



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**Evaluación de la adaptabilidad, comunicación y roles para la
funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de Diabetes
Mellitus tipo 2 descontrolados en la UMF 2.**

MODALIDAD DE TITULACIÓN TESIS

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

**PRESENTA:
ERIKA ISABEL MARTÍNEZ BECERRA**

**ASESOR PRINCIPAL
DR. ALEJANDRO VILLATORO MARTÍNEZ**

**CIUDAD UNIVERSITARIA CD. MX.
2016**

ESCUDO DE LA
FACULTAD O
ESCUELA



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.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2 “JUANA DE ASBAJE”.**

TITULO:

“Evaluación de la adaptabilidad, comunicación y roles para la funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 descontrolados en la UMF 2.”

Para obtener el Título de Especialista en Medicina

Investigador Responsable en la UMF 2

Dra. Erika Isabel Martínez Becerra

Médico General

Matricula 99354629

UMF 2 Sor Juana Inés de la Cruz No. 81 Colonia Santa María la

Ribera Tel. 55475510 al 19 Ext. 21407

erikakika19@hotmail.com

Investigador Asociado

Dr. Alejandro Villatoro Martínez

Coordinador de Programas Médicos

División de Evaluación de la Investigación,

Coordinación de Investigación en Salud

Matricula 9942238 Salud

Centro Médico Nacional Siglo XXI Unidad de congresos Bloque B, 4to

piso Av. Cuauhtémoc 330, Col. Doctores. Tel 56 27 69 09 ext. 21985

alejandro.villatoro@imss.gob.mx

UNIDAD Y ÁREA DONDE SE EFECTUARA EL ESTUDIO

UMF 2 Sor Juana Inés de la Cruz No. 81 Colonia Santa María la

Ribera Tel. 55475510 al 19 Ext. 21407

2016

ÍNDICE

ÍNDICE	2
Resumen:	3
MARCO TEÓRICO	4
JUSTIFICACIÓN	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	16
OBJETIVOS	17
HIPOTESIS	18
MATERIAL Y MÉTODOS.....	19
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	21
CRITERIOS DE SELECCION.....	22
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	23
VARIABLES.....	24
RECURSOS	27
ASPECTOS ÉTICOS.....	28
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	33
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	34
BIBLIOGRAFÍA.....	40
ANEXOS	43
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN	45
CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FFSIL)	46

“Evaluación de la adaptabilidad, comunicación y roles para la funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 descontrolados en la UMF 2.”

Martínez BEI¹, Villatoro MA².

Resumen:

Introducción: La Diabetes Mellitus es una enfermedad caracterizada por hiperglucemia, con defectos en la secreción o en la acción de la insulina. Es necesario cambios en el estilo de vida, a consecuencia del estado de salud y el apego e interés de la familia se ha tornado como objetivo principal en las investigaciones sobre la función familiar y como afecta al paciente diabético descontrolado, porque constituye actualmente un aspecto fundamental para el tratamiento.

Objetivo: Determinar la adaptabilidad, comunicación y roles de funcionalidad en la familia de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 descontrolados en la UMF 2.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal, de casos consecutivos. Se realizará el estudio en la unidad de Medicina Familiar No. 2 en el turno vespertino, donde se tomará una muestra no probabilística de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, Se les Realizará el instrumento FF SIL, el cual evalúa la Función Familiar. El cual mide el grado de funcionalidad.

Recursos: humanos Investigadores, técnicos computadora, material hojas de cuestionarios, hojas de consentimiento informado, lápiz.

Tiempo a Desarrollarse: 1 de Noviembre 2016 al 31 de octubre 2017. En futuro se realizara en el programa spss version 21 y posteriormente se presentaran tablas y graficos .

Palabras claves: diabetes mellitus tipo 2, Función Familiar

1. MEDICO GENERAL IMSS.UMF2.
2. N57 CPM.CMN.IMSS.

MARCO TEÓRICO

La Definición de Diabetes Mellitus una enfermedad metabólica caracterizada por Hiperglucemia, con defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina. La hiperglicemia crónica es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia por defectos en la secreción de insulina, acción de insulina en sangre. Hiperglucemia crónica. ⁽¹⁾

En 1997 la Asociación Americana de Diabetes (ADA), propuso una clasificación que está vigente actualmente. Se incluyen 4 categorías de pacientes y un 5º grupo de individuos que tienen glicemias anormales con alto riesgo de desarrollar diabetes: Diabetes Mellitus tipo 1, Diabetes Mellitus tipo 2, Diabetes Gestacional, Intolerancia a la glucosa, glicemia en ayuno alterada, y otros tipos específicos de Diabetes. ⁽¹⁾

La Diabetes Mellitus tipo 2 se caracteriza por insulino-resistencia y deficiencia (no absoluta) de insulina, en los pacientes que cuentan con obesidad y/o con distribución de grasa predominantemente abdominal, y fuerte predisposición genética. Los niveles de insulina plasmática normal o elevada, sin tendencia a la acidosis, responden a dieta e hipoglucemiantes orales, aunque muchos con el tiempo requieren de insulina para su control. ⁽¹⁾

En cuanto a la etiopatogenia de la Diabetes Tipo 2 es más probable que existan alteraciones genéticas múltiples (poligénicas). El primer evento es una resistencia insulínica que lleva a un incremento de la síntesis y secreción insulínica, e hiperinsulinismo compensatorio, capaz de mantener la homeostasia metabólica por años, una vez que se rompe el equilibrio entre resistencia insulínica y secreción, se inicia la expresión bioquímica (intolerancia a la glucosa) y posteriormente la diabetes clínica. La obesidad predominantemente visceral, a través de una mayor secreción de ácidos grasos libres y de adipocitoquinas (factor de necrosis tumoral alfa, interleucinas y disminución de adiponectina, induce resistencia insulínica. ⁽²⁾

El diagnóstico se realiza con, una glucemia en ayuno igual o mayor de 126 mg/dL o glucemia casual igual o mayor a 200 mg/dL más la presencia de poliuria, polifagia, pérdida de peso

sin explicación. Se considera intolerancia a la glucosa (ITG) con cifras a las dos horas entre 140 y 199 mg/dL, después de una carga oral de 75 gramos de glucosa. ⁽³⁾

Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que el número de personas con diabetes en el mundo se ha incrementado de 30 millones en 1995 a 347 millones en la actualidad y se estima que para el 2030 habrá 366 millones. Por lo anterior, la diabetes se considera un problema de salud pública cuyo impacto en términos económicos, sociales y en la calidad de vida, la convierte en una prioridad nacional. Dado que la diabetes tiene un periodo de latencia largo con una fase preclínica que puede pasar desapercibida, la posibilidad de que los pacientes sean detectados en forma tardía es alta. ⁽³⁾

La Diabetes Mellitus descontrolada se refiere cuando el paciente diabético tiene un nivel de glucosa en sangre elevado a pesar de estar en tratamiento, y esto se da por varios motivos, entre los principales son: Mal manejo del medicamento (dosis insuficiente o el paciente no los toma debidamente); mala alimentación e Infecciones. ⁽⁴⁾

El tratamiento de la diabetes incluye el control de la glucemia, alcanzar objetivos terapéuticos sobre la presión arterial y los lípidos en sangre, así como acciones preventivas como el uso de antiagregantes plaquetarios, cuidado de pies, vacunación y detección oportuna de complicaciones crónicas. La implementación de estas acciones ha demostrado ser eficaz en la prevención de muerte o incapacidad prematura por diabetes. ⁽⁴⁾

La diabetes es una enfermedad crónica de causas múltiples y diferentes. En su etapa inicial no produce síntomas y cuando se detecta tardíamente y no se trata adecuadamente ocasiona complicaciones de salud graves, como infarto del corazón, ceguera, falla renal, amputación de las extremidades inferiores y muerte prematura. Se estima que la esperanza de vida de individuos con diabetes se reduce entre 5 y 10 años. En México, la edad promedio de las personas que murieron por diabetes en 2010 fue de 66.7 años, lo que sugiere una reducción de 10 años. ⁽⁵⁾

En el mundo existen 170 millones de personas afectadas por diabetes mellitus que se duplicarán para el 2030. En América Latina se calcula un incremento de 148 % de los pacientes con diabetes. En México se estima que de 6.8 millones de afectados se pasará a 11.9 millones, con un incremento de 175 %. El número de casos nuevos de diabetes en niños y adolescentes mexicanos se triplicó entre 1990 y 2007, particularmente entre los mayores de

25 años; el grupo más afectado fue el de 15 a 19 años a partir del año 2000 y el número de casos en 2007 se multiplicó casi por cinco: pasó de 411 a 1770 casos. Latinoamérica existen 15 millones de personas con diabetes y se considera que esta cifra alcanzará los 20 millones de personas en los próximos 10 años, con lo que la prevalencia podría llegar a 83 millones para el 2030. Cada 10 segundos muere una persona por alguna causa relacionada con la diabetes mellitus tipo 2. Según la OMS, se espera que para el 2025 se duplique el número actual de personas con este padecimiento y que la mortalidad aumente en un 25% en la próxima década. Esto implica que debido a estos indicadores, la esperanza de vida para las personas de todo el mundo se reduzca por primera vez en 200 años. ⁽⁶⁾

En la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la prevalencia de diabetes mellitus fue de 10.5 % durante el 2010. En la consulta de medicina familiar ocupó el segundo lugar de demanda; en especialidades, el quinto lugar; y en la consulta de urgencias y como motivo de egreso hospitalario, el octavo. En los programas de diálisis, cinco de cada 10 pacientes atendidos eran diabéticos tipo 2 con riesgo cardiovascular mayor; se estimó que entre siete y ocho de cada 10 personas con diabetes murieron por problema macro vascular. La diabetes mellitus es la primera causa de muerte nacional y la tasa de mortalidad crece 3 % cada año. En el IMSS, entre 2004 y 2010 fue la primera causa de muerte, con 21 096 defunciones en 2011. Los dictámenes de invalidez por este padecimiento constituyen 12.9 % del total, con una relación hombre mujer de 8 a 1 (83 y 17 %) (División de Información en Salud. IMSS, 2010). ⁽⁷⁾

La diabetes mellitus representa un problema de gran preocupación para los organismos internacionales en salud, sobre todo para México, debido a los grandes problemas, no sólo referentes al área de la salud, sino por los altos costos económicos y sociales que ello genera. ⁽⁷⁾

La diabetes mellitus es considerada en la actualidad la nueva pandemia del siglo XXI. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, a nivel mundial desde 1995 a la fecha, casi se ha triplicado el número de personas diabéticas y cada día el riesgo de presentar diabetes aumenta. Los diabéticos como todas aquellas personas que padecen una enfermedad crónica degenerativa, son vulnerables no sólo a los daños físicos sino también en el área psico-afectiva por lo que el apoyo y funcionamiento familiar es una pieza fundamental para sobrellevar su enfermedad y tener una mejor calidad de vida. ⁽⁸⁾

Uno de los principales problemas epidemiológicos es la alta incidencia de padecimientos crónico-degenerativos (procesos incurables de etiología múltiple, con evolución poco predecible y repercusiones económicas, médicas, psicológicas, sociales y familiares). Un claro ejemplo de ellos es la diabetes mellitus tipo 2 con elevado índice de morbilidad y mortalidad. Su tratamiento es complejo, ya que tener un buen apego es difícil al igual que el paciente cumpla con las dosis que se le indican y modifique su estilo de vida, situaciones que repercuten negativamente en la esfera familiar y social. ⁽⁹⁾

El diagnóstico de la enfermedad muchas veces ocasiona un choque emocional para la persona ya que no está preparada para convivir con las limitaciones provocadas por su enfermedad por lo que es importante comprender que los aspectos psicológicos, sentimientos y comportamientos pueden interferir en la motivación y la predisposición a la incorporación de cambios en los hábitos de vida, es necesario incluir el tratamiento psicológico-emocional para que el manejo sea integral y garantice el bienestar del paciente. El duelo es una reacción de adaptación natural ante la pérdida de la identidad como persona sana. La preparación del duelo comienza cuando se tiene conciencia de la pérdida de la salud al recibir el diagnóstico o conocer el pronóstico de incurable. La negación disminuye la respuesta al estrés; sin embargo, hay un efecto negativo en la adquisición de conocimiento, habilidades y disciplinas para enfrentar la enfermedad, para un tratamiento exitoso de la diabetes es necesario que exista una relación congruente entre la salud mental del paciente, el entorno emocional de la familia y el cuidado de las concentraciones de glucosa en sangre. ⁽¹⁰⁾

La familia es el grupo social más importante para el hombre pues es un recurso para el mantenimiento de la salud y prevención de las enfermedades crónicas, influye en el individuo a través de sus relaciones de intimidad, solidaridad y afecto. ⁽¹⁰⁾

Las experiencias emocionales de los pacientes influyen con los alimentos y la exposición a la educación nutricional ya que esas contribuyen a formar hábitos dietéticos, que en alguna medida son producto de la cultura y el grupo social. Esto constituye una unidad básica de la atención médica y de la salud que influye en la morbilidad, la respuesta a los síntomas y a la utilización de los servicios médicos. ⁽¹⁰⁾

Las reacciones de la familia ante la enfermedad de uno de sus miembros dependen de varios factores: Tipo de familia, cultura y educación de cada miembro; del desarrollo familiar, las

ideas acerca de la salud frente a enfermedades específicas y su tratamiento. En la reacción del paciente a sus síntomas o complicaciones, influyen las actitudes de los parientes acerca del dolor, invalidez, regímenes terapéuticos, o de una enfermedad. ⁽¹⁰⁾

La aparición de la diabetes enfrenta al sistema familiar a una situación nueva e inesperada, implica la carga emocional de una enfermedad que no se cura, que requiere ser tratada por el resto de la vida, que exige medidas terapéuticas basadas en los cambios a los hábitos de vida, en el sentido dietético y del ejercicio físico, con las dificultades reales de adaptación que ello exige para el resto de los miembros de la familia, con las complicaciones físicas que esto conlleva que pueden ir surgiendo y originando una incapacidad que sobrecarga aún más el sistema. La familia procesará todo esto según su propio conjunto de creencias acerca de la enfermedad y las experiencias previas que posea en el cuidado de pacientes diabéticos, sobre todo en relación con acontecimientos dramáticos. ⁽¹⁰⁾

En la medida en que se incorpore un integrante de la familia o un cuidador en el control y tratamiento del paciente diabético, sumado a la colaboración y compromiso del resto del grupo familiar y amigos y se logre acercar al paciente a su red social de apoyo, se conseguirá mayor comprensión por parte del paciente y su familia en relación con la enfermedad, se conseguirá mayor apego al tratamiento y con ello, mayor compensación metabólica. La coexistencia en la familia de un enfermo crónico no afecta de igual manera a todos sus miembros porque son muchas las variables que entran en juego; influyen la actitud que mantengan, la cercanía afectiva con el que tiene diabetes, el grado de compromiso que haya adquirido en la relación y las características individuales de la persona diabética. ⁽¹⁰⁾

El proceso de la enfermedad crónica requiere una adaptación de toda la familia a la nueva situación, esto implica un desgaste que puede suponer que se desencadenen situaciones de conflicto y en ocasiones estrés de los miembros de la familia. La reacción de las familias ante diabetes no es igual en todos los casos. La familia necesita educación, así como el paciente, para ayudar a hacer posibles los cambios en el estilo de vida y el soporte necesario. Es importante que todos los miembros de la familia que vivan con el paciente entiendan las demandas del cuidado de la diabetes. Lo común es indispensable que los miembros de la familia se conviertan en educadores de la enfermedad, ofrezcan estímulo, ayuden cuando es necesario sin juzgar. ⁽¹⁰⁾

La funcionalidad familiar, influyen el tratamiento de los pacientes con DM, ya que una alta proporción de pacientes que no se adhiere al tratamiento es por tener bajo apoyo y conocimiento de la familia sobre la diabetes, así como desinterés de los mismos. Ya que si la familia contribuye a la salud o enfermedad de sus miembros, mediante el desempeño de sus actividades, tareas o funciones básicas, hay un mejor apego al tratamiento y control de la diabetes en uno o varios de sus integrantes. Se ha demostrado también que existe una alta concurrencia de factores de riesgo en los miembros de una familia. ⁽¹¹⁾

Los factores de riesgo (hipertensión, tabaquismo, obesidad, estrés y desinformación) están relacionados con la función familiar; y su incidencia es mucho menor si se abordan desde una perspectiva que incluya el problema en el contexto familiar, puesto que las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar desequilibrio emocional y descompensación en el estado de salud de las personas. Existen evidencias documentadas de que, cuando una persona presenta algún tipo de enfermedad crónica como diabetes, la evolución y respuesta al tratamiento depende en buena medida del funcionamiento de la familia. La comunicación, la afectividad, el desarrollo, la adaptabilidad, el apoyo emocional, económico y de información, son funciones esenciales que tienen un efecto positivo en la recuperación de la salud. Al contrario, si la familia no cumple con estas funciones o no sabe manejar el estrés que produce la enfermedad, la evolución de ésta tiende a ser negativa. Esto se demuestra, la influencia que ejerce la familia en la mayor o menor adherencia al tratamiento que tiene una persona con alguna de estas enfermedades crónicas y la capacidad predictiva de la funcionalidad familiar en la presencia de eventos descompensatorios en pacientes diabéticos en el control de su enfermedad. Un complejo conjunto de factores concomitantes asociados a la probabilidad de evidenciar episodios descompensatorios en pacientes crónicos, la disfuncionalidad familiar se configura como uno de ellos con mayor capacidad predictiva en contextos multivalentes. ⁽¹²⁾

El escuchar por primera vez que se tiene diabetes resulta sorprendente e incluso impactante. El momento puede resultar estresante y afectar las emociones de las personas y la familia por saber que su ser querido sufre diabetes, atravesando una serie de conflictos internos que comienza desde negación, temor, culpa, enojo, confusión y miedo. ⁽¹³⁾

Resulta vital reflexionar sobre los impactos psicológicos y sociales que puede generar la enfermedad, y hay aspectos involucrados en dichos impactos son: su carácter crónico, las

modificaciones que suscita en áreas significativas de la vida (trabajo, familia, pareja, sexualidad, relaciones interpersonales y con la comunidad), los cambios corporales y funcionales que puede producir, y la significación (estigmatizante) de estos cambios. La familia constituye uno de los espacios de vida más profundamente impactados a partir de la aparición de una enfermedad crónica. ⁽¹⁴⁾

Las personas con diabetes suelen estar de una profunda conciencia de sufrimiento familiar y sentimientos de culpa a partir de construirse a sí mismos/as en términos de carga familiar. Ya que esto se relaciona con la necesidad de cuidados, apoyos, reestructuración de funciones y ocupaciones, estas últimas muchas veces relacionadas con las limitaciones ocupacionales y con el aumento de los gastos de salud. Por lo que los retos que la familia enfrenta ante la realidad de una enfermedad crónica incurable con muchos cuidados, lo cual se pudiera constituir en una demanda excesiva sobre su capacidad de adaptación, y tener efectos sobre el curso de la enfermedad y la estabilidad familiar. ⁽¹⁵⁾

La diabetes es problema de salud pública mundial, vinculada al estilo de vida basado en patrones de comportamiento identificables, determinados por características personales individuales, las interacciones familiares, las condiciones de vida socioeconómicas y ambiente en el que se desenvuelve. Así pueden existir conductas que generan hábitos saludables y no saludables que causan bienestar o daños a la salud. ⁽¹⁶⁾

Es importante valorar la relación sobre la diabetes y la funcionalidad familiar para un mejor apego a su tratamiento y control de la misma. Ya que el impacto es grande y en la mayoría de las instituciones de salud se apegan más a un tratamiento médico, olvidando el impacto que genera la enfermedad en las personas que la padecen y las formas en que se ven afectados aspectos de su vida cotidiana, personal, familiar y laboral. ⁽¹⁷⁾

Para gran parte del personal de salud, la función familiar es tal vez irrelevante, y no se da la importancia a los familiares de pacientes diabéticos repercutiendo en las acciones, decisiones, tradiciones, pensamientos, hábitos del paciente diabético, como por ejemplo en lo concerniente al seguimiento y control. Aun con las recomendaciones de las guías de práctica clínica más difundidas muchos pacientes, incluso en fases iniciales de la enfermedad, no alcanzan los objetivos de glucosa hemoglobina glucosilada (HbA1c) recomendados por esta situación. ⁽¹⁸⁾

La familia como una Dimensión física es percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. Dimensión psicológica: percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro, etc. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento. Dimensión social: percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral. (18)

Se han descrito múltiples factores relacionados con la diabetes que pueden afectar su entorno familiar, así como a los pacientes con esta enfermedad, el propio impacto del diagnóstico. Las demandas del tratamiento que pueden poner a la persona con diabetes o a sus familiares ante situaciones que, con frecuencia, producen la aparición de reacciones emocionales negativas. La incertidumbre sobre posibles complicaciones futuras. El miedo a las hipoglucemias por las consecuencias negativas de éstas (físicas, cognitivas, motoras, etc.). Frustración ante niveles altos o bajos de glucemia inexplicables. El cumplimiento diario del régimen médico que impone restricciones en el estilo de vida familiar (inyecciones, análisis, planificación de comidas, ejercicio físico, etc.). (19)

El núcleo familiar puede ser un recurso para el mantenimiento de la salud y la atención preventiva, pero es necesario conocer la percepción de riesgo de la familia de una persona enferma para valorar la implementación de estas acciones. Por esta razón, es importante ver el riesgo de los familiares de pacientes diabéticos para desarrollar diabetes mellitus y la modificación de los factores de riesgo susceptibles de ello. Los diabéticos, como todas aquellas personas que padecen una enfermedad crónica degenerativa, son vulnerables no sólo a los daños físicos sino también en el área psico-afectiva por lo que el apoyo es una pieza fundamental para sobrellevar su enfermedad. La preocupación emocional o el apoyo afectivo, la ayuda instrumental, e información son indispensables. (20)

Un alto porcentaje de pacientes diabéticos que no logran alcanzar niveles de compensación tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones, se estima necesario visualizar al individuo desde un enfoque más integral, que involucre a su entorno más próximo, como es la familia, para observar desde allí aspectos del funcionamiento familiar que pudieran estar

incidiendo o no en su control o descontrol. Por ello, el problema en cuestión surge a partir de las siguientes interrogantes de que si la funcionalidad familiar se relaciona con el control o descontrol de los pacientes diabéticos. Por lo que los factores asociados en eventos de descontrol que se presenta para pueden determinar la capacidad predictiva de la funcionalidad familiar en la presencia de eventos descontrolados en pacientes diabéticos, así como establecer el nivel de funcionalidad familiar. ⁽²¹⁾

La diabetes es un padecimiento con una evolución crónica y compleja que consecuentemente requiere un enfoque estructurado, integral, multidisciplinario, enfocado en el paciente y secuencial; para su prevención, control, limitación del daño y rehabilitación. Las personas con diabetes desarrollan complicaciones psicosociales como la falta de apoyo familiar, fobias, depresión o trastornos en la alimentación entre otros. ⁽²²⁾

La evaluación del funcionamiento familiar con instrumentos permite caracterizar las relaciones entre los miembros de la familia e identificar áreas de oportunidad para intervención del equipo de salud, como la prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL), el cual es un instrumento que contiene 14 reactivos divididos en 7 áreas: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. Cada pregunta tiene cinco opciones de respuesta al que se asigna un puntaje: casi nunca (un punto), pocas veces (dos puntos), a veces (tres puntos), muchas veces (cuatro puntos) y casi siempre (cinco puntos). El puntaje global resultante de la suma de la respuesta de los 14 reactivos permite clasificar en funcionamiento familiar en: familia funcional (70 a 57 puntos), familia moderadamente funcional (56 a 46 puntos), familia disfuncional (42 a 28 puntos) y familia severamente disfuncional (27 a 14 puntos). ⁽²³⁾

Este instrumento permite diagnosticar el funcionamiento familiar (dinámica relacional sistémica que se da entre los miembros de una familia), a través de la percepción de uno de los miembros. Se parte del principio de que sea sencillo, de bajo costo, de fácil comprensión para cualquier nivel de escolaridad y que pueda ser aplicado por cualquier tipo de personal (médico familiar, enfermera, trabajador social, etcétera). ⁽²⁴⁾

La prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares (FF-SIL) es diseñado y validado Ciudad de La Habana: Facultad de Salud Pública, 1994.) Con el objetivo de evaluar el Funcionamiento Familiar. (De la Cuesta Freijomil Dolores, Pérez González Esther, Louro

Bernal Isabel. Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento (Tesis de Maestría en Psicología de la Salud). Constituye una prueba de alta confiabilidad por su estabilidad y coherencia interna. Resulto con alta validez de contenidos de criterios, y de construcción lo que significa que el test si funciona. Con fácil aplicación y calificación por el equipo de salud de la Atención Primaria. El estudio tiene confiabilidad con relación al tiempo se realizó a través del cálculo del coeficiente de confiabilidad se obtiene un coeficiente igual a 0.94, un alfa crombach 0,91 muy por encima del valor prefijado (0.8, lo que demuestra que el test es confiable con relación al tiempo).⁽²⁴⁾

Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.

Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.

Permeabilidad: capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

Afectividad: capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

Roles: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.^(25, 26, 27)

Por lo anterior se buscó realizar el presente estudio, buscando que sea confiable, ya que a pesar de las opciones terapéuticas que tienen los pacientes, en nuestra población existe descontrol, con las subsecuentes complicaciones, donde la familia juega un Papel importante en la salud integral de cada uno de sus miembros, siendo importante identificar el grado de funcionalidad familiar y su relación con el control del paciente diabético, de hay nació nuestra

pregunta de investigación ¿Cuál es la comunicación y roles para la funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 descontrolados en la UMF 2?
Lo que determinara el rumbo del estudio y sus posibles resultados. ^(25, 26, 27)

JUSTIFICACIÓN

Las personas con diabetes mellitus tipo 2 requieren de mayor atención médica que otras personas ya que son más vulnerables a enfermedades y complicaciones de la misma. Nuestra población tiene factores de riesgo para desencadenar diabetes. Desde el punto de vista económico, biomédico y social, su repercusión sobre el sistema de salud radica en que los pacientes crónicos degenerativos en especial los diabéticos son los principales consumidores (relativos o absolutos) de medicamentos y servicios de salud. Es de considerar que pese a la prevalencia y afectación a los pacientes diabéticos, es importante como médicos proveer salud y también, valorar el entorno familiar en el aspecto social y mental. Este estudio está enfocado en conocer una pequeña parte de éstos, la Funcionalidad Familiar que dirige la vida de los pacientes que tienen Diabetes Mellitus tipo 2.

Se requiere conocer la percepción y funcionalidad de la familia de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 la cual nos permitirá descubrir cuáles son los valores que dirigen su vida, para valorar si existe algún tipo de repercusión en su tratamiento e implementar estrategias que nos permitan evitar el deterioro físico a consecuencia del deterioro emocional y dar el tratamiento psicológico de las áreas afectadas por el proceso de enfermedad lo que podría permitir al paciente la restauración de su adherencia terapéutica, bienestar y calidad de vida así como el afrontamiento emocional, instrumental y el apoyo social médico que mejoren el manejo de la diabetes.

Un buen control glucémico del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 previene o retarda la aparición de complicaciones hasta en un 70%. Este estudio servirá para mejorar la atención del paciente considerando su calidad de vida para poder incidir en la esfera biopsicosocial. Se realizara a todo paciente con diabetes mellitus tipo 2 que acuda a la UMF 2 turno vespertino. Esta investigación es factible porque es posible llevarla a cabo ya que contamos con el apoyo de las autoridades, así como recursos materiales y humanos para poder realizar con población de la UMF 2 delegación norte ciudad de México.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de existir diversidad de medicamentos para el manejo del paciente con diabetes Mellitus tipo 2, persiste el descontrol y las subsecuentes complicaciones, la familia juega un Papel importante en la salud integral de cada uno de sus miembros, ya que el apoyo e interés familiar son básicos para un excelente apego al tratamiento, cuando la función familiar se ve afectada en alguno de ellos, afecta de manera importante en la recuperación de la salud o en el control adecuado de la enfermedad. Por este motivo consideramos importante identificar el grado de funcionalidad familiar y su relación con el control del paciente diabético, para evitar en lo posible las complicaciones propias de la enfermedad. Las cuales elevan costos de la atención por el tratamiento y control de la diabetes y complicaciones. Se realizara en una muestra de 323 pacientes.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la adaptabilidad, comunicación y roles para la funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 descontrolados en la UMF 2?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la adaptabilidad, comunicación y roles para la funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 descontrolados de UMF 2, mediante la aplicación del cuestionario FF SIL.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Investigar la evaluación de la adaptabilidad, comunicación y roles en la familia en los pacientes del grupo de estudio.

Investigar función familiar, en los pacientes del grupo de estudio.

Evaluar la cohesión en la familia de los en los pacientes del grupo de estudio.

Determinar la armonía en la familia de los en los pacientes del grupo de estudio.

Valorar la comunicación en la familia de los en los pacientes del grupo de estudio.

Evaluar la afectividad en la familia de los en los pacientes del grupo de estudio.

Valorar la adaptabilidad en la familia de los en los pacientes del grupo de estudio.

Cuantificar el número de pacientes con Diabetes Mellitus 2.

HIPOTESIS

Al tratarse de un estudio observacional, descriptivo transversal no comparativo, no amerita hipótesis. Ya que es con fines educativos, porque es ver como la Función familiar es un factor determinante en el descontrol glucémico del paciente con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 descompensado.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información es un estudio Prospectivo.

Ya que el número de una misma variable o el periodo de secuencia del estudio nos indica que es Transversal.

Porque la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados muestra que este estudio No es Comparativo.

Por el control de las variables o el análisis y alcance de los estudios este es Descriptivo

De acuerdo con la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza este es Observacional.

Características del lugar donde se realizara el estudio.

La investigación se llevará a cabo en una población urbana, derechohabiente del IMSS del 1 de Octubre 2016 a 15 de febrero 2018 en la Unidad de Medicina Familiar No. 2, del IMSS, ubicada en Calle Sor Juana Inés de La Cruz No. 81 Col. Santa María la Ribera, Cuauhtémoc, Cd de México.

La unidad de estudio son los pacientes de Diabetes mellitus tipo 2, del turno vespertino de un total de 2035 pacientes en la unidad desafortunadamente por costo y tiempo, solo se valorara el tamaño de la muestra necesaria para el estudio.

- **Unidad de Investigación**

Pacientes Diabetes mellitus tipo 2, descontrolados de la UMF2.

- **Muestra de Trabajo**

Todos los pacientes con diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2 que acuden a la UMF 2 turno vespertino.

- **Tiempo de Estudio**

1 de Noviembre 2016 al 31 de Octubre 2017.

- **Espacio**

Consulta externa de la UMF No. 2 turno vespertino.

- **Universo del Estudio:**

Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 descontrolados derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social.

Descripción general del estudio

Se realizará el estudio en la unidad de Medicina Familiar No. 2, del IMSS, ubicada en Calle Sor Juana Inés de La Cruz No. 81 Col. Santa María La Ribera, de donde se tomará una muestra no probabilística de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, a los cuales se les informará en qué consiste el estudio, sus beneficios, y se les hará firmar el consentimiento informado. Posteriormente se le presentará el cuestionario FF-SIL, para que sea contestado. La recolección de datos se realizará de manera no pirobalística a través de casos consecutivos. Una vez capturada la información, se realizará el análisis estadístico de la información, realizando primero el análisis univariado y posteriormente el multivariado mediante el SPSS versión 21.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

El análisis estadístico se llevará a cabo a través del programa SPSS 21. Para el análisis de los resultados de variables cuantitativas se utilizarán medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza del 95%. Para el análisis de los resultados de variables cualitativas se calcularán frecuencias y porcentajes. Se realizará análisis estadísticos con Medidas de tendencia central y Media.

GRUPO DE ESTUDIO

Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 descontrolados, que acudan a la consulta externa de medicina familiar en el turno vespertino de la UMF 2 "Santa María La Ribera".

CRITERIOS DE SELECCION.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Paciente con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados, derechohabientes del IMSS, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 2

CRITERIOS DE EXCLUSION:

1. Pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 descontrolados, que al momento de la entrevista presenten alguna complicación
2. Que no acepten la aplicación del cuestionario.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Que no termine de forma completa el instrumento de evaluación

TAMAÑO DE LA MUESTRA

La unidad de estudio de pacientes de Diabetes mellitus tipo 2 en el turno vespertino es un total de 2035 pacientes, de ellos se seleccionará un tamaño de muestra con un intervalo de confianza 95% y un error muestral del 5%, que es la necesaria para un estudio descriptivo de una variable dicotómica. Mediante la siguiente fórmula:

$$no = \frac{N (\alpha)^2 (Z)^2}{(N-1) (e)^2 (\alpha)^2 (Z)^2}$$

$$no = \frac{2035 (0.25)(3.84)}{(2034) (0.0025) + (0.25)(3.84)}$$

$$no = \frac{2035 \times 0.96}{5.085 + 0.96}$$

$$no = \frac{1953.6}{6.04} = 323$$

$$no = 323$$

Por lo que se estudiarán 323 calculando un 10% para aumentar el poder de la muestra aun con las pérdidas lo que da un total de 350 pacientes.

VARIABLES

GENERO

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Hombre: En su uso habitual, la palabra hombre identifica a los seres que pertenecen al género masculino. También se utiliza el concepto de varón para señalar al macho humano desde un punto de vista biológico

Mujer: es el ser humano femenino o hembra, independientemente de si es niña o adulta. Dentro del género humano, la mujer es la hembra de la especie, o sea pertenece al género femenino, poseyendo órganos sexuales que la capacitan para engendrar otros individuos de la raza humana.

TIPO DE VARIABLE: socio demográfica

ESCALA DE MEDICIÓN: Cualitativo Y Nominal

INDICADOR: Hombre y Mujer.

ESTADO CIVIL

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Situación jurídica concreta que posee un individuo con respecto a la familia.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Soltero: Individuo que no está unido en matrimonio o en una relación estable. Casado: Que ha contraído matrimonio. Viudo: Que ha perdido por fallecimiento a su conyugue y no ha vuelto a casarse. Divorciado: persona cuyo vínculo matrimonial ha sido disuelto. Unión libre: en relación estable voluntariamente sin vínculo matrimonial para cumplir los fines atribuidos al matrimonio.

TIPO DE VARIABLE: socio demográfica

ESCALA DE MEDICIÓN: Cualitativo Y Nominal

INDICADOR: soltero, casado, viudo, divorciado y unión libre.

OCUPACIÓN

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Trabajo o actividad a la que se dedica el paciente.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Hogar: Persona que realiza las labores cotidianas del hogar. Jubilado: persona que se ha retirado de la actividad laboral. Empleado: Persona que trabaja para otra o para una institución a cambio de un salario. Desempleado: Que está en condiciones de trabajar pero no tiene empleo o lo ha perdido. Comerciante: es la persona que se dedica habitualmente al comercio.

Personas que, de manera habitual, se ocupan en alguna de las actividades que la ley considera mercantiles (actos de comercio)

Empresario: es aquella persona natural o jurídica que generalmente es titular de una unidad de producción o servicio, y como tal, éste asume el riesgo principal de la misma, siendo la circunstancia que lo diferencia del ejecutivo.

TIPO DE VARIABLE: socio demográfica

ESCALA DE MEDICIÓN: Cualitativo Y Nominal

INDICADOR: hogar, jubilado, pensionado, Empleado, Desempleado, Empresario y Comerciante.

EDAD

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Es la suma de años que ha transcurrido desde nuestro nacimiento. Es el tiempo transcurrido desde entonces. Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento, hasta el momento actual.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Número de años cumplidos en el momento de la encuesta

TIPO DE VARIABLE: socio demográfica

ESCALA DE MEDICIÓN: Cualitativo Y Nominal

INDICADOR: 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59 y 60 y más.

ESCOLARIDAD

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Grado máximo de estudios de los pacientes.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Primaria: es el nivel de educación elemental o básica, aquella considerada como el gran conocimiento para que la persona pueda comenzar a adquirir conocimientos y a desarrollar su intelecto. es la que asegura la correcta alfabetización, es decir, que enseña a leer, escribir, cálculo básico y algunos de los conceptos culturales considerados imprescindibles. Secundaria: La educación secundaria, educación media, segunda enseñanza, enseñanza secundaria, enseñanza media, bachillerato o estudios medios, es el nombre de la penúltima etapa en la educación obligatoria, posterior a la enseñanza primaria.

Bachillerato: Conjunto de estudios o grado académico que se obtiene posterior a la educación secundaria obligatoria, que capacita para el acceso a la universidad.

Licenciatura: Título académico que se obtiene al acabar una carrera universitaria de más de tres años. Es la finalización de la etapa de formación universitaria y ha obtenido una

titulación. Posgrado: Estudios universitarios posteriores a la licenciatura. Es el ciclo de estudios de especialización que se cursa tras la graduación o licenciatura.

TIPO DE VARIABLE: socio demográfica

ESCALA DE MEDICIÓN: Cualitativo y Ordinal

INDICADOR: Primaria, Secundaria, Preparatoria, Licenciatura y Posgrado.

DIABETES MELLITUS

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Enfermedad crónica degenerativa, que es un grupo de alteraciones metabólicas que se caracteriza por hiperglucemia crónica, debida a un defecto en la secreción de la insulina, a un defecto en la acción de la misma, o a ambas.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: pacientes con la diabetes mellitus tipo 2 descontrolados con glucemias >140 mg/dL.

TIPO DE VARIABLE: Interés

ESCALA DE MEDICIÓN: Cualitativa y ordinal

INDICADOR: Valorar a paciente diabéticos tipo 2 descontrolados con glucemias >140 mg/dL

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: La Función familiar es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de la familia y que confieren identidad propia

DEFINICION OPERACIONAL: Se evalúa con en el instrumento FF SIL que consta de 14 Ítems que mide el grado de funcionalidad basados en 7 variables: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad, permite al Identificar el factor relacionado causante del problema familiar y así intervenir más eficaz y efectivamente en este

TIPO DE VARIABLE: Interés

ESCALA DE MEDICIÓN: Ordinal y cuantitativa

INDICADOR: 1. De 70 a 57 puntos. Familia funcional, 2 .De 56 a 43 puntos. Familia moderadamente funcional, 3 .De 42 a 28 puntos. Familia disfuncional
4 .De 27 a 14 puntos. Familia severamente disfuncional

RECURSOS

Humanos. Investigadores involucrados.

Físicos: Instalaciones propias de la Unidad de Medicina Familiar No. 2

Financieros: Propios de los investigadores.

Tecnológicos: Computadora.

Materiales: Hojas de cuestionarios, hojas de consentimiento informado, lápiz.

ASPECTOS ÉTICOS

Declaración de Helsinki

Recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica con seres humanos Adoptadas por la 18a Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendadas por la 29a Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, octubre de 1975, por la 35a Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre de 1983 y por la 41a Asamblea Médica Mundial Hong Kong, en septiembre de 1989, Asociación Médica Mundial, año 2000; es una recomendación para guiar a los médicos en las investigaciones biomédicas en seres humanos, donde la preservación de la integridad y el cuidado de la salud de la humanidad son lo más importante. Alude a los Códigos de ética, donde se señala que el interés del médico se encamina al fortalecimiento de la salud mental y física del paciente. Así, sus lineamientos están destinados a proteger a los humanos que puedan intervenir en estudios de investigación clínica, terapéutica, diagnóstica, farmacológica y de ensayos clínicos.

La Ley General de Salud indica en su Título I, capítulo único, artículo 2º, apartado VII, como derecho a la protección a la salud el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud; en el artículo 3º, apartado IX, en materia de salubridad general, como atribución en salubridad general, la coordinación en investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos. Competencia del Consejo de Salubridad en el artículo 17, fracción III, en opinar sobre proyectos de investigación y de formación de recursos humanos para la salud, en su artículo 98 sobre la formación de comisiones de investigación y de ética, para la supervisión de la investigación biomédica, especialmente en seres humanos. En el artículo 100 define las bases para la experimentación en seres humanos, semejantes a las disposiciones de la Declaración de Helsinki. (28, 29, 30)

RIESGO DE LA INVESTIGACIÓN:

En base a los estatutos mencionados, se considera el presente trabajo como una investigación sin riesgos, pues es un estudio que emplea métodos de técnicas de investigación documental y confidencial.

El estudio cuenta con los recursos necesarios y el apoyo por parte de las autoridades para su realización sin impedimento ya que no se vea afectada en ningún momento la integridad del paciente, manejándose de forma anónima la identidad del mismo. Se estima que el estudio corresponde con riesgo menor del mínimo. Todos los candidatos deberán otorgar consentimiento por escrito y el protocolo deberá ser aprobado por el Comité Local de Investigación.

Una vez integrados los datos en la base para análisis, ningún sujeto se identificará por nombre y sólo se hará por medio de un número de folio. Ninguno de ellos será identificado en informes o publicaciones que pudieran resultar de este estudio. Todos podrán retirar el consentimiento para usar sus datos en el momento en que ellos lo consideren apropiado. Podrán negarse a participar sin que esto afecte de manera alguna los beneficios o recursos o atención que requieran de la U.M.F.

Este trabajo se efectúa en exploración de conocimientos médicos de índole rutinaria en donde el investigador no tiene injerencia, siendo el trabajo longitudinal, descriptivo y observacional. El presente trabajo cumple con el Reglamento de la Ley general de salud, en materia de Investigación para la salud, Secretaria de Salud 1987, Título Segundo, Capítulo Primero, Artículo 17 Fracción I, por lo que puede aplicarse el Artículo 23 de mismo Reglamento, por lo que se pedirá consentimiento por escrito, en virtud de hacer análisis solo de conocimientos médicos rutinarios Se mantendrá estrictamente la confidencialidad de los datos individuales.

CONTRIBUCIONES Y BENEFICIOS DEL ESTUDIO PARA LOS PARTICIPANTES Y SOCIEDAD EN CONJUNTO: Porque el paciente no va a recibir ningún beneficio económico, pero sin embargo ayuda a su salud y mejoría. Directamente no existe beneficio para el participante sin embargo una vez finalizado el estudio se darán a conocer los resultados

POSIBLES INCONVENIENTES: No existe ningún inconveniente para el paciente.

BALANCE RIESGO BENEFICIO: En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación.

CONFIDENCIALIDAD: Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal. Porque el paciente merece que toda su información sea confidencial. El presente estudio se realizara utilizando nombres y números de afiliación de los participantes que quedaran estrictamente en manos del investigador responsable por lo que se recabaran los resultados en un registro independiente donde serán identificados únicamente con número de folio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente. Porque al realizar un estudio por medio de información del paciente el tiene todo el derecho de aprobarlo y el aceptarlo por lo que se da un consentimiento informado de aceptación. Sera solicitado por el personal de apoyo del investigador responsable y será totalmente ajeno al grupo de médicos que intervienen en la atención medica del participante.

En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada participante potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. El participante potencial debe ser informado del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada participante potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información.

Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

Todas las personas que participan en la investigación médica deben tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio.

Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el participante potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

Cuando el participante potencial sea incapaz de dar su consentimiento informado, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud del grupo representado por el participante potencial y esta investigación no puede realizarse en personas capaces de dar su consentimiento informado y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.

Si un participante potencial que toma parte en la investigación considerado incapaz de dar su consentimiento informado es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del participante potencial debe ser respetado.

La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo los pacientes inconscientes, se puede realizar sólo si la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria del grupo investigado. En estas circunstancias, el médico debe pedir el consentimiento informado al representante legal. Si dicho representante no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad que no les permite otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en el protocolo de la investigación y el estudio haya sido aprobado por un comité de ética de investigación. El consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente.

Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, como la investigación sobre material o datos contenidos en biobancos o depósitos similares, el médico debe pedir el consentimiento informado para la recolección, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones excepcionales en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación. En esta situación, la investigación sólo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación

FORMA DE SELECCIÓN DE PACIENTES A LOS QUE SE APLICARA UNA ENCUESTA: A todos los pacientes que cumplan criterios para el estudio. Se realizara por muestreo no probabilístico de casos consecutivos por conveniencia.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

P= PROGRAMADO

R= REALIZADO

“Evaluación de la adaptabilidad, comunicación y roles para la funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 descontrolados en la UMF 2.”

ACTIVIDAD 2016-2017	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE 2016	ENERO 2017	FEBRERO 2017
DELIMITACIÓN DEL TEMA A ESTUDIAR	R	R										
	R	R										
INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA			R	R								
			R	R								
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO HASTA PRESENTACIÓN AL CLIS					R	R						
						R	R					
REVISIÓN DEL PROTOCOLO POR EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN							R	R				
							R	R				
REGISTRO DEL NÚMERO DE PROTOCOLO							R	R				
							R	R				
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN									R	R		
									R	R		
ANÁLISIS DE RESULTADOS										R	R	
										R	R	
PRESENTACIÓN FINAL DEL TRABAJO										P	P	
										P	P	
RECOPIACIÓN DE DATOS (20%)										P	P	
										P	P	
PRESENTACIÓN DEL TRABAJO.										P	P	
										P	P	

ANÁLISIS DE RESULTADOS

DE ACUERDO A CUESTIONARIO FFSIL REALIZADOS DE NOVIEMBRE 2016 A JUNIO 2017

MES	ENCUESTAS REALIZADAS
NOVIEMBRE	43
DICIEMBRE	40
ENERO	30
FEBRERO	55
MARZO	60
ABRIL	33
MAYO	62
TOTAL DE ENCUESTAS	323

TOTAL DE ENCUESTAS A REALIZAR 323
 TOTAL DE ENCUESTAS REALIZADAS AL MOMENTO 323
 GRAFICAR CON EL PROGRAMA SPSS 20
 AVANCES REALIZADOS POR TABLAS
 TABLAS POR EDAD Y SEXO

TABLA DE EDAD

EDAD	20-29	30-39	40-49	50-59	MAS 60	TOTAL
	28	37	64	95	99	323

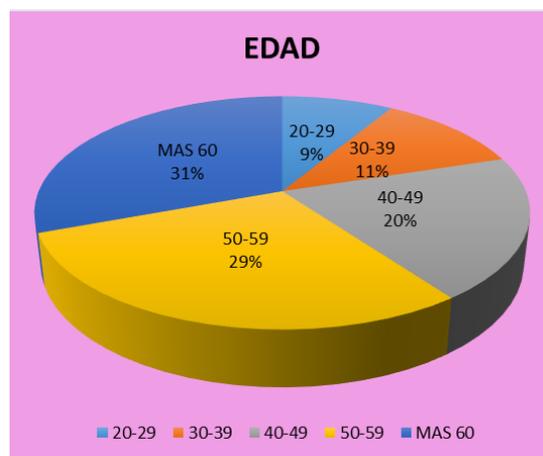
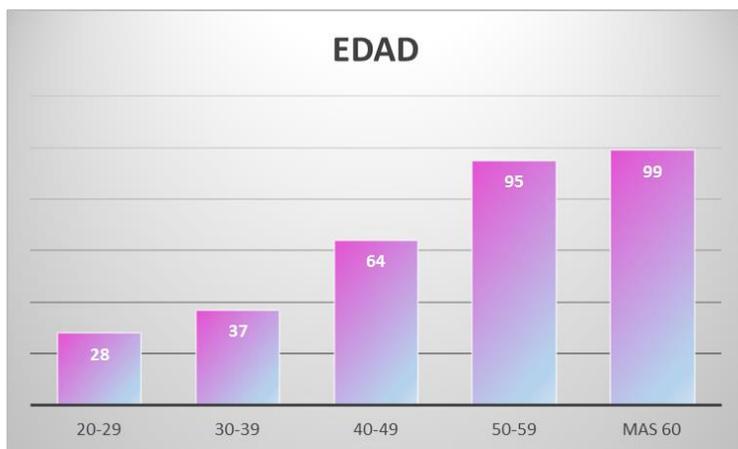


TABLA DE SEXO

SEXO	HOMBRE	Mujer	Total
	149	174	323

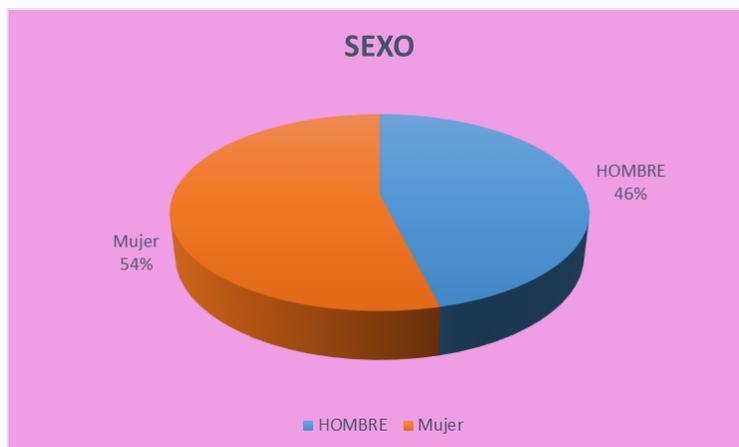


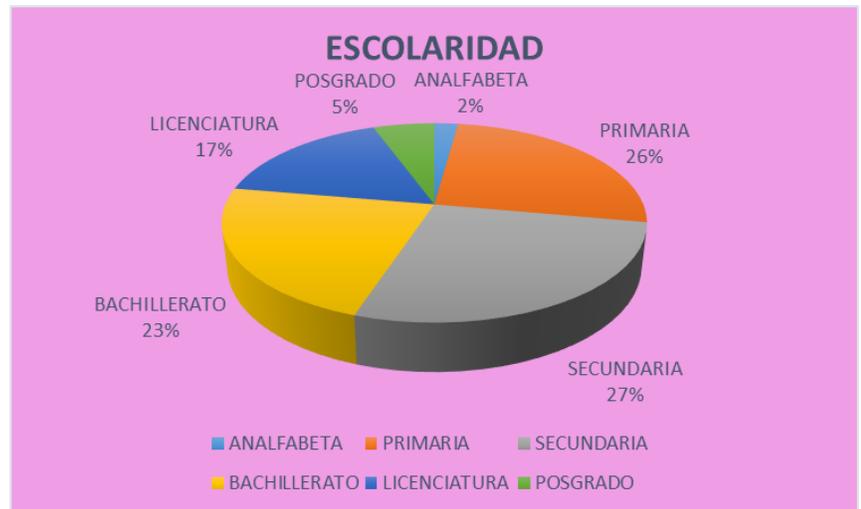
TABLA DE OCUPACIÓN

OCUPACIÓN	HOGAR	JUBILADO	EMPLEADO	DESEMPLEADO	COMERCIANTE	EMPRESARIO	TOTAL
	70	67	98	21	46	21	323



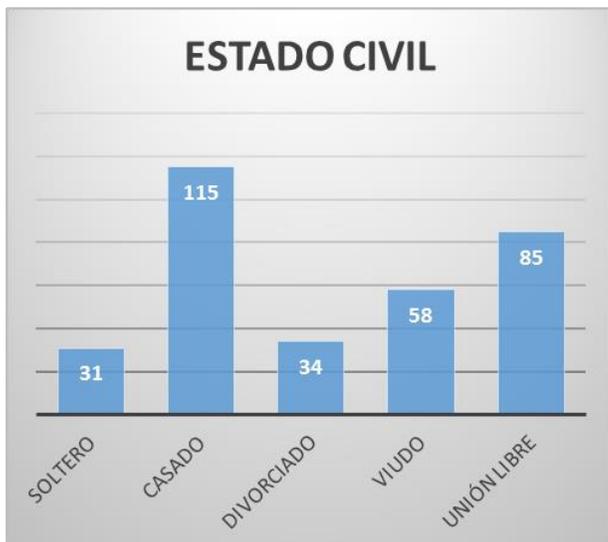
TABLA DE ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	ANALFABETA	PRIMARIA	SECUNDARIA	BACHILLERATO	LICENCIATURA	POSGRADO	TOTAL
	7	83	88	73	54	18	323



ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	SOLTERO	CASADO	DIVORCIADO	VIUDO	UNIÓN LIBRE	TOTAL
	31	115	34	58	85	323



RESULTADOS ENCUESTA

RESULTADOS DE ENCUESTA	FAMILIA FUNCIONAL 70 A 57 PUNTOS	FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL 56 A 43 PUNTOS	FAMILIA DISFUNCIONAL 42 A 28 PUNTOS	FAMILIA SEVERAMENTE DISFUNCIONAL 27 A 14 PUNTOS	TOTAL
	135	121	40	27	323

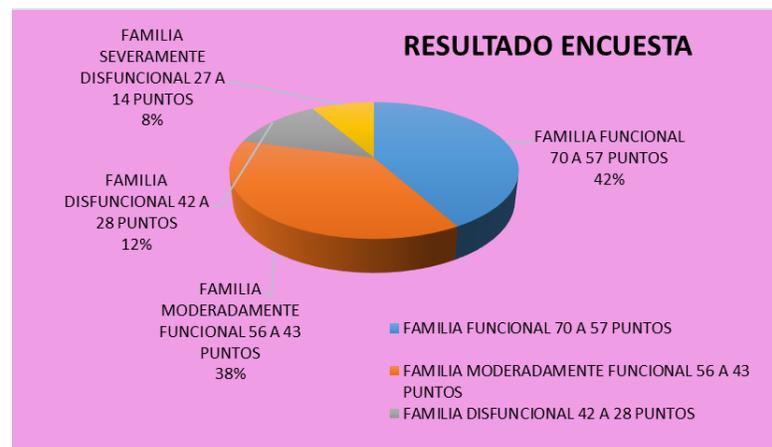


TABLA DE GLUCOSA ANTES DEL CUESTIONARIO

GLUCOSA	<140	DE 141 A 180	181 A 220	221 A 260	261 A 300	>300	TOTAL
	0	117	86	42	47	31	323



TABLA DE GLUCOSA DESPUÉS DEL CUESTIONARIO

GLUCOSA	<140	DE 141 A 180	181 A 220	221 A 260	261 A 300	>300	TOTAL
	256	38	12	10	6	1	323

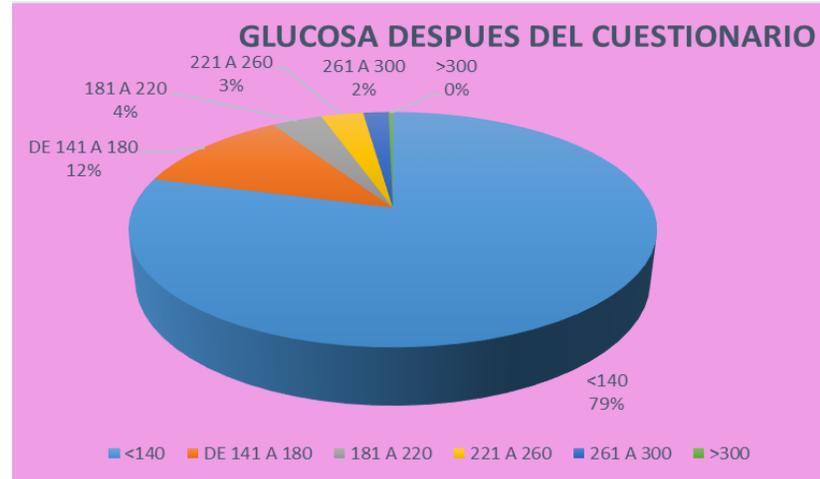
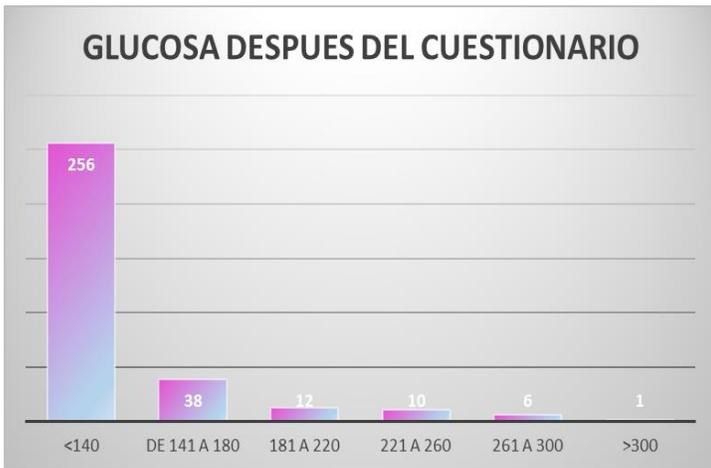


TABLA DE GLUCOSA Y ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD \ GLUCOSA	ANALFABETA	PRIMARIA	SECUNDARIA	BACHILLERATO	LICENCIATURA	POSGRADO	TOTAL
<140	4	51	72	60	52	17	256
>140	3	32	16	13	2	1	67
TOTAL	7	83	88	73	54	18	323

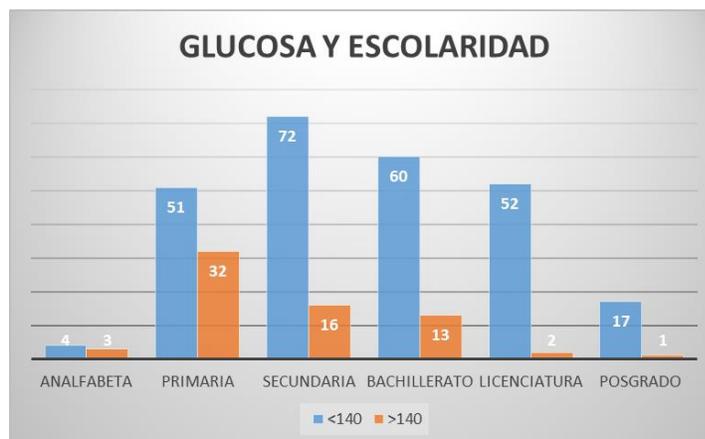
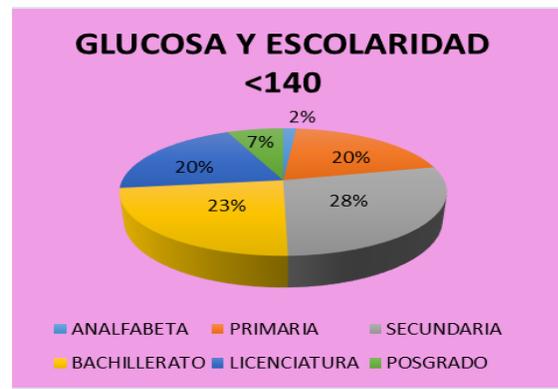
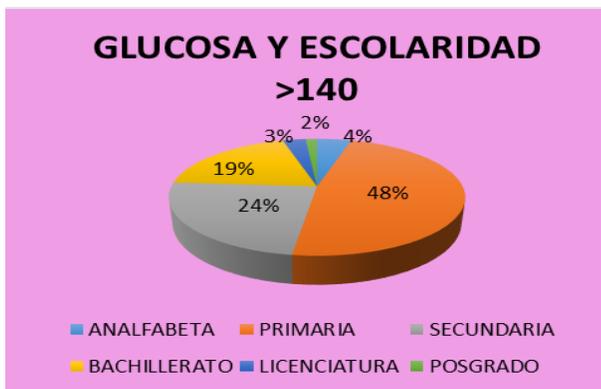


TABLA DE GLUCOSA Y SEXO

GLUCOSA \ SEXO	HOMBRE	MUJER	TOTAL
<140	123	133	256
>140	26	41	67
TOTAL	149	174	323

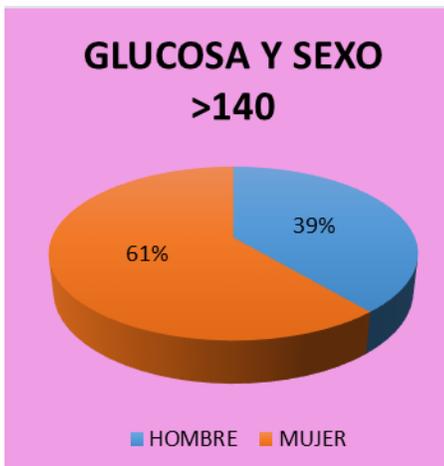
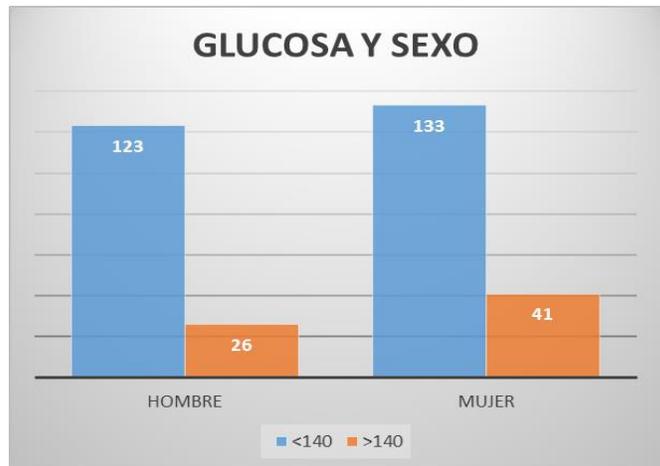
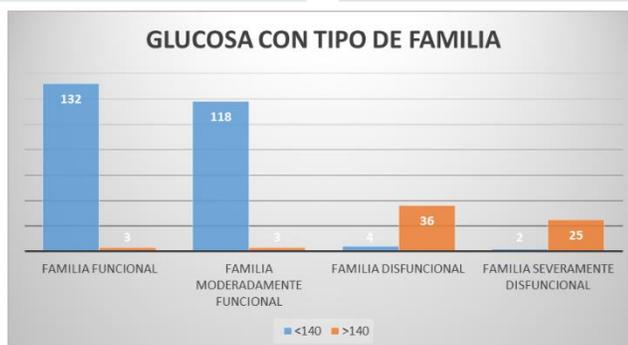
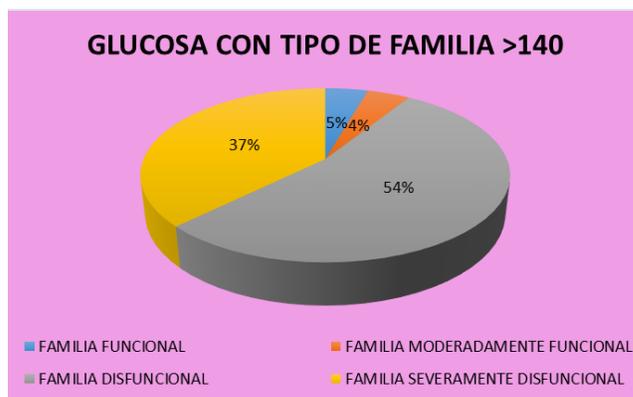


TABLA DE GLUCOSA CON TIPO DE FAMILIA

GLUCOSA \ TIPO DE FAMILIA	FAMILIA FUNCIONAL	FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL	FAMILIA DISFUNCIONAL	FAMILIA SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	TOTAL
<140	132	118	4	2	256
>140	3	3	36	25	67
TOTAL	135	121	40	27	323



BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus Diabetes Care January 2014; 37(1) 581-590
2. Hernández-Ávila M, Gutiérrez JP, Reynoso-Noverón N, Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. Sal Púb Méx 2013; 55 (2)
3. Rojas de PE., Molina R, Cruz Rodríguez C. / Definición, clasificación y diagnóstico de la Diabetes Mellitus Rev. Ven de Endoc. y Metab. 2012 10 (1) 7-12
4. Wachter NH., Gómez-Díaz RA , Lucero P. Casas-Saavedra LP., / Causas de descontrol metabólico en pacientes con diabetes en atención primaria en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Rev Invest Clín 2014;(66) 4 369-378
5. Priego-Álvarez R. / Perspectivas del paciente en el control de la diabetes mellitus en unidades médicas de la seguridad social de Tabasco: Un estudio cualitativo Sal Tabasco 2013; 19 (3) 77-84
6. Gil-Velázquez LE., Sil-Acosta MJ., Elia R. Domínguez ER., Torres-Arreola LP., Juan Humberto Medina-Chávez JH./ Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 Revista Medica Instituto Mexicano Seguro Social. 2013; 51(1):104-19
7. Rodríguez TA., Camacho Ruiz EJ, Escoto Ponce de León MC, Georgina Contreras LG., Donovan Casas PD., / Representación social del apoyo familiar al diabético en usuarios de Una unidad de medicina familiar en Chalco, Estado de México Sal Fam en las Amer Medwave 2014 Ago;14(7)
8. Molina IA., Acevedo GO., Yáñez Sandoval ME., Rocío Dávila MR., González PA. / Comparación de las prevalencias de duelo, depresión y calidad de vida asociados con la enfermedad entre pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados y controlados Rev Esp Méd Quir 2013;18:13-18
9. Hernández-Nava JA., Rodríguez-Bustos B., Sierra-TA./ El paciente diabético y su entorno familiar y social Síndrome Cardiometabólico Diabetes 2014;1 38-42
10. Freire JF., Matheus Rodrigues RC, Estevam CM., Moreira T., Bueno MC., Gallani J./Beliefs related to adherence to oral antidiabetic treatment according to the Theory of Planned Behavior1 Rev. Latino-Am. Enfermagem 2014; 22(4):529-37.
11. Ortiz PM, Baeza RMJ/Propiedades psicométricas de una escala para medir apoyo social percibid en pacientes chilenos con diabetes tipo 2. Univers Psychologica 2011; (10)1 PP. 189-196.

12. Ochoa M., Cardoso M. y Reyes V /Emociones de la familia ante el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 en el infante. *Enfermería Universitaria*. 2016; 13(1):40-46.
13. Ledón LL. /Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad *Rev Cubana Endocrinol* 2012; (23)1 1-14
14. Ledón LL./ Enfermedades crónicas y vida cotidiana *Revista Cubana de Sal Púb* 2011;37(4):488-499
15. Merodio PZ., Rivas A., Amalia Martínez SA. / Percepción del apoyo familiar y dificultades relacionadas con la diabetes en el adulto mayor. *Horiz sanitario* 2015; (14)1 14-20.
16. Tejada TLM., Grimaldo MBE., Maldonado RO /Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento. *Rev Sal Púb y Nutri*. 2006; (7) 1 1-9
17. DePablos-VP, Salguero-CE., Mata-PJ., De Rivas-OB., Ricardo García SR., y Viguera EP. / Calidad de vida y satisfacción con el tratamiento de sujetos con diabetes tipo 2: resultados en España del estudio Panor *Endocrinol Nutr*. 2014;61(1):18---26
18. Vega AOM., Percepción del apoyo social funcional en cuidadores familiares de enfermos crónicos CHÍA, Colombia. 2011; (11)3 274-286
19. Jiménez CA., Aguilar SCA., Rojas MR., Hernández AM. / Diabetes mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control. *Sal Púb Méx* 2013; (5) 2 S137-S143
20. Concha TMC., Rodríguez GCR / Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados Departamento de Ciencias Sociales, Facultad de Educación y Humanidades, Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile, Teoría, 2010; 19 (1) 41-50.
21. McGraw-Hill. Programas de educación para la salud. Evaluación. 2012 [citado 7 Sep. 2013]: [aprox. 26 p.]. Disponible en: <http://www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448176324.pdf>
22. Rodríguez OAR., Kanán CEG., Bautista CJ., Polina CR, Gómez AC/. /No asociación entre percepción del funcionamiento familiar y modalidad de tratamiento de la enfermedad renal crónica secundaria a diabetes mellitus. *Actas Esp de Psiq* 2013; 41(2):63-6
23. Méndez López DM, Gómez López VM, García RME, Pérez LJH, Navarrete EA./ Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. *Rev Med IMSS* 2004; 42 (4): 281-284

24. Pérez GE, de la Cuesta FD, Louro BI, Bayarre VH/Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento. Cien Sal Hum. 1967; (4) 1 63-66
25. Suarez MA., Cuba PSICOSYSTEM: Cuestionario de funcionamiento familiar ff sil IDENTIFICACIÓN Y UTILIDAD DE LAS HERRAMIENTAS PARA EVALUAR EL APOYO SOCIAL AL PACIENTE Y AL CUIDADOR INFORMAL Rev Med La Paz, 2011; 17(1): 60-67
26. Nuñez M G. Validación de instrumento de funcionalidad de la salud familiar. Rev Fac de Enf, Salto
27. Ortega VT, ms. De la Cuesta FD y Días RC. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. Rev Cub Enf 1999;15(3):164-8
28. Declaración de HELSINKI éticos para la investigación médica en seres humanos. 52^a Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre del 2000. Nota de clarificación del párrafo 29, agregado por la Asamblea General de la AMM, Washington. Nota de clarificación del párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004. 59^a Asamblea General, Seúl, Corea. Octubre 2014.
29. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989.
30. Ley general de Salud y Normatividad del Instituto Mexicano del Seguro Social (artículo 3^o). Último párrafo DOF 27-04-2010.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: "Evaluación de la adaptabilidad, comunicación y roles para la funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 descontrolados en la UMF 2."

Patrocinador externo (si aplica):

Unidad Medico Familiar No. 2 IMSS en México D. F 17 de junio del año 2016.

Lugar y fecha:

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

Determinar La Evaluación de la adaptabilidad, comunicación y roles para la funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 descontrolados en la UMF 2. Este estudio nos permitirá descubrir cuáles son los valores que dirigen su vida, para valorar si existe algún tipo de repercusión en su tratamiento e implementar estrategias para un mejor control y apego al tratamiento.

Procedimientos:

Aplicación de Instrumento funcionalidad familiar FF SIL

Posibles riesgos y molestias:

Ninguno ya que solo se revisara un cuestionario escrito

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

La "Evaluación de la adaptabilidad, comunicación y roles para la funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 descontrolados en la UMF 2."

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Al finalizar proyecto se realizara la publicación de los resultados sin utilizar nombre, numero de seguridad social, o elemento alguno que identifique al paciente y/o sus familiares

Participación o retiro:

Lo puede hacer en cualquier momento que lo desee el paciente.

Privacidad y confidencialidad:

No se requiere identificación alguna del paciente o familiar para la aplicación del estudio.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

En el caso que se identifique patología alguna se enviara a su médico tratante para su seguimiento y tratamiento específico.

Beneficios al término del estudio:

Conocer | La "Evaluación de la adaptabilidad, comunicación y roles para la funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 descontrolados en la UMF 2."

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

Investigador Responsable:

Dra. Erika Isabel Martínez Becerra Matrícula:99354629
tel:5536427627 erikakika19@hotmail.com

Colaboradores:

Dr. Villatoro Martínez Alejandro Matrícula:9942238 tel:5556276909 Ext 21985
alejandro.villatoro@imss.gob.mx

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

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FF SIL.

La prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares (FF-SIL), es un instrumento que contiene 14 reactivos divididos en 7 áreas: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. Cada pregunta tiene cinco opciones de respuesta al que se asigna un puntaje como sigue: casi nunca (1 punto), pocas veces (2 puntos), a veces (3 puntos), muchas veces (4 puntos) y casi siempre (5 puntos). El puntaje global es resultante de la suma de la respuesta de los 14 reactivos permite clasificar en funcionamiento familiar en: familia funcional (70 a 57 puntos, familia moderadamente funcional (56 a 46 puntos), familia disfuncional (42 a 28 puntos y familia severamente disfuncional (27 a 14 puntos).

Este instrumento permite diagnosticar el funcionamiento familiar (dinámica relacional sistémica que se da entre los miembros de una familia), a través de la percepción de uno de los miembros. El FF-SIL es diseñado y validado en Ciudad de La Habana: Facultad de Salud Pública, 1994. Constituye una prueba de alta confiabilidad por su estabilidad y coherencia interna. El estudio tiene confiabilidad con relación al tiempo se realizó a través del cálculo del coeficiente de confiabilidad se obtiene un coeficiente igual a 0.94, un alfa crombach 0,91 muy por encima del valor prefijado (0.8, lo que demuestra que el test es confiable con relación al tiempo).

CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FFSIL)

“Evaluación de la adaptabilidad, comunicación y roles para la funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 descontrolados en la UMF 2.”

CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FFSIL)

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. Clasifique, PUNTÚE su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

Casi nunca (1), Pocas veces (2), A veces (3), Muchas veces (4), Casi siempre (5)

1. Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia. _____

2. En mi casa predomina la armonía. _____

3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades. _____

4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana. _____

5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa. _____

6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos. _____

7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes. _____

8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan. _____

9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado. _____

10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones. _____

11. Podemos conversar diversos temas sin temor. _____

12. 12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas. _____

13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar. _____

14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos. _____

14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos. _____

PUNTUACION: _____

Función física: Grado en que la salud limita las actividades físicas como el cuidado personal, andar, subir escaleras, inclinarse, coger o cargar peso y los esfuerzos moderados e intensos (10 ítems)

Rol físico: grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, incluyendo el rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades (4 ítems)

Dolor corporal: intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar (2 ítems)

Salud general: valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar (5 ítems)

Vitalidad: sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (4 ítems)

Función social: grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual (2 ítems)

Rol Emocional: grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias (3 ítems)

Salud mental: salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 ítems)

PUNTUACION

BAREMO

De 70 a 57 puntos. Familia funcional

De 56 a 43 puntos. Familia moderadamente funcional

De 42 a 28 puntos. Familia disfuncional

De 27 a 14 puntos. Familia severamente disfuncional

Número de pregunta y las Situaciones Variables que mide:

1 y 8..... Cohesión

2 y 13..... Armonía

5 y 11..... Comunicación

7 y 12..... Permeabilidad

4 y 14..... Afectividad

3 y 9..... Roles

6 y 10..... Adaptabilidad