



Universidad Autónoma de Querétaro  
Facultad de Medicina  
Especialidad de Medicina Familiar

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON Y SIN DIABETES MELLITUS  
TIPO 2 EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL IMSS”**

**TESIS**

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la

Especialidad en Medicina Familiar

**Presenta:**

Médico General Luz Angélica Sánchez Aguilar.

**Dirigido por:**

Dr. en C. Genaro Vega Malagón

**Co-Dirigido por:**

MCE. Luz Dalid Terrazas Rodríguez

**SINODALES**

Dr. en C. Genaro Vega Malagón  
Presidente

MCE. Luz Dalid Terrazas Rodríguez  
Secretario

Med. Esp. Martha Leticia Martínez Martínez  
Vocal

M.E. Yaneth Díaz Torres.  
Suplente

Dr. en educación Jorge Francisco Oseguera Rodríguez  
Suplente

Méd. Esp. Javier Ávila Morales  
Director de la Facultad de Medicina

Dra. Ma Guadalupe Flavia Loarca  
Directora de Investigación y Posgrado

Firma  
Firma  
Firma  
Firma  
Firma

## RESUMEN

Introducción: La diabetes mellitus tipo 2, es la enfermedad endocrina más frecuente en el mundo, que se está convirtiendo en epidemia mundial. Existen estudios que relacionan las enfermedades crónicas degenerativas con factores relacionados a la familia, uno de estos es la funcionalidad familiar. Objetivo: Comparar la funcionalidad familiar en pacientes con y sin diabetes mellitus tipo 2 en una unidad de primer nivel de atención del IMSS. Material y métodos: Estudio transversal comparativo en pacientes con y sin diabetes mellitus tipo 2, usuarios de la Unidad de Medicina Familiar 16, en el 2013. El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula para comparar dos proporciones, con un IC del 95%, poder  $\beta$  80% y relación 1:1. Se obtuvo una muestra de 140 pacientes. Se aplicó el APGAR familiar, Test FF-SIL y el Test del subsistema conyugal; previa firma de consentimiento informado. Se analizó con estadística descriptiva a través de medidas de tendencia central (promedios) y de dispersión (desviación estándar y rangos), frecuencias absolutas y relativas. La comparación fue por medio de porcentajes y la prueba de  $X^2$ , con un nivel de confianza del 95%. Resultados: Se incluyeron 140 pacientes, divididos en dos grupos, 70 pacientes con diabetes mellitus (Grupo 1) y 70 sin diabetes mellitus (Grupo 2). Test de APGAR familiar: pacientes con diabetes, disfunción familiar moderada (17.9%) y en pacientes no diabéticos funcionalidad buena (27.1%). Test FF-SIL: pacientes con diabetes tuvieron familia disfuncional (21.4%) y en los pacientes sin diabetes, familia funcional (27.9%). La funcionalidad conyugal en el grupo 1, tuvo predominio de la pareja con disfunción moderada (32.9%) y en el grupo 2 pareja funcional (24.3%). Conclusiones: La funcionalidad familiar en pacientes con y sin diabetes mellitus a través del Test FF-SIL fue familia disfuncional y familia funcional respectivamente. La funcionalidad familiar con Test de APGAR fue de disfunción familiar moderada en los pacientes con diabetes y funcionalidad buena en los no diabéticos. La funcionalidad en el Subsistema Conyugal fue pareja con disfunción moderada en los diabéticos y funcional en los no diabéticos.

Palabras claves: funcionalidad familiar, subsistema conyugal, diabetes mellitus.

## SUMMARY

**Introduction:** Diabetes mellitus type 2, is the most frequent endocrine condition around the world, and is becoming a global epidemic. There are studies that relate chronic degenerative diseases to factors related to the family, one of which is family functionality. **Objective:** to compare family functionality in patients with and without diabetes mellitus type 2 in a first-level care unit of IMSS. **Materials and method:** Cross-sectional comparative study in patients with and without diabetes mellitus type 2, beneficiaries of the Family Unit Care 16, in 2013. Sample size was calculated with the formula to compare proportions, at a confidence level of 95%, with a B power of 80% and 1:1 relationship. A 140 patients sample was obtained. Family APGAR score was applied, FF-SIL test and conjugal Subsystem Test after signing informed consent. Data were analyzed by descriptive statistics through measures of central tendency (averages) and dispersion (standard deviation and ranges), absolute and relative frequencies. Comparison was performed by means of percentages and relative frequencies. Comparison was performed by means of percentages and  $X^2$  test at a confidence level of 85%. Results: 140 patients were included, divided into two groups, 70 patients with diabetes mellitus (group 1) and 70 without diabetes mellitus (group 2). Family APGAR score: patients with diabetes mellitus, moderate family dysfunction (17.9%) and in patients without diabetes good level of functional family (27.1%). FF-SIL Test: patients with diabetes showed dysfunctional family (21.4%) and in patients without diabetes functional family (27.9%). In Group 1, related to Conjugal functionality, moderate dysfunctional family predominated (32.9%) and in Group 2 the functional couple (24.3%). Conclusions: Family functionality in patients with or without diabetes mellitus through FF-SIL Test dysfunctional family and functional family prevailed respectively. In family functionality through APGAR test, the moderate dysfunctional family in patients with diabetes and the good level of functionality in non-diabetic patients prevailed. In functionality through Conjugal Subsystem the moderate dysfunctional couple in diabetic patients and functional family in non-diabetic patients prevailed.

**(Key words: family functioning, conjugal subsystem, diabetes mellitus).**



## **DEDICATORIAS**

Dedicado a mi padre el Sr. Víctor Manuel Sánchez Cuevas. Un ser humano excepcional. El cual sin haber estudiado profesión alguna, me enseñó la importancia de la dedicación, la honestidad, y la humildad en mi trato con mis semejantes. Dios, no me pudo dar un mejor papá, gracias por todo el cariño y apoyo que me diste.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a mi hermana Victoria Sánchez Aguilar, quien me enseñó que los seres humanos somos capaces de los más grandes sacrificios por amor.

Agradezco a mis hermanas Claudia, Gloria, Sofia, y a mi hermano Francisco, porque mi corazón en cada uno de sus latidos me recuerda, que el amor viene en diferentes formas y tamaños. Y no importando las distancias, estarán siempre presentes en mi vida. Le agradezco a mi familia su apoyo.

Agradezco a mi amiga Norma Claudia Licea Guerrero el cariño y apoyo incondicional que me ha dado, lo cual la ha convertido en mi hermana. Sin ella no podría haber llegado alcanzar mis metas y sueños.

Agradezco a mi tía la Sra. Josefina Rivera de la Torre, por su cariño y apoyo, quien me ha enseñado, tolerancia hacia mis semejantes, y lo más importante respeto hacia mis padres.

Agradezco al Dr. Genaro Vega Malagón el apoyo para la realización de este proyecto.

Agradezco con admiración y respeto a la Dra. Martha Leticia Martínez la paciencia, y dedicación que tuvo hacía mi persona, para la realización de este proyecto. Me mostro con sencillez e inteligencia, que la belleza interna y espiritual, se proyecta hacia el mundo que le rodea, haciendo de esté un mundo mejor, de lo que alguno vez yo me hubiese imaginado.

Agradezco a la MCE Luz Dalid Terrazas, que me recuerda, que los seres humanos podemos aprender a no juzgar a los demás.

## ÍNDICE

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
I.1 OBJETIVO GENERAL	2
I.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	2
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	4
II.1 Epidemiología de la diabetes mellitus	4
II.2 Fisiopatología de la diabetes mellitus	4
II.3 Familia y funcionalidad familiar	7
II.4 Instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar	10
II.5 Subsistema conyugal.	14
III. METODOLOGÍA	23
III.1 Diseño de la investigación	23
III.2 Variables a estudiar e instrumentos de medición	24
III.3 Consideraciones éticas	25
III.4 Análisis estadístico	26
IV. RESULTADOS	27
V. DISCUSIÓN	35
VI. CONCLUSIONES	37
VII. PROPUESTAS	38
VIII. LITERATURA CITADA	39
APÉNDICE	

## ÍNDICE DE CUADROS

<b>Cuadro</b>		<b>Página</b>
IV.1	Características sociodemográficas.	28
IV.2	Instrumento de evaluación de la funcionalidad familiar.	29
IV.3	Instrumento de evaluación de la funcionalidad familiar.	30
IV.4	Instrumento de evaluación de la funcionalidad conyugal.	31
IV.5	Relación entre variables sociodemográficas y funcionalidad familiar.	32
IV.6	Relación de funcionalidad familiar en pacientes diabéticos y no diabéticos.	33
IV.7	Relación de la funcionalidad conyugal en pacientes con y sin diabetes mellitus.	34

## I. INTRODUCCIÓN

Actualmente se considera a la diabetes mellitus una pandemia. En el 2007, hubo 246 millones de personas con esta patología en el mundo; los estudios actuales estiman, que para el año 2025, habrá 380 millones (Caicedo, 2012).

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica, con elevada prevalencia en México, anualmente se registran 210 mil personas con diabetes y fallecen cerca de 36 mil, la mortalidad va del 50 al 80% debido a complicaciones micro y macro-vasculares (Caicedo, 2012).

La Encuesta Nacional en Salud 2012 (Ensanut 2012), sobre el estado de Querétaro; reporta la frecuencia de uso de servicios médicos preventivos de diabetes mellitus de 266,600; con un 25.7% (IC 95%: 22.4-29.4) de nuevos casos (Ensanut, 2012).

La diabetes mellitus tiene impacto fisiopatológico, psicológico y social que deben ser considerados para el manejo integral del médico tratante (Caicedo, 2012).

El paciente con diabetes mellitus perteneciente a un núcleo familiar, está insertado dentro de una sociedad, por lo que las redes sociales toman un papel importante. Dado el importante papel que desempeña la familia como red de apoyo, diversos investigadores han señalado que la funcionalidad familiar tiene un papel importante en la estrategia de tratamiento integral del paciente (Caicedo, 2012).

El término familia, desde la perspectiva del médico familiar es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos sean consanguíneos, legales y/o de afinidad (Anzures, 2008).

La funcionalidad familiar es la capacidad que tienen las familias para moverse como resultado del efecto de factores de estrés normativos y

paranormativos. Dentro de la funcionalidad familiar se evalúan los conceptos de cohesión y adaptabilidad. La cohesión de la familia se refiere a como los integrantes de una familia tienen límites emocionales y el grado de autonomía que cada uno de los miembros experimenta dentro de su sistema familiar (Anzures, 2008).

El concepto de adaptabilidad familiar se refiere a la familia como un sistema, con todas las características inherentes del mismo, y como este sistema especial tiene la capacidad para adaptarse por medio del cambio de su estructura de poder, sus roles y sus reglas de convivencia, las situaciones de crisis que se pueden presentar (Anzures, 2008).

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 tipo 2. (Sánchez-Reyes, A 2011).

Para poder valorar el funcionamiento familiar, se han descrito varias escalas, dentro de las cuales tenemos las siguientes: APGAR familiar, el test de FF-SIL prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares y el Subsistema Conyugal (Costa, 2009).

## **I.1 OBJETIVO GENERAL**

Comparar la funcionalidad familiar en pacientes con y sin diabetes mellitus tipo 2 en una unidad de primer nivel de atención del IMSS

### **I.1.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1.- Comparar la funcionalidad familiar en pacientes con y sin diabetes mellitus a través del Test FF-SIL y el Test de APGAR familiar.

2.- Comparar la funcionalidad conyugal de pacientes con y sin diabetes mellitus que acuden a una Unidad de Primer Nivel de Atención del IMSS.

## **1.2 HIPÓTESIS GENERAL**

La funcionalidad familiar en pacientes con diabetes es mayor del 30% y la funcionalidad familiar en pacientes sin diabetes es mayor al 80% en el Test de APGAR familiar y en el Test FF-SIL.

La funcionalidad conyugal en pacientes con diabetes es mayor del 30% y la funcionalidad familiar en pacientes sin diabetes es mayor al 80% en el Test de Subsistema Conyugal.

## II. REVISIÓN DE LITERATURA

### II.1 Epidemiología de la diabetes mellitus tipo 2.

La diabetes mellitus es una enfermedad crónico- degenerativa, con gran impacto a nivel mundial. Según la OMS hay 346 millones de personas diabéticas. Con una proyección de 380 millones para el 2025. Y para el año 2030 será la séptima causa mundial de muerte (Atkins, 2010).

Para latinoamérica se espera una prevalencia del 8.1%. Siendo México, el país latinoamericano con mayor aumento en la prevalencia con un 7.7% (Caseido, 2012). Según Atkins (2010) para el 2025 habrá un 18% de población con diabetes tipo 2 (Atkins, 2010).

En México la diabetes, ocupa el primer lugar entre las principales causas de mortalidad. Siendo responsable de 60 mil muertes y 400 mil casos nuevos al año (Fernández, 2012).

### II.2 Fisiopatología de la diabetes mellitus tipo II.

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica, progresiva. Caracterizada por: hiperglucemia, resistencia a la insulina, disminución del número y función de las células Beta; aumento de la secreción de glucagón y de la producción hepática de glucosa. Además anomalías en el adipocito y del metabolismo de los lípidos, disminución del efecto de la incretina, vaciado gástrico rápido; aumento del apetito, obesidad, inflamación sistémica, citocinas elevadas, hipercoagulación, y disfunción celular endotelial (Ismail-Beigi, 2012).

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica no transmisible que engloba un grupo de trastornos metabólicos causados por una deficiencia total o parcial de insulina. Se puede presentar en todos los grupos de edad, y puede afectar la calidad de vida, el estado funcional y el sentido de bienestar de las personas que la padecen así como de su familia (Ledón, 2012).

La Insulina, es una hormona que juega un papel central en el desarrollo de la hipertensión, diabetes, y el síndrome metabólico. Las principales acciones metabólicas de la insulina son: estimular la captación de glucosa en el musculo esquelético y el corazón; suprimir la producción de glucosa y la lipoproteína de muy baja densidad, en el hígado (Cheung BM, 2012).

Subyacente a la homeostasis anormal de la glucosa en la diabetes mellitus, se encuentra la resistencia a funciones de la insulina (como la estimulación del transporte de la glucosa y la supresión de la liberación de glucosa hepática). Por lo tanto hay secreción inadecuada de insulina para igualar las necesidades metabólicas (Ismail-Beigi, 2012).

La ADA (2014) define la diabetes mellitus con los siguientes 4 criterios: A) una A1C  $\geq$  6.5%, B) una GBA  $\geq$  126 mg/dl. Ayuno definido como ausencia de ingesta calórica de 8 horas. C) una glucosa plasmática a las 2 hrs de  $\geq$  200 mg/dl durante una prueba de tolerancia a la glucosa. D) aquel paciente con síntomas clásicos de hiperglicemia, o crisis de hiperglicemia, una glucosa al azar  $\geq$  200 mg/dl (ADA, 2014).

La evaluación de los pacientes con diabetes mellitus, debe incluir historia previa de enfermedad cardiovascular, historia familiar de diabetes mellitus. Presión arterial, IMC, actividad física, dieta, co-morbilidades, función renal, presencia de microalbuminuria, retinopatía o neuropatía, colesterol sérico LDL, HDL, y TG, y hábito tabáquico (Ismail-Beigi, 2012).

Importante considerar también que incrementa 2-3 veces el riesgo de enfermedad cardiovascular, debido a la amplia disfunción endotelial, la cual se considera el primer paso en el proceso aterogénico. La enfermedad vascular aterosclerótica en la diabetes mellitus es agresiva, multifocal, distal y de desarrollo más temprano que en los pacientes no diabéticos (Fadini, 2012).

Las complicaciones microvasculares, incluyendo retinopatía, nefropatía y neuropatía, se desarrollan como una consecuencia del daño estructural y funcional de la microcirculación de órganos blancos (Fadini, 2012).

Como enfermedad crónica tiene graves desenlaces, entre los que sobresalen la insuficiencia renal crónica, daño cardiovascular, ceguera resultante de la retinopatía diabética, neuropatía, invalidez y en el peor de los casos, muerte prematura, no obstante, la diabetes mellitus, ha sido atendida de manera predominantemente médica, sin considerar de forma sistemática, factores psicosociales entre las que se encuentra la calidad de vida (Salazar-Estrada, 2009).

En consecuencia la diabetes mellitus no solo se asocia con su magnitud epidémica, sino con las peculiaridades biológicas, psicológicas y sociales que caracterizan a las personas con diabetes y las del sistema social y de atención a la salud en México y en cualquier parte del mundo (Salazar-Estrada, 2009).

Los esquemas de tratamiento y la adherencia a los mismos, los estilos de vida, factores personales, familiares y el acceso a cuidado primario de calidad, son las variables más estudiadas en relación con el control glucémico (Alba, 2009).

La estrategia del cuidado intensivo, multifactorial y multidisciplinar del paciente diabético es bien conocida por los clínicos desde hace años. El estudio Steno, publicado en 2003 por Gaede y cols.; ponía en evidencia que la intervención de este estilo era el arma más eficaz en el manejo global del paciente diabético pluricomplcado, reduciendo las complicaciones micro y macrovasculares de forma muy importante (retinopatía en un 68%, neuropatía autonómica en un 63% y desarrollo de nefropatía en un 61%) (Martínez, 2008).

La transición económica puede tener diferentes efectos sobre el estatus socioeconómico y en el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2. Las personas quienes tienen una transición económica exitosa –aquellos que emigran a las

ciudades y toman trabajos de la industria que pagan bien— experimentan un aumento en el estatus socioeconómico y un mayor acceso a comida. En la India, el estatus socioeconómico aumenta el riesgo de diabetes, y en los E.E. U.U el riesgo de diabetes mellitus tipo 2 es más alto entre los hispanos de estado socioeconómico alto. Por otro lado, un estado socioeconómico alto se asocia generalmente con mejor educación y con los recursos para hacer opciones de alimentación más sanas (Weil, 2010).

### II.3 Familia y funcionalidad familiar.

El término familia, desde la perspectiva del médico familiar: “la familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos sean consanguíneos, legales y/o de afinidad” (Anzures, 2008).

El estudio de la funcionalidad familiar se ha hecho con base a varios modelos. Dentro de los cuales encontramos el modelo circunflejo marital y sistémico familiar. En el cual se valoran dos componentes del comportamiento familiar: la cohesión y la adaptabilidad (Anzures, 2008).

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 (Arnett, 2008; Estévez-López, Murgui-Pérez, Moreno-Ruiz y Musitu-Ochoa, 2007; Lalueza y Crespo, 2003). Desde el Modelo Circunflejo de Sistemas familiares y Maritales (Olson, 2000; Olson, Russell y Sprenkle, 1989), el cual ha tenido una gran difusión en los últimos años en el mundo académico y profesional, se sostiene que la cohesión, la flexibilidad y la comunicación son las tres dimensiones que principalmente definen el constructo funcionamiento familiar (Sánchez-Reyes, 2011).

La cohesión de la familia se refiere a como los integrantes de una familia tienen límites emocionales y el grado de autonomía que cada uno de los miembros

experimenta dentro de su sistema familiar. Así podemos clasificar desde una familia amalgamada donde los límites no están bien delimitados hasta una familia disgregada; por lo que podemos inferir que debe existir un balance adecuado en la cohesión familiar, lo que permitirá tener un mejor funcionamiento y un desarrollo mejor de la familia (Anzures, 2008).

El concepto de adaptabilidad familiar se refiere a la familia como un sistema, con todas las características inherentes del mismo, y como este sistema especial tiene la capacidad para adaptarse por medio del cambio de su estructura de poder, sus roles y sus reglas internas, a las situaciones de crisis que se pueden presentar. Entonces tenemos que la familia es un sistema dinámico en el cual sus características pueden cambiar dentro de sus ciclos evolutivos, por lo que el enfoque de su estudio puede hacerse desde diversos modelos (Anzures, 2008).

El perfil de funcionalidad familiar se refiere a la evaluación de los conceptos antes señalados y nos da una orientación desde la perspectiva de la medicina familiar de cómo está cumpliendo o no con las funciones de la familia (Anzures, 2008).

La familia constituye uno de los espacios de vida más profundamente impactados a partir de la aparición de una enfermedad crónica y a la vez, uno de los espacios que mayor potencial sostiene para revertir positivamente la situación de salud (Ledón, 2011).

Es la primera red de apoyo social del individuo y ejerce una función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana, es frecuente encontrar que sea en su seno donde tradicionalmente se sufraguen las grandes demandas generadas por los estados de dependencia consecuentes a la enfermedad crónica. Las mujeres juegan un rol esencial en este sentido (Ledón, 2011).

Las acciones de acompañamiento a lo largo de todo el proceso, de comunicación, de búsqueda activa de soluciones, y de provisión de cuidados, se convierten en estímulos fundamentales para atenuar el impacto de la enfermedad,

fomentar la adhesión al tratamiento y lograr la recuperación de la salud (Ledón, 2011).

Las relaciones interpersonales en general, las ocupaciones, la familia y la pareja constituyen las dinámicas de interacción fundamentales donde los procesos de salud y enfermedad se expresan. Por tanto, son los/as amigos/as, los/as compañeros/as de trabajo, los familiares y la pareja quienes se convertirán en los principales actores, testigos y convivientes de dichos procesos (Ledón, 2011).

A decir de Roca Perara, las enfermedades crónicas rebasan los marcos institucionales sanitarios y abarcan la vida cotidiana de la persona así como sus redes sociales. Una vez instauradas producen cambios psíquicos y corporales intensos y modifican áreas de vida significativas, lo cual demanda de las ciencias de la salud superar el enfoque exclusivamente centrado en signos y síntomas físicos para dirigir la atención hacia la repercusión de la enfermedad sobre los diferentes ámbitos de la vida de la persona enferma, defendiendo un marco de comprensión y abordaje cada vez más holístico (Ledón, 2011).

Estudios realizados en personas con diabetes muestran una relación proporcional entre apoyo y adhesión al tratamiento, mejor control metabólico y retardo o no presentación de complicaciones y viceversa (Ledón, 2011).

Existen evidencias documentadas de que, cuando una persona presenta algún tipo de enfermedad crónica como diabetes o hipertensión, la evolución y respuesta al tratamiento depende en buena medida del funcionamiento de la familia (Concha, 2010).

Mc Daniel et al. (1998) señalan que el funcionamiento familiar, entendido como la forma en que la familia contribuye a la salud o enfermedad de sus miembros, mediante el desempeño de sus actividades, tareas o funciones básicas, se relaciona directamente, por ejemplo, con la presencia o control de una patología crónica en uno o varios de sus integrantes. La adaptabilidad, el apoyo

emocional, económico y de información, son funciones esenciales que tienen un efecto positivo en la recuperación de la salud (Concha, 2010).

La existencia de antecedentes familiares de diabetes puede tener un efecto en la perspectiva inicial y general de la persona frente a su nueva condición de salud, en relación con la forma en que ha sido comprendida está en el contexto familiar (Molina, 2013).

Es usual que aquellas personas que han convivido con familiares con escaso conocimiento acerca de la diabetes, pobre control metabólico, pobre adhesión al tratamiento y complicaciones agudas y crónicas, sostengan una perspectiva de la enfermedad en términos de inevitable conducción hacia limitaciones funcionales, y eventualmente hacia la muerte (Molina, 2013).

Para los pacientes con diabetes, la enfermedad y el tratamiento tienen una repercusión significativa en muchos aspectos de su vida, como el trabajo, las relaciones interpersonales, el funcionamiento social y el bienestar físico y emocional (Molina, 2013).

No sólo necesitan integrarse a un régimen de tratamiento y vivir con él, sino que también están expectantes ante la posibilidad de complicaciones de la enfermedad (Molina, 2013).

Para lograr 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 (Molina, 2013).

#### II.4 Instrumentos de evaluación de funcionalidad familiar.

Para poder valorar el funcionamiento familiar, se han descrito varias escalas, dentro de las cuales tenemos las siguientes: APGAR familiar, test de FF-SIL prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares y el Subsistema Conyugal (Costa, 2009).

#### II.4.1 APGAR familiar

Es uno de los primeros instrumentos desarrollados por un médico familiar, el Dr. Gabriel Smilkenstein (1978). Surge como una necesidad para evaluar la funcionalidad familiar, diseñado para su uso potencial en personas de distinto nivel socioeconómico y en diversos contextos socioculturales, además de ser capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes importantes de la función familiar; su uso es válido y confiable en adultos mayores de 15 años. APGAR acrónimo: A adaptabilidad, B Cooperación o participación, G desarrollo, A afectividad y R Capacidad resolutoria. El APGAR se clasifica de la siguiente manera: 0 = Nunca, 1 = Casi nunca 2 = Algunas veces, 3 = Casi siempre, 4 = Siempre (Anzures, 2013).

Los componentes de este instrumento son 5 elementos, que se evalúan para valorar la funcionalidad familiar (Suarez, 2014):

**Adaptación:** es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.

**Participación:** o cooperación es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas a la familia.

**Gradiente de recursos:** es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización, que logran los integrantes de una familia gracias al apoyo mutuo.

**Afectividad:** es la relación de cariño y amor que existe dentro de los miembros de una familia.

**Recursos o capacidad resolutoria:** es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades psicológicas y físicas, de los miembros de una familia (Suarez, 2014).

El APGAR familiar puede utilizarse periódicamente para detectar un problema específico de disfunción familiar. Puede incluirse en la evaluación inicial y también a través del tiempo, sobre todo cuando se hace necesario involucrar a la familia en el manejo del paciente. El resultado puede ser diferente para cada miembro de la familia, ya que la percepción individual o la situación de cada uno pueden variar (Montecinos, 2007).

Cuestionario APGAR familiar:

- a) ¿Está satisfecho (a) con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?
- b) ¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma en que participa con usted en la resolución de ellos?
- c) ¿Su familia respeta sus decisiones y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?
- d) ¿Está satisfecho de la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?
- e) ¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?

Es un método utilizado para establecer su estado funcional mediante la técnica de APGAR. El doctor Gabriel Smilkstein ha diseñado un instrumento ágil para detectar el grado de funcionalidad (o disfunción) de la familia. Para esto se ha creado un cuestionario de cinco preguntas que, mediante una escala de 0 a 4, evalúa el estado funcional de la familia (Montecinos, 2007).

#### II.4.2 Prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares (FF-SIL).

Esta prueba de funcionalidad familiar, evalúa siete procesos implicados en las relaciones intrafamiliares que son: cohesión, roles, armonía, comunicación, afectividad, permeabilidad, adaptabilidad, acrónimo CRACAPA. La calificación se realiza adjudicando puntos según la opción seleccionada en la escala: casi nunca (1 punto), pocas veces (2 puntos), a veces (3 puntos), muchas veces (4 puntos) y

casi siempre (5 puntos). Los puntos se suman y a esa puntuación total le corresponde un diagnóstico de funcionamiento intrafamiliar (Anzures, 2013).

Las categorías que se deben evaluar con la aplicación del FF-SIL son:

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

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

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

4. Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.

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

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

7. Permeabilidad: capacidad de la familia para brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones (Louro, 2002).

La escala tiene diferentes valores de acuerdo con el criterio seleccionado (Louro, 2002).

Dichas categorías quedaron distribuidas de acuerdo con los ítems que se exploran:

1.- Cohesión: 1 y 8.

2.- Armonía: 2 y 13.

3.- Comunicación: 5 y 11.

4.- Adaptabilidad: 6 y 10.

5.- Afectividad: 4 y 14.

6.- Roles: 3 y 9.

7.- Permeabilidad: 7 y 12.

La prueba fue sometida en el año 1994 y en el 2000 a varios procedimientos que evidenciaron su confiabilidad y validez (Louro, 2004).

#### II.5 Subsistema conyugal.

En el estudio de la familia, se considera a esta como un sistema; dentro del enfoque de la teoría general de los sistemas, dividido en subsistemas: subsistema conyugal, subsistema fraterno-filial. Por tal motivo se considera a la familia un “organismo viviente”, con un ciclo vital el cual se describe como una serie de etapas que se suceden en el tiempo, con un inicio y un final. Cada etapa tiene a su vez fases y estadios, que permiten distinguir los eventos específicos de cada uno. Una parte importante del ciclo vital de la familia en modelos como el de Duvall y Geyman, es la pareja, el comienzo de este organismo viviente, que es la familia (Suarez, 2006).

El matrimonio formal, no constituye el inicio de la pareja, desde el punto de vista de su funcionalidad; sino desde la etapa del noviazgo, la cual es importante y determinante. En esta etapa se definen y afianzan factores significativos para la pareja. Luis Leñero señala tres factores que influyen en el proceso de la elección de la pareja (Leñero, 1976):

1. Residencia en una determinada comunidad.
2. Pertenencia a una determinada clase social.
3. Involucración en un determinado círculo social.

Otros autores añaden más requisitos para que se constituya la pareja (Sánchez, 1976):

- a) Haber alcanzado un grado de madurez física, psicológica y social.
- b) Reconocer creencias afines.
- c) Disponer de antecedentes educativos y culturales semejantes.
- d) Contemplar expectativas económicas semejantes.
- e) Disponer de una actitud semejante con respecto a la vida sexual

Los ajustes que la pareja debe procesar, se dan en varios niveles. Los acuerdos e intereses que la pareja debe conciliar para formar una familia, señalados por Duvall, se consideran fundamentales para establecer un núcleo familiar (Duvall, 1987):

1. Una casa.
2. Un sistema de captación y distribución de dinero.
3. Un sistema de patrones de responsabilidad.
4. Mutua satisfacción en las relaciones sexuales.
5. Un sistema adecuado de comunicación.
6. Interacción con amigos, asociaciones, clubes, etc.
7. Relaciones de trabajo de ambos.
8. Un concepto filosófico de la vida como pareja.
9. Continuación de la educación de ambos.

Para la formación de la pareja, se establece un vínculo, que se define como un estado de intercambio amoroso-sexual duradero, en un sistema humano. Dependiendo del estado psicológico de los miembros de este subsistema, el vínculo puede ser positivo o negativo, que equivale a los extremos de salud-enfermedad del sistema biológico. Hay cuatro tipos de vínculo de pareja: 1. Noviazgo. 2. Concubinato. 3. Matrimonio. 4. Mixto (poligamia) (Solórzano, 2001).

El ciclo vital de la pareja se inicia por la atracción mutua que experimentan los futuros integrantes. Esta atracción tiene dos tipos de motivaciones (Solórzano, 2001):

1.- Conscientes: motivaciones expresadas por la persona, como cualidades físicas, morales e intelectuales.

2.- Inconscientes: son motivaciones que habitualmente pasan desapercibidas para los integrantes de la pareja. Y dependen básicamente del tipo de relaciones que cada uno de ellos haya tenido con sus padres y con su familia. Estas pueden ser: a) Por semejanza cuando existen elementos psicológicos comunes a los integrantes de la pareja. b) Por complementariedad, cuando uno aporta a la relación elementos psicológicos opuestos a los que el otro tiene (Solórzano, 2001).

Las fases del ciclo vital de la pareja (Quiroz, 1986).

Fase I o de Aproximación. Los integrantes de la pareja futura se conocen y experimentan afinidad mutua. Fase II o de Amistad cercana. Existe aproximación mutuamente satisfactoria y sólo queda un paso para ser pareja. Fase III o de noviazgo. Se forma la pareja y aunque no tiene un reconocimiento legal, sí lo tiene socialmente. Fase IV o de Unión. Mayor área de interdependencia, la pareja convive permanentemente. Fase V o de presencia de hijos. Simultánea a la fase anterior. Fase VI o de separación de los hijos. Los hijos se independizan económica, social y psicológicamente. Fase VII o de disolución del vínculo. La pareja llega al final de su ciclo vital y se produce la separación (Quiroz, 1986).

Posterior a la formación de la pareja, viene el establecimiento social del matrimonio. Este abarca toda la edad adulta y atraviesa distintas fases, cada una con sus propios problemas y conflictos. El cambio de una fase a otra produce angustia y exige de los cónyuges una elevada dosis de flexibilidad y adaptación (Quiroz, 1986).

Un aspecto básico del inicio de la vida conyugal es la lucha por el poder con todo lo que implica este; condicionada por la manera en que se relacionaban con sus familias de origen, sea esta de dependencia o igualdad. Lo anterior quedara manifestado en la toma de decisiones, además del tipo de actividad hogareña o laboral desarrollada (Chávez, 1994).

Las fases del matrimonio (Willi, 1985):

1.- Fase de formación de la pareja estable: tiene carácter de exclusión tanto de otros posibles compañeros, como de la familia de origen. Etapa llena de angustias y temores para ambos integrantes de la pareja (Willi, 1985).

2.- Fase de estructuración y producción del matrimonio: abarca los primeros años del matrimonio y casi siempre es más activa, intentan afirmar su identidad como pareja, luchan para conseguir una buena situación profesional, que determinará la posición social de la familia y su identidad. La vida en común supone la división interna de funciones, convenio respecto a normas y valores, distribución de horas del día, trabajo, amistades, relaciones sociales, dinero (Willi, 1985).

3.- La crisis de los años de la mitad de la vida: ambos esposos han encontrado su identidad en gran medida en la común convivencia y separación de las tareas, vienen a caer en una especie de segunda pubertad, en una segunda crisis de identidad (Willi, 1985).

4.- La vejez: para muchos significa jubilación, retirada de la vida activa para entrar en el guetto de los ancianos y vivir de las rentas; significa decrepitud, enfermedad y muerte que se va aproximando. La pareja se une más estrechamente. Los cónyuges dependen cada vez más el uno del otro, recuerdan su larga vida en común, tienen en la enfermedad, así como en la muerte y en el entorno amenazador, un enemigo común (Willi, 1985).

## II.5 1 Funciones del subsistema conyugal.

Las principales funciones del subsistema conyugal son: 1.- Comunicación. 2.- Adjudicación y asunción de roles. 3.- Satisfacción sexual. 4.- Afecto y 5.- Toma de decisiones (Chávez, 1994).

### 1.- Función de Comunicación:

a) Clara, esto es dirigida al receptor sin distorsión, mensaje sin enmascaramiento, o con significado contrario.

b) Directa: dirigida al receptor sin mediar algún otro integrante de la familia, lo que en patología comunicacional se denomina comunicación triangular, o comunicación desplazada.

c) Congruente: correspondencia entre en lenguaje verbal y corporal o lenguaje analógico (Chávez, 1994).

### 2.- Función de Adjudicación y asunción de roles:

Los integrantes de una pareja, se adjudican roles recíprocamente que son necesarios en la familia; depende de cómo asumen estos, se desarrollara la funcionalidad familiar; las características de esta función son (Chávez, 1994):

a) Congruencia: la función realizada debe ser congruente con las capacidades y aspiraciones del cónyuge.

b) Satisfacción: la realización de una determinada función debe brindar, al que la realiza un sentimiento de utilidad, bienestar y aceptación.

c) Flexibilidad: es el intercambio de funciones hacía el grupo familiar.

### 3.- Función de satisfacción sexual.

En la relación de pareja, el bienestar sexual es básico y complementa otras funciones dentro del sistema conyugal y familiar. La pareja recién formada,

necesita un periodo de 6 a 9 meses para lograr un ajuste sexual. Se compone de dos características (Chávez, 1994):

a) Frecuencia de la actividad sexual: es importante establecer las demandas de cada uno de los cónyuges.

b) Satisfacción: considera si los cónyuges se sienten satisfechos con la actividad sexual que tienen (Chávez, 1994).

#### 4.- Función de afecto.

Esta función se evalúa a través de las manifestaciones o expresiones de afecto (Chávez, 1994):

a) Manifestaciones físicas: todo tipo de contacto físico entre la pareja, besos, caricias, abrazos, etc.

b) Calidad de convivencia: la satisfacción percibida por los cónyuges del tiempo que pasan juntos.

c) Reciprocidad: la disposición que cada uno de los cónyuges tiene, para dar lo que recibe, en los distintos ámbitos de su relación: afecto, la recreación, individualidad y actividades extra-hogareñas (Chávez, 1994).

#### 5.- Función de toma de decisiones.

a) Toma de decisiones conjunta: ambos cónyuges exponen sus opiniones y posibles implicaciones de la decisión a tomar; lo cual provoca un sentimiento de coparticipación e interés.

b) Toma de decisiones individual: solo uno de los cónyuges tiene la facultad de tomar las decisiones, sin tomar en cuenta la opinión del otro (Chávez, 1994).

### II.5.2 La diabetes mellitus y el subsistema conyugal.

Las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, afectan tanto al sistema familiar, e inclusive con mayor intensidad al subsistema conyugal en una de sus funciones básicas: la sexualidad (Alonso, 2007).

La sexualidad es un fenómeno complejo que depende de mecanismos neurológicos, vasculares y endocrinos; y está condicionada por factores psicológicos, sociales y de la propia pareja. En general, las enfermedades crónicas tienden a alterar las fases de deseo y excitación sexual, por otro lado la terapéutica puede interferir con cualquiera de las fases de la respuesta sexual (Alonso, 2007).

La diabetes se asocia con frecuencia a disfunciones sexuales por los daños vasculares y neurológicos que produce. La neuropatía diabética es el motivo principal de las dificultades sexuales que presentan los pacientes diabéticos de ambos sexos. La insulina y los antidiabéticos orales no deterioran la sexualidad sin embargo el tratamiento de otras enfermedades asociadas (especialmente la cardiovascular) sí la pueden alterar (Alonso, 2007).

La funcionalidad conyugal es un elemento que el médico familiar debe tener en cuenta para detectarla en forma integral y sencilla en su consulta diaria. Díaz refiere que se debe mejorar la relación médico paciente, para que los pacientes expresen las quejas reales que originan la consulta, estableciendo acciones de prevención y atención más eficaz, para evitar que la disfunción conyugal se establezca (Salazar-Colín, 2005).

### II.5.3 Instrumento de evaluación del Subsistema conyugal.

El análisis de la funcionalidad conyugal, es de trascendental importancia para todo el grupo familiar; las disfunciones dentro del subsistema conyugal, pueden ser la base de los conflictos del sistema familiar (Chávez, 1994).

El subsistema conyugal funciona como modelo para los demás subsistemas de la familia. Todo lo que los cónyuges viven cotidianamente es aprendido y enseñado al resto de la familia (Chávez, 1994).

El Test de subsistema conyugal evalúa la funcionalidad de la pareja, se considera que esta debe ser gratificante y clara, sin perder de vista el entorno social en que está inmersa la pareja; además aborda las principales funciones que dicho subsistema debe realizar (Anzures, 2013).

Las preguntas que integran la escala evaluativa son las siguientes (Chávez, 1994):

I. Función de comunicación:

- a) Cuando quiere comunicar algo a su pareja se lo dice directamente.
- b) La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia.
- c) Existe congruencia entre la comunicación verbal y analógica.

II. Función de adjudicación y asunción de roles:

- a) La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican.
- b) Son satisfactorios los roles que asume la pareja.
- c) Se propicia el intercambio de roles entre la pareja.

III. Función de satisfacción sexual:

- a) Es satisfactoria la frecuencia con que tienen relaciones sexuales,
- b) Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual.

IV. Función de afecto:

- a) Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja.
- b) El tiempo que se dedica la pareja es gratificante.
- c) Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja.
- d) Perciben que son queridos por su pareja.

V. Función de toma de decisiones:

- a) Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente.

Calificación del Subsistema conyugal: Cada función se evalúa: nunca, ocasional y siempre. Estas ponderaciones tienen diferente valor, dependiendo de la función que se evalúe. Comunicación: 0, 5 y 10 puntos. Adjudicación y asunción de roles: 0, 2.5 y 5 puntos. Satisfacción sexual: 0, 5 y 10 puntos. Afecto: 0, 2.5, y 5 puntos. El último rubro toma de decisiones, se califica con 0, 7.5 y 15 puntos. El puntaje total es de 100 puntos (Chávez, 1994).

La calificación de cada función permite detectar cuantitativamente el área o áreas que ameritan atención y ajuste. Se evalúa la disfunción sumando el puntaje total como sigue: Pareja severamente disfuncional de 0-40 puntos, Pareja moderadamente disfuncional 41-70 puntos y Pareja funcional 71-100 puntos (Chávez, 1994).

### III.METODOLOGIA

#### III.1 Diseño de la investigación.

Se realizó un estudio transversal comparativo en pacientes con y sin diabetes mellitus, en la UMF 16, IMSS, delegación Querétaro, en el 2013.

El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula para comparar dos proporciones, con un IC del 95%, poder  $\beta$  80% y relación 1:1. Con una frecuencia de exposición del factor a estudiar (funcionalidad familiar) en el grupo 1 de un 40%, y en el grupo 2 de 70%, obteniendo una muestra de 140 pacientes en total, 70 pacientes para cada grupo.

Fórmula:

$$n = \frac{\{(p_1q_1 + p_2q_2)\}K}{(p_1 - p_2)^2}$$

$$n = \frac{\{(0.4)(0.6) + (0.7)(0.3)\}6.2}{(0.4 - 0.6)^2}$$

$$n = \frac{(0.24 + 0.21)6.2}{0.04}$$

$$n = \frac{2.79}{0.04}$$

$$n = 70$$

Se muestreo de manera no probabilística por conveniencia.

Se incluyeron pacientes del género masculino y femenino, casados y alfabetas que aceptaron participar en el estudio, previa firma de consentimiento informado. No hubo criterios de exclusión. Se eliminaron los pacientes con llenado incompleto de las encuestas.

### III.2 Variables a estudiar e instrumentos de medición:

Se estudiaron las características sociodemográficas (género, edad, escolaridad, estado civil, comorbilidad); la funcionalidad familiar y la conyugal.

Para valorar la funcionalidad familiar se utilizó el Test FF-SIL. Es una prueba que evalúa las relaciones intrafamiliares y el funcionamiento familiar, a través de las categorías de: 1. Cohesión (unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas domésticas), 2. Armonía (correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con las de la familia en un equilibrio emocional positivo), 3. Comunicación (los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa), 4. Adaptabilidad (habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera), 5. Afectividad (capacidad de los miembros de la familia para vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros), 6. Rol (cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar) y 7. Permeabilidad (capacidad de la familia para brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones).

Dichas categorías quedan distribuidas de acuerdo con los ítems que se exploran: 1. Cohesión (1 y 8), 2. Armonía (2 y 13), 3. Comunicación (5 y 11), 4. Adaptabilidad (6 y 10), 5. Afectividad (4 y 14), 6.- Roles (3 y 9), 7.- Permeabilidad (7 y 12). La escala tiene diferentes valores de acuerdo con el criterio seleccionado.

La calificación se realiza adjudicando puntos según la opción seleccionada en la escala: Casi nunca (1 punto), pocas veces (2 puntos), a veces (3 puntos), muchas veces (4 puntos) y casi siempre (5 puntos). Los puntos se suman y a esa puntuación total le corresponde un diagnóstico de funcionamiento intrafamiliar. La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems, lo que permite llegar al diagnóstico de funcionamiento familiar.

El diagnóstico de funcionamiento familiar según puntuación total de la prueba de FF-SIL es: Funcional de 57 a 70 puntos; moderadamente funcional de 43 a 56 puntos; disfuncional de 28 a 42 puntos; severamente disfuncional de 14 a 27 puntos.

#### APGAR familiar.

Es un instrumento de evaluación de la funcionalidad familiar diseñado por un médico familiar, el doctor Gabriel Smilkstein. Considerado un instrumento ágil para detectar el grado de funcionalidad (o disfunción) de la familia. Para esto se ha creado un cuestionario de cinco preguntas que, mediante una escala de 0 a 4, evalúa el estado funcional de la familia. El APGAR se clasifica de la siguiente manera: 0 = Nunca, 1 = Casi nunca 2 = Algunas veces, 3 = Casi siempre, 4 = Siempre (Anzures, 2013).

Para evaluar la funcionalidad conyugal se utilizó el test del Subsistema conyugal. Este instrumento valora a través de una escala cuali-cuantitativa la comunicación, el afecto, la adjudicación de roles, la satisfacción sexual y toma de decisiones en pareja; se otorga un valor del 0, 5 y 10 de acuerdo a el grado de satisfacción para cada pregunta, una vez que se realice la suma de puntos y comparando con una escala ya establecida, en la que un valor de 0-40 puntos refleja parejas gravemente disfuncionales, puntuación de 41 a 70 pareja moderadamente disfuncionales, y con puntajes de más de 70 son parejas que se ubican como funcionales (Anzures, 2013).

#### III.3 Consideraciones éticas.

Este estudio se ajustó a las normas éticas institucionales y a la Ley General de Salud en materia de experimentación en seres humanos y así como de la declaración de Helsinki, Finlandia, actualizada en Corea 2008. Así como a las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica, siendo aprobado por el Comité Local de Investigación.

Se requirió consentimiento informado de los pacientes encuestados, donde se explicó el objetivo de la investigación que es comparar la funcionalidad familiar y conyugal de pacientes con y sin diabetes mellitus tipo 2 en una Unidad de primer Nivel de Atención del IMSS.

Se garantizó la confiabilidad de resultados, sin violar los aspectos éticos ni se expuso la integridad o salud así como la utilización de los mismos para el cumplimiento de los objetivos propuestos en el estudio.

#### III.4 Análisis estadístico.

Se analizó con estadística descriptiva, a través de medidas de tendencia central (promedios) y de dispersión (desviación estándar y rangos), frecuencias absolutas y relativas.

La comparación fue por medio de porcentajes y la prueba de  $X^2$ , con un nivel de confianza del 95%.

#### IV. RESULTADOS

Se estudiaron 140 pacientes, divididos en dos grupos, 70 pacientes con diabetes mellitus (Grupo 1) y 70 sin diabetes mellitus (Grupo 2).

La edad en pacientes con diabetes, tuvo una media de  $56.2 \pm 9.5$ , y en los pacientes no diabéticos,  $49.6 \pm 11.3$ . El género que predominó en ambos grupos fue el femenino en 54.3 y 64.3% respectivamente. El grado de escolaridad más frecuente en el grupo 1 fue la primaria (42.9%), y en el 2 secundaria (35.7%), con estado civil casados en 72.9 y 64.3% respectivamente (Cuadro IV.1).

El resultado del test de APGAR familiar en los pacientes con diabetes fue de disfunción familiar moderada (35.7%) y en los pacientes no diabéticos de funcionalidad familiar buena (54.3%) (Cuadro IV.2).

En el test FF-SIL los pacientes con diabetes tuvieron familia disfuncional (42.9%) y los pacientes sin diabetes, familia funcional (55.7%). La funcionalidad conyugal en el grupo 1, tuvo predominio de la pareja con disfunción moderada (32.9%) y en el grupo 2 pareja funcional (24.3%) (Cuadros IV.3, 4).

Se encontró diferencia estadísticamente significativa en escolaridad, pareja, APGAR familiar y subsistema conyugal (Cuadros IV.5, 6 y 7).

Cuadro IV.1 Características sociodemográficas.

Características Sociodemográficas	Diabetes mellitus				p
	Si		No		
	n	%	n	%	
<b>Genero</b>					
Masculino	32	45.7	25	35.7	
Femenino	38	54.3	45	64.3	.229
Total	70	100	70	100	
<b>Escolaridad</b>					
Primaria	30	42.9	17	24.3	
Secundaria	27	38.6	25	35.7	
Preparatoria	11	15.7	19	27.1	.016
Licenciatura	2	2.9	9	12.9	
Total	70	100.0	70	100.0	
<b>Estado Civil</b>					
Unión Libre	19	27.1	25	35.7	.181
Casado	51	72.9	45	64.3	
Total	70	100.0	70	100.0	

Fuente: Hoja de recolección de datos e instrumentos de valoración de funcionalidad familiar, aplicados en la UMF No. 16, IMSS, Querétaro, en el 2014.

Cuadro IV.2 Instrumento de evaluación de la funcionalidad familiar.

n=70 para cada grupo.

Instrumento	Diabetes mellitus				p
	Si		No		
	n	%	n	%	
APGAR familiar					
Funcionalidad buena (18-20)	12	17.1	38	54.3	
Disfunción familiar leve (14-17)	21	30.0	24	34.3	.000
Disfunción familiar moderada (10-13)	25	35.7	7	10.0	
Disfunción familiar severa (9 o menos)	12	17.1	1	1.4	
Total	70	100.0	70	100.0	

Fuente: Hoja de recolección de datos e instrumentos de valoración de funcionalidad familiar, aplicados en la UMF No. 16, IMSS, Querétaro, en el 2014.

Cuadro IV.3 Instrumento de evaluación de la funcionalidad familiar.

Instrumento	Diabetes mellitus				p
	Si		No		
Test FF-SIL	N	%	n	%	
Funcional (57-70)	10	14.3	39	55.7	
Moderadamente funcional (43-56)	12	17.1	23	32.9	
Disfuncional (28-42)	30	42.9	6	8.6	.000
Severamente Disfuncional	18	25.7	2	2.9	
Total	70	100.0	70	100.0	

Fuente: Hoja de recolección de datos e instrumentos de valoración de funcionalidad familiar, aplicados en la UMF No. 16, IMSS, Querétaro, en el 2014.

Cuadro IV.4 Instrumento de evaluación de la funcionalidad conyugal.

Sistema conyugal	Diabetes mellitus				p
	Si		No		
	n	%	n	%	
Pareja severamente disfuncional (0-40)	14	20.0	13	18.6	.000
Pareja con disfunción moderada (41-70)	46	65.7	23	32.9	
Pareja funcional (70-100)	10	14.3	34	48.6	
Total	70	100.0	70	100.0	

Fuente: Hoja de recolección de datos e instrumentos de valoración de funcionalidad familiar, aplicados en la UMF No. 16, IMSS, Querétaro, en el 2014.

Cuadro IV.5 Relación entre variables sociodemográficas y funcionalidad familiar.

Factor de riesgo	Diabetes mellitus				p
	Si		No		
	n	%	N	%	
Escolaridad					
Baja	57	81.4	41	58.6	.003
Alta	13	18.6	29	41.4	
Total	70	100.0	70	100.0	
Estado civil					
Unión libre	19	27.1	25	35.7	.181
Casados	51	72.9	45	64.3	
Total	70	100.0	70	100.0	
Pareja					
Sin pareja estable	30	42.9	10	14.3	.000
Pareja estable	40	57.1	60	85.7	
Total	70	100.0	70	100.0	

Fuente: Hoja de recolección de datos e instrumentos de valoración de funcionalidad familiar, aplicados en la UMF No. 16, IMSS, Querétaro, en el 2014.

Cuadro IV.6 Relación de funcionalidad familiar en pacientes diabéticos y no diabéticos.

Funcionalidad familiar	Diabetes mellitus				p
	Si		No		
	n	%	n	%	
<b>APGAR familiar</b>					
Familia disfuncional	45	64.3	17	24.3	.000
Familia funcional	25	35.7	53	75.7	
Total	70	100.0	70	100.0	
<b>Test FF-SIL</b>					
Familia disfuncional	49	70.0	8	11.4	.000
Familia funcional	21	30.0	62	88.6	
Total	70	100.0	70	100.0	

Fuente: Hoja de recolección de datos e instrumentos de valoración de funcionalidad familiar, aplicados en la UMF No. 16, IMSS, Querétaro, en el 2014.

Cuadro IV.7 Relación de la Funcionalidad conyugal en pacientes con y sin diabetes.

Subsistema Conyugal	Diabetes mellitus				p
	Si		No		
	n	%	N	%	
Pareja disfuncional	60	85.7	35	50.0	.000
Pareja funcional	10	14.3	35	50.0	
Total	70	100.0	70	100.0	

Fuente: Hoja de recolección de datos e instrumentos de valoración de funcionalidad familiar, aplicados en la UMF No. 16, IMSS, Querétaro, en el 2014.

## V. DISCUSIÓN

La diabetes mellitus afecta a miles de familias, en las diferentes etapas de la vida, ya sea en el niño o en el adulto y requiere la participación activa del paciente y de su familia. Impacta a la dinámica familiar, en específico el funcionamiento familiar, la adherencia al tratamiento y el control metabólico; el efecto en el sistema familiar no necesariamente es negativo, pues existen familias en donde el efecto positivo incrementa la cohesión y solidaridad entre sus miembros.

En la realización de esta investigación, la evaluación de la funcionalidad familiar se realizó con dos instrumentos: el primero el Test de APGAR familiar, que puede detectar un problema específico de disfunción familiar; el segundo, Test FF-SIL que evalúa el funcionamiento familiar según la dinámica de las relaciones internas de la familia, a partir de la percepción de uno de sus miembros.

Una debilidad de este estudio es que se tomaron a pacientes diabéticos, independientemente de su estado metabólico, lo que puede ser un factor determinante en el momento de evaluar la funcionalidad familiar.

Alba et al, 2009 en Colombia, en un estudio realizado en 150 pacientes diabéticos, donde se evaluó la funcionalidad familiar a través de APGAR, encontró predominio de edad, en la sexta década, diferente a este estudio donde predominó la quinta década.

En relación al género, en este estudio predominó el género femenino en más del 50%, cifra similar a lo reportado en el estudio de alba, et al, 2009, concha, et al, 2010, en Chile, en la investigación realizada en diabéticos e hipertensos.

En la presente investigación, el nivel de escolaridad más frecuente fue primaria para los diabéticos y secundaria para los no diabéticos. Concha et al, 2010, reportan nivel de escolaridad más frecuente, básica incompleta, para los pacientes diabéticos descompensados y media completa o superior para los

compensados. Alba et al, 2009, reportan nivel de escolaridad con mayor frecuencia secundaria, en pacientes diabéticos controlados, primaria en no controlados. La escolaridad afecta el estado metabólico de los pacientes diabéticos, y esto a su vez influye en la funcionalidad familiar.

El presente estudio evaluó la funcionalidad familiar en pacientes con y sin diabetes, los resultados obtenidos con el test de APGAR familiar, arroja pacientes con diabetes con disfunción familiar moderada y pacientes no diabéticos, funcionalidad buena. Alba et al, 2009, reportan: pacientes con diabetes controlados familia funcional y en los descontrolados, disfunción severa. En comparación, Concha t. et al, 2010, que reportan familia funcional en los compensados, y en los descompensados, disfunción familiar moderada-severa. Hay poca investigación que valore la funcionalidad familiar en las patologías crónico-degenerativas, como la diabetes mellitus.

Los resultados del Test FF-SIL, en este estudio produjo pacientes con diabetes con familia disfuncional y los pacientes sin diabetes familia funcional, no existe en la literatura algún estudio que evalúe funcionalidad familiar con este instrumento en pacientes diabéticos, el único que se encontró reciente fue Rodríguez-Orozco et al, 2013 muestra de 37 pacientes con enfermedad renal crónica secundaria a diabetes reporta familia funcional 48.6%, moderadamente funcionales 40.5%, disfuncionales 8.1% y severamente disfuncionales 2.7%.

La evaluación de la funcionalidad conyugal con el test de subsistema conyugal reporta: pacientes con diabetes predomino pareja con disfunción moderada, pacientes no diabéticos: pareja funcional. Mendoza-Solís et al, 2006, reporta en estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, en 103 familias sin patología, con evaluación del subsistema conyugal: familias funcionales 52%, moderadamente disfuncionales 39%, parejas severamente disfuncionales 9%. Resultados que no pueden compararse con la presente investigación debido a estudio de un solo grupo de pacientes, sin pacientes diabéticos.

## **VI. CONCLUSIONES**

La funcionalidad familiar en pacientes con diabetes y sin diabetes mellitus a través del Test FF-SIL fue familia disfuncional y familia funcional respectivamente.

La funcionalidad familiar con Test de APGAR fue de disfunción familiar moderada en los pacientes con diabetes y funcionalidad buena en los no diabéticos.

La funcionalidad en el Subsistema Conyugal fue pareja con disfunción moderada en los diabéticos y funcional en los no diabéticos.

## **VIII. PROPUESTAS**

Se requieren estudios de investigación del perfil de funcionalidad familiar, que incluyan pacientes con diabetes mellitus.

Se sugiere una línea de investigación que compare funcionalidad en diabéticos controlados y descontrolados, ya que se ha visto que el control metabólico de las enfermedades crónicas, influye directamente en la funcionalidad familiar.

## IX. LITERATURA CITADA

- Alba LH, Bastidas C, Vivas JM, Gil F. 2009. Prevalencia de control glucémico y factores relacionados en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Universitario de San Ignacio, Bogotá, Colombia. *Gac Méd Méx.* 145 (6): 469-474.
- American Diabetes Association. 2014. Standards of Medical Care in Diabetes-2014. *Diabetes Care.* 37 S(1):14-17.
- Alonso ÁÁ. 2007. Sexualidad y enfermedades crónicas. *Revista Internacional de Andrología.* 5(1), 22-28.
- Anzures CR, Chávez AV, García PM, Pons AO. 2008. *Medicina Familiar. Corinter México 1ªed: cap. 10:227-277.*
- Anzures CR, Chávez AV, García PM, Pons AO. 2013. *Medicina Familiar. Corinter. México 2ªEd: cap. 9:231-322.*
- Atkins R, Zimmet P. 2010. Diabetic kidney disease: act now or pay later? "World Kidney Day" March 11<sup>th</sup> 2010". *Arch Cardiol Mex.* 80(1):44-47.
- Caicedo SD et al. 2012. Factores no farmacológicos asociados al control de la diabetes mellitus tipo2 *méd.Vis.* 25(1):29-43.
- Chávez AV, Velazco OR. 1994. Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evaluación. *Revista Médica, Instituto Mexicano del Seguro Social.* 32(1):39-43.
- Cheung BMY, Li C. 2012. Diabetes and Hipertension: Is There a Common Metabolic Pathway? *CurrAtherosclerRep* 14: 160-166.
- Concha TM, Rodríguez GC. 2010. Funcionalidad Familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. *Theoria* 19 (1): 41-50.

- Costa BD et al. 2009. Escala De Evaluación Del Funcionamiento Familiar -Faces IV-Proceso De Adaptación A Montevideo. *Ciencias Psicológicas III* (1): 43-56.
- Duvall EM. Family development, citado por Medalie JH. EN: *Medicina familiar, principios y prácticas*. México; Ed. Limusa, 1987: 150.
- Fadini GP, Avogaro A. 2012. It Is All in the Blood: The Multifaceted Contribution of Circulating Progenitor Cells in Diabetic Complications Experimental. *Diabetes Research* Volume Article ID 742976, 8 pages doi:10.1155/2012/742976
- Fernández VA et al. 2012. Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo dos. *RevEspMédQuir*. 17(2):94-99.
- Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa, Querétaro. Cuernavaca, México. Disponible en: [encuestas.insp.mx](http://encuestas.insp.mx)
- Ismail-Beigi F. 2012. Pathogenesis and Glycemic Management of Type 2 Diabetes Mellitus: A physiological Approach. *ArchIranMed*. 15(4):239 –246.
- Ledón LL. 2012. Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. *Rev Cubana Endocrinol*. 23(1):76-97.
- Ledón LL. 2011. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista Cubana de Salud Pública*. 37(4):488-499.
- Leñero L. 1976. Etapa constitutiva de la familia. En: *La familia*. México; Ed. ANUIS. 97-107.
- Louro BI et al. 2002. Manual para la intervención en la salud familiar. La Habana. Editorial Ciencias médicas: 26-28.

- Louro BI. 2004. Matriz de salud del grupo familiar: un recurso para el diagnóstico de la situación de salud de la familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 20(3):0-0.
- Martínez CA. 2008. Avances en diabetes mellitus, nefropatía diabética, síndrome metabólico y riesgo cardio-vásculo-renal. *Nefrología*. (Supl 5): 79-84.
- Mendoza-Solís LA et al. 2006. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. *Archivos en medicina familiar*. 8(1): 27-32.
- Membrillo LA, Fernández OM, Quiroz PJ, Rodríguez LJ. 2008. Familia introducción al estudio de sus elementos. México: 35-77.
- Molina-Iriarte A, Acevedo-Giles O, Yáñez-Sandoval ME, Dávila-Mendoza R, González Pedraza-Avilés A. 2013. 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. *RevEspMédQuir*. 18:13-18.
- Montecinos SJ. 2007. Instrumentos del médico de familia en la consulta de atención primaria. *Rev. Méd. La Paz* 5 (2).
- Quiroz F. 1986. La pareja. Ciclo vital y la disolución del vínculo. *Revista Niños*. XX1(63).
- Rodríguez-Orozco AR, Kanán-Cedeño EG, Bautista de la Cruz J, Polina-Carrillo R, Gomez-Alonso C. 2013. No asociación entre percepción del funcionamiento familiar y modalidad de tratamiento de la enfermedad renal crónica secundaria a diabetes mellitus. 41(2): 63-66.
- Salazar-Colín E. Boschetti-Fentanes, B, Monroy-Caballero C, Ponce-Rosas R, Irigoyen-Coria A. 2005. Disfunción conyugal y su relación con los motivos de consulta de los pacientes hiperutilizadores. *Archivos en Medicina Familiar*. mayo-agosto: 45-48.

- Salazar-Estrada JG, Torres LT, Colunga-Rodríguez C, Ángel-González M. 2009. Calidad de vida, salud y trabajo la relación con diabetes mellitus tipo 2 10(3).
- Sánchez AJ. 1976. Etapas de la familia. En familia y sociedad. México; Ed. Joaquín Mortiz. 25-52.
- Sánchez-Reyes A, González- Pedraza-Avilés A. 2011. Cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con la hemoglobina glucosilada de los pacientes diabéticos. *RevEspMedQuir*. 16(2):82-88.
- Solórzano MA, Brandt TC, Flores O. 2001. Estudio integral del ser humano y su familia. Caracas, Venezuela. Gráficas La bodoniana, C A. 81-89.
- Suarez CM. 2006. El médico familiar y la atención a la familia. *Rev Paceaña Med Fam*. 3(4): 95-100.
- Suarez CM, Alcalá EM. 2014 Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev. Méd. La Paz [online]*. 20(1): 53-57. ISSN 1726-8958.
- Troya M, Cañas L, Salinas I, Romero R. 2008. Una aproximación terapéutica al paciente con nefropatía diabética. *NefroPlus*. 1(2):7-15.
- Weil EJ, Curtis JM, Hanson RL, Knowler W, Nelson RG. 2010. The impact of disadvantage on the development and progression of diabetic kidney disease. *ClinNephrol*. 74(Suppl 1): S32–S38.
- Willi J. 1985. La pareja humana: Relación y conflicto. Ediciones Morata. 2da Ed.

## ANEXOS



**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:	"PERFIL DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON Y SIN DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL IMSS"
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, IMSS, UMF 16, periodo de septiembre 2013 a enero de 2014
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar el perfil de funcionalidad familiar en pacientes con y sin Diabetes Mellitus tipo 2 en una Unidad de atención de primer nivel del IMSS.
Procedimientos:	Aplicación de instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar.
Posibles riesgos y molestias:	Pérdida de tiempo sentida por el paciente al contestar los instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	El paciente y su familia conocerán la importancia del apoyo de la misma para tener una mejor evolución clínica.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El paciente y su familia podrán conocer los resultados de la aplicación de los instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar.
Participación o retiro:	El retiro no afectará la atención médica que recibe dentro del IMSS.
Privacidad y confidencialidad:	El uso de la información será anónimo y confidencial.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Informar sobre los resultados obtenidos.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	Dra. Luz Angélica Sánchez Aguilar R2 Medicina Familiar
Investigador Responsable:	Dr. Genaro Vega Malagón. Dra. Luz Dalid Terrazas Rodríguez
Colaboradores:	
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: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>

\_\_\_\_\_  
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**

## HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ GENERO: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_  
 ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ COMORBILIDADES: \_\_\_\_\_ Pareja estable: \_\_\_\_\_

### FUNCIONALIDAD FAMILIAR

<b>APGAR FAMILIAR</b>	<b>FUNCIONALIDAD</b>	Buena: 8-20 puntos.
		Disfunción familiar leve: 14-17 puntos.
		Disfunción familiar moderada: 10-13 puntos.
		Disfunción familiar severa: 9 o < puntos.
<b>TEST FF-SIL</b>	1.Cohesión: 1 y 8 2.Armonía: 2 y 13 3.Comunicación: 5 y 11 4.Adaptabilidad: 6 y 10 5. Afectividad. 4 y 14. 6 .Roles: 3 y 9. 7 .Permeabilidad: 7 y 12.	Funcional: 57 a 70 ptos.
		Moderadamente funcional: 43 a 56 ptos.
		Disfuncional: 28 a 42 ptos.
		Severamente disfuncional: 14 a 27 ptos
<b>SUBSISTEMA CONYUGAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación.</li> <li>• Adjudicación y asunción de roles</li> <li>• Satisfacción sexual.</li> <li>• Afecto.</li> </ul>	Pareja severamente disfuncional: 0-40 puntos.
		Pareja con disfunción moderada: 41-70 puntos.
		Pareja funcional: 71-100 puntos.

## INSTRUMENTOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR: TEST DE APGAR.

Test de APGAR familiar.	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
	0	1	2	3	4
¿Está satisfecho (a) con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?					
¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma en que participa con usted en la resolución de ellos?					
¿Su familia respeta sus decisiones y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?					
¿Está satisfecho de la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?					
¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?.					
<b>VALORACION</b>	<b>PUNTAJE</b>				
Funcionalidad buena	18-20 puntos				
Disfunción familiar leve	14-17 puntos				
Disfunción familiar moderada	10-13 puntos				
Disfunción familiar severa	9 o menos puntos				

## INSTRUMENTOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR: TEST FF-SIL

### TESS FF-SIL

Test FF-SIL	CASI NUNCA	POCAS VECES	A VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1.- De conjunto, se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2.- En mi casa predomina la armonía.					
3.- En mi casa 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 difíciles.					
8.- Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo 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.- 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.					

## INSTRUMENTO DE EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

<b>Evaluación del Subsistema Conyugal.</b>			
<b>FUNCIONES</b>	<b>Nunca</b>	<b>Ocasional</b>	<b>Siempre</b>
<b>1.COMUNICACIÓN</b> a) Se comunica directamente con su pareja. b) La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia. c) Existe congruencia entre la comunicación verbal y analógica.	0	5	10
<b>II. Adjudicación y asunción de roles.</b> a) La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican. b) Son satisfactorios los roles que asume la pareja. c) Se propicia el intercambio de roles entre la pareja.	0	2.5	5
<b>III. Satisfacción sexual.</b> a) Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales. b) Es satisfactoria la calidad de actividad sexual.	0	5	10
<b>IV. Afecto.</b> a) Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja. b) El tiempo que se dedica a la pareja es gratificante. c) Se interesan por el desarrollo y superación	0	2.5	5
<b>V. Toma de decisiones</b> a) las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente.	0	7.5	15
<b>EVALUACION</b>	<b>PUNTAJE</b>		
Pareja severamente disfuncional	0-40 puntos		
Pareja con disfunción moderada	41-70		
Pareja funcional	71-100		