



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



**APOYO FAMILIAR PERCIBIDO RELACIONADO A LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 DE LA COMUNIDAD DE
SAN LUIS TLAXIALTEMALCO XOCHIMILCO**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LIC. EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA:**

**HERNÁNDEZ PAREDES LAURA ADRIANA
NO. CUENTA 9854905-5**

**ASESOR DE TESIS:
Mtra. Lilliana González Juárez**



México, D.F., FEBRERO 2002

**Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A mis padres por que gracias a su cariño, guía y apoyo he llegado a realizar uno de los anhelos más grandes de mi vida, fruto del inmenso apoyo, amor, valores morales y confianza que en mí se depositó y con los cuales he logrado terminar mis estudios profesionales que constituyen el legado más grande que pudiera recibir y por lo cual les viviré eternamente agradecida.

A mis abuelos Francisco y Gloria quienes me han brindado amor, cariño y apoyo en todo momento y fomentado bases y principios morales para llegar hasta este momento, porque gracias a su esfuerzo, sacrificio y oraciones pude concluir con éxito esta etapa de mi vida profesional.

A mis hermanos por apoyarme con su comprensión y paciencia.

A Valentín y Cecilia por su permanente amistad y el apoyo incondicional en los momentos difíciles y aliento para seguir adelante.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, por brindarme la oportunidad de aprender mi profesión

A la Dirección General de Apoyo a Personal Académico (DGAPA) y al Programa de Apoyos a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) por la ayuda brindada durante el desarrollo de la investigación.

A Rodolfo por brindarme su tiempo, paciencia, ayuda y la oportunidad de formar parte de un proyecto de investigación.

A los asesores Dr. Francisco Javier Gómez Clavelina, Mtra. Liliana González Juárez , por su tiempo, ayuda y asesoría tan acertada para realizar con éxito la presente investigación.

Al asesor estadístico el Ing. Gabriel Mosqueda Pérez.

Y a Dios, a quien doy gracias por permitirme estar entre todos ellos.

A todos ellos dedico este trabajo, ya que son lo mas importante para mí.

Dedicatoria

La presente tesis la dedico a:

A mis padres, hermanos, abuelos y amigos

**A todos los profesores de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO)
por haberme dado una formación profesional**

**A los pacientes porque de alguna manera me alientan para seguir superándome
día a día.**

**A los asesores y sinodales por el tiempo prestado hacia esta tesis y su correcto
criterio para juzgarla.**

Y a Dios, a quien doy gracias por permitirme estar entre todos ellos.

¡ Gracias Señor ¡

Gracias por todo lo que en este tiempo me has dado

Por las horas del sol y los nublados.

Por las horas tranquilas y por las inquietas horas oscuras

Por la salud y la enfermedad, por las penas y las alegrías

Por la sonrisa amable y la mano amiga, por el amor y todo lo hermoso.

Por las flores, las estrellas y la existencia humana

Por la soledad, por el trabajo, por las dificultades y lágrimas, por

Todo lo que me acercó a ti más íntimamente.

Por haberme dejado vivir para llegar a realizar una de mis más grandes metas, lo cual constituye la herencia más valiosa que

Pudiera recibir

¡GRACIAS ¡

CONTENIDO

PÁGINA

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

1

- 1.1 Antecedentes
- 1.2 Definición del problema
- 1.3 Justificación
- 1.4 Definición de términos
- 1.5 Objetivos

CAPITULO 2

MARCO TEORICO - CONCEPTUAL

15

- 2.1 Generalidades sobre la enfermedad crónico degenerativa, diabetes tipo 2
- 2.2 La familia como unidad de estudio y la enfermedad crónico degenerativa, diabetes mellitus tipo 2.
 - 2.2.1 Aspectos históricos de la familia
- 2.3 La familia en el proceso salud enfermedad
- 2.4 Apoyo familiar
- 2.5 La adhesión a los tratamientos terapéuticos
 - 2.5.1 Conceptos y teorías
 - 2.5.2 Modelos conceptuales
 - 2.5.3 Evaluación de la adhesión
 - 2.5.4 Factores asociados a la adhesión terapéutica
 - 2.5.5 Adhesión al tratamiento en la Diabetes mellitus tipo 2
 - 2.5.6 Las barreras para la adhesión al tratamiento diabetológico
 - 2.5.7 Programas para facilitar la adhesión diabetológica
 - 2.5.8 Programas educativos

CAPITULO 3

44

METODOLOGÍA

- 3.1 Población de estudio
- 3.2 Diseño de estudio
- 3.3 Tipo y tamaño de la muestra
- 3.4 Material y métodos
- 3.5 Criterios
- 3.6 Variables
- 3.7 Definición y operacionalización de variables
- 3.8 Plan de análisis
- 3.9 Ética y legislación del estudio

- 3.10 Recursos materiales
- 3.11 Recursos humanos

CAPITULO 4

58

RESULTADOS

Datos descriptivos con sus respectivos gráficos y pruebas de asociación de las variables.

CAPITULO 5

92

CONCLUSION

5.1 Conclusiones y recomendaciones

REFERENCIAS

APENDICES

1. Ficha comunitaria
2. Cédula de Apoyo Familiar.

CAPITULO 1

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto se deriva de una línea de investigación denominado "Estilos de Vida del paciente diabético tipo 2 de la Comunidad de San Luis Tlaxialtemalco" que forma parte del área de investigación de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) como centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana para la Salud (OPS). Este proyecto es financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) y por la Dirección General de Asuntos de Personal Académico (DGAPA).

El propósito de éste proyecto es describir el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo 2 de la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco y su relación con la adherencia al tratamiento. La diabetes es actualmente una de las enfermedades no transmisibles mas comunes a escala mundial, siendo la cuarta o quinta causa de muerte en la mayoría de los países desarrollados y manifiestamente es una epidemia en muchas naciones de desarrollo y recientemente industrializadas (IDF,2000).

La prevalencia de diabetes mellitus se incrementa significativamente al aumentar la edad de la población, se estima que alcanza el 10-15% en la población mayor de 65 años, y el 20% si se considera sólo a los mayores de 80 años (IDF, 2000)

En México, alrededor de 8.2% de la población entre 20 y 69 años padece diabetes, y cerca de 30% de los individuos afectados desconoce que la tiene. Esto significa que en nuestro país existen cuatro millones de personas enfermas, de las cuales poco más de un millón no han sido diagnosticadas. Por otra parte, la mortalidad por esta causa muestra un incremento sostenido durante las últimas décadas, hasta llegar a ocupar el tercer lugar dentro de la mortalidad general. La OMS (1999) menciona que México ocupará el 7° lugar de mortalidad general en el año 2025, en el presente año las personas con diabetes padecerán algún tipo de complicación macro o microvascular, donde el 10% será para la enfermedad coronaria y el 45% para retinopatía diabética (IDF,2000).

El Programa Nacional de Salud (2001-2006) menciona que la diabetes en el año 2000 concentro mas de la mitad de las muertes ocurridas en el país (52%). Se estima que de cada 100 personas con diabetes 14 desarrollaran neuropatías, 10 neuropatías, de 7 a 10 pie diabético (30 % de las cuales termine en amputación) y dos a cinco, problemas de ceguera. A estos debe agregarse el riesgo de cardiopatía isquémica o enfermedad cardiovascular, que es 2.5 veces mayor en la diabetes que en el resto de la población (SSA, 2001).

Los costos económicos asociados con el tratamiento y sus complicaciones representan una grave carga para los servicios de salud y para los pacientes; la mayoría de los costos directos de la diabetes provienen de las complicaciones, que a menudo es posible reducir, aplazar o, en ciertos casos, prevenir. (FID, 2000).

En el capítulo 1, se mencionan los antecedentes en relación a estudios en donde se ha evaluado el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2, se hace mención de la definición del problema, los objetivos y la definición de términos.

En el capítulo 2 se presenta el marco teórico, la descripción de apoyo familiar y adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus tipo 2.

El capítulo 3, describe la metodología del estudio en el cual se menciona el diseño, población, plan de muestreo, material y métodos, plan de análisis, ética y legislación de investigación.

El capítulo 4, describe los datos descriptivos en tablas de frecuencia y porcentajes de las variables del estudio.

Por último el capítulo 5 menciona la discusión y las recomendaciones del estudio.

El diagnóstico de Diabetes Mellitus causa una gran variedad de respuestas emocionales en la persona con diabetes y su familia. Estas respuestas son universales, si bien pueden oscilar desde leves a intensas e incluyen negación, ansiedad, enojo, depresión e incapacidad para concentrarse en el trabajo o cualquier otra actividad. También se observa sensación de desamparo a medida que la persona con diabetes y su familia se sienten abrumados con la perspectiva del automanejo de la enfermedad. El conocimiento con respecto al automanejo de la diabetes es esencial para el bienestar tanto desde el punto de vista físico como psicosocial.

Las intervenciones del profesional en enfermería en la atención primaria deben centrarse en ayudar a la persona con diabetes para alcanzar el automanejo óptimo de la Diabetes Mellitus. Los miembros de la familia pueden necesitar ayuda de las

enfermeras para enfrentar los cambios de la persona con Diabetes Mellitus, porque ésta puede presentar conductas de rechazo, aceptación, piedad o resentimiento a causa de su enfermedad. Es importante que el profesional de enfermería desarrolle acciones para que la persona con diabetes mantenga su propia estima y que interactúen de manera que le den oportunidad de escoger y mantener un control sobre lo que le está pasando. Así mismo, es importante trabajar en estrecho contacto con el paciente y su familia para establecer una empatía que estimule la formulación de preguntas y el intercambio de conocimientos.

El profesional de enfermería es el motor del desarrollo de los cuidados, que deja a las familias y a la persona con diabetes su iniciativa, motivándolos, estimulándolos y ayudándolos a adquirir su propia capacidad de cuidarse, acompañando su deseo de hacerse cargo de sí mismo. Esta visión de los cuidados estimula la creatividad, la invención tanto de las personas de la comunidad como del personal de enfermería; atenúa los fenómenos de dependencia y modifica considerablemente las relaciones interpersonales.

1.1 Antecedentes

La Diabetes Mellitus representa uno de los principales problemas de salud pública en México. En México, cada hora se diagnostican 38 nuevos casos y cada hora mueren 8 personas por las complicaciones crónicas (FMD,2001).

Es la cuarta o quinta causa principal de muerte en la mayoría de los países desarrollados y es una epidemia en muchas naciones en desarrollo y de recién industrialización (Atlas, 2000). Se aprecia también, su permanencia en el proceso de transición epidemiológica y su ascenso en la proporción de defunciones dentro

del grupo de enfermedades crónico-degenerativas. El Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) y la Dirección General de Estadística e Informática de la Secretaría de Salud menciona que en 1999 ocupaba el tercer lugar de la tasa de morbilidad, con un registro de 45,632 defunciones con una tasa de 46.5 por 100,000 habitantes .

Se puede citar que, entre todo el colectivo de pacientes, en torno al 30% no sigue los tratamientos curativos, aproximadamente el 70% incumple los programas preventivos (hasta un 80% abandona los programas que incluyen modificación de dieta o tabaco) y más del 50% de los pacientes crónicos no se adhieren a los tratamientos (solo un 7% de los enfermos diabéticos cumple adecuadamente todas las condiciones del tratamiento). En general, los niveles más altos de adhesión se observan en los tratamientos que requieren medicación directamente supervisada (por ejemplo, quimioterapia) y en los trastornos con inicio agudo. Los niveles más bajos corresponden a pacientes crónicos en los que no hay malestar o riesgo inmediato y en los que el tratamiento exige cambios en su estilo de vida (Meichenbaum y Turk, 1991).

En un estudio descriptivo de un grupo de 166 diabéticos que vivían en familia en el área de salud del Policlínico Güines Sur de la provincia de la Habana (1993), tuvo la finalidad de determinar la relación de la influencia familiar con algunos aspectos que intervienen en el control de la enfermedad, después de haber aplicado durante 3 meses un programa de técnicas de educación para la salud en dichas familias (dinámica de grupo y demostración-charla educativa). Se detectó que estos pacientes realizan el tratamiento y tienen mejor control metabólico cuando cuentan con una familia que está preparada y los apoya.

Se consideró como apoyo familiar adecuado, cuando al menos uno de los familiares poseía los conocimientos antes descritos, se preocupaba y ayudaba a que el diabético realizara la dieta, el ejercicio físico, el tratamiento medicamentoso, así como el chequeo periódico.

Rodríguez y Guerrero (1997) realizaron un estudio para determinar la importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia en diabéticos no insulino dependientes, a través de un diseño de un estudio de casos y controles, considerando como casos a los pacientes con glucemia <140 mg/dl y controles con glucemia >140 mg/dl. El apoyo familiar se determinó con el cuestionario Environmental Barriers to Adherence Scales, que estima el apoyo otorgado para que el paciente siga las indicaciones terapéuticas. Se incluyeron 32 casos y 50 controles. El apoyo familiar que recibe el paciente se asoció significativamente a la presencia de glucemia <140 mg/dl (razón de momios = 3.9; IC95% 1.4-11.1), por lo que se puede mencionar que el apoyo familiar que reciben los enfermos influye en el control de la glucemia. La normoglucemia se asoció al apoyo familiar y la información que tiene el familiar sobre la diabetes es determinante para que se otorgue apoyo al enfermo, se requiere desarrollar un proceso de educación sobre la diabetes dirigido a modificar las actitudes, y a mejorar las habilidades y conocimientos del paciente y de sus familiares, para reforzar las acciones de apoyo al núcleo familiar, como uno de los factores relacionados con la salud en el paciente diabético. Los pacientes con normoglucemia fueron considerados como casos, y como controles los que cursaban con hiperglucemia; se consideraron como factores de pareamiento el que recibieran el mismo tipo de tratamiento, que acudieran al mismo médico familiar, la edad, escolaridad, ocupación, evolución de

la DMNID y presencia de complicaciones crónicas. La muestra se integró con 82 pacientes, 32 casos y 50 controles. Se consideraron como factores asociados a la normoglucemia el apoyo que recibe el paciente de su familiar más cercano y el nivel de información que tienen sobre la diabetes.

Robles-Silvia y cols. (1998), realizaron un estudio que tuvo como objetivo conocer los factores sociodemográficos asociados a las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes mellitus tipo 2 en una zona marginal de Guadalajara, México. Participaron 121 sujetos con diabetes e igual número de cónyuges e hijos considerados como cuidadores. Los resultados mostraron que las características del enfermo son diferentes en relación con la edad, el sexo y el parentesco de las fuentes de apoyo. El apoyo de los hijos ante la enfermedad responde a situaciones diferentes a la de los cónyuges. En el grupo de enfermos aquí estudiado, al igual que en otros estudios las variables que cambiaron con los cuidadores hijos fueron la composición por sexo y el número de hijos en la familia, ya sea de los padres ancianos, en donde no hay cónyuge o, si lo hay, éste no brinda el apoyo. Así, la participación de los hijos parecería reservarse para las etapas tardías del ciclo familiar, es decir, cuando los padres llegan a la vejez y sus fuentes de apoyo anteriores han desaparecido o están imposibilitadas para seguir apoyando porque, a su vez, necesitan de ayuda. Más aún, el apoyo a los padres ancianos parece constituir una expectativa compartida por ambas generaciones, como parte de un proceso de reciprocidad en donde los hijos tratan de retribuir la ayuda recibida en etapas anteriores. La participación de los hombres se considera rara cuando se le requiere día a día, pero se espera que apoyen

cuando no hay nadie más; esto es, en situaciones donde no se dispone de otras fuentes de apoyo.

Se concluye que estos hallazgos pueden ser de utilidad para el establecimiento de nuevas estrategias en los servicios de salud, en tanto se ha mostrado que la participación de las fuentes de apoyo de los enfermos mejora la calidad y la eficacia de los mismos servicios.

En un estudio realizado por Espino (1993), entre los hispanos radicados en Texas que no seguían los lineamientos para el control de la diabetes, el autor encontró tres causas de este fracaso terapéutico: problemas de comunicación, problemas de acceso y uso de servicios informales de salud.

En un estudio realizado por McFarlane (1992) se ve que, en contraste con la población general, en los prisioneros se observa un apego total al tratamiento y un control metabólico excelente probablemente originado por la rigidez de la prisión, ausencia de alcohol y la obligación de seguir el régimen dietético indicado por el médico.

Garay Sevilla (1995) analizó a un grupo de 200 adultos de clubes de diabéticos tipo 2, encontrando que la adherencia al tratamiento se asocia con el apoyo social, la edad del cónyuge y el control conductual.

1.2 Planteamiento del problema

La importancia de estudiar el Apoyo familiar en relación a la adherencia al tratamiento de la diabetes reside en que el profesional de enfermería es un recurso clave para brindar una atención primaria de calidad al individuo a la familia y comunidad abarcando acciones específicas basadas en conocimientos

científicos, tecnológicos y humanísticos para atender a un problema de salud pública como es la diabetes mellitus que día a día va incrementando la morbilidad y mortalidad en toda la población.

Cabe mencionar, que la mayoría de adultos que padecen diabetes tipo 2 tienen dificultades para seguir ininterrumpidamente el tratamiento prescrito. La familia es el grupo social más importante para el hombre, y es considerado un recurso para el mantenimiento de la salud, ya que influye en la persona a través de sus relaciones de intimidad, solidaridad y afecto. Las reacciones de la familia ante la presencia de la enfermedad dependerán de varios factores: del tipo de familia, la cultura, la educación de cada miembro, del desarrollo familiar y de las ideas de salud frente a una enfermedad específica y su tratamiento, lo que influye en el enfermo. Una persona con diabetes se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre a su familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud; la respuesta que le brinden influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica y por lo tanto, en el control de la diabetes. Por tanto, mucho del esfuerzo de enfermeras, médicos, nutriólogos y otros trabajadores de la salud se ha enfocado a buscar nuevas estrategias para lograr que los pacientes se adhieran al tratamiento el cual, generalmente incluye, medicamentos, dieta, ejercicio, vigilancia médica y monitoreo de los niveles de glucosa en sangre. Por lo anterior se plantea el siguiente problema de investigación:

¿CUÁL ES EL APOYO FAMILIAR PERCIBIDO RELACIONADO A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2 DE LA COMUNIDAD DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO XOCHIMILCO?

1.3 Justificación

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónico- degenerativa y de etiología y control multifactorial que va en aumento día a día, la cual se encuentra entre las diez primeras causas de muerte y la que mas días de hospitalización registra, por tanto, se requiere conocer los múltiples factores que condicionan para llevar un buen control de la diabetes a fin de evitar complicaciones a corto, mediano y largo plazo y poder brindar con ello una mejor calidad de vida.

En los últimos años la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha fomentado el interés y el apoyo al desarrollo de actividades de control de enfermedades crónicas, entre las cuales se encuentra la diabetes mellitus tipo 2, siendo también un problema de salud publica que afecta a todas las sociedades humanas sea cual fuere su grado de desarrollo. La realización de esta tesis pretende conocer cual es el apoyo familiar percibido y su relación con la adherencia al tratamiento de las personas con diabetes tipo 2, con la finalidad de que el profesional de enfermería formule estrategias de intervención en la comunidad, ampliando la conciencia de la persona con diabetes para responsabilizarse de su padecimiento; debido a que la presencia de cualquier tipo de enfermedad, en este caso la presencia de Diabetes mellitus por su cronicidad y características especiales, puede requerir de ciertas adecuaciones en el estilo de vida familiar, y puede ser causa de ansiedad o depresión en alguno de sus miembros con las consecuentes repercusiones en el funcionamiento familiar que ello lleva implícito.

Un problema común, compartido por todos los profesionales de la salud (personal de enfermería, psicólogos, médicos, etc.) es el insuficiente o inadecuado cumplimiento de las prescripciones. La falta de adhesión terapéutica, ya se trate de dificultades para tomar la medicación, para modificar hábitos nocivos o de alto riesgo (dieta, ejercicio, estrés, alcohol y tabaco) o bien del abandono del tratamiento o el incumplimiento de las revisiones, es una condición característica de los pacientes sea cual sea su dolencia y una de las condiciones que los clínicos en forma unánime coinciden en señalar como más desalentadoras.

Entre las estrategias llevadas a cabo para enfrentar y vivir con estas enfermedades, el individuo busca la ayuda y/o recibe el apoyo no sólo de los profesionales del área de la salud, sino también y en forma importante y permanente de los miembros más cercanos de su red social, sobre todo de su unidad doméstica. En las últimas dos décadas se ha hecho más evidente la manera como los contactos y los apoyos familiares repercuten en la enfermedad y su desenlace. Se considera que el apoyo es algo similar a un amortiguador del estrés originado por la enfermedad crónica además de que influye en el desarrollo de las conductas de salud o del autocuidado, así como en la observancia del tratamiento médico.

El apoyo que el paciente diabético obtiene de su familia gravita como elemento de gran importancia para que el acepte y aprenda a vivir con su enfermedad, y adopte de una manera constante y responsable el tratamiento y las medidas necesarias que eviten o retrasen la aparición de complicaciones agudas y crónicas.

La Norma Oficial Mexicana (Ssa.-015-2002) para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, en el apartado 11.6 referente a la educación del paciente y su familia menciona que la educación incluirá aspectos básicos relativos a la diabetes y sus complicaciones, factores de riesgo, componentes y metas del tratamiento, el automonitoreo, así como la prevención y vigilancia de complicaciones modificando los estilos de vida; el apartado 11.6.4 menciona que, es de gran importancia extender la educación a los familiares, no sólo para que apoyen al paciente a efectuar los cambios necesarios en su estilo de vida, sino porque comparten factores de riesgo.

1.4 Definiciones

Existen muchas definiciones de Familia, pero desde el punto de vista enfermero la definición más adecuada dependerá del problema único o principal que se presente o, en algunos casos, de la manera que la persona con diabetes /familia defina a su familia según su propia cultura (Medalie, 2000).

Familia: Deriva de la raíz latina **famulus** que significa siervo, la cual a su vez proviene del primitivo **famul** que se origina de la voz osca **famel**, esclavo doméstico. En la actualidad , en el lenguaje cotidiano la palabra suele asignar a una gama de acontecimientos sociales, tales como una agrupación concreta con relaciones de parentesco entre si, el matrimonio o la red de interacciones personales que permiten al individuo sentirse cómodo y seguro, es decir en familia (Irigoyen, 2001).

De esta manera, el grupo formado por marido y mujer e hijos, sigue siendo la unidad básica preponderante en la cultura occidental, conservando aun la responsabilidad de proveer de nuevos miembros a la sociedad, socializarlos y otorgarles protección física y apoyo emocional.

Familia: Comprende como parte de la familia a los miembros del hogar emparentados entre si hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio (OMS, 1999)

Apoyo familiar: Es una de las funciones que realiza la familia cuando uno de sus miembros enferma, sirve como amortiguador del estrés que origina la enfermedad (Rodríguez, 1997).

Adherencia al tratamiento: El término adherence, refiere una " acción, este término se emplea para implicar un compromiso de colaboración activa e intencionada del paciente en un curso de comportamiento, aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado (Di Matteo y DiNicola, 1982).

Diabetes tipo 2: La diabetes se define como un grupo de alteraciones metabólicas caracterizadas por hiperglucemia, que resultan de defectos en la secreción y acción de insulina, o ambos. La hiperglucemia crónica conduce a lesión y disfunción a largo plazo de diversos grados. En la patogenia de la diabetes mellitus el factor predominante es la deficiente acción de insulina, sobre su receptor, que se origina por disminución en la secreción de insulina por lesión inmune a las células B de los islotes de Langerhans, o bien por diversos factores como falla en la supresión de la liberación hepática de glucosa y disminución de la

traduce en resistencia a la insulina. Se produce hiperglucemia que resulta en la sintomatología clásica de poliuria (por diuresis osmótica), polidipsia (secundario a poliuria), y polifagia (OMS , 1998).

1.5 Objetivos

Objetivo General

Identificar el apoyo familiar percibido por la persona con diabetes tipo 2 para la adherencia al tratamiento en la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco, D.F.

Objetivos Específicos

- Describir el apoyo familiar percibido por el paciente diabético en relación a la adherencia al plan alimenticio.
- Valorar el apoyo familiar percibido por el paciente diabético en relación a la adherencia al ejercicio físico.
- Valorar el apoyo familiar percibido en relación a la adherencia al tratamiento farmacológico.

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1 Concepto diabetes mellitus tipo 2

La diabetes se define como un grupo de alteraciones metabólicas caracterizadas por hiperglucemia, que resultan de defectos en la secreción y acción de insulina, o ambos. La hiperglucemia crónica conduce a lesión y disfunción a largo plazo de diversos grados. En la patogenia de la diabetes mellitus el factor predominante es la deficiente acción de insulina, sobre su receptor, que se origina por disminución en la secreción de insulina por lesión inmune a las células B de los islotes de Langerhans, o bien por diversos factores como falla en la supresión de la liberación hepática de glucosa y disminución de la sensibilidad del receptor a la insulina, sobre todo en músculo e hígado, lo que se traduce en resistencia a la insulina. Se produce hiperglucemia que resulta en la sintomatología clásica de poliuria (por diuresis osmótica), polidipsia (secundario a poliuria), y polifagia (OMS , 1998).

Clásicamente se le ha clasificado de acuerdo a la edad de la afección y al tipo de tratamiento farmacológico. La Asociación Americana de Diabetes (ADA,1998), aprobó un nuevo sistema de diagnóstico y clasificación de diabetes la cual considera cuatro categorías: diabetes mellitus tipo 1 o insulinodependiente (IDDM), diabetes tipo 2 o no insulinodependiente (NIDDM), diabetes gestacional, diabetes asociada a defectos genéticos, a endocrinopatía, medicamentos, infecciones y otras formas más raras de diabetes.

2.1.2 Factores de riesgo

Los factores de riesgo son: obesidad (más de un 20 % de peso corporal o IMC mayor de 27), personas mayores de 45 años, antecedentes de familiares diabéticos, hipertensión arterial (Mayor de 140/90 mmHg), colesterol HDL mayor o igual 35 mg/dl, antecedentes de diabetes gestacional, parto con producto macrosómico (4,100 grs. o más), intolerancia a la glucosa, sedentarismo, tabaquismo (NOM, 1994).

Se establece el diagnóstico de diabetes si se cumple cualquiera de los siguientes criterios: presencia de síntomas clásicos de diabetes: poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso y una glucemia plasmática casual > 200 mg/dL; glucemia plasmática en ayuno > 126 mg/dL; o bien, glucemia > 200 mg/dL a las dos horas después de la carga oral de 75g de glucosa disuelta en agua. En ausencia de hiperglucemia inequívoca, con descompensación metabólica aguda, el diagnóstico debe confirmarse repitiendo la prueba otro día. Se establece el diagnóstico de glucosa anormal en ayuno cuando la glucosa plasmática o en suero es > 110 mg/dL y < 126 mg/dL. Se establece el diagnóstico de intolerancia a la glucosa

cuando la glucosa plasmática a las dos horas poscarga es > 140 mg/dL y < 200 mg/dL (NOM, 1994).

2.1.3 Tratamiento

Los principios generales en que se basa el tratamiento de la DM tienen como propósito aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta enfermedad o por sus complicaciones. Los individuos identificados con glucosa anormal en ayuno y/o intolerancia a la glucosa, requieren de una intervención preventiva por parte del médico y del equipo de salud. El plan de manejo debe incluir el establecimiento de las metas de tratamiento, el manejo no farmacológico, el tratamiento farmacológico, la educación del paciente, el automonitoreo y la vigilancia de complicaciones. Las metas básicas del tratamiento incluyen el logro de niveles normales de glucosa, colesterol total, triglicéridos, presión arterial, control de peso y HbA1c (Groop LC, 1997).

El manejo no farmacológico es la base para el tratamiento del paciente diabético, y consiste en un plan de alimentación, control de peso y práctica de ejercicio físico. Para conseguir un adecuado equilibrio de estos tres componentes resulta esencial la colaboración del paciente, hoy en día se considera fundamental un cuarto componente dentro del tratamiento de la Diabetes Mellitus; la educación diabetológica del paciente por parte del equipo multidisciplinario de salud es una condición necesaria para el control de la enfermedad en el largo plazo (Groop LC, 1997).

Entre las medidas farmacológicas se cuentan con insulinas de acción rápida, intermedia y lenta, de origen recombinante, bovino o porcino, a las que se agrega la aparición en el comercio de la insulina lis-pro, además se dispone de sulfonilureas, biguanidas, inhibidores de la alfa-glucosidasa, y recientemente tiazolidinedionas. El medicamento de primera elección depende del tipo de diabetes (la insulina es obligada en la diabetes tipo 1, auxiliar importante en la diabetes tipo 2 y Diabetes Mellitus Gestacional), del índice de masa corporal, edad y características socioculturales de cada caso (Groop LC, 1997).

2.2 La familia como unidad de estudio

2.2.1 Aspectos históricos de la familia

El hombre es un ser social que ha sobrevivido a lo largo de toda su historia a través de su pertenencia a diferentes grupos sociales. La familia, el ambiente más importante en el que él ha evolucionado, es la más antigua de las instituciones sociales humanas, tan añeja como la propia humanidad la cual sobrevivirá mientras exista nuestra especie.

Para Ackerman (1987), la familia es la unidad básica de la enfermedad y la salud, y afirma " hemos estado inclinados a examinar al individuo como una entidad aislada e intacta", cuando que las relaciones entre la personalidad del individuo y los procesos de dinámica del grupo y de la vida en familia constituyen un eslabón esencial en la cadena de causalidad en los estados de enfermedad y salud.

Es posible entonces, definir a la familia como el grupo social primario de individuos unidos por lazos consanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven permanentemente manteniendo en forma común y unitaria relaciones personales directas, con formas de organización y acciones tanto económicas como afectivas, con el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza y que comparten factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que pueden afectar su salud individual y colectiva (Medalie, 1987).

La familia es el grupo social más importante para el hombre y es considerado un recurso para el mantenimiento de la salud y la atención preventiva, ya que influye en el individuo a través de sus relaciones íntimas, solidaridad y afecto. Una entidad cuya fuerza podrá constituir el mayor factor único de apoyo, cuando uno de sus miembros se encuentra afectado en su salud o arrebatado por la muerte, estos procesos fisiológicos originan en el grupo funcional ansiedad, depresión y/o problemas de conducta, que al caer en algún integrante el resto intenta sostenerlo mediante la distribución de la carga diaria. Es considerada también como un núcleo primario y fundamental para proveer la satisfacción de las necesidades básicas del hombre y sobretodo de los hijos quienes por su carácter dependiente deben encontrar plena respuesta a su carencia como requisito para lograr un óptimo resultado en su proceso de crecimiento y desarrollo (López , 1998).

En su carácter de unidad social básica, la constelación familiar requiere de adaptación a la sociedad transformándose al mismo tiempo; precisamente por las dificultades transicionales; la tarea psicosocial de la familia en el apoyo a sus miembros adquiere más importancia que nunca, ya que solo la familia puede transformar y al mismo tiempo mantener una continuidad suficiente; es decir cada

cuando la glucosa plasmática a las dos horas poscarga es > 140 mg/dL y < 200 mg/dL (NOM, 1994).

2.1.3 Tratamiento

Los principios generales en que se basa el tratamiento de la DM tienen como propósito aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta enfermedad o por sus complicaciones. Los individuos identificados con glucosa anormal en ayuno y/o intolerancia a la glucosa, requieren de una intervención preventiva por parte del médico y del equipo de salud. El plan de manejo debe incluir el establecimiento de las metas de tratamiento, el manejo no farmacológico, el tratamiento farmacológico, la educación del paciente, el automonitoreo y la vigilancia de complicaciones. Las metas básicas del tratamiento incluyen el logro de niveles normales de glucosa, colesterol total, triglicéridos, presión arterial, control de peso y HbA1c (Groop LC, 1997).

El manejo no farmacológico es la base para el tratamiento del paciente diabético, y consiste en un plan de alimentación, control de peso y práctica de ejercicio físico. Para conseguir un adecuado equilibrio de estos tres componentes resulta esencial la colaboración del paciente, hoy en día se considera fundamental un cuarto componente dentro del tratamiento de la Diabetes Mellitus; la educación diabetológica del paciente por parte del equipo multidisciplinario de salud es una condición necesaria para el control de la enfermedad en el largo plazo (Groop LC, 1997).

individuo actúa como parte del grupo, pero desempeña un papel propio que le permite desarrollarse y crecer (López , 1998).

2.3 La familia en el proceso salud – enfermedad

En 1948 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) estipuló que todo hombre tiene derecho a un estándar de vida adecuado para su salud, bienestar personal y de su familia. Definió de manera muy general que la salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no únicamente la ausencia de enfermedad o afección. Este concepto fue ampliado en 1978 en la reunión de Alma Ata, en donde se consideró a la salud como un derecho fundamental de la humanidad y un objeto social importante para el mundo a la salud. En la actualidad se entiende que la mejor protección al individuo deriva de la mejor atención al grupo social en que vive; que el criterio de prevención de las enfermedades y sus secuelas debe privar sobre el de curación y que consecuentemente la asistencia médica debe realizarse primordialmente en los lugares de residencia de los individuos. Esto significa un cambio fundamental que permite entender que la salud integral no solo es resultado de acciones médicas, sino de la totalidad de situaciones socioeconómicas y culturales del complejo ecológico en que viven los grupos humanos y que se expresa en lo que puede denominarse la calidad de vida (Mc. Winney, 1995).

Para comprender el proceso salud – enfermedad, es fundamental partir del hecho de que la unidad mínima de estudio debe ser la familia, la cual en su devenir histórico se ha convertido en un complejo sistema, fuente de salud y enfermedad para sus propios integrantes. La mala salud reduce la productividad, la capacidad

para el logro y el ejercicio del empleo, del desarrollo intelectual y de la participación social y política. La salud de los individuo dice Mc Winney, está influida por la vida familiar y las familias se afectan por las enfermedades y las desgracias de sus miembros(Mc. Winney,1995)

La familia ha sido motivo de estudio de las más diversas disciplinas; sin embargo, hasta épocas recientes la medicina se ha propuesto estudiarla sistemáticamente y científicamente, lo cual se debe en gran parte al enfoque ecológico con el que se ha visto el proceso salud- enfermedad en el que el individuo deja de ser analizado como un ente exclusivamente biológico y cobran intereses los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afecta de una u otra forma la salud del individuo. En consecuencia, es importante saber que la salud no puede ser entendida dentro de los límites confines de la experiencia individual y de que una visión más amplia de este proceso debe comprender también la dinámica familiar. Mediante el conocimiento de los psicodinamismos de la familia en relación con el proceso salud – enfermedad, es posible para los profesionales de la salud, alcanzar una comprensión ideal de los aspectos saludables y patológicos, tanto de la persona enferma como de su familia, de la interacción entre ambos y de las relaciones dinámicas del sistema familiar con su entorno (Chávez , 1993).

Hablar de familia sana o enferma implica hacer referencia a la salud de la familia, es decir, a la suma de los estados de salud de los miembros que la conforman. La salud familiar al estar condicionada por variables socioeconómicas y culturales, debe entenderse como un proceso dinámico, susceptible de experimentar cambios a lo largo del ciclo vital de la familia; es por eso que la misma enfermedad,

diagnosticada en diferentes etapas del desarrollo, tiene distintas implicaciones en lo que respecta a la atención y tratamiento de los aspectos físicos, psicológicos y sociales. El enfoque para examinar a la familia como sistema integral se apoya más en las relaciones interpersonales que en los individuos mismos aisladamente, de ahí que la familia como grupo adquiere una entidad diferente a la de la simple suma de sus componentes. La utilización del concepto de salud familiar implica la explotación de la capacidad de la familia para cumplir con sus funciones, dentro de las cuales se encuentra incluida la de formar individuos sanos, tanto física como mentalmente. Una visión integral del proceso salud – enfermedad, en el que se identifique al paciente no como un ente aislado y fragmentado, sino como un elemento dentro de un contexto social, su familia, en el que la interacción de factores biopsicosociales resulta definitiva, permite estar en condiciones de otorgar una atención integral de primer contacto, abocada no solo a la reparación del daño, sino también al mantenimiento, del completo estado de salud y bienestar del individuo y su grupo familiar, el cual no solo es el ambiente más importante en el que ocurre y se resuelve la enfermedad, sino también un excelente recurso para mantener y preservar el derecho esencial del hombre y la sociedad: la salud (Haq,1996).

2.4 Apoyo familiar

Los vínculos familiares se entrelazan bajo la influencia de diversos factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y económicos. En el curso de su desarrollo, la familia pasa por varias etapas de transición predecibles; en las

cuales existen diferentes expectativas, necesidades y fenómenos que pueden afectar la salud de sus miembros (Rodríguez,1997).

Hoy en día se reconoce la existencia de varias fuentes potenciales de apoyo en la atención a la enfermedad. Sin embargo, algunos estudios destacan el papel preponderante de la familia, e incluso que la mayoría de los enfermos crónicos recibe y prefiere los cuidados y el apoyo de esta fuente más que de cualquier otra persona (Rodríguez,1997).

Al miembro de la familia a cargo del cuidado del enfermo o de sus padres ancianos con alguna incapacidad, se le conoce como " cuidador" o "cuidador primario". Este realiza diversas tareas relacionadas con el cuidado personal y brinda apoyo no sólo con respecto al tratamiento médico y los problemas derivados del mismo, sino que también mantiene una interacción permanente con los médicos y el personal de salud, toma las decisiones sobre el tipo de cuidado que debe ofrecerse, o bien, busca ayuda complementaria cuando lo considera necesario (Rodríguez,1997).

Una de las funciones esenciales de la familia la constituye el prestar apoyo a los miembros que la integran. En el caso de aparición de una enfermedad crónica esta función adquiere singular importancia, tanto desde el punto de vista físico como emocional y gracias a ella se pueden resolver situaciones conflictivas que influirán a su vez en el correcto control de la enfermedad (Rodríguez, 1997).

A lo largo del ciclo vital familiar surgen distintos acontecimientos que actúan afectando la homeostasis familiar y que exigen mecanismos de adaptación para su recuperación. Dichos mecanismos adaptativos dependerán para su éxito de la existencia de una adecuada funcionalidad familiar (Rodríguez, 1997).

Uno de los acontecimientos vitales estresantes que obligan a una readaptación de la homeostasis familiar es la aparición de una enfermedad crónica en uno de los miembros del sistema. Ante el diagnóstico de un trastorno como la diabetes mellitus, con su condición de cronicidad y que exige modificaciones en los hábitos y el modo de vida de uno de los miembros, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar la homeostasis amenazada. El factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevas normas y a veces nuevos papeles. Con esos cambios adaptativos aparecen nuevos riesgos para otros miembros de la familia, lo que puede afectar a su vez al familiar enfermo. Esto es especialmente frecuente en el caso de niños y adolescentes afectados por la diabetes mellitus (Rodríguez, 1997).

2.5 Apoyo familiar y diabetes

La aparición de la Diabetes sitúa al sistema familiar ante una situación nueva e inesperada. Conlleva la carga emocional de una enfermedad que no se "cura"; que precisa tratamiento para siempre; que exige medidas terapéuticas basadas en cambios en los hábitos de vida, tanto en el sentido dietético como en el del ejercicio físico con las dificultades reales de adaptación que ello exige para el resto de los miembros de la familia; con las complicaciones físicas (disfunción eréctil, retinopatía, arteriopatía etc.) que pueden ir surgiendo, originando una incapacidad que sobrecarga, aún más el sistema. La familia procesará todo esto según su propio conjunto de creencias acerca de la enfermedad y las experiencias

previas que posea en el cuidado de pacientes diabéticos, sobre todo en relación con acontecimientos dramáticos e impactantes como ceguera, amputaciones, úlceras, etc. Posteriormente pondrá en marcha los recursos con los que cuente, su cohesión, su capacidad de adaptación y de apoyo y su capacidad organizativa, buscando en caso de ser necesario apoyos extra familiares para conseguir una correcta homeostasis que asegure un normal funcionamiento del sistema familiar (Rodríguez, 1997).

En muy pocas enfermedades está tan condicionado el éxito terapéutico de la actitud del paciente, de la dinámica de la familia y de la relación sanitario/paciente como en la diabetes. El impacto de la diabetes sobre el adulto y su familia depende de la fase del ciclo vital en la que se establezca el diagnóstico. En cualquiera de ellas, la respuesta de la familia frente a la enfermedad, el paciente experimentará de acuerdo con sus creencias previas y sus expectativas, un sufrimiento relacionado con la enfermedad crónica o más aún, con la pérdida de salud ("<http://www.stonehand.com/hh/chap13>)

El diagnóstico de DM2 o la aparición de sus complicaciones se realiza con más frecuencia en la cuarta etapa del ciclo vital familiar. Esta se inicia con la salida del primer hijo del hogar paterno, cuando los cónyuges tienen alrededor de 50 años y termina aproximadamente a los 65. En esta fase de contracción, la marcha de los hijos condiciona una nueva relación en la pareja. La mujer se encuentra generalmente sin el objetivo esencial de su vida que venía constituido por la crianza de los hijos. El marido revisa su trayectoria vital, generalmente enfrentándose con el problema de la jubilación. Aparecen otros problemas de salud prevalentes a estas edades. El diagnóstico de Diabetes o la aparición de

sus complicaciones, instaura un nuevo acontecimiento estresante en un momento del ciclo vital familiar en el que son necesarios todos los recursos para lograr los cambios adaptativos imprescindibles para superar esta etapa de forma funcional. Como en otras familias en la que uno de sus miembros padece una enfermedad crónica, es posible que se culpe a la familia de todos los problemas relacionados a la diabetes, achacando a esta la existencia de una disfunción familiar que dificultará por su parte, en un círculo vicioso, el correcto control de la enfermedad (["http://www.stonehand.com/hh/chap13"](http://www.stonehand.com/hh/chap13))

2.6 Adherencia al tratamiento

El término adherence, refiere una " acción, este término se emplea para implicar un compromiso de colaboración activa e intencionada del paciente en un curso de comportamiento, aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado (Di Matteo ,1982).

En los últimos años se han propuesto en el ámbito de la psicología de la salud, y en particular en el campo de la prevención, distintos modelos comportamentales para explicar el comportamiento de la salud de los individuos. No obstante, retomando la exposición de Leventhal (1993) sobre los modelos conductuales que se han ocupado de la adhesión, se identifican los que han dado en llamarse:

- a) Modelos operantes
- b) Modelos de comunicación
- c) Modelos cognitivos

La repercusión tal vez más evidente del incumplimiento es el fracaso terapéutico, además del incremento del coste económico, sanitario y social por la repetición de

pruebas diagnósticas, nuevos tratamientos o bajas laborales que, a menudo, el paciente solicita cuando no se ha resuelto definitivamente su problema. Sin importar también, el potencial malestar y desajuste social y psicológico del propio paciente (Hanson, 1988).

Por otra parte, en la medida en que los resultados negativos puedan atribuirse al incumplimiento se compromete enormemente la evaluación objetiva de la efectividad de los tratamientos. Así podría ocurrir que habiendo un correcto proceder diagnóstico y un cumplimiento adecuado, se produzca un fracaso terapéutico debido a la inadecuación de la terapia. Al margen de las consecuencias sanitarias que se pudieran derivar de estas situaciones, en estos casos sería precisamente la ineficacia del tratamiento lo que imposibilitaría que se estableciese relación alguna entre la actuación del paciente (por lo demás, conforme a la prescripción) y la reducción del malestar. Por otra parte, también hay que reconocer que, aunque en otras épocas la falta de adhesión pudo haber sido una cuestión de sentido común o supervivencia dada la dudosa entidad sanatoria de ciertos tratamientos (purgas, sanguijuelas, trepanaciones, etcétera), actualmente la medicina dispone de procedimientos eficaces para el tratamiento de la mayoría de las enfermedades que pierden o carecen de la eficacia apetecida porque no se cumplen, especialmente, cuando es el paciente quién debe asumir una función activa en su tratamiento. La promoción de la adhesión terapéutica tiene, en definitiva una importancia decisiva. En términos generales, el adecuado cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica (por ejemplo, administrarse un medicamento) (Hanson, 1988).

2.6.1 Factores del paciente en la adherencia al tratamiento

Culturales: Las personas con un nivel escolar superior (estudios superiores o preparatoria), son generalmente pacientes que tienen un claro entendimiento de su padecimiento y consideran que su enfermedad es importante y son por lo regular, los que logran cumplir de manera adecuada el tratamiento. Por el contrario, quienes poseen un nivel cultural menor, consideran que la diabetes no llegará a tener efectos adversos sobre la calidad de vida; este tipo de enfermos son claramente menos adherentes al tratamiento y más reacios a seguir las instrucciones médicas (Olmedo,1998).

En nuestro medio, la medicina informal o medicina tradicional juega un papel importante en la falta de apego al tratamiento. Este tipo de práctica carece de fundamentación científica; sin embargo, la población general la utiliza en virtud de que les resulta más económica y los tratamientos que se emplean son más parecidos a su estilo de vida. Obviamente, los resultados son impredecibles en lo que se refiere al control de la enfermedad, e incluso en muchas ocasiones dañinos nos referimos a dietas esotéricas o "naturistas" y a terapeutas o curanderos que se anuncian en el periódico (Olmedo,1998).

Las falsas creencias de la población en muchas ocasiones impiden seguir adecuadamente un tratamiento. Tal es el caso de la insulina, que consideran es dañina y que provoca ceguera. Esta concepción carece de sustento científico; sin embargo, esa población la tiene arraigada y siente temor cuando el médico le indica que utilizará ese fármaco para el control de su enfermedad. La mayor parte de las veces el enfermo que tiene este tipo de creencias cambiará de médico para escuchar otra opinión o, en el peor de los casos, recurrirá a la charlatanería de la

medicina informal antes mencionada. En el mismo contexto encontramos el temor a la hipoglicemia, la cual puede ocurrir después de llevar en forma adecuada el tratamiento, por lo general después de realizar un ejercicio intenso, u omitir por descuido un alimento. En estos casos, los enfermos desarrollan un temor enfermizo (fobia) hacia la hipoglicemia, por lo que dejan de tomar sus medicamentos, o incrementan la ingesta de alimento (Olmedo,1998).

Conductuales: Los aspectos conductuales (muy ligados a la cultura propia de cada persona), crean barreras difíciles de romper cuando se pretende cambiar los hábitos cotidianos de un enfermo, aún cuando éste tenga toda la intención de cooperar en su tratamiento. En nuestra sociedad, los factores predisponentes de mayor peso en este aspecto vienen generados por las actividades laborales de los enfermos. Los horarios de comida y el tipo de alimento ingerido estarán supeditados al tipo de trabajo que se desempeña; asimismo la posibilidad de desarrollar ejercicio o las restricciones en la ingesta de bebidas alcohólicas estarán también influidas por su trabajo. Aunque no existen conclusiones definitivas, la conducta será modificada de alguna manera al tener conciencia de su propia enfermedad (Olmedo,1998).

Económicos: Indudablemente, en las clases sociales menos pudientes, el factor económico influye de manera negativa para un apego terapéutico total. Baste mencionar que este tipo de enfermedad requiere del uso de fármacos y restricciones dietéticas por tiempo indefinido lo que genera gastos adicionales. Por otra parte, en la mayoría de las ocasiones el diabético requerirá una dieta diferente a la del resto de la familia. Es probable que este factor económico sea en múltiples ocasiones el responsable del abandono de un tratamiento adecuado en los

enfermos diabéticos, aún cuando la intención de seguirlo sea completa (Olmedo,1998).

2.6.2 Factores del entorno social

Apoyo de familiares y amigos: Es probable que la mayor dificultad encontrada por un enfermo diabético sea el rechazo o aislamiento de su núcleo social y familiar. Por lo tanto, cuando en estos núcleos existe la aceptación del padecimiento y la idea de apoyo al enfermo, a éste se le facilitará el apego terapéutico. El apoyo brindado por los familiares es distinto al apoyo que los amigos pueden darle. La Greca (1995), menciona que en el adolescente diabético la familia provee al enfermo de apoyo principalmente relacionado con la aplicación de insulina, monitoreo de la glicemia y la dieta; en contraste, los amigos le proporcionan mayor apoyo emocional. Se ha visto que cuando los cónyuges son mayores que los enfermos, aquellos le prestan mayor atención a la enfermedad del esposo (a), y que cuando la enfermedad oscila entre 5 y 10 años, el apoyo es mayor. Si la diferencia es mayor, no se encontrará un verdadero auxilio, ya que en estos casos el enfermo deberá auxiliar a su cónyuge.

Ambientales: El ambiente sociocultural en el que se desarrolla el enfermo diabético puede influir de manera negativa en su tratamiento. En esta sociedad mexicana, tan dada a las fiesta y los antojitos, el diabético experimentará tentaciones difíciles de vencer que lo llevarán a romper su régimen dietético, o a no cumplir con la toma de medicamentos.

Accesibilidad a los servicios de salud: Se pueden describir dos variedades: el aspecto social organizado y el geográfico, que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del enfermo para obtener atención médica. Entre éstos se puede citar el genero del médico, los honorarios, la especialidad, etc. Por el lado de la accesibilidad geográfica se refiere a que la distancia que debe recorrerse para ser atendido. También se debe considerar la "voluntad" del diabético de recibir atención, la cual depende de su actitud y su conocimiento acerca de la atención de salud, así como de las definiciones sociales y culturales de la enfermedad que el individuo ha asimilado

2.6.3 Evaluación de la Adhesión

Se han utilizado varios procedimientos de evaluación de la adhesión terapéutica, aunque no siempre ofrecen una referencia fiable y válida de la incidencia y factores asociados. Las siguientes medidas empleadas son las siguientes:

La medida más frecuente es el autoinforme, es decir, preguntar directamente al paciente cómo ha seguido las indicaciones. La deseabilidad social o simplemente el olvido constituyen sesgos importantes. Por otra parte, el entrenamiento del interlocutor para precisar e identificar errores es una variable destacada. En este sentido, se ha observado, por ejemplo, que cuando lo médicos preguntan al paciente sobreestiman el cumplimiento y no parecen capaces de detectar a los pacientes no-cumplidores (Masek,1982).

Otra estrategia es la autoobservación y registro de las condiciones de tratamiento. Unas veces, se trata de un recuento de pastillas. Otras de procedimientos computarizados o mecanizados para medir algunas variables fisiológicas (por

ejemplo, glucemia, flujo de aire espirado, etc.) En este caso es usual que el profesional de la salud observe cómo el paciente realiza las tareas requeridas a fin de comprobar que puede hacer lo que se encomienda en relación a su tratamiento (por ejemplo, autoinyección de la insulina) y entrenen a la persona sobre cómo y cuando observar y registrar. Este método, aunque más objetivo, es difícil de implantar. Los pacientes no complementan los registros o bien lo hacen incorrectamente. No puede olvidarse que se está requiriendo al sujeto que realice otra tarea adicional a su régimen de tratamiento. Las limitaciones de este procedimiento de evaluación no siempre permiten asegurar que los datos reflejen realmente la incidencia y determinantes de la adhesión en cada momento (Masek, 1982).

Otras medidas, aunque solo potencialmente útiles para evaluar la adhesión a los tratamientos farmacológicos, son el empleo de marcadores bioquímicos incorporados a la medicación son indicadores de la tasa de consumo, pero no informan de cómo o cuándo se ingirió la sustancia, es decir, si el paciente respetó su régimen del modo adecuado para lograr el efecto.

Por último se han utilizado los resultados clínicos como otra forma de medir la adhesión. Se supone que existe una relación directa entre el tratamiento y el resultado deseable. Este planteamiento es, desde luego, inaceptable, y más aún desde un análisis psicológico (Masek, 1982).

En resumen, encontrar indicadores válidos de la adhesión terapéutica es problemático.

2.6.4 Factores asociados a la adhesión terapéutica

A pesar de estas limitaciones, existen innumerables trabajos que han tratado de establecer relaciones entre la adhesión terapéutica y múltiples variables de tipo sociodemográfico, personalidad, inteligencia, actitudes características de la enfermedad, del régimen del tratamiento y de la interacción entre el paciente y el profesional de la salud (Fernández, 1996).

Los distintos factores referidos con mayor frecuencia pueden agruparse en cuatro categorías:

a) Variables de la enfermedad. Los síntomas parecen desempeñar un papel importante en el cumplimiento de las prescripciones. Efectivamente, cuando los síntomas tienen un inicio agudo, son reconocibles, molestos, y se alivian con el tratamiento, la probabilidad de adhesión es mayor. Por el contrario, es baja cuando la enfermedad no provoca síntomas identificables (por ejemplo, hipertensión), cuando se mantienen constantes durante largo tiempo facilitando la adaptación del paciente a un estado sintomático o cuando los propios síntomas dificultan el cumplimiento de las prescripciones (por ejemplo, alucinaciones en la esquizofrenia o el glaucoma en la diabetes) (Godoy, 1994).

b) Variables de tratamiento. Puede decirse que, en conjunto, las condiciones del tratamiento son las que mejor dan cuenta de la probabilidad de adhesión. Es seguro que cuanto más complejo, interfiere con el estilo de vida del paciente, duradero (tratamientos crónicos o profilácticos) y escasa o inadecuadamente supervisado sea el tratamiento, menor será la adhesión (Godoy, 1994).

c) Variables de la relación médico paciente. Los principales componentes que se han señalado como determinantes de la satisfacción del paciente son una

buena comunicación y mantener una relación respetuosa y cordial encaminada a mejorar el grado de comprensión y colaboración del paciente en el programa de tratamiento. Con relación a la comunicación, es conocido que saber más acerca de algo no mejora necesariamente el cumplimiento, es necesario que el profesional de la salud informe a los pacientes todo lo necesario sobre el tratamiento. Se ha comprobado que, como promedio, los pacientes son capaces de recordar, incluso minutos después de la entrevista, el 50% de la información que reciben; además, entre el 30% y el 50% de las instrucciones se comprenden erróneamente. Pero también más del 80% de los pacientes desea más información de la que dispone y están insatisfechos con la recibida (Godoy, 1994).

Por lo que respecta a la importancia de las actitudes del terapeuta, en concreto mantener una actitud empática, no solo se ha relacionado con una mejor adhesión sino que se ha considerado como un elemento crucial para el cambio terapéutico. La efectividad de un trato cordial que, al menos como una norma de urbanidad debería ser un mínimo inherente al comportamiento profesional, sólo se podrá explicar por la inmediata repercusión práctica que para el paciente tuviese la relación, como por ejemplo ofrecer una información simple, precisa y operativa de las tareas que debe realizar el paciente, adecuar en lo posible el tratamiento a su ritmo de vida o facilitar el recuerdo de las prescripciones (control estímulos ambientales, social, etc.) (Godoy, 1994).

d) Variables del paciente. Las variables del paciente son las que en menor valor han mostrado como predictores asociados a la adhesión. Algunos autores han observado que existe alguna relación entre adhesión y edad; ahora bien, esta

relación vendría mediada por factores como el tipo de enfermedad y la duración y complejidad del tratamiento (White, 1995). En cuanto al sexo, algunos autores han encontrado diferencias entre hombres y mujeres en relación al cumplimiento de tareas específicas de los tratamientos. Con relación a las variables de personalidad, su peso no parece importante. Una variable que sí se ha relacionado con la adhesión y con la mejora terapéutica son las expectativas del paciente sobre la enfermedad, es decir, sus creencias sobre las causas, el curso y las consecuencias de la enfermedad y su tratamiento (Demarbre, 1994).

No obstante, no debe de olvidarse que con ello no siempre se neutraliza el efecto que ciertas condiciones ambientales y sociales pueden ejercer para mantener ciertas prácticas (a veces de tipo cultural y muy arraigadas) que interfieren en el seguimiento correcto de las prescripciones (por ejemplo, "descansar" un tiempo cuando se toma un medicamento de forma habitual. Las expectativas del paciente, antes que con la adhesión, se han relacionado con los beneficios terapéuticos. Esta suerte de disponibilidad del paciente el relación al valor del tratamiento afecta tanto a prácticas sanitarias reconocidas (medicina, psicología, etc.) como a prácticas mágicas (curanderos, videntes, etc.) o religiosas. Sin embargo, lejos de ser un efecto esotérico, puede describirse en términos conductuales (Amigo, 1998).

En los distintos contextos, fundamentalmente el sanitario y el familiar, en los que el paciente interacciona en relación a su tratamiento, se establecen una serie de relaciones y contingencias que pueden afectar también decisivamente el mantenimiento de la adhesión terapéutica. Por lo que se refiere al ámbito familiar no puede olvidarse que, generalmente, las recomendaciones terapéuticas no

llegan a incorporarse en las rutinas diarias del paciente sin alterar en buena medida, los hábitos de aquellos que conviven con él, ya sean situaciones específicas (por ejemplo, cambio de menús), ya sean las condiciones ambientales (por ejemplo, eliminar objetos donde se acumulen ácaros) e, incluso, las pautas de relación (por ejemplo incremento de tareas cotidianas para algún miembro). Estas contingencias potencialmente adversas pueden superar fácilmente los beneficios a los que se expondría la familia. De manera que no cabría esperar que los cambios que se produjesen fuesen duraderos, con lo que, adicionalmente, se estaría socavando la adhesión del paciente. Las prescripciones deben tener en cuenta la interdependencia de la conducta del paciente con la de otras personas relevantes en su vida cotidiana. Cuanto mayor sea dicha interdependencia, más dificultades habrá para introducir cambios. Incluso cuando las prescripciones no compitan directamente con las rutinas de la familia, podría ocurrir que contravengan ciertas costumbres o creencias arraigadas en el contexto social del paciente, en cuyo caso las contingencias sociales a las que está expuesta esa persona tampoco facilitará el mantenimiento de la pauta terapéutica (Amigo,1998).

2.6.5 Adhesión al tratamiento en la diabetes mellitus tipo 2

La diabetes es, hoy por hoy, uno de los más frecuentes problemas de salud. Así, el objetivo del tratamiento a la diabetes consiste en poner en práctica un complejo programa encaminado a ejercer un control externo sobre la glucosa. Puede afirmarse, sin duda, que entre un diagnóstico preciso y un tratamiento eficaz media un cambio en el comportamiento del paciente. El diabético debe adquirir una serie de habilidades con distinto grado de complejidad que, muchas veces,

exige la modificación de sus hábitos anteriores, lo que puede explicar que el seguimiento de las prescripciones sea particularmente pobre. Se estima que sólo entre un 7% y un 20% de los pacientes cumplen todas las condiciones, mientras que un 75% incumple su dieta, un 80% comete errores en la administración de insulina (Sherbourne y cols, 1992).

2.6.6 Las barreras para la adhesión al tratamiento diabetológico

Las principales dificultades para la adhesión al tratamiento diabetológico tienen que ver con múltiples condiciones ligadas al estilo o las condiciones de vida de los pacientes que se escapan, habitualmente, al análisis y control médico. Se han puesto de relieve a menudo y son:

- La complejidad y cronicidad del tratamiento. Baste señalar que los distintos componentes del tratamiento (medicación, dieta, ejercicio) han de administrarse coordinados a lo largo del día y durante toda la vida. Sin ignorar, además, la aversividad de las medidas terapéuticas (una o más inyecciones de insulina diaria y controles de glucemia) (Alvárez, 1996).
- Las modificaciones en el estilo de vida. Éstas vienen dadas por los cambios y restricciones en la dieta, la modificación de los hábitos de ejercicio físico, el control de situaciones cotidianas estresantes, además del tiempo requerido para la administración de insulina y la medida diaria de las glucemias y otros cuidados personales. Por lo demás, los contextos en los que han de ocurrir las nuevas conductas son, evidentemente, los mismos que hacían adecuadas, hasta ese momento, las anteriores pautas de alimentación, de ejercicio, etc. (por ejemplo, realizar ejercicio después del trabajo). Ello significa que las

claves contextuales y las contingencias sociales pueden suponer barreras continuas a la adhesión. Por otra parte, la interdependencia de la conducta del sujeto con otras personas, ya sean familiares o amigos (respecto a las conductas que afectan al tratamiento) puede suponer también otra importante barrera cumplimiento. Alternativamente, podría decirse que el apoyo familiar es una condición facilitadora del tratamiento. Es cierto que la colaboración de una persona relevante para el enfermo podría favorecer el mantenimiento de nuevas rutinas de ejercicio físico. Ahora bien, no es menos cierto que el apoyo inicial no suele mantenerse mucho tiempo, simplemente, cabe la posibilidad de que el momento destinado, por ejemplo, al ejercicio compite con otras actividades personales o que antes hacían juntos (Alvárez, 1996).

- La ausencia de síntomas. Un cumplimiento moderado suele permitir un estado asintomático aunque metabólicamente descompensado. Durante los episodios hiperglucémicos la mayoría de los diabéticos no tienen síntomas. Por otra parte, aunque existen una serie de síntomas neurogénicos y neuroglucopénicos indicativos de descompensación, es un hecho que cada paciente suele tener un patrón idiosincrásico y además cambiante a lo largo del tiempo, lo que supone una clara dificultad para discriminar e interpretar los síntomas.
- Las complicaciones asociadas (ceguera, nefropatías, etc.) ocurren a largo plazo, perdiendo, en buena medida, su potencial efecto adverso, con lo cual no cabe esperar que esta condición actúe como un reforzador de la adhesión.

contingente al cumplimiento. En definitiva, la contingencia adhesión-normalización glucémica no es segura en modo alguno (Alvárez, 1996).

Las consecuencias de un seguimiento correcto (tal y como se han descrito) son, en muchos casos más punitivas que las del incumplimiento. Es ilustrativo que, entre todos los componentes del tratamiento, la dieta y el ejercicio son los que mayores porcentajes del incumplimiento presentan (Alvárez, 1996).

Parece evidente entonces, que los problemas relacionados con el seguimiento del tratamiento y por tanto, con el propio ajuste metabólico son un asunto fundamentalmente conductual, sujeto a la evaluación e intervención psicológica, además de la médica.

2.6.7 Programas para facilitar la adhesión diabetológica

2.6.7.1 Programas educativos

Asegurar el cumplimiento de las prescripciones y, más aun, lograr que los pacientes autorregulen las condiciones del tratamiento para mantener dentro de la normalidad los niveles de glucemia son los objetivos y la mayor preocupación de cualquier programa diabetológico. Las estrategias de intervención han girado básicamente en torno a la educación o al cambio de conducta de los pacientes diabéticos (Goodal, 1991).

Desde los equipos médicos se han desarrollado programas de educación como un medio eficaz para mejorar la adhesión. El supuesto que subyace es que el nivel de conocimientos está relacionado con los resultados. Así, entendiendo a las diversas peculiaridades de los pacientes y las familias (edad, fase de la enfermedad, nivel sociocultural, etc.), se proporciona a los diabéticos la

información necesaria acerca de la naturaleza de la diabetes y los tratamientos disponibles. Los resultados de los programas educativos frecuentemente no correlacionan con el control de la enfermedad. La mayoría de los programas, aunque aumentan el nivel de conocimientos, o bien no tienen efecto o bien no es duradero o bien no es duradero sobre el control, pudiendo atribuirse los resultados favorables a otras variables como la atención recibida. Finalmente, la conclusión más razonable es que los conocimientos, aunque necesarios, no son suficientes para cambiar la conducta y obtener un mejor control diabetológico (Goodal, 1991).

2.7.7.2 Programas de modificación de conducta

Frente al elevado costo y escasos resultados de los programas educativos tradicionales, los programas conductuales han supuesto una alternativa. Se han dirigido a implantar las habilidades pertinentes para el adecuado cumplimiento de todas o, de forma específica, alguna de las condiciones del tratamiento. Entre los procedimientos más empleados cabe citar los siguientes: asignar de manera específica y operativa las tareas a realizar; proporcionar señales y claves para conductas específicas; adaptar el régimen de tratamiento a las necesidades específicas del paciente; elaborar contratos que definan las contingencias en caso de cumplimiento y, alternativamente, de incumplimiento. Los resultados demuestran la superioridad de éstas técnicas en el desarrollo de conductas específicas y un mejor control,. Sin embargo aún no está definida su utilidad diferencial en función de las conductas a desarrollar y las peculiaridades de los pacientes (Nieto,1990).

Los métodos de intervención conductual pueden, sin duda, ofrecer herramientas muy útiles para mejorar la adhesión al tratamiento diabetológico; teniendo en cuenta la más o menos rápida recuperación de la situación inicial de los pacientes que se observa en muchos programas, un aspecto a conocer es en qué medida factores como la atención prestada y las expectativas del paciente respecto a la enfermedad y su tratamiento contribuyen al cumplimiento de las prescripciones. Un problema habitual es la escasa fiabilidad y validez que ofrecen los registros de los pacientes, especialmente en lo que respecta a la observación de la dieta y las rutinas cotidianas. Desde esta perspectiva, los autores y su equipo vienen desarrollando un programa para la promoción de la adhesión diabetológica en que el régimen del tratamiento diabético se entiende como un comportamiento complejo que el diabético debe aprender y asimilar en su rutina cotidiana de forma definitiva y sin que entre en competencia con sus actividades diarias (Nieto, 1990). De acuerdo con el análisis de conducta, el primer requisito de la intervención consiste en identificar y operativizar las conductas específicas que median en el seguimiento de cada una de las citadas condiciones de tratamiento en cada diabético. Estas conductas constituyen propiamente los requisitos de cada condición de tratamiento que se habrán de especificar desde los componentes más simples hasta los más complejos y siempre en términos operativos (Nieto, 1990).

El segundo requisito es identificar para cada paciente sus habilidades y sus déficit para el manejo de cada condición del tratamiento diabetológico. Mediante registros de conducta, se recoge información acerca de las habilidades y déficit específicos en relación al cumplimiento y la automanipulación de cada condición del

tratamiento, las rutinas cotidianas, a fin de adaptar las exigencias del tratamiento al estilo de vida (y las demandas ambientales) de cada individuo, y la presencia de conductas desadaptadas a causa de la diabetes (dependencia, ansiedad, abandono de actividades gratificantes, depresión, etc.). Esta evaluación permite establecer la línea base de cada paciente y configurar un plan de acción individualizado, lo que no excluye que la intervención pueda realizarse en grupo (Nieto, 1990).

El tercer requisito es establecer las metas de la intervención para cada diabético. Se trata de operativizar las conductas e implantar (o eliminar). Se jerarquizarán procurando siempre facilitar la incorporación efectiva en la vida del paciente de las distintas pautas del tratamiento, desde las más simples hasta las más complejas. Así, en cada sesión, se establecen metas concretas de cambio atendiendo a la condición particular de cada individuo, sus recursos y las condiciones facilitadoras o entorpecedoras derivadas de su estilo de vida o ambiente. Los objetivos han de ser siempre relevantes pues, en definitiva, de la implantación de estas conductas dependerá tanto el logro de la adhesión al tratamiento como la capacitación del sujeto para el autocontrol de la glucemia (Harris, 1998).

A pesar de las limitaciones que se han comentado, es indiscutible que sólo la práctica del comportamiento de las habilidades que requiere el complejo régimen diabetológico, y en los contextos del paciente que las hacen apropiadas, facilita la adhesión al tratamiento y, en consecuencia, una mejor prevención de las graves complicaciones degenerativas asociadas a esta enfermedad. Por tanto, y a modo de conclusión el profesional de la salud el que puede diseñar la autorregulación conductual de la terapéutica diabetológica (Harris, 1998).

CAPITULO 3

METODOLOGÍA

3.1 Diseño de estudio

La investigación es por el control de la maniobra de tipo Observacional, Descriptiva; por medición del fenómeno en el tiempo Transversal .

Observacional: Implica observar los aspectos de una situación determinada (Polit, 1997).

Descriptiva: El propósito de los estudios descriptivos es observar, describir y documentar diversos aspectos de una situación que ocurre de modo natural y, algunas veces, provee un punto de partida para la generación de hipótesis o el desarrollo de la teoría (Polit, 1997).

Transversal: Implica la obtención de datos en un momento específico, resultando particularmente adecuado para describir el estado de fenómenos determinados o de los resultados entre ellos en un momento dado (Polit, 1997).

3.2 Población

La población de interés para este estudio, fue constituida por personas de 20 a 69 años de edad con Diabetes Mellitus tipo 2, que viven en el módulo D de la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco, D.F.

3.3 Plan de muestreo y muestra

Se consideró como marco muestral el total de personas entrevistadas en la fase epidemiológica del proyecto Estilos de Vida de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 (ESVIDIM-2), de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO).

Del proyecto ESVIDIM-2, se consideró como marco muestral al total de personas censadas (n=395) de la comunidad seleccionada para posteriormente realizar un muestreo no probabilístico posestratificado, de personas con diabetes mellitus tipo 2, de las cuales se seleccionaron (n = 38).

3.4 Material y métodos

Con la aprobación del protocolo por la Coordinación de Servicio Social y opciones terminales de titulación de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, y previa aceptación informada de los participantes, se desarrolló el presente estudio.

Materiales: Se aplicó una encuesta elaborada por la autora de este estudio, consta de 17 preguntas en total; que permite estimar: a) factores sociodemográficos (nombre, domicilio, edad, género, escolaridad, ocupación, ingreso mensual,

tiempo de evolución de la enfermedad, número de personas que integran su familia), b) apoyo familiar , c) adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.

Métodos: Con base en los elementos aportados en el curso previo de sensibilización de la comunidad, se proporcionaron los elementos para dar a conocer a la comunidad el propósito, metas del proyecto.

Se realizó una prueba piloto del instrumento elaborado por la autora del estudio a veinte personas con diabetes seleccionadas al azar que viven en el módulo C de San Luis Tlaxiatalcalco, Xochimilco, D.F. Una vez contestado se realizaron las observaciones relacionadas con las dudas o dificultades que existan en relación a la comprensión de las preguntas, identificando el grado de complejidad del instrumento para así eliminar o hacer los ajustes necesarios para una mejor comprensión.

Con base a los datos obtenidos en la encuesta epidemiológica ESVIDIM-2, de las personas con diabetes, se seleccionaron los domicilios y se procedió a visitarlos, en caso de no encontrar a la persona indicada, se procedió a extender una cita.

En el domicilio, se procedió a explicar a los sujetos de estudio los propósitos de la entrevista para lo cual se pidió su consentimiento verbal. El encuestador vigiló que se encontrara completo para posterior análisis. Los instrumentos fueron aplicados por la autora del estudio.

3.5 Criterios

Criterios de inclusión: Personas con diabetes mellitus tipo 2 mayores de 20 años y menores de 69 años de edad, con residencia permanente en la comunidad

en estudio, que acepten de manera informada y por escrito participar en el estudio.

Criterios de exclusión: Personas con discapacidad física para comunicarse, cambio de residencia próxima, enfermedades crónicas agregadas e indisposición para proporcionar información bajo consentimiento.

Criterios de eliminación: Personas que no respondan por completo las preguntas del cuestionario.

3.6 Variables

Las variables de estudio son:

Variable Independiente

Apoyo familiar

Diabetes tipo 2

Variable Dependiente

Adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (Ver apéndice B).

3.7 Plan de Análisis

Una vez recopilados todos los datos, se procedió a estructurar una base de datos en el programa estadístico SPSS V 10 y en el programa Excel, a fin de realizar el análisis estadístico de los datos, obteniendo tablas de frecuencia y porcentajes.

Operacionalización de variables

Definición teórica	Definición operativa	Preguntas	Opciones de respuesta	Escalas de medición
Factores sociodemográficos: Es el término dado a numerosos factores que potencialmente influyen en la capacidad de una persona para realizar la adherencia al tratamiento	Factores Sociodemográficos: Corresponden a edad, género, escolaridad, estado civil, tiempo de evolución de la enfermedad, número de personas que integran su familia.	Edad en años	___ años cumplidos	ABIERTA
		Género	a)Masculino b)Femenino	DICOTOMICA
		Escolaridad	a)Analfabeta b)Primaria c)Secundaria d)Nivel técnico e)Preparatoria f)Licenciatura	NOMINAL
		Estado civil	a)Casada (o) b)Soltera (o) c)Unión libre d)Divorciada e)Viuda	NOMINAL
		Tiempo de evolución de la enfermedad	___ años que indica la persona con diabetes	ABIERTA
		Número de personas que integra su familia	Se registra según lo indicado por la persona con diabetes	ABIERTA

Definición teórica	Definición operativa	Preguntas	Opciones de respuesta	Escalas de medición
<u>Adherencia al tratamiento:</u> Es la necesidad de un seguimiento de las indicaciones terapéuticas por parte de las personas.	Se considera adherencia al tratamiento cuando la persona con diabetes cumple con los tres requisitos: en caso de llevar tratamiento farmacológico o en su defecto con la dieta y el ejercicio.	¿Consumes algún tipo de alimentación especial para el cuidado de la diabetes? Si la respuesta es afirmativa mencione que tipo de alimentación	a) si b) no a) Para diabético b) Para bajar de peso c) Para bajar el colesterol d) Otra (especifique)	DICOTOMICA NOMINAL DICOTOMICA
<u>Adherencia al tratamiento al tipo de alimentación:</u>	Se considera aceptable cuando la persona consuma algún tipo de alimentación especial para la diabetes y que tengan el conocimiento de los alimentos que tiene restringido consumir.	¿Encuentra alguna dificultad para consumir el tipo de alimentación especial? En caso de ser afirmativa la respuesta especificar ¿Conoce los alimentos que tiene restringido consumir? En caso de que la respuesta sea afirmativa, mencionar que tipo de alimentos	a) Si b) No a) Falta de recursos económicos b) Falta de tiempo y/o interés c) Falta de información d) Otra (especificar) a) Si b) No a) Pan, azúcar refinada, pasteles, grasas, refrescos b) Verdura, frutas, cereales, carnes blancas c) Frijol, garbanzo, lenteja d) Leche entera, queso amarillo	NOMINAL NOMINAL DICOTOMICA NOMINAL

Definición teórica	Definición operativa	Preguntas	Opciones de respuesta	Escala de medición
<u>Adherencia al ejercicio físico:</u>	Se considera adherencia al ejercicio físico, cuando se realiza dos o más días a la semana	¿Realiza algún tipo de ejercicio físico?	a) Si b) No	DICOTOMICA
		En caso de que la respuesta sea afirmativa, especificar el tipo de ejercicio físico que realiza	a) Caminar b) Correr c) Aeróbicos d) Otros	NOMINAL
		¿Cuántos días a la semana realiza este tipo de ejercicio?	a) Una vez a la semana b) Tres veces a la semana c) Cinco veces a la semana d) Diario	NOMINAL
		¿Desde que usted sabe que es diabético realiza ejercicio físico?	a) Si b) No	DICOTOMICA
		Mencione los beneficios que ha obtenido	a) Mantiene controlada el nivel de azúcar en la sangre b) Ayuda a bajar de peso c) Tranquiliza y/o relaja d) Otros (especifique)	NOMINAL
		En caso de no realizar ningún tipo de ejercicios físico, mencione las causas	a) Por falta de tiempo b) Falta de motivación y/o desinterés c) Discapacidad física d) Falta de información	NOMINAL

Definición teórica	Definición operativa	Preguntas	Opciones de respuesta	Escala de medición
<p><u>Adherencia al tratamiento farmacológico:</u></p>	<p>Se considera adherencia al tratamiento farmacológico, cuando la persona con diabetes tome los medicamentos diariamente y que algún miembro de su familia esté al pendiente de recordarle.</p>	<p>¿Toma algún medicamento para controlar el nivel de glucosa en la sangre?</p> <p>¿Alguna vez ha dejado de tomar los medicamentos?</p> <p>¿Algún miembro de su familia le recuerda tomar el medicamento para controlar el nivel de glucosa en la sangre?</p> <p>¿Encuentra dificultades para seguir el tratamiento farmacológico?</p> <p>En caso de que la respuesta sea afirmativa, mencionar que dificultades</p>	<p>a) Si b) No</p> <p>a) Si b) No</p> <p>a) Si b) No</p> <p>a) Si b) No</p> <p>a) Falta de recursos económicos b) Falta de tiempo c) Falta de interés d) Otro (especificar)</p>	<p>DICOTOMICA</p> <p>DICOTOMICA</p> <p>DICOTOMICA</p> <p>DICOTOMICA</p> <p>NOMINAL</p>

Definición teórica	Definición operativa	Preguntas	Opciones de respuesta	Escala de medición
<u>Adherencia al ejercicio físico:</u>	Se considera adherencia al ejercicio físico, cuando se realiza dos o más días a la semana	¿Realiza algún tipo de ejercicio físico?	a) Si b) No	DICOTOMICA
		En caso de que la respuesta sea afirmativa, especificar el tipo de ejercicio físico que realiza	a) Caminar b) Correr c) Aeróbicos d) Otros	NOMINAL
		¿Cuántos días a la semana realiza este tipo de ejercicio?	a) Una vez a la semana b) Tres veces a la semana c) Cinco veces a la semana d) Diario	NOMINAL
		¿Desde que usted sabe que es diabético realiza ejercicio físico?	a) Si b) No	DICOTOMICA
		Mencione los beneficios que ha obtenido	a) Mantiene controlada el nivel de azúcar en la sangre b) Ayuda a bajar de peso c) Tranquiliza y/o relaja d) Otros (especifique)	NOMINAL
En caso de no realizar ningún tipo de ejercicios físico, mencione las causas	a) Por falta de tiempo b) Falta de motivación y/o desinterés c) Discapacidad física d) Falta de información	NOMINAL		

Definición teórica	Definición operativa	Preguntas	Opciones de respuesta	Escala de medición
<p>Apoyo familiar: Es una de las funciones que realiza la familia cuando uno de sus miembros enferma, sirve como amortiguador del estrés que origina la enfermedad.</p>	<p>Para determinar la variable apoyo familiar, se tomarán en cuenta cinco indicadores: Primero si recibió apoyo por parte de algún familiar al enterarse que padece diabetes Segundo, de los miembros de la familia de quién recibió más apoyo. Tercero, participación de la familia en el cuidado de la diabetes. Cuarto, menciona que, si ante la presencia de la enfermedad la familia discute o pelea en relación a su cuidado y con que frecuencia lo hace. Quinto, menciona que, si sus familiares se preocupan por conseguir información sobre la diabetes para conocer más la enfermedad y con ello mejorar sus condiciones</p>	<p>¿Recibió apoyo de familia al enterarse que padece diabetes tipo 2? En caso de que la respuesta sea negativa como recibió la noticia</p>	<p>a) Si b) No</p>	DICOTOMICA
		<p>De los miembros de su familia de quién recibió más apoyo para el seguimiento del tratamiento</p>	<p>a) Indiferencia b) Desagrado c) Rechazo y/o abandono d) Otra (especifique)</p>	NOMINAL
		<p>¿Su familia participa en el cuidado de la diabetes? En caso de que la respuesta sea afirmativa, de que forma participa</p>	<p>a) Esposa (o) b) Padre c) Madre d) Hermana (o) e) Hijo(a) f) Otros, mencione quién</p>	NOMINAL
		<p>¿Ante la presencia de la enfermedad su familia discute o pelea acerca del</p>	<p>a) Si b) No</p>	DICOTOMICA
			<p>a) Me recuerda y/o acompaña a las citas con el médico b) Vigila la toma de los medicamentos c) Me motiva para la realización de ejercicio físico d) Prepara y/o consume los alimentos permitidos para las personas con diabetes</p>	NOMINAL
			<p>a) Si b) No</p>	DICOTOMICA

	de vida	<p>cuidado de la diabetes</p> <p>En caso de ser afirmativa la respuesta, mencione con que frecuencia discute</p> <p>¿Sus familiares se preocupan por conseguir información sobre la diabetes para resolver sus dudas, conocer más acerca de la enfermedad y con ello mejorar sus condiciones de vida?</p> <p>En caso de ser afirmativa la respuesta, mencione que tipo de información</p>	<p>a) Una vez a la semana b) Varias veces a la semana c) Una vez al mes d) Diario</p> <p>a) Si b) No</p> <p>a) Que es la diabetes y sus principales complicaciones b) El cuidado y tratamiento de la diabetes c) Tipo de alimentos que puede consumir la persona con diabetes d) Tipo de ejercicio físico que puede realizar</p>	<p>NOMINAL</p> <p>DICOTOMICA</p> <p>NOMINAL</p>
--	---------	---	--	---

3.8 Ética y Legislación del Estudio

Este estudio sigue las normas y lineamientos estipulados por el código de ética del Colegio Nacional de Enfermeras en México. Se siguieron las normatividades expuestas en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, este se desarrolla con base en los siguientes artículos:

Art.3.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan :

- Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.
- Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.
- A la prevención y control de los problemas de salud.
- Al conocimientos y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud.

Art.13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Art.16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

Art.17.- En el punto numero 1 investigación sin riesgo: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las

variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participen en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se les identifique ni se trate aspectos sensitivos de su conducta.

Art. 23.- En el caso de investigaciones con riesgo mínimo, la comisión de ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse por escrito y, tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá disponerse al investigador la obtención del consentimiento informado (SSA, 1987).

El código de ética del Colegio Nacional de Enfermeras proporciona valiosos lineamientos para la enfermera profesional, en lo que concierne a sus deberes y obligaciones para con el paciente, la profesión y la sociedad; tales como:

- Las responsabilidades de la enfermera son cuatro: procurar la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud perdida y aliviar el sufrimiento.
- Al proporcionar su atención, la enfermera otorga un entorno en el que se respeten los valores, costumbres y creencias religiosas del individuo.
- La enfermera mantendrá las máximas normas de atención de enfermería dentro de la realidad de un determinado estado.
- La enfermera comparte con los demás ciudadanos la responsabilidad de iniciar y apoyar los actos necesarios para cubrir las necesidades sociales y de salud públicas.

3.9 Recursos materiales

- **Área física del Centro Comunitario de atención primaria a la salud (CECOAPS)**
- **Instrumento de valoración en apoyo familiar y adherencia al tratamiento**
- **Artículos de papelería (plumas , lápices, hojas, etc.)**
- **Computadora e impresora**

3.10 Recursos Humanos

- **Asesoras del proyecto de investigación " Estilos de vida de las personas con diabetes mellitus tipo 2 de la comunidad de San Luis Tlaxiátemalco"**
- **Asesor estadístico y del departamento de medicina familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México**
- **Pasante del servicio social del proyecto de investigación de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia**

CAPITULO 4

RESULTADOS

Los resultados son presentados por medio de las tablas, donde se muestra la frecuencia y el resultado de cada variable, junto con estas se presenta la gráfica correspondiente.

De un total de (n=38) personas con diabetes que viven en el módulo D de la comunidad de san Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco, D.F., se obtuvieron los siguientes resultados; de los cuales se presenta la siguiente caracterización así como su cuadro, gráfica y descripción correspondiente.

El promedio de edad de las personas fue de 60 años. El promedio de tiempo de evolución de la enfermedad 42% de la población es de 6-10 años de 1-5 años, 19% 16 años o más y el 11% de 11-15 años. La distribución por género fue de 45% para hombres y 56% para mujeres. En relación con la escolaridad la mayor proporción de la población cuenta con educación primaria 82% seguida de secundaria con un 8%. En cuanto al estado civil se encontró que el 71% de las personas son casados y el 26% viudos. En relación a la ocupación 60% de la población se dedica al hogar, 21% a la Floricultura y el 11% son empleados. El 74% de la población recibe menos de un salario mínimo.

El 92% de la población mencionó contar con el apoyo familiar para el cuidado de la diabetes, la mitad de la población mencionó que el miembro familiar que brindó más apoyo fue el hijo (a) (50%), seguido con un 40% de los esposos.

El 92% de los familiares participan en el cuidado de la diabetes, el 44% participan recordándoles y/o acompañándolos a las citas con el médico, el 29% vigila la toma de medicamentos, el 16% preparan y/o consumen los alimentos y el 3% motiva para la realización de ejercicio físico.

El 71% de las personas con diabetes consumen algún tipo de alimentación especial para su cuidado, mientras que el 29% no; debido a la falta de recursos económicos, el 11% por falta de tiempo y/o interés y el 8% por falta de información.

El 72% de las personas con Diabetes Mellitas realizan ejercicio físico mientras que el 28% no.

El 100% de las personas con Diabetes Mellitas toman algún medicamento para controlar el nivel de azúcar en la sangre

Tabla 1

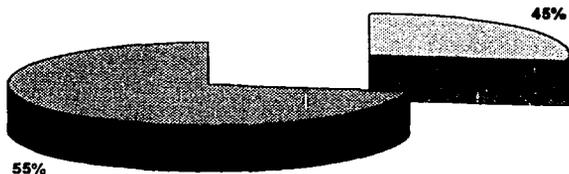
**Género .
San Luis Tlaxiatemalco, Xochimilco, D.F., 2001.**

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	17	45
Femenino	21	55
Total	38	100

Fuente: Encuesta Epidemiológica Familiar ESVIDIM-2, 2001.

Figura 1

Género



Fuente: Tabla 1

La figura 1 muestra que el 55% de personas con diabetes mellitus es población femenina, mientras que el 44% es masculina

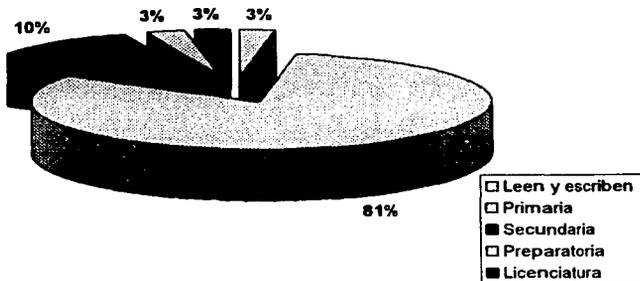
Tabla 2

Escolaridad
San Luis Tlaxiatalmalco, Xochimilco, D.F., 2001.

	Frecuencia	Porcentaje
Leen y escriben	1	3
Primaria	31	81
Secundaria	4	10
Preparatoria	1	3
Licenciatura	1	3
Total	38	100

Fuente: Encuesta Epidemiológica Familiar ESVIDIM - 2, 2001.

Figura 2
Escolaridad



Fuente: Tabla 2

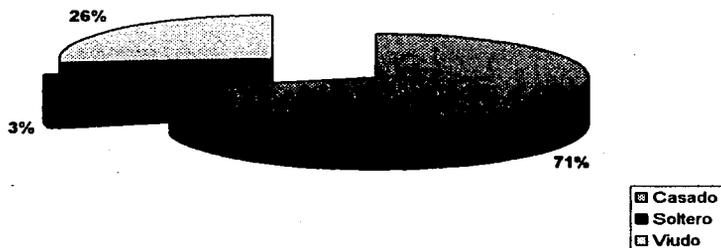
La figura 2 muestra que el 81% de las personas tiene el nivel primaria, el 11% con el nivel secundaria y el 3% saben leer y escribir.

Tabla 3
Estado civil
San Luis Tlaxiatermalco, Xochimilco, D.F., 2001.

	Frecuencia	Porcentaje
Casado	27	71
Soltero	1	3
Viudo	10	26
Total	38	100

Fuente: Encuesta Epidemiológica Familiar ESVIDIM-2, 2001.

Figura 3
Estado Civil



Fuente: Tabla 1

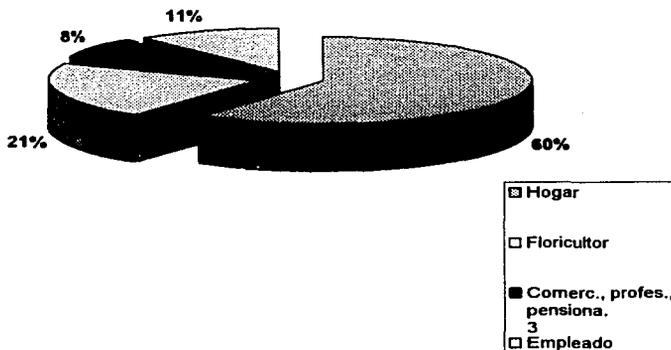
La figura 3 muestra que el 71% de las personas con diabetes, son casadas, el 26% son viudas y el 3% solteras.

Tabla 4
Actividades que realizan actualmente las personas con diabetes mellitus tipo 2
San Luis Tlaxiatalmalco, Xochimilco, D.F., 2001.

	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	23	60
Floricultor	8	21
Comerc., profes., pensiona.	3	8
Empleado	4	11
Total	38	100

Fuente: Encuesta Epidemiológica Familiar ESVIDIM-2001.

Figura 4
Ocupación



Fuente: Tabla 4

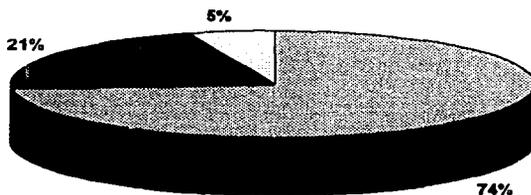
La figura 4 muestra que el 60% de las personas con diabetes se dedican al hogar, el 21% a la Floricultura, el 10% son empleados, y el 7.8% a otras actividades.

Tabla 5
Ingreso mensual
San Luis Tlaxiatlalcalco, Xochimilco, D.F., 2001.

	Frecuencia	Porcentaje
Menos 1 salario mínimo	28	74
1-2 salarios mínimos	8	21
Más de 3 salarios mínimos	2	5
Total	38	100

Fuente: Encuesta Epidemiológica Familiar ESVIDIM-2, 2001.

Figura 5
Ingreso Mensual



Fuente: Tabla 6

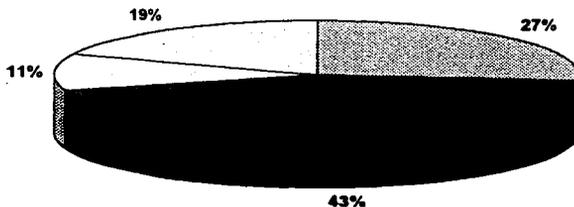
La figura 5 muestra que el 74% de la población con diabetes tipo 2 tiene un ingreso mens. menor al salario mínimo, el 21% tiene entre 1-2 salarios mínimos y el 5% tiene más de 3 salarios mínimos.

Tabla 6
Tiempo de evolución de la enfermedad
San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco, D.F., 2001.

	Frecuencia	Porcentaje
1-5 años	10	27
6-10 años	16	43
11-15 años	4	11
16- más	7	19
Total	38	100

Fuente: Encuesta Epidemiológica Familiar EVIDIM-2, 2001.

Figura 6
Tiempo de evolución de la enfermedad



Fuente: Tabla 6

La figura 6 muestra que el 43% de las personas con diabetes tiene entre 6-10 años con diabetes, el 27% entre 1-5 años, el 19% entre 16 años o más y el 1% entre 11 y 15 a.

Tabla 7
Número de integrantes familiares de las personas con diabetes
San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco, D.F., 2001.

	Frecuencia	Porcentaje
1	1	2.6
2	2	5.3
3	4	10.5
4	11	29
5	11	29
6	7	18.4
7	1	2.6
10	1	2.6
Total	38	100

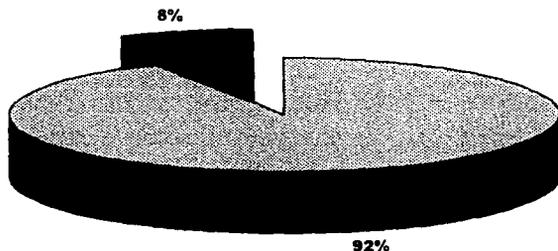
Fuente: Encuesta Epidemiológica Familiar EVIDIM-2, 2001.

Tabla 8
Apoyo Familiar de las personas con diabetes mellitus tipo 2.
San Luis Tlaxiatlaltemalco, Xochimilco, D.F., 2001.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	35	92
No	3	8
Total	38	100

Fuente: Encuesta Epidemiológica Familiar EVIDIM-2, 2001.

Figura 8
Apoyo Familiar de las personas con diabetes mellitus tipo 2



Fuente: Tabla 8.

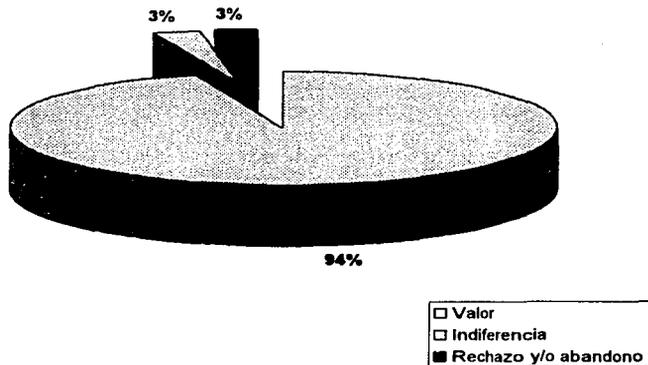
La figura 8 muestra que el 92% de las personas con diabetes reciben apoyo por parte de algún integrante de la familia al enterarse que padece diabetes tipo 2, mientras que el 8% no recibió ningún tipo de apoyo.

Tabla 9
En caso de no recibir apoyo, la familia como recibió la noticia sobre el diagnóstico de D.M. San Lius Tlaxiatemalco, Kochimilco, D.F., 2001.

	Frecuencia	Porcentaje
Valor	36	94
Indiferencia	1	3
Rechazo y/o abandono	1	3
Total	38	100

Fuente: Encuesta Epidemiológica Familiar EVIDIM-2, 2001.

Figura 9
En caso de no recibir apoyo, la familia como recibió la noticia sobre el diagnóstico de Diabetes Mellitus



Fuente: Tabla 9.

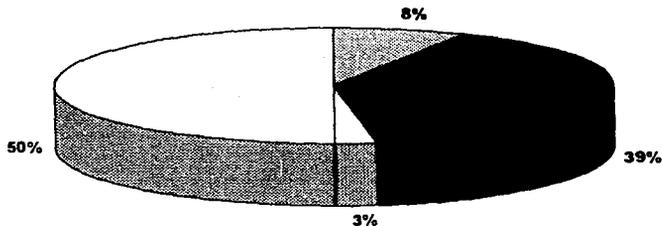
La figura 9 muestra que el 3% de las personas recibieron la noticia con indiferencia y con rechazo y/o abandono.

Tabla 10
Miembros familiares que brindaron más apoyo a la persona con diabetes mellitus tipo 2.
San Luis Tlaxiatemalco, Xochimilco, D.F., 2001

	Frecuencia	Porcentaje
Ningún miembro familiar	3	8
Esposa (o)	15	39
Hermana (o)	1	3
Hija (o)	19	50
Total	38	100

Fuente: Encuesta Epidemiológica Familiar EVIDIM-2, 2001.

Figura 10
Miembros familiares que brindaron más apoyo a la persona con diabetes mellitus tipo 2.



Fuente: Tabla 10

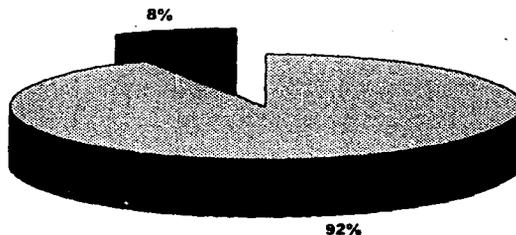
La figura 10 muestra que el 50% del apoyo brindado a las personas con diabetes fue por parte de los hijos, el 40% por parte del cónyuge y el 2% fue por parte de los hermanos.

Tabla 11
Participación familiar en el cuidado de la persona con diabetes mellitus tipo 2.
San Luis Tlaxiatemalco, Xochimilco, D.F., 2001.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	35	92
No	3	8
Total	38	100

Fuente: Encuesta Epidemiológica Familiar ESVIDIM-2, 2001.

Figura 11
Participación familiar en el cuidado de la persona con diabetes mellitus tipo 2.



Fuente: Tabla 11

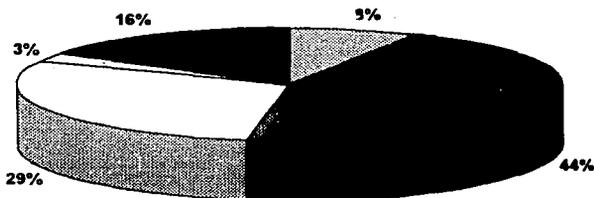
La figura 11 muestra que el 92% de los familiares participan en el cuidado de la diabetes tipo 2, mientras que el 8% no participan.

Tabla 12
Tipo de participación de los miembros familiares en el cuidado de la diabetes mellitus
tipo 2
San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco, D.F., 2001.

	Frecuencia	Porcentaje
No participa	3	8
Recuerda y/o acomp.al méd.	17	44
Vigila la toma de los medicam.	11	29
Motivación para el ejerc. Físico	1	3
Preparan y/o consumen alim.	6	16
Total	38	100

Fuente: Encuesta Epidemiológica Familiar EVIDIM-2, 2001.

Figura 12
Tipo de participación de los miembros familiares en el cuidado de la
la diabetes mellitus tipo 2.



Fuente: Tabla 12

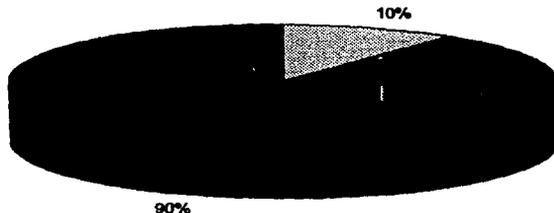
La figura 12 muestra que el 44% de los familiares participan recordándoles y/o acompañándolos con en las citas con el médico, el 29% vigila la toma de los medicamentos, el 16% preparan y/o consumen los alimentos, el 3% motiva para la realización de ejercicio físico y el 8% no participa

Tabla 13
Información de la Diabetes Mellitus en la Familia
San Luis Tlaxiátemalco, Xochimilco, D.F., 2001.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	10
No	34	90
Total	38	100

Fuente : Encuesta Epidemiológica Familiar ESVIDIM - 2, 2001.

Figura 13
Información de la Diabetes Mellitus en la familia



Fuente: Tabla 13.

La figura 13 muestra que el 90% de los familiares de las personas con diabetes tipo 2 no discuten o pelean por el cuidado de la diabetes, y el 10% no.

Tabla 14

**Frecuencia de Discusión
San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco. D.F., 2001**

	Frecuencia	Porcentaje
	0	
1 vez a la semana	34	89.5
Varias veces a la sem.	1	2.6
Total	38	100

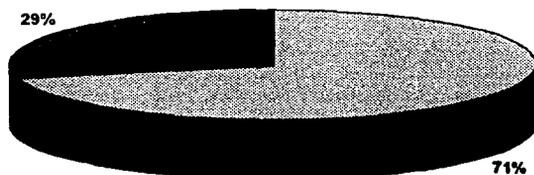
Fuente: Encuesta Epidemiológica Familiar ESVIDIM-2, 2001.

Tabla 15
La familia ha recibido información sobre el cuidado de la diabetes
San Luis Tlaxiátemalco, Xochimilco, D.F., 2001.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	27	71
No	11	29
Total	38	100

Fuente: Encuesta Epidemiológica Familiar Esvdim-2, 2001

Figura 15
La familia ha recibido información sobre el cuidado de la diabetes
mellitus tipo 2.



Fuente: Tabla 15.

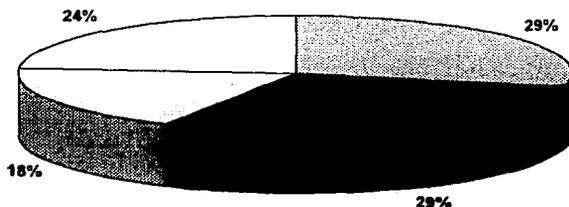
La figura 15 muestra que el 71% de los familiares han recibido información sobre el cuidado de la diabetes, mientras que el 29% no tienen ningún tipo de información.

Tabla 16
Información recibida por los miembros de la familia para el cuidado
de la diabetes mellitus tipo 2.
San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco, D.F., 2001.

	Frecuencia	Porcentaje
Ningún tipo de información	11	29
Que es la diabetes y complic.	11	29
Cuidado y tratamiento de diab.	7	18
Tipo de alimentos permitidos	9	24
Total	38	100

Fuente: Encuesta Epidemiológica Familiar EVIDIM-2, 2001.

Figura 16
Información recibida por los miembros de la familia para el cuidado
de la persona con diabetes mellitus tipo 2.



Fuente: Tabla 16.

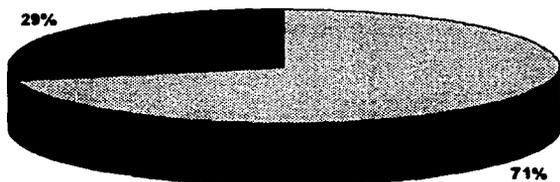
La figura 16 muestra que el 29% de las personas no han recibido ningún tipo de información para el cuidado de la diabetes tipo 2, el 29% de los familiares han recibido información sobre la diabetes y sus complicaciones, el 24% recibieron información sobre el tipo de alimentos que pueden consumir y el 18% recibió información sobre el tratamiento de la diabetes.

Tabla 17
Seguimiento de una alimentación especial para el cuidado de la diabetes mellitus
San Luis Tlaxiatempaico, Xochimilco, D.F., 2001.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	27	71
No	11	29
Total	38	100

Fuente: Encuesta Epidemiológica Familiar ESVIDIM-2,2001.

Figura 17
Seguimiento de una alimentación especial para el cuidado de la
Diabetes mellitus tipo 2.



Fuente: Tabla 17.

La figura 17 muestra que el 71% de las personas con diabetes consumen algún tipo de alimento especial para su cuidado, mientras que el 29% no.

Figura 18

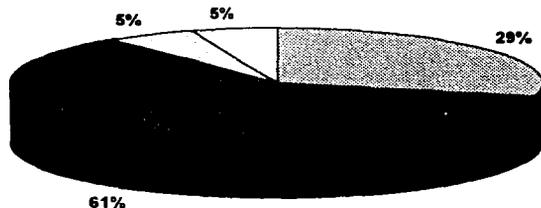
Tipo de alimentación que consume la persona con diabetes mellitus tipo 2. San Luis Tlaxiataltemalco, Xochimilco, D.F., 2001.

	Frecuencia	Porcentaje
Ningún tipo de alimentación	11	29
Para diabético	23	61
Para bajar de peso	2	5
Para bajar el colesterol	2	5
Total	38	100

Fuente: Encuesta Epidemiológica Familiar EVIDIM-2, 2001.

Figura 18

Tipo de alimentación que consume la persona con Diabetes Mellitus tipo 2.



Fuente: Tabla 18

La figura 18 muestra que el 61% de las personas con diabetes mellitus consumen la dieta para diabético, el 29% no consumen ningún tipo de alimentación especial para diabético, el 5% consumen dieta para bajar de peso y el 5% consumen Para bajar el colesterol.

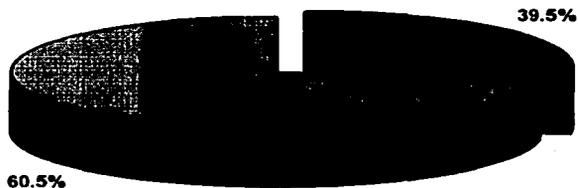
Tabla 19

**Dificultades para consumir algún tipo de alimentación especial
San Luis Tlaxiáltemalco, Xochimilco, D.F., 2001.**

	Frecuencia	Porcentaje
Si	15	39.5
No	23	60.5
Total	38	100

Fuente: Encuesta Epidemiológica Familiar EVIDIM-2, 2001.

Figura 19
Dificultades para consumir algún tipo de alimentación especial



Fuente: Tabla 19.

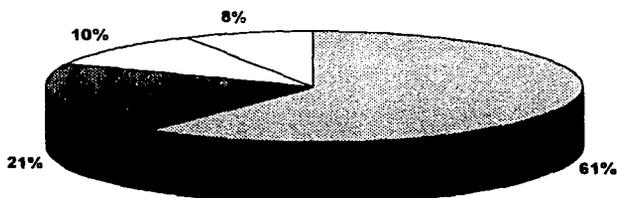
La figura 19 muestra que el 61% de las personas con diabetes encuentran alguna dificultad para consumir alimento especial para su cuidado, mientras que el 40% no.

Tabla 20
Tipo de dificultades que tiene la persona con diabetes para consumir algún tipo de alimentación especial para su cuidado.
San Luis Tlaxiatlalcalco, Xochimilco, D.F., 2001.

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna dificultad	23	61
Falta de recursos económicos	8	21
Falta de tiempo y/o interés	4	10
Falta de información	3	8
Total	38	100

Fuente: Encuesta Epidemiológica Familiar ESVIDIM-2, 2001.

Figura 20
Tipo de dificultades que tiene la persona con diabetes para consumir algún tipo de alimentación especial para su cuidado.



Fuente: Tabla 20.

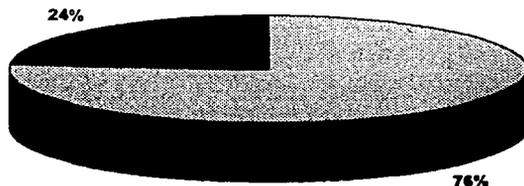
La figura 20 muestra que el 60% de las personas no presentan ninguna dificultad para consumir algún tipo de alimentación especial, el 21% no consumen por falta de recursos económicos, el 11% por falta de tiempo y/o interés y el 8% por falta de información.

Tabla 21
Conocimiento de los alimentos que tiene restringido consumir
San Luis Tlaxiatalmalco, Xochimilco, D.F., 2001.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	29	76
No	9	24
Total	38	100

Fuente: Encuesta Epidemiológica Familiar EVIDIM-2,2001.

Figura 21
Conocimiento de los alimentos que tiene restringido consumir la
persona con Diabetes Mellitus tipo 2



Fuente: Tabla 21.

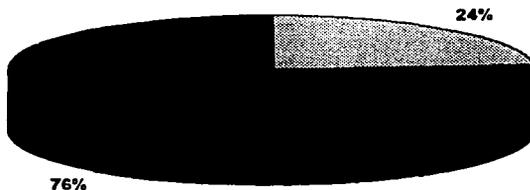
La figura 21 muestra que el 76% de las personas con diabetes tienen conocimiento de los alimentos que tienen restringido consumir, mientras que el 24% no.

Tabla 22
Tipo de alimentos que tienen restringido consumir las personas con diabetes mellitus tipo 2.
San Luis Tlaxialtemalco Xochimilco, D.F., 2001.

	Frecuencia	Porcentaje
Ningún tipo de alimento	9	24
Pan, azúcar refinada, pastel grasas.	29	76
Total	38	100

Fuente: Encuesta Epidemiológica Familiar ESVIDIM-2, 2001.

Figura 22
Tipo de alimentos que tienen restringido consumir las personas con Diabetes Mellitus tipo 2.



Fuente: Tabla 22

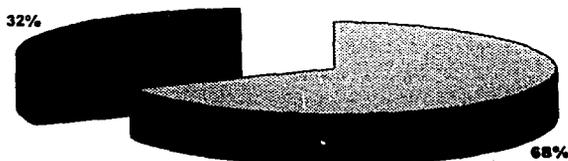
La figura 22 muestra que el 76% de la población no consumen pan, azúcar refinada, pasteles y grasas, mientras que el 24% no restringen algún tipo de alimento.

Tabla 23
Práctica de ejercicio físico la persona con diabetes mellitus tipo 2
San Luis Tlaxiátemalco, Xochimilco, D.F., 2001.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	26	68
No	12	32
Total	38	100

Fuente: Encuesta Epidemiológica Familiar EVIDIM-2, 2001.

Figura 23
Práctica de ejercicio físico la persona con Diabetes Mellitus tipo 2



Fuente: Tabla 23.

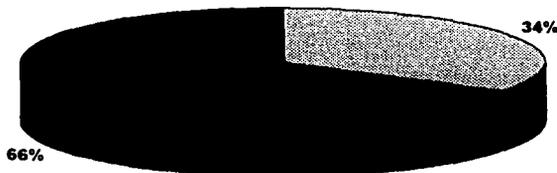
La figura 23 muestra que el 68% de las personas con diabetes mellitus realizan ejercicio físico, mientras que el 32% no.

Tabla 24
Tipo de ejercicio físico que realizan las personas con diabetes mellitus tipo 2.
San Luis Tlaxiáltemalco, Xochimilco, D.F., 2001.

	Frecuencia	Porcentaje
Ningún tipo de ejercicio físico	13	34
Caminar	25	66
Total	38	100

Fuente: Encuesta Epidemiológica Familiar ESVIDIM-2, 2001.

Figura 24
Tipo de ejercicio físico que realizan las personas con Diabetes Mellitus tipo 2.



Fuente: Tabla 24.

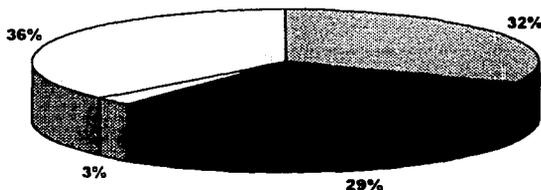
La figura 24 muestra que el 66% de las personas camina, mientras que el 34% no realiza ningún tipo de ejercicio físico.

Tabla 25
Frecuencia de la realización de ejercicio físico de las personas con diabetes
San Luis Tlaxiataltemalco, Xochimilco, D.F., 2001

	Frecuencia	Porcentaje
Ningún día	12	32
Tres veces a la semana	11	29
Cinco veces a la semana	1	2
Diario	14	36
Total	38	100

Fuente: Encuesta Epidemiológica Familiar ESVIDIM-2, 2001.

Figura 25
Frecuencia de la realización de ejercicio físico de las personas con
Diabetes Mellitus tipo 2



Fuente: Tabla 25.

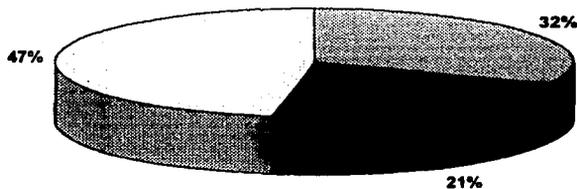
La figura 25 muestra que el 36% de las personas con diabetes realizan diariamente ejercicio físico, el 32% ningún día realizan ejercicio físico, el 29% realizan 3 veces a la semana y el 3% cinco veces a la semana realizan ejercicio físico.

Tabla 26
Realiza ejercicio físico la persona con diabetes tipo 2 antes de saber
de su padecimiento.
San Luis Tlaxiatemalco, Xochimilco, D.F., 2001.

	Frecuencia	Porcentaje
No realiza ejercicio físico	12	32
Si	8	21
No	18	47
Total	38	100

Fuente Encuesta Epidemiologica Familiar ESVIDIM-2, 2001.

Figura 26
Realiza ejercicio físico la persona con diabetes antes de saber de
su padecimiento.



Fuente: Tabla 26

La figura 26 muestra que el 47% de las personas no realizan ningún tipo de ejercicio físico al enterarse de su padecimiento, el 32% no realizan ejercicio físico en ningún momento y el 21% si realiza ejercicio físico a partir del momento en que padece la enfermedad.

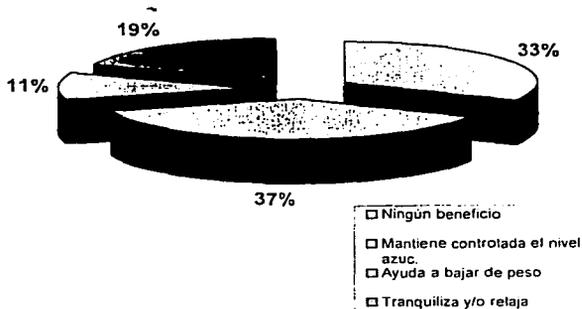
Tabla 27

**Beneficios obtenidos en la realización de ejercicio físico
San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco, D.F., 2001.**

	Frecuencia	Porcentaje
Ningún beneficio	12	33
Mantiene controlada el nivel azuc.	14	37
Ayuda a bajar de peso	4	11
Tranquiliza y/o relaja	7	19
Otros	0	0
Total	38	100

Fuente: Encuesta Epidemiológica Familiar EVIDIM-2, 2001.

Figura 27
Beneficios de la realización de ejercicio físico.



Fuente.- Tabla 27

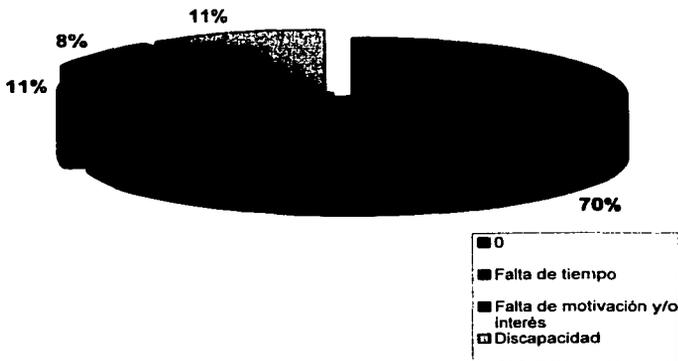
La figura 27 muestra que el 37% de las personas con diabetes indican que la práctica de ejercicio físico ayuda a mantener controlada el nivel de azúcar en la sangre, el 33% indican que no obtienen ningún beneficio, el 19% indica que ayuda a tranquilizar y el 11% indica que ayuda a bajar de peso.

Tabla 28
En caso de no realizar ejercicio físico mencionar las causas
San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco, D.F., 2001.

	Frecuencia	Porc. Total
	0	
Falta de tiempo	27	70
Falta de motivación y/o interés	4	11
Falta de motivación y/o interés	3	8
Discapacidad	4	11
Total	38	100

Fuente: Encuesta Epidemiológica Familiar EVIDIM-2, 2001.

Figura 28
En caso de no realizar ejercicio físico mencionar las causas



Fuente: Tabla 28.

La figura 28 muestra que el 11% de las personas no realiza ejercicio físico por falta de tiempo, el 36% por discapacidad y el 27% restante por falta de motivación.

Tabla 29
La persona con diabetes tipo 2 toma algún medicamento para controlar
el nivel de azúcar en la sangre.
San Luis Tlaxiáltemalco, Xochimilco, D.F., 2001.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	38	100

Fuente: Encuesta Epidemiológica Familiar, ESVIDIM - 2, 2001.

Tabla 30
La persona con diabetes mellitus ha dejado de tomar los medicamentos
San Luis Tlaxiáltemalco Xochimilco, D.F., 2001.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	14
No	33	87
Total	38	100

Fuente: Encuesta Epidemiológica Familiar, ESVIDIM - 2, 2001.

Tabla 31

**Algún miembro de la familia le recuerda a la persona con diabetes que ingiera los medicamentos
San Luis Tlaxiatemalco, Xochimilco, D.F., 2001.**

	Frecuencia	Porcentaje
Si	32	84
No	6	16
Total	100	100

Fuente: Encuesta Epidemiológica Familiar, ESVIDIM - 2, 2001.

Figura 31

Algún miembro de la familia recuerda a la persona con diabetes tipo 2 que tiene que tomar los medicamentos.



Fuente: Tabla 31.

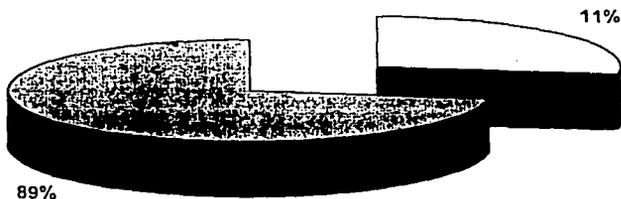
La figura 31 muestra que el 84% de los familiares le recuerdan a las personas con diabetes la toma de sus medicamentos, mientras que el 15.8% (que el 16% no).

Tabla 32
Dificultades que tiene la persona con diabetes tipo 2 para seguir el
tratamiento farmacológico
San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco, D.F., 2001

	Frecuencia	Porc. Total
Si	4	11
No	34	89
Total	38	100

Fuente: Encuesta Epidemiológica Familiar ESVIDIM - 2, 2001.

Figura 32
Dificultades que tiene la persona con diabetes tipo 2
para seguir el tratamiento farmacológico.



Fuente: Tabla 32.

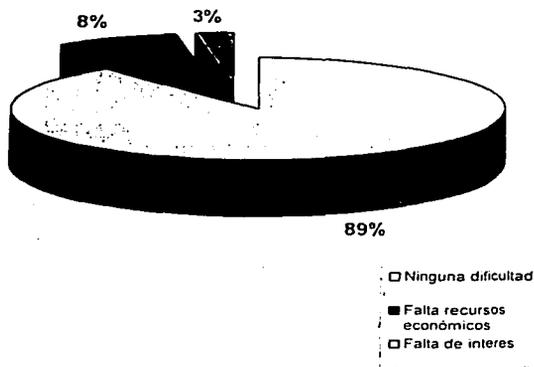
La figura 32 muestra que el 89% de las personas con diabetes tipo 2 no presentan ninguna dificultad para seguir el tratamiento farmacológico, mientras que el 11% presentan alguna dificultad.

Tabla 33
Mencionar las dificultades que presenta la persona con diabetes mellitus tipo 2.
San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco, D.F., 2001.

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna dificultad	34	89
Falta recursos económicos	3	8
Falta de interés	1	3
Total	38	100

Fuente: Encuesta Epidemiológica Familiar ESVIDIM - 2, 2001.

Figura 33
Mencionar las dificultades que presenta la persona con diabetes mellitus tipo 2.



Fuente: Tabla 33.

La figura 33 muestra que el 89% de las personas con diabetes no presentan ninguna dificultad para seguir el tratamiento farmacológico, el 8% por falta de recursos económicos y el 3% por falta de interés no sigue el tratamiento farmacológico.

CAPITULO 5

CONCLUSIÓN

El manejo de la Diabetes mellitus tipo 2 incluye medidas de tratamiento farmacológico, dieta y ejercicio, por lo que su control adecuado depende de la adherencia que se logre a las diferentes acciones prescritas.

Ante el diagnóstico de un trastorno como la diabetes mellitas exige modificaciones en los hábitos y estilos de vida, por tal motivo, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación poniendo en marcha los recursos con los que cuenta como su cohesión, adaptabilidad y su capacidad organizativa y de apoyo para conseguir una correcta homeostasis que asegure su recuperación y un normal funcionamiento en el sistema familiar (Rodríguez, 1997).

Para comprender mejor el proceso salud- enfermedad, es fundamental partir del hecho de que la unidad de estudio debe ser la familia, ya que la salud esta influida por la vida familiar y las familias se afectan por las enfermedades de sus miembros . Sin embargo, cabe mencionar que en ocasiones la persona con diabetes no siempre recibe el apoyo por parte de algún miembro de la familia, sino también de otros grupos sociales (amigos, vecinos,etc.) que viven en la comunidad.

En el presente estudio se encontró que el 71% de la población tienen información acerca de la diabetes (sus complicaciones, cuidado y tratamiento, tipo de

alimentos permitidos, etc.), y el 92% cuenta con apoyo familiar, lo cual indica que los familiares de las personas con diabetes que cuentan con una información sobre la diabetes, tienen un claro entendimiento de su padecimiento y consideran que la enfermedad es importante, por lo tanto ofrecen un mejor cuidado a su familiar logrando así que cumpla de manera adecuada el tratamiento. En relación a lo anterior, un estudio descriptivo de un grupo de 166 diabéticos realizado en La Habana Cuba (1993), detectó que los pacientes realizan el tratamiento y tienen un mejor control cuando cuentan con una familia que está preparada y los apoya.

En el presente estudio el 92% de las personas menciono contar con apoyo familiar. Rodríguez y Guerrero (1997), determinan la relación del apoyo familiar y nivel de conocimientos sobre la diabetes con en el control de la glucemia en diabéticos no insulínodpendientes.

El presente estudio se observo que el 71% de la población de estudio sigue un plan de alimentación especial para la diabetes, el 68% práctica ejercicio físico y el 100% ingiere algún medicamentos para el control de la diabetes. La supresión en la dieta habitual de algunos alimentos, la ingesta diaria de medicamentos y la practica de ejercicio físico, son objetivos difíciles de lograr sin una participación convencida de los enfermos y sus familiares, ya que implican modificaciones al estilo de vida, que no se pueden lograr sin la participación conjunta de la familia. En relación a lo anterior Mc.Farlane (1992), refiere que en un estudio realizado en prisioneros se observo un apego total al tratamiento y un control metabólico originado por la rigidez de la prisión ausencia de alcohol y la obligación de seguir el régimen dietético indicado por el médico.

El 8% de la población en estudio menciona no recibir apoyo familiar, el 28% no siguen un plan de alimentación especial para la diabetes y el 31% no practican ejercicio físico, por lo tanto, deben considerarse los aspectos relacionados con el entorno familiar, ya que los mismos, al ejercer una influencia significativa sobre la adherencia al tratamiento podrían ser una de las causas de la falla en el tratamiento. Así lo refiere Garay (1995) quien estudio a un grupo de 200 adultos diabéticos no insulino dependientes encontrando que la adherencia al tratamiento se asocia con el apoyo familiar, la edad del cónyuge y el control conductual. Los resultados muestran que las personas con diabetes tipo 2 tienen un mayor grado de adherencia al tratamiento cuando reciben apoyo familiar, de lo que se desprende la necesidad de dirigir acciones de intervención orientadas al mejoramiento del entorno familiar, independientemente de las características de la familia.

Formar parte del proyecto de investigación Estilos de Vida de las Personas con Diabetes Mellitus tipo 2 (ESVIDIM-2), ofreció una gran oportunidad al profesional de enfermería porque brindó apoyo a las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 de la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco. Además permitió proporcionar educación para la salud y fomentar las relaciones interpersonales entre la gente de la comunidad y con el Licenciado en enfermería.

En conclusión, considerando la gran diversidad para el tratamiento disponible actualmente para el manejo de la diabetes mellitus tipo 2, el éxito del tratamiento depende fundamentalmente de la adherencia, por lo que es necesario desarrollar estrategias dirigidas a determinar cuales son los factores involucrados para que la

persona se adhiera al tratamiento, considerando con mayor importancia el apoyo familiar.

Recomendaciones

Debido al incremento que la Diabetes ha tenido en los últimos años, es necesario que el personal de salud se desempeñe como un facilitador en el proceso enseñanza- aprendizaje compartiendo la responsabilidad de identificar las necesidades individuales y familiares de cada persona, con la finalidad de planificar y coordinar actividades que permitan lograr un control metabólico y erradicar las complicaciones a largo plazo.

El proceso educativo sobre la diabetes debe estar dirigido a modificar actitudes y a mejorar las habilidades así como a incrementar los conocimientos de la persona con diabetes, para reforzar las acciones de apoyo en el núcleo familiar.

Es de suma importancia participar activamente realizando actividades de educación para la salud impartiendo información, con base a la necesidad de cada miembro de la familia, enfocándose a la modificación de estilos de vida y a la aceptación de la enfermedad; haciendo énfasis en que las personas con diabetes son la parte más importante del tratamiento y responsables de su salud.

Considero, que la creación de grupos de ayuda mutua o "Club de Pacientes Diabéticos" en la comunidad de san Luis Tlaxialtemalco, servirán como estímulo para la adopción de estilos de vida saludables como ejercicio físico, alimentación idónea, automonitoreo y cumplimiento de las metas del tratamiento. Es vital promover dentro de estos grupos, la participación de los familiares de los pacientes, a fin de facilitar la adherencia al tratamiento. La información que tiene el familiar sobre la diabetes, es determinante para que otorgue apoyo al enfermo.

A n e x o s

APENDICE 1

FICHA COMUNITARIA

Identificación de la(s) persona(s) con diabetes mellitas tipo 2 por familia

Apellidos de la familia:

Domicilio, calle: _____ MZ _____ entrecalles
_____ y _____

Descripción de la casa

Pueblo de San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco (México, D.F.)

Dx. médico: Diabetes mellitas tipo 2 Si () No ()

Glucosa capilar causal _____ mg/dl

Parentesco de la persona c/ diabetes: _____

Edad: _____ Sexo: _____

¿Desde cuando le dijeron que tiene alta el azúcar? _____ Dias: _____

Meses _____ años.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

No

Folio: _____

Encuestador _____

Fecha: ____/____/____

Indicaciones: El presente cuestionario será aplicado únicamente a las personas que padezcan diabetes mellitus tipo 2 y será respondido a través de la entrevista, es decir, el encuestador entrevistará directamente a la persona identificando que ninguna de las preguntas sean omitidas.

I. Datos de Identificación

Nombre _____

Domicilio: _____

Edad : _____ años género f () m () escolaridad _____

Estado civil: casado () soltero () Unión libre () divorciado () viudo ()

Ocupación: _____
Ingreso mensual < 1 salario min. _____ 1-2 salarios min. _____ > 3 salarios min. _____

Tiempo de evolución de la enfermedad _____

Número de personas que integran su familia: _____

Apoyo Familiar

1.-¿ Recibió apoyo de su familia al enterarse que padece diabetes tipo 2?

a) sí b) no

En caso de que la respuesta sea negativa cómo recibió la noticia

1. Indiferencia
2. Desagrado
3. Rechazo y / o abandono
4. Otra especifique

2.-De los miembros de su familia de quién recibió **más** -apoyo para el seguimiento del tratamiento

1. Esposa (o)
2. Padre
3. Madre

4. Hermano (a)
5. Hijo (a)
6. Otros mencione quién

3.-¿ Su familia participa en el cuidado de su diabetes?

- a) si b) no

En caso de que la respuesta sea afirmativa, de que forma participa

1. Me recuerda y / o acompaña a las citas con el médico
2. Vigila la toma de mis medicamentos
3. Me motiva para la realización de ejercicio físico
4. Preparan y/o consumen los alimentos que están permitidos en las personas con diabetes

4.-¿ Ante la presencia de la enfermedad su familia discute o pelea en relación a su cuidado?

- a) si b) no

En caso de ser afirmativa la respuesta mencione con que frecuencia discute ?

1. Una vez a la semana
2. Varias veces a la semana
3. Una vez al mes
4. Diario

5.-¿ La familia ha recibido información sobre el cuidado de la diabetes?

- a) Si b) No

En caso de ser afirmativa la respuesta mencione, qué tipo de información?

1. Que es la diabetes y sus principales complicaciones
2. El cuidado y tratamiento de la diabetes
3. Tipo de alimentos que puede consumir la persona con diabetes
4. Que tipo de ejercicio físico realizar

Adherencia al tratamiento

Alimentación

6.-¿Consumo algún tipo de alimentación especial para el cuidado de la diabetes?

- a) Si b) no

Si la respuesta es afirmativa mencione qué tipo de alimentación?

1. Para diabético
2. Para bajar de peso
3. Para bajar el colesterol
4. Otra especifique

7.-¿ Encuentra alguna dificultad para consumir la alimentación para el cuidado de la diabetes?

- a) Si b) no

En caso de ser afirmativa su respuesta especificar

1. falta de recursos económicos
2. Falta de tiempo y/o desinterés
3. Falta de información
4. Otra (especificar)

8.-¿ Conoce los alimentos que tiene restringido comer?

- a) si b) no

En caso de que la respuesta sea afirmativa mencionar cuales

1. Pan, azúcar refinada, pasteles, grasas, refrescos, tortillas
2. Verduras, frutas, cereales, carnes blancas
3. Frijol, garbanzo, lenteja.
4. Leche y sus derivados

Ejercicio Físico

9.-¿ Realiza algún tipo de ejercicio físico?

- a) Si b) no

En caso de que la respuesta sea negativa pasar a la pregunta número 13

En caso de ser afirmativa su respuesta especificar que tipo de ejercicio físico realiza?

1. Caminar
2. Correr
3. Aeróbics
4. Otros

10.-¿ Cuantos días a la semana realiza este tipo de ejercicio?

1. Una vez a la semana
2. Tres veces a la semana
3. Cinco veces a la semana
4. Diario

11 ¿Desde que usted sabe que es diabético realiza ejercicio físico?

- a) si b) no

12.-Mencione los beneficios que ha obtenido

1. Mantiene controlada el nivel de azúcar en la sangre
2. Ayuda a bajar de peso
3. Tranquiliza y/o relaja
4. Otros

13.-En caso de no realizar ningún tipo de ejercicio físico mencione las causas

1. Por falta de tiempo
2. Falta de motivación y/o desinterés
3. Discapacidad

4. Otros (especifique)

Tratamiento Farmacológico

14-¿Toma algún medicamento para controlar el nivel de azúcar en la sangre?

a) si b) no

15 Alguna vez a dejado de tomar sus medicamentos?

a) si b) no

16-¿Algún miembro de su familia le recuerda que usted tome sus medicamentos?

a) si b) no

17-¿Encuentra dificultades para seguir el tratamiento con medicamentos?

a) si b) no

En caso de que la respuesta sea afirmativa mencione qué dificultades

1. Falta de recursos económicos

2. Falta de interés

3. Falta de tiempo

4. Otras (especifique)

REFERENCIAS

- Task Force on Diabetes Health Economics. Diabetes Health Economics: Facts, Figures and Forecasts International Diabetes Federation, Brussels, 1999.
- Meichenbaum D., y Turk, D. (1987/1991): Como facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos. Bilbao: DDB.
- Rodríguez y cols.: Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabéticos tipo 2. Salud Pública de México 1993. Sept.- Oct. Vol 35 No. 5.
- Espino DV; Moreno CA; Talamantes M: Hispanic elders in Texas: implications for health care. Tex Med. 1993 Oct. 88 (19): 58-61.
- Mc. Farlane IA; Gill GV; Masson E; Tucker NH: Diabetes in prison: can good diabetic care be achieved BMJ 1992 Jan 18:304 (6820): 152-155.
- Garay Sevilla ME, Nava LE; Malacra JM; et al: Get by white a little help from my family and friends: adolescents support for diabetes care. J. Pediatric Psychol, 1995 Aug; 20(4) 449-476.
- Medalie JH. Medicina familiar. Principios y practicas. México: LIMUSA, 1987.
- Irigoyen CA. Diagnóstico familiar. 4° Edición. Editorial Medicina Familiar mexicana, México 2001.
- Organización Mundial de la salud. Diabetes Mellitus. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS. Serie de informes técnicos No. 727. Ginebra, 1985.
- American Diabetes Association. Clinical Practice Recommendations. Diabetes Mellitus and exercise. Diabetes care 1998; 21 (Suppl 1): S40- S44.

- DiMatteo, M., y DiNicola, D. (1982): *Archiving patient compliance: the psychology of the medical practitioner role*. Nueva York: Pergamon Press.
- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria.
- López Viña A., (1998): *Educación del paciente con diabetes*. Archivos de Diabetes.
- McWinney IR. (1995): *Medicina de familia*. Barcelona: Mosby/Doyma Libros.
- Chávez-Hernández. (1993). *Introducción a la Medicina Familiar*. México: Editorial Universitaria Potosina.
- Hag C, Ventres W., Hunt V., Mull D., Thompson R., Rivo M., Johnson P., (1996). *Donde no hay médico de familia: el desarrollo de la medicina familiar en el mundo*. Bol Oficina Sanit Panam : 120: 44-58.
- Información sobre diabetes
<http://www.stonehand.com/hh/chap13>
- Hanson, R., (1986): *Physician-patient communication and compliance*. In A.N.K. Gerber (ed.): *Compliance: the dilemma of the chronically ill*. Nueva York: Springer.
- Olmedo EC.: *Brandenburg C: Beliefs and attitudes of person with diabetes*. Fam Med 1995. Apr.; 27 (4): 267-271.
- Masek, B. (1982): *Compliance and Medicine*. En D. Doleys, R. Meredith y A. Ciminero (eds.): *Behavioral medicine. Assessment and treatment strategies*. Nueva York: Wiley.
- Fernández Rodríguez, C., y Pérez Alvarez, M. (1996): *Evaluación de las implicaciones psicológicas de la diabetes*. En G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (eds.): *Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI.

- Godoy, J., Sánchez-Huete, J., y Muela, J. (1994): Evaluación del nivel de comunicación médico-paciente en la consulta ambulatoria. *Revista de Psicología de la Salud* 103-122.
- Demarbre, V. (1994): Adherencia terapéutica: una asignatura pendiente en el campo de la psicología de la salud: *Anuario de Psicología*, 71-77.
- Amigo, I.; González A., Herrera, J (1997) Comparison of physical exercise and muscle relaxation training in the treatment of mild hypertension stress medicine, 59-65.
- Sherbourne, C.: Hays, R.D., Ordway, L.(1992): Antecedent of adherence to medical recommendations: results from the medical outcomes study. *Journal of Behavioral Medicine.*, 447-468.
- Alvarez P.; Fernández C., (1996): Evaluación de las implicaciones psicológicas e la diabetes. En G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (eds.): *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: siglo XXI.
- Goodal, T., y Haldford, W.K. (1991): Self- management of diabetes mellitus: a critical review, *Health Psychology*, 100, 1-8.
- Nieto, J. (1990): Programas de educación en Diabetes la Diabetes Barcelona Martínez Roca.
- Harris, G. (1985): Affective diasorders. En M. Hersen (ed): *Practice of inpatient Behaviour Therapy: A clinical Guide* Nueva York: Grune and Stratton.