



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA PUCE-MSP

**RELACIÓN ENTRE CONTROL GLUCÉMICO, AUTOESTIMA Y DINÁMICA
FAMILIAR DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 PERTENECIENTES A LA
CLÍNICA DE CRÓNICOS METABÓLICOS DEL CENTRO DE SALUD LOS
ROSALES PERÍODO JULIO – NOVIEMBRE DE 2016**

Trabajo de titulación de Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria

Autores:

**MORALES PATIÑO DUNIA GEOVANNA,
BAZURTO PALMA MARÍA BELÉN**

Médicos Postgradistas

DR. RICARDO RECALDE

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Docente Pontificia Universidad Católica del Ecuador
DIRECTOR DE TESIS

DR. JOSÉ SOLA.

Magister en Salud Pública
Docente de Pontificia Universidad Católica del Ecuador
TUTOR METODOLÓGICO

Santo Domingo de los Tsáchilas, 2017

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **DUNIA GEOVANNA MORALES PATIÑO** y **MARÍA BELÉN BAZURTO PALMA**, con C.C. 1712304862, 1311349557, respectivamente, autores del trabajo de graduación titulado: **“Relación entre control glucémico, autoestima y dinámica familiar de los pacientes diabéticos tipo 2 pertenecientes a la Clínica de Crónicos Metabólicos del centro de salud los rosales período julio – noviembre de 2016”**, previa a la obtención del título profesional en la Especialidad de: Medicina Familiar y Comunitaria, en la Facultad de **Medicina**:

- 1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la **SENESCYT** en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
- 2.- Autorizamos a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Santo Domingo de los Tsáchilas, 7 de febrero del 2017



Dunia Geovanna Morales Patiño

C.C. 1712304862



María Belén Bazurto Palma

C.C. 1311349557

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR

**RELACIÓN ENTRE CONTROL GLUCÉMICO, AUTOESTIMA Y DINÁMICA
FAMILIAR DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 PERTENECIENTES A LA
CLÍNICA DE CRÓNICOS METABÓLICOS DEL CENTRO DE SALUD LOS
ROSALES PERÍODO JULIO – NOVIEMBRE DE 2016**

Dra. María Belén Bazurto Palma

Dra. Dunia Geovanna Morales Patiño

Dr. Ricardo Recalde

Director de Tesis

Dr. José Sola Villena

Tutor Metodológico

Dr. Jaime Falconí.

Miembro del Comité de Tesis

Dra. Cristina Estrella

Coordinadora Posgrado Medicina Familiar

Ecuador, Febrero 2017

Dedicatoria

Nunca es tarde para volver a comenzar y correr hasta alcanzar lo soñado.

En primer lugar a Dios por regir mi vida
A mis padres Carlos y Jacinta, a mis hermanas Viviana, Karen y Carolina por ser mi apoyo
fundamental y por creer en mi desde siempre
A mi sobrina Romina por su alegría constante
A mi sobrino Gianluca porque me hizo volver a enamorarme de mi profesión
A mi esposo José por su comprensión, su amor y su paciencia
A mi HIJA MELANY por ser siempre mi motor, mi inspiración
Y a mis amigos, con los cuales caminamos en este camino.

María Belén

A mis padres, Milton y Dunia, por ser mi pilar fundamental, mi apoyo constante, por amarme
y sostenerme
A mi esposo Diego, por luchar juntos en este caminar,
Y a mis hijos ARI y SEBASTIAN porque son todo para mí, sin ustedes no lo podría haber
logrado.

Dunia Geovanna

Agradecimientos

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Al Centro de Salud Los Rosales, Institución donde se realizó el estudio y obtuvimos mucho aprendizaje.

A la Licenciada Percides Quiñonez, por su colaboración en el desarrollo de nuestra investigación.

A nuestro Director de Tesis, Dr. Ricardo Recalde, por su amistad, sus enseñanzas y asesoría en este trabajo.

A nuestro Tutor Metodológico, Dr. José Sola Villena por su paciencia, explicación y correcta dirección en este proyecto.

A la clínica De Crónicos Metabólicos, por su participación, por todo lo que gracias a ellos aprendimos y por esa amistad que se forjó con cada uno de los pacientes.

Al Dr. Jaime Falconí por brindarnos sus conocimientos, aportes y correcciones.

A la Dra. Cristina Estrella, Coordinadora del Posgrado Sede Santo Domingo, por haber sobrellevado muy bien la difícil tarea de dirigirnos, y por su amistad.

A nuestras familias y amigos.

Ma. Belén y Dunia

Índice.

Resumen.....	9
LISTA DE GRÁFICOS:	11
LISTA DE TABLAS:	12
LISTA DE ABREVIATURAS.	13
CAPÍTULO 1.....	14
1.1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	14
1.2. Objetivos:.....	16
1.2.1 Objetivo general:.....	16
1.2.2 Objetivos específicos:	17
CAPÍTULO 2:.....	18
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	18
2.1 FAMILIA	18
2.1.1 Funcionalidad Familiar	19
2.1.1.1 Teorías de la Funcionalidad	21
2.1.1.1.1. Teoría de la función de familia orientada a resultados:	21
2.1.1.1.2. Función de la familia orientada a procesos.....	22
2.1.2. Modelo de Olson.....	23
2.1.2.1. Historia.....	24
2.1.2.2 FACES.	24
2.1.2.3. Dimensiones.....	25
2.1.2.3.1. Cohesión Familiar (Unión)	25
2.1.2.3.2 Adaptabilidad Familiar	26
2.1.3 Funcionalidad familiar y autoestima.....	30

2.2 Autoestima	32
2.2.1.1. Autoestima Global	33
2.2.1.2 Sentimientos de Auto-Valor	33
2.2.1.3. Autoevaluaciones (también conocido como dominio específico de Autoestima)	34
2.2.1.4. Auto-competencia	35
2.2.1.5. Auto-gustos	35
2.2.2. Evolución de la Autoestima	35
2.2.3 Moderadores del desarrollo de la autoestima.....	36
2.2.6. Autoestima y diabetes.....	43
2.3. Control Glucémico.....	44
2.3.1. El autocontrol de la glucosa en la sangre	45
2.3.2. Hemoglobina glicosilada	46
2.3.4. Metas de control glucémico	47
2.3.5. Control glucémico y funcionalidad familiar	47
CAPÍTULO 3.....	48
3.1. METODOLOGÍA	48
3.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:	48
3.3. Hipótesis:	48
3.4. Diseño de la investigación:	48
3.5. Variables	48
3.5.1. Variables independientes:	48
3.5.2. Variable dependiente	49
3.5.3. Variables moderadoras.....	49
3.6. Criterios de inclusión	49
3.7. Criterios de exclusión.	49
3.7. Población y Muestra	49
3.7.1. Población:	49
3.7.2. Muestra:	50

3.8. Instrumentos y métodos.	50
3.8.1 Escala de Autoestima de Rosenberg.	51
3.9. Procedimiento de recolección de información:.....	51
3.9.1 Plan de análisis de datos.	52
3.9.2 Limitantes del estudio:.....	52
CAPÍTULO 4:.....	52
4.1. Aspectos bioéticos	52
CAPÍTULO 5.....	53
RESULTADOS.....	53
5.1. Variables demográficas.....	53
5.2. Análisis bi variado.	62
Discusión.....	67
CAPÍTULO 7: Conclusiones	69
CAPÍTULO 8: Recomendaciones.....	71
BIBLIOGRAFÍA.	73
ANEXOS.	76

Resumen.

Obtener datos que aporten al conocimiento y manejo adecuado de las enfermedades crónicas a nivel de atención primaria y su influencia tanto de la autoestima del individuo como la movilización de roles para enfrentar la crisis no normativa que significa la enfermedad en el sistema familiar es lo que nos impulsó a plantear la presente propuesta

Objetivo: Relacionar el control glicémico con la baja autoestima y la alteración en la dinámica familiar de los diabéticos pertenecientes a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud “Los Rosales”.

Metodología: Se usaron escalas reconocidas como lo son FACES III y la de Rosenberg para la medición de funcionalidad familiar y autoestima asociado a la metas de control glucémico dadas por la ADA 2016 descrito en este estudio analítico transversal.

El análisis de los datos se realizó en el Paquete Estadístico SPSS versión 23, y estimadores puntuales e intervalos de confianza del 95%.

Resultados: Participaron 287 pacientes, comprendidos en edades de 26 y 91 años.

El 78,38 % no alcanza las metas de control glicémico, el 62,7 % tiene autoestima baja y el 78,75 % presenta disfuncionalidad familiar. Hay mayor proporción de autoestima baja en el sexo femenino ($p < 0,05$). Los mayores de 61 años, tienen más riesgo de tener mal control glucémico ($p < 0,001$). Pero las asociaciones entre autoestima, control glicémico y dinámica familiar no resultaron significativas.

Conclusiones: Nuestra hipótesis no resultó estadísticamente significativa debido a que para alcanzar las metas de control glicémico son muchas variables que pueden influir y que no fueron tomadas en cuenta en nuestra investigación pero que deja la puerta abierta para futuros estudios.

Palabras clave: control glucémico, autoestima, dinámica familiar

Summary.

Obtaining data that contribute to the knowledge and proper management of chronic diseases at primary care level and its influence both on the individual's self-esteem and the mobilization of roles to face the non-normative crisis that means illness in the family system is what we this proposal

Objective: To associate glycemetic control with low self-esteem and alteration in the family dynamics of diabetics belonging to the Clinical Chronic Metabolic Center of "Los Rosales".

Methodology: Recognized scales such as FACES III and Rosenberg were used to measure family functionality and self-esteem related with the glycemetic control goals given by the ADA 2016 described in this cross-sectional analytical study.

Data analysis was performed in the SPSS Version 23 Statistical Package, and point estimators and 95% confidence intervals.

Results: A total of 287 patients, aged 26 and 91 years, participated.

78.38% did not reach glycemetic control goals, 62.7% had low self-esteem and 78.75% had family dysfunction. There is a higher proportion of low self-esteem in the female sex ($p < 0.05$). Those over 61 years of age are at greater risk for poor glycemetic control ($p < 0.001$). But the associations between self-esteem, glycemetic control and family dynamics were not significant.

Conclusions: Our hypothesis did not obtain an association between the proposed variables because to reach the goals of glycemetic control goals are many factors that may influence and were not taken into account in our research but leave the door open for future studies.

Key words: glycemetic control, self-esteem, family dynamics.

Lista de gráficos:

- **Gráfico 1.** Distribución de edad en pacientes de la Clínica de Crónicos Metabólicos del C. S. Los Rosales.
- **Gráfico 2.** Distribución de sexo en pacientes de la Clínica de Crónicos Metabólicos del C. S. Los Rosales.
- **Gráfico 3.** Ocupación en pacientes de la Clínica de Crónicos Metabólicos del C. S. Los Rosales.
- **Gráfico 4.** Estado civil en pacientes de la Clínica de Crónicos Metabólicos del C. S. Los Rosales.
- **Gráfico 5.** Autoestima en pacientes de la Clínica de Crónicos Metabólicos del C. S. Los Rosales.
- **Gráfico 6.** Función familiar en pacientes de la Clínica de Crónicos Metabólicos del C. S. Los Rosales.
- **Gráfico 7.** Control glucémico en pacientes de la Clínica de Crónicos Metabólicos del C. S. Los Rosales.
- **Gráfico 8.** Distribución del tipo de familia, según la categoría cohesión en pacientes de la Clínica de Crónicos Metabólicos del C. S. Los Rosales.
- **Gráfico 9.** Tipo de familia según adaptabilidad en pacientes de la Clínica de Crónicos Metabólicos del C. S. Los Rosales.

Lista de tablas:

- **Tabla 1.** Relación entre autoestima y control glucémico en los pacientes diabéticos de la Clínica de Crónicos Metabólicos – C.S. Los Rosales.
- **Tabla 2.** Relación entre función familiar y control glucémico en los pacientes diabéticos de la Clínica de Crónicos Metabólicos – C.S. Los Rosales.
- **Tabla 3.** Relación entre autoestima y función familiar en los pacientes diabéticos de la Clínica de Crónicos Metabólicos – C.S. Los Rosales.
- **Tabla 4.** Relación entre grado de disfunción familiar y control glucémico en los pacientes diabéticos de la Clínica de Crónicos Metabólicos – C.S. Los Rosales.
- **Tabla 5.** Relación entre autoestima y grado de disfunción familiar en los pacientes diabéticos de la Clínica de Crónicos Metabólicos – C.S. Los Rosales.
- **Tabla 6.** Asociación entre sexo y autoestima en los pacientes diabéticos de la Clínica de Crónicos Metabólicos – C.S. Los Rosales.
- **Tabla 7.** Relación entre la edad y el control glucémico de los pacientes de la Clínica de Crónicos Metabólicos – C.S. Los Rosales.
- **Tabla 8.** Relación entre estado civil y control glucémico de los pacientes diabéticos de la Clínica Crónicos Metabólicos-C.S. Los Rosales.
- **Tabla 9.** Relación entre ocupación y control glicémico en los pacientes diabéticos de la Clínica de Crónicos Metabólicos – C.S. Los Rosales.
- **Tabla 10.** Resumen de análisis no paramétrico de las variables del estudio de la muestra de pacientes de la Clínica de Crónicos Metabólicos – C.S. Los Rosales.

Lista de Abreviaturas.

- **MSP:** Ministerio de Salud Pública.
- **PUCE:** Pontificia Universidad Central del Ecuador.
- **HbA1C:** Hemoglobina glicosilada.
- **ADA:** Sociedad Americana de Diabetes.
- **FACES:** Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar.
- **SPSS:** Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales.
- **EAR:** Escala de Autoestima de Rosenberg
- **TAT:** Prueba de Apercepción Temática
- **SMBG:** Autocontrol de la glucosa en sangre.
- **CGM:** Monitorización continua de la glucosa.
- **DM tipo 2:** Diabetes mellitus tipo 2
- **C.S.:** Centro de Salud

Capítulo 1

1.1.Introducción y justificación

“La familia es la fuente de toda fraternidad, y por eso es también el fundamento y el camino primordial para la paz, pues, por vocación, debería contagiar al mundo con su amor”

Papa Francisco

La familia es el núcleo de la sociedad y el fundamento principal de la especialidad de Medicina Familiar, que es objeto de estudio para entender su funcionamiento y la influencia que ejerce en el desarrollo de cada individuo, su comportamiento y maneras de reaccionar ante los problemas, (como enfrentar una enfermedad). (Keçiçi, 2016)

En este trabajo se quiere destacar el influjo de la dinámica familiar y autoestima en el control glucémico. Se evaluaron datos para valorar la autoestima en adolescentes, porque son escasos los estudios que se tienen en adultos, resaltando que la misma es variante en cada etapa y crisis de una persona. La dinámica familiar nos permite conocer cómo se mueve una familia ante una enfermedad, una pérdida, un duelo, en stress. (Erol & Orth, 2011)

En el Centro de Salud Los Rosales, la diabetes mellitus representa el 2 % de la población atendida, sin tener más investigaciones realizadas de esta enfermedad en Santo Domingo.

Las enfermedades crónico-metabólicas cada día superan a las enfermedades infecciosas, como principal causa de mortalidad en el mundo. Son muchas las consecuencias catastróficas en gasto económico que el estado asume en

ingresos hospitalarios y en tratamientos de las complicaciones como daños cardiovasculares, nefropatías, retinopatías y neuropatías, provocando crisis no normativas, y cambiando la dinámica familiar al alterar el micro, meso y macro sistema. (Fernández Clotilde, Sobrino Ana, 2005)

La autoestima y la dinámica familiar resultan elementos decisivos para el estudio de los factores personales que intervienen en la producción de enfermedades, aspectos como los factores motivacionales, el aprendizaje, las creencias y las influencias sociales, han sido identificados como componentes de las conductas y hábitos que caracterizan el estilo de vida de una persona, por lo que establecer tipos de familias de acuerdo a la funcionalidad familiar y reforzar la autoestima de manera constante, como aspiración de la promoción y prevención de salud, resulta necesario realizar en el manejo con los pacientes diabéticos. (Dai & Wang, 2015)

El plan del Ministerio de Salud Pública del Ecuador en los lineamientos del Modelo de Atención Integral de Salud junto a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador señalan la importancia de una atención integral y multidisciplinaria en el trabajo con personas que presentan enfermedades crónico-metabólicas, como la diabetes mellitus, dando pautas para crear líneas de investigación desde el punto de vista de Medicina Familiar y Comunitaria en Santo Domingo de los Tsáchilas que nos permita comprender la adaptación y la vivencia personal, en el desarrollo de una enfermedad crónica y caracterizar la dinámica familiar, control glicémico y la relación entre la autoestima de los pacientes diabéticos que asisten a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro De Salud Los Rosales.

El estudio de la autoestima, según la bibliografía consultada, ha sido más desarrollada en Diabetes tipo 1 y en adolescentes; en nuestro país y en nuestra provincia no hay mayor información de la relación de la autoestima y

dinámica familiar en pacientes con Diabetes tipo 2, siendo útil realizar este trabajo investigativo en nuestra población para poder evaluar la relación de la autoestima y la existencia o no de alteraciones en la dinámica familiar, resultados que permitirán innovar planes de intervención multidisciplinario, disminuir la presencia de complicaciones, mejorar la adherencia al tratamiento y mejorar el auto cuidado, obteniendo menos gastos en salud pública. (William T. Cefalu, 2016)

Evaluar la funcionalidad de la familia es una necesidad en la práctica integral de la medicina de familia. (Ponce Rosas, Gómez Clavelina, Terán Trillo, Irigoyen Coria, & Landgrave Ibáñez, 2003)

El apoyo que recibe el paciente diabético por parte de su familia se convierte en un factor fundamental para lograr el adecuado control de su enfermedad, ya que la familia representa la fuente principal de soporte social, afectivo, económico, educativo y cultural del paciente, que contribuyen a una buena autoestima. (Ariza et al., 2005)

Este trabajo está dirigido a los profesionales de Atención Primaria, a estudiantes de pregrado y posgrado, especialistas en Endocrinología, y aquellos que manejan las complicaciones de esta enfermedad.

1.2. Objetivos:

1.2.1 Objetivo general:

Determinar la relación entre control glucémico con la autoestima y la dinámica familiar de los pacientes diabéticos pertenecientes a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, período Julio – Noviembre de 2016.

1.2.2 Objetivos específicos:

- Caracterizar funcionalmente a las familias de los pacientes diabéticos de la Clínica de Crónicos Metabólicos “Los Rosales”.
- Medir el grado de autoestima de los pacientes diabéticos.
- Caracterizar la alteración en la dinámica familiar en las familias de los pacientes diabéticos.
- Relacionar el control glucémico con funcionalidad familiar (según Olson)
- Relacionar la funcionalidad familiar con la autoestima de los pacientes diabéticos.
- Evaluar los niveles de hemoglobina glicosilada que presentan los pacientes diabéticos.

Capítulo 2:

Revisión Bibliográfica

2.1 Familia

La familia es uno de los vínculos más antiguos de la humanidad. No hay definición aceptada de la noción de familia, ya que su concepto mismo tiene cambios continuos en el tiempo y el espacio. Si nos remontamos años atrás vemos que el concepto de familia es diferente en comparación con su significado contemporáneo. (Keçiçi, 2016)

Originalmente una relación familiar se basaba en la consanguinidad, después se le dio importancia al elemento de la “voluntad” (el vínculo matrimonial); para moverse a la aceptación de la convivencia como una forma de relación familiar. En términos sociológicos, familia es visualizada como una comunidad de personas, caracterizadas por el hecho de estar juntos y compartir intereses. (Keçiçi, 2016)

Como fenómeno social, la familia aparece como una forma de relacionarse socialmente entre individuos, vinculados por la sangre, el matrimonio o el consentimiento para formarse. Sobre la base de estas relaciones, están padres, casados o no, y niños. En cuanto a la estructura de los miembros de la familia, no hay determinación, varía dependiendo de las circunstancias. (Keçiçi, 2016)

Dado que la familia viene del matrimonio de dos individuos, estará formada por un esposo y una esposa, donde típicamente es que los padres y sus hijos convivan. (Keçiçi, 2016)

La familia no es solo la unidad básica de la sociedad, sino también un lugar importante para el crecimiento de cada uno de sus miembros tanto física como mentalmente, influyendo en su inclusión en el sistema social. (Dai & Wang, 2015)

2.1.1 FUNCIONALIDAD FAMILIAR

El concepto funcionalidad familiar, corresponde a las características de la familia como un sistema. Muchos investigadores se interesaron en el estudio de su funcionamiento, y de circunstancias que puedan influir en su desenvolvimiento. (Dai & Wang, 2015)

La utilidad del estudio metódico y científico de la familia se debe en gran medida al enfoque sistémico del proceso de salud y enfermedad con el cual el individuo deja de ser visto como un ser exclusivamente biológico y comienza a tomar interés, los factores psicológicos y sociales, que afectan de una u otra forma la salud del individuo. (Méndez, Gómez, García, Pérez, & Navarrete, 2004) (Keçiçi, 2016)

Las dinámicas familiares son los patrones de relación, o interacciones, entre los miembros de la familia. Cada familia o sistema con su dinámica son únicos, aunque hay algunos patrones comunes. (Sheet., 2002)

Todas las familias tienen algunas dinámicas útiles y algunas ineficaces. Incluso cuando hay poco o ningún contacto actual con la familia, un joven habrá sido influenciado, por lo aprendido en años anteriores. Las dinámicas familiares tienen una fuerte influencia en las personas, como se ven a sí mismas, a los demás y al mundo, e intervienen en sus relaciones, comportamientos, bienestar físico y mental. (Keçiçi, 2016) (Sheet., 2002)

La dinámica familiar se fundamenta en una suma de influjos positivas y negativas que intervienen en la conducta de cada miembro. Se trata de combinar emociones, actuaciones y esperanzas que hacen a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le impulsan a no estar solo y a recibir el apoyo de los demás. En cambio, las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no admite adquirir alternativas de conducta y cuando hay cambios se genera estrés, descompensación e inclusive pueden llegar a enfermarse. (Méndez et al., 2004)

Se evidenció que la relación entre la funcionalidad familiar y la salud, existen personas que sienten que pueden luchar contra una enfermedad por si solas, y algunas que consideran que su enfermedad depende de la influencia de otros. Lo que demostró que la cohesión y la adaptabilidad son factores que pueden influir en la salud de un individuo. (Zdanowicz et al., 2011)

Hoy en día, se conoce la existencia de varias fuentes potenciales de apoyo en el tratamiento de las enfermedades, como en la diabetes, donde se destacó la importancia del papel de la familia en algunos estudios, y se concluye que muchos de los pacientes prefieren recibir atención y apoyo que se origine en la familia más que de cualquier otro lado. (Méndez et al., 2004)

Las oscilaciones de la glucosa en los pacientes diabéticos están influenciadas por las variables psicosociales. La enfermedad es percibida como un factor que amenaza la estabilidad familiar y si la dinámica no cambia en forma positiva brindando apoyo, la adherencia y control glucémico disminuye. (Méndez et al., 2004)

2.1.1.1 Teorías de la Funcionalidad

En la actualidad, existen dos teorías principales en cuanto a la funcionalidad: La primera está orientada a los resultados, definiendo el funcionamiento familiar por características específicas de la familia, y la segunda está orientado al proceso, describiendo la función familiar en base a las tareas que las familias necesitan completar. (Dai & Wang, 2015)

2.1.1.1.1. Teoría de la función de familia orientada a resultados:

Al respecto existen dos teorías: modo anular de Olson y del sistema de Beavers.

- Teoría de Olson del modo anular

Esta teoría se planteó en 1978, basada en el sistema familiar, principalmente en estudios familiares, clínicos, formación, matrimonio y terapia familiar. Esta es la más utilizada en el campo de la teoría de la función de la familia. La teoría de la funcionalidad de Olson se puede dividir en tres dimensiones: cohesión familiar, adaptabilidad y comunicación familiar. (Dai & Wang, 2015)

- Teoría del sistema Beavers

La teoría del modelo del sistema Beavers es propuesta en 1977, para examinar la relación entre las funciones familiares y la capacidad de deformación del sistema familiar. (Beavers & Hampson, 2000)

Examina el funcionamiento familiar a partir de dos dimensiones: una es el índice rígido, que incluye la estructura, la relación y la fuerza de reacción familiar. El otro es el índice suave, que se refiere al estilo de comunicación.

(Dai & Wang, 2015)

2.1.1.1.2. Función de la familia orientada a procesos

Los representantes de esta teoría son la teoría del modo de funcionamiento familiar de McMaster y el orientado a procesos de Skinner.

- Teoría Familia Funcionamiento Modo McMaster

La teoría del modelo de funcionamiento familiar de McMaster es propuesta por Epstein en 1987, considerando al sistema familiar como núcleo y asume que la función básica de la familia es proporcionar condiciones para que sus miembros se desarrollen en los aspectos físicos, psicológicos, sociales y otros. Para realizar la función más simple, el sistema familiar debe completar una serie de fases, incluidas tareas básicas (por ejemplo, necesidades materiales del individuo en términos de línea de vida de alimentos y ropa), de desarrollo (como promover el crecimiento y desarrollo de los miembros) y las de crisis (como hacer frente a todo tipo de emergencias familiares). Esta teoría divide la familia en seis clases determinadas por la capacidad de realizar la función básica y de completar las tareas. (Epstein.N.B., 1983) (Fogarty, 2009)

- Teoría de modelos de procesos familiares de Skinner

La teoría de modelos de procesos familiares es propuesta por Skinner en 1980, donde enfatizan la relación de interacción entre el individuo (como integrante) y el conjunto (totalidad). Esta teoría utiliza conceptos de la teoría de McMaster para formar una estructura de función más sistemática y clara de la familia. Al mismo tiempo, la considera como un sistema dinámico de operación, y estima factores

de antecedentes tales como cantidad de miembros, los valores enseñados y reglas. (Delvecchio, 2014)

Sobre esta base, la teoría examina la función de la familia a partir de siete dimensiones: realización de la tarea, rol, expresión emocional, participación, comportamiento, valores y reglas. La finalización de la tarea es el núcleo. (Delvecchio, 2014)

2.1.2. Modelo de Olson.

El Modelo Circunflejo de Sistemas Maritales y Familiares se desarrolló en un intento de acortar la brecha que normalmente existe entre la investigación, la teoría y la práctica. Es particularmente útil como un "diagnóstico relacional" porque está centrado en el sistema e integra tres dimensiones que ha sido repetidamente considerado, en una variedad de modelos de teoría familiar y enfoques de terapia familiar. (Kouneski, 2000)

La cohesión familiar, la adaptabilidad y la comunicación son las tres dimensiones del modelo. Estas tres dimensiones surgieron de una agrupación de más de 50 conceptos desarrollados para describir la dinámica matrimonial y familiar. Aunque algunos de estos han sido utilizados por décadas (poder y roles, por ejemplo), muchos de los conceptos fueron desarrollados por terapeutas familiares que observaron familias problemáticas desde una perspectiva general de sistemas. (Kouneski, 2000)

Diversos otros modelos familiares se centraron de manera independiente en variables de cohesión, adaptabilidad y comunicación. (Kouneski, 2000)

La evidencia sobre el valor y la importancia de estas tres dimensiones son los estudios que se han hecho de que estas dimensiones son críticas para tratar los sistemas marital y familiar. (Kouneski, 2000)

2.1.2.1. Historia

El original FACES, un instrumento de auto informe de 111 ítems, fue desarrollado en 1978 por David Olson, Richard Bell y Joyce Portner. Se modificó varias veces, para sus propiedades psicométricas, llevando finalmente a FACES II (Olson, Bell, & Portner, 1982) y después FACES III (Olson, Portner y Lavee, 1985). Ambos instrumentos están en uso hoy en día, junto con la Escala de Clasificación Clínica (Olson, 1993b), una observacional medida basada en el modelo Circunflejo. (Crowell & Mobley, 2011)

2.1.2.2 FACES.

Los instrumentos Escalas de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES) son herramientas probadas para investigar el funcionamiento familiar en muchos aspectos. Los estudios y las revisiones, se han aplicado en cerca de 200 revistas, tratando temas relacionados con la psicología, las ciencias sociales de la familia, la medicina, matrimonio y terapia familiar, psiquiatría, trabajo social y educación, entre otros. (Everri, Mancini, & Fruggeri, 2016)

Casi mil estudios empíricos utilizan las Escalas de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar y más de 450 se publican. Además de los estudios empíricos, hay 75 revisiones y comentarios sobre el modelo y sus aplicaciones para la investigación y la práctica clínica. Cohesión y adaptabilidad están relacionados con los resultados de salud y desarrollo en las familias. (Everri et al., 2016)

En el FACES III se incorporan escalas que evalúan muchas otras áreas del funcionamiento de las relaciones. Evalúa la cohesión y adaptabilidad de los pares.

En general, FACES es uno de los instrumentos de evaluación familiar más utilizado y aplicado en todo el mundo. Usado extensivamente en los Estados Unidos y traducido a muchos otros idiomas como el sueco, noruego, japonés, chino, polaco, alemán, italiano, el español y el hebreo. (Kouneski, 2000)

Los instrumentos de FACES permiten clasificar a las familias como equilibrada, (alta funcionalidad), de disfuncionalidad media, o extremo (bajo o disfuncional) en la cohesión y la adaptabilidad. Los puntajes altos son considerados en el rango desequilibrado y representan disfuncionalidad de la familia. Así, las puntuaciones de FACES II y FACES III se interpretan de forma lineal, utilizando un método desarrollado por Olson y Tiesel. (Everri et al., 2016)

2.1.2.3. Dimensiones

2.1.2.3.1. Cohesión Familiar (Unión)

La cohesión familiar se define como el lazo afectivo que los miembros de la familia tienen hacia unos y otros. Dentro del modelo circunflejo, algunos de los conceptos específicos o variables que pueden ser utilizados para diagnosticar y medir las dimensiones de cohesión familiar son: vinculación emocional, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones e intereses y recreación. (Olson & Ph, 1999)

El enfoque de la cohesión es como los sistemas equilibran su separación versus unión. Hay cuatro niveles que van desde la no relación a semi relación, relación y aglutinación. (Olson & Ph, 1999)

Es la hipótesis de que los niveles centrales o equilibrados de cohesión (semi relacionada y relacionada) constituyen un funcionamiento familiar óptimo. Los niveles extremos o desequilibrados (No relacionados o Aglutinados) son considerados problemáticos para las relaciones a largo plazo y para la baja respuesta en crisis. (Olson & Ph, 1999)

En el área equilibrada de cohesión del modelo (semi relacionada y relacionada), los individuos son capaces de experimentar y equilibrar estos dos extremos y también pueden ser independientes y conectados con sus familias. (Olson & Ph, 1999)

Cuando los niveles de cohesión son muy altos (sistemas aglutinados), hay demasiado acuerdos dentro de la familia y muy poca independencia. En el otro extremo (sistemas no relacionados), los miembros de la familia "hacen lo suyo", con un apego muy limitado o sin compromiso con su familia. (Olson & Ph, 1999)

2.1.2.3.2 Adaptabilidad Familiar

La Adaptabilidad de la familia es la cantidad de cambio frente a una adversidad o una reacción, y las relaciones de funciones. Los conceptos específicos incluyen: liderazgo (control, disciplina), negociación, estilos, relaciones de rol y reglas de relación. La adaptabilidad se centra en cómo los sistemas de equilibrio, estabilidad versus cambio, pueden interactuar. (Olson & Ph, 1999)

Los cuatro niveles de rango de adaptabilidad son: rígido (muy bajo), estructurado (de baja a moderada), flexible (de moderado a alto), caótica (muy alto). Como con la cohesión, se estima que los niveles centrales o equilibrados de adaptabilidad (estructurada y flexible) son más conductivos a un buen funcionamiento familiar, que los extremos (rígidos y caóticos) constituyendo los más problemáticos para las familias a medida que se mueven a través de su ciclo de vida. (Olson & Ph, 1999)

Básicamente, la flexibilidad se centra en el cambio del liderazgo, roles y reglas de una familia. Gran parte de la aplicación temprana de la teoría de sistemas a las familias hizo énfasis en la rigidez de la familia y su tendencia a mantener el mismo movimiento en las crisis en estos casos. Hasta en los últimos trabajos, la importancia se minimizó al potencial de cambio durante una crisis. (Olson & Ph, 1999)

Las familias necesitan estabilidad y esa capacidad de cambiar cuando sea apropiado, distingue a parejas y familias funcionales de disfuncionales. (Alemán, 2010).

Los sistemas equilibrados de familia (estructurados y flexibles) tienden a ser más funcionales con el tiempo. Una familia estructurada llega a tener una dirección algo democrática con las negociaciones incluyendo a los niños. Los roles son estables cuando son repartidos. (Olson & Ph, 1999)

Hay pocos cambios de reglas con pautas firmemente aplicables. Una familia flexible tiene una igualdad con un enfoque democrático frente a la toma de decisiones. Las negociaciones están abiertas y activamente incluyen a los niños. Los roles son compartidos y hay cambios cuando es necesario. (Alemán, 2010)

Las reglas pueden ser cambiadas y son apropiadas para la edad. Las familias desequilibradas tienden a ser rígidos o caóticos. Una familia rígida es donde un individuo está a cargo y es muy controlador. Tienden a ser limitados en las negociaciones y con la mayoría de las decisiones impuestas por el líder. Los roles son estrictamente definidos y las reglas no cambian. Una familia caótica tiene un liderazgo errático o limitado. Las decisiones son impulsivas y no bien pensadas. Los roles no son claros y a menudo cambian de individuo a individuo. (Olson & Ph, 1999)

Basado en el modelo circunflejo, los niveles muy altos (caóticos) y muy bajos de adaptabilidad (rígidos) tienden a ser problemáticos para los individuos y el desarrollo a largo plazo. (Alemán, 2010)

2.1.2.3.3 Comunicación Familiar

La comunicación es la tercera dimensión en el modelo Circunflejo y se considera una facilitadora en la relación familiar, está incluido en el FACES IV. (Alemán, 2010)

En los sistemas equilibrados hay una tendencia a mantener una muy buena comunicación, mientras que en los sistemas desequilibrados existe una mala comunicación. (Olson & Ph, 1999)

Al interactuar la cohesión y la adaptabilidad dan lugar a los tipos de familia que se dividen en tres categorías: equilibrado; rango medio; y extrema, o desequilibrada.

a) Hay cuatro tipos de familias equilibradas: relacionada de manera flexible, semi relacionada de forma flexible, estructuralmente relacionada y estructuralmente semi relacionada. (Olson & Ph, 1999)

b) Hay ocho tipos de familias de gama media que están en equilibrio sobre una dimensión y al extremo en el otro. Los tipos están caóticamente relacionado, caóticamente semi-relacionado, flexiblemente aglutinado, estructuralmente aglutinado, rígidamente semi-relacionado, rígidamente relacionado, no relacionados estructuralmente y no relacionados de forma flexible. (Olson & Ph, 1999)

c) Existen cuatro tipos de familias extremas, o desequilibradas: caóticamente no relacionados, aglutinados caóticamente, rígidamente aglutinados y rígidamente no relacionados. (Olson & Ph, 1999)

FACES II y FACES III son recomendados para diferentes propósitos. FACES II es adecuado para la investigación y FACES III, de menor duración, para aplicaciones clínicas. FACES II, en general, tiene propiedades psicométricas más fuertes. (Alemán, 2010) Ambos instrumentos discriminan bien entre la clínica y la no clínica.

FACES II y FACES III se califican como medidas lineales. Puntajes altos representan el funcionamiento equilibrado de la familia, y las puntuaciones bajas representan la familia extrema. Cohesión y adaptabilidad tienen cada uno cuatro niveles. (Olson & Ph, 1999)

Haciendo un promedio de las puntuaciones de los miembros de la familia sobre cohesión y adaptabilidad. (Olson & Ph, 1999)

El test aplicado en nuestro estudio es el FACES III, por tratarse de un estudio clínico, con menos preguntas, de más fácil aplicación, se encuentra disponible de forma gratuita, y tiene las siguientes instrucciones:

Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado:

Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 Casi siempre 4 Siempre 5

La interpretación del mismo consiste:

- Cohesión: es la suma de las respuestas a las preguntas impares
- Adaptabilidad: es la suma a las respuestas de las preguntas pares

Cohesión:

No relacionada: 10-34

Semi relacionada: 35-40

Relacionada: 41-45

Aglutinada: 46-50

Adaptabilidad

Rígida: 10-19

Estructurada: 20-24

Flexible: 25-28

Caótica: 29-50

2.1.3 Funcionalidad familiar y autoestima

Se ha definido mucho el concepto de sí mismo como "la percepción de la autoestima y ésta como una "evaluación", de positivo a negativo, de que "el concepto de sí mismo es un complejo sistema continuamente activo de creencias subjetivas sobre la propia existencia personal, que sirve para guiar el comportamiento que el individuo asuma un rol o posición particular de la vida". (Augusto, Araújo, Rodríguez, & Figueiredo, 2014)

Muchos determinantes influyen en el concepto de sí mismo, incluyendo la estructura familiar, la maduración y competencia cognitiva. Se ha identificado que la familia ejerce la mayor influencia en la manera en que los niños se perciben a sí mismos y a sus habilidades. Además, las técnicas, la composición de la

familia y la identificación o relaciones sociales son cruciales para el adecuado desarrollo del auto concepto. (Augusto, Araújo, Rodríguez, & Figueiredo, 2014)

El concepto de sí mismo y la autoestima son nociones de personalidad importantes que se desarrollan y crecen a partir de experiencias de vida. El concepto de sí mismo se refiere a cómo una persona se describe a sí misma (dimensión cognitiva), mientras que la autoestima se refiere a cómo una persona se evalúa (dimensión emocional). (Augusto et al., 2014)

La relación entre el auto concepto y la autoestima en el comportamiento antisocial de los adolescentes ha sido investigada por muchas décadas y sigue siendo una considerable controversia. La familia tiene una gran influencia en el desarrollo del concepto de sí mismo debido al contacto directo con todos sus integrantes. (Augusto et al., 2014)

En niños con enfermedades crónicas se ha encontrado que los que tienen un concepto más pobre de sí mismos eran aquellos que tenían menos satisfacción con las relaciones familiares, una actitud más negativa hacia su enfermedad y usaron más conductas negativas de afrontamiento. Los hallazgos demostraron que un mejor concepto de sí mismo se correlacionó con un adecuado funcionamiento familiar. (Augusto et al., 2014)

También se demostró que la disfuncionalidad de la familia puede ser un obstáculo para la autoestima positiva y alta en los adolescentes. Los entornos familiares disfuncionales están relacionados con baja autoestima. Se visualiza que el funcionamiento familiar se relaciona con la autoestima global. (Mojica, 2015)

2.2 Autoestima

La autoestima tiene muchas interpretaciones, desde hace 30 años, es estudiada de diferentes formas, siendo su significado un problema en muchos casos, para ser entendida. En la actualidad, la autoestima se ha estudiado profundamente en la cultura popular, como el camino real hacia la felicidad y la base del cumplimiento personal. (Hosogi, Okada, Fujii, Noguchi, & Watanabe, 2012)

Mientras que algunos argumentan que la alta autoestima es esencial para el funcionamiento humano y se incluye en la vida dándole sentido, otros afirman que es de poco valor y puede ser realmente algo insignificante. (Hosogi et al., 2012)

La autoestima, según Kant, es "la conciencia del valor absoluto de la propia personalidad o dignidad". En 1980, James ha considerado que la autoestima es "la satisfacción o insatisfacción con uno mismo". En realidad, los seres humanos seleccionan un propósito y piensan en el fracaso como una verdadera derrota y del éxito como una importante victoria, produciéndose sentimientos como la vergüenza o la alegría. Como tal, la autoestima es una proporción dividida entre los éxitos de un individuo, y los fracasos guardados como pretensiones de vida. (Hosogi et al., 2012)

Posteriormente, en el campo de la psicología, la autoestima comenzó a ser vista como "un sentimiento de auto-aprecio". Varios psicólogos definen y debaten qué es la autoestima, pero no se establece una visión uniforme. (Hosogi et al., 2012)

Creemos que parte de la confusión de un concepto claro de autoestima, se deriva de una falta de acuerdo sobre el constructo mismo, tal como lo

vemos el término se asienta en tres formas: como autoestima global, sentimientos de auto-valor y autoevaluación. (Hosogi et al., 2012)

2.2.1.1. Autoestima Global

A veces la autoestima se utiliza para referirse a una variable de la personalidad que representa la forma en que generalmente se sienten sobre sí mismos. Los investigadores lo llaman, forma de la autoestima, global o como rasgo, ya que es relativamente duradera a través del tiempo y de situaciones. (Brown & Marshall, 2006)

Algunos investigadores adoptan un enfoque cognitivo, y suponen que la autoestima global es una apreciación que las personas hacen sobre el valor de sí mismo. Otros enfatizan los procesos emocionales y definen Autoestima global como un sentimiento de afecto por uno mismo que no se deriva de procesos racionales ni de juicio. (Brown & Marshall, 2006)

2.2.1.2 Sentimientos de Auto-Valor

La autoestima también se utiliza para referirse a las auto-reacciones emocionales evaluativas a eventos. Esto es lo que la gente quiere decir cuando habla de experiencias que "amenazan la autoestima" o "la aumentan". Por ejemplo, una persona podría decir que su autoestima era alta después de obtener una gran promoción en el trabajo o una persona podría decir que se desplomó después de un fracaso en el amor. (Brown & Marshall, 2006)

Nos referimos a estas autoevaluaciones emocionales como sentimientos de autoestima. Sensación de orgullo o complacencia con nosotros mismos (en el lado positivo), o humillados y avergonzados de nosotros mismos (en el negativo)

son ejemplos de lo que queremos decir con sentimientos de autoestima. (Brown & Marshall, 2006)

2.2.1.3. Autoevaluaciones (también conocido como dominio específico de Autoestima)

Por último, la autoestima se utiliza para referirse a como las personas evalúan sus diversas habilidades y atributos. Por ejemplo, una persona que duda de su capacidad en la escuela, trabajo, se puede decir que tiene una baja autoestima y otra que piensa que es buena en alguna actividad puede decirse que tiene una alta autoestima. (Brown & Marshall, 2006)

Los términos de autoconfianza y autoeficacia también se han utilizado para referirse a estas creencias, y se iguala la autoconfianza con autoestima. Preferimos llamar a estas creencias autoevaluaciones, como la forma en que los individuos evalúan o estiman sus atributos, habilidades y características de personalidad. No todo el mundo hace esta distinción, sin embargo, hay muchas escalas que evalúan la autoestima incluyendo sub escalas que miden autoevaluaciones en múltiples dominios. (Brown & Marshall, 2006)

Otro de los conceptos es que la autoestima es esencialmente un fenómeno estético o valorativo, entendiéndose según la distinción entre valor instrumental e intrínseco. Lo instrumental se refiere, a lo bueno de un objeto. El valor intrínseco a las cualidades que se consideran óptimas. Aplicada a las personas, la dualidad es reflejada en la competencia personal por un lado, y la apariencia, el carácter y la identidad social en el otro. Es decir, las personas toman valor tanto por el mérito de lo que pueden hacer y lo que parecen ser. Informalmente, esto se expresa a menudo como la distinción entre "respeto" y "afición". (Tafarodi & Swann, 2001)

Sin embargo, los dos tipos de valor no son independientes, ya que las habilidades se ven a menudo como virtudes, y las virtudes se utilizan a menudo con gran efecto. A pesar de esta superposición, vale la pena mantener la distinción con el fin de aclarar el compuesto naturaleza de la autoestima. (Tafarodi & Swann, 2001)

2.2.1.4. Auto-competencia

La auto competencia es la experiencia valorativa de uno mismo como un agente causal, un ser intencional que puede producir los resultados deseados mediante el ejercicio de su voluntad. Como rasgo generalizado, se refiere a la orientación general positiva o negativa hacia uno mismo. (Tafarodi & Swann, 2001)

2.2.1.5. Auto-gustos

El significado moral de las características y acciones de uno, mencionado anteriormente, refleja el valor intrínseco. Esto se representa en la autoestima como auto-afición. En esencia, el auto-gusto es el valor de sí mismo como un objeto social, una persona buena o mala. Como rasgo generalizado, es el sentido general de valor como un individuo con significado social. Por "social", no queremos sugerir que el auto-gusto es principalmente nuestra percepción del valor que otros nos acreditan, aunque ésta es, seguramente una fuente continua de ella. Más bien, el auto-gusto maduro descansa principalmente en el valor social que nos atribuimos. (Tafarodi & Swann, 2001)

2.2.2. Evolución de la Autoestima

La autoestima desde la adolescencia hasta la edad adulta, evoluciona y presenta factores de riesgo. Los análisis de curva indicaron que la autoestima aumenta durante la adolescencia y continúa creciendo más lentamente en la edad adulta joven. Las mujeres y los hombres no difieren en sus trayectorias de

autoestima. En los adolescentes los hispanos tenían una autoestima más baja que los negros y blancos, pero la autoestima de los hispanos en relación a los negros a los 30 años, fue mayor. (Erol & Orth, 2011)

En cada edad, los individuos emocionalmente estables, extrovertidos y conscientes experimentaron una mayor autoestima que los individuos emocionalmente inestables, introvertidos y menos conscientes. Además, en cada edad, con alto sentido de dominio, y toma de decisiones implicaban bajo riesgo y mejor salud dando lugar a una mayor autoestima. Finalmente, los resultados sugieren que el aumento normativo en el sentido del dominio es responsable de un aumento de la misma. (Erol & Orth, 2011)

La baja autoestima en la adolescencia y en la edad adulta es un riesgo predisponente de resultados negativos en importantes fases de la vida. Se encontró que la baja autoestima durante la adolescencia predice peor salud mental, física, bienestar económico y mayores niveles de actividad delictiva en la edad adulta. Del mismo modo, se visualizó que una baja autoestima augura un comportamiento antisocial, disturbios, depresión e ideas suicidas. Los hallazgos de la investigación sugieren que el desarrollo de la autoestima puede tener consecuencias significativas para los resultados de la vida y en la salud. (Erol & Orth, 2011)

2.2.3 Moderadores del desarrollo de la autoestima.

En el desarrollo de la autoestima en la adolescencia y la adultez se probó el efecto de las variables demográficas (género y etnia), los rasgos de personalidad, sentido del dominio, toma de riesgos, salud e ingresos. (Erol & Orth, 2011)

2.2.3.1. Género

La investigación sobre las diferencias de género en la autoestima sugiere que los adolescentes varones tienen mayor autoestima que las mujeres. Sin embargo, en algunos estudios la diferencia de género fue pequeña. Se demostró mayor autoestima para los hombres en la edad adulta joven, aunque en algunos estudios la discordancia no fue significativa. (Erol & Orth, 2011)

2.2.3.2. Etnia

Con respecto a la etnicidad, la evidencia disponible aclara que los negros tienen mayor autoestima que los blancos durante la adolescencia y la adultez joven. Sin embargo, existen contradicciones con respecto a la autoestima de los hispanos. (Erol & Orth, 2011)

En la adolescencia y en la edad adulta encontraron que, entre las mujeres adolescentes, los hispanos reportaron mayor autoestima que los blancos. (Erol & Orth, 2011)

2.2.3.3. Sentido del dominio

El sentido del dominio se define como la medida en que la gente tiene el control sobre las fuerzas para enfrentar a los problemas que afectan sus vidas y está relacionado con el constructo de la autoeficacia. (Erol & Orth, 2011)

2.2.3.4. Toma de riesgos

La evidencia disponible determina que la toma de riesgos ante cualquier proceso que se presente durante la vida crea una fuerza con la apreciación hacia uno mismo. (Erol & Orth, 2011)

2.2.3.5. Salud

Una buena autoestima se asocia con una mejor salud física. Es posible que individuos con alta autoestima tengan una mayor disposición para recibir más apoyo social y experimentar menos estrés, mejorando así su salud. También es plausible que individuos sanos presenten más control sobre sus vidas y son más exitosos en la educación, el trabajo y las relaciones, lo que a su vez reforzarían su autoestima y su salud. (Erol & Orth, 2011)

2.2.3.6. Ingresos

El ingreso económico interviene en el desarrollo de la autoestima porque puede configurar la percepción del individuo de su valor relacional y con ello influir en la misma. Los estudios se inclinan más hacia la edad adulta, donde hay ingreso, éstos sean altos, resulta en una mejor apreciación de sí mismos, buena salud, autoestima excelente. (Erol & Orth, 2011)

2.2.4. Dimensiones de la Autoestima

La autoestima tiene al menos cuatro dimensiones: significación, competencia, poder y virtud. (Mora, A. R., & Kang, 2016)

2.2.4.1. Significación

La significación tiene que ver con la sensación de ser amado y cuidado, la percepción de que le importa a alguien. No se puede inculcar este sentimiento en un niño. La persona puede tratar de influir en ella con palabras y hechos, con el cuidado y la protección, pero no puede asegurar que los mensajes que envía son los que el niño recibirá.

Es vital entender que las personas son participantes activos en el desarrollo de su sentido de sí mismo. No son los propios eventos los que determinan

la autoestima, sino cómo reacciona el ser ante esos eventos. Algunos individuos nacen en circunstancias más afortunadas que otros, pero hay personas que tienen todo, sin embargo, no se sienten bien consigo mismos. Otros son todo lo contrario, logran salir de una serie de traumas con autoestima intacta y, de hecho, al crecer esas personas son capaces de utilizar las circunstancias adversas en su propio beneficio. Crecen y aprenden de sus experiencias y salen más fuertes que nunca. Parecen tomar lo negativo y girarlo alrededor para tener un efecto positivo. (Mora, A. R., & Kang, 2016)

2.2.4.2. Competencia

La influencia de la competencia desde la niñez ayuda a ser cada vez más experto en un número de áreas. Pero si el niño se siente competente depende de si se compara con alguien que es más idóneo que él. Es una decisión que toma el niño, no la que otro tome, aunque puede influir en su decisión haciendo comparaciones de otros consigo mismo o exigiendo la perfección. Si la aptitud es particularmente importante para él, puede experimentar una menor autoestima, aunque sea altamente competente, simplemente porque no se ve a sí mismo como suficientemente competente. (Mora, A. R., & Kang, 2016)

2.2.4.3. Poder

El sentir que se tiene algún control sobre ser quien eres, hace que las cosas sucedan en el mundo, tener un efecto en las personas y en eventos de la vida, y vivirla satisfactoriamente dando una sensación de poder. Si el poder es de gran importancia para la persona, se tiene una sensación de que puede aumentar la autoestima. El poder no se define aquí como teniendo el control sobre otras personas, no es una cuestión de dominar, sino en el sentido puro de la palabra, que refleja el significado primordial relacionado con la efectividad. (Mora, A. R., & Kang, 2016)

2.2.4.4. Virtud

Ser bueno es importante para algunas personas. La autoestima se relaciona con cuánto de una brecha existe entre lo bueno que se perciben a sí mismos y lo bueno que quieren o necesitan ser. La virtud no es un valor supremo para todos. (Mora, A. R., & Kang, 2016)

2.2.5. Métodos para evaluar la Autoestima

Una variedad de métodos se utilizan para evaluar la autoestima. Los criterios de examen utilizados son importantes cuando se interpretan los resultados de la investigación sobre la autoestima. (Hosogi et al., 2012)

Un método de medición común es el uso de cuestionarios. En los adultos, población de nuestro estudio, los ejemplos incluyen la escala de autoestima de Rosenberg y la escala de sensibilidad de insuficiencia de Janis; los métodos de medición desarrollados para los niños más pequeños incluyen Coopersmith Inventario de Autoestima, prueba de 5 escala del papá de la autoestima de los niños, y Kidder KINDL. (Hosogi et al., 2012)

Otros incluyen métodos de proyección como la Prueba de Apercepción Temática (TAT), en la que se pide a los encuestados que creen una historia sencilla a partir de ilustraciones en TAT, que luego se analizan para revelar una proyección del concepto de "yo" del entrevistado. La escala de autoestima social de Ziller es otro tipo de método de proyección. En los últimos años, los estudios sobre la autoestima latente que se miden por el Test de Asociación Implícita impulsado por computadora han ganado la atención. Los métodos antes mencionados no sólo se utilizan para la prueba de adultos, sino también en los niños mayores. (Hosogi et al., 2012)

2.2.5.1. Escala autoestima de Rosenberg.

Rosenberg, fue el primero en incorporar los cuestionarios en la investigación sobre la autoestima. Según él, la autoestima se exhibe cuando "un objeto especial (uno mismo) tiene una actitud positiva o negativa que tiene básicamente las mismas cualidades y actitudes hacia otros objetos (aparte de uno mismo)". Como tal, él creía que si las actitudes hacia los objetos son mensurables, las actitudes hacia uno mismo también se puede medir. La escala de autoestima de Rosenberg comprende preguntas sobre 10 ítems diferentes, y las evaluaciones se hacen usando una escala de cuatro niveles. (Hosogi et al., 2012)

Se ha utilizado en estudios de Argentina donde el objetivo era evaluar las propiedades psicométricas de la escala de autoestima de Rosenberg en general y en las poblaciones clínicas de Buenos Aires, donde mostró una buena validez divergente con medidas de depresión y ansiedad y validez convergente con inteligencia emocional. (Góngora & Casullo, 2009) y en Chile se usó para determinar la fiabilidad y validez en una muestra de adultos chilenos, obteniéndose que la escala cumple los criterios de validez y fiabilidad de un instrumento de calidad para medir la autoestima, en estudios que al ser utilizados en español y en población semejante a la nuestra avalan el empleo de esta escala. (Rojas-Barahona, Cristian A; Zegers, Beatriz y Förster, 2009)

Fue traducido en muchos idiomas, incluyendo, español, francés, chino, italiano, estonio, griego y portugués. Tiene una alta confiabilidad, ya que el índice tiene un valor de 0.809 que es mayor que 0.7 requerido para la fiabilidad global de cada herramienta, en un estudio en Grecia. (Galanou, Galanakis, Alexopoulos, & Darviri, 2014).

Valora la autoestima global. Los ítems se contestan en una escala de cuatro puntos que va desde muy de acuerdo a muy en desacuerdo. (“Escala de Rosenberg,”1973)

Es un instrumento ampliamente utilizado de evaluación de la autoestima individual, originariamente manejado en la valoración de la autoestima en adolescentes. (Baumeister et al., 2013)

Puntuación: suma las calificaciones asignadas a todos los ítems después de anotar de forma inversa los ítems expresados positivamente. Los puntajes oscilan entre 10 y 40, con puntuaciones más altas que indican mayor autoestima. (Baumeister et al., 2013)

La escala es una medida breve y unidimensional de la autoestima global. Ha demostrado buena confiabilidad y validez en un gran número de grupos de muestras diferentes. Validada para su uso con adolescentes tanto hombres como mujeres, adultos y ancianos. (Baumeister et al., 2013)

2.2.5.1.1. Escala:

Instrucciones:

Abajo hay una lista de declaraciones que tratan de sus sentimientos generales sobre usted. Por favor indique qué tan fuertemente está de acuerdo o en desacuerdo con cada declaración. (Baumeister et al., 2013)

A continuación encontrará una lista de afirmaciones en torno a los sentimientos o pensamientos que tiene sobre usted. Marque con una X la respuesta que más lo identifica.

Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo

Interpretación:

De las preguntas que corresponden del 1 al 5, la calificación será de 4 a 1 y de las preguntas del 6 al 10, las respuestas se calificarán 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Alta autoestima, considerada en unos casos autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media.

Menos de 25 puntos: Baja autoestima. (Baumeister et al., 2013)

2.2.6. Autoestima y diabetes.

Los bajos niveles de autoestima se asocian con la diabetes y el mal control de la misma. La evidencia muestra que la autoestima puede ser un factor clave que interviene en los comportamientos de atención de salud. (Jessor, Turbin, & Costa, 2010)

En las personas con diabetes, los estudios realizados demostraron que la baja autoestima tiene efectos negativos sobre el auto-cuidado de las enfermedades en los adultos jóvenes y mayores. Por ejemplo, se encontró que la autoestima estaba relacionada con la dieta y el ejercicio de los comportamientos de autocuidado entre los pacientes con diabetes insulino-dependiente. (Johnston-Brooks, Lewis, & Garg, 2002)

Además, altos niveles de autoestima estaban asociados con la adherencia al ejercicio, la capacidad de ajustar la dosis de insulina y la higiene oral. (Knecht, Keinänen-Kiukaanniemi, Knuuttila, & Syrjälä, 2001).

Algunas explicaciones para estas asociaciones pueden ser que las personas con alta autoestima tienen más capacidad para lidiar con la enfermedad

y las actividades de autogestión. En un estudio cualitativo de hombres hispanos con diabetes, encontró que la autoestima era una de las principales barreras para el autocuidado de la gestión. Estos hombres tenían baja autoestima porque sentían que eran tratados de manera diferente que los individuos sin diabetes. (Rustveld et al., 2009).

En consecuencia, estos sentimientos parecían afectar la forma en que estos hombres se involucran en comportamientos de autocuidado, lo que sugiere que la autoestima puede ser un factor importante para influenciar u obstaculizar las actividades de autogestión de las personas. (Katie Weinger, Butler, Welch, & La Greca, 2005) (K. Weinger, Beverly, & Smaldone, 2014)

2.3. Control Glucémico.

Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) con hiperglucemia persistente tienen mayor peligro de presentar complicaciones relacionadas con la enfermedad. No hay un tratamiento adecuado para todos, sino más bien el mejor tratamiento depende de lo que es importante para cada uno, los objetivos que se esperan alcanzar, la enfermedad subyacente, y sus comorbilidades. Las personas que cursan esta enfermedad tienen a menudo falta de información sobre la misma, sus opciones de manejo y las consecuencias de lo que decidan, puede interferir con la resolución para obtener un adecuado control. (Bailey et al., 2016).

Se disminuye el riesgo de complicaciones microvasculares con el control glucémico intensivo de la diabetes tipo 2, pero el efecto de éste sobre el riesgo de enfermedad macrovascular (especialmente en la diabetes tipo 2 bien establecida) es menos cierto. (William T. Cefalu, 2016)

Los factores psicosociales (por ejemplo, motivación y capacidad de autocuidado) y factores clínicos (edad, presencia o ausencia de condiciones coexistentes y tendencia a la hipoglucemia) deben tener un rango objetivo de glucemia adecuada. (William T. Cefalu, 2016)

Se dispone de dos técnicas para los proveedores de salud y los enfermos para evaluar la efectividad del plan de manejo sobre el control de la glucemia: autocontrol de la glucosa en sangre (SMBG) y hemoglobina glicosilada A1C. (William T. Cefalu, 2016).

2.3.1. El autocontrol de la glucosa en la sangre

Los principales ensayos clínicos de pacientes tratados con insulina incluyen SMBG como parte de las intervenciones multifactoriales para demostrar el beneficio del control glucémico intensivo sobre las complicaciones de la diabetes. (William T. Cefalu, 2016)

El SMBG es, por tanto, un mecanismo completo de la terapia eficaz, por permitir a los enfermos calcular su respuesta individual a la terapia y estimar si los objetivos glucémicos se están logrando. (William T. Cefalu, 2016)

La integración de los resultados de SMBG en la valoración de la diabetes puede ser útil para encabezar la terapia de nutrición médica y la actividad física, previniendo la hipoglucemia y el uso de medicación correcta (particularmente las dosis de insulina preprandial). Las necesidades y objetivos específicos del paciente deben establecer la periodicidad y el momento de la SMBG. (William T. Cefalu, 2016)

2.3.2. Hemoglobina glicosilada

La hemoglobina glicosilada A1C manifiesta la glucemia promedio de varios meses y posee una fuerte predicción para las complicaciones de la diabetes. Por lo tanto, en los pacientes con una evaluación inicial y como parte de la atención continua, debe efectuarse rutinariamente. La determinación de si los objetivos glicémicos de los pacientes diabéticos han sido alcanzados se lo hará con la medición aproximadamente cada 3 meses. (Ismail-Beigi & Ph, 2012)

Se espera un objetivo glicémico casi normal de 6,0 a 6,5% para personas recientemente diagnosticadas de diabetes mellitus tipo 2 y con larga expectativa de vida para ser considerado; mientras que puede ser preferible en pacientes ancianos con diabetes tipo 2 de larga duración y enfermedad cardiovascular, metas más relajadas para la hemoglobina glicosilada mayor de 7%. (Ismail-Beigi & Ph, 2012)

2.3.3. Limitaciones de la hemoglobina glicosilada.

La prueba de A1C está sujeta a ciertas limitaciones. Existen condiciones que afectan a la línea celular roja (hemólisis, pérdida de sangre) y las variantes de la hemoglobina deben ser consideradas, particularmente cuando el resultado de A1C no se correlaciona con los niveles de glucosa en sangre del paciente. (William T. Cefalu, 2016)

Numerosos aspectos deben ser estimados cuando se establecen objetivos glucémicos. La Asociación Americana de Diabetes propone metas óptimas, pero cada plan terapéutico debe ser individualizado a las necesidades del paciente y sus comorbilidades. (William T. Cefalu, 2016)

2.3.4. Metas de control glucémico

Un objetivo sensato de A1C para muchos adultos, no gestantes, es de 7% (53 mmol/ mol). Metas más estrictas como, 6,5% (48 mmol/ mol) para determinados pacientes sin riesgo de hipoglucemia u otros efectos adversos con el tratamiento apropiado, como diabéticos tipo 2 diagnosticados de corta duración, tratados con estilo de vida o Metformina sola, con larga esperanza de vida o ninguna enfermedad cardiovascular significativa pueden ser una de las propuestas por los proveedores de salud. (William T. Cefalu, 2016) (Ismail-Beigi & Ph, 2012)

Para pacientes con antecedentes de hipoglucemia grave, esperanza de vida limitada, complicaciones microvasculares o macrovasculares, condiciones de comorbilidad, diabetes de larga evolución, objetivos de control difíciles de alcanzar a pesar de autocuidado y educación, monitorización adecuada de la glucosa y dosis óptimas de múltiples agentes reductores de glucosa incluida la insulina puede ser convenientes objetivos mínimos de A1C (como, 8% [64 mmol / mol]). (William T. Cefalu, 2016) (Ismail-Beigi & Ph, 2012)

2.3.5. Control glucémico y funcionalidad familiar

Con la falta de seguimiento de las intenciones y decisiones saludables, el desconocimiento, apoyo inadecuado y disfuncionalidad familiar también aumentan la probabilidad de conflicto de decisiones, que se manifiesta en la demora de la toma de resolución, vacilando entre opciones, cuestionando los valores y la tensión emocional, resultando en un mal control glucémico. (Bailey et al., 2016)

Entendiendo la enfermedad, puede reducir el desacuerdo de opiniones, optimizar las conductas de autocuidado, corregir la adherencia a la

medicación, cambiar o prevenir la disfunción familiar y el control glucémico, llevando a mejorar los resultados clínicos. (Bailey et al., 2016)

Capítulo 3

3.1. Metodología

3.2. Problemas de investigación:

¿Existe relación entre el control glucémico con la autoestima y la dinámica familiar de los pacientes diabéticos pertenecientes a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales?

3.3. Hipótesis:

Los pacientes diabéticos que no alcanzan las metas de control glicémico tienen baja autoestima y provienen de familias con disfunción familiar.

3.4. Diseño de la investigación: Se realizó un estudio analítico de corte transversal en pacientes con diabetes mellitus, que pertenecen a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales en el 2016.

Se estudiaron las características sociodemográficas (género, edad, estado civil, ocupación), la dinámica familiar (cohesión y adaptabilidad familiar) y autoestima.

3.5. Variables

3.5.1. Variables independientes:

- Dinámica Familiar: Límites emocionales y grado de autonomía que cada uno de los miembros experimenta dentro de su sistema familiar. Descartamos la estructura familiar, porque el modelo circunflejo de Olson maneja funcionalidad.

- Autoestima: Percepción evaluativa de uno mismo, tomándola como autoestima global.

3.5.2. Variable dependiente

Control Glucémico: Determinación del objetivo óptimo de hemoglobina glicosilada (HbA1C) con criterios de estratificación según ADA 2016

3.5.3. Variables moderadoras

- Edad: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.
- Sexo: Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras
- Estado Civil: Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles, sobre todo en lo que hace relación a su condición de soltería, matrimonio, viudez, etcétera
- Ocupación: hace referencia a lo que la persona se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo, y por ello se habla de ocupación de tiempo parcial o completo, lo que le resta tiempo para otras ocupaciones.

3.6. Criterios de inclusión: pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con familia.

3.7. Criterios de exclusión: pacientes con diabetes tipo 1, pacientes que no tienen diabetes, pacientes que se niegan a participar en la investigación, pacientes que tienen deterioro cognitivo con nivel de conciencia alterado.

3.7. Población y Muestra

3.7.1. Población: Se utilizó el universo, que estaba constituido de 303 pacientes diabéticos que integran la Clínica de Crónico Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, pero al final se excluyeron aquellos que no quisieron participar en el estudio, los que no pudieron contestar las preguntas por alguna alteración cognitiva y pacientes con diabetes tipo 1, quedando una muestra total de 287 participantes.

Es necesario indicar que a pesar de que los estudios analíticos transversales, toman en cuenta la delimitación de la población y, en base a ésta, la selección de la muestra, también puede ser diseñada con una muestra representativa de acuerdo al propósito a ser investigado.

3.7.2. Muestra: Se trabajó con el 100% de la población descrita en el Universo.

3.8. Instrumentos y métodos.

Para valorar la funcionalidad o dinámica familiar se utilizó la *Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III)* es la 3ª versión de la serie de escalas FACES desarrollada para evaluar dos de las principales dimensiones del Modelo Circunflejo: la cohesión y la flexibilidad familiar. .

La escala logra discriminar diferentes grupos familiares, lo cual constituye una fuerte evidencia de validez de constructo de la misma. Otra de las cualidades métricas que destacan los autores es que con FACES III logró bajar la correlación que existía entre ambos factores (cohesión y flexibilidad) y la relación entre ellos. Consta de 40 ítems, cada uno con una escala Likert de cinco opciones (casi siempre, muchas veces, a veces sí y a veces no, pocas veces, casi nunca), divididos en dos partes. La parte I, compuesta por 20 ítems y que evalúa el nivel de cohesión y flexibilidad de la familia tal como el sujeto la percibe en ese momento (“Familia Real”). Y la parte II, compuesta por 20 ítems que reflejan el nivel de cohesión y flexibilidad que al sujeto le gustaría que hubiese en su familia (“Familia Ideal”).

Existen diversos instrumentos que miden la autoestima, pero uno de los más utilizados es la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) que entiende la autoestima como un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características. La escala fue dirigida en un principio a adolescentes, hoy se usa con otros grupos etarios.

Su aplicación es simple y rápida. Cuenta con 10 ítems, divididos equitativamente en positivos y negativos (ejemplos, sentimiento positivo: “creo que tengo un buen número de cualidades”, sentimiento negativo: “siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mi”). Es un instrumento unidimensional que se contesta en una escala de 4 alternativas, que va desde “muy de acuerdo” a “muy en desacuerdo” La graduación de respuestas tiene 4 puntos (1 =muy en desacuerdo, 2 =en desacuerdo, 3 =de acuerdo y 4 =muy de acuerdo) y se asigna el puntaje inverso a las afirmaciones direccionadas negativamente; los valores teóricos fluctúan entre 10 (baja autoestima) y 40 (alta autoestima).

3.8.1 Escala de Autoestima de Rosenberg.

Se utilizó en estudios de Argentina donde el objetivo era evaluar las propiedades psicométricas de la escala de autoestima de Rosenberg en general y en las poblaciones clínicas de Buenos Aires, donde mostró una buena validez divergente con medidas de depresión y ansiedad y validez convergente con inteligencia emocional. (Gongora & Casullo, 2009)

En Chile se usó para determinar la fiabilidad y validez en una muestra de adultos chilenos, obteniéndose que la escala cumple los criterios de validez y fiabilidad de un instrumento de calidad, para medir la autoestima. (Rojas-Barahona, Cristian A; Zegers, Beatriz y Förster, 2009)

3.9. Procedimiento de recolección de información: Se procedió a recolectar los datos de fuente primaria, entregando el cuestionario directamente a los participantes del estudio, previo aceptación y firma del consentimiento informado, hasta alcanzar el 100% de la población que conforman la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales.

3.9.1 Plan de análisis de datos.

Se analizaron los resultados por las autoras del estudio usando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), versión 23, para los datos obtenidos de los pacientes que aceptaron participar en el estudio, previa firma de consentimiento informado.

3.9.2 Limitantes del estudio: Mala distribución del espacio físico donde se realizaron las encuestas por estado de contingencia del Centro de Salud, poca colaboración de algunos pacientes para realizarse los estudios, poca disposición de los participantes para contestar las preguntas de las encuestas.

Capítulo 4:

4.1. Aspectos bioéticos

Este estudio se ajustó a las normas éticas institucionales y la declaración de Derecho Humanos.

Se requirió el consentimiento informado de los pacientes encuestados, donde se explicó el objetivo de la investigación que es comparar la funcionalidad familiar y autoestima en los pacientes diabéticos que logran o no las metas de control glicémico.

Se garantizó la confidencialidad 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.

Se respetó el anonimato del participante asignándole un código para su identificación dentro del estudio.

Capítulo 5

Resultados.

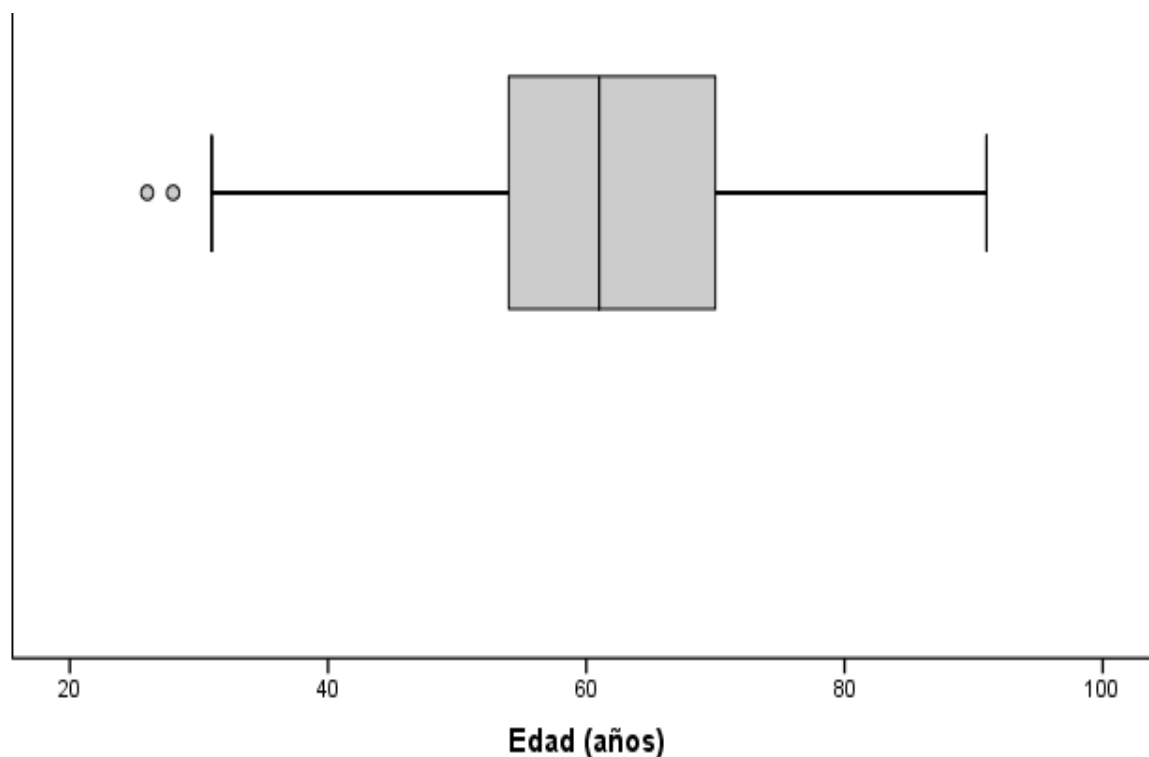
5.1. Variables demográficas

El intervalo de edad está entre 26 y 91 años, con promedio de 61 años. (Gráfico 1).

Se nota que la distribución etaria se concentra en el tercer cuartil entre los 61 y 70 años.

Esto nos da una curva de distribución normal, con dos datos aberrantes.

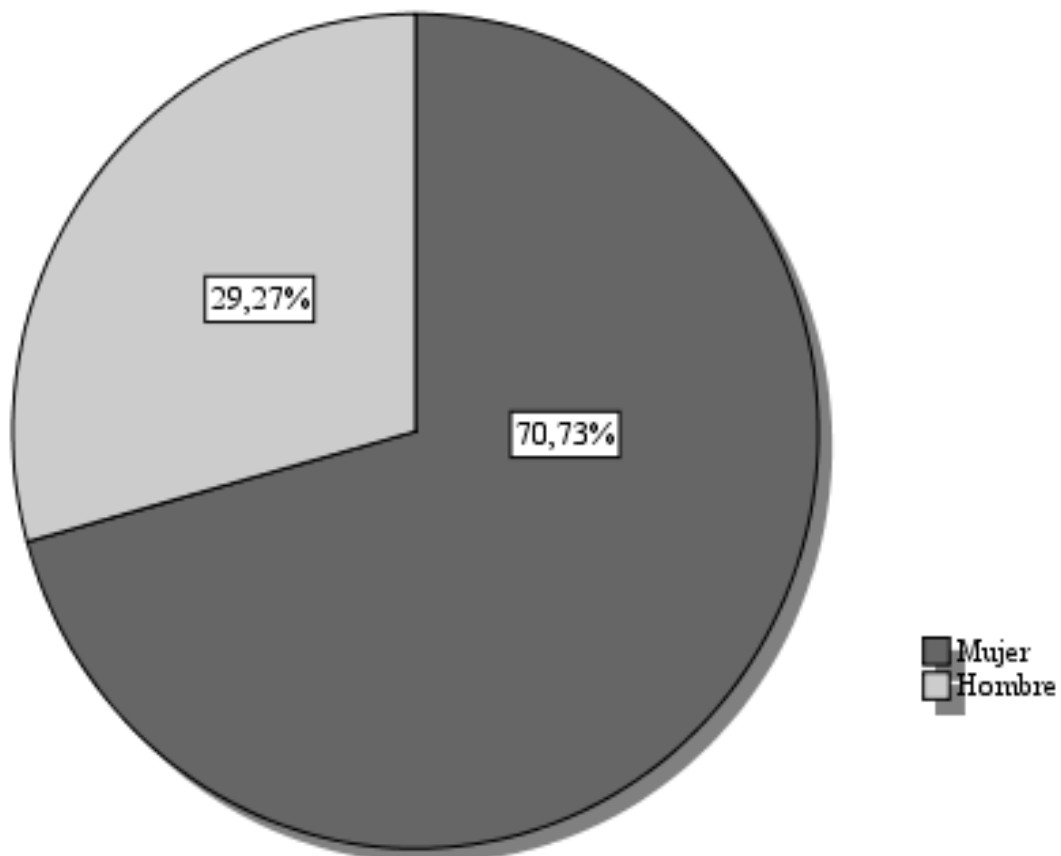
Gráfico 1. Distribución de edad en los pacientes diabéticos de la Clínica de Crónicos Metabólicos - C.S. Los Rosales



Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación. (Agosto - Noviembre 2016)

La población asistente a la Clínica de Crónicos Metabólicos es en un gran porcentaje del sexo femenino, debido a que existe mayor demanda de atención y esto se ve reflejado en los datos obtenidos en la investigación donde aproximadamente las dos terceras partes de la población estudiada pertenecen al sexo femenino. (Gráfico 2)

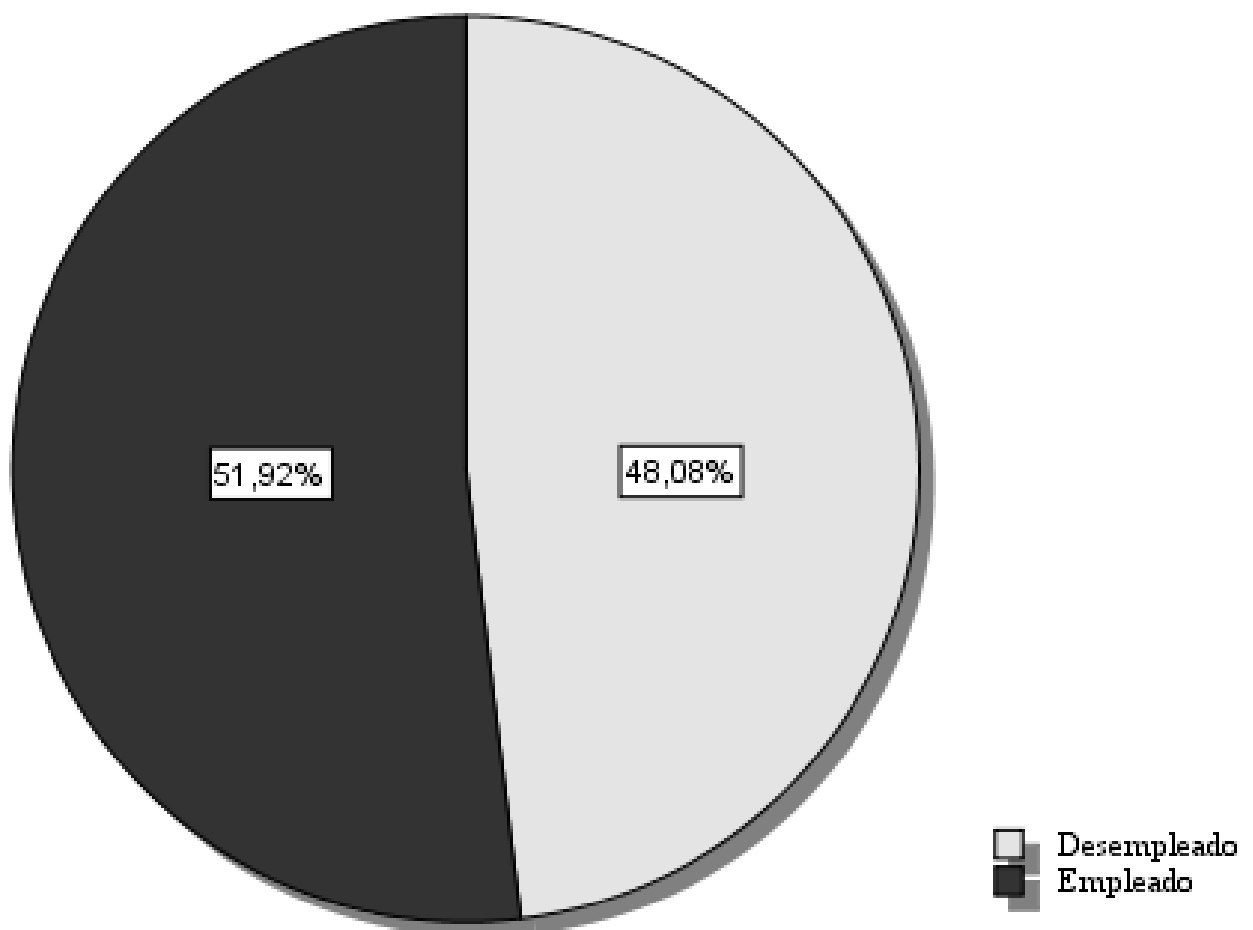
Gráfico 2. Distribución de sexo en la población de diabéticos de la Clínica de Crónicos Metabólicos - C.S. Los Rosales



Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación. (Agosto - Noviembre 2016)

Interesa la ocupación en la investigación por tal motivo fue puesto como una de las variables estudiadas, y se la catalogó como empleo y desempleo. Hay una distribución bastante homogénea en los dos grupos.

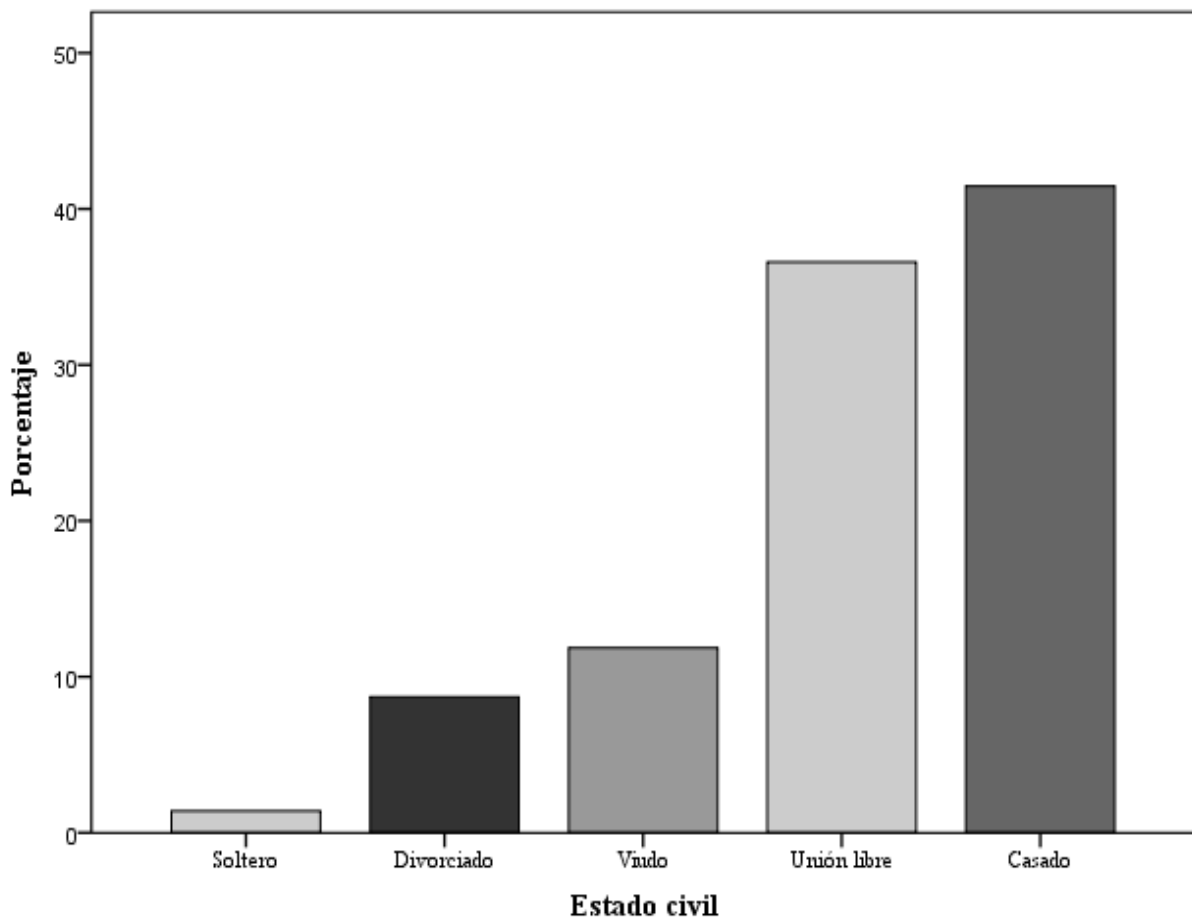
Gráfico 3. Ocupación en los pacientes diabéticos de la Clínica de Crónicos Metabólicos - C.S. Los Rosales



Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (Agosto - Noviembre 2016)

Los pacientes que integraron la investigación en mayor porcentaje son casados y junto con el estado civil: Unión libre, comprenden las dos terceras partes de la muestra y el tercio restante corresponde a divorciados y solteros en menor proporción, como se representa en el gráfico 4.

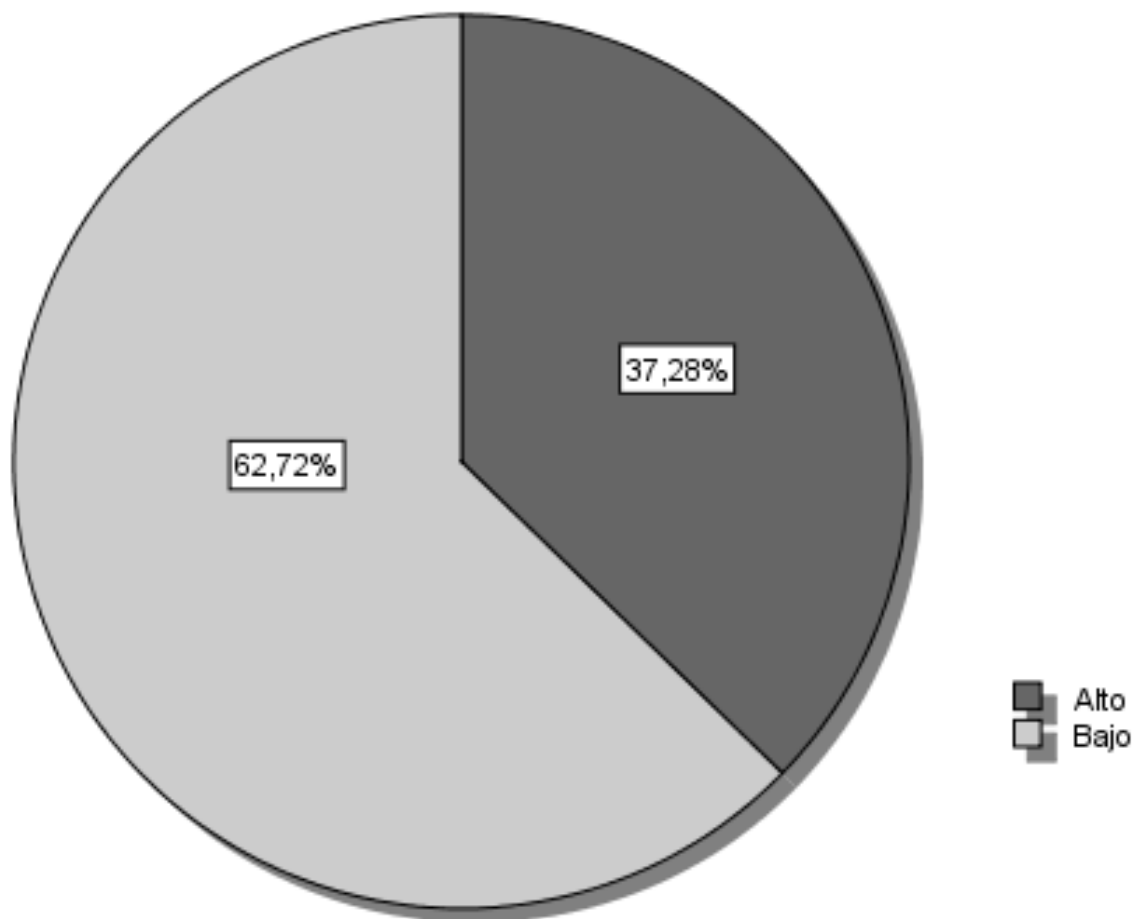
Gráfico 4. Estado civil en la población de pacientes diabéticos de la Clínica de Crónicos Metabólicos - C.S. Los Rosales



Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (Agosto - Noviembre, 2016).

La distribución de los datos de la autoestima demuestra que hay en su mayoría hay baja autoestima en los pacientes estudiados. (Gráfico 5)

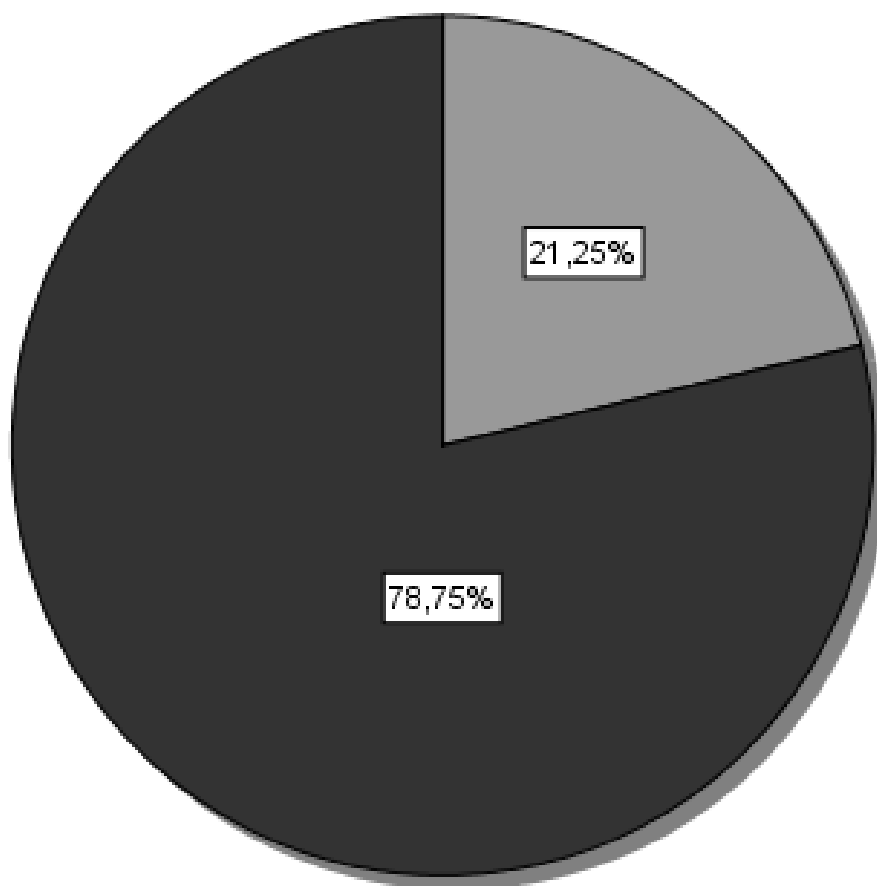
Gráfico 5. Autoestima en pacientes diabéticos de la Clínica de Crónicos Metabólicos - C.S. Los Rosales



Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (Agosto - Noviembre, 2016).

La funcionalidad de las familias de los pacientes estudiados se distribuye en dos terceras partes con disfunción y una tercera parte funcionales, representado en el gráfico 6.

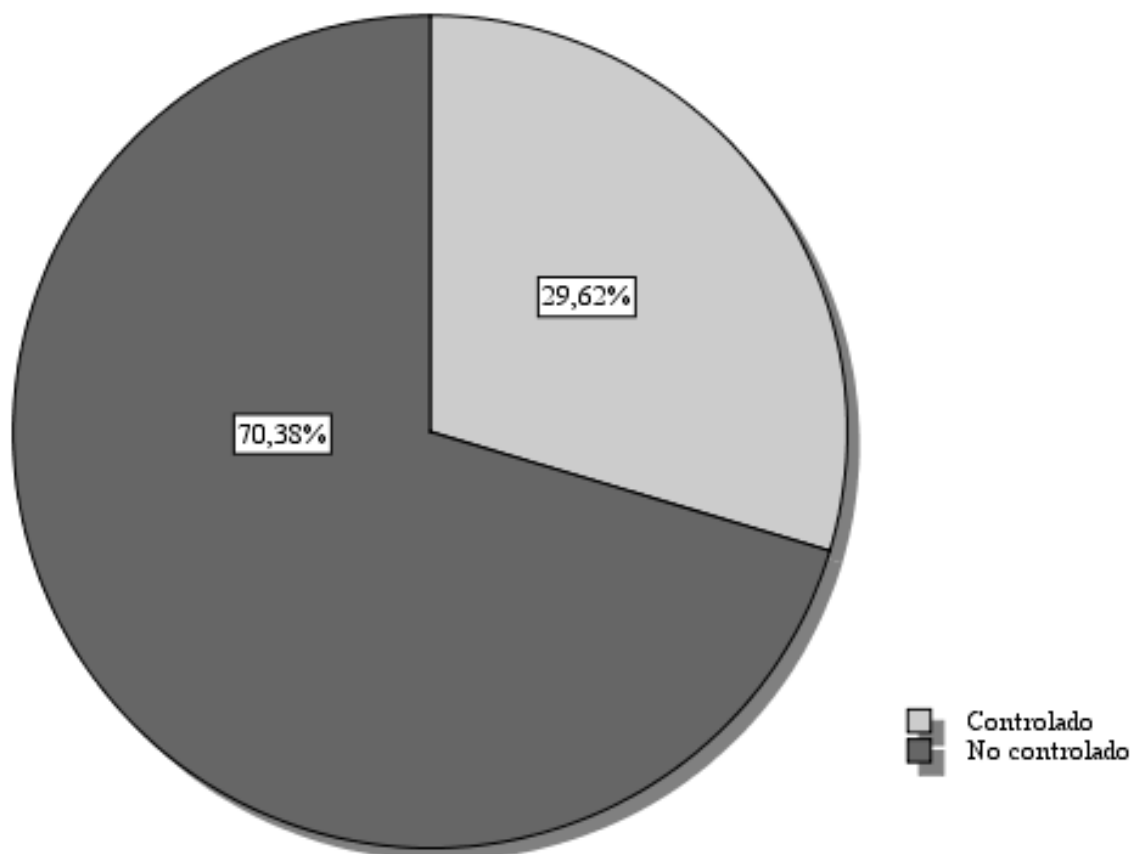
Gráfico 6. Función familiar en pacientes diabéticos de la Clínica Crónicos Metabólicos - C.S. Los Rosales



Fuente: Elaborada por las autoras, en base a la investigación (Agosto - Noviembre, 2016)

Hay aproximadamente tres cuartas partes de pacientes sin control glucémico de la población de diabéticos, lo que llama mucho la atención pues hay una proporción de 3 pacientes no controlados a 1 de los controlados. (Gráfico 7)

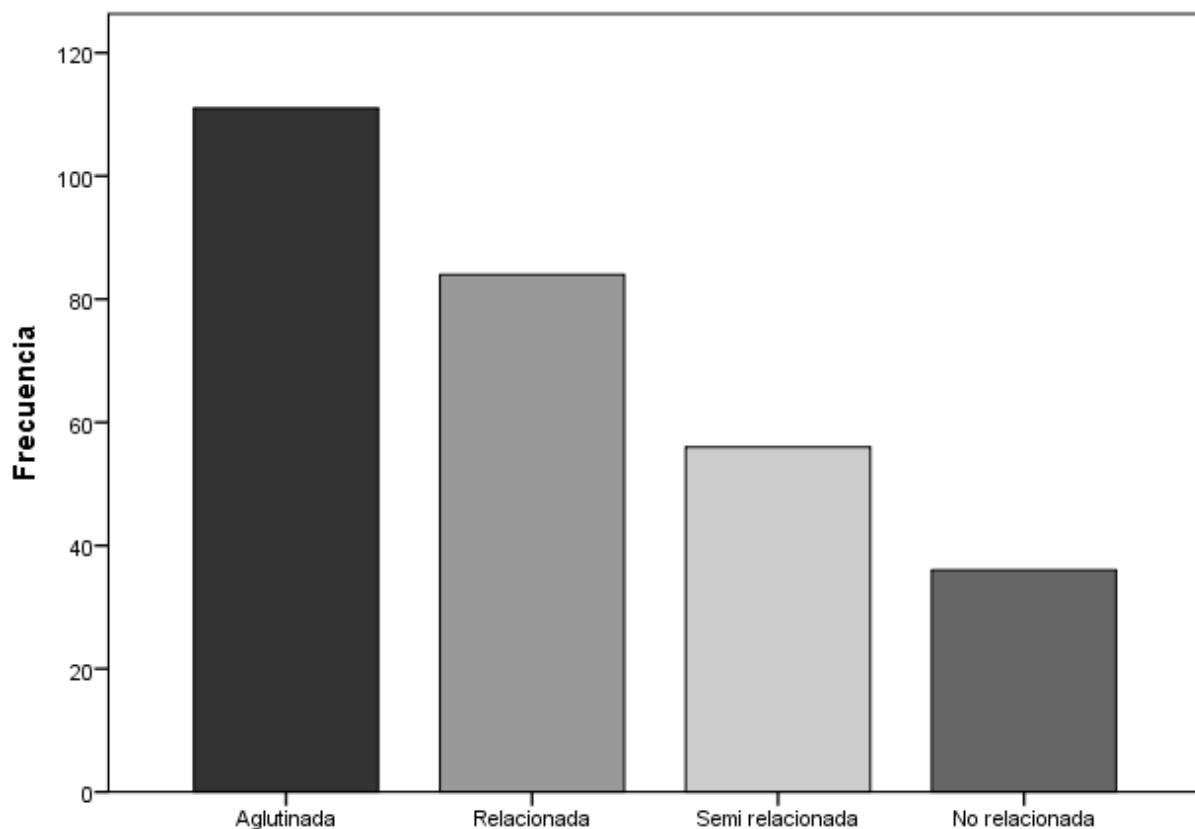
Gráfico 7. Control glucémico en los pacientes diabéticos de la Clínica de Crónicos Metabólicos - C.S. Los Rosales



Fuente: Elaborado por autoras, en base a la investigación (Agosto - Noviembre, 2016)

En el gráfico 8 está representada la frecuencia del tipo de familias en la dimensión cohesión, el mayor porcentaje es para el tipo de familia aglutinada, en el que los miembros que la constituyen están amalgamados y se pierden los límites individuales, que representa una alta cohesión. Un 30 % son familias relacionadas y el 19%, semi-relacionadas. Finalmente, la categoría de familia no relacionada, es el de menor proporción.

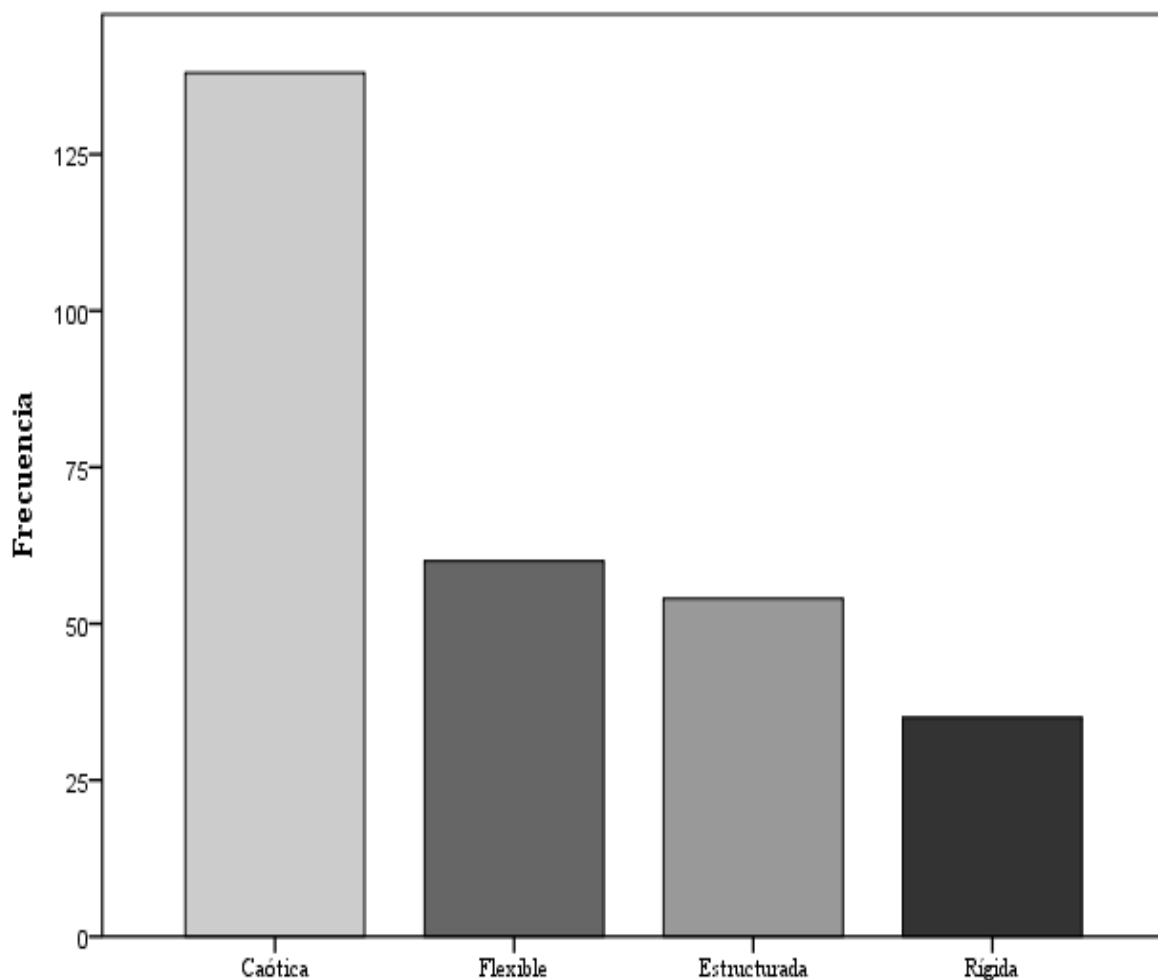
Gráfico 8. Distribución del tipo de familias según cohesión en los pacientes diabéticos de la Clínica de Crónicos Metabólicos – C.S. Los Rosales



Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (Agosto- Noviembre, 2016)

La distribución de familias según la adaptabilidad, se presenta en el gráfico 9, donde hay el mayor porcentaje de familias caóticas en la que la adaptabilidad es muy alta donde el continuo cambio de roles, lleva a pérdida de jerarquía. Una proporción muy similar está entre las familias flexibles y estructuradas. Mientras, las familias rígidas tienen el menor porcentaje.

Gráfico 9. Tipos de familia según adaptabilidad en los pacientes diabéticos tipo 2 de la Clínica de Crónicos Metabólicos - C.S. Los Rosales



Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (Agosto - Noviembre, 2016)

5.2. Análisis bivariado.

La tabla de contingencia de autoestima y control glucémico muestra un OR de 0,71 (IC 95%: 0,415 - 1,214) que indica una leve fuerza de asociación hacia la defensa de que pacientes con baja autoestima y falta de control glucémico adecuado, sin embargo no es estadísticamente significativo por calcularse un valor de p de 0,21 (Chi Cuadrado = 1,57). Sus resultados se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Relación entre autoestima y control glucémico en los pacientes diabéticos de la Clínica de Crónicos Metabólicos – C.S. Los Rosales

		Control glucémico		Total
		No controlado	Controlado	
Autoestima	Bajo	122 (67,8%)	58 (32,2%)	180 (100%)
	Alto	80 (74,8%)	27 (25,2%)	107 (100%)
Total		202 (70,4%)	85 (29,6%)	287 (100%)

Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (Agosto – Noviembre, 2016)

En la tabla 2, se representan los resultados de la relación entre la función familiar y el control glicémico calculándose un valor de OR: 0,898 (IC 95%: 0,479 - 1,682) que significa que no hay asociación entre una familia disfuncional y el inadecuado control glicémico, pero su significancia estadística no es relevante por dar un valor de p de 0,736 (Chi Cuadrado = 0,114).

Tabla 2. Relación entre función familiar y control glucémico en los pacientes diabéticos de la Clínica de Crónicos Metabólicos – C.S. Los Rosales

		Control glucémico		Total
		No controlado	Controlado	
Función familiar	Disfuncional	158 (69,9%)	68 (30,1%)	226 (100%)
	Funcional	44 (72,1%)	17 (27,9%)	61 (100%)
Total		202 (70,4%)	85 (29,6%)	287 (100%)

Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (Agosto – Noviembre, 2016)

La asociación entre autoestima y funcionalidad familiar, se presenta en la tabla 3, obteniéndose en valor de OR de 1,023 (IC 95%: 0,571 - 1,835) que indica que no hay asociación entre la baja autoestima y disfunción familiar, ni tampoco hay significancia estadística con valor de p es de 0,93 (Chi Cuadrado = 0,006).

Tabla 3. Relación entre autoestima y función familiar en los pacientes diabéticos de la Clínica de Crónicos Metabólicos – C.S. Los Rosales

		Función familiar		Total
		Disfuncional	Funcional	
Autoestima	Bajo	142 (78,9%)	38 (21,1%)	180 (100%)
	Alto	84 (78,5%)	23 (21,5%)	107 (100%)
Total		226 (78,7%)	61 (21,3%)	287 (100%)

Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (Agosto – Noviembre, 2016)

En la tabla 4, se revisa que no hay relación entre el grado de disfunción familiar y el control glicémico, pues se obtuvo un OR de 1,025 (IC 95%: 0,575 - 1,825); ni es estadísticamente significativo y su valor de $p = 0,934$ (Chi Cuadrado = 0,007).

Tabla 4. Relación entre grado de disfunción familiar y control glucémico en los pacientes diabéticos de la Clínica de Crónicos Metabólicos – C.S. Los Rosales

		Control glucémico		Total
		No controlado	Controlado	
Grado de disfunción	Disfunción extrema	66 (70,2%)	28 (29,8%)	94 (100%)
	Disfunción media	92 (69,7%)	40 (30,3%)	132 (100%)
Total		158 (69,9%)	68 (30,1%)	226 (100%)

Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (Agosto – Noviembre, 2016)

En la tabla 5, se representa la falta de relación entre la autoestima y el grado de disfunción en la dinámica familiar con un OR de 1,127 (IC 95%: 0,650 a 1,955) y con un valor de p de 0,67 (Chi cuadrado = 0,182)

Tabla 5. Relación entre autoestima y grado de disfunción familiar en los pacientes diabéticos de la Clínica de Crónicos Metabólicos – C.S. Los Rosales

		Grado de disfunción		Total
		Disfunción extrema	Disfunción media	
Autoestima	Bajo	61(42,7%)	82 (57,3%)	143(100%)
	Alto	33 (39,8%)	50 (60,2%)	83 (100%)
Total		94 (41,6%)	132 (58,4%)	226 (100%)

Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (Agosto – Noviembre, 2016)

El sexo femenino es factor de riesgo para tener baja autoestima, con un OR de 1,7 IC 95%: 1,024 - 2,890) siendo estadísticamente significativo por tener un valor de p de 0,039 (Chi Cuadrado = 4, 249) como se representa en la tabla 6.

Tabla 6. Asociación entre sexo y autoestima en los pacientes diabéticos de la Clínica de Crónicos Metabólicos – C.S. Los Rosales

		Autoestima		Total
		Bajo	Alto	
Sexo	Mujer	135 (66,5%)	68 (33,5%)	203 (100%)
	Hombre	45 (53,6%)	39 (46,4%)	84 (100%)
Total		180 (62,7%)	107 (37,3%)	287 (100%)

Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (Agosto – Noviembre, 2016)

Quienes pertenecen al grupo mayores de 61 años tienen 4 veces más riesgo de estar mal controlados en su glicemia que los menores de 61 años obteniéndose un OR de 4,191 (IC 95%: 2,392 - 7,342) y su asociación es estadísticamente significativa por un valor de p = 0,000 (Chi Cuadrado = 26,89) (Tabla 7)

Tabla 7. Relación entre la edad y el control glucémico de los pacientes de la Clínica de Crónicos Metabólicos – C.S. Los Rosales

		Control glucémico		Total
		No controlado	Controlado	
Edad	Mayor de 61 años	120 (84,5%)	22 (15,5%)	142 (100%)
	Menor de 61 años	82 (56,6%)	63 (43,4%)	145 (100%)
Total		202 (70,4%)	85 (29,6%)	287 (100%)

Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (Agosto – Noviembre, 2016)

No tener pareja da mayor riesgo para tener pobre control glucémico con un OR de 2,21 (IC 95%: 1,178 - 4,161) y respaldado por el valor de p= 0,012 (Chi Cuadrado de 6,2) (Tabla 8)

Tabla 8. Relación entre estado civil y control glucémico de los pacientes diabéticos de la Clínica Crónicos Metabólicos-C.S. Los Rosales

		Control glucémico		Total
		No controlado	Controlado	
Estado civil	Sin pareja	65 (81,3%)	15 (18,8%)	80 (100%)
	Con pareja	137 (66,2%)	70 (33,8%)	207 (100%)
Total		202 (70,4%)	85 (29,6%)	287 (100%)

Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (Agosto – Noviembre, 2016)

La tabla 9 presenta la asociación entre no tener empleo como factor de riesgo para presentar mal control glicémico al presentar un OR de 2,82 (IC 95%: 1,648 – 4,838) y es estadísticamente significativo con un valor de $p = 0,001$ (Chi Cuadrado = 14,808)

Tabla 9. Relación entre ocupación y control glicémico en los pacientes diabéticos de la Clínica de Crónicos Metabólicos – C.S. Los Rosales

		Control glucémico		Total
		No controlado	Controlado	
Ocupación	Desempleado	112 (81,2%)	26 (18,8%)	138 (100%)
	Empleado	90 (60,4%)	59 (39,6%)	149 (100%)
Total		202 (70,4%)	85 (29,6%)	287 (100%)

Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (Agosto – Noviembre, 2016)

5.3. Resumen de análisis no paramétrico de las variables del estudio de la muestra de pacientes de la Clínica de Crónicos Metabólicos – C.S. Los Rosales

Asociación	Chi Cuadrado (valor)	p valor	OR (IC 95%)
Autoestima y control glucémico	1,57	0,21	0,71 (0,415 - 1,214)
Función familiar y control glicémico	0,114	0,736	0,898 (0,479 - 1,682)
Autoestima y funcionalidad familiar	0,006	0,93	1,023 (0,571 - 1,835)
Grado de disfunción familiar y control glicémico	0,007	0,934	1,025 (0,575 - 1,825);
Autoestima y grado de disfunción en dinámica familiar.	0,182a	1	1,127 (0,650 a 1,955).
Sexo y autoestima	4, 249	0,039	1,7 (1,024 - 2,890)
Edad y control glicémico	26,89	0,000	4,191 (2,392 - 7,342)
Estado civil y control glucémico	6,2	0,012	2,21 (1,178 - 4,161)
Ocupación y control glicémico	14, 808	0,001	2, 82 (1,648 – 4,838)
Estado civil y grado de disfunción familiar	2,667	0,102	0,600 (0,324 - 1,111)
Ocupación y grado de disfunción familiar	0,62	0,43	1,237 (0,728 - 2,103)
Cohesión y control glicémico	0,143	0,705	0,907 (0,546 - 1,506)
Adaptabilidad y control glicémico	0,217	0,641	0,884 (0,525 – 1,488)
Sexo y control glucémico	0,364	0,547	1,184 (0,68 – 2,05)
Sexo y funcionalidad familiar	1,531	0,216	0,644 (0,320 - 1,297)
Edad y autoestima	0,067	0,796	0,939 (0,582 - 1,515)
Estado civil y dinámica familiar.	0,103	0,748	0,903 (0,484 - 1,684)
Estado civil y autoestima	0,102	0,749	0,917 (0,539 - 1,560)
Ocupación y autoestima	0,710	0,399	1,229 (0,761 - 1,987)
Ocupación y funcionalidad familiar	0,232	0,630	0,870 (0,494 - 1,532)

Capítulo 6:

Discusión

En relación de las variables sociodemográficas, los resultados obtenidos de edad promedio fue de 61 años, con una desviación estándar de $\pm 12,5$ años, y el 70,7 % de los pacientes era de sexo femenino fueron similares a los del estudio de Ariza et al.,2005 realizado en Colombia.

La mayoría de los pacientes (78,7%) manifestó disfunción familiar y aproximadamente un 21,3 %, presentó una buena funcionalidad, similar al estudio colombiano de Ariza et al., 2005.

Determinar si la familia es una influencia en el grado de control de la diabetes tipo 2 a través de la medición de su funcionamiento con la encuesta FACES permitió identificar las diferentes categorías de dinámica familiar a los ojos del entrevistado para conocer su vida familiar, así como estar al tanto de su percepción de la función familiar y clasificar las familias de los pacientes diabéticos asistentes a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales.

En los resultados obtenidos en la investigación realizada, la autoestima está alterada en el sexo femenino, que es el grupo predominante (70,73%), y se contrasta con los estudios como el de Erol y Orth, 2011 donde hay una diferencia mínima entre los sexos y la población estudiada que en su mayoría son adultos jóvenes de 14 a 30 años, mientras la distribución de edad de la población investigada es en su mayoría perteneciente al grupo de los adultos maduros y mayores con una edad promedio de $61 \pm 12,5$ años.

Al establecer el grado de control glucémico teniendo en cuenta el valor de la HBA1C, se encontró que 70,38 % tenían un mal control metabólico y el 29,72 % tienen buen control, como en el estudio en Colombia de Ariza et al., 2005.

El control glicémico tampoco obtuvo resultados alentadores en el estudio al asociarlo tanto a la dinámica familiar o a la autoestima, debido a que son muchos los factores que influyen para alcanzar las metas de control glicémico como tratamiento farmacológico individualizado, toma adecuada, buena adherencia, cambios del estilo de vida, entre otros que se toma en cuenta en el estudio de López Ramón & Ávalos García, 2013 considerando muchas variables, entre ellas la cultura y con ella la dieta rica en carbohidratos.

En la investigación, el tener pareja no tiene relación estadística con el autoestima contrastando con el estudio de Andrews y Brown, 1995, que indica que tener un matrimonio o relación estable promueve el autoestima.

La disminución de la autoestima en la vejez se debe a la pérdida de empleo y por ende de ingresos, descrita en el estudio de Orth, Trzesniewski, & Robins, 2010, que concuerda con los resultados hallados, donde el porcentaje de baja autoestima es del 62, 72 %.

Capítulo 7: Conclusiones

Entre el control glucémico, la autoestima y la dinámica familiar no se encontró asociación en nuestro trabajo, aunque en la bibliografía revisada si hay asociación entre autoestima y control glicémico, como en el estudio de Erol y Orth, 2011 cuya población corresponde adultos jóvenes en edades que oscilan entre 14 y 30 años.

Además para alcanzar las metas de control glicémico son muchas variables que pueden influir y que no se tomaron en cuenta en nuestra investigación pero que deja la puerta abierta para futuros estudios.

Hay mayor disfuncionalidad en nuestro estudio, siendo el grupo dominante, en el de cohesión las familias aglutinadas que son las más presentes y en el de adaptabilidad, las de tipo caótica, también es de importancia que fueron pocos los test que se les realizaron a varios integrantes de la familia, la mayoría fueron contestados por 2 miembros.

La baja autoestima predominó en nuestra población.

Pese a que en los estudios revisados existe asociación entre la disfunción familiar y el mal control glucémico, en nuestro estudio esto no fue un factor determinante, sin obtener una asociación entre los mismos.

La autoestima está determinada en gran parte por la familia, e influye mucho la funcionalidad, pero en nuestro estudio a pesar de tener un porcentaje alto de disfuncionalidad, no guarda relación la misma con la baja autoestima.

Los niveles de hemoglobina glicosilada están descontrolados, por cada diabético controlado existen 3 no controlados, y en relación a los estudios encontrados existe la misma asociación que entre más edad (mayores de 61

años) hay mayor probabilidad de tener mal control glucémico, como se observa en nuestro estudio.

Probablemente por ser el sexo de mayor predominio en nuestra muestra, se encontró que ser mujer es un factor de riesgo para tener una baja autoestima, discrepando con los estudios que refieren que a más edad en ambos sexos es igual.

Además se obtuvo una vinculación entre no tener pareja para tener un mal control glucémico, dato que no se evidencio en los estudios, también hubo relación entre no tener empleo como factor de riesgo para un mal control glucémico, dato que si se encontró en los estudios.

La escala de Rosenberg utilizada para la valoración del autoestima validada internacionalmente, fue de fácil y rápida aplicación, solo hubo una pregunta en donde hubo un poco de problema entenderla, sin embargo nos aportó una prevalencia alta de baja autoestima en la población adulta mayor.

La Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES) III, tuvo cierta dificultad al ser llenada, puesto que habían preguntas que tuvieron que ser aclaradas, pero al ser explicadas no se obtuvieron más dificultades. Es una escala rápida de realizar, pudimos haber utilizado la escala de FACES IV pero es más compleja y no tan rápida de elaborar. De todas formas se pudo discriminar los diferentes grupos familiares que se encontraron, con elevada disfuncionalidad.

De los 303 pacientes, el total de pacientes diabéticos de la Clínica de Crónico Metabólicos del centro de Salud, solo se pudo obtener los datos completos de 287 pacientes, encontrándonos con pacientes que no quisieron participar, que no aceptaron realizarse los exámenes, aquellos que consideraron que las escalas eran muy tediosas, y otros a los que no les intereso formar parte del estudio.

Capítulo 8: Recomendaciones.

- En nuestra provincia, aun no existen datos estadísticos, y se debe continuar investigando todos los factores que impactan sobre el control glicémico y que ayudan o entorpecen, para alcanzar las metas de control glucémico.
- Dado que nuestro estudio no obtuvo los resultados esperados, sugerimos realizar investigaciones de las otras variables que pueden interferir para alcanzar las metas de control glucémico.
- Mantener estudios sobre la familia y todos los aspectos que influyen en su funcionamiento y estructura
- , serán importantes para entender y poder mejorar el tratamiento de las enfermedades crónicas que generan crisis no normativas y requieren el cambio de roles y límites para un adecuado apoyo al paciente.
- La autoestima en los adultos mayores requieren además, especial atención pues la mayoría de estudios se han centrado en edades jóvenes.
- Se debe trabajar con nuestros pacientes, en especial los adultos mayores, para reforzar su autoestima con grupos de apoyo y mejorando sus redes de soporte.
- En las familias, fomentar la dinámica que permita mantener su funcionalidad, movilizarse en las crisis y no quedarse estancados, ser un apoyo para su familiar, y así, garantizar un control adecuado de la enfermedad que lo aqueje.
- Invitamos a nuestros colegas médicos de familia y demás servicios de Medicina, a mirar la autoestima en toda su amplitud, pues creemos que ya formada y está estancada en el paciente adulto mayor, cuando nos hemos dado cuenta con este estudio que es transformable y puede llegar a cambiar, y apoyándonos en los estudios revisados influye en el control de las enfermedades, además de

preocuparnos por el entorno familiar base importante para poder garantizar el cumplimiento de las metas terapéuticas propuestas.

- A los médicos familiares, tenemos el reto de modificar y ayudar a cambiar esta disfuncionalidad familiar que tan altamente se manifiesta en este estudio, también intervenir en la autoestima que aunque no se concluye como factor de riesgo en nuestro estudio, puede estar presente en los pacientes con mal control glucémico y no permitirle mantener un control adecuado.

Bibliografía.

- Alemán, J. (2010). Capítulo 4 - Modelo Circumplejo de Olson, 1–2. Retrieved from [dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/572/5/Capitulo 4.pdf](https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/572/5/Capitulo%204.pdf)
- Ariza, E., Camacho, N., Londoño, E., Niño, C., Sequeda, C., Solano, C., & Borda, M. (2005). Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2, *21*, 28–40.
- Augusto, C. C. V. C. de, Araújo, B. R., Rodrigues, V. M. C. P., & Figueiredo, M. do C. A. B. de. (2014). Adaptation and validation of the Inventory of Family Protective Factors for the Portuguese culture. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *22*(6), 1001–1008. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3315.2509>
- Bailey, R. A., Pfeifer, M., Shillington, A. C., Harshaw, Q., Funnell, M. M., Vanwingen, J., & Col, N. (2016). Effect of a patient decision aid (PDA) for type 2 diabetes on knowledge, decisional self-efficacy, and decisional conflict. *BMC Health Services Research*, 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1262-4>
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., Vohs, K. D., Solomon, L. J., Rothblum, E. D., ... Fend, H. a. (2013). Mindfulness and Self-esteem: A Systematic Review. *Personality and Individual Differences*, *35*(2), 213–240. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0407-6>
- Beavers, R., & Hampson, R. B. (2000). The Beavers Systems Model of Family Functioning. *Journal of Family Therapy*, *22*(2), 128–143. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00143>
- Brown, J. D., & Marshall, M. a. (2006). The three faces of self-esteem. Self-Esteem Issues and Answers: A Sourcebook of Current Perspectives. *Self-Esteem: Issues and Answers*, (206), 4–9.
- Crowell, J. L., & Mobley, J. a. (2011). What Comes Next? Using the Circumplex Model to Assess and Select a Group Intervention, (October).
- Dai, L., & Wang, L. (2015). Review of Family Functioning. *Open Journal of Social Sciences*, *3*(3), 134–141. <https://doi.org/10.4236/jss.2015.312014>
- Delvecchio, E. (2014). The family assessment measure III (FAM III) in an Italian sample The Family Assessment Measure III (FAM III) in an Italian sample, (December). Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/262116337%0AThe>
- Epstein, N. B., B. L. M. . B. D. . (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*.
- Erol, R. Y., & Orth, U. (2011). Self-esteem development from age 14 to 30 years: a longitudinal study. *J Pers Soc Psychol*, *101*(3), 607–619. <https://doi.org/10.1037/a0024299>
- Escala de Rosenberg. (1973), 1973–1974.
- Everri, M., Mancini, T., & Fruggeri, L. (2016). The Role of Rigidity in Adaptive and Maladaptive Families Assessed by FACES IV: The Points of View of Adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, (June). <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0460-3>
- Fernández Clotilde, Sobrino Ana, P. B. (n.d.). Relación y comunicación familia-paciente-médico.
- Fogarty, C. T. (2009). *Evaluating and Treating Families. The Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry* (Vol. 11). <https://doi.org/10.4088/PCC.08bk00770>
- Galanou, C., Galanakis, M., Alexopoulos, E., & Darviri, C. (2014). Rosenberg Self-

- Esteem Scale Greek Validation on Student Sample. *Psychology*, 5(8), 819–827.
<https://doi.org/10.4236/psych.2014.58093>
- Gongora, V., & Casullo, M. M. (2009). Validación de la escala de autoestima de Rosenberg en población general y en población clínica de la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico Y Evaluación Psicológica*, 1, 179–194.
- Hosogi, M., Okada, A., Fujii, C., Noguchi, K., & Watanabe, K. (2012). Importance and usefulness of evaluating self-esteem in children. *BioPsychoSocial Medicine*, 6(1), 9. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-6-9>
- Ismail-beigi, F., & Ph, D. (2012). Glycemic Management of Type 2 Diabetes Mellitus. *New England Journal*, 1319–1327. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1013127>
- Jessor, R., Turbin, M. S., & Costa, F. M. (2010). Predicting developmental change in healthy eating and regular exercise among adolescents in China and the United States: The role of psychosocial and behavioral protection and risk. *Journal of Research on Adolescence*, 20(3), 707–725. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00656.x>
- Johnston-Brooks, C. H., Lewis, M. a, & Garg, S. (2002). Self-efficacy impacts self-care and HbA1c in young adults with Type I diabetes. *Psychosomatic Medicine*, 64, 43–51. <https://doi.org/10.1097/00006842-200201000-00007>
- Keçiçi, L. L. M. D. (2016). The concept of the family and its function, 2(2), 150–154. Retrieved from www.iipccel.org
- Knecht, M. C., Keinänen-Kiukaanniemi, S. M., Knuuttila, M. L., & Syrjälä, a M. (2001). Self-esteem as a characteristic of adherence to diabetes and dental self-care regimens. *Journal of Clinical Periodontology*, 28(2), 175–80. <https://doi.org/10.1034/j.1600-051x.2001.028002175.x>
- Kouneski, E. F. (2000). Family assessment and the Circumplex Model: new research developments and applications. *University of Minnesota*.
- López Ramón, C., & Ávalos García, M. I. (2013). Diabetes mellitus hacia una perspectiva social. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(2), 331–345. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000200013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Méndez, D., Gómez, V., García, M., Pérez, J., & Navarrete, A. (2004). Disfunción familiar y control de pacientes diabéticos tipo 2. *Revista Medica Del IMSS*, 42(4), 1–5.
- Mojica, C. C. L. (2015). FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN HOSPITAL ISSS SONSONATE. *Universidad de El Salvador*, 1, 1–18. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Mora, A. R., & Kang, S. (2016). Dimensions of Self-Esteem Questionnaire, (1967). <https://doi.org/10.1111/j.1467>
- Olson, D. H., & Ph, D. (1999). Circumplex Model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 61, 557–573.
- Orth, U., Trzesniewski, K. H., & Robins, R. W. (2010). Self-esteem development from young adulthood to old age: a cohort-sequential longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(4), 645–658. <https://doi.org/10.1037/a0018769>
- Ponce Rosas, E. R., Gómez Clavelina, F. J., Terán Trillo, M., Irigoyen Coria, A. E., & Landgrave Ibáñez, S. (2003). Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Atención Primaria*, 31(10), 624–630. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)76319-7](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)76319-7)

- Rojas-Barahona, Cristian A; Zegers, Beatriz y Förster, C. E. . (2009). La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista Médica de Chile*, 791–800.
- Rustveld, L. O., Pavlik, V. N., Jibaja-Weiss, M. L., Kline, K. N., Travis Gossey, J., & Volk, R. J. (2009). Adherence to diabetes self-care behaviors in English- and Spanish-speaking Hispanic men. *Patient Preference and Adherence*, 3(November), 123–130. <https://doi.org/10.2147/PPA.S5383>
- Sheet., S. B. F. (2002). Understanding Families: Family Dynamics, 1–4.
- Tafarodi, R. W., & Swann, W. B. (2001). Two-dimensional self-esteem: Theory and measurement. *Personality and Individual Differences*, 31(5), 653–673. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00169-0](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00169-0)
- Weinger, K., Beverly, E. A., & Smaldone, A. (2014). Diabetes Self-Care and the Older Adult. *Western Journal of Nursing Research*, 36(9), 1272–1298. <https://doi.org/10.1177/0193945914521696>
- Weinger, K., Butler, H. A., Welch, G. W., & La Greca, A. M. (2005). Measuring diabetes self-care: A psychometric analysis of the Self-Care Inventory-revised with adults. *Diabetes Care*, 28(6), 1346–1352. <https://doi.org/10.2337/diacare.28.6.1346>
- William T. Cefalu, M. (2016). Standards of Medical care in diabetes 2016. *Diabetes Care*, 39(Supplement 1), S1–S2. <https://doi.org/10.2337/dc16-S001>
- Zdanowicz, N., Lepiece, B., Tordeurs, D., Jacques, D., Janne, P., & Reynaert, C. (2011). Families and health interactions. *Psychiatria Danubina*, 23(3), 270–274.

ANEXOS.

Operacionalización de variables.

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo	Escala	Indicador
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Años cumplidos hasta la fecha actual Adulto Medio 35 a 55 años Adulto Maduro 55 años a 65 años Adulto Mayor de 65 años	Cuantitativa continua	Años.	Años Medidas de tendencia central Representado en box plot
Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras	Mujer: Es el ser humano femenino o hembra. Mujer también remite a distinciones de género de carácter cultural y social que se le atribuyen así como a las diferencias sexuales y biológicas de la hembra en la especie humana frente al macho. Cuenta con aspectos físicos que la diferencian del varón de la especie como voz más aguda, cintura más estrecha, cadera más ancha y pelvis más amplia, menos vello corporal, menos masa muscular y más tejido adiposo, mamas más grandes y estrechas y menor estatura comparada con el varón. Hombre: designa biológicamente al macho humano Se entiende por hombre a todo ser humano de sexo masculino, en oposición a aquellos de sexo femenino clasificados bajo el término mujer. Dentro de la categoría hombre pueden contarse las de niño, adolescente y adulto	Cualitativa nominal	Hombre Mujer	Porcentaje. Representado en gráfica de pastel.
Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles, sobre todo en lo que hace relación a su condición de soltería, matrimonio, viudez, etcétera	Soltero: Que no está unido a una pareja Unión Libre: Una pareja de hecho, emparejamiento de hecho Casado : Persona que ha contraído matrimonio Divorciado: Separación o división	Cualitativa nominal	Soltero. Casado. Divorciado. Viudo. Unión estable.	Porcentaje. Representado en histograma.

		parental Viudo: Haber perdido al conyugue por fallecimiento			
Ocupación	Hace referencia a lo que la referencia se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo, y por ello se habla de ocupación de tiempo parcial o completo, lo que le resta tiempo para otras ocupaciones.	Empleado: persona que desempeña un destino o un empleo. Subempleado: persona en un cargo o puesto inferior al que su capacidad le permitiría desempeñar. Desempleado: que se halla en un paro forzoso.	Cualitativa nominal	Empleado. Subempleado Desempleado	Porcentaje. Representado en gráfica de barras.
Control glicémico	Determinación del objetivo óptimo de HbA1C con criterios de estratificación según ADA 2016	Según del ADA 2016: A1C menor o igual de 6,5 para pacientes sin comorbilidades, sin daño de órgano blanco, antecedentes de hipoglucemia y buen pronóstico de vida A1C menor de 8 para pacientes que a pesar de tratamiento no mejoren los valores metabólicos, pacientes con hipoglicemias, con comorbilidades o pronóstico de vida reducido	Cuantitativa nominal	Buen control (< 7,5%) Mal control (> 7,5%)	Porcentaje Representado con gráfica pastel
Dinámica familiar	Límites emocionales y grado de autonomía que cada uno de los miembros experimenta dentro de su sistema familiar	Funcionales: Familias conectadas y separadas (cohesión) Familias estructuradas y flexibles (adaptabilidad) Disfuncionales Familias desvinculadas y amalgamadas (cohesión) Familias rígidas y caóticas (adaptabilidad)	Cualitativa nominal	Familias funcionales. Familias disfuncionales.	Porcentaje Representado en gráfica radial
Autoestima	Percepción evaluativa de uno mismo		Cualitativa nominal	Alta Baja	Porcentaje Representado en pastel

Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación. (Agosto-Noviembre, 2016)

RESULTADOS SIN SIGNIFICANCIA ESTADISTICA QUE SE OBTUVIERON EN EL ESTUDIO.

1. Pruebas de Chi-cuadrado autoestima y control glucémico

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Sig.
Chi-cuadrado de Pearson	1,572 ^a	1	,210		
Corrección de continuidad	1,255	1	,263		
Razón de verosimilitud	1,594	1	,207		
Prueba exacta de Fisher				,231	
Asociación lineal por lineal	1,567	1	,211		
N de casos válidos	287				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 31,69 b. Sólo se ha calculado para una tabla

1.1 Estimación de riesgo para autoestima y control glucémico

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Autoestima (Bajo / Alto)	,710	,415	1,214
Para cohorte Control glucémico = No controlado	,907	,781	1,052
Para cohorte Control glucémico = Controlado	1,277	,865	1,884
N de casos válidos	287		

2. Pruebas de Chi-cuadrado para función familiar y control glicémico

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,114 ^a	1	,736		
Corrección de continuidad	,032	1	,858		
Razón de verosimilitud	,115	1	,735		
Prueba exacta de Fisher				,875	,434
Asociación lineal por lineal	,113	1	,737		
N de casos válidos	287				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 18,07 b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2.

2.1 Estimación de riesgo para funcionalidad familiar y control glucémico

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Función familiar (Disfuncional / Funcional)	,898	,479	1,682
Para cohorte Control glucémico = No controlado	,969	,811	1,158
Para cohorte Control glucémico = Controlado	1,080	,688	1,693
N de casos válidos	287		

3. Pruebas de Chi-cuadrado para autoestima y funcionalidad familiar

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,006 ^a	1	,939		
Corrección de continuidad	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,006	1	,939		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,526
Asociación lineal por lineal	,006	1	,939		
N de casos válidos	287				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 22,74 b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2.

3.1 Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Autoestima (Bajo / Alto)	1,023	,571	1,835
Para cohorte Función familiar = Disfuncional	1,005	,887	1,138
Para cohorte Función familiar = Funcional	,982	,620	1,555
N de casos válidos	287		

4. Pruebas de Chi-cuadrado para disfunción familiar y control glucémico

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,007 ^a	1	,934		
Corrección de continuidad	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,007	1	,934		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,527
Asociación lineal por lineal	,007	1	,934		
N de casos válidos	226				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 28,28.

4.1 Estimación de riesgo para grado de disfunción familiar y control glucémico

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Grado de disfunción (Disfunción extrema / Disfunción media)	1,025	,575	1,825
Para cohorte Control glucémico = No controlado	1,007	,847	1,198
Para cohorte Control glucémico = Controlado	,983	,656	1,472
N de casos válidos	226		

5. Pruebas de Chi-cuadrado para autoestima y grado de disfunción familiar

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,182 ^a	1	,670		
Corrección de continuidad	,082	1	,775		
Razón de verosimilitud	,182	1	,670		
Prueba exacta de Fisher				,678	,388
Asociación lineal por lineal	,181	1	,671		
N de casos válidos	226				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 34,52. b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

5.1 Estimación de riesgo para autoestima y grado de disfunción familiar

	Intervalo de confianza de 95 %		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de ventajas para Autoestima (Bajo / Alto)	1,127	,650	1,955
Para cohorte Grado de disfunción = Disfunción media	1,073	,774	1,486
Para cohorte Grado de disfunción = Disfunción severa	,952	,760	1,192
N de casos válidos	226		

6. Pruebas de Chi-cuadrado para la relación sexo y autoestima

	Valor	Gl	Significación	Significación	Significación
			asintótica (bilateral)	exacta (bilateral)	exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,249 ^a	1	,039		
Corrección de continuidad	3,714	1	,054		
Razón de verosimilitud	4,189	1	,041		
Prueba exacta de Fisher				,045	,028
Asociación lineal por lineal	4,234	1	,040		
N de casos válidos	287				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 31,32. b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

6.1 Estimación de riesgo entre sexo y autoestima.

	Intervalo de confianza de 95 %		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de ventajas para Sexo (Mujer / Hombre)	1,721	1,024	2,890
Para cohorte Autoestima = Bajo	1,241	,995	1,550
Para cohorte Autoestima = Alto	,721	,534	,974
N de casos válidos	287		

7. Pruebas de Chi-cuadrado para edad y control glicémico.

	Valor	gl	Significación	Significación	Significación
			asintótica (bilateral)	exacta (bilateral)	exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	26,897 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad	25,572	1	,000		
Razón de verosimilitud	27,785	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	26,803	1	,000		
N de casos válidos	287				

7.1 Estimación de riesgo para edad y control glicémico.

	Intervalo de confianza de 95 %		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de ventajas para Edad (Mayor de 61 años / Menor de 61 años)	4,191	2,392	7,342
Para cohorte Control glucémico = No controlado	1,494	1,275	1,752
Para cohorte Control glucémico = Controlado	,357	,233	,546
N de casos válidos	287		

8. Pruebas de Chi-cuadrado para estado civil y control glicémico.

	Valor	gl	Significación	Significación	Significación
			asintótica (bilateral)	exacta (bilateral)	exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,283 ^a	1	,012		
Corrección de continuidad ^b	5,581	1	,018		
Razón de verosimilitud	6,658	1	,010		
Prueba exacta de Fisher				,014	,008
Asociación lineal por lineal	6,261	1	,012		
N de casos válidos	287				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 23,69. b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

8.1 Estimación de riesgo para estado civil y control glicémico

	Intervalo de confianza de 95 %		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de ventajas para Estado civil (Sin pareja / Con pareja)	2,214	1,178	4,161
Para cohorte Control glucémico = No controlado	1,228	1,064	1,417
Para cohorte Control glucémico = Controlado	,554	,338	,909
N de casos válidos	287		

9. Pruebas de Chi-cuadrado para ocupación y control glicémico

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,808 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	13,829	1	,000		
Razón de verosimilitud	15,134	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	14,756	1	,000		
N de casos válidos	287				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 40,87. b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

9.1. Estimación de riesgo para ocupación y control glicémico

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Ocupación (Desempleado / Empleado)	2,824	1,648	4,838
Para cohorte Control glucémico = No controlado	1,344	1,153	1,566
Para cohorte Control glucémico = Controlado	,476	,319	,709
N de casos válidos	287		

Tabla 10. Relación entre estado civil y control glucémico en los pacientes diabéticos de la Clínica de Crónicos Metabólicos – C.S. Los Rosales.

	Control glucémico		Total
	No controlado	Controlado	
Estado civil			
Sin pareja	65	15	80
Con pareja	137	70	207
Total	202	85	287

10. Pruebas de Chi-cuadrado para estado civil y grado de disfunción familiar.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,667 ^a	1	,102		
Corrección de continuidad ^b	2,194	1	,139		
Razón de verosimilitud	2,714	1	,099		
Prueba exacta de Fisher				,128	,068
Asociación lineal por lineal	2,655	1	,103		
N de casos válidos	226				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 25,37. b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

10.1. Estimación de riesgo para estado civil y grado de disfunción

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Estado civil (Sin pareja / Con pareja)	,600	,324	1,111
Para cohorte Grado de disfunción = Disfunción media	,731	,491	1,088
Para cohorte Grado de disfunción = Disfunción severa	1,219	,975	1,523
N de casos válidos	226		

Tabla 11. Relación entre ocupación y control glucémico en los pacientes diabéticos de la Clínica de Crónicos Metabólicos – C.S. Los Rosales.

		Control glucémico		Total
		No controlado	Controlado	
Ocupación	Desempleado	112	26	138
	Empleado	90	59	149
Total		202	85	287

11. Pruebas de Chi-cuadrado para ocupación y grado de disfunción familiar

	Valor	gl	Significación		
			asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,620 ^a	1	,431		
Corrección de continuidad ^b	,425	1	,514		
Razón de verosimilitud	,620	1	,431		
Prueba exacta de Fisher				,499	,257
Asociación lineal por lineal	,617	1	,432		
N de casos válidos	226				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 44,09. b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

11.1. Estimación de riesgo para ocupación y grado de disfunción familiar

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Ocupación (Desempleado / Empleado)	1,237	,728	2,103
Para cohorte Grado de disfunción = Disfunción media	1,132	,832	1,541
Para cohorte Grado de disfunción = Disfunción severa	,915	,732	1,143
N de casos válidos	226		

Tabla 12. Relación entre cohesión y control glucémico en los pacientes diabéticos de la Clínica de Crónicos Metabólicos – C.S. Los Rosales.

		Control glucémico		Total
		No controlado	Controlado	
Cohesión	Extremas	102	45	147
	Medias	100	40	140
Total		202	85	287

12. Pruebas de Chi-cuadrado para cohesión y control glicémico

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,143 ^a	1	,705		
Corrección de continuidad ^b	,062	1	,803		
Razón de verosimilitud	,143	1	,705		
Prueba exacta de Fisher				,796	,402
Asociación lineal por lineal	,143	1	,706		
N de casos válidos	287				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 41,46. b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

12.1 Estimación de riesgo para cohesión y control glicémico

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Cohesión (Extremas / Medias)	,907	,546	1,506
Para cohorte Control glucémico = No controlado	,971	,836	1,129
Para cohorte Control glucémico = Controlado	1,071	,749	1,532
N de casos válidos	287		

Tabla 13. Relación entre adaptabilidad y control glucémico en los pacientes diabéticos de la Clínica de Crónicos Metabólicos – C.S. Los Rosales.

		Control glucémico		Total
		No controlado	Controlado	
Adaptabilidad	Extrema	120	53	173
	Media	82	32	114
Total		202	85	287

Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (Agosto – Noviembre, 2016)

13. Pruebas de Chi-cuadrado para adaptabilidad y control glicémico

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,217 ^a	1	,641		
Corrección de continuidad ^b	,111	1	,739		
Razón de verosimilitud	,218	1	,641		
Prueba exacta de Fisher				,693	,371
Asociación lineal por lineal	,216	1	,642		
N de casos válidos	287				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 33,76. b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

13.1. Estimación de riesgo para adaptabilidad y control glicémico

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Adaptabilidad (Extrema / Media)	,884	,525	1,488
Para cohorte Control glucémico = No controlado	,964	,829	1,122
Para cohorte Control glucémico = Controlado	1,091	,754	1,579
N de casos válidos	287		

*Tabla 14. Relación entre sexo y control glucémico en pacientes diabéticos de
Clínica de Crónicos Metabólicos - C.S. Los Rosales*

		Control glucémico		Total
		No controlado	Controlado	
Sexo	Mujer	145 _a	58 _a	203
	Hombre	57 _a	27 _a	84
	Total	202	85	287

Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (Agosto – Septiembre, 2016)

14. Pruebas de Chi-cuadrado para sexo y control glucémico

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,364 ^a	1	,547		
Corrección de continuidad ^b	,212	1	,645		
Razón de verosimilitud	,360	1	,548		
Prueba exacta de Fisher				,571	,320
Asociación lineal por lineal	,362	1	,547		
N de casos válidos	287				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 24,88. b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

14.1 Estimación de riesgo para sexo y control glucémico

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Sexo (Mujer / Hombre)	1,184	,683	2,052
Para cohorte Control glucémico = No controlado	1,053	,887	1,249
Para cohorte Control glucémico = Controlado	,889	,608	1,299
N de casos válidos	287		

Tabla 15. Relación de Función familiar y sexo en los pacientes diabéticos de la Clínica de Crónicos Metabólicos – C.S. Los Rosales

Sexo		Función familiar		Total
		Disfuncional	Funcional	
Mujer		156	47	203
	Hombre	70	14	84
Total		226	61	287

Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (Agosto – Noviembre, 2016)

15. Pruebas de Chi-cuadrado para sexo y funcionalidad familiar.

	Valor	gl	Significación		
			asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson		1,531 ^a	1	,216	
Corrección de continuidad		1,138	1	,286	
Razón de verosimilitud		1,572	1	,210	
Prueba exacta de Fisher					,237 ,143
Asociación lineal por lineal		1,524	1	,217	
N de casos válidos		194			

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 17,63. b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

15.1 Estimación de riesgo para sexo y funcionalidad familiar

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Sexo (Mujer / Hombre)	,644	,320	1,297
Para cohorte Funcionalidad = Funcionalidad media	,880	,728	1,065
Para cohorte Funcionalidad = Funcional	1,367	,819	2,282
N de casos válidos	194		

Tabla 13. Asociación entre edad y funcionalidad de las familias de los pacientes diabéticos de la Clínica de Crónicos Metabólicos – C.S. Los Rosales

Edad	Funcionalidad familiar		Total
	Disfuncional	Funcional	
Mayor de 61 años	110	32	142
Menor de 61 años	116	29	145
Total	226	61	287

Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (Agosto – Noviembre, 2016)

16. Pruebas de Chi-cuadrado para edad y funcionalidad familiar

	Valor	gl	Significación	
			asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral) Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,264 ^a	1	,261	
Corrección de continuidad ^b	,939	1	,333	
Razón de verosimilitud	1,265	1	,261	
Prueba exacta de Fisher				,280 ,166
Asociación lineal por lineal	1,258	1	,262	
N de casos válidos	194			

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 29,38. b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

16.1 Estimación de riesgo para edad y funcionalidad familiar

	Intervalo de confianza de 95 %		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de ventajas para Edad (Mayor de 61 años / Menor de 61 años)	,705	,382	1,299
Para cohorte Funcionalidad = Funcionalidad media	,897	,742	1,085
Para cohorte Funcionalidad = Funcional	1,274	,834	1,946
N de casos válidos	194		

Tabla 17. Asociación entre la edad y autoestima en los pacientes de la Clínica de Crónicos Metabólicos – C.S. Los Rosales.

		Autoestima		Total
		Bajo	Alto	
Edad	Mayor de 61 años	88	54	142
	Menor de 61 años	92	53	145
Total		180	107	287

Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (Agosto – Noviembre, 2016)

17. Pruebas de Chi-cuadrado para edad y autoestima

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,067 ^a	1	,796		
Corrección de continuidad ^b	,019	1	,891		
Razón de verosimilitud	,067	1	,796		
Prueba exacta de Fisher				,808	,446
Asociación lineal por lineal	,067	1	,796		
N de casos válidos	287				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 52,94. b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

17.1 Estimación de riesgo para edad y autoestima

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Edad (Mayor de 61 años / Menor de 61 años)	,939	,582	1,515
Para cohorte Autoestima = Bajo	,977	,817	1,168
Para cohorte Autoestima = Alto	1,040	,771	1,405
N de casos válidos	287		

Tabla 18. Relación entre estado civil y dinámica en las familias de los pacientes de la Clínica de Crónicos Metabólicos – C.S. Los Rosales

Estado civil		Función familiar		Total
		Disfuncional	Funcional	
Sin pareja		62	18	80
	Con pareja	164	43	207
Total		226	61	287

Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (Agosto – Noviembre, 2016)

18. Pruebas de Chi-cuadrado para estado civil y funcionalidad familiar

	Valor	gl	Significación	
			asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral) Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,103 ^a	1	,748	
Corrección de continuidad ^b	,026	1	,873	
Razón de verosimilitud	,102	1	,749	
Prueba exacta de Fisher				,750 ,431
Asociación lineal por lineal	,102	1	,749	
N de casos válidos	287			

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 17,00. b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

18.1 Estimación de riesgo para estado civil y funcionalidad familiar

	Intervalo de confianza de 95 %		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de ventajas para Estado civil (Sin pareja / Con pareja)	,903	,484	1,684
Para cohorte Función familiar = Disfuncional	,978	,853	1,122
Para cohorte Función familiar = Funcional	1,083	,666	1,761
N de casos válidos	287		

Tabla 19. Asociación entre el estado civil y autoestima de los pacientes diabéticos de la Clínica de Crónicos Metabólicos – C.S. Los Rosales

		Autoestima		Total
		Bajo	Alto	
Estado civil	Sin pareja	49	31	80
	Con pareja	131	76	207
Total		180	107	287

Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (Agosto – Noviembre, 2016)

19. Pruebas de Chi-cuadrado para estado civil y autoestima.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,102 ^a	1	,749		
Corrección de continuidad ^b	,034	1	,854		
Razón de verosimilitud	,102	1	,750		
Prueba exacta de Fisher				,786	,425
Asociación lineal por lineal	,102	1	,750		
N de casos válidos	287				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 29,83 b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2.

19.1 Estimación de riesgo para estado civil y autoestima.

	Intervalo de confianza de 95 %		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de ventajas para Estado civil (Sin pareja / Con pareja)	,917	,539	1,560
Para cohorte Autoestima = Bajo	,968	,790	1,185
Para cohorte Autoestima = Alto	1,055	,760	1,466
N de casos válidos	287		

Tabla 20. Asociación entre ocupación y autoestima en los pacientes diabéticos de la Clínica de Crónicos Metabólicos – C.S. Los Rosales

Ocupación		Autoestima		Total
		Bajo	Alto	
Desempleado		90	48	138
	Empleado	90	59	149
Total		180	107	287

Elaborado por las autoras, en base a la investigación (Agosto – Noviembre, 2016)

20. Pruebas de Chi-cuadrado para ocupación y autoestima

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,710 ^a	1	,399		
Corrección de continuidad ^b	,519	1	,471		
Razón de verosimilitud	,711	1	,399		
Prueba exacta de Fisher				,464	,236
Asociación lineal por lineal	,708	1	,400		
N de casos válidos	287				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 51,45. b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

20.1 Estimación de riesgo para ocupación y autoestima

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Ocupación (Desempleado / Empleado)	1,229	,761	1,987
Para cohorte Autoestima = Bajo	1,080	,903	1,290
Para cohorte Autoestima = Alto	,878	,649	1,189
N de casos válidos	287		

Tabla 21. Relación entre ocupación y función de las familias de los pacientes diabéticos de la Clínica de Crónicos Metabólicos – C.S. Los Rosales

Ocupación		Función familiar		Total
		Disfuncional	Funcional	
Ocupación	Desempleado	107	31	138
	Empleado	119	30	149
Total		226	61	287

Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (Agosto – Noviembre, 2016)

21. Pruebas de Chi-cuadrado para ocupación y dinámica familiar

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,232 ^a	1	,630		
Corrección de continuidad ^b	,114	1	,736		
Razón de verosimilitud	,232	1	,630		
Prueba exacta de Fisher				,666	,368
Asociación lineal por lineal	,231	1	,630		
N de casos válidos	287				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 29,33. b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

21.1 Estimación de riesgo para ocupación y dinámica familiar

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Ocupación (Desempleado / Empleado)	,870	,494	1,532
Para cohorte Función familiar = Disfuncional	,971	,860	1,095
Para cohorte Función familiar = Funcional	1,116	,715	1,742
N de casos válidos	287		



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA PUCE – MSP**

**RELACIÓN ENTRE CONTROL GLUCÉMICO, AUTOESTIMA Y DINÁMICA
FAMILIAR DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 PERTENECIENTES A LA
CLÍNICA DE CRÓNICOS METABÓLICOS DEL CENTRO DE SALUD LOS ROSALES
PERÍODO JULIO – NOVIEMBRE DE 2016**

AUTORAS: Dunia G. Morales P. y María Belén Bazurto P.

FACES III

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado:

Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
----------------	---------------------	------------------------	-----------------------	------------------

Describa su familia:

- 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 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**

Validación del cuestionario FACES III en español (México). Ponce Rosas, ER., Gómez Clavelina, FJ., y cols.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA PUCE – MSP**

RELACIÓN ENTRE CONTROL GLUCÉMICO, AUTOESTIMA Y DINÁMICA
FAMILIAR DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 PERTENECIENTES A LA
CLÍNICA DE CRÓNICOS METABÓLICOS DEL CENTRO DE SALUD LOS ROSALES

PERÍODO JULIO – NOVIEMBRE DE 2016

AUTORAS: Dunia G. Morales P. y María Belén Bazurto P.

Escala de Autoestima de Rosenberg

A continuación encontrará una lista de afirmaciones en torno a los sentimientos o pensamientos que tiene sobre usted. Marque con una X la respuesta que más lo identifica.				
	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Creo que tengo un buen número de cualidades.				
3. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
5. Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mí.				
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.				
8. Desearía valorarme más a mí mismo/a.				
9. A veces me siento verdaderamente inútil.				
10. A veces pienso que no soy bueno/a para nada.				

Escala de Autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. Cristian A Rojas-Barahona, Beatriz Zegers P, Carla E Förster M.

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA PUCE – MSP**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ESTUDIO DE
INVESTIGACION MEDICA.**

FORMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO para el estudio *Relación entre autoestima, dinámica familiar y el control glucémico de los pacientes diabéticos pertenecientes a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales* Período Julio – Noviembre de 2016

NOMBRE	TITULO ACADEMICO	UNIVERSIDAD/ INSTITUCION	GRUPO	INFORMACION
- María Belén Bazarro Palma - Dunia Geovanna Morales Patiño	Médico Postgradista de Medicina Familiar y Comunitaria	PUCE	Grupo de investigación "Los Rosales"	Dirección: Av. Abraham Calazacón y Carlos Andrade Marín mabebazurto1108@gmail.com dudito_mp@yahoo.com.ar 0992594899 0987163040

Este formulario de consentimiento informado se dirige a hombres y mujeres que son atendidos en la Clínica de Crónico Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, por medio del cual se les invita a participar en la investigación cuyo objetivo es determinar la relación entre control glucémico, autoestima y la dinámica familiar de los pacientes diabéticos tipo 2 pertenecientes a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales durante el período de julio a noviembre del 2016

Línea de Investigación: Enfermedades Crónicas no transmisibles

Parte 1: Información

Somos doctoras posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria, investigamos para la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sobre la “**Relación entre autoestima, dinámica familiar y el control glucémico de los pacientes diabéticos pertenecientes a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales Período**”. El propósito de este documento de consentimiento es darle a conocer la información que necesite para ayudarle a decidir en el caso que desee participar en el mismo. Por favor lea este documento. Puede hacer preguntas sobre el propósito del trabajo, lo que pediríamos de usted, los riesgos y los beneficios posibles, sus derechos como un participante voluntario y cualquier aspecto sobre el trabajo y sobre este documento. Cuando todas sus preguntas se hayan contestado, puede decidir si desea participar en este estudio; este proceso se llama “consentimiento informado”.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

PROCEDIMIENTO:

Si elige usted participar en este estudio, le informo que solo tendrá que responder dos test, uno de 20 preguntas (FACES III) y otro de 10 preguntas (Rosenberg). Se le tomará una muestra de 10 ml de sangre que será analizada para Hemoglobina Glicosilada, para ello, es necesario que se presente en ayuno de 8 horas, sin haber ingerido bebidas alcohólicas 24 horas antes, toda la información recolectada a través de una hoja de recolección de datos (encuesta) se mantendrán anónimas, ya que cada persona tendrá un código. Por ejemplo, supongamos que

hay un paciente llamado Mauricio Rodas, para todos los análisis esta persona tendrá un código, que podría ser: 206. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que recibe en la clínica y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

RIESGOS ASOCIADOS AL ESTUDIO

Algunas personas sienten que proveer información para un trabajo de análisis es violar su privacidad, otras personas sienten que será utilizada esa información en otros análisis distintos al mencionado explícitamente; y, otras personas pueden pensar que con esa información se puede poner en peligro su vida y trabajo.

Extraeremos una toma de muestra de sangre de su organismo que sirve para aportar información muy útil sobre la evolución de Diabetes mellitus tipo 2. Tan importante como su obtención, es el manejo de la muestra, por lo que existen normas estrictas para la correcta recogida, manipulación, transporte y conservación de la muestra, así como para su adecuado procesamiento en laboratorio. Para garantizar la seguridad del paciente, se efectuará por personal sanitario capacitado y bajo condiciones de seguridad y de asepsia rigurosa. Los riesgos frecuentes que puede producirse son un mínimo hematoma en la zona del pinchazo, por lo que será conveniente que después se realice presión sobre la zona puncionada. En algunos pacientes, por sus características individuales, resulta difícil extraer la muestra de sangre, por lo que tal vez sea preciso puncionarles repetidas veces hasta obtenerla.

La investigación durará 6 meses, para lo que obtendremos la muestra de sangre por una sola ocasión y requerimos de su presencia para la aplicación de los test.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO

Si usted participa en esta investigación tendrá los siguientes beneficios:

Este estudio ayudara a la detención del nivel de autoestima que presente y su relación con su control glicémico, para desarrollar normativas de intervención.

Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 serán sometidos a una prueba de control glucémico, los exámenes de laboratorio son sin costo para usted y los resultados obtenidos serán usados para respaldar la toma de decisiones tanto al nivel individual como al nivel del sistema de salud.

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información confidencial.

Se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación.

ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.

- No tendrá que hacer gasto económico alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- La muestra de material biológico será de exclusivo uso para la medición de glucosa, el material sobrante será eliminado de manera apropiada según normas de bioseguridad.



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Estudio: RELACIÓN ENTRE AUTOESTIMA, DINÁMICA FAMILIAR Y EL CONTROL GLUCÉMICO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS PERTENECIENTES A LA CLÍNICA DE CRÓNICOS METABÓLICOS DEL CENTRO DE SALUD LOS ROSALES JULIO – NOVIEMBRE DE 2016

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma del participante.

Fecha:

C.I. _____

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Sr(a). _____

La naturaleza y los propósitos de la investigación; le explicado de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normativa correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma de los investigadores

PlagScan Resultados del Análisis de los plagios del 2017-01-03 22:28 UTC

3.8%

Du.docx

Fecha: 2017-01-03 22:24 UTC

* Todas las fuentes 77 | Fuentes de internet 5

<input type="checkbox"/>	[0]	📄 "documento para plagscan.docx" fechado del 2017-01-03 0.0% 343 resultados
<input type="checkbox"/>	[1]	📄 "documento para pasar plagscan.docx" fechado del 2017-01-02 0.0% 17 resultados
<input checked="" type="checkbox"/>	[2]	📄 www.farestaie.com/img/multimedia/187-obj...ontrol-glucemico.pdf 3.1% 14 resultados
<input type="checkbox"/>	[3]	📄 docplayer.es/157124-Relacion-con-el-bienestar.html 0.0% 16 resultados
<input type="checkbox"/>	[4]	📄 www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2004/im044b.pdf 0.0% 7 resultados
<input type="checkbox"/>	[5]	📄 https://docs.com/percy-cristhian-maravi...ina-interna-sindrome 0.0% 10 resultados
<input type="checkbox"/>	[6]	📄 myslide.es/documents/0705075.html 0.0% 9 resultados
<input type="checkbox"/>	[7]	📄 ninive.uaslp.mx/jspui/bitstream/i/2165/3/EMI1CFI00901.pdf 0.0% 4 resultados
<input type="checkbox"/>	[8]	📄 https://catedraendocrinologia.files.wordpress.com/2012/06/ada-resumen.pdf 0.0% 4 resultados
<input type="checkbox"/>	[9]	📄 www.descubretualma.com/feeds/posts/default 0.0% 8 resultados
<input type="checkbox"/>	[10]	📄 docslide.us/documents/disfuncion-familia...co-del-paciente.html 0.0% 5 resultados
<input type="checkbox"/>	[11]	📄 www.buenastareas.com/ensayos/Modelo-Circumplejo-De-Los-Sistemas-Marital/76180387.html 0.0% 7 resultados
<input type="checkbox"/>	[12]	📄 myslide.es/documents/unidad-4-sistemicadocx.html 0.0% 8 resultados
<input type="checkbox"/>	[13]	📄 www.buenastareas.com/ensayos/Medicina/6222865.html 0.0% 4 resultados
<input type="checkbox"/>	[14]	📄 ma2gyta.blogspot.com/2012/01/cohesion-y-adaptacion-familiar.html 0.0% 7 resultados
<input type="checkbox"/>	[15]	📄 www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v3n1/v3n1a1.pdf 0.0% 6 resultados
<input type="checkbox"/>	[16]	📄 es.slideshare.net/ydanoelia2010/herramientas-utilizadas-en-un-estudio-familiar 0.0% 5 resultados
<input type="checkbox"/>	[17]	📄 deposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/28927/1/auto_hombres.pdf 0.0% 4 resultados
<input type="checkbox"/>	[18]	📄 www.scielo.org.ar/pdf/abcl/v46n4/v46n4a15.pdf 0.0% 3 resultados
<input type="checkbox"/>	[19]	📄 www.redgdps.org/gestor/upload/file/Resumen_ADA2010_castellano.pdf 0.0% 2 resultados
<input type="checkbox"/>	[20]	📄 deposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/99201/1/CCD_TESIS.pdf 0.0% 4 resultados
<input type="checkbox"/>	[21]	📄 docshare01.docshare.tips/files/22980/229805025.pdf 0.0% 5 resultados 📄 1 documento con coincidencias exactas
<input type="checkbox"/>	[23]	📄 www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2011/rmq114f.pdf 0.0% 3 resultados
<input type="checkbox"/>	[24]	📄 www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000600009 0.0% 3 resultados
<input type="checkbox"/>	[25]	📄 www.redalyc.org/html/106/10635506/index.html

Abstract

Obtaining data that contribute to the knowledge and proper management of chronic diseases at primary care level and its influence both on the individual's self-esteem and the mobilization of roles to face the non-normative crisis that means illness in the family system is what this proposal.

Objective: To associate glycemic control with low self-esteem and alteration in the family dynamics of diabetics belonging to the Clinical Chronic Metabolic Center "Los Rosales".

Methodology: Recognized scales such as FACES III and Rosenberg were used to measure family functionality and self-esteem related with the glycemic control goals given by the ADA 2016 described in this cross-sectional analytical study.

Data analysis was performed in the SPSS Version 23 Statistical Package, and point estimators and 95% confidence intervals.

Results: A total of 287 patients, aged 26 and 91 years, participated.

78.38% did not reach glycemic control goals, 62.7% had low self-esteem and 78.75% had family dysfunction. There is a higher proportion of low self-esteem in the female sex ($p < 0.05$). Those over 61 years of age are at greater risk for poor glycemic control ($p < 0.001$). But the associations between self-esteem, glycemic control and family dynamics were not significant.

Conclusions: Our hypothesis did not obtain an association between the proposed variables because to reach the goals of glycemic control are many factors that may influence and were not taken into account in our research but leave the door open for future studies.

Key words: glycemic control, self-esteem, dynamics



The image shows a handwritten signature in blue ink, which appears to be 'Tamara', written over a circular official stamp. The stamp contains the text 'UNIVERSIDAD DE CUENCA' around the top edge and 'DIAGNÓSTICO' at the bottom. The center of the stamp features a stylized logo.