consulta externa los cuales dan servicio de lunes a domingo en ambos turnos; 1 consultorio de ginecología en turno matutino y una para fin de semana; servicio de radiología, servicio de medicina preventiva, servicio de estomatología en el turno matutino, CEYE.

### **TIPO DE ESTUDIO**

Fue una investigación de tipo descriptivo- prospectivo; basado en las encuestas que se aplicaron para conocer la dinámica familiar (APGAR FAMILIAR) y la cohesión y adaptabilidad (FACES III) familiar.

## **TAMAÑO DE LA MUESTRA**

En el estudio se incluyeron a 236 voluntarios a consideración del investigador

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **Criterios de inclusión**

- Ser paciente derechohabiente de la clínica de san Martín de las pirámides.
- Tener 65 años o más
- Ser diabético
- Firmar la Carta de Consentimiento Informado
- Que acudan regularmente a su control mensual
- Paciente que vivan con sus familiares

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes analfabetas.
- Pacientes que cuenten con alguna limitación física para poder contestar la encuesta.
- Llenado incompleto de la encuesta.

### **Criterios de eliminación**

- Todos aquellos que no cuenten con un expediente clínico
- Pacientes que tengan expedientes incompletos o con datos mal requisitados

## **INSTRUMENTOS DE MEDICION:**

Para el presente trabajo se utilizó:

1. El cuestionario de Apgar familiar evalúa la funcionalidad familiar, el cual consta de 5 ítems que miden la satisfacción del paciente con respecto a



la familia para afrontar problemáticas como: la ayuda que recibe de la familia para afrontar un problema, la participación de la familia, la aceptación de la familia para nuevas tareas, la respuesta familiar para las emociones del paciente y como comparten el dinero, los espacios de la casa y actividades para estar juntos como familia.

2. **FACES III:** cuestionario que consta de 20 ítems en donde se evalúa en grado de cohesión, adaptabilidad familiar.

## **VARIABLES**

### **Variables dependientes**

- **Funcionalidad familiar** se hace a la percepción que se tiene por parte del paciente en estudio con respecto a la interacción que tiene con la familia y su desarrollo con respecto a los roles propios de la familia siendo estos dinámicos y no estáticos. Variable de tipo cualitativa nominal.
- **Adaptabilidad familiar** se define el grado que tiene la familia para ser es caótica, flexible, estructurada o rígida; siendo esta una variable de tipo como cualitativa nominal.
- **Cohesión familiar** cuando una familia se encuentra unida, separada, desligada o bien enredada, definiéndose, así como una variable cualitativa nominal

### **Variables independientes:**

- **Diabetes Mellitus tipo 2:** enfermedad crónico-degenerativa y hereditaria que afecta en primera instancia el metabolismo de la insulina y la glucosa trayendo consigo una serie de alteraciones microvasculares con una gran afectación a órganos diana que pueden poner en riesgo la vida. Variable de tipo cualitativa nominal.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El presente estudio no implica ningún riesgo para los voluntarios dado que solo se aplican dos encuestas. Tomamos en cuenta a la Declaración de Helsinki. El estudio se realizó posterior a obtener la aceptación del Comité de Ética e Investigación hospitalarios.

## **METODOLOGIA**

- 1.- El investigador se presenta en su área de trabajo
- 2.- Toma la lista de candidatos a ingresar al estudio
- 3.- Verifica que los candidatos cumplan con los criterios de selección
- 4.- Invita a cada voluntario a ingresar al estudio mencionándole la intención de realizar el trabajo de investigación
- 5.- El voluntario acepta participar en el estudio y firma el Consentimiento Informado
- 6.- Se aplica el instrumento de recolección de información al voluntario
- 7.- Termina la participación del voluntario en el estudio

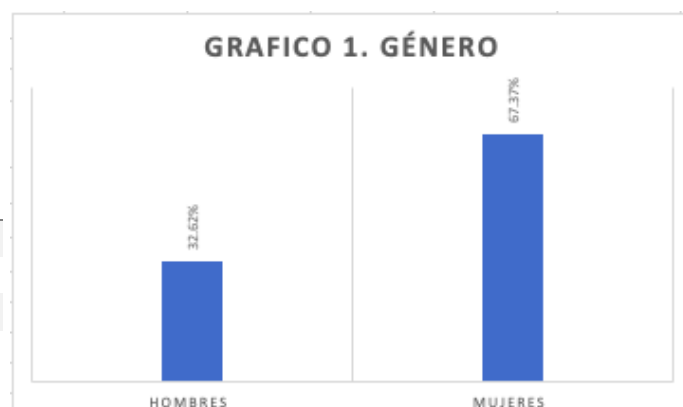
## RESULTADOS:

En el estudio se incluyeron a los 236 voluntarios obteniéndose como factores sociodemográficos:

- A) Género: de los cuales del sexo femenino que corresponde a un 67.37% (n=159) y del sexo masculino que representan un 32.68% (n= 77) como se observa en la tabla 1 y gráfica 1.

Tabla 1. Género

<b>GÉNERO</b>	<b>TOTAL (n)</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Hombres	77	32.62%
Mujeres	159	67.37%
Total	236	100%

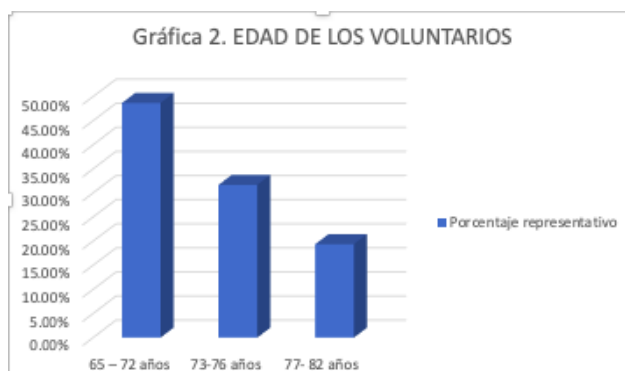


- B) La edad promedio de edad que representa a los voluntarios oscilan entre los 65 y 72 años 48.7% (n=115), seguido de 73 a 76 años 31.7% (n=75) y por último queda el rango de edad de los 77 a los 82 años con un valor representativo del 19.4% (n=46). Tabla y grafica 2

Rangos de edad	Porcentaje representativo	Total de voluntarios
<b>65 – 72 años</b>	48.7%	115
<b>73-76 años</b>	31.7%	75
<b>77- 82 años</b>	19.4%	46

Tabla 2. Edad de voluntarios

Gráfica.2 Rangos de Edad



C) En la ocupación de los voluntarios son en su mayoría son jubilados con un 41.9% (n=99), continuando con un 36.01% (n=85) que representa a las amas de casa y por ultimo los que aún se encuentran como trabajadores activos con un 22.03% (n=52) tabla y gráfica 3.

Tabla 3. Ocupación

Ocupación	Porcentaje	Voluntarios representativos
<b>Jubilados</b>	42%	99
<b>Amas de casa</b>	36.01%	85
<b>Trabajadores activos</b>	22.03	52

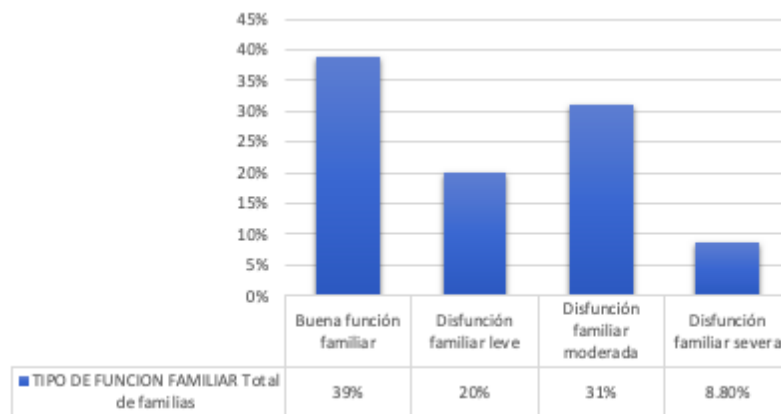
Gráfico3. Ocupación



En cuanto a la aplicación del Apgar familiar y su medición de la variable de una buena funcionalidad familiar se observa que se representa el 39.4% (n= 93), en comparación de los voluntarios con una disfunción familiar leve que se representa con un 31.3 % (n= 74), continuando de esta manera con un porcentaje inferior del 20.3% (n=48) con disfunción familiar leve y dejando en último lugar con un 8.8% (n=21) la disfunción severa, tabla 4

Tabla 4. Funcionalidad familiar

<b>TIPO DE FUNCION FAMILIAR</b>	<b>Total de familias</b>	<b>Voluntarios (n)</b>
<b>Buena función familiar</b>	39.4%	93
<b>Disfunción familiar leve</b>	20.3%	48
<b>Disfunción familiar moderada</b>	31.3%	74
<b>Disfunción familiar severa</b>	8.8%	21



Grafica 4. Funcionalidad familiar

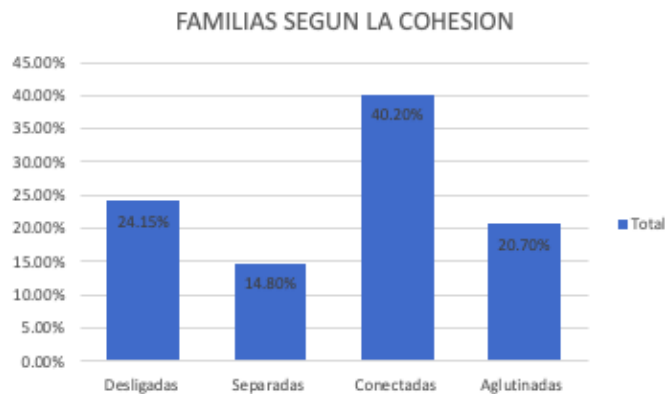
Ahora bien, con respecto a los resultados en las variables de cohesión y la adaptabilidad familiar evaluadas con el instrumento del FACES III se obtuvo que la percepción de nuestros pacientes diabéticos mayores de 65 años en la dimensión de la cohesión se representa un nivel medio; caracterizado por la conexión emocional entre los miembros de la familia, representado por un 40.2% (n=95); sin embargo es notable que en comparación con las familias desligadas que se representan en un 24.15 % (n=57), es un porcentaje considerable del total de los voluntarios y es importante señalar que el porcentaje de la familias separadas es más bajo en comparación con los antes señalados, representando

así un 14.8% (n=35); como se muestra en la tabla y gráfica 5.

FAMILIAS	TOTAL
DESLIGADAS	<b>24.15 % (n=57)</b>
SEPARADAS	<b>14.8% (n=35)</b>
CONECTADAS	<b>40.2 % (n=95)</b>
AGLUTINADAS	<b>20.7% (n=49)</b>

*Tabla 5. Tipo de familias según la cohesión*

*Gráfica 5. Familias según la Cohesión*

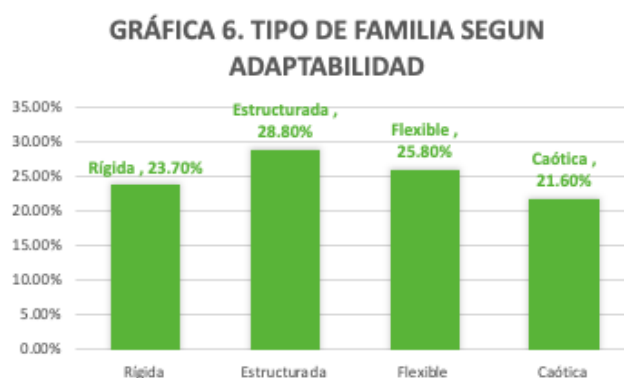


En la dimensión de adaptabilidad familiar se observó que la familia más predominante fue la rígida que representa un 28.8% (n=68), seguida de la familia flexible con un 23.7% (n=56), y estadificándose una familia estructurada con un 23.7% (n=56) y por último la familia caótica que representó un 21.6% (51). Como se muestra en la tabla 6. Deduciéndose de esta manera que las características de las familias de los voluntarios del presente estudio son muy semejantes.

Tabla 6. Tipo de familia según adaptabilidad

<b>Familias</b>	<b>Total</b>
<b>Rígida</b>	<b>56 (23.7%)</b>
<b>Estructurada</b>	<b>68 (28.8%)</b>
<b>Flexible</b>	<b>61 (25.8%)</b>
<b>Caótica</b>	<b>51 (21.6%)</b>

En el gráfico número 6 se demuestra que entre una familia caótica y la rígida hay una diferencia estadística no es muy diferente por lo que se piensa que hay tendencia a la similitud entre estas dos familias; en comparación con las familias estructuradas y las flexible, en donde la que predominio es la estructurada con un 28.8.% y por debajo de esta la familia flexible con un 25.8.%; ahora bien es de notarse que entre estas dos familias, de acuerdo al modelo circunflejo de oslon, son las familias que muestran más adaptabilidad .



## ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este estudio se observó que existe prevalencia en el rango de edad de 65 a 72 años con un 48.7%, además de predominio de las mujeres hasta un 67.37 % representando así más del 50% del total de voluntarios estudiados. Y de estas un 36.01% son amas de casa; por otro lado, de las ocupaciones de nuestros voluntarios el 42% representan a los jubilados; siendo de esta manera el porcentaje más representativo, estos datos obtenidos se clasificaron los como factores sociodemográficos de los voluntarios estudiados.

En nuestro estudio hallamos una cohesión, adaptabilidad y funcionalidad familiar del 75% para el apego al tratamiento de los pacientes adultos mayores en la Diabetes Mellitus tipo 2; que coincide con lo que reporta Duran- Badillo et al. al estudiar la funcionalidad familiar.<sup>(1)</sup>

En lo reportado con Villalobos-Pérez y Cols et al. Al igual que Aguilar- Rivera Mencionaron que en su estudio predomina la percepción de las **familias funcionales**, muy semejante al presente estudio en donde hay predominio de las familias funcionales con un 39.4% de los voluntarios estudiados, que va en relación con las familias conectadas que se encontraron hasta un 40.2% (medido por la **cohesión familiar**), y que a su vez se relaciona con las familias estructuradas que obtuvieron un porcentaje de hasta 28.8%. Este último valorado en la sección de **adaptabilidad familiar**.<sup>(24, 25)</sup>

Finalmente, la cohesión, adaptabilidad y funcionalidad familiar son importantes para el apego al tratamiento del paciente adulto mayor debido a que estos factores influyen en la salud física y mental del paciente y en su capacidad de seguir el tratamiento médico de manera efectiva, muy similar a como lo menciona en su reporte Garcia – Ramirez en su publicación.<sup>(26)</sup>



## **CONCLUSIONES**

En la realización del presente estudio nos encargamos de resaltar que la funcionalidad de la familia ha sido estudiada y evaluada con diferentes enfoques, con la finalidad de demostrar la importancia que esta tiene como parte fundamental para el desarrollo básico del individuo y en consecuencia para la sociedad. Cabe resaltar que los roles dentro de una familia pueden variar dependiendo de la cultura y la estructura familiar, pero en general hay algunos roles y funciones principales que son necesarios para que una familia funcione de manera adecuada y saludable. Esto enfatizando el presente estudio en donde se trató de señalar que en cuanto a la diabetes mellitus tipo 2 y su abordaje que ha sido a través de la familia, sabiendo que esta es un pilar importante para su apego al tratamiento.

Durante la realización del presente estudio se fue evidenciando la importancia que tiene la perspectiva que se genera al paciente en cuanto al apoyo que este recibe por parte de la familia, lo que, se convierte en un factor indispensable para el apego al tratamiento de estos pacientes. Ahora bien, el apego al tratamiento puede ser influenciado por varios factores, como la complejidad del tratamiento, los efectos secundarios del tratamiento, las limitaciones del estilo de vida, la falta de comprensión de las recomendaciones del tratamiento, el apoyo social, el estrés emocional y financiero, entre otros.

Una vez demostrada que la cohesión, adaptabilidad y funcionalidad familiar son importantes en el apego al tratamiento médico de los pacientes adultos mayores, es así como, las familias pueden ayudar a mejorar la adherencia del paciente al tratamiento médico, apoyándolos emocional, física y mentalmente y estableciendo una comunicación abierta para proporcionar servicios adicionales que puedan ser necesarios para mejorar la capacidad del adulto mayor para seguir el tratamiento médico de manera efectiva.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

“EL APOYO FAMILIAR Y EL PAPEL DEL CUIDADOR EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO2 EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA SAN MARTIN DE LAS PIRAMIDES”

Año	2022												2023						
Semestre	1er Sem						2do Sem						3er SEM			4to Sem			
Mes	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	
Recopilación bibliográfica					R	R	R	R											
Elaboración de protocolo								R	R	R	R								
Envío al comité de ética e investigación											R	R	R						
Aplicación de encuestas												R	R	R					
Elaboración de base de datos.													R	R	R				
Análisis estadístico.															R	R			
Elaboración de informe final																R	R	R	

Elaboró: Dra. Rocha Vega Karen A.

**P:** Programado      **R:** Realizado.

## BIBLIOGRAFIA

1. Duran B.T, Herrera J, Salazar M., Mireles M, Oria M, Ruiz J, Funcionamiento familiar y calidad de vida en adultos. *Ciencia y enfermería* 2022; 28(3). 1-4
2. Martínez M.B, Torres VLE. La importancia de la familia en el paciente con Diabetes Mellitus insulodependiente. *Psicología y salud*, 2021; 17(2). 229-241
3. Reynoso V. J, Hernández R. E, Martínez V. M, Zamudio L. J, Islas V.I, Pelcastre N. A. La atención en casa: El apoyo familiar en el control glicémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Hosp Domic.* 2020; 4(4). 199-207.
4. Reyes S. F, Pérez A. M. Figueredo E. A, Ramírez E. M. Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. *Correo Científico Médico Holguín* 2016; 20(1). 99-104
5. Mesa J. Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia 2019. Edición. *Revista de la Asociación Latinoamérica de Diabetes 2.* 2019; 1-36
6. Medallo O. R, Salinas L. E, Sanches H. D, Guajardo L. J. Tratamiento farmacológico de la Diabetes Mellitus tipo 2 dirigido a pacientes con sobrepeso y obesidad, *Med Int Mexico* 2019; 35 (4). 525-536.
7. Luczynski R. *American Diabetes Association.* 2022
8. Martínez B. M. Recomendaciones para el uso racional del medicamento en el tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2. *Servicio de Promoción de Uso Racional del Medicamento Subdirección de Farmacia y Prestaciones, Servicio Andaluz de Salud.* 2022; 4-17
9. Ramírez R, Saldarriaga B. S, García A.F, González A. J, Estupiñán V. V. Tratamiento Farmacológico del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2: enfoque individualizado paso a paso a la luz de la evidencia. *CES Med*, 2022; 36(2). 81-105

10. Kojdamanian F. V. Guía NICE 2022: Actualización en el manejo de la diabetes mellitus tipo 2 en personas adultas. 2022; 25(2). 1-4
11. Fernández C. J, Bustillo T.C.J. Sánchez Z. E, Quintana L. L, Riverón G. J.M. Diagnóstico y Tratamiento en Medicina Interna. La Habana: Ciencias Medicas. 2012; 11 (2). 391-407
12. Brajkocivh I, Izquierdo M, Nieto R, Cordeo M. Tratamiento no farmacológico: aspectos nutricionales, estilo de vida y actividad física. cirugía bariátrica. Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo. 2010; 10(1). 47-50
13. Piñate S, Diaz I, Contreras, Freddy. Educación terapéutica en pacientes con diabetes y trastornos emocionales Revista Digital de Postgrado, 2020; 9(1). 145-149
14. Troncoso P. C, Delgado S.D, Rubilar V. C. Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2. Rev Costarr Salud Pública 2013; 22(1). 9-13
15. Ramírez G M, Anlehu T. A, Rodríguez L A. Factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2. Horizonte sanitario 2019; 18 (3). 384- 391
16. Castillo M. M, Martín A. L, Almenares R. K. Adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2017; 33(4). 2-8
17. Mendizábal O, Pinto B. Estructura familiar y diabetes. Ajayu, 2006; IV. (2). 196-198
18. Martínez M. B, Torres V. L, Importancia de la familia en el Paciente con diabetes mellitus insulino dependiente, psicología y salud 2007; 17 (2). 219-240.
19. Arnulfo, Irigoyen C. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. Mexico: Medicina Familiar Mexicana; 2004; 46- 51
20. López J. M, Barrera V. M, Cortés S. J. Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y sus familiares. Salud Mental 2011. 34 (2).113-115

21. Martínez P. A, Iraurgi I, Galíndez E, y Sanz M. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clínica and Health Psychology* 2006. 6 (2). 318-322
22. Gómez C. F, Ponce R. E. Una nueva propuesta para la interpretación de Family Apgar (versión en español) . *ATEN FAM* 2010; 17(4). 102-103
23. Arroyo R. M, Bonilla M. M, Trejo G. L. Perspectiva familiar alrededor del paciente diabético, *Medigraphic*, 2005; 38(2). 63- 67
24. Villalobos P. A, Brenes-S. J. Factores involucrados en la adhesión al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en una muestra de pacientes diabéticos de la zona norte de Costa Rica: un estudio psicométrico, *revista diversitas perspectivas en psicología* 2007; 3 (1). 26-33
25. Aguilar R. T, González L. A, Pérez- Rosete A. funcionalidad familiar y apego al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben terapia sustitutiva con diálisis peritoneal. *ATEN FAM*. 2014; 21 (2). 50-54
26. García M. G, Rodríguez P. A, Garibo P. RE. Apoyo familiar y control glucémico en pacientes con diabetes tipo 2 en una unidad de medicina familiar de Acapulco, Guerrero, México. *Aten Fam*. 2018; 25(1) 27-31.

## ANEXOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

### APGAR FAMILIAR

PUNTAJE	0	1	2	3	4
FUNCION	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia brinda y permite.					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia: A. El tiempo para estar juntos. B. Los espacios en la casa. C. El dinero.					

FUNCION	PUNTAJE
Buena función familiar	De 18 a 20 puntos.
Leve disfunción familiar	De 14 a 17 puntos.
Moderada disfunción familiar	De 10 a 13 puntos.
Severa disfunción familiar	De 0 a 9 puntos.

### ESCALA DE EVALUACIÓN DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR ( FACES III )

Apellidos y Nombres: ..... Edad: \_\_\_\_\_

Padre (  ) Madre (  ) No. Hijo..... Otro: \_\_\_\_\_ Sexo: M (  ) F (  )

Nivel de Instrucción: ..... Ocupación: .....

A continuación va encontrar una serie de afirmaciones acerca de cómo son las familias, ninguna de dichas frases es falsa o verdadera, pues varía de familia en familia. Por eso Ud. encontrará cinco (5) posibilidades de respuesta para cada pregunta.

Le pedimos a Ud. que se sirva leer con detenimiento cada una de las proposiciones y contestar a ellas sinceramente marcando con una (x) la alternativa que según Ud. refleja cómo vive en su familia.

Pase a las siguientes afirmaciones y responda:

	Casi Nunca (1)	Una que otra vez (2)	A Veces (3)	Con Frecuenci a (4)	Casi Siempre (5)
1. Los miembros de la familia se piden ayuda unos a otros.					
2. En la solución de problemas se siguen las sugerencias de los hijos.					
3. Nosotros aprobamos los amigos que cada uno tiene.					
4. Los hijos expresan su opinión acerca de su disciplina.					
5. Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra familia inmediata.					
6. Diferentes personas de la familia actúan en ella como líderes.					
7. Los miembros de la familia se sienten más cerca entre sí que a personas externas a la familia					
8. En nuestra familia hacemos cambios en la forma de realizar los quehaceres.					
9. A los miembros de la familia les gusta pasar juntos su tiempo libre.					
10. Padres(s) e hijos(s) discuten juntos las sanciones.					
11. Los miembros de la familia se sienten muy cerca unos de otros.					
12. Los hijos toman las decisiones en la familia.					
13. Cuando en nuestra familia compartimos actividades, todos estamos presentes.					
14. Las reglas cambian en nuestra familia.					
15. Fácilmente se nos ocurren cosas que podemos hacer en familia.					
16. Nos turnamos las responsabilidades de la casa.					
17. Los miembros de la familia se consultan entre sí sus decisiones.					
18. Es difícil identificar quién es o quiénes son los líderes en nuestra familia.					
19. La unión familiar es muy importante.					
20. Es difícil decir quién se encarga de cuáles labores del hogar					