

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE TITULACIÓN
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“ADAPTABILIDAD-COHESIÓN FAMILIAR EN FAMILIAS CON UN INTEGRANTE
DIABÉTICO MEDIANTE EL USO DE FACES III EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR N ° 92 DEL IMSS EN EL PERIODO DE MAYO DE 2011 A NOVIEMBRE
DE 2013”.**

“TESIS”

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE POSGRADO DE LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR.**

ALUMNA:

M.C.P TORRES SIERRA BRENDA

DIRECTOR DE TESIS:

E. M. F. BOTELLO REYES BLANCA FLOR

REVISORES:

E.M.F. GUADALUPE SAUCEDO MARTÍNEZ.

E.M.F. EDGAR RUBÉN GARCÍA TORRES.

M. EN I.C. LUIS REY GARCÍA CORTÉS.

TOLUCA, ESTADO DE MEXICO 2014.

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.
DRA. GUADALUPE SAUCEDO MARTÍNEZ.
PROFESORA TITULAR DE LA RESIDENCIA DE LA
UNIDAD FAMILIAR 64.**

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
DR. EDGAR RUBÉN GARCÍA TORRES
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR 75.**

**MAESTRO EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA.
DR. LUIS REY GARCÍA CORTÉS.
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 64.**

**“ADAPTABILIDAD-COHESIÓN FAMILIAR EN FAMILIAS CON UN INTEGRANTE
DIABÉTICO MEDIANTE EL USO DE FACES III EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR N ° 92 DEL IMSS EN EL PERIODO DE MAYO DE 2011 A NOVIEMBRE
DE 2013”.**

AGRADECIMIENTOS:

La presente Tesis es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas leyendo, opinando, corrigiendo, teniéndome paciencia, dando ánimo, acompañando en los momentos de crisis y en los momentos de felicidad.

Agradezco a la Dra. Blanca Flor Botello Reyes por haber confiado en mi persona, por la paciencia, atenta lectura y por la dirección de este trabajo.

Al Doctor Rubén Ríos Morales y la Doctora Olivia Reyes Jiménez por los consejos, por sus comentarios en todo el proceso de elaboración de la Tesis y sus atinadas correcciones.

A mi Padre Juan Torres González y a mi Madre Esperanza Sierra Fuentes por sacrificar parte de su vida para formarme y educarme, por escucharme y ayudarme, por acompañarme en esta aventura que significó la especialidad y que, de forma incondicional, entendieron mis ausencias y mis malos momentos.

A ti Iván Aarón Pérez Anguiano, por estar siempre ahí, por ser la persona con la que puedo contar, y que desde un principio hasta el día hoy sigues dándome ánimo para terminar este proceso.

Gracias a Todos.

RESUMEN:

Adaptabilidad-cohesión familiar en familias con un integrante diabético mediante el uso de faces III en la unidad de medicina familiar N ° 92 del IMSS en el periodo de mayo de 2011 a noviembre de 2013. La familia es uno de los contextos más relevantes en la vida del ser humano. Los estudios muestran el estrecho vínculo entre las experiencias vividas en la familia y la salud y el desarrollo del individuo. La cohesión, la adaptabilidad y la comunicación son las tres dimensiones que principalmente definen el constructo funcionamiento familiar. FACES III mide exclusivamente el grado de adaptabilidad cohesión, éstos puede constituir un indicador del tipo de funcionamiento que predomina en el sistema: extremo, de rango medio o balanceado. Los sistemas maritales o familiares balanceados tienden a ser más funcionales y facilitadores del funcionamiento, siendo los extremos más problemáticos mientras la familia atraviesa el ciclo vital. El **objetivo** de este estudio es determinar la Adaptabilidad-Cohesión Familiar En Familias Con Un Integrante Diabético Mediante el Uso de Faces III. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal y prospectivo en pacientes con diabetes de la UMF 92 en una población de 10 a 90 años de edad que acudieron a control mensual por este padecimiento. Se aplicó el Faces III a 150 pacientes con el diagnóstico de DM 1 y 2. Los **resultados** obtenidos fueron en cuanto a la participación por género correspondió al masculino con 56% (n=84), comparado con 44% de las mujeres (n=66). El grupo de edad con mayor participación fue el de 31 a 50 años con un porcentaje de 48.7%. La adaptabilidad que más predominó fue la estructurada con un 46%. La cohesión que más se encontró fue la semirrelacionada y relacionada con 39.3% para ambas. Se encontró que los pacientes diabéticos pertenecientes a familias con una adaptabilidad estructurada y cohesión relacionada se encuentran con un mejor control glucémico, **Conclusiones:** En este estudio se encontró que la mayoría de las familias encuestadas correspondieron a familias estructuralmente relacionadas y semirrelacionadas, las cuales corresponden a niveles balanceados de adaptabilidad y cohesión familiar, además de que en estas familias se encontró el mayor número de pacientes con control glucémico adecuado.

SUMMARY:

Adaptability-family cohesion in families with a diabetic member using faces III in Family Medicine Unit No. 92 IMSS in the period May 2011 to November 2013.

The family is one of the most important in human life contexts. Studies show the close link between the experiences in the family and the health and development of the individual. Cohesion, adaptability and communication are the three dimensions that define the construct primarily family functioning. FACES III measures only the degree of adaptability cohesion, they may be an indicator of the type of operation that prevails in: end, mid-range or balanced. Marital or family balanced systems tend to be more functional. The **objective** of this study is to determine the Family Adaptability Cohesion in families with a diabetic member using Faces III. **Material and Methods:** A descriptive, cross-sectional and prospective study was conducted in patients with diabetes UMF 92 in a population of 10-90 years old attending monthly check for this condition. The Faces III was applied to 150 patients with the diagnosis of DM 1 and 2. The results were in terms of gender participation corresponded to 56 % male (n =84), compared with 44 % of women (n =66). The age group with the highest participation was from 31 to 50 years with a percentage of 48.7 %. The adaptability most predominant was structured with 46%. The cohesion was found more half related and related and 39.3 % for both. It was found that diabetic patients from families with a structured adaptability and related cohesion encounter better glycemic control, **Conclusions:** This study found that most of the families surveyed corresponded to families structurally related and half related, which correspond to balanced levels of adaptability and family cohesion, and that in these families the highest number of patients with adequate glycemic control was found.

INDICE

I.	MARCO TEORICO.....	10
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
	II.1. Argumentación.....	22
	II.2. Pregunta de investigación.....	23
III.	JUSTIFICACIONES	
	III.1. Académica.....	24
	III.2. Epidemiológica.....	24
	III.3 Educativa.....	24
	III.4 Social.....	24
	III.5 Económica.....	24
	III.6 Familiar.....	24
IV.	HIPÓTESIS	
	IV.1.1. Unidades de observación.....	25
	IV.1.2. Variables.....	25
	IV.1.2.1. Dependientes	
	IV.1.2.2. Independientes	
	IV.1.3. Elementos lógicos o enlace.....	25
V.	OBJETIVOS	
	V.1. General.....	26
	V.2. Específicos.....	26
VI.	MÉTODO	
	VI.1. Diseño de estudio.....	27
	VI.1.1 Tipo de estudio.....	27
	VI.2. Operacionalización de variables.....	27
	VI.3. Universo de trabajo y tipo de muestra.....	28
	VI.3.1. Criterios de inclusión	
	VI.3.2. Criterios de exclusión	
	VI.3.3. Criterios de eliminación	
	VI.4. Instrumentos de investigación	29
	VI.4.1. Descripción	
	VI.4.2. Validación	
	VI.4.3. Aplicación	
	VI.5. Desarrollo del proyecto	29
	VI.6. Limite de espacio y tiempo.....	29
	VI.7. Diseño de análisis	30
VII.	Implicaciones éticas.....	30
VIII.	Resultados.....	31
IX.	Discusión.....	32
X.	Cuadros y Gráficas.....	33
XI.	Conclusiones.....	36
XII.	Recomendaciones.....	37
XIII.	Bibliografía.....	38
XIV.	Anexos.....	40

I. MARCO TEÓRICO:

La familia es uno de los contextos más relevantes en la vida del ser humano. Los estudios muestran el estrecho vínculo entre las experiencias vividas en la familia y la salud y el desarrollo del individuo¹. A partir de la década de los 50 proliferaron los modelos de familia que intentan describir los patrones de interacción que ocurren en el sistema familiar². Desde el Modelo Circumplejo de Sistemas familiares y Maritales, el cual ha tenido una gran difusión en los últimos años en el mundo académico y profesional, se sostiene que la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación son las tres dimensiones que principalmente definen el constructo funcionamiento familiar. La cohesión se refiere al grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre sí; grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia. La adaptabilidad es la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo. El grado de cohesión y adaptabilidad que presenta cada familia puede constituir un indicador del tipo de funcionamiento que predomina en el sistema: extremo, de rango medio o balanceado. Los sistemas maritales o familiares balanceados tienden a ser más funcionales y facilitadores del funcionamiento, siendo los extremos más problemáticos mientras la familia atraviesa el ciclo vital.

La comunicación familiar es la tercera dimensión del modelo y facilita el movimiento dentro de las otras dos dimensiones³.

La combinación de cohesión con adaptabilidad clasifica a las familias en 16 tipos: No relacionada rígida, No relacionada estructurada, No relacionada flexible, No relacionada caótica; Semirelacionada rígida, semirelacionada estructurada, semirelacionada flexible, semirelacionada caótica; Relacionada rígida, Relacionada estructurada, Relacionada flexible Relacionada caótica; Aglutinada rígida, aglutinada estructurada, aglutinada flexible, aglutinada caótica⁴.

Como ya se mencionó anteriormente, la cohesión es el vínculo emocional entre los miembros de la familia y el grado de autonomía individual de los mismos. Cohesión extremadamente alta da una excesiva unión de sus miembros y a una muy limitada autonomía individual, cohesión extremadamente baja lo contrario.

No relacionada o dispersa: Ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, poca lealtad a la familia, se da muy poco involucramiento o interacción entre sus miembros, hay falta de cercanía parento-filial, alta independencia personal, rara vez pasan el tiempo juntos, necesidad y preferencia por espacios separados, se toman las decisiones independientemente, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales son vistos a solas, existen intereses desiguales, recreación individual.

Semirrelacionada o separada: Se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, cierta lealtad e interdependencia entre ellos, aunque con una cierta tendencia hacia la independencia. Hay separación emocional, la lealtad familiar es ocasional, el involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal, los límites parento-filiales son claros, con cierta cercanía entre padres e hijos, se alienta cierta separación personal, el tiempo individual es importante pero pasan parte del tiempo juntos, se prefieren los espacios separados, compartiendo el espacio familiar, las decisiones se toman individualmente siendo posibles las decisiones conjuntas, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales raramente son compartidos con la familia, los intereses son distintos, la recreación se lleva a cabo más separada que en forma compartida.

Relacionada o conectada: Hay cercanía emocional, la lealtad emocional es esperada, se enfatiza el involucramiento pero se permite la distancia personal, las interacciones afectivas son alentadas y preferidas, los límites entre los subsistemas son claros, con cercanía parento-filial, la necesidad de separación es respetada pero poco valorada, el tiempo que pasan juntos es importante, el espacio privado es respetado, se prefieren las decisiones conjuntas, el interés se focaliza dentro de la familia, los amigos individuales se comparten con la familia, se prefieren los intereses comunes, se prefiere la recreación compartida más que la individual. Son familias donde se observa

una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con una tendencia hacia la dependencia.

Aglutinada: cercanía emocional extrema, se demanda fidelidad y lealtad hacia la familia, el involucramiento es altamente simbiótico, junto a un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común, se expresa la dependencia afectiva, hay extrema reactividad emocional, se dan coaliciones parento-filiales, hay falta de límites generacionales, falta de separación personal, la mayor parte del tiempo lo pasan juntos, se permite poco tiempo y espacio privado, las decisiones están sujetas al deseo del grupo, el interés se focaliza dentro de la familia, se prefieren los amigos de la familia más que los personales, los intereses conjuntos se dan por mandato.

La adaptabilidad. Describe la capacidad del sistema marital /familiar para cambiar sus estructuras de poder (roles y reglas) en respuesta al estrés situacional o evolutivo.

Adaptabilidad extremadamente alta origina caos en el interior de la familia, esto es la inexistencia de roles y reglas definidas, una adaptabilidad extremadamente baja rigidez que impide amoldarse a las crisis del ciclo familiar. Incluye conceptos tales como poder (capacidad de afirmación, control, disciplina), estilos de negociación, relaciones de roles y reglas de relación de la familia.

La caótica se refiere a ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes. Las decisiones parentales son impulsivas, hay falta de claridad en las funciones y existe alternancia e inversión en los mismos, frecuentes cambios en las reglas, que se hacen cumplir inconsistentemente.

La flexible, a un liderazgo y roles compartidos, disciplina algo severa, y democrática negociándose sus consecuencias, El liderazgo es igualitario, permite cambios, usualmente es democrática, hay acuerdo en las decisiones, se comparten los roles o funciones, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad, algunas reglas cambian.

La estructurada el liderazgo es autoritario, siendo algunas veces igualitario así como los roles en ocasiones son compartidos, donde existe cierto grado de disciplina

democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan. La disciplina rara vez es severa, siendo predecibles sus consecuencias, los padres toman las decisiones, las funciones son estables pero pueden compartirse, las reglas se hacen cumplir firmemente, pocas son las que cambian.

La rígida hay liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios. Existe fuerte control parental, y su aplicación es severa, es autocrática, los padres imponen las decisiones, los roles están estrictamente definidos, las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo la posibilidad de cambio.

Las cuatro centrales semirelacionada flexible, relacionada flexible, semirelacionada estructurada y relacionada estructurada corresponden a niveles balanceados de adaptabilidad y cohesión. Las cuatro extremas adaptabilidad y/o cohesión excesivamente alta o bajas⁵.

Los puntajes obtenidos mediante FACES III han propiciado que las familias se clasifiquen en tres categorías: equilibradas o balanceadas, medias y extremas. Se ha establecido la hipótesis de que las familias extremas son más propensas a la disfunción, lo cual ha sido corroborado por diversos investigadores en su experiencia clínica.⁶

La importancia de conocer todas estas características radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad, tal como lo expresó Florezzano⁷, al reportar que más del 55% de 365, 425 adolescentes con algún tipo de adicción pertenecían a familias con algún grado de disfunción familiar, de igual manera, Huerta-Martínez⁸, enfatizó la importancia de investigar los factores que pueden modificar la dinámica familiar ya que de un total de 413 familias encuestadas con FACES III, el 89% era disfuncional al momento del estudio siendo el factor más asociado a disfunción el tener a un integrante enfermo. Así mismo, Vázquez-Nava⁹ refirió una marcada influencia de la disfunción familiar en la vida cotidiana de los pacientes asmáticos.

El trabajo pionero de Minuchin (1978) y Onnis (1985) han evidenciado en familias con un integrante enfermo hay tendencia a evitar tensiones emocionales y explicitación de conflictos mediante el aislamiento, el cuidado extremo y la falta de comunicación redundan en una exacerbación de los síntomas, esto es, que el síntoma se transforma en el lenguaje del paciente, un lenguaje que no solo incluye el cuerpo mismo sino que se traslada a la totalidad del ambiente familiar¹⁰.

La evaluación del funcionamiento familiar:

El interés por estudiar en forma sistemática y científica a la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso salud-enfermedad. Con este enfoque el individuo deja de ser visto como un ente exclusivamente biológico y los factores psicológicos y sociales cobran interés, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan en una u otra forma la salud del individuo. Se utilizan actualmente una gran variedad de instrumentos para evaluar a la familia a nivel de grupo (considerando el sistema familiar como un todo). La gran mayoría de los instrumentos están validados para ser utilizados en el contexto en el cual se han originado, pero no han sido adaptados a otros contextos.¹¹

La evaluación familiar por parte de los médicos de familia comprende actividades de carácter clínico que se vinculan con una visión integradora de elementos biológicos, psicológicos y sociales que interactúan para dar como resultado uno o varios daños a

la salud. Los elementos biológicos han sido los más ampliamente estudiados, desde el nivel molecular hasta el epidemiológico; sin embargo, por su gran importancia, los aspectos psicológicos y sociales son motivo de una exploración que requiere de la aplicación de diversas metodologías científicas, las cuales el profesional de la salud debe conocer en grado suficiente para evaluar en su justa dimensión, el efecto de estos elementos sobre el proceso salud-enfermedad¹².

FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) es un instrumento creado por Olson y cols, que cuenta con el respaldo de 25 años de investigación y más de 700 publicaciones científicas que han permitido afinar tanto al Modelo Circunflejo de los Sistemas Familiares y Conyugales (que es el modelo teórico que lo sustenta) como los 11 instrumentos que forman el Circumplex Assessment Package del cual forma parte FACES III. Aunque recientes publicaciones han dado a conocer FACES IV y sus seis escalas (dos balanceadas y cuatro no balanceadas) es necesario considerar que el proceso de traducción, retrotraducción, transculturación, aplicación a muestras heterogéneas de familias, evaluación de consistencia interna de cada escala, así como la evaluación de su validez de constructo no se han efectuado todavía en español.

FACES III es un instrumento cuyos alcances y limitaciones, así como su proceso de validación en español se han evaluado en nuestro medio, con el rigor metodológico que confiere, a los que deseen aplicarlo clínicamente o con fines de investigación, un aceptable acercamiento a la evaluación de la manera en que se encuentran la cohesión y adaptabilidad (flexibilidad) familiar en el momento de aplicar el instrumento. FACES III no mide directamente la funcionalidad de las familias, sino solamente el grado de dos de las dimensiones señaladas en el modelo (cohesión y adaptabilidad); la comunicación es la tercera dimensión del modelo y se evalúa mediante otro instrumento llamado ENRICH.¹³

FACES III se utiliza para evaluar la funcionalidad familia, siendo la entrevista clínica el patrón de referencia, su calidad y eficacia dependen de las capacidades, habilidades destrezas, experiencia, competencia y ética del médico o investigador que lo aplica.¹⁴

Es necesario considerar que la funcionalidad familiar no debe ser entendida como un elemento “estático” de las familias, sino por el contrario, debe ser evaluada al tomar en cuenta su gran dinamismo. Es un grave error calificar a una familia como funcional o disfuncional, como si se tratara de un diagnóstico definitivo, etiquetándola bajo la idea de que así ha permanecido o permanecerá por tiempo indefinido. En realidad, la familia se enfrenta en forma constante a múltiples factores que producen estrés, tanto a nivel individual como familiar y echa mano de los recursos con que cuenta para tratar de seguir cumpliendo con sus funciones fundamentales y disminuir el estrés a niveles más tolerables.

La disfunción se presenta cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y favorece un grado todavía mayor del mismo. A los médicos familiares nos interesa la evaluación de la funcionalidad familiar en la medida que nos permite comprender cómo los daños a la salud (entendidos como factores de estrés individual y familiar) son manejados por las familias. El afrontar estos factores de estrés depende, entre otros elementos, de su grado de cohesión, adaptabilidad y de la calidad de la comunicación que haya entre los miembros de la familia. La evaluación de la funcionalidad familiar y del riesgo de disfunción propicia la posible participación de los profesionales de la salud en el apoyo que requieran las familias con mayor riesgo de disfunción, permite establecer una serie de tareas de carácter clínico dirigidas a un manejo médico más integral de los daños a la salud, así como la previsión de intervenciones de otros miembros del equipo de salud. De esta manera, la evaluación de la funcionalidad familiar favorece el cumplimiento de las premisas de la práctica de la Medicina Familiar: continuidad de la atención, evaluación integral del proceso salud-enfermedad en los individuos y sus familias, y anticipación a los daños a la salud mediante un enfoque de riesgo.¹³

Sin embargo, para hacer un análisis del funcionamiento familiar, es necesario verlo con una perspectiva sistémica, pues la familia es un grupo o sistema compuesto por subsistemas que serían sus miembros y a la vez integrada a un sistema mayor que es la sociedad. El nexo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia en toda la familia. Por ejemplo: la enfermedad de uno de sus miembros

altera la vida del resto de los familiares quienes tienen que modificar su estilo de vida para cuidar al familiar enfermo.¹⁴

Es indispensable que los profesionales de la salud interesados en aplicar FACES III se documenten suficientemente acerca de los elementos teóricos que sustentan al Modelo Circunflejo, sus dimensiones, características, condiciones para su aplicación (adultos que sepan leer y escribir, cuyas familias estén compuestas por padre, madre e hijos) y la forma de calificación indicada por los autores del instrumento de tal forma que los resultados obtenidos sean interpretados adecuadamente. La clasificación de familias mediante este instrumento permite señalar que, ante una evaluación extrema, se considere elemento suficiente para explorarlas con mayor profundidad y con el auxilio tanto de otros profesionales de la salud, como de otros instrumentos. La manera en que los factores de estrés afectan a estas familias, así como las diversas formas en que éstas afrontan los daños a la salud, pueden favorecer el riesgo de disfunción. Tanto el manejo adecuado de la disfunción, así como de los problemas de salud relacionados requerirán de una intervención terapéutica multidisciplinaria.¹⁵

La Diabetes Mellitus es uno de los temas más relevantes en el cuidado de la salud, debido a su prevalencia, a las consecuencias físicas y psicosociales sobre los pacientes y al impacto económico sobre la sociedad.¹⁶

Criterios Diagnósticos:

Glucemia plasmática en ayuno > 126 mg/dl.

Glucemia plasmática a cualquier hora del día, independientemente del tiempo transcurrido desde la última toma de alimentos, con un resultado ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/l) y acompañado de síntomas clásicos de hiperglucemia: poliuria, polidipsia y pérdida de peso sin otra explicación.

Una glucemia plasmática ≥ 200 mg/dl a las dos horas durante una prueba de tolerancia a la glucosa, con carga inicial de glucosa conteniendo el equivalente a 75 gramos de glucosa anhidra disuelta en agua.

Es recomendable repetir la prueba que resulte positiva, para confirmar el diagnóstico.

No se recomienda el empleo de la glucemia capilar o de la hemoglobina glucosilada (Hb1Ac) para confirmar el diagnóstico.

Objetivos del control glucémico:

Disminuir la hemoglobina glucosilada por debajo de 7% es un objetivo de tratamiento en adultos.

Glucemia en ayuno: 70-130 mg/dl.

Glucemia posprandial: menos de 180 mg/dl. ^{17,24}

La Diabetes es la enfermedad endócrina multifactorial incurable más extendida, asociada a una insuficiencia de insulina absoluta o relativa. Una multitud de estudios han demostrado que no es posible mejorar la calidad de vida relacionada con la salud si no consideramos todas las dimensiones del funcionamiento personal, como serían, la esfera física, la social y, sin duda, la psicológica.

Un enfoque completo sobre la persona que sufre esta enfermedad, garantiza mayor éxito en el manejo de la diabetes. La DM1 afecta principalmente a gente joven y acompaña al paciente durante el periodo de su vida donde se espera la más intensa actividad social, de tipo ocupacional, romántica o marital o ejerciendo el rol de padre (o madre). La manifestación de la DM1, en contraste con la DM2, usualmente es impetuosa y frecuentemente se asocia con hospitalización en estado crítico. El diagnóstico inesperado es un trauma psicológico significativo para los jóvenes y sus familias. en el ajuste psicosocial del paciente¹⁸.

En diversos estudios realizados con pacientes diabéticos se ha observado que los enfermos que perciben apoyo por parte de su red social –en aspectos de dieta y régimen médico, por ejemplo– tienen una mayor cantidad de conductas de autocuidado, lo cual se ha vinculado con un mejor control metabólico, y esta actitud predomina más en varones que en mujeres. ¹⁹

Se ha observado que las cifras de glucosa y hemoglobina glucosilada de las personas con estrés intenso, en su vida diaria y en su vida secundaria al padecimiento, pero con una red de apoyo familiar son habitualmente más adecuadas que las cifras de quienes no cuentan con su familia o no perciben una fuente de apoyo familiar. Asimismo, el apoyo recibido por parte del cónyuge, su participación en el tratamiento y la labor del cuidador primario resultan básicos para alcanzar un mejor control del padecimiento.¹⁹

Jiménez-Benavides y col, encontraron que, no existe una relación entre los grados de cohesión y adaptabilidad de las familias con el control metabólico de los pacientes con diabetes mellitus 2.²⁰

De manera particular la experiencia del padecimiento tiene una repercusión directa en la persona que se responsabiliza del cuidado del enfermo, ya que modifica sus planes y altera su ritmo de vida. Al miembro de la familia a cargo del cuidado del enfermo, se le conoce como “cuidador” o “cuidador primario”. Este realiza diversas tareas relacionadas con el cuidado personal y brinda apoyo no solo con respecto al tratamiento médico y los problemas derivados del mismo sino que también mantiene una interacción permanente con los médicos y el personal de salud, toma las decisiones sobre el tipo de cuidado que debe ofrecerse, o bien, busca ayuda complementaria cuando lo considera necesario. En general son las esposas en el caso de enfermos varones o las hijas adultas quienes asumen la responsabilidad de este cuidado.²¹

La experiencia del padecimiento no queda limitada a la persona enferma sino que se extiende a su red social más cercana que es la familia, si se asume que la familia es un sistema queda claro que la experiencia de cada uno de sus miembros afecta al sistema familiar y a su vez este afecta a cada uno de sus integrantes.²² La familia comparte la experiencia de un padecimiento crónico el cual es fuente de conflictos y desequilibrios al generar un clima de tensión, preocupación e incertidumbre por la presencia de los signos y síntomas y sus repercusiones en las actividades del enfermo, por la necesidad de cambiar patrones de conducta, por el temor a las complicaciones que vendrán, por el incremento de los gastos y la reducción de ingresos más aun cuando el principal proveedor de recursos es el enfermo:

La familia, como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad, se convierte en un medio que puede incidir favorable o desfavorablemente en el proceso salud-enfermedad. Las funciones económica, biológica, educativa y de satisfacción de necesidades afectivas y espirituales desempeñadas por el grupo familiar son de suma importancia, ya que a través de ellas se desarrollan valores, creencias, conocimientos, criterios y juicios, que determinan la salud de los individuos y del colectivo de sus sociedades.^{23,25}

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

II.1 ARGUMENTACIÓN:

En las últimas décadas se ha hecho más evidente la manera de como los contactos y los apoyos familiares repercuten en la enfermedad y su desenlace. Se sabe que el apoyo familiar es algo similar a un amortiguador del estrés originado por la enfermedad crónica además de que influye en el desarrollo de las conductas de salud o del autocuidado, así como en la observancia del tratamiento médico.

Por tal motivo es necesario saber si la dinámica familiar medida a través del nivel de adaptabilidad y cohesión familiar tendrán algún grado de repercusión cuando existe algún integrante con una enfermedad crónica como la Diabetes Mellitus.

En México la diabetes mellitus es un asunto preocupante de salud pública; sus efectos físicos y emocionales deterioran la calidad de vida de las personas a lo largo del proceso de cronicidad. La diabetes mellitus se reconoce como una enfermedad crónico-degenerativa que tiene un alto costo económico y social, ocasionado por su tratamiento, control y –sobre todo– por sus complicaciones; todo esto implica que las personas que la padecen tengan una pérdida de salud. Es fundamental reconocer los diferentes factores que condicionan su control, ya que es una enfermedad multifactorial.

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición de una enfermedad, así como en el adecuado control de enfermedades crónico-degenerativas, como la diabetes mellitus.

El ambiente familiar se convierte en el medio que influye en el individuo, ya sea inhibiendo o favoreciendo su desarrollo, fenómeno que se ha observado a través del tiempo y en diferentes grupos culturales. Cuando la familia se “enferma”, se utiliza el término de *familia disfuncional* porque ésta se hace ineficiente y no puede ejercer sus funciones; en ocasiones, se produce la enfermedad de uno de sus miembros.

La disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de algunas de las funciones de afecto, socialización, cuidado, reproducción y estado familiar debido a la alteración de algunos de los subsistemas familiares.

II.2 PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cómo es la adaptabilidad y cohesión familiar en familias con un integrante diabético mediante el uso de Faces III?

III. JUSTIFICACIONES:

III.1 ACADÉMICA:

El objetivo académico de la realización de este estudio es obtener el grado de especialista en Medicina Familiar.

III.2 EPIDEMIOLOGICA:

La diabetes Mellitus se considera un problema de salud pública a nivel mundial, se estima que existen, en el mundo 170 millones de personas afectadas por ésta y que para el año 2030 se duplicarán.

III.3 EDUCATIVA:

Educar a la población para que realice cambios en su estilo de vida para evitar su aparición, así mismo que el personal de salud realice identificación temprana y oportuna de las complicaciones agudas y crónicas de éste padecimiento, además que se pueda orientar a la familia para enfrentar esta enfermedad.

III.4 SOCIAL:

Este padecimiento es mas común en los países en vías de desarrollo entre los 40 y 60 años de edad, provocando disfunción familiar sobretodo si el que la padece es el jefe de familia.

III.5 ECONÓMICA

Es la principal causa generadora de dictámenes de invalidez en la población trabajadora, además de ser una de las tres causas que más generan gastos para las unidades médicas, como el Instituto Mexicano del Seguro Social.

III.6 FAMILIAR:

La experiencia del padecimiento no queda limitada a la persona enferma sino que se extiende a su red social más cercana que es la familia, si se asume que la familia es un sistema queda claro que la experiencia de cada uno de sus miembros afecta al sistema familiar y a su vez este afecta a cada uno de sus integrantes. La familia comparte la experiencia de un padecimiento crónico el cual es fuente de conflictos y desequilibrios al generar un clima de tensión, preocupación e incertidumbre por la presencia de los signos y síntomas y sus repercusiones en las actividades del enfermo.

IV. HIPOTESIS:

La adaptabilidad y cohesión familiar será la misma en todas las familias de los pacientes diabéticos.

IV.1 UNIDADES DE OBSERVACIÓN:

Pacientes de la Unidad de Medicina Familiar N° 92 del IMSS.

IV.2 VARIABLES:

DEPENDIENTE: Diabetes Mellitus.

INDEPENDIENTE: Adaptabilidad, Cohesión.

IV.3 TERMINOS LÓGICOS O ENLACE:

La, será la misma, pacientes diabéticos.

V. OBJETIVOS:

V.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar la Adaptabilidad-Cohesión Familiar En Familias Con Un Integrante Diabético Mediante el Uso de Faces III.

V.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar el tipo de familia de los pacientes diabéticos de la UMF 92.
- Determinar si la adaptabilidad familiar interviene en el control glucémico de los pacientes diabéticos de la UMF 92.
- Determinar si la cohesión familiar interviene en el control glucémico de los pacientes diabéticos de la UMF 92.
- Determinar cual es la participación por género de todos los participantes en este estudio.
- Valorar que adaptabilidad cohesión familiar tiene el peor control glucémico.

VI. MÉTODO:

VI.1 DISEÑO DEL ESTUDIO:

VI.1.1 TIPO DE ESTUDIO:

Observacional, Transversal, Prospectivo.

VI.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES	ITEMS
DIABETES MELLITUS	Enfermedad metabólica de curso crónico, caracterizada por una insuficiente producción de insulina.	Glucemia en ayuno: 70-130 mg/dl.	Cualitativa Nominal	Controlados Descontrolados.	1
COHESIÓN	Grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre sí.	Suma puntajes obtenidos en ítems nones	Cualitativa Nominal Numérica	10 a 34 puntos: No relacionada. 35 a 40 puntos: Semirrelacionada. 41 a 45 puntos: Relacionada. 46 a 50 puntos. Aglutinada	2
ADAPTABILIDAD	Habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo.	Suma puntajes obtenidos en ítems pares	Cualitativa Nominal Numérica	10 a 19 puntos: rígida. 20 a 24 puntos: estructurada. 25 a 28 puntos: flexible. 29 a 50 puntos: caótica.	3
EDAD	Del latín aetas, es el término que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser vivo.	El cuestionario será aplicado a pacientes mayores de 10 años de edad que sepan leer y escribir	Cuantitativa Numérica Discreta	10-30 años 31-50 años 51-70 años 71-90 años	4
GENERO	Se refiere a las expectativas de índole cultural respecto de los roles y comportamiento de hombre y mujer.	Características fenotípicas observadas a simple vista, y que se encuentran registradas en el agregado del número de seguridad social.	Cualitativa Nominal	Hombre Mujer	5

VI.3 UNIVERSO DE TRABAJO Y MUESTRA:

El estudio se realizó con una muestra para población finita de 150 pacientes, los cuales acudieron a consulta de la Unidad de Medicina Familiar Número 92 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el período de enero a noviembre de 2013.

VI.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes con Diabetes Mellitus 1 ó 2 adscritos a la UMF 92.

Pacientes mayores de 10 años.

Pacientes que sepan leer y escribir.

VI.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Diabéticos con enfermedades psiquiátricas

Pacientes con Diabetes Mellitus secundaria a procedimientos quirúrgicos.

VI.3.3 CRITERIOS DE ELIMINACION:

No contestar en su totalidad el cuestionario aplicado.

VI.4. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN:

El instrumento de investigación utilizado en este estudio de investigación, fue el FACES III.

VI.4.1 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN:

El cuestionario aplicado será el Faces III instrumento desarrollado por David H. Olson y col. en 1985, fue desarrollado con la finalidad de facilitar en enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias. Integra tres dimensiones de la funcionalidad familiar: adaptabilidad, cohesión y comunicación. Evalúa las dos principales funciones a través de 20 reactivos (10 para adaptabilidad y 10 para cohesión), cuenta con una escala que incluye cinco opciones (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre) con valores de 1 a 5.

VI.4.2 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN:

La confiabilidad para la escala total, evaluada a través del coeficiente de alpha de Cronbach fue de 0.78.

VI.4.3 APLICACIÓN

El cuestionario se aplica a personas mayores de 10 años que sean miembros de familias con hijos que sepan leer y escribir.

VI.5 DESARROLLO DEL PROYECTO:

Se pide al entrevistado que responda las preguntas de acuerdo con la escala de calificación que aparece en la parte superior del cuestionario (de 1 a 5) considerando cada aseveración con relación a su familia. Se debe contestar el cuestionario en cuanto a la forma en el entrevistado considera que su familia reacciona en forma habitual, no de la manera en que piensa que debería reaccionar. El encuestador se abstendrá de dar lectura al cuestionario, permitiendo que la persona entrevistada lo haga por sí misma. La calificación en cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones. La de adaptabilidad lo es a la de los ítems pares. Una vez hecha la suma correspondiente a las dos dimensiones, se buscan las calificaciones en cada una de las amplitudes de clase.

VI.6. LIMITE DE TIEMPO Y ESPACIO:

El límite de espacio será la Unidad de Medicina Familiar N° 92, el límite de tiempo es el siguiente: delimitación del tema a estudiar; de mayo a diciembre de 2011, recuperación, revisión y selección de la bibliografía; enero a diciembre de 2012, elaboración del protocolo, recolección de la información, interpretación de los resultados, escritura de tesis e informes; enero 2013 a noviembre 2013.

VI.7 DISEÑO DE ANÁLISIS:

Se recolectaran los datos por medio del programa SPSSV17 y se realizara el siguiente tratamiento estadístico:

Variable dependiente: tablas con frecuencias y porcentajes.

Variabes Independientes: tablas con frecuencias y porcentajes

Variabes sociodemográficas: tablas con frecuencias y porcentajes.

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS:

La presente investigación se apego a los lineamientos técnicos de la Ley General de Salud en materia de investigación pública en el Diario Oficial de la Federación en el párrafo tercero del artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; por lo que no se viola y se guía a los médicos en la investigación biomédica y de acuerdo a la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial adoptada en la 18 asamblea Médica Mundial en Filadelfia en junio de 1964 y enmendada en la 52 asamblea general de Salud en materia de investigación de nuestro país se toma en consideración el título segundo, capítulo primero, artículo 17, sobre investigación sin riesgo, debido a que los individuos que participen en el estudio, únicamente aporten datos a través de un cuestionario, así como la toma de medidas antropométricas; las cuales no provocan daños físicos y/o mentales, para este efecto se pedirá el llenado de consentimiento informado de los pacientes que aceptaron participar en el estudio, éste estudio conlleva un riesgo mínimo.

VIII. RESULTADOS:

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y prospectivo en pacientes con diabetes mellitus de la UMF 92 en una población de 10 a 90 años de edad que acudieron a control mensual por este padecimiento. Se aplicó el Faces III a 150 pacientes con el diagnóstico de DM 1 y 2, la participación por género correspondió al masculino con 56% (n=84), comparado con 44% de las mujeres (n=66).

El grupo de edad con mayor participación fue el de 31 a 50 años con un porcentaje de 48.7% seguido del 10-30 años 31.3%.

La adaptabilidad que más predominó fue la estructurada con 46% seguida de la flexible con 29.3%.

La cohesión que más se encontró fue la semirrelacionada y relacionada con 39.3% para ambas.

Se encontró que los pacientes diabéticos pertenecientes a familias con una adaptabilidad estructurada y cohesión relacionada se encuentran con un mejor control glucémico, en cambio los pacientes con una adaptabilidad caótica y cohesión aglutinada son los que tienen peor control glucémico.

IX. DISCUSIÓN:

La familia, como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad, se convierte en un medio que puede incidir favorable o desfavorablemente en el proceso salud-enfermedad. Las funciones económica, biológica, educativa y de satisfacción de necesidades afectivas y espirituales desempeñadas por el grupo familiar son de suma importancia, ya que a través de ellas se desarrollan valores, creencias, conocimientos, criterios y juicios, que determinan la salud de los individuos y del colectivo de sus sociedades.

En este estudio se encontró que la mayoría de las familias encuestadas correspondieron a familias estructuralmente relacionadas y semirrelacionadas, las cuales corresponden a niveles balanceados de adaptabilidad y cohesión familiar, además de que en estas familias se encontró el mayor número de pacientes con control glucémico adecuado. Esto rompe con lo propuesto por Minuchin y Onnis ya que evidenciaban que en familias con un integrante enfermo hay tendencia a evitar tensiones emocionales y explicitación de conflictos mediante el aislamiento, el cuidado extremo y la falta de comunicación redundan en una exacerbación de los síntomas. De acuerdo a Minuchin en su teoría sistémica menciona que en estas familias existe la dependencia ; lo que en este estudio no se confirma.

Jiménez-Benavides y col, encontraron que, no existe una relación entre los grados de cohesión y adaptabilidad de las familias con el control metabólico de los pacientes con diabetes mellitus 1 y 2, sin embargo en estudio sucedió lo contrario. Los resultados pudieron ser atribuibles a que la mayoría de los pacientes encuestados se encontraron en el rango de edad de los 31 a los 50 años (48.7%), los cuales en su mayoría eran los jefes de familia, los cuales se encuentran en una etapa de la vida de mayor productividad.

X. CUADROS Y GRÁFICAS:

Tabla 1. Frecuencia y Porcentaje por género en Adaptabilidad-Cohesión Familiar En Familias Con Un Integrante Diabético Mediante el Uso de Faces III en la Unidad de Medicina Familiar N° 92 del IMSS de mayo a noviembre de 2013(n=150).

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos hombre	84	56.0
Válidos mujer	66	44.0
Total	150	100.0

Fuente: Encuestas

Gráfico 1. Frecuencia y Porcentaje por género en Adaptabilidad-Cohesión Familiar En Familias Con Un Integrante Diabético Mediante el Uso de Faces III en la Unidad de Medicina Familiar N° 92 del IMSS de mayo de 2011 a noviembre de 2013(n=150).

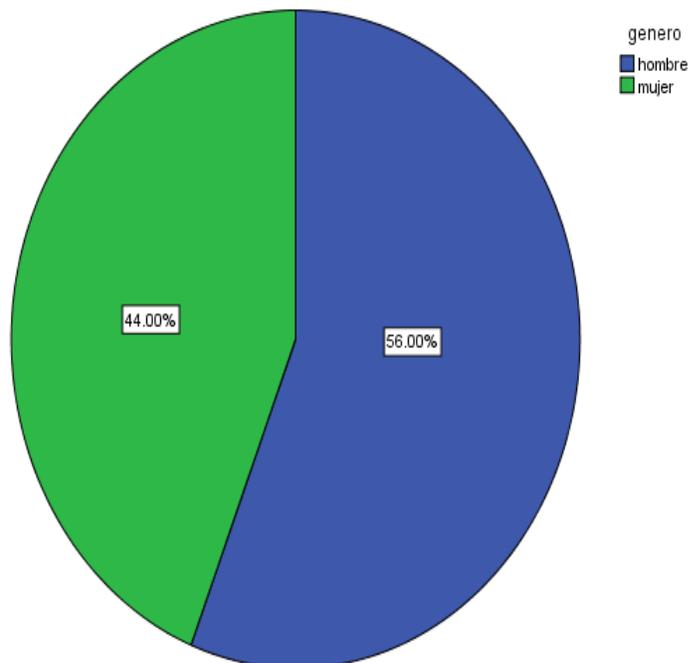


Tabla 2. Frecuencia y porcentaje por edad en Adaptabilidad-Cohesión Familiar En Familias Con Un Integrante Diabético Mediante el Uso de Facetas III en la Unidad de Medicina Familiar N° 92 del IMSS de mayo de 2011 a noviembre de 2013 (n=150).

	Frecuencia	Porcentaje
10 - 30 años	47	31.3
31 - 50 años	73	48.7
Válidos 51 - 70 años	27	18.0
71 - 90 años	3	2.0
Total	150	100.0

Fuente: Encuestas

Tabla 3. Adaptabilidad Familiar En Familias Con Un Integrante Diabético Mediante el Uso de Facetas III en la Unidad de Medicina Familiar N° 92 del IMSS de mayo de 2011 a noviembre de 2013 (n=150).

	Frecuencia	Porcentaje
Rígida	18	12.0
Estructurada	69	46.0
Válidos Flexible	44	29.3
Caótica	19	12.7
Total	150	100.0

Fuente: Encuestas

Tabla 4. Cohesión Familiar En Familias Con Un Integrante Diabético Mediante el Uso de Faces III en la Unidad de Medicina Familiar N° 92 del IMSS de mayo de 2011 a noviembre de 2013 (n=150).

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	no relacionada	20	13.3
	Semirrelacionada	59	39.3
	Relacionada	59	39.3
	Aglutinada	12	8.0
	Total	150	100.0

Fuente: Encuestas

Tabla 5. Control Glucémico en Adaptabilidad- Cohesión Familiar en Familias Con Un Integrante Diabético Mediante el Uso de Faces III en la Unidad de Medicina Familiar N° 92 del IMSS de mayo de 2011 a noviembre de 2013 (n=150).

Adaptabilidad	Glucemia		Total
	Controlada %	Descontrolada %	
Rígida	8 5.3%	9 6.0%	17
Estructurada	37 24.6%	34 22.6%	71
Flexible	18 12.0%	32 21.33%	50
Caótica	5 3.3%	7 4.6%	12
Cohesión			
No relacionada	7 4.6%	13 8.6%	20
Semirrelacionada	26 17.3%	33 22.0%	59
Relacionada	32 21.3%	27 18.0%	59
Aglutinada	3 2.0%	9 6.0%	12

Fuente: Encuestas

XI: CONCLUSIONES:

La clasificación de las familias mediante el Faces III, en este estudio permitirá estudiarlas con mayor profundidad, pudiendo echar mano los profesionales de salud, incluso de otros instrumentos. Es importante destacar que dependiendo de los diferentes factores que afecten a estas familias y la forma en que éstas afrontan los daños a la salud pueden favorecer disfunción. Una familia funcional sujeta a eventos críticos es capaz de desplazarse dentro del modelo sin modificar su adaptabilidad y cohesión.

El objetivo principal y secundarios del estudio se cumplieron, ya que se determinó que las familias de nuestro estudio mediante la aplicación del FACES III fueron estructuralmente semirrelacionadas y relacionadas, encontrándose en una dimensión intermedia por lo tanto son normales o balanceadas, igualmente este tipo de familias muestran mejor control glucémico. De igual manera resulta fundamental desarrollar en el primer nivel de atención estrategias que permitan optimizar el control metabólico a través de un adecuado control farmacológico y una adecuada dinámica familiar que permita afrontar la enfermedad.

XII. RECOMENDACIONES:

Es recomendable ayudar al paciente a entender muy bien su enfermedad, explicándole detalladamente el proceso que debe llevar para controlar la diabetes en cuanto a la alimentación, el peso, controlando la glucosa periódicamente, etc. Por otra parte es muy importante el apoyo continuo que brinde la familia, el ayudar al paciente a desarrollar una sensación de autocontrol sobre la enfermedad, la familia del diabético juega un papel fundamental para conseguir la victoria contra la diabetes. Es importante no aislar al diabético sino darle apoyo emocional y motivarlo a hablar del tema, de sus temores y sus interrogantes. La familia debe orientarse a la búsqueda de información relativa a la enfermedad y su tratamiento apropiado.

La familia puede solicitar asesoría médica para la prevención de las complicaciones y también de la forma de prevenir la diabetes en otros miembros. Debe convertirse en un “organismo informado” por lo tanto es necesario que las personas entiendan que cuando aparece un diabético, la familia entera debe cambiar y mejorar su estilo de vida. Es importante seguir realizando este tipo de estudios ya que no se encuentran estudios relacionados con esto, porque se han enfocado a estudiar la funcionalidad familiar con FACES III, y pocos autores la han utilizado realmente para medir la cohesión y adaptabilidad familiar para lo que fue hecho. Es fundamental seguir estudiando a éste tipo de familias ya que pueden tener un comportamiento enmascarado, donde se necesitan más instrumentos de medición para poder mejorar el aspecto familiar y psicológico en éste grupo.

XIII. BIBLIOGRAFÍA:

1. Arnett J.J. Adolescencia y adultez emergente: Un enfoque cultural. Tercera edición. México: Pearson Prentice Hall; 2008.
2. Beavers, W. y Hampson, R. Familias exitosas: Evaluación, tratamiento e intervención. Barcelona: Paidós; 1995.
3. Huerta G. J. Medicina Familiar. La Familia en el proceso salud-enfermedad. Primera edición. México: Alfil; 2005.
4. Thomas V, Olson DH. Problem families and the circumplex model: observational assessment using the Clinical Rating Scale. *J Marital Fam Ther* 1993;19:159-175.
5. Beatriz Z. Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell & Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* 2003;41 (1) :220-224.
6. Olson DH. Circumplex model of marital and family systems. *J Marital Fam Ther* 2000;22(2):144-167.
7. Florenzano UR, La familia como factor de riesgo, Adolescentes y Familia en Chile. *Creces* 1992; 7: 24-34.
8. Huerta-Martínez N, Valadés-Rivas B, Sanchez-Escobar L. Frecuencia de Disfunción Familiar en una Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE en la Ciudad de México. *Arch Med Fam* 2001; 3 (4): 95-98.
9. Vazquez-Nava F, Santos-Díaz A, Martínez-Burnes J. El paciente asmático y su dinámica familiar. *Revista de Alergia México* 2003; 214-219.
10. Liebman R, Minuchin S, Baker I. The use of structural family therapy in the treatment of intractable asthma. *Am J Psychiatry.* 1974;131:535-540.
11. Méndez LD, Gómez LM, García RM, Pérez LJ. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. *Rev Med IMSS* 2008;42(4):281-284.
12. Leibovich, N. y Schmidt, V. El contexto familiar y su evaluación desde una perspectiva ecopsicológica. Buenos Aires: Guadalupe; 2005.
13. Gómez F, Ponce E, Irigoyen –Coria A. Faces III: alcances y limitaciones. *Aten Fam* 2005; 12 (1): 10-15.
14. Bertalanffy, V. L. (1976). Teoría General de los Sistemas. México: FCE.
15. Gómez C. Escala de evaluación de funcionamiento familiar FACES III. Escritos de Psicología. [revista en Internet]. 2010 [citado 2013 Ago 02]. Disponible en: http://www.esritosdepsicologia.es/revistas/vol10_2/esritospsicologia_v10_2_3vschmidt.pdf

16. Rodríguez G. Factores Psicosociales en el manejo de la diabetes tipo 2, Universidad Autónoma de México; 2003.
17. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico, metas de control ambulatorio y Referencia Oportuna de la diabetes Mellitus en el primer nivel de atención. 2010.
18. Martínez M, Torres V. Importancia de la familia en el paciente con Diabetes Mellitus Insulinodependiente. *Psicología y Salud*, 2007; 2: 229-240.
19. Méndez LD, Gómez LM, García RM, Pérez LJ. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. *Rev Med IMSS* 2004;42(4):281-284.
20. Sánchez R. Cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con la hemoglobina glucosilada de los pacientes diabéticos. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2011;16(2):82-88.
21. Ariza E, Nazly C, Londoño E, Niño C, et al. Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col)* 2008;21:28-40.
22. Jiménez BA, Víctor G, Alanis-NG. Función familiar: control de diabetes mellitus tipo 2. *RESPYN. IMSS México*, 2005;8 edición especial. [Fecha de consulta 2010 Jul 6] Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/20057ee-08-2005/documentos/42.htm>.
23. Vergara GA. Factores asociados al control metabólico en diabéticos tipo 2. *Rev Med Costa Rica y Centroamerica* 2006; LXIII (577):145-149.
24. Girone MG. Monitorización clínica del paciente diabético. Actualización en Medicina Interna. *ACMI* 2008; 14-19.
25. Mendoza-Solís LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, et al. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. *Arch Med Fam* 2008;8(1):27-32.

XIV. ANEXOS:

FACES III

Describe a su Familia:

1.-Nunca 2.-Casi Nunca 3.-Agunas Veces 4.-Casi Siempre 5.-Siempre.

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

Olson DH, Portner J, Lavee Y (Minnesota University). Versión en español: Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A (Universidad Nacional Autónoma de México).



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

NOMBRE DEL ESTUDIO: Adaptabilidad-Cohesión Familiar En Familias Con Un Integrante Diabético Mediante el Uso de Faces III en la Unidad de Medicina Familiar del IMSS de mayo de 2011 a noviembre de 2013.

NOMBRE DEL PACIENTE:

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL:

LUGAR Y FECHA: Ecatepec Estado de México a

NÚMERO DE REGISTRO: R-2012-1401-20

JUSTIFICACIÓN: La presente investigación pretende contribuir a una mayor claridad respecto de los aspectos del funcionamiento familiar susceptibles de ser abordados con FACES III, así como determinar si la adaptabilidad-cohesión familiar varía cuando hay un miembro de la familia con Diabetes Mellitus 2 y por ende establecer si es que existe un tipo de familia que predomine en la enfermedad comentada.

OBJETIVO: Determinar la Adaptabilidad-Cohesión Familiar En Familias Con Un Integrante Diabético Mediante el Uso de Faces III

PROCEDIMIENTOS: deberá llenar su totalidad el cuestionario otorgado

POSIBLES RIESGOS Y MOLESTIAS: no existe riesgo de molestias físicas.

POSIBLES BENEFICIOS QUE RECIBIRÁ AL PARTICIPAR EN EL ESTUDIO: conocer cual es su adaptabilidad-cohesión familiar.

INFORMACIÓN SOBRE RESULTADOS Y ALTERNATIVAS DETRATAMIENTO: se informa al momento cual es su adaptabilidad cohesión familiar.

PARTICIPACIÓN O RETIRO: se informa de los beneficios y riesgos de este estudio respetando la confidencialidad de los datos, así como el derecho a retirarse sin afectación a su persona y su continuidad en la atención médica.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD: los datos que se obtengan se manejan bajo las normas de confidencialidad establecidas por el IMSS.

BENEFICIOS AL TÉRMINO DEL ESTUDIO: se difundirá a la comunidad médica de los resultados.

EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES RELACIONADAS CON EL ESTUDIO PODRÁ DIRIGIRSE A:

INVESTIGADOR RESPONSABLE: Dra. Brenda Torres Sierra

COLABORADORES: Dra. Blanca Flor Botello Reyes

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^{to} piso Bloque B de la Unidad de Congresos, Col. Doctores. México, DF CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230. Correo electrónico: conise@cis.gob.mx

Nombre y Firma del Sujeto

Testigo 1

Nombre y Firma de quien obtiene el consentimiento

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.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACION DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(NIÑOS)**



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

NOMBRE DEL ESTUDIO: Adaptabilidad-Cohesión Familiar En Familias Con Un Integrante Diabético Mediante el Uso de Faces III en la Unidad de Medicina Familiar del IMSS de mayo de 2011 a noviembre de 2013.

NOMBRE DEL PACIENTE:

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL:

LUGAR Y FECHA: Ecatepec Estado de México a

NÚMERO DE REGISTRO: R-2012-1401-20

JUSTIFICACIÓN: La presente investigación pretende contribuir a una mayor claridad respecto de los aspectos del funcionamiento familiar susceptibles de ser abordados con FACES III, así como determinar si la adaptabilidad-cohesión familiar varía cuando hay un miembro de la familia con Diabetes Mellitus 2 y por ende establecer si es que existe un tipo de familia que predomine en la enfermedad comentada.

OBJETIVO: Determinar la Adaptabilidad-Cohesión Familiar En Familias Con Un Integrante Diabético Mediante el Uso de Faces III

PROCEDIMIENTOS: deberá llenar su totalidad el cuestionario otorgado

POSIBLES RIESGOS Y MOLESTIAS: no existe riesgo de molestias físicas.

POSIBLES BENEFICIOS QUE RECIBIRÁ AL PARTICIPAR EN EL ESTUDIO: conocer cual es su adaptabilidad-cohesión familiar.

INFORMACIÓN SOBRE RESULTADOS Y ALTERNATIVAS DETRATAMIENTO: se informa al momento cual es su adaptabilidad cohesión familiar.

PARTICIPACIÓN O RETIRO: se informa de los beneficios y riesgos de este estudio respetando la confidencialidad de los datos, así como el derecho a retirarse sin afectación a su persona y su continuidad en la atención médica.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD: los datos que se obtengan se manejan bajo las normas de confidencialidad establecidas por el IMSS.

BENEFICIOS AL TÉRMINO DEL ESTUDIO: se difundirá a la comunidad médica de los resultados.

EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES RELACIONADAS CON EL ESTUDIO PODRÁ DIRIGIRSE A:

INVESTIGADOR RESPONSABLE: Dra. Brenda Torres Sierra

COLABORADORES: Dra. Blanca Flor Botello Reyes

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^{to} piso Bloque B de la Unidad de Congresos, Col. Doctores. México, DF CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230. Correo electrónico: conise@cis.gob.mx

Nombre y Firma de ambos padres, tutores
representante legal.
Testigo 1

Nombre y Firma de quien obtiene el consentimiento
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.