

11226



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 14**

**"DINÁMICA FAMILIAR Y APEGO AL TRATAMIENTO  
EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2"**

**T R A B A J O**

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

P R E S E N T A :  
**DR. LUIS ÁNGEL RIVAS CAZARES**



MÉXICO, D.F.

2005

m346939



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.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: LUIS ANGEL RIVERA CAZARES

FECHA: 18-08-2005

FIRMA: 

DINAMICA FAMILIAR Y APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR



PRESENTA:

SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN  
DR. LUIS ANGEL RIVERA CAZARES  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

AUTORIZACIONES



DRA. GLORIA LOERA ROMO  
PROFA. TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR MODALIDAD SEMIPRESENCIAL  
PARA MEDICOS GENERALES EN LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR No. 14 IMSS



DR. ENRIQUE YÁÑEZ PUIG  
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.  
ASESOR DE TESIS

DINAMICA FAMILIAR Y APEGO AL TRATAMIENTO  
EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2

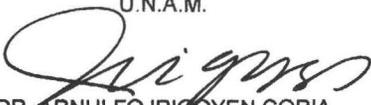
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR

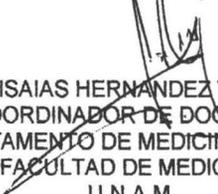
PRESENTA:

DR. LUIS ANGEL RIVAS CAZARES

AUTORIZACIONES

~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA~~  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

  
DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA  
COORDINACION DE INVESTIGACION  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

  
DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

## DEDICATORIAS

DOY GRACIAS A DIOS:

Por la vida, por los Padres que me dió y por permitirme alcanzar ésta importante meta.

A MI ESPOSA E HIJOS:

Por su amor, comprensión y apoyo; además por ser una gran mujer, Madre y excelente Profesora.

## DEDICATORIAS

### A MI ASESOR DE TESIS:

Por su enseñanza, orientación, motivación y por ser un ejemplo a seguir.

### CON AGRADECIMIENTO ESPECIAL:

A la Dra. Silvia Landgrave I., Dra. Laura Olalde M., Dr. Marcos Martínez M. y Dr. Alberto Jaimes V., por su excelente disposición para compartir sus conocimientos y su valioso tiempo.

## INDICE

1. MARCO TEORICO		1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		12
3. JUSTIFICACION		13
4. HIPOTESIS Y OBJETIVOS		14
5. METODOLOGIA:		15
	5.1. Tipo de estudio.	
	5.2. Población, lugar y tiempo.	
	5.3. Tipo y tamaño de la muestra.	
	5.4. Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.	16
	5.5. Variables y operacionalización de variables.	17
	5.6. Procedimiento para la captación de la información y consideraciones éticas.	21
	5.7. Recursos.	22
6. DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO		23
7. RESULTADOS	7.1. Descripción de resultados, Tablas y Gráficas.	24
8. ANALISIS (DISCUSION) DE RESULTADOS		38
9. CONCLUSIONES		40
10. BIBLIOGRAFIA		41
11. ANEXOS		44

## MARCO TEORICO CONCEPTUAL

### CONCEPTO.

La diabetes mellitus es una enfermedad determinada genéticamente en la que el sujeto presenta alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, de las proteínas y de las grasas y, una relativa o absoluta deficiencia de la secreción de insulina con grados variables de resistencia a ésta. (1,2). Entre el 85 y 90% de los pacientes con diabetes mellitus son diabéticos tipo 2. (1,3). El tratamiento intensivo y adecuado se relaciona con el retardo en la aparición y progresión de las complicaciones crónicas de la enfermedad, por lo que parece razonable recomendar un estricto control de su tratamiento. (1,4).

### EPIDEMIOLOGIA.

El incremento mundial en la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, tales como la diabetes mellitus, hipertensión e hiperlipidemia, constituye un problema prioritario de salud pública, tanto por los cuantiosos recursos que se requieren para su adecuada atención como por su inexorable tendencia ascendente y la limitada disponibilidad de opciones que permiten reducir su impacto. (5). México no ha quedado fuera de este contexto y se dice que nuestro país se encuentra en un proceso de transición en salud, caracterizado por la disminución de la prevalencia y mortalidad debida a enfermedades infecto-contagiosas y al aumento de las crónico-degenerativas, dentro de las cuales esta la diabetes mellitus.

En el mundo la diabetes es considerada una prioridad, se estima que para el año 2025 habrá un incremento de la prevalencia en adultos de 42% en países desarrollados -de 51 a 72 millones- y de 170% en países en desarrollo -de 84 a 228 millones-, así para el año 2025, 75% de la población con diabetes residirá en algún país subdesarrollado, en comparación con 62% en 1995. (6,7). En la República Mexicana, el número de casos nuevos pasó de 18.4 por 100 000 habitantes en 1978 a 156.6 por 100 000 habitantes en 1990, según reporte de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas más reciente. (6,8). En el Instituto Mexicano del Seguro Social la diabetes se sitúa en el segundo lugar dentro de los principales motivos de consulta en las Unidades de Medicina Familiar y es el primer lugar en la consulta de Especialidades. (9). En la Unidad de Medicina Familiar No. 14 de acuerdo al Censo de pacientes crónico-degenerativos realizado en el año 2002, se encontró un total de 6,684 pacientes diabéticos, de ellos 3,440 pertenecen al turno matutino y 3,244 al turno vespertino.

En los últimos años, los equipos de atención primaria han asumido progresivamente las funciones de detección, tratamiento y educación sanitaria de los pacientes con diabetes. Por razones de prevalencia, por tratarse de pacientes con pluripatología y factores de riesgo asociados que requieren un abordaje integral, los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 han sido uno de los objetivos de atención primaria. (10).

## DIABETES MELLITUS TIPO 2.

La diabetes mellitus tipo 2 constituye el 90% de los casos de diabetes y se caracteriza por ausencia de cetosis, inicio insidioso o silente y presencia de antecedentes familiares. Suele asociarse, en el momento del diagnóstico a obesidad o sobrepeso (60-80%).

Son pacientes que no precisan insulina para evitar la cetosis, aunque puedan requerirla para conseguir un adecuado control metabólico o en determinados periodos. Pueden presentar cetosis en situaciones de estrés, (infecciones, cirugía, etc.) y en la mayoría de los casos el diagnóstico se realiza después de los 40 años de edad. En la diabetes tipo 2 no se han identificado, hasta el momento, marcadores genéticos. Aunque la mayoría de casos de diabetes que ocurren en niños o adolescentes son debidos a diabetes tipo 1, la diabetes tipo 2 del niño empieza a emerger como un problema de salud en algunos países. La obesidad y el sedentarismo parecen ser sus causas, unidas a importantes antecedentes familiares.

La diabetes tipo 2 es el resultado de la interacción entre un déficit en la secreción pancreática de insulina y una resistencia de los tejidos periféricos a su acción. La importancia de cada una de estas alteraciones es variable, dominando la insulopenia relativa en las personas con normopeso y la resistencia en los obesos que durante años pueden mantener una secreción de insulina normal/elevada, pero inadecuada al grado de hiperglucemia. (11).

### CRITERIOS DIAGNOSTICOS.

Según los criterios utilizados para el diagnóstico de la diabetes mellitus que han sido revisados y modificados por un comité de expertos, debe hacerse hincapié en que la diabetes puede ser diagnosticada por tres métodos distintos, cualquiera de los cuales debe ser confirmado en un día diferente a menos que la hiperglucemia sea inequívoca y se acompañe de descompensación metabólica. La prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) que se describe como una de las maneras de llegar al diagnóstico no es recomendable para uso clínico sistemático.

Los criterios para el diagnóstico de diabetes mellitus en los adultos (con exclusión de las mujeres embarazadas) son los siguientes:

- 1.- Presencia de síntomas clínicos como poliuria, polidipsia y pérdida de peso inexplicable, acompañados de una elevación de la glucemia igual o superior a 200 mg/dl (11.1 mmol/L) (es este caso no se requiere que la glucemia sea obtenida en ayunas).
- 2.- Aumento de la glucemia en ayunas (GA) con un valor igual o superior a 126 mg/dl (7 mmol/L) ("en ayunas" se refiere a 8 horas después de la última ingesta de alimentos).
- 3.- Glucemia igual o superior a 200 mg/dl luego de 2 horas de una carga oral con 75 g. de glucosa disuelta en agua (PTOG a las 2 horas).

El comité de expertos mencionado reconoce que existen dos categorías de sujetos que no cumplen con los criterios para el diagnóstico de diabetes, pero cuyos valores tampoco deben ser considerados normales.

- a).- Pacientes con glucemia en ayunas mayor o igual a 110 mg/dl (6.07mmol/L) y menor de 126mg/dl (7mmol/L): se les asignó el nombre de "pacientes con glucemia en ayunas alterada".
- b).- Pacientes con glucemia mayor o igual a 140mg/dl (7.73mmol/L) y menor de 200mg/dl (11.1mmol/L) luego de 2 horas de una carga oral de 75 g. de glucosa (PTOG a las 2 horas) sin olvidar que la glucemia en ayunas es inferior de 126 mg/dl: se les asignó el nombre de "pacientes con tolerancia a la glucosa disminuida".

En conclusión:

- Si el nivel de glucemia es inferior a los 110 mg/dl, se la considera normal; si su nivel es de entre los 110 y los 126 mg/dl se la debe considerar "glucemia en ayunas alterada" y cuando su nivel es superior a los 126 mg/dl, se debe considerar el diagnóstico provisional de diabetes mellitus, que a su vez, debe ser confirmado con otra medición.
- La prueba de tolerancia oral a la glucosa a las 2 horas inferior a 140 mg/dl es normal; entre los 140 y los 200 mg/dl, hay una "tolerancia a la glucosa disminuída" y, cuando es mayor de 200 mg/dl, esta indicado el diagnóstico provisional de diabetes mellitus, que debe ser confirmado con otra medición.

La glucemia en ayunas alterada y la tolerancia a la glucosa disminuída no son entidades clínicas "per se", sino factores de riesgo para padecer diabetes mellitus futura y probablemente enfermedad cardiovascular. (12).

## TRATAMIENTO.

Los objetivos de tratamiento deben ser:

- eliminar los síntomas clínicos y evitar las hipoglucemias graves y/o frecuentes.
- reinstaurar el peso normal.
- lograr la normalidad bioquímica.
- prevenir, retardar y aminorar la gravedad de las complicaciones (11).
- modificar los factores de riesgo.

Los factores de riesgo para diabetes mellitus los podemos clasificar en modificables y no modificables.

Los factores modificables son los que preocupan más al médico en su práctica diaria, ya que si se logra incidir en ellos, ya sea por cambios en el estilo de vida o por intervención farmacológica, se puede disminuir la probabilidad de que la enfermedad se manifieste o bien se retarde su aparición y se modifique la evolución desfavorable hacia complicaciones micro y macrovasculares.(36).

## MODIFICABLES

- obesidad
- sedentarismo
- tabaquismo
- manejo inadecuado del estrés
- hábitos inadecuados de alimentación
- estilo de vida contrario a su salud
- índice de masa corporal igual o mayor de 27 kg/m<sup>2</sup> en hombres e igual o mayor de 26 kg/m<sup>2</sup> en mujeres
- índice cintura –cadera igual o mayor de .9 en hombres e igual o mayor de .8 en mujeres
- presión arterial con cifras igual o mayor a 140/90 mmHg
- colesterol igual o mayor a 250 mg/dl
- triglicéridos igual o mayor a 200 mg/dl
- HDL colesterol igual o menor de 35 mg/dl

NO MODIFICABLES

- edad igual o mayor a 45 años
- antecedentes de diabetes mellitus en un familiar de primer grado (padres, hermanos, hijos)
- antecedentes en la mujer de haber tenido un hijo con peso al nacer igual o mayor a 4 kg. (36).

f).- se deben implementar estrategias para motivar a los familiares para que éstos participen eficientemente en el cumplimiento del tratamiento de sus enfermos con diabetes.

## VALORACION DEL CONTROL GLUCEMICO.

La práctica de autoanálisis en sangre capilar es útil para el ajuste puntual de las dosis de insulina, detectar momentos en que predomine la hiperglucemia (nocturna/diurna) y plantear cambios de tratamiento para evitar descompensaciones agudas, pero no es útil para ponderar el grado de control glucémico que se mantiene durante periodos prolongados (meses). Para este fin, se dispone de un índice objetivo: las proteínas glicadas.

### Hemoglobina glicada (HbA1c).

Una pequeña fracción de la hemoglobina circulante se halla en forma glicada: es la denominada hemoglobina A1 (HbA1). Se forma por la incorporación de una molécula de glucosa al extremo aminoterminal (valina) de la cadena de la hemoglobina. La fracción c de la hemoglobina A1 es más estable y refleja exclusivamente la glicación por valores elevados de glucosa.

La determinación de la HbA1c refleja de forma integrada y retrospectiva el grado de control de la glucemia, mantenido en los 120 días previos. Es el mejor parámetro para valorar el control glucémico y decidir cambios terapéuticos y, además, se relaciona estrechamente con la aparición de complicaciones de la diabetes y su gravedad. Es suficiente su realización dos veces al año, pues en pacientes sin cambios importantes en el tratamiento no se producirán variaciones en sus valores en un plazo de menos de 6 meses (ADA, 2002). Resulta también de interés para el seguimiento de personas con intolerancia a la glucosa o glucemia basal alterada y detectar el pase a diabetes manifiesta, sin necesidad de repetir la sobrecarga.

Pueden obtenerse valores de HbA1c falsamente elevados en el alcoholismo grave, con el consumo de salicilatos a dosis altas (2 gr/día) y en la insuficiencia renal; y disminuidos en las anemias, en especial hemolíticas, en las hemoglobinopatías (HbS y/o HbC) y si se produce hemólisis intensa del suero posextracción.

La actitud del profesional debe tender a alcanzar y mantener unos valores de HbA1c inferiores al 7%. Una HbA1c superior al 8% debe considerarse insatisfactoria y obligar a un replanteamiento del tratamiento. (11).

En este estudio no se utilizará la determinación de la HbA1c como parámetro de control glucémico, debido principalmente al elevado precio del análisis, además de no contar por el momento con dicho estudio en la Unidad de Medicina Familiar No. 14, por lo tanto se utilizará la determinación de la glucemia, que es la concentración exacta de glucosa en sangre, plasma o suero expresado en mg/dl o de acuerdo al Sistema Internacional de Unidades en mM.

Actualmente los métodos de referencia se basan en la reacción con glucosa oxidasa y en la mayoría de los laboratorios se hace la medición en forma automatizada, lo cual disminuye la variación interensayo. La concentración en plasma y suero es un 15% mayor en promedio que en sangre, debido a que se elimina el espacio muerto de los eritrocitos. La glucemia puede disminuir si se mide en sangre total después de varias horas de obtenida, debido al consumo por glucólisis y, en suero puede ser también menor por el mismo fenómeno, esto puede evitarse manteniendo la muestra en hielo mientras ocurre la retracción del coágulo. Por las razones anteriores algunos consideran preferible usar la medición de glucemia en plasma, utilizando un anticoagulante para colectar la muestra y centrifugar inmediatamente para obtener el plasma. La glucemia capilar correlaciona y equipara con exactitud con la glucemia venosa en ayunas, pero es en promedio 24 mg/dl mayor en el estado posprandial. Es importante que el clínico conozca el método utilizado en la medición de la glucemia que esta interpretando, especialmente en los casos en los que hará diagnóstico o ajuste fino en el tratamiento hipoglucemiante, debido a las variantes antes mencionadas. (35).

## LA FAMILIA.

De todos los grupos sociales, la familia es probablemente el más controvertido. Hablando en sentido metafórico, la familia ha sido pesada, medida y cuantificada por sociólogos y economistas; ha sido fragmentada y analizada microscópicamente por el antropólogo; ha sido idealizada y romantizada por clérigos y poetas y no es, hasta épocas recientes, cuando la ciencia médica se propone estudiarla desde su muy particular punto de vista.

El interés de la medicina por el estudio sistemático y científico de la familia, se debe, en gran medida al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad. Con este enfoque, el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan en una u otra forma a la salud del individuo.

Según lo anterior, el ambiente familiar se convierte en un medio que influye en alguna forma sobre el individuo, ya sea inhibiendo o favoreciendo su desarrollo, fenómeno que ha sido observado a través del tiempo y en los diferentes grupos culturales. (13,14,15).

A raíz que se precisó que la familia afecta la salud de los individuos y con ello a la sociedad, la ciencia médica la retoma como objeto de estudio. De ahí que el personal de salud en general y el médico familiar en particular se hayan enfrentado al problema de tener que modificar el modelo de atención basado en un enfoque biológico, en otro más integrador, en el que se considere al individuo como unidad biopsicosocial.

### DEFINICION DE FAMILIA

Familia es el nombre con que se ha designado a una organización social tan antigua como la propia humanidad y que, simultáneamente con la evolución histórica, ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época. No obstante que la agrupación de los seres humanos con fines de convivencia y reproducción son tan antiguas como la especie, no es hasta 1861 cuando Bachofen inicia el estudio científico de la familia y, con ello, un intento de aclarar su historia, definirla y tipificarla a través del tiempo. (14).

La palabra "familia" proviene de la raíz latina famulus, que significa sirviente o esclavo doméstico. (16).

La medicina familiar define a la familia como un grupo social primario formado por individuos unidos por lazos sanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que, en general, comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar su salud individual y familiar. (13).

Desde el punto de vista de algunos estudios del comportamiento humano, la vida aparece como una experiencia compartida; en consecuencia, el individuo no puede vivir solo o aislado, pues quienes lo intentan están destinados a desintegrarse como seres humanos. Sin embargo, no obstante que la familia puede considerarse como la mejor opción para vivir en asociación, la experiencia no siempre resulta satisfactoria. Por este motivo Ackerman, al referirse a la familia, la define como "la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud".(13,17). Minuchin la define como "el grupo en el cual el individuo desarrolla sus sentimientos de identidad y de independencia, el primero de ellos fundamentalmente influido por el hecho de sentirse miembro de una familia y el segundo por el hecho de pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares". (13,18).

Como se comentó anteriormente, la familia afecta la salud de los individuos y con ello a la sociedad, por lo que se han creado elementos teóricos para estudiar a la familia, los cuales se mencionan a continuación: 1) ciclo vital familiar, 2) estructura y dinámica de la familia, 3) tipología familiar, 4) funciones de la familia, 5) principios sobre la teoría general de la comunicación, 6) principios sobre la teoría general de sistemas, 7) principios sobre la teoría general de los grupos humanos, 8) relaciones entre médico y paciente y entre médico y familia, 9) fenómenos de transferencia y contratransferencia y 10) técnica de la entrevista. Estos elementos o puntos de referencia son fundamentales para que el médico familiar pueda, bajo una metodología precisada, entregarse científicamente al estudio de la familia (13); en consecuencia, para conocer la situación actual de la familia se debe conocer la estructura familiar y, uno de los instrumentos que se utilizan para ello es el familiograma, además como se comentó en líneas anteriores se debe conocer la tipología familiar, donde se clasifica a la familia con base en su desarrollo y ésta puede ser moderna o tradicional; con base en su demografía puede ser urbana o rural; con base en su integración puede ser integrada, semi-integrada o desintegrada; con base en la ocupación del jefe (s) puede ser campesina, obrera, técnica, profesional técnica o profesional (19).

Ciclo de vida familiar.- la familia como toda organización viva tiene su inicio, desarrollo y ocaso, tradicionalmente en el campo de la medicina familiar se utiliza la clasificación de Geyman:

- fase de matrimonio.
- fase de expansión.
- fase de dispersión.
- fase de independencia.
- fase de retiro y muerte.

Es importante también analizar las funciones de la familia, las cuales son:

- socialización
- cuidado
- afecto
- reproducción
- otorgamiento de status y nivel socioeconómico (19).

En este trabajo se abordará el estudio de la dinámica familiar de los pacientes seleccionados y según Jackson, "la dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciéndolo que ésta funcione bien o mal como unidad". Chagoya agrega que la dinámica familiar normal "es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás". (13).

El estudio de la dinámica familiar desde el punto de vista de la teoría de los sistemas nos permite comprender que la familia es mucho más que la suma de las partes y que los diferentes elementos que la componen, al interrelacionarse entre sí, producen una organización psicosocial en constante cambio y crecimiento. Este enfoque también permite definir las diferentes alianzas que se dan en todo tipo de familia y que el médico familiar debe conocer, ya que puede influir en el éxito o el fracaso de la terapéutica. (13).

## EVALUACION DE LA ESTRUCTURA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

El estudio de la familia desde una perspectiva médica, requiere de la consideración de dos elementos fundamentales: su estructura y funcionalidad (26,27); de esta manera el conocimiento de la estructura familiar contribuye a la obtención de importantes datos como son los roles intrafamiliares, características generales de cada uno de los integrantes del grupo familiar, relaciones afectivas y enfermedades que padecen.

El efecto que produce la enfermedad sobre algunos de los miembros de la familia, así como la respuesta del grupo familiar para afrontar este evento, ha llamado la atención de los investigadores, así la evaluación de la familia impone el uso de instrumentos y modelos con sustento teórico, basados en investigaciones que los respalden, apoyándose en tres elementos fundamentales: el propósito que condujo a su creación, la naturaleza de los elementos que pretenden medir y el grado de confianza que se pueda tener de esta medición.(26).

Entre los instrumentos que se han identificado para realizar una evaluación familiar se encuentran:

- Family Assessment Device (FAD)
- Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES)
- Self-report Family Inventory (SFI)
- Family Assessment Measure (FAM)
- Family Environment Scale (FES)
- Family Functioning Index (FFI)
- Family APGAR (FAPGAR)
- Family Functioning Questionnaire

### Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES).

A finales de los setentas, Olson y sus colaboradores desarrollaron FACES para hacer operativas dos de las tres dimensiones del modelo circunflejo de los Sistemas Familiares y Conyugales, el cual tiene el propósito de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias. Aunque se han desarrollado otros modelos de evaluación con propósitos semejantes, el Circunflejo ha sido el más exitoso en propiciar la integración entre la práctica, la teoría y la investigación estimulando además el diálogo profesional entre clínicos e investigadores. El modelo Circunflejo se ha utilizado en cientos de proyectos de investigación en la última década y ha servido de guía en una amplia variedad de escenarios de terapia de familias; lo cual ha propiciado su evaluación y comparación con otros modelos e instrumentos.(26).

El modelo Circunflejo integra tres dimensiones de la vida familiar: cohesión, adaptabilidad y comunicación. Las dos primeras son las principales y se estima que la comunicación es una dimensión facilitadora que contribuye a que las otras dos se mantengan en niveles saludables. Este modelo propone que sus dos dimensiones principales presenten cuatro posibles grados o niveles, de los cuales, los dos intermedios son normales o balanceados, mientras que los niveles más altos y más bajos son extremos. La funcionalidad se identifica mediante la capacidad que tienen las familias para moverse dentro del modelo como resultado del efecto de factores de estrés normativo o no normativo. La disfuncionalidad se define como la incapacidad de las familias para moverse y modificar así sus niveles de cohesión y adaptabilidad.

Es necesario indicar que el modelo Circunflejo dio origen al paquete de Evaluación Circunfleja (CAP) que incluye once instrumentos dentro de los cuales se encuentra FACES III. Este instrumento de autoaplicación permite evaluar las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. FACES I fue un instrumento inicial con 111 reactivos, posteriormente, FACES II fue el resultado de un riguroso análisis de confiabilidad y constructo. La aplicación de la técnica de análisis factorial fue de gran utilidad para seleccionar 30 reactivos, el mismo tipo de análisis permitió nuevamente depurarlos para que apareciera FACES III con 20 reactivos (alpha de Chronbac de 0.62 a 0.77) (26).

FACES III cuenta con una escala que incluye 5 opciones con valores del 1 al 5. Puede ser contestado por cualquier miembro de la familia mayor de 12 años de edad.(26,28).

En este estudio se trabajará utilizando el FACES III porque es un instrumento sencillo, breve, de fácil aplicación y calificación que permite llevar a cabo la clasificación de las familias en 16 posibles combinaciones de acuerdo con su funcionalidad en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad (37) y que al mismo tiempo me servirá para conocer la relación que existe entre la dinámica familiar y el apego al tratamiento diabetológico en la población seleccionada.

## APEGO AL TRATAMIENTO.

Se define apego a tratamiento como la conducta del paciente que coincide con la prescripción médica, en términos de tomar los medicamentos, seguir las dietas o transformar su estilo de vida. Existen diversas técnicas para medir el apego al tratamiento farmacológico, como la cuantificación directa del fármaco en sangre u orina, entrevista al paciente y el conteo de tabletas entre otras. (1,39). Una estrategia que sigue siendo promisorio, al menos cuando se la combina con otros métodos, es solicitar y alentar la colaboración familiar con el paciente. (39). La atracción de ésta táctica es que añade un esfuerzo para el cumplimiento dentro del medio inmediato del paciente y el médico que atiende en una forma integral y desde una concepción biopsicosocial, a la persona con diabetes, debe conocer todos aquellos factores familiares que influyen en forma directa en la adherencia a las medidas terapéuticas recomendadas para su control (1,10,21); así mismo debe conocer los factores de riesgo para el no apego terapéutico, entre los cuales se encuentran el desconocimiento de la enfermedad, desconfianza en la capacidad del médico, duración de la consulta menor a cinco minutos, falta de comprensión de las indicaciones médicas, escolaridad baja, intolerancia a los medicamentos y el uso de terapias alternativas como es el uso de plantas a las cuales se les han atribuido propiedades medicinales.(1).

El apego al tratamiento es importante para evaluar la evolución clínica, ya que una alianza terapéutica entre el paciente y el médico es necesaria para el éxito del tratamiento(1).

La medicina de familia no separa la enfermedad de la persona, ni ésta del medio ambiente; reconoce que la salud y enfermedad están fuertemente conectadas con la personalidad, la forma de vida, el medio ambiente físico y las relaciones humanas, además reconoce que la familia es fundamental para el desarrollo de la persona. (20).

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 en el correcto control de la diabetes. (10). Es muy frecuente observar en la consulta diaria que muchos pacientes diabéticos acuden al médico solos, al interrogarlos en relación a este punto comentan que no hay nadie que los pueda acompañar, lo que hace suponer que no hay un apoyo familiar adecuado para lograr un estricto apego al tratamiento indicado.

A lo largo del ciclo vital familiar surgen distintos acontecimientos que afectan la homeostasis familiar y que exigen mecanismos de adaptación para su recuperación. Dichos mecanismos dependerán para su éxito de la existencia de una adecuada función familiar. (10).

La aparición de la diabetes sitúa al sistema familiar ante un evento nuevo e inesperado. Conlleva la carga emocional de una enfermedad que no se "cura", que precisa tratamiento de por vida, que exige medidas terapéuticas basadas en cambios de los hábitos de vida, tanto en el sentido dietético, como en el 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.). La familia lo procesará según su propio conjunto de creencias acerca de la enfermedad y las experiencias previas que posea en el cuidado de pacientes diabéticos, sobre todo con acontecimientos dramáticos e importantes como ceguera, amputaciones, úlceras, etc. Pondrá en marcha los recursos con los que cuente, su cohesión, su capacidad de adaptación, de apoyo y su capacidad organizativa, buscando en caso necesario apoyos extrafamiliares para lograr la homeostasis que asegure un funcionamiento familiar normal. La diabetes es una de las enfermedades que dependen de la dinámica familiar y de la relación médico-paciente para lograr el éxito terapéutico. (10).

Meissner señaló que la enfermedad en el ser humano además del componente patológico consta de uno ecológico en el que la familia constituye el contexto social más significativo y duradero (22,23); en consecuencia las reacciones de la familia ante la presencia de una enfermedad dependerán de varios factores: el tipo de familia, la cultura y la educación de cada miembro, del desarrollo familiar y de las ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas y su tratamiento, todo esto influye en el enfermo. Las actitudes de los parientes acerca del dolor, invalidez, regímenes terapéuticos o de una enfermedad como la diabetes, pueden establecer la reacción de los pacientes a sus síntomas o complicaciones (22,24).

Un individuo 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 influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica.

Es necesario enfatizar al paciente la aceptación de su padecimiento e identificar los trastornos depresivos, afectivos y de ansiedad que ello implica, ya que su manejo adecuado también se asocia con una mejoría en la calidad de vida y en apego terapéutico. (1,25).

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

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 intervendrán en el correcto control de la diabetes, además también es importante que ayuden y motiven al paciente para que modifique su estilo de vida; es por esto que, ¿ influirá el tipo de dinámica familiar en el apego al tratamiento del enfermo con diabetes mellitus tipo 2?.

## JUSTIFICACION

La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónico-degenerativas que se presentan con mayor frecuencia en la población mundial, al grado de ser considerada como una pandemia con tendencia ascendente. En la actualidad de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud se estima que existen alrededor de 140 millones de diabéticos en el mundo y se espera que esa cifra se eleve a 300 millones en los próximos 25 años. (36).

En México la diabetes mellitus constituye uno de los problemas más importantes de salud pública con características de epidemia. Anualmente se registran más de 180 mil casos nuevos y causa alrededor de 36 mil defunciones. (36).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social la diabetes se sitúa en el segundo lugar dentro de los principales motivos de demanda en la consulta de medicina familiar y en el primer lugar en la consulta de especialidades, con un importante incremento en el otorgamiento de días de incapacidad temporal, así como de pensiones por invalidez. Es también una de las principales causas de ingreso y egreso hospitalario. (29,36).

El número de consultas por diabetes mellitus atendidas por médico familiar ha aumentado substancialmente, de poco más de 897 mil consultas que se otorgaron en 1984, a 5 millones para 1997, con un incremento del 460%. En cuanto a la consulta por médicos no familiares (especialistas) se otorgaron aproximadamente 152 mil consultas en 1984, contra 429 mil para 1997, con un incremento del 181%; en este periodo se registró un crecimiento de solo 23.3% de la población derechohabiente. (36).

El incremento en la mortalidad por diabetes muestra un comportamiento exponencial. Al revisar el perfil de mortalidad durante los últimos 15 años podemos ver que la tasa se ha duplicado al pasar de 25.3 por 100,000 derechohabientes usuarios para 1981, a una tasa de 62.2 por 100,000 derechohabientes usuarios para 1997, con un total de 15,111 defunciones para este último año. (36).

La diabetes mellitus es una enfermedad hereditaria y crónica, lo que propicia una alta y creciente prevalencia de dicha enfermedad y por lo tanto, de sus complicaciones, lo que conlleva a un elevado gasto en su manejo y cuidado, tanto a nivel personal, familiar y social, por ejemplo: en 1991 en México se estimó un gasto de atención de 430 millones de dólares (30) y en el quinquenio de 1992-1997 el gasto promedio anual de la atención a los enfermos que padecen diabetes superó los 2000 millones de pesos (31,36); por cada paciente diabético identificado se ha calculado un gasto de 450 dólares estadounidenses por año. (32).

En la Unidad de Medicina Familiar No. 14 hay poco más de 6,684 pacientes diabéticos, 3,440 en el turno matutino y 3,244 en el turno vespertino y en el consultorio 20 del turno matutino existen 210 pacientes diabéticos, corroborando la elevada frecuencia de esta enfermedad. (38).

Si consideramos la teoría del capital humano propuesta por Gary Becker cuya idea central destaca en el reconocimiento de la salud como un bien de inversión para el individuo y para el desarrollo económico de un país (33) reconoceremos la necesidad de generar estudios de investigación para orientar la toma de decisiones bajo un marco del uso adecuado de los escasos recursos disponibles. Por otro lado la falta de adhesión al tratamiento en pacientes con problemas crónicos como la diabetes debe considerarse como un signo de alarma que obligue al médico a realizar un enfoque familiar, unas veces para implicar a la familia en el control del tratamiento y otras para investigar la posible existencia de alteraciones en su función. (34). En un estudio se encontró que las actitudes de la familia en relación al enfermo, la dieta y su terapia, demostraron actitudes negativas en el 83.47% de los casos, (22), además la falta de apego al tratamiento implica grandes erogaciones económicas, ya que más del 10% de los ingresos hospitalarios se deben a esta causa. (1). Sabemos también que a pesar de realizar un diagnóstico preciso de la diabetes mellitus, instalar un tratamiento dietético adecuado, iniciar un programa de ejercicios, planear la terapéutica medicamentosa, realizar pláticas informativas e integrar a los pacientes a grupos de autoayuda seguimos observando un alto porcentaje de pacientes descontrolados, por lo que considero importante investigar el ambiente familiar y describir como se relaciona con el apego al tratamiento en los pacientes diabéticos tipo 2.

## HIPOTESIS

Este estudio por sus características de ser observacional, prospectivo, transversal y descriptivo, se realiza sin planteamientos hipotéticos.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL.

Determinar la relación que existe entre la dinámica familiar y el apego al tratamiento en pacientes usuarios diabéticos tipo 2 adscritos al turno matutino del consultorio 20, de la Unidad de Medicina Familiar No. 14 del IMSS en el D.F.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- 1.- Identificar la dinámica familiar empleando el Instrumento FACES III, en la población diabética tipo 2 del consultorio 20 del turno matutino en la Unidad de Medicina Familiar No. 14.
- 2.- Identificar el grado de apego al tratamiento diabetológico, utilizando una cédula que se aplicará a los pacientes diabéticos del consultorio 20 del turno matutino en la Unidad de Medicina Familiar No. 14.

## METODOLOGIA

### TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo.

### POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.

Pacientes usuarios diabéticos tipo 2, adscritos al consultorio 20 del turno matutino, en la Unidad de Medicina Familiar No. 14 en el D.F.

### TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Serán incorporados al estudio un total de 79 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, obteniendo la muestra en base a los parámetros estadísticos establecidos, buscando un grado de confiabilidad del 95% y un grado de error del 5% sobre 210 diabéticos controlados en el consultorio 20 del turno matutino en la Unidad de Medicina Familiar No. 14 en el D.F.

El procedimiento para elegir la recolección de la muestra es del tipo no probabilístico y el diseño es el muestreo de casos consecutivos.

#### CRITERIOS DE INCLUSION:

- Derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 14.
- Pertenecientes al consultorio 20 del turno matutino.
- Que sean diabéticos tipo 2.
- Que no vivan solos
- Ambos sexos
- Que acepten participar en el estudio.
- Que no presenten alguna patología psiquiátrica.

#### CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes no derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Que no pertenezcan al consultorio 20 del turno matutino
- Que no sean diabéticos tipo 2.
- Que vivan solos.
- Que presenten alguna patología psiquiátrica

#### CRITERIOS DE ELIMINACION

- Pacientes que habiendo sido aceptados en el estudio decidan no continuar y se retiren voluntariamente.
- Pacientes que cambien de Unidad de adscripción.
- Pacientes que tengan cédula incompleta.
- Que no asistan a sus consultas oportunamente.

## VARIABLES.

### INDEPENDIENTE:

- Diabetes Mellitus

### DEPENDIENTE:

- Dinámica familiar
- Apego a tratamiento

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Nombre	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición
Diabetes Mellitus tipo 2	Es una enfermedad determinada genéticamente en la que el sujeto presenta alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, de las proteínas y de las grasas y, una relativa o absoluta deficiencia de la secreción de insulina con grados variables de resistencia a ésta.	Pacientes que hayan sido diagnosticados como diabéticos tipo 2 y cuyo diagnóstico este documentado en el expediente clínico.	Cualitativa	Nominal Dicotómica - Sí diabéticos tipo 2 - No diabéticos tipo 2

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Nombre	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición
Dinámica Familiar	Conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia, haciendo que ésta funcione bien o mal como unidad.	Se valorará mediante la aplicación de un instrumento de medición que se llama FACES III	Cualitativa	Nominal Dicotómica  - Funcional  - Disfuncional

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Nombre	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición
Apego a tratamiento	Conducta del paciente que coincide con la prescripción médica en términos de tomar los medicamentos, seguir la dieta o transformar su estilo de vida	Se valorará mediante la cédula de apego a tratamiento	Cualitativa	Nominal Dicotómica  - Sí apego a tratamiento - No apego a tratamiento

## PROCEDIMIENTO PARA LA CAPTACION DE LA INFORMACION.

A todos los participantes se les solicitó llenar:

- Hoja de Consentimiento Informado (anexo 1)
- Aplicación de Cédula (anexo 2).
- Aplicación del instrumento FACES III (anexo 3).
- Revisión de expedientes para conocer el control glucémico en los últimos 6 meses.

## CONSIDERACIONES ETICAS:

- El estudio será en seres humanos diabéticos tipo 2, con el cual se pretende conocer la dinámica familiar y el apego a su tratamiento diabetológico, por lo cual no hay ningún tipo de riesgo en su integridad física y mental.
- Todos los participantes llenarán una hoja de consentimiento informado con la explicación previa sobre el estudio.
- Cualquiera de los participantes podrá retirarse del estudio cuando así lo desee.
- Este estudio se apegará los modelos éticos y científicos para realizar investigación biomédica en seres humanos, los cuales se han desarrollado y establecido en Guías Internacionales que van desde la Declaración de Helsinki (1964) hasta las Guías de la OMS y las Guías ICH ( International Conference of Harmonisation) para las Buenas Prácticas Clínicas (BPC). En el caso de México, los estudios de investigación clínica deberán apegarse a lo establecido en la Ley General de Salud en Materia de Investigación Científica. El cumplimiento de estas Guías asegura la promoción de la dignidad, derechos humanos, seguridad y bienestar de los participantes en la investigación médica.

## RECURSOS.

### Recursos humanos:

- Un médico familiar.

### Recursos materiales:

- Aula.
- Sillas para los participantes
- La cédula y el instrumento FACES III.
- Expedientes clínicos.
- Equipo de computo.

### Costos:

- 1 Médico Familiar (según tabulador del IMSS), 4 horas por semana por 5 meses-- \$4950.40
- Material: fotocopias de cédulas, Instrumento de Evaluación Familiar FACES III y copias de artículos de consulta-- \$400.00
- Llamadas telefónicas-- \$100.00

El costo total fue de \$5450.40 y fue cubierto por el investigador.

## DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.

Se incorporaron al estudio un total de 79 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, obteniendo la muestra en base a los parámetros estadísticos establecidos, buscando un grado de confiabilidad del 95% y un grado de error del 5% sobre 210 diabéticos controlados en el consultorio 20 del turno matutino en la Unidad de Medicina Familiar No. 14, en el D.F. ; en consecuencia se seleccionaron y se revisaron 79 expedientes a los cuales se les hizo una invitación vía telefónica para informarles e invitarlos a participar en el estudio; ya en la consulta se aplicó la cédula de apego al tratamiento diabetológico, el cual consta de una ficha de identificación, tipo de familia, ciclo vital familiar, tiempo de evolución de la enfermedad, información que tiene el paciente en relación a la diabetes, tipo de tratamiento, tolerancia a medicamentos, persona que supervisa el tratamiento de manera integral (dieta, ejercicio, medicamento), tipo de dieta que consume, cantidad de medicamento sobrante a la hora de aplicar la cédula, frecuencia de sus citas a Medicina Familiar, confianza en su médico familiar, tiempo promedio en la consulta, estado de ánimo y cifras de glucosa en los últimos 6 meses. Posteriormente se aplicó el Instrumento para conocer la dinámica familiar FACES III, el cual consiste en 20 reactivos y una escala para respuestas que incluye 5 opciones con valores del uno al cinco y puede ser contestado por cualquier miembro de la familia mayor de 12 años de edad, éste Instrumento se aplicó para hacer operativa la adaptabilidad y la cohesión.

La calificación en Cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems ones.

La calificación en Adaptabilidad es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems pares.

Una vez hecha la suma correspondiente a las dos dimensiones de Cohesión y Adaptabilidad, se buscaron las calificaciones obtenidas en cada una de las amplitudes de clase que aparecen en la tabla uno y dos en la hoja del formato del FACES III, obteniendo la clasificación de la familia correspondiente en el esquema del Modelo Circunflejo y se descargaron los datos obtenidos para el análisis cuantitativo y cualitativo.

## RESULTADOS DE LA CEDULA DE APEGO AL TRATAMIENTO DIABETOLOGICO

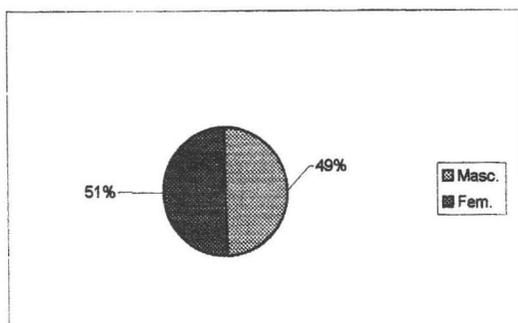
### 1.- Sexo

Se encontró que de los 79 pacientes estudiados, la distribución por sexo fue de 39 para el masculino con 49.36% y 40 para el femenino con 50.63%. Tabla A y Gráfica 1.

TABLA A

Sexo	Frec.	%
Masc.	39	49.36
Fem.	40	50.63

GRÁFICA 1



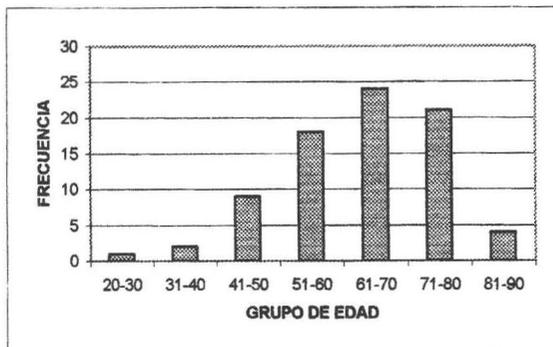
### 2.- Edad

En el grupo de edad de 20 a 30 años se obtuvo 1 paciente, lo que da el 1.26%; en el grupo de 31 a 40 años 2 pacientes, con 2.53%; en el de 41 a 50 años 9 pacientes, con 11.39%; dentro del grupo de 51 a 60 años 18 pacientes, con 22.78%; en el grupo de 61 a 70 años 29 pacientes, con 30.37%; en el grupo de 71 a 80 años 21 pacientes, con 26.58% y en el grupo de 81 a 90 años 4 pacientes, con 5.06%. Tabla B y Gráfica 2.

TABLA B

GPO. DE EDAD	FREC	%
20-30	1	1.26
31-40	2	2.53
41-50	9	11.39
51-60	18	22.78
61-70	24	30.37
71-80	21	26.58
81-90	4	5.06

GRÁFICA 2



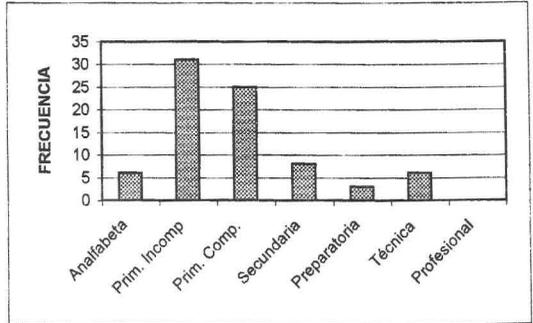
### 3.- Escolaridad

Se encontraron 6 pacientes analfabetas, con 7.59%; 31 pacientes con primaria incompleta, con 39.24%; 25 pacientes con primaria completa, con 31.64%; 8 pacientes con educación secundaria, con 10.12%; 3 pacientes con preparatoria, con 3.79%; 6 pacientes con educación técnica, con 7.59% y 0 pacientes con educación profesional. Tabla C y Gráfica 3.

TABLA C

Escolaridad	Frecuencia	%
Analfabeta	6	7.59
Prim. Incomp	31	39.24
Prim. Comp.	25	31.64
Secundaria	8	10.12
Preparatoria	3	3.79
Técnica	6	7.59
Profesional	0	0

GRÁFICA 3



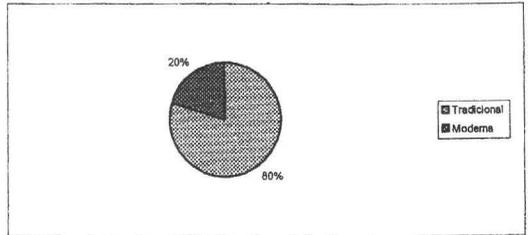
### 4.- Tipo de familia

De acuerdo a su desarrollo se obtuvieron 63 familias tradicionales, con 79.74% y 16 modernas con 20.25%. Tabla D y Gráfica 4.

TABLA D

Desarrollo	Frecuencia	%
Tradicional	63	79.74
Moderna	16	20.25

GRÁFICA 4

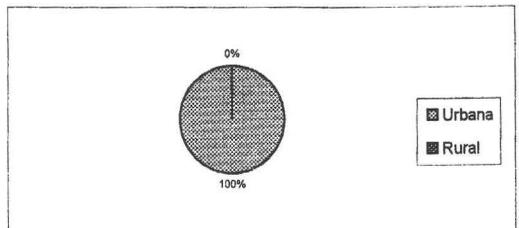


De acuerdo a la demografía las 79 familias estudiadas son urbanas con 100%. Tabla D1 y Gráfica 4A

TABLA D1

Demografía	Frecuencia	%
Urbana	79	100
Rural	0	0

GRÁFICA 4A

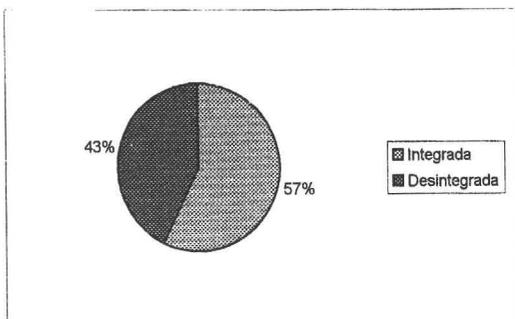


De acuerdo a su integración 45 familias están integradas, con 56.96%; y 34 desintegradas con 43.03. No se encontraron familias semi-integradas. Tabla D2 y Gráfica 4B

TABLA D2

Integración	Frecuencia	%
Integrada	45	56.96
Desintegrada	34	43.03

GRÁFICA 4B



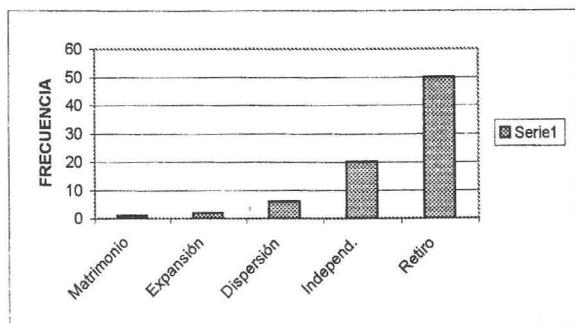
#### 5.- Ciclo Vital Familiar.

De las 79 familias estudiadas 1 se encontró en fase de matrimonio, con 1.26%; 2 en fase de expansión, con 2.53%; 6 en fase de dispersión, con 7.59%; 20 en fase de independencia con 25.31% y 50 en fase de retiro con 63.29%. Tabla E y Gráfica 5.

TABLA E

Ciclo Vital	Frecuencia	%
Matrimonio	1	1.26
Expansión	2	2.53
Dispersión	6	7.59
Independ.	20	25.31
Retiro	50	63.29

GRÁFICA 5



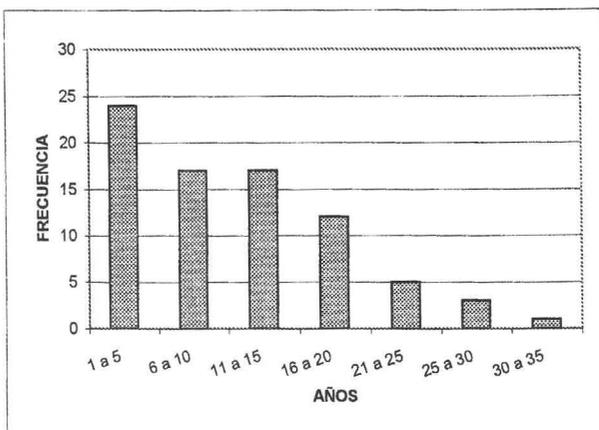
### 6.- Tiempo de evolución de la Diabetes Mellitus.

Se encontraron 24 pacientes en el grupo de 1 a 5 años de evolución, con 30.37%; 17 pacientes en el grupo de 6 a 10 años y también 17 pacientes en el grupo de 11 a 15 años, con 21.51%; 12 pacientes en el grupo de 16 a 20 años, con 15.18%; 5 pacientes en el grupo de 21 a 25 años, con 6.32%; 3 pacientes en el grupo de 26 a 30 años, con 3.79% y 1 paciente en el grupo de 30 a 35 años, con 1.26%. Tabla F y Gráfica G.

TABLA F

Tiempo evol.	Frecuencia	%
1 a 5	24	30.37
6 a 10	17	21.51
11 a 15	17	21.51
16 a 20	12	15.18
21 a 25	5	6.32
25 a 30	3	3.79
30 a 35	1	1.26

GRÁFICA G



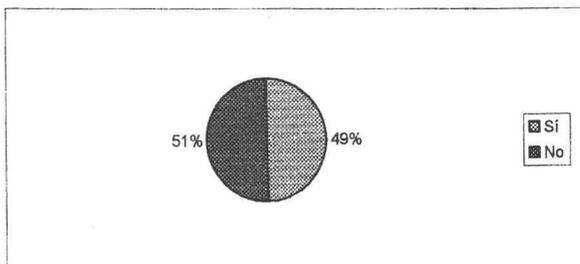
### 7.- Información sobre Diabetes Mellitus.

Se encontró que 39 pacientes tienen conocimiento sobre la enfermedad correspondiendo a 49.36% y 40 pacientes no tienen conocimiento, con 50.63%. Tabla G y Gráfica 7.

TABLA G

Información	Frecuencia	%
Sí	39	49.36
No	40	50.63

GRÁFICA 7



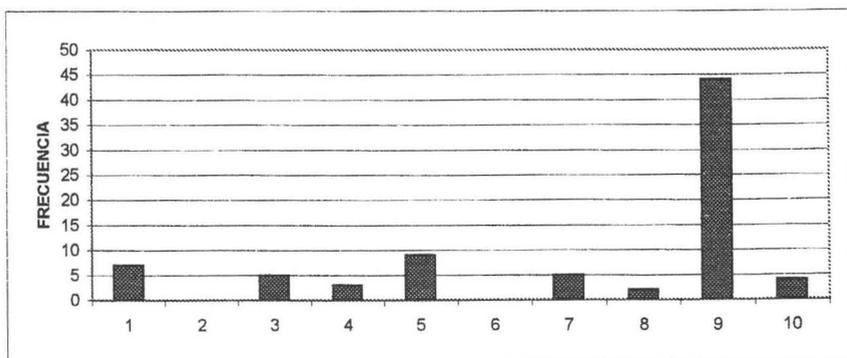
## 8.- Tratamiento.

En relación al tratamiento se encontró que 7 pacientes se controlan únicamente con dieta, dando un 8.86%; con dieta y ejercicio 0 pacientes; con dieta, ejercicio e hipoglucemiantes orales 5 pacientes, con 6.32%; con dieta, ejercicio e insulina 3 pacientes, con 3.79%; con dieta e hipoglucemiantes orales 9 pacientes, con 11.39%; con dieta e insulina 0 pacientes; con ejercicio e hipoglucemiantes orales 5 pacientes, con 6.32%; con ejercicio e insulina 2 pacientes, dando un 2.53% sólo con hipoglucemiantes orales 44 pacientes, con 55.69% y solo 4 pacientes con insulina, dando un 5.06%. Tabla H y Gráfica 8.

TABLA H

	Tratamiento	Frecuencia	%
1	Dieta	7	8.86
2	Dieta-ejercicio	0	0
3	Dieta-ejercicio-hipoglucemieante oral	5	6.32
4	Dieta-ejercicio-insulina	3	3.79
5	Dieta-hipoglucemiante oral	9	11.39
6	Dieta-insulina	0	0
7	Ejercicio hipoglucemiante oral	5	6.32
8	Ejercicio-insulina	2	2.53
9	Hipoglucemiante oral	44	55.69
10	Insulina	4	5.06

GRÁFICA 8



### 9.- Tolerancia al medicamento

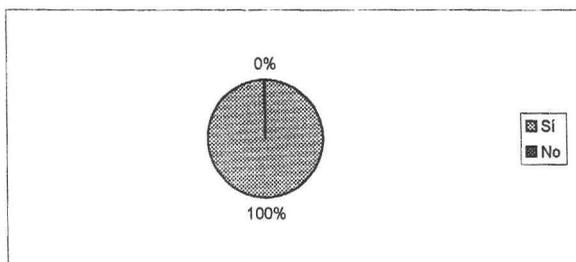
Los pacientes refirieron tolerar adecuadamente sus medicamentos, correspondiendo al 100%.

Tabla I y Gráfica 9

TABLA I

Tolerancia	Frecuencia	%
Sí	79	100
No	0	0

GRÁFICA 9



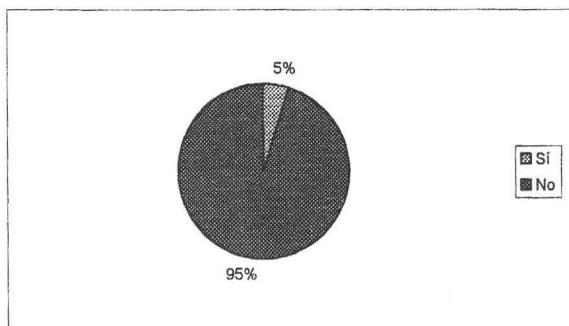
### 10.- Preferencia por uso de herbolaria en vez de medicamentos.

Se encontró que 4 pacientes tienen preferencia por la herbolaria, siendo un 5.06% y 75 pacientes prefieren los medicamentos con 94.93%. Tabla J y Gráfica 10

TABLA J

Preferencia	Frecuencia	%
Sí	4	5.06
No	75	94.93

GRÁFICA 10



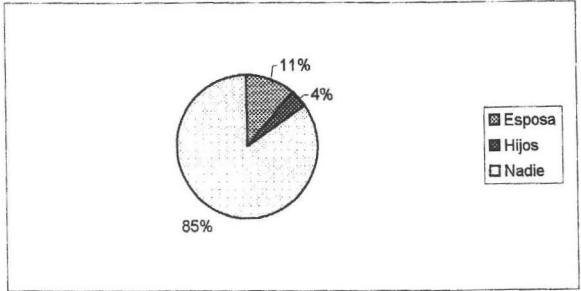
11.- Supervisión de la dieta

En 9 pacientes la esposa supervisa la dieta, con 11.39%; los hijos en 3 pacientes, con 3.79% y en 67 pacientes nadie la supervisa, dando un 84.81% Tabla K y Gráfica 11

TABLA K

Supervisión	Frecuencia	%
Esposa	9	11.39
Hijos	3	3.79
Nadie	67	84.81

GRÁFICA 11



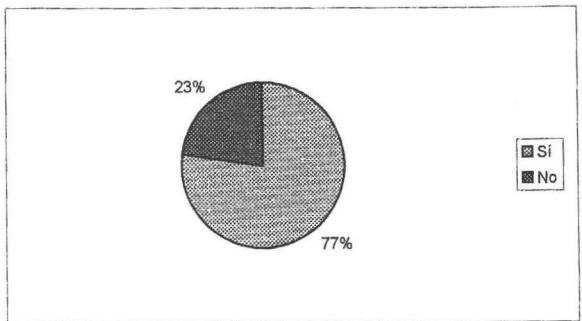
12. Ingesta de la misma alimentación que el resto de la familia.

Se encontró que 61 pacientes ingieren los mismos alimentos que el resto de la familia, con 77.21% y 18 pacientes no consumen los mismos alimentos, con 22.78%. Tabla L y Gráfica 12.

TABLA L

Consumo	Frecuencia	%
Sí	61	77.21
No	18	22.78

GRÁFICA 12



### 13.- Supervisión del ejercicio

Se encontró que de los 79 pacientes estudiados, nadie supervisa el ejercicio indicado con 100%

Tabla M

TABLA M

Supervisión	Frecuencia	%
Nadie	79	100

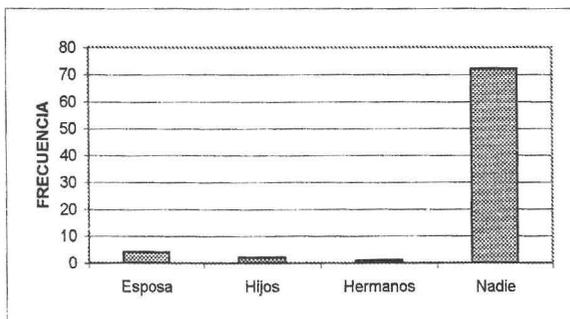
### 14.- Supervisión en la toma de medicamentos

Se encontró que 4 pacientes son supervisados por la esposa, con 5.06%; en 2 pacientes por los hijos, con 2.53%; 1 paciente por los hermanos, con 1.26% y en 72 pacientes nadie, con 91.13%. Tabla N y Gráfica 13.

TABLA N

Supervisión	Frecuencia	%
Esposa	4	5.06
Hijos	2	5.06
Hermanos	1	1.26
Nadie	72	91.13

GRÁFICA 13



15.- Cantidad de medicamento restante al momento de aplicar la cédula.

De los 63 pacientes que toman hipoglucemiantes orales se encontró que 36 tenían menos de 10 tabletas, con 57.14% y 27 de ellos con 11 y más tabletas, con 42.85%. Tabla Ñ y Gráfica 14; se obtuvo además una desviación estándar de 7.0 tabletas.

De los 9 pacientes que utilizan insulina 5 tenían menos de 200 U., con 55.55% y 4 tenían 201 o más U. con 44.44%. Tabla Ñ1 y Gráfica 14A.; se obtuvo una desviación estándar de 380 Unidades.

TABLA Ñ

Cantidad	Frecuencia	%
0 a 10	36	57.14
11 y más	27	42.85

GRÁFICA 14

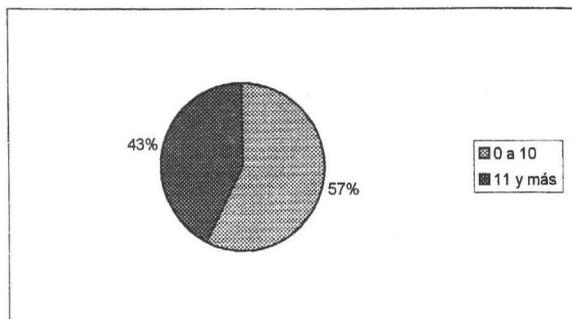
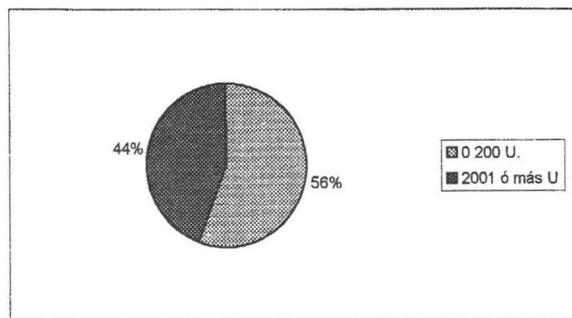


TABLA Ñ1

Cantidad	Frecuencia	%
0 200 U.	5	55.55
2001 ó más U	4	44.44

GRÁFICA 14 A



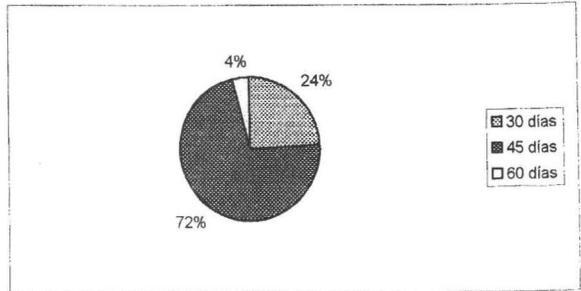
16.- Frecuencia de citas.

Se encontró que de los 79 pacientes estudiados, 19 acuden a consulta cada 30 días, con 24.05%; 57 de ellos cada 45 días, con 72.15% y 3 cada 60 días con 3.79%. Tabla O y Gráfica 15.

TABLA O

Citas	Frecuencia	%
30 días	19	24.05
45 días	57	72.15
60 días	3	3.79

GRÁFICA 15



17.- Confianza en el médico

Los 79 pacientes refieren confiar plenamente en su médico, con 100%. Tabla P

TABLA P

Confianza	Frecuencia	%
Sí	79	100
No	0	0

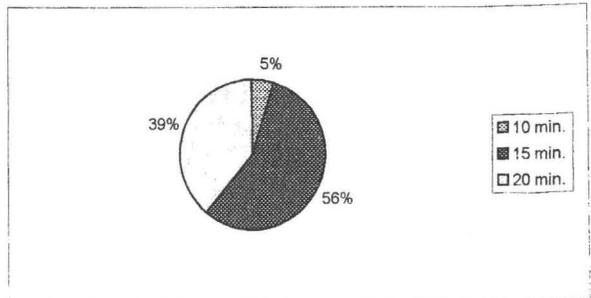
18.- Tiempo promedio en la consulta médica

Se encontró que de los 79 pacientes estudiados 4 refieren tardarse 10 minutos en la consulta con 5.06%, 44 pacientes emplean 15 minutos, con 56.69% y 31 pacientes 20 minutos, con 39.24%. Tabla Q y Grafica 16; se obtuvo una desviación estándar de 2.8 minutos

TABLA Q

Tiempo	Frecuencia	%
10 min.	4	5.06
15 min.	44	56.69
20 min.	31	39.24

GRÁFICA 16



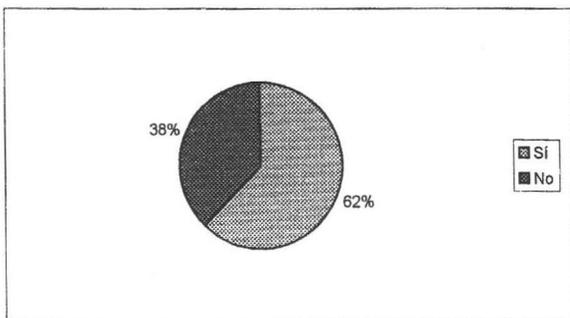
### 19.- Depresión

Se encontró que de los 79 pacientes estudiados, 49 han cursado en los últimos 6 meses con síntomas sugestivos de depresión, con 62.02% y 30 pacientes no han presentado ésta sintomatología, resultando un 37.97%. Tabla R y Gráfica 17.

TABLA R

Depresión	Frecuencia	%
Sí	49	62.02
No	30	37.97

GRÁFICA 17



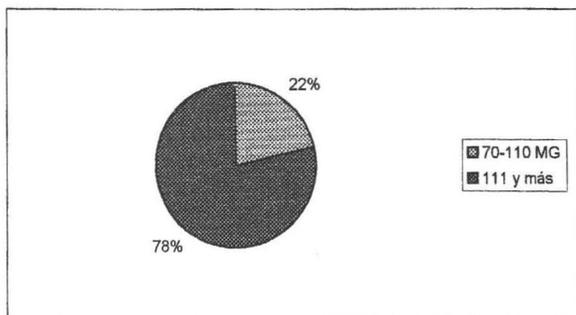
### 20.- Promedio de glucemia en los últimos 6 meses

De los 79 pacientes estudiados, se encontraron 18 con cifras entre 70 y 120 mgs de glucosa, con 22.78% y 61 pacientes con cifras de 121 y más mgs., con 77.21%. Tabla S y Gráfica 18; se obtuvo una desviación estándar de 48 mgs de glucosa.

TABLA S

Promedio	Frecuencia	%
70-110 MG	17	21.51
111 y más	62	78.48

GRÁFICA 18



RESULTADOS DE LA DINÁMICA FAMILIAR  
FACES III

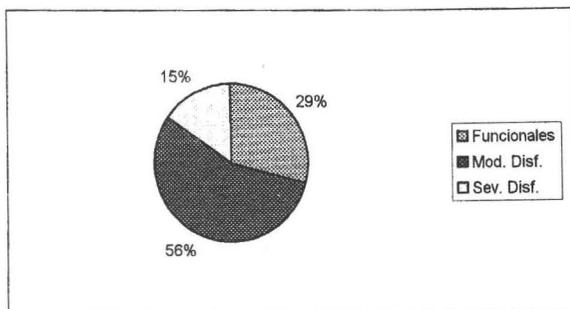
DINÁMICA FAMILIAR

De las 79 familias de los pacientes diabéticos tipo 2 estudiados, se encontró que 23 de ellas son funcionales, correspondiendo al 29.11%; 44 familias son moderadamente disfuncionales, con 55.69% y 12 familias son severamente disfuncionales, con 15.18%. Tabla A y Gráfica 1

TABLA A

Din. Fam.	Frecuencia	%
Funcionales	23	29.11
Mod. Disf.	44	55.69
Sev. Disf.	12	15.1

GRÁFICA 1



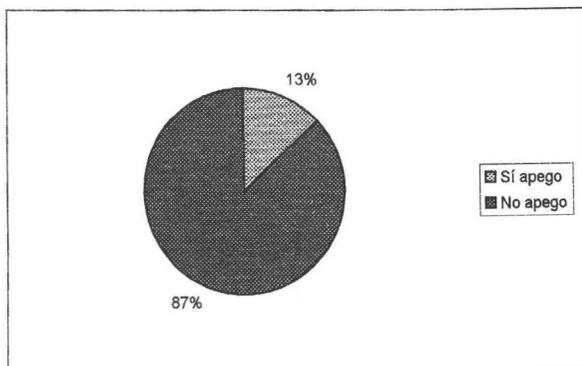
Familias Funcionales y Apego a Tratamiento

De las 23 familias funcionales 3 de ellas están apegadas al tratamiento diabetológico, con 13.04% y 20 no están apegadas al tratamiento, con 86.95%. Tabla B y Gráfica 2

TABLA B

Funcionales	Frecuencia	%
Sí apego	3	13.04
No apego	20	86.95

GRÁFICA 2



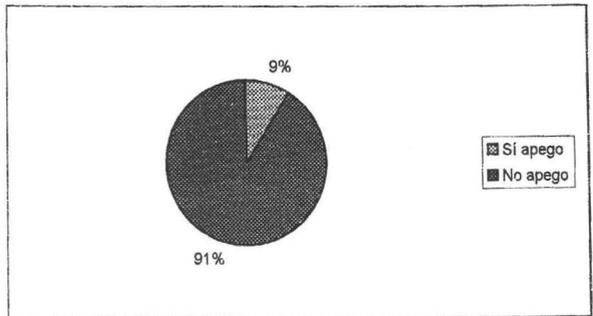
### Familias Moderadamente Disfuncionales y Apego a Tratamiento Diabetológico

De las 44 familias moderadamente disfuncionales 4 están apegadas al tratamiento diabetológico, con 9.09% y 40 no se apegan al tratamiento, con 90.90%. Tabla C y Gráfica 3

Tabla C

Mod. Disf.	Frecuencia	%
Sí apego	4	9.09
No apego	40	90.9

GRÁFICA 3



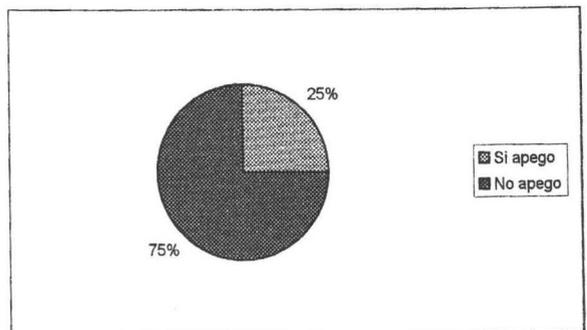
### Familias Severamente Disfuncionales y Apego a Tratamiento Diabetológico

De las familias severamente disfuncionales 3 se apegan al tratamiento, con 25% y 9 no se apegan al tratamiento, con 75%. Tabla D y Gráfica 4.

TABLA D

Serv. Disf.	Frecuencia	%
Si apego	3	25
No apego	9	75

GRÁFICA 4



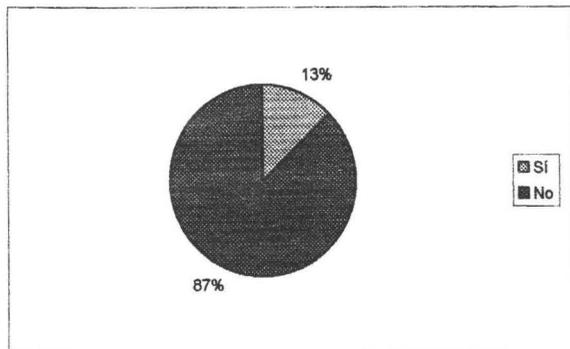
RELACIÓN GLOBAL ENTRE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2  
Y APEGO AL TRATAMIENTO DIABETOLÓGICO.

De los 79 pacientes estudiados se encontraron 10 apegados al tratamiento diabetológico, con 12.65% y 69 sin apegos al tratamiento, con 87.34%. Tabla T y Gráfica 19.

TABLA T

Apego	Frecuencia	%
Sí	10	12.65
No	69	87.34

GRÁFICA 19



## DISCUSION

De acuerdo a lo que refiere Sackett y Durán-Varela y cols., en relación al apego del paciente a su tratamiento, se elaboró una cédula que nos permitiera identificar si un paciente cumple o no, con las medidas terapéuticas prescritas por su médico, en la cédula se agregan algunos datos complementarios para tener un conocimiento más integral del paciente y su familia, aunque estos agregados no nos dicen directamente si un paciente se apega o no a su tratamiento.

En concordancia con lo que refieren estos autores, se analizaron los siguientes ítems de la cédula (9,11,12,13,14,15,17,18,19 y 20), considerando que son los que nos permiten inferir si el paciente cumple las indicaciones médicas.

El ítem 9 se refiere a la tolerancia del medicamento por parte del paciente, ya que sí ocasiona efectos secundarios molestos, propiciará que el paciente no lo tome, o no lo ingiera a la dosis indicada; en este estudio se encontró que todos los pacientes refieren buena tolerancia a sus medicamentos (hipoglucemiantes orales-insulina), lo cual apoya de manera positiva el apego al tratamiento diabetológico.

El ítem 11 se refiere a ¿quién esta al pendiente de la dieta que consume el paciente?, esto tiene una importancia relevante, porque incide directamente en el control glucémico y en consecuencia refleja el apego o no apego al régimen dietético y en el estudio obtuvimos un elevado porcentaje (84.81%) de pacientes en los que nadie supervisa su dieta; ésta pregunta va de la mano con el ítem 12, donde se cuestiona si el paciente consume los mismos alimentos que el resto de la familia, encontrando que el 77.21% de ellos, sí consumen los mismos alimentos que los demás miembros de la familia; Valadez-Figueroa y cols., encontraron un 83.47% de actitudes negativas en relación a la dieta, lo cual habla de una carencia de alimentación específica para el paciente diabético.

El ítem 13 esta en relación a ¿quién supervisa el ejercicio indicado? Recordando que la realización de éste, refleja cambios positivos en el estilo de vida, pero encontramos que ningún paciente es supervisado en ésta actividad, lo cual indica apego inadecuado al tratamiento diabetológico integral.

La supervisión en la toma de medicamentos (ítem 14) es otro aspecto importante, pues en la consulta algunos pacientes refieren que en ocasiones se les olvida tomar el medicamento y en éste trabajo se obtuvo un porcentaje muy alto (91.13%) de pacientes en los que nadie supervisa esta indicación, reflejando la posibilidad de un apego inadecuado, coincidiendo con lo que refiere Sackett, al precisar que los pacientes que admiten olvidar tomar alguna tableta, usualmente tienen un cumplimiento bastante bajo.

El ítem 15 de la cédula se refiere a la cantidad de medicamento restante al momento de aplicar la cédula, Sackett dice que cuando los recuentos de tabletas son mucho más elevados de lo que deberían ser, son prueba de bajo cumplimiento y en nuestros resultados obtenidos se encontraron porcentajes elevados (alrededor del 44%) de pacientes que tenían más medicamento del que deberían, al momento de aplicar la cédula.

El ítem 17 se refiere a la confianza que tiene el paciente en su médico tratante, Durán-Varela refiere que uno de los factores que influyen en la falta de apego al tratamiento, es la desconfianza en la capacidad del médico, en nuestro estudio se obtuvo un 100% de pacientes que sí confían en su médico tratante.

Se pregunto de manera abierta (ítem 18), ¿cuál es el tiempo promedio que ocupa el médico en otorgarle la consulta?, Durán-Varela refiere que la duración de la consulta menor a 5 minutos, contribuye al no apego terapéutico. Nosotros encontramos que la mayoría de los pacientes (56.69%), refieren que su médico les dedica 15 minutos en promedio y ninguno refirió 5 minutos o menos, lo que nos lleva a deducir que éste resultado contribuye adecuadamente a favorecer el apego terapéutico.

Vázquez-Estupiñán y cols., en su estudio sobre los aspectos psicosociales de la DM, dicen que cuando el médico esta al pendiente de la aparición de síntomas depresivos, su reconocimiento y atención oportuna, puede reducir significativamente el deterioro en la calidad de vida del paciente y favorecer su apego al tratamiento; por esto el ítem 19 de la cédula se refiere a la presencia de síntomas sugestivos de depresión en los últimos 6 meses (tristeza, soledad, llanto fácil, falta de ánimo) y obtuvimos un porcentaje alto (62.02%) de pacientes con ésta sintomatología.

El ítem 20 de la cédula nos habla del promedio de glucemia en los últimos 6 meses y de acuerdo con la Guía Técnica General para la Vigilancia, Prevención y Control de la Diabetes Mellitus (IMSS), nos dice que los parámetros de glucosa para obtener un buen control, deben oscilar entre 80 y 110 mg, por lo que en nuestro estudio ubicamos a los pacientes en 2 grupos: el primero corresponde a los que tuvieron cifras de glucosa comprendidos entre 80 y 110 mg y el segundo a los que se encontraron entre 111 y más miligramos; los resultados obtenidos fueron de 17 pacientes en el primer grupo con 21.51% y 62 pacientes en el segundo grupo con 78.48%, lo que refleja un pobre control glucémico y en consecuencia un apego inadecuado al tratamiento diabetológico.

Tomando en cuenta el análisis de los ítems antes referidos, consideramos que tenemos bases para argumentar si un paciente tiene apego o no lo tiene a su tratamiento integral y en los resultados de éstas 10 preguntas sólo 3 (9,17 y 18) apoyan el apego terapéutico, del resto podemos inferir que no hay un apego adecuado a las indicaciones médicas.

A la fecha son pocos los estudios realizados en el ámbito nacional sobre el apego terapéutico y se sabe que el no apego al tratamiento además de complicar la diabetes mellitus ocasiona altos costos económicos, por lo que se debe continuar implementando y evaluando métodos que contribuyan a mejorar la adherencia terapéutica y así evitar complicaciones graves a corto y largo plazo.

Respecto a la Dinámica Familiar Vázquez-Estupiñán y cols., refieren que en la familia que cuenta con un enfermo de diabetes mellitus, suelen funcionar en base a características de excesiva fusión, incapacidad para resolver los conflictos, evitación y desviación de éstos a través del enfermo y una excesiva rigidez, propias de lo descrito estructuralmente como familias psicósomáticas por Minuchin.

En nuestro estudio obtuvimos 23 familias funcionales dando un 29.11% y 56 disfuncionales con 70.87%, de éstas 44 son moderadamente disfuncionales con 55.69% y 12 severamente disfuncionales con 15.18%. La mayoría de las familias disfuncionales mostraron falta de unión familiar, excesiva rigidez, relaciones conflictivas y falta de lealtad, lo que coincide con Vázquez-Estupiñán en relación a las características disfuncionales de las familias.

Con respecto a la relación e influencia entre la dinámica familiar y el apego al tratamiento diabetológico, obtuvimos que tanto en las familias funcionales como en las disfuncionales, hay un pobre apego a la terapéutica diabetológica, en las funcionales sólo un 13.04% se apegan; en las moderadamente disfuncionales 9.09% se apegan y en las severamente disfuncionales 25% se apegan.

En las familias que tienen apego adecuado al tratamiento, encontramos que llevan un esquema de tratamiento completo, es decir, siguen las indicaciones dietéticas y realizan ejercicio, aunque éste último no es supervisado, cursan con información en relación a su enfermedad (han acudido a pláticas en ésta Unidad), no tienen datos sugestivos de depresión y la mayoría de los pacientes (8 de 10) pertenecen a familias integradas.

## CONCLUSIONES

El propósito de nuestro trabajo consistió en investigar si la dinámica familiar pudiera tener alguna influencia en el apego al tratamiento del paciente diabético.

Apoyándonos en el Instrumento FACES III, se logró identificar la dinámica familiar de las familias incluidas en el estudio y con la utilización de una Cédula, valoramos el apego al tratamiento diabetológico; estos objetivos se alcanzaron y se obtuvo un bajo porcentaje de funcionalidad (29.10%) y en consecuencia una alta disfuncionalidad con (70.87%).

El apego al esquema terapéutico también fue bajo, con un 12.65% y un 87.34% no tienen apego.

El gran problema de la diabetes mellitus es el aumento incontrolable de casos nuevos y las complicaciones que genera; sabemos que uno de los factores que influyen para que el control de la diabetes mellitus sea difícil, es el no apego a las indicaciones terapéuticas, lo cual se pudo corroborar en nuestro estudio.

Al iniciar este trabajo pensamos que la dinámica familiar pudiera tener alguna influencia en el apego al esquema terapéutico, pero hemos encontrado que aún en las familias funcionales sus enfermos diabéticos tienen baja adherencia a las indicaciones médicas, esto es contradictorio con lo que dice Cárdenas (25) quien demostró que la funcionalidad del Sistema Familiar tenía relación directa con el control metabólico, el cual se encontraba afectado en pacientes procedentes de las familias más disfuncionales; pero coincide con lo que dice Valadez - Figueroa y cols., en su estudio "Influencia de la Familia en el control metabólico del paciente diabético tipo 2", donde encontraron que el 74.3% de los pacientes ubican a su familia como funcional y sus resultados indican que las familias no apoyan a sus enfermos diabéticos en su control.

En nuestro estudio, tanto las familias funcionales como en las disfuncionales obtuvimos un pobre apego terapéutico, lo cual nos sugiere que hay otros factores que influyen para que un paciente cumpla con el régimen de tratamiento. Consideramos que, factores como la motivación psicológica, confianza en su médico, detección oportuna de síntomas depresivos, educación y acudir a sus consultas acompañados siempre de un familiar con el cual convivan, pudieran ayudar a mejorar el cumplimiento diabetológico.

Acabo de mencionar el hecho de que los pacientes deben acudir a consulta acompañados, ya que la mayoría de los pacientes estudiados se encuentran en edades que oscilan entre 61 y 80 años y como dato adicional a los resultados de éste estudio, encontramos que el 84.81% de ellos, acuden solos a sus consultas, dato que nos parece relevante, porque muchos pacientes al llegar a su domicilio pudieran no recordar algunas indicaciones importantes.

A pesar de que utilizamos una cédula para medir apego terapéutico no validada, éste trabajo puede servir de base para continuar profundizando en los diferentes ítems utilizados y en consecuencia encontrar técnicas adecuadas para mejorar la adherencia a las indicaciones médicas, ya que se puede pertenecer a una familia funcional y sin embargo sólo cumplir con lo mínimo necesario para seguir viviendo, sin que en realidad la familia se comprometa con la salud y bienestar de su paciente diabético.

## BIBLIOGRAFIA.

1. Durán-Varela BR, Rivera-Chavira B, Franco-Gallegos E. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública Méx* 2001;43:233-236.
2. Fajan SS. Clasificación and diagnosis. EN: Ellenberg, Rilkin, ed 4ª. Edición. Elsevier Science Publishing C. Inc. 1990:346.
3. Condit F, Drakins D. Hipoglicemiantes orales. *Nursing* 1993:8-16.
4. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long term complications in insulin dependent diabetes mellitus. *Engl J Med.* 1993;329:986-997.
5. González Villalpando C. Epidemiología de la diabetes mellitus tipo 2 en México. *Medicina Interna de México*,1998 Vol 14:5-7.
6. Salinas-Martínez A, Muñoz-Moreno F, Barraza de León AR, Villarreal-Ríos E, Núñez-Rocha GM, Garza-Elizondo ME. Necesidades en Salud del diabético usuario del primer nivel de atención. *Salud Pública Mex* 2001;43:324-335.
7. King H, Aubert RE, Herman WH. Gloal burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, projections. *Diabetes Care* 1998; 21:1414-1431.
8. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. Ciudad de México, Secretaría de Salud, 1993.
9. Instituto Mexicano del Seguro Social. Manual de Procedimientos para la atención integral a derechohabientes con factores de riesgo asociados a diabetes mellitus o con diabetes mellitus, México, IMSS, Coordinación de Salud Comunitaria; 2000.
10. González Salinas C. Abordaje Médico Familiar de la Diabetes Mellitus. *Boletín de Atención Familiar*; marzo-abril 2003; vol. 10 No.2.
11. Zurro A Martín, Cano Pérez JF. Atención Primaria. 5ª. Edición. Vol.1 Diabetes Mellitus p. 846-884.
12. Rubinstein A, Terrasa S, Botargues M. Medicina Familiar y Práctica ambulatoria. Edit. Médica Panamericana 2001. Diabetes Mellitus. P. 1029-1051.
13. Santacruz Varela Javier. La Familia como Unidad de Análisis. *Rev. Med. IMSS (Mex)*, 1983 vol 21 p. 348-357.
14. Engels, F: El Oorigen de la Familia, la Propiedad Privada y el Estado. Editorial Progreso., Moscú, 1976.
15. Klineberg, O.: Psicología Social. Fondo de Cultura Económica, México, 1974.
16. Diccionario de la Lengua Española, Salvat, Madrid, 1970.

17. Ackerman, N.N. Diagnósticos y tratamiento de las relaciones familiares. Ediciones Hormé, Argentina, 1974.
18. Minuchin, S.: Familia y Terapia Familiar. Granica Editor, Barcelona, España, 1977.
19. Irigoyen-Coria A.E. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. Segunda Edición. Editorial Medicina Familiar Mexicana, 2004. P. 185-188.
20. McWhinney, Ian. Medicina de Familia. Editorial Mosby/DOYMA Libros. 1994.. Capítulo 10, La Familia en la Salud y la Enfermedad. P. 207-233.
21. De la Revilla L. Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar. Barcelona, DOYMA, 1994.
22. Valadez-Figueroa IA, Aldrete-Rodríguez MG, Alfaro-Alfaro N. Influencia de la Familia en el Control Metabólico del paciente diabético tipo 2. Salud Pública Mex 1993;35:464-470.
23. Meissner WW. Family Dynamics and psychosomatic process. Family Process 1966;(5):142-161.
24. Valadez I, Aldrete G. La Familia como unidad de autoatención. Rev Asoc Méd de Jalisco, 1990: 19:15-17.
25. Vázquez F, Arreola F, Castro G, Escobedo J, Fiorelli S, Gutiérrez C et al, Aspectos psicosociales de la diabetes Mellitas. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 1994;32 (3): 267-270.
26. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch Med Fam 1999; 1 (2): 45-57.
27. Gómez-Clavelina FJ. Diagnóstico de salud familiar En: Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina FJ (Eds) Fundamentos de Medicina Familiar 5ª. Edición. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana, 1998. P. 101-140.
28. Olson DH. Circumplex Model of Marital and Family Systems. Assessing Family Functioning. In: Walsh F. Normal Family Processes. The Guilford Press. NY/London 1993. P.104-137.
29. Alpizar, SM. Et al.: Diabetes mellitus, prioridad institucional. Rev Salud Com. 1997 (1): 33-36.
30. Alpizar, SM. Et al.: Acciones anticipadas ante diabetes mellitus. Rev Med IMSS; 1998: 36 (1): 3-5.
31. Vinicor F.: The public health burden of diabetes and the reality of limits. Diabetes Care, 1998, (suppl 3), (21): 15-18, december 1998.
32. Luna J. El autocontrol glicémico y técnicas de relajación en el tratamiento de la diabetes tipo 2. Tesis 1999. P.10.
33. Arreola H, Nigenda G. La economía de la salud como herramienta para la toma de decisiones en el Sector Salud. Economía y Salud. 2002, 6 (4): 9-11.

34. Zurro A. Martín, de la Revilla Ahumada L, Fleitas Cochoy L. Atención Primaria 5ª. Edición vol 1. Enfoque familiar de los problemas psicosociales. Atención longitudinal: ciclo vital familiar. P.157-171.
35. Rodríguez Rivera JG. Monitorización del control en el paciente diabético. Tratado de diabetología cap. 27. Inst Nat de la Nutrición Salvador Zubirán, 1997. México. P. 407.
36. Guía Técnica General para la vigilancia, prevención y control de la diabetes mellitus, IMSS, 1999. P.19-20.
37. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER, Mason –Ramírez JJ, Dickinson-Bannack ME, Sánchez-González me, Fernández-Ortega MA. Versión al español y adaptación transcultural del FACES III (Family Adaptability and Cohesion Scales. Arch Med Fam 1999; 1(3): 73-79.
38. Censo de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas en la Unidad de Medicina Familiar No. 14, 2002.
39. Sackett D. Ayudar a los pacientes a cumplir los tratamientos. Epidemiología clínica. Ciencia básica para la medicina clínica. 2ª. Edición. Buenos Aires (Argentina): Interamericana, 1994: 249-278.

ANEXO 1.

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO

A quien corresponda:

Yo \_\_\_\_\_ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio que lleva por título "Dinámica familiar y apego al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2", que se realizará en la Unidad de Medicina Familiar No. 14 del Instituto Mexicano del Seguro Social y que tendrá como objetivo conocer la relación que existe entre la dinámica familiar y el apego al tratamiento en los pacientes diabéticos tipo 2.

Estoy consciente de que los procedimientos para lograr el objetivo mencionado consistirán en la aplicación de una cédula de captación de datos específicos para el objetivo del estudio y el Instrumento de evaluación FACES III, mismo que me explicó el médico en que consistía, así como la revisión de mi expediente clínico para conocer las cifras de glucosa en los últimos 6 meses.

Entiendo que del presente estudio se derivarán los siguientes beneficios:

- 1.- Conocer el tipo de dinámica familiar que existe en mi familia.
- 2.- Conocer la influencia que tiene el tipo de dinámica familiar en el apego a mi tratamiento diabetológico.

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que yo así lo desee; también puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios de mi participación en este estudio. En caso de que decidiera retirarme, la atención que como paciente recibo en esta Institución no se verá afectada.

Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_.

Testigo \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

## CEDULA

Ficha de identificación.

- Nombre: \_\_\_\_\_

1.- Sexo: M ( ) F ( )

2.- Edad: años ( ).

3.- Escolaridad: Analfabeta ( ) Primaria incompleta ( ) Primaria completa ( ) Secundaria ( )  
Preparatoria ( ) Técnica profesional ( ) Licenciatura ( )

4.- Tipo de familia: Moderna ( ) Urbana ( ) Integrada ( )  
Tradicional ( ) Rural ( ) Semi-integrada ( )  
Desintegrada ( ).

5.- Ciclo vital familiar: Fase de matrimonio ( )  
Fase de expansión ( )  
Fase de dispersión ( )  
Fase de independencia ( )  
Fase de retiro y muerte ( )

6.- Evolución de la enfermedad: años ( )

7.- ¿Tiene información sobre su enfermedad? Si ( ) no ( )

8.- Tratamiento: Dieta ( ) Ejercicio ( ) Hipoglucemiantes orales ( ) Insulina ( )  
Otros ( ) Especificar \_\_\_\_\_

9.- ¿Ha tolerado adecuadamente sus medicamentos? si ( ) no ( )

10.- ¿Prefiere el uso de plantas en vez de los medicamentos? si ( ) no ( )

11.- ¿Alguien está al pendiente de su dieta? Nadie ( ) Esposa (o) ( ) Hijos ( ) Hermanos ( )  
Otros ( ) Especificar \_\_\_\_\_

12.- ¿Usted consume los mismos alimentos que los demás miembros de la familia? Si ( ) no ( )

13.- ¿Alguien supervisa el ejercicio indicado por su médico? Nadie ( ) Esposa (o) ( ) Hijos ( )  
Hermanos ( )  
Otros ( ) Especificar \_\_\_\_\_

14.- ¿Alguien supervisa el tratamiento medicamentoso? Nadie ( ) Esposa (o) ( ) Hijos ( )  
Hermanos ( )  
Otros ( ) Especificar \_\_\_\_\_

15.- Cantidad de tabletas que le quedan al momento de llenar esta cédula: \_\_\_\_\_ tabletas

- Cantidad de insulina que le queda al momento de llenar esta cédula: \_\_\_\_\_ Unidades



Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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

## ESCRIBA SU FAMILIA

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

TABLA 1

Cohesión	Amplitud de clase
No relacionada	10 - 34
Semirelacionada	35 - 40
Relacionada	41 - 45
Aglutinada	46 - 50

TABLA 2

Adaptabilidad	Amplitud de clase
Rígida	10 - 19
Estructura	20 - 24
Flexible	25 - 28
Caótica	29 - 50