



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION ESTUDIOS DE POSTGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD



**"FRECUENCIA DEL APOYO FAMILIAR PARA EL APEGO AL
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2 USUARIOS DE LA UMF No. 33 "EL ROSARIO"**

**TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DRA. ELVIRA ALVAREZ ANTILLON**

**ASESOR:
DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION
EN SALUD DE LA UMF No. 33 "EL ROSARIO"**

MEXICO, D.F. ABRIL DE 2006.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AUTORIZACIONES

DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION
E INVESTIGACION EN SALUD
ASESOR DE TESIS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"

DRA. MONICA ENRIQUEZ NERI
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR. U.M.F. No. 33 "EL ROSARIO"

DRA. MARIA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR. U.M.F. No. 33 "EL ROSARIO"

DRA. ELVIRA ALVAREZ ANTILLON
RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO
DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
U.M.F. No. 33 "EL ROSARIO" I.M.S.S.

DEDICATORIA

A MI BENDITO PADRE JEHOVA, DIOS:

Te dedico con todo mi inmenso amor, que es tan pequeño comparado al tuyo, esta Tesis. Solo Tú sabes lo que significó para mí concluirla. Te agradezco infinitamente TODO lo que haz hecho por mi familia y por mí, por otorgarme la dicha de la vida y de la salud, gracias por amarme pese a mis errores, por corregirme con firmeza y sabiduría, por brindarme día a día nuevas oportunidades para ser mejor, por acompañarme y guiarme a lo largo de mi camino. No podría llegar a mis metas sin ti.

A MIS PADRES

IRMA Y JOSE MARIA: Les dedico esta tesis con todo mi amor y mi más sincero, cariño, respeto y profunda admiración. No tengo palabras para agradecerles todo el apoyo que me han brindado a lo largo de mi vida, mi carrera y ahora, en mi especialidad, siempre han sido mi aliciente para superarme. Gracias por su impecable ejemplo. Quiero que sientan que este logro es también suyo.

A MIS HERMANAS

CLAUDIA E ILIANA: A Ustedes les dedico con todo mi amor fraterno esta tesis por su empeño, entusiasmo y perseverancia hacia la vida. Gracias por ser, como hijas mujeres, de esta familia, pioneras en el sendero del saber y abrirme camino. Gracias por demostrarme con su ejemplo y dedicación que si se puede.

A MIS HERMANOS

DANIEL, MANUEL Y JOSE MARIA JR.: Por su espíritu de lucha y fortaleza, de bondad y amabilidad y sobretodo por el inmenso amor fraterno que nos tenemos, les dedicó mi tesis. Gracias por sus palabras de aliento, su ayuda incondicional, por sus enseñanzas para hacer las cosas, por tenerme paciencia.

A MÍ

Por mi esfuerzo y dedicación, por levantarme cada vez que me caí. Por mis valores. Por esforzarme en conseguir esta oportunidad y terminarla. Por mi deseo de aprender nuevos conocimientos para aplicarlos sobre uno de los mayores tesoros universales que poseemos: la familia.

A RABITO

Por tu nobleza y lealtad te dedico mi tesis. Muchas gracias mi pequeño compañerito por hacer mi vida muy dulce, alegre y feliz durante todo este tiempo.

**“LA FAMILIA CONSTRUYE LO ESENCIALMENTE HUMANO”
ACKERMAN**

DEDICATORIA

DRA. YESSICA DEYANIRA GALVAN:

Por tu perenne Amistad, por tu ejemplo de constancia y dedicación a la Medicina, por tu amor a Dios y a tu familia. No hubo día en que no me acordara de ti. Siempre te llevo presente.

DRA. ROSARIO RODRIGUEZ:

Por ser una compañera ejemplar, muy dedicada a tu formación. Por ser clara, honesta y congruente al hablar. Por tus consejos y sincera amistad.

DR. RICARDO GONZALEZ:

Por darme la bienvenida a la Especialidad y guiarme a través de esta con mucha ética, respeto y consideración.

A LOS Y LAS RESIDENTES Y MEDICOS que se conducen por este camino o aquellos y aquellas que estén ávidas de conocimiento de esta Honorable Especialidad.

AGRADECIMIENTOS

Al Honorable Instituto Mexicano del Seguro Social por brindarme la oportunidad de estudiar esta Especialidad y así superarme para brindar mejor calidad en la atención de los pacientes.

A la Honorable Universidad Nacional Autónoma de México por reconocer y darle a esta Especialidad el lugar que se merece.

Al Dr. Rodolfo Arvizú, coordinador, asesor de Tesis, maestro y guía en esta especialidad, por sus atinados consejos y su infinita paciencia.

A la Dra. Carmelita Morelos, por su amable y fino trato, por sus palabras sabias que me guiaron a concluir mi tesis.

A la Dra. Mónica Enriquez, por transmitirnos sus conocimientos, por guiarse con ética y darnos material sin discriminarnos por nuestro grado de desempeño.

Al Dr Salvador Herrera, al Dr. Tito Bazán, a la Dra. Cathy Vázquez del Mercado, al Dr. Amado Miranda, al Dr. Oscar Rentería, al Dr. Ignacio Castillo, por mencionar solo algunos médicos del HGR No. 72, que siempre nos recibieron de forma amable y respetuosa en sus servicios, por reconocer nuestra especialidad, por aportarnos sus valiosos conocimientos y por brindarnos su retroalimentación para enriquecer nuestra formación.

Al IMSS Oportunidades por permitirme realizar mi servicio social en ese tan hermoso y anhelado estado de Chiapas, con muy amables y bellas personas desde médicos, enfermeras, administrativos y personal de intendencia. Así como su inigualable comunidad.

Mis francos agradecimientos a todos los directivos de clínicas y hospitales.

Agradezco también al Honorable Comité de Investigación de la UMF No. 20 del IMSS, en particular a la Dra Santa y a la Dra Aguirre por la paciencia e interés mostrados en mi tesis cuando era un proyecto.

También mis muy sinceros agradecimientos a Esperanza (Perita) por tenernos a tiempo nuestros escritos y documentación, así como a las señoritas asistentes médicas, en particular a la Srita. Mónica y Sandra por su apoyo durante la especialidad, al señor Adolfo por recibirnos siempre con mucha amabilidad y paciencia, a las señoritas enfermeras, trabajadoras sociales, administrativos y demás áreas.

Al personal del CDS de la UMF No. 33 así como al CENAIDS del CMN Siglo XXI por su eficiencia y ayuda en la búsqueda de los artículos y escalas usadas para la elaboración de mi tesis.

A los pacientes por su voto de confianza, a quienes espero haber ayudado y jamás defraudado. A todos aquellos que me ayudaron con su valiosa participación para llevar a cabo mi tesis, aquellos y aquellas que me permitieron adentrarme en su familia y así elaborar mis casos familiares, sin duda alguna les debo tanto por cuanto enseñanza me otorgaron.

INDICE

	PAGINAS
TITULO	7
INTRODUCCION	8
JUSTIFICACION	12
MATERIAL Y METODOS	13
RESULTADOS	14
GRAFICAS	18
ANALISIS DE RESULTADOS	33
CONCLUSION	34
BIBLIOGRAFIA	35
ANEXOS	37

INTRODUCCION

En la práctica de la medicina familiar, la diabetes mellitus es la patología crónica que cada vez se observa con mayor frecuencia, sus tasas de incidencia y prevalencia tienden a incrementarse día con día coincidiendo con la fase transición epidemiológica por la que atraviesa nuestro país donde paulatinamente van descendiendo las enfermedades infecciosas para dar paso a las crónico-degenerativas. Entre 85 y 90% de los pacientes con DM son diabéticos tipo 2. (1)

En el IMSS, entre 1980 y 1990, el número de consultas de pacientes diabéticos se elevó 340%, cinco veces más que el aumento de la población adscrita a esta Institución. En el Programa de Detección Temprana de Diabetes Mellitus, del mismo Instituto, se observó un incremento progresivo de los casos encontrados, además la tasa de mortalidad por Diabetes en México ha aumentado. (2)

La diabetes mellitus es una enfermedad multifactorial, en la que el sujeto presenta alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, de las proteínas y grasas, y una relativa o absoluta deficiencia de la secreción de insulina con grados variables de ésta. 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 control estricto de su tratamiento. Un control adecuado de las cifras de glucosa en los pacientes con diabetes mellitus aumenta su esperanza y calidad de vida, sin embargo, uno de los problemas inherentes a su tratamiento es que la elevación de la glucemia no produce de manera habitual manifestaciones clínicas relevantes (sino hasta que se sobrepasa el umbral), por lo que el paciente puede tener la falsa impresión de que su enfermedad se encuentra controlada, en tanto que se han producido ya complicaciones crónicas de la enfermedad. (2, 3).

Como vemos, la Diabetes Mellitus tipo 2 como enfermedad crónica reviste especial importancia no solo por constituir las primeras causas de morbimortalidad, sino por las dificultades que enfrenta el paciente diabético para llevar a cabo su tratamiento. El paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia y amenos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia terapéutica. (4)

Además de la ingesta de medicamentos se requieren otras medidas de control, primordialmente en el ajuste de la dieta, el control de peso en caso de obesidad, una actividad física adecuada, vigilancia y aseo constante de los pies y el cuidado de los dientes.

Dichas medidas deben ser cumplidas a lo largo de su vida y efectuadas en el hogar, fuera del campo de la atención médica. (5)

En virtud de que el paciente diabético requiere de un manejo cotidiano independiente de los médicos, es necesario que todo diabético perciba su propia conducta como parte de la responsabilidad en el control de la enfermedad para lograr el adecuado control metabólico y prevenir las múltiples complicaciones, y que las personas en su entorno, otorguen el apoyo adecuado para lograr los objetivos del tratamiento. (6,7)

En diversos estudios realizados a familias con parientes diabéticos, se ha observado que los enfermos que perciben apoyo por parte de su red social, en especial aspectos de su dieta y régimen médico, presentan una mayor cantidad de conductas de autocuidado, lo cual se ha visto vinculado a un mejor control metabólico y valores más bajos de hemoglobina glucosilada, siendo predominante esta actitud en varones que en mujeres. En otro estudio realizado en diabéticos ancianos que se perciben con bajos niveles de estrés, por lo común no establecían como prioridad la necesidad de una red de apoyo para alcanzar un adecuado control metabólico, probablemente porque al contar con ella, nunca se cuestionan acerca de como sería su vida sin ésta. También se ha observado que aquellas personas con estrés intenso, tanto en su vida diaria como secundario al padecimiento, pero que tienen una red de apoyo familiar, presentan de manera habitual cifras de glucosa y de hemoglobina glucosilada más adecuadas que quienes no cuentan o no perciben en su familia una fuente de apoyo. Así mismo el apoyo recibido por el cónyuge en su involucramiento en el tratamiento y la labor del cuidador primario, resultan básicos para alcanzar un mejor control del padecimiento. (8)

De lo anteriormente mencionado es importante remarcar que el apoyo familiar es clave en el control metabólico de la enfermedad al propiciar un ambiente favorable para reducir el estrés y mejorar el cumplimiento del tratamiento y que dicho apoyo tiene sus bases en las redes sociales y deriva de las relaciones interpersonales familiares o de pares. Se relaciona además con las funciones básicas de ayuda y ajuste a las demandas del ambiente, así como adecuación y distribución del ingreso económico familiar. Se halla integrado por empatía, estímulo, información, ayuda material y expresiones de participación. (9, 10). Ahora bien, para que las familias de enfermos con diabetes mellitus puedan reorganizar su contexto de apoyo se requiere una educación acorde a sus necesidades, a fin de lograr una mejor participación en el control metabólico. (10)

Por lo anterior, resulta de suma importancia valorar la frecuencia con que las familias apoyan a sus familiares con diabetes mellitus a fin de determinar la repercusión sobre el apego a su tratamiento y por ende la disminución de la aparición de las complicaciones crónicas y agudas de la enfermedad que mejoran la calidad de vida del paciente y sus familias.

En un intento por evaluar algunos de éstos aspectos en la familia se han realizado diversos instrumentos, como el apgar familiar diseñado para evaluar el funcionamiento sistemático de la familia (11), si bien éste ha sido validado en diferentes partes del mundo, existen controversias sobre su utilización. (12)

Entre otros instrumentos tenemos la Escala EBAS (Environmental Barriers to Adherence Scale) (13) que mide las barreras ambientales para la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos insulino dependientes y no insulino dependientes. Incluye preguntas sobre el medicamento del paciente, prueba de glucosa sanguínea, ejercicio y dieta, cada pregunta evalúa la conducta de autocuidado del paciente. La Escala SDSCA (Summary of Diabetes Self-Care Activities) (14) mide las actividades de autocuidado del paciente diabético en diferentes términos: dieta general, dieta específica, ejercicio, prueba de glucosa en sangre, cuidado de los pies y el tabaquismo. Por último, el cuestionario DFBC-II (Diabetes Family Behavior Checklist II) (15) percibe el apoyo familiar para la dieta del paciente diabético.

Como vemos los dos primeros instrumentos miden autocuidado del paciente diabético, mientras que el tercero mide solo una parte del apoyo familiar como es la dieta. Estas escalas van más encaminadas a medir el apego al tratamiento y autocuidado y no propiamente el apoyo familiar del paciente diabético. Además es conveniente mencionar que estos instrumentos no han sido validados en enfermos mexicanos. En estas circunstancias, adquiere importancia que el profesional de salud pueda contar con un instrumento validado en nuestro medio, de tal manera que permita evaluar el apoyo familiar hacia el enfermo diabético (16).

Existe un instrumento para evaluar el apoyo familiar al diabético tipo 2 (16) el cual fue elaborado bajo los lineamientos y características que debe tener toda prueba: validez, confiabilidad, objetividad y viabilidad (17), por docentes del programa de Posgrado en Ciencias de la Salud Pública, en el Centro Universitario de las Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. Las áreas que explora el instrumento se dividen en cuatro subescalas: 1) Conocimientos sobre medidas de control; 2) Conocimiento sobre complicaciones; 3) Actitudes hacia el enfermo; 4) Actitudes hacia las medidas de control. El apoyo familiar global es clasificado en las categorías de alto, medio y bajo, de acuerdo con la puntuación obtenida por el instrumento. Los rangos para cada categoría se determinaron con base en el intervalo, que se calcula con el valor de la puntuación máxima (255) menos el valor de la puntuación mínima (51) entre las tres categorías (intervalo de 68). Determinándose de la siguiente manera: apoyo familiar bajo, puntuaciones entre 51 y 119; apoyo familiar medio, entre 120 y 187 y apoyo familiar alto, entre 188 y 255.

De igual forma, como ya se comentó anteriormente, resulta muy importante medir el impacto y repercusión del apoyo familiar sobre el apego al tratamiento. El apego al tratamiento se define como la conducta del paciente que coincide con la prescripción médica, en términos de tomar sus medicamentos, seguir las dietas y/o transformar su estilo de vida.

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 (18).

En cuanto al apego al tratamiento se han elaborado de igual forma varias escalas, entre éstas se encuentran el Test de Batalla que consiste en realizar al paciente tres preguntas sobre el conocimiento de su enfermedad. Una respuesta incorrecta califica al paciente de no cumplidor. El Test de Morisky-Green consta de una serie de preguntas, en las que al contestar el paciente sólo una respuesta afirmativa se considera al paciente como no cumplidor. El Test de Haynes-Sackett o cumplimiento autocomunicado, consiste en realizar al paciente una pregunta la cual es calificada e interpretada con un porcentaje. (19) Además de las otras escalas cuyas características ya fueron descritas en apoyo familiar.

De esta forma vemos que existen diversas pruebas para valorar apoyo familiar y apego al tratamiento.

Por las razones mencionadas en un inicio, es importante que la familia del paciente diabético brinde un adecuado apoyo a su familiar para estimularlo al cumplimiento de las indicaciones prescritas por el médico para obtener así un adecuado control de su enfermedad.

JUSTIFICACION:

Las personas con diabetes mellitus tipo 2 atraviesan por estados críticos en su vida, desde el momento del diagnóstico hasta la progresión de la enfermedad, con repercusión en su salud física y psicológica, ya que cambia su estatus de salud a enfermedad, este hecho no solo repercute en ellos, sino en sus familiares también, al vivir dentro del contexto familiar. De esta manera surge el apoyo familiar, el cual va a permitir el cambio del o los familiares más cercano al paciente en sus actitudes, sus hábitos, sentimientos, adquisición de conocimientos y acciones, tendientes a estimular al paciente para el cumplimiento de las indicaciones prescritas por el médico, lo que conlleva a que el diabético se apegue a su tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico y que por tanto se evite la progresión hacia complicaciones agudas o crónicas de la enfermedad preservando de ésta forma la calidad de vida del paciente diabético y por supuesto, de sus familiares.

Sin embargo, si este apoyo familiar no llega a surgir o se presenta de forma inadecuada o insuficiente, ya sea por una actitud negativa de no desear informarse de la enfermedad por ignorancia, decidía o simple omisión, falta de lazos afectivos, malos hábitos higiénicos y dietéticos, sentimientos no claros o quizá conflictos no resueltos, difícilmente el paciente diabético se apegará a su tratamiento y entonces surgirán tanto las complicaciones agudas como las crónicas, que ocasionan un deterioro progresivo y permanente del paciente diabético, con merma en su calidad de vida, autonomía y autoestima, con aparición de cuadros de depresión crónica que a su vez, repercutirá en su familia al tener que proveer de mayores cuidados a su familiar enfermo.

Además a nivel personal, familiar, social e institucional esto representa grandes costos con repercusión a la economía de cada uno de éstos integrantes de la sociedad.

Nuestro papel como médicos de primer contacto debe, entre otras cosas, estar encaminado a la prevención de la aparición de complicaciones agudas y crónicas de la diabetes mellitus tipo 2 (en este caso), empleando nuestros conocimientos para adoptar el papel de educadores y orientadores además de otorgar el tratamiento adecuado a cada paciente farmacológico y no farmacológico, con apoyo del equipo multidisciplinario con el que contamos, en un ambiente amable, de empatía, con un positivo don de mando, creando una adecuada relación médico-paciente y una alianza médico-paciente-familia-tratamiento.

Por lo que es importante identificar y determinar cuando el paciente cuenta con el apoyo de su familia, en que frecuencia y si se apegó a su tratamiento para entonces proponer posibles soluciones al paciente y por supuesto a la familia que es nuestra unidad de estudio.

MATERIAL Y METODOS

La presente investigación se llevo a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario" del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en zona urbana. Se realizó con pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 y sus familiares, usuarios de la unidad. La investigación estuvo comprendida de Marzo de 2005 a Abril de 2006. El objetivo de ésta, fue identificar la frecuencia del apoyo familiar para el apego al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

El diseño del estudio fue prolectivo, transversal y descriptivo. El tamaño de la muestra estudiada fue de 577 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 con su familiar acompañante a la consulta. Se realizó a pacientes de ambos sexos de cualquier edad, con o sin otra patología médica agregada en control médico en la unidad ya mencionada, de cualquier turno, fuera matutino o vespertino y acompañados por al menos un familiar, siempre y cuando desearan participar en el estudio, previa explicación del mismo así como su autorización por escrito, firmando la carta de consentimiento informado. Ningún paciente fue eliminado ya que todos expresaron su deseo de participar en el estudio, ninguno se retiró del mismo y todos contestaron de forma completa los cuestionarios. A los pacientes se les dio a contestar una hoja de datos sociodemográficos y el cuestionario de Morisky-Green con 2 preguntas adicionales, mientras que a su familiar acompañante se le dio a contestar el cuestionario instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2. Todos los cuestionarios fueron aplicados y evaluados de manera personal por el investigador.

Se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo de la información, obteniéndose frecuencias y porcentajes. Los resultados se representaron en tablas y gráficas, se usó el paquete de Word y Excel.

La investigación se realizó bajo los lineamientos y aspectos éticos que rigen la investigación en humanos a nivel internacional, nacional e institucional, así como previo consentimiento informado del paciente.

Los recursos humanos, físicos y financieros para la realización de esta investigación, correspondieron al médico residente encargado de la investigación.

RESULTADOS

Se obtuvo una población de 577 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y sus familiares acompañantes.

Se aplicaron 577 cuestionarios a los familiares de los pacientes con diabetes mellitus para determinar la frecuencia del apoyo familiar y 577 cuestionarios a los pacientes con diabetes mellitus para determinar el apego al tratamiento así como para obtener sus características sociodemográficas.

De los 577 pacientes con diabetes mellitus estudiados, se encuentra que todos reciben apoyo familiar. De éstos 577 pacientes, 256 (44%) reciben apoyo familiar alto, 300 (52%) reciben apoyo familiar medio y 21 (4%) reciben un apoyo familiar bajo. (Gráfico 1).

En cuanto al apego al tratamiento del paciente diabético se encuentra que 269 (47%) si presenta apego al tratamiento, mientras que 308 (53%) no presenta apego al tratamiento. (Gráfico 2).

En lo que concierne a la relación del apoyo familiar con el apego al tratamiento, se encuentra que de los 256 pacientes que reciben apoyo familiar alto 157 (61%) si presentan apego al tratamiento, mientras que 99 (39%) no presentan apego al tratamiento. Con respecto a los 300 pacientes que reciben apoyo familiar medio 109 (36%) si presentan apego al tratamiento, mientras que 191 (64%) no presentan apego al tratamiento. Finalmente, de los 21 pacientes que reciben apoyo familiar bajo solamente 3 (14%) si presentan apego al tratamiento, mientras que 18 (86%) no presentan apego al tratamiento. (Gráfico 3).

En relación a las características sociodemográficas, de los 256 pacientes que reciben apoyo familiar alto, 133 (52%) son hombres y 123 mujeres (48%). De los 133 hombres, 82 (62%) si tienen apego al tratamiento y 51 (38%) no. De las 123 mujeres, 75 (61%) si tienen apego al tratamiento y 48 (39%) no.

Con respecto a los 300 pacientes con apoyo familiar medio, 154 (51%) son hombres y 146 (49%) mujeres. De los 154 hombres, 57 (37%) si tienen apego al tratamiento, mientras que 97 (63%) no. De las 146 mujeres 52 (36%) si tienen apego al tratamiento y 94 (64%) no.

Mientras que de los 21 pacientes con apoyo familiar bajo, 12 son hombres (57%) y 9 mujeres (43%). De los 12 hombres, 2 (17%) si tiene apego al tratamiento y 10 (83%) no. De las 9 mujeres, 1 (11%) si tiene apego al tratamiento y 8 (89%) no.

Con respecto a la edad, en el rango de 18 a 30 años se encuentran a 8 (100%) pacientes con apoyo familiar alto y si apego al tratamiento, a 15 pacientes con apoyo familiar medio, de los cuales 3 (20%) si tienen apego y 12 (80%) no, mientras que en el apoyo familiar bajo y no apego se encuentran a 5 pacientes (100%). (Gráfico 4a)

De 31 a 40 años con apoyo familiar alto se encuentran a 24 pacientes, de los cuales 10 (42%) si tienen apego y 14 (58%) no. Con apoyo familiar medio se presentan 39 pacientes, de los cuales 8 (21%) si tienen apego y 31 (79%) no. No se encuentran pacientes con apoyo familiar bajo en este rango.

De los pacientes de 41 a 50 años con apoyo familiar alto se encuentran 30, de los cuales 12 (40%) si tienen apego y 18 (60%) no. En el apoyo familiar medio se encuentran a 36 pacientes, de los cuales 8 (22%) si presentan apego y 28 (78%) no. No se encuentran pacientes con apoyo familiar bajo en este rango.

Con respecto a los pacientes de 51 a 60 años con apoyo familiar alto se encuentran a 87, de los cuales 67 (77%) si tienen apego y 20 (23%) no. Con apoyo familiar medio se encuentran a 57 pacientes, de los cuales 29 (51%) si presentan apego y 28 (49%) no. De los 8 pacientes que se encuentran con apoyo familiar bajo, 2 (25%) si tienen apego y 6 (75%) no. (Gráfico 4b)

De los pacientes de 61 a 70 años se encuentran 52 con apoyo familiar alto, de los cuales 30 (58%) si tienen apego y 22 (42%) no. De los 77 pacientes con apoyo familiar medio encontrados, 22 (29%) si tienen apego al tratamiento y 55 (71%) no, mientras que de los 7 pacientes encontrados con apoyo familiar bajo, 1 (14%) si tienen apego y 6 (86%) no.

Finalmente, de los pacientes con 71 y más años se encuentran a 55 pacientes con apoyo familiar alto, de los cuales 30 (55%) si presentan apego y 25 (45%) no. De los 76 pacientes con apoyo familiar medio 39 (51%) si presentan apego y 37 (49%) no. Del apoyo familiar bajo se encuentra 1 (100%) paciente con no apego.

En relación a la escolaridad, rubro analfabeta, se encuentran 23 pacientes con apoyo familiar alto, de los cuales 5 (22%) si tienen apego y 18 (78%) no, 39 pacientes con apoyo familiar medio, de los cuales 3 (8%) si presentan apego y 36 (92%) no. Con apoyo familiar bajo y no apego al tratamiento se encuentran 7 (100%) pacientes.

Con respecto a escolaridad primaria, se encuentran 94 pacientes con apoyo familiar alto, de los cuales 60 (64%) si tienen apego al tratamiento y 34 (36%) no. De los 119 pacientes con apoyo familiar medio, 23 (19%) si tienen apego y 96 (81%) no y de los 7 pacientes con apoyo familiar, 2 (29%) si tienen apego y 5 (71%) no.

De los pacientes con secundaria, se encuentran a 29 pacientes con apoyo familiar alto, de los cuales 12 (41%) si tienen apego y 17 (59%) no. De los 60 pacientes con apoyo familiar medio, 24 (40%) si tienen apego y 36 (60%) no. De los 4 pacientes con apoyo familiar bajo, 1 (25%) si tiene apego y 3 (75%) no tienen apego. (Gráfico 5a)

De los pacientes con preparatoria, se encuentran 44 con apoyo familiar alto, 29 (66%) de los cuales si tienen apego y 15 (34%) no. De los 42 pacientes con apoyo familiar medio, 29 (69%) si tienen apego y 13 (31%) no. Con apoyo familiar bajo y no apego al tratamiento se encuentran a 2 (100%) de los pacientes.

De los pacientes con carrera técnica, con apoyo familiar alto se encuentran a 36, de los cuales 21 (58%) si tienen apego al tratamiento y 15 (42%) no. Mientras que de los 22 pacientes con apoyo familiar medio 14 (64%) si presentan apego y 8 (36%) no. De los pacientes con apoyo familiar bajo se encuentra 1 (100%) con no apego. (Gráfica 5b)

Con respecto a la escolaridad licenciatura en el apoyo familiar alto y si apego al tratamiento, se encuentran a 30 (100%) de los pacientes. De los 18 pacientes con apoyo familiar medio, 16 (89%) si presentan apego y 2 (11%) no. No hay pacientes con apoyo familiar bajo. (Gráfico 5c)

En cuanto a la ocupación hogar, se encuentran a 53 pacientes con apoyo familiar alto, 30 (57%) de los cuales si tienen apego al tratamiento y 23 (43%) no. Dentro del apoyo familiar medio se encuentran a 112 pacientes, de las cuales 18 (16%) si presentan apego y 94 (84%) no. Mientras que en el apoyo familiar bajo se encuentran a 9 pacientes, de los cuales 2 (22%) si presentan apego y 7 (78%) no.

En cuanto a ocupación empleado, se encontró a 60 pacientes con apoyo familiar alto, de los cuales 43 (72%) si presentan apego y 17 (28%) no. De los 57 pacientes con apoyo familiar medio, 30 (53%) si presentan apego y 27 (47%) no. Con apoyo familiar bajo se encuentran 3 (100%) pacientes con no apego. (Gráfica 6a)

Con respecto al desempleo, se encuentran a 33 pacientes con apoyo familiar alto, de los cuales 19(58%) si tienen apego y 14 (42%) no. De los 9 pacientes con apoyo familiar medio, 4 (44%) si tienen apego y 5 (56%) no. Con apoyo familiar bajo se encuentran a 2 (100%) pacientes con no apego.

En cuanto a comerciantes, se encuentran 31 pacientes, de los cuales 16 (52%) si presentan apego y 15 (48%) no. De los 49 pacientes con apoyo familiar medio, 18 (37%) si presentan apego y 31 (63%) no. Con apoyo familiar bajo se encuentran a 2 (100%) pacientes con no apego.

En relación a los obreros, con apoyo familiar alto se encuentra a 1 (100%) paciente con no apego. De los 12 pacientes con apoyo familiar medio, 7 (58%) si presentan apego y 5 (42%) no. Con apoyo familiar bajo se encuentran 3 (100%) pacientes con no apego.

En lo concerniente a estudiantes, con apoyo familiar alto y si apego se encuentran 19 (100%) pacientes. Con apoyo familiar medio y si apego se encuentran a 19 (100%) pacientes. No hay pacientes con apoyo familiar bajo. (Gráfico 6b)

En relación a los pacientes jubilados, 49 presentan apoyo familiar alto, de los cuales 30 si presentan apego y 19 no. De los 58 pacientes con apoyo familiar medio, 29 si presentan apego y 29 no. De los 2 pacientes con apoyo familiar bajo, 1 (50%) si presenta apego y 1 (50%) no. (Gráfico 6c)

Con respecto al estado civil soltero (a), se encuentra a 42 pacientes con apoyo familiar alto, de los cuales 28 si presentan apego y 14 no. En el apoyo familiar medio, se encuentra a 36 pacientes, de los cuales 28 (78%) si tienen apego y 8 (22%) no. Con apoyo familiar bajo y no apego se encuentran a 4 (100%) pacientes. (Gráfico 7a)

De los pacientes casados, 81 presentan apoyo familiar alto, 49 (60%) de los cuales si presentan apego, mientras que 32 (40%) no. De los 190 pacientes con apoyo familiar medio, 51 (27%) si tienen apego al tratamiento y 139 (73%) no. De los 7 pacientes con apoyo familiar bajo, 2 (29%) si tienen apego al tratamiento y 5 (71%) no. (Gráfico 7b)

De los pacientes divorciados con apoyo familiar alto se encuentran 41, de los cuales, 26 (63%) si tienen apego al tratamiento y 15 (37%) no. De los 25 pacientes con apoyo familiar medio 21 (84) si presentan apego y 4 (16) no. Con apoyo familiar bajo y no apego se encuentran a 3 (100%) pacientes. (Gráfico 7c)

De los pacientes con unión libre, con apoyo familiar alto se encuentran 43, de los cuales 26 (60%) si tienen apego y 17 (40%) no. De 5 pacientes con apoyo familiar medio, 3 (60%) si presentan apego y 2 (40%) no, mientras que con apoyo familiar bajo y no apego se encuentran a 3 (100%) pacientes. (Gráfico 7d)

De los pacientes viudos con apoyo familiar alto se encuentran a 49, de los cuales 28 si presentan apego y 21 no. De los 44 pacientes con apoyo familiar medio, 6 (14%) si presentan apego y 38 (86%) no. De los 4 pacientes con apoyo familiar bajo 1 (25%) si presenta apego y 3 (75%) no.

FRECUENCIA DEL APOYO FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Cuadro No. 1

APOYO FAMILIAR	CANTIDAD	PORCENTAJE
ALTO	256	44%
MEDIO	300	52%
BAJO	21	4%
TOTAL	577	100%

GRAFICA No. 1 Frecuencia del apoyo familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

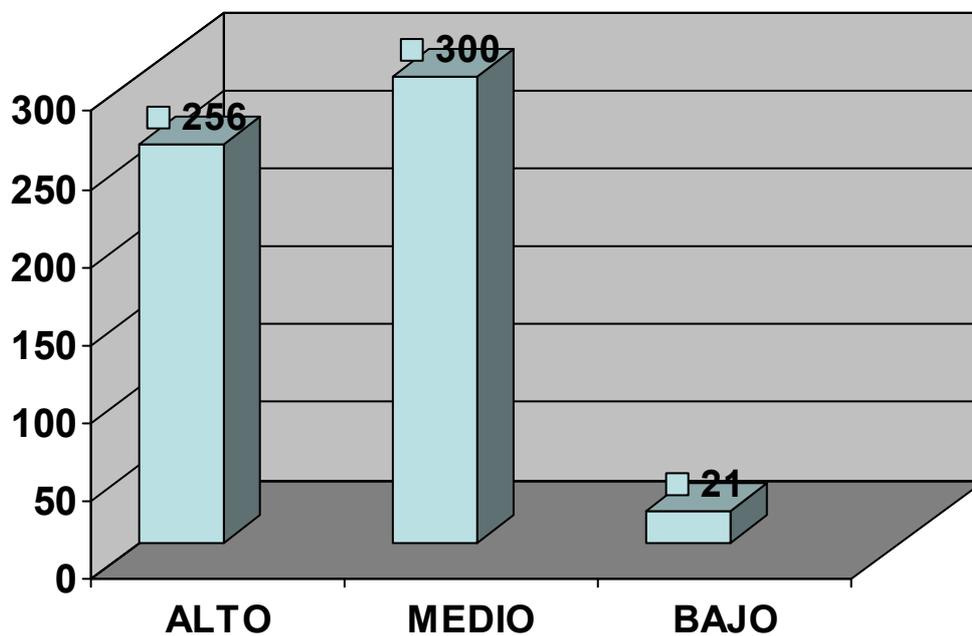


Gráfico 1

FUENTE: Encuestas realizadas a familiares de pacientes con DM2
UMF No. 33 "El Rosario" IMSS

**FRECUENCIA DEL APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Cuadro No. 2

SI APEGO AL TRATAMIENTO		NO APEGO AL TRATAMIENTO		TOTAL	
CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	NUMERO	%
269	47	308	53	577	100

GRAFICA No. 2 Frecuencia del apego al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

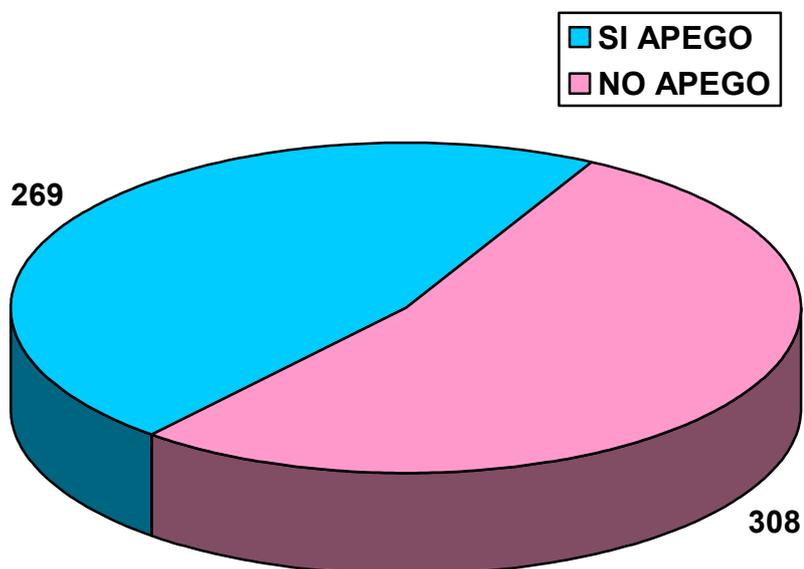


Gráfico 2

FUENTE: Encuestas realizadas a pacientes con DM2
UMF No. 33 "El Rosario" IMSS

APOYO FAMILIAR PARA EL APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Cuadro No. 3

APOYO FAMILIAR	SI APEGO		NO APEGO		TOTAL	
ALTO	157	61%	99	39%	256	100%
MEDIO	109	36%	191	64%	300	100%
BAJO	3	14%	18	86%	21	100%

Gráfica No. 3 Apoyo familiar para el apego al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

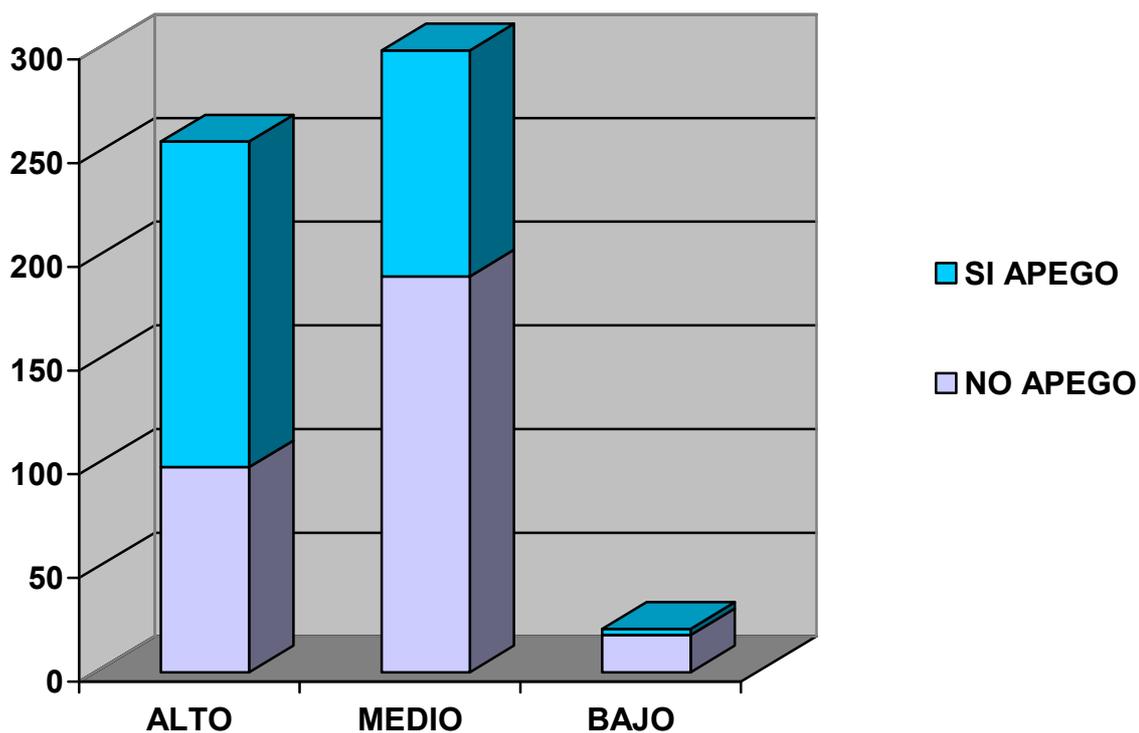


Gráfico 3

FUENTE: Encuestas realizadas a pacientes con DM2 y sus familiares.

UMF No. 33 "El Rosario" IMSS

**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
DE 18 A 30 AÑOS**

Cuadro No. 4a

APOYO FAMILIAR	SI APEGO		NO APEGO		TOTAL	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
Alto	8	100	0	0	8	100
Medio	3	20	12	80	15	100
Bajo	0	0	5	100	5	100

Gráfico No. 4a Pacientes de 18 a 30 años de edad, con apoyo familiar y apego al tratamiento.

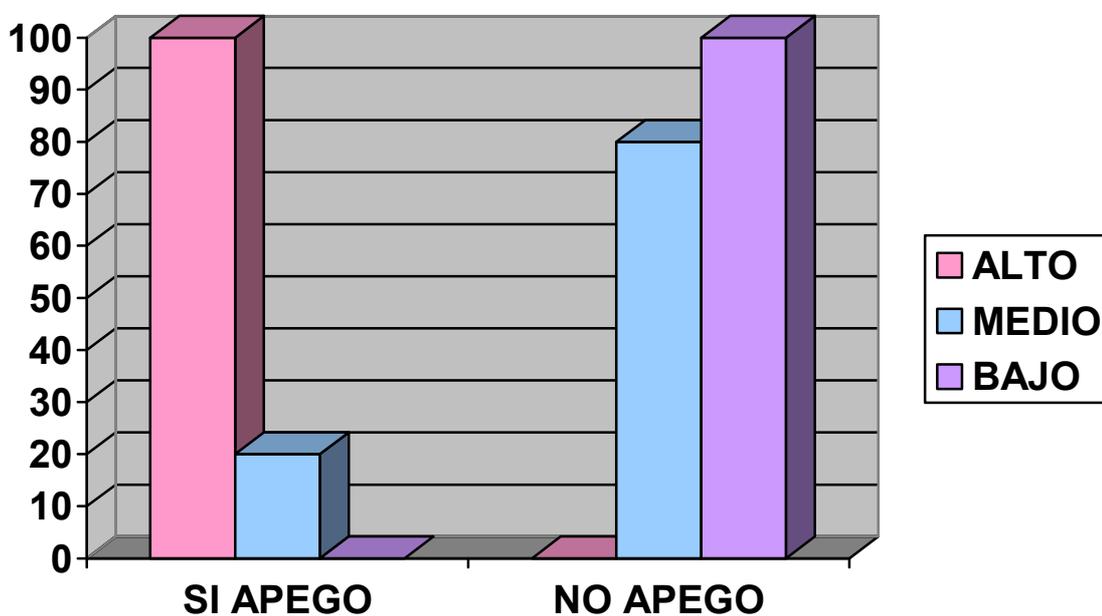


Gráfico 4a

FUENTE: Encuestas realizadas a pacientes con DM2.

UMF No. 33 "El Rosario" IMSS

**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
DE 51 A 60 AÑOS**

Cuadro No. 4b

APOYO FAMILIAR	SI APEGO		NO APEGO		TOTAL	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
Alto	67	77	20	23	87	100
Medio	29	51	28	49	57	100
Bajo	2	25	6	75	8	100

Gráfico No. 4b Pacientes de 51 a 60 años de edad, con apoyo familiar y apego al tratamiento.

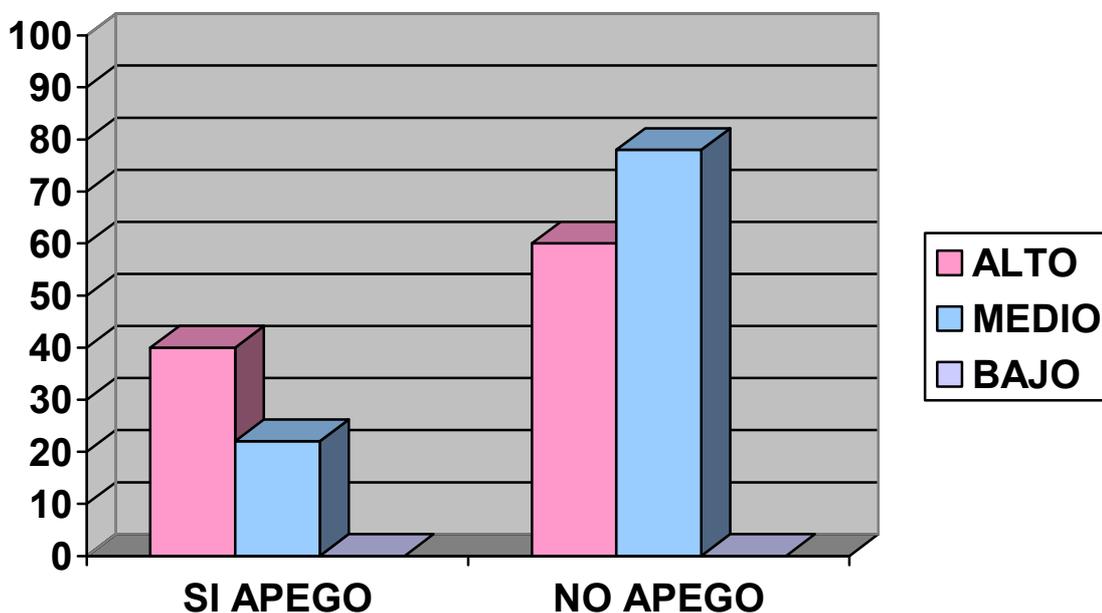


Gráfico 4b

FUENTE: Encuestas realizadas a pacientes con DM2.

UMF No. 33 "El Rosario" IMSS

**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
ESCOLARIDAD SECUNDARIA**

Cuadro No. 5a

APOYO FAMILIAR	SI APEGO		NO APEGO		TOTAL	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
Alto	12	41	17	59	29	100
Medio	24	40	36	60	60	100
Bajo	1	25	3	75	4	100

Gráfico No. 5a Distribución de pacientes con escolaridad SECUNDARIA, con apoyo familiar y apego al tratamiento.

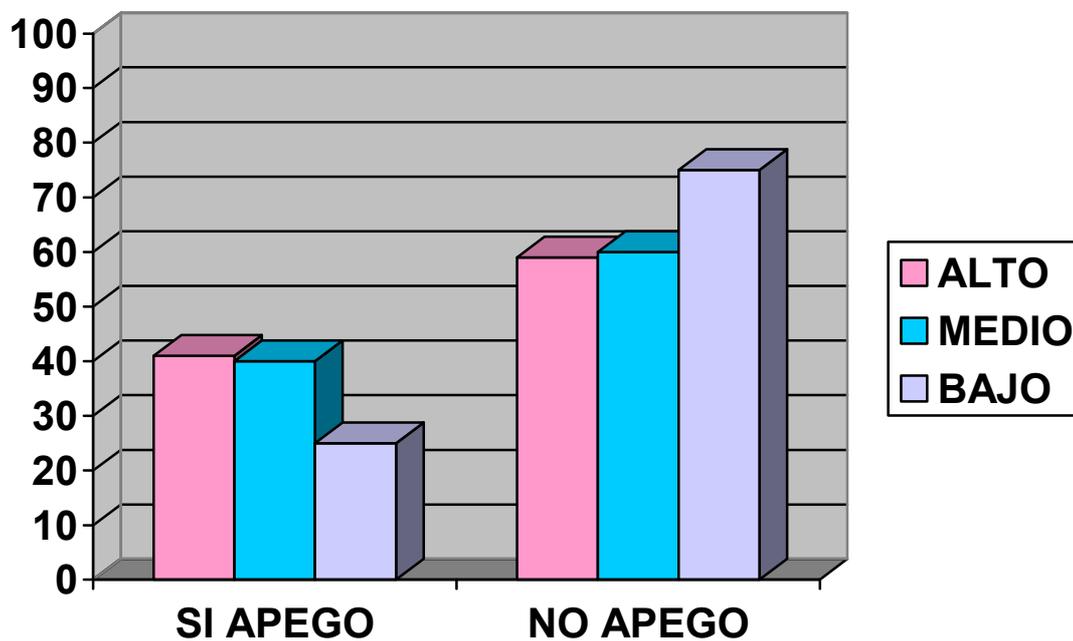


Gráfico 5a

FUENTE: Encuestas realizadas a pacientes con DM2.

UMF No. 33 "El Rosario" IMSS

**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
CARRERA TECNICA**

Cuadro No. 5b

APOYO FAMILIAR	SI APEGO		NO APEGO		TOTAL	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
Alto	21	58	15	42	36	100
Medio	14	64	8	36	22	100
Bajo	0	0	1	100	1	100

Gráfico No. 5b Distribución de pacientes con CARRERA TÉCNICA, con apoyo familiar y apego al tratamiento.

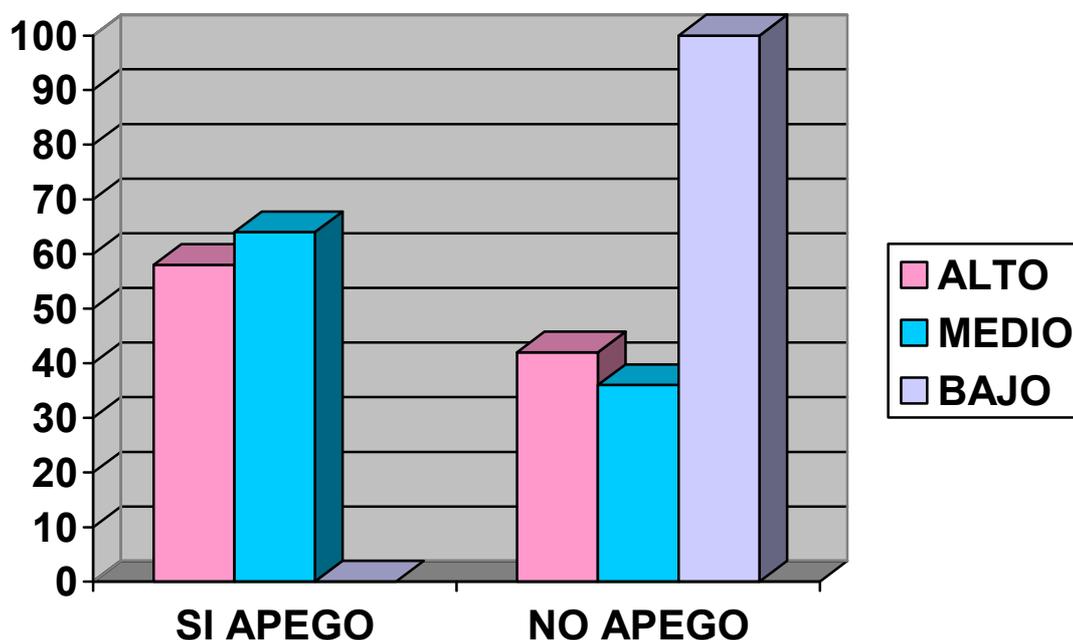


Gráfico 5b

FUENTE: Encuestas realizadas a pacientes con DM2.

UMF No. 33 "El Rosario" IMSS

**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
LICENCIATURA**

Cuadro No. 5c

APOYO FAMILIAR	SI APEGO		NO APEGO		TOTAL	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
Alto	30	100	0	0	30	100
Medio	16	89	2	11	18	100
Bajo	0	0	0	0	0	100

**Gráfico No. 5c Distribución de pacientes con LICENCIATURA,
con apoyo familiar y apego al tratamiento.**

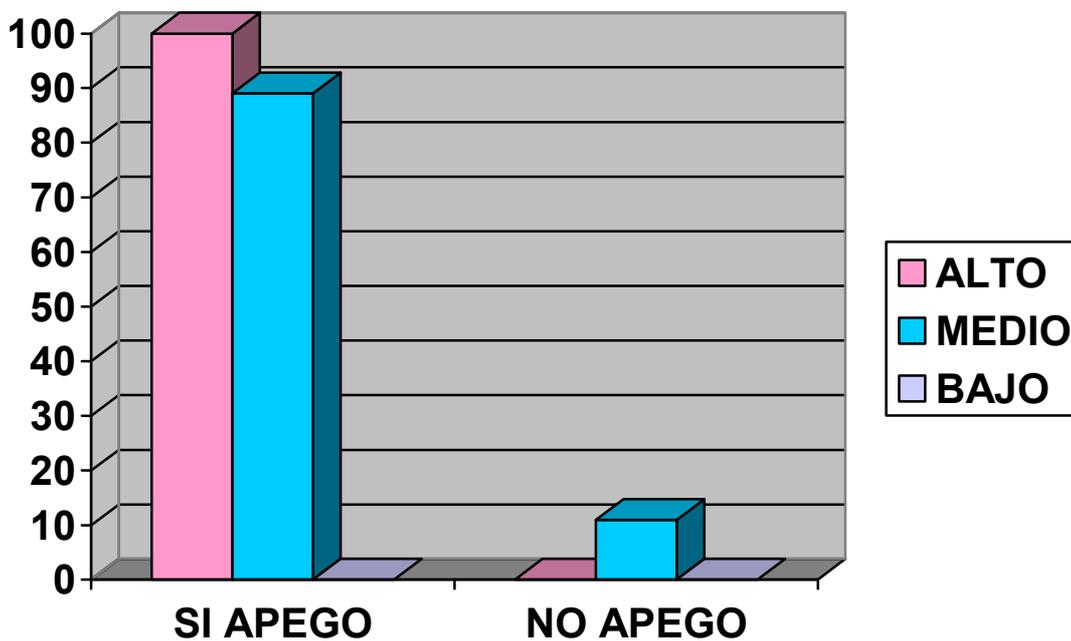


Gráfico 5c

FUENTE: Encuestas realizadas a pacientes con DM2.

UMF No. 33 "El Rosario" IMSS

**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
OCUPACION EMPLEADO**

Cuadro No. 6a

APOYO FAMILIAR	SI APEGO		NO APEGO		TOTAL	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
Alto	43	72	17	28	60	100
Medio	30	53	27	47	57	100
Bajo	0	0	3	100	3	100

Gráfico No. 6a Distribución de pacientes con OCUPACION EMPLEADO, con apoyo familiar y apego al tratamiento.

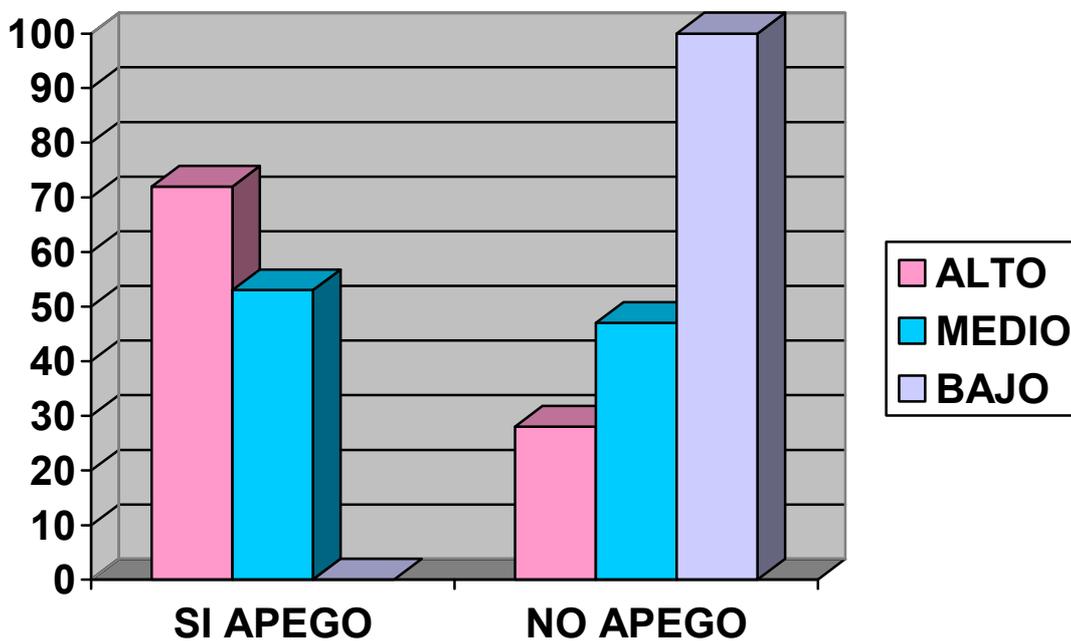


Gráfico 6a

FUENTE: Encuestas realizadas a pacientes con DM2.
UMF No. 33 "El Rosario" IMSS

**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
ESTUDIANTES**

Cuadro No. 6b

APOYO FAMILIAR	SI APEGO		NO APEGO		TOTAL	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
Alto	19	100	0	0	19	100
Medio	3	100	0	0	3	100
Bajo	0	0	0	0	0	100

Gráfico No. 6b Distribución de pacientes ESTUDIANTES, con apoyo familiar y apego al tratamiento.

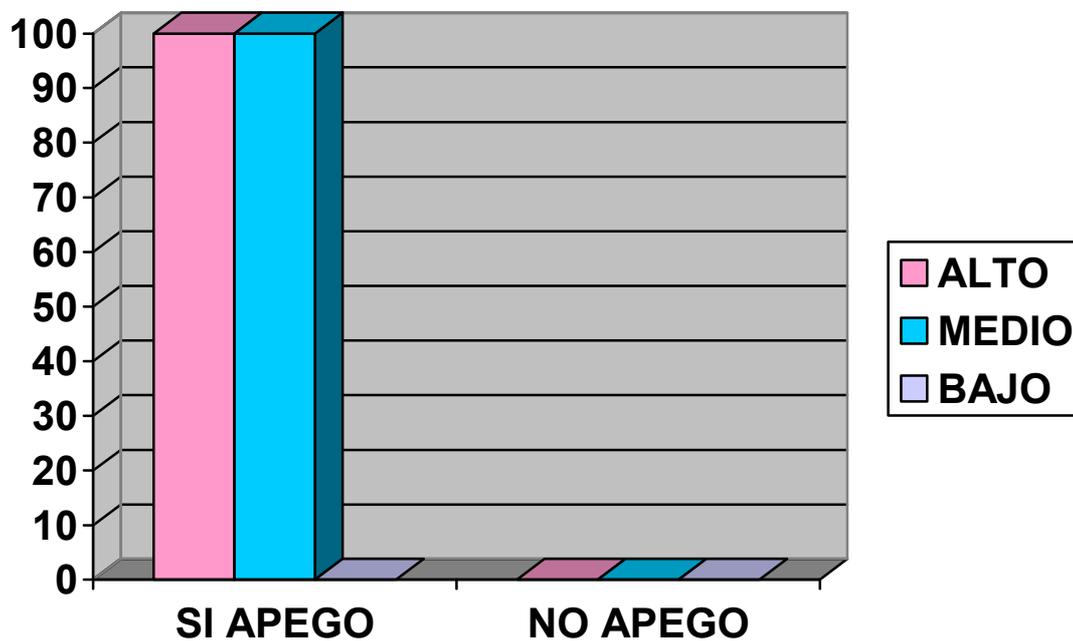


Gráfico 6b

FUENTE: Encuestas realizadas a pacientes con DM2.
UMF No. 33 "El Rosario" IMSS

**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
JUBILADOS**

Cuadro No. 6c

APOYO FAMILIAR	SI APEGO		NO APEGO		TOTAL	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
Alto	30	61	19	39	49	100
Medio	29	50	29	50	58	100
Bajo	1	50	1	50	2	100

Gráfico No. 6c Distribución de pacientes JUBILADOS, con apoyo familiar y apego al tratamiento.

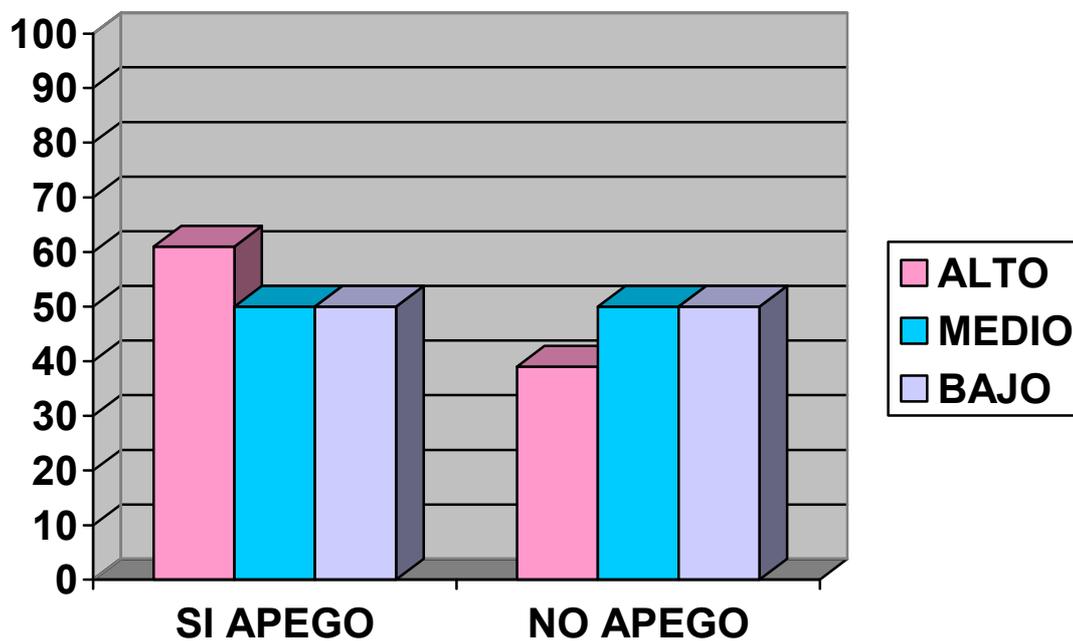


Gráfico 6c

FUENTE: Encuestas realizadas a pacientes con DM2.

UMF No. 33 "El Rosario" IMSS

**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
ESTADO CIVIL SOLTERO (A)**

Cuadro No. 7a

APOYO FAMILIAR	SI APEGO		NO APEGO		TOTAL	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
Alto	28	67	14	33	42	100
Medio	28	78	8	22	36	100
Bajo	0	0	4	100	4	100

Gráfico No. 7a Distribución de pacientes SOLTEROS, con apoyo familiar y apego al tratamiento.

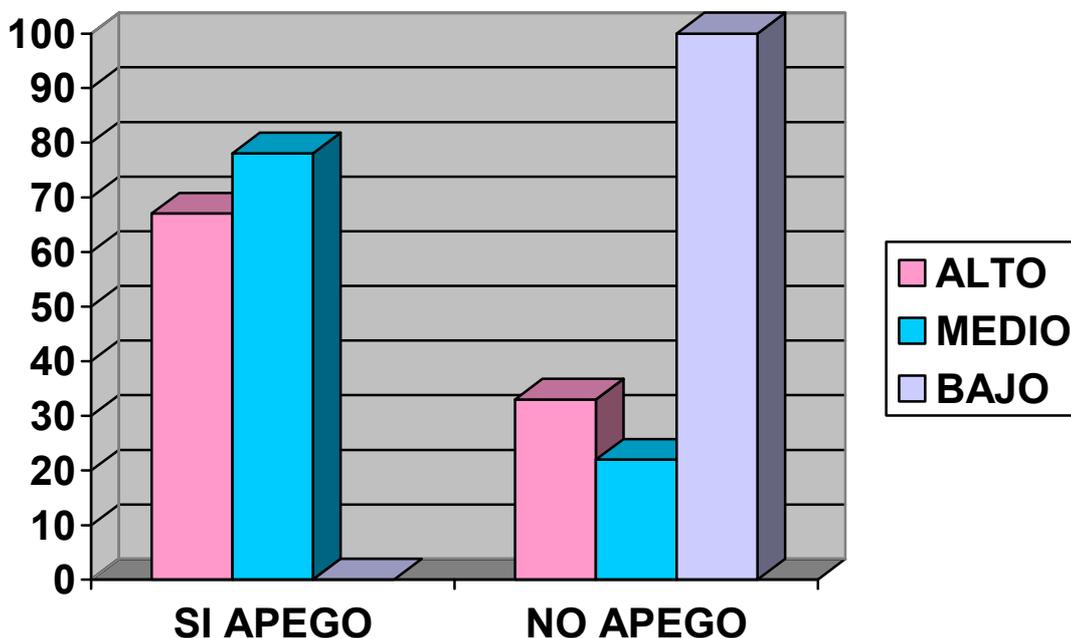


Gráfico 7a

FUENTE: Encuestas realizadas a pacientes con DM2.

UMF No. 33 "El Rosario" IMSS

**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
ESTADO CIVIL CASADO (A)**

Cuadro No. 7b

APOYO FAMILIAR	SI APEGO		NO APEGO		TOTAL	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
Alto	49	60	32	40	81	100
Medio	51	27	139	73	190	100
Bajo	2	29	5	71	7	100

Gráfico No. 7b Distribución de pacientes CASADOS, con apoyo familiar y apego al tratamiento.

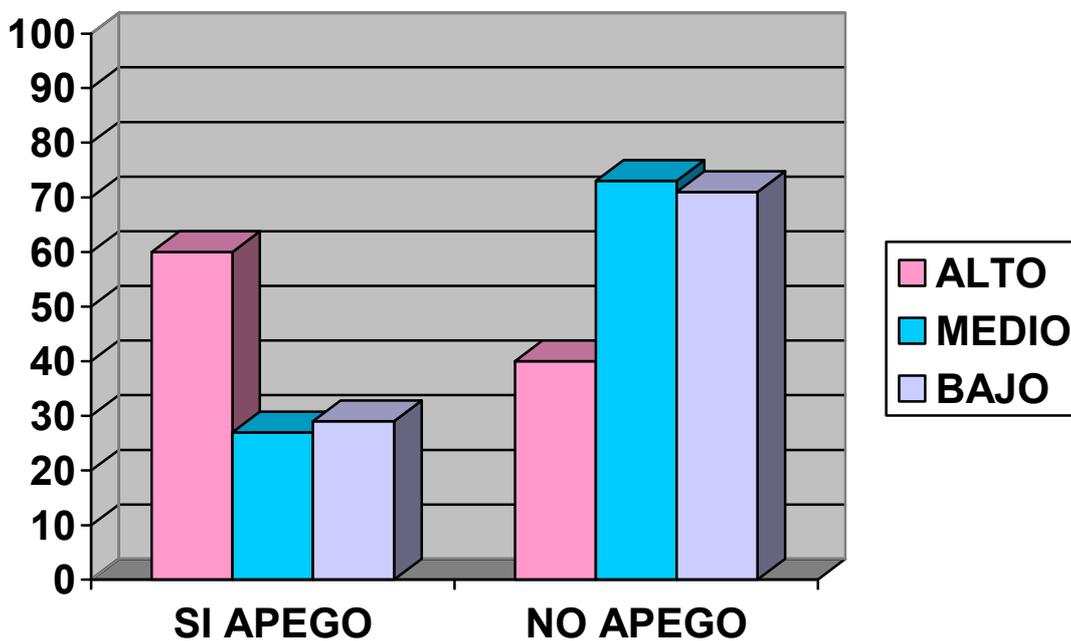


Gráfico 7b

FUENTE: Encuestas realizadas a pacientes con DM2.

UMF No. 33 "El Rosario" IMSS

**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
ESTADO CIVIL DIVORCIADO (A)**

Cuadro No. 7c

APOYO FAMILIAR	SI APEGO		NO APEGO		TOTAL	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
Alto	26	63	15	37	41	100
Medio	21	84	4	16	25	100
Bajo	0	0	3	100	3	100

Gráfico No. 7c Distribución de pacientes DIVORCIADOS, con apoyo familiar y apego al tratamiento.

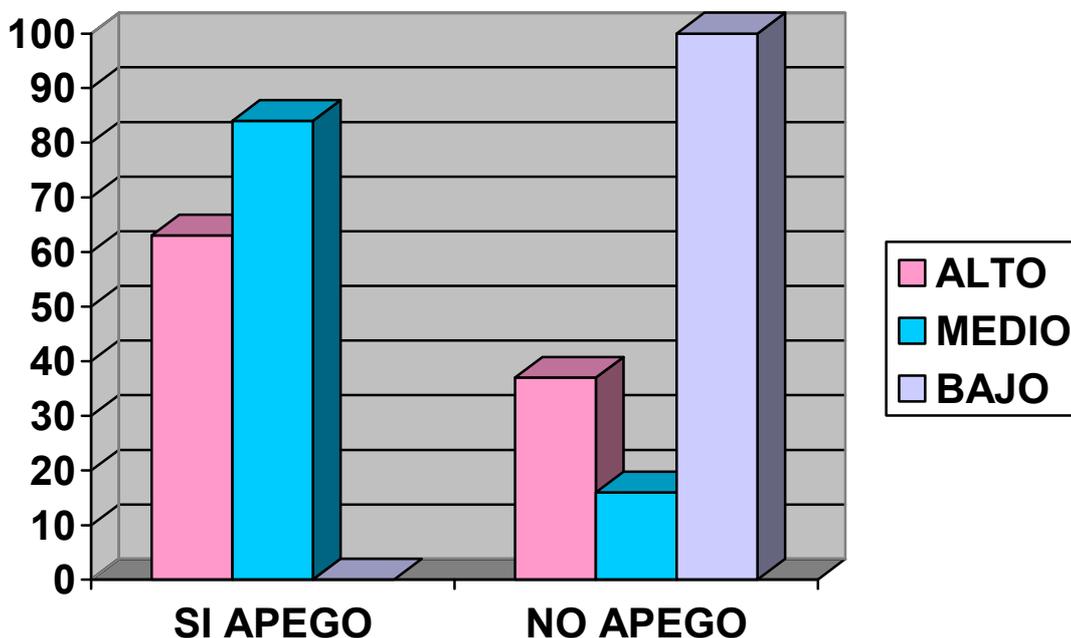


Gráfico 7c

FUENTE: Encuestas realizadas a pacientes con DM2.

UMF No. 33 "El Rosario" IMSS

**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
ESTADO CIVIL UNION LIBRE**

Cuadro No. 7d

APOYO FAMILIAR	SI APEGO		NO APEGO		TOTAL	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
Alto	26	60	17	40	43	100
Medio	3	60	2	40	5	100
Bajo	0	0	3	100	3	100

Gráfico No. 7d Distribución de pacientes con UNION LIBRE, con apoyo familiar y apego al tratamiento.

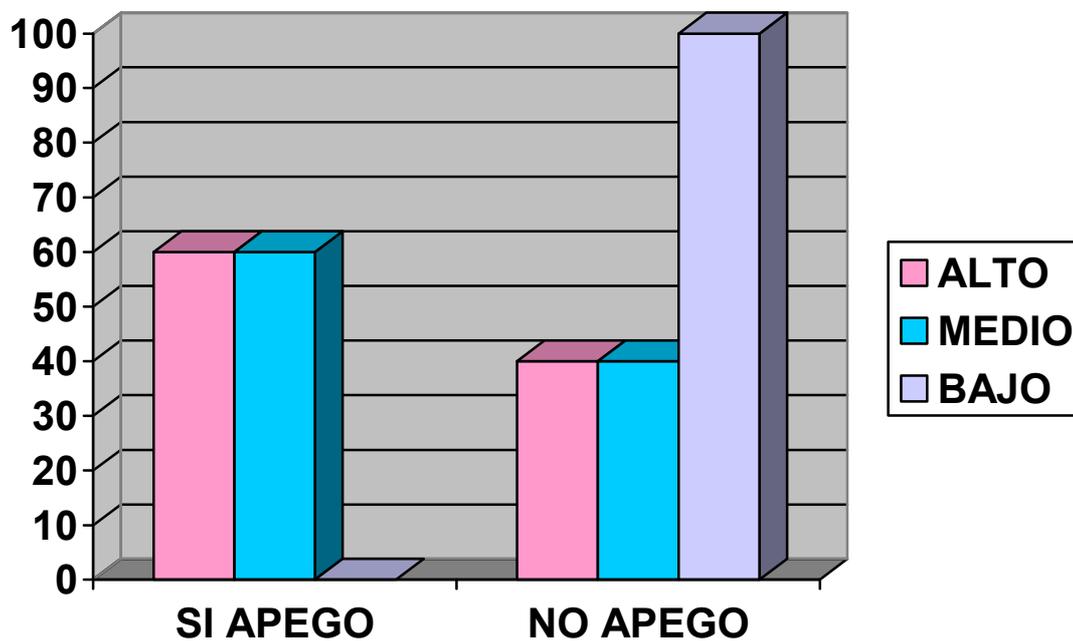


Gráfico 7d

FUENTE: Encuestas realizadas a pacientes con DM2.
UMF No. 33 "El Rosario" IMSS

ANALISIS DE RESULTADOS

En el presente estudio de investigación se determinó la frecuencia del apoyo familiar para el apego al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 del IMSS, donde se identificó que el apoyo familiar medio fue el más frecuente, con una presentación del 52% en los pacientes estudiados. En la literatura médica se ha reportado de manera suficiente la importancia del apoyo familiar para el control del paciente diabético (4, 8, 9, 10), sin embargo no se ha reportado la frecuencia con que el paciente diabético recibe apoyo familiar, por lo que es difícil comparar lo encontrado con lo reportado en la literatura médica nacional. Esto puede deberse a que la gran mayoría de las escalas para medir el apoyo familiar son extranjeras y en nuestro medio existen muy pocas escalas validadas para estimar la frecuencia del apoyo familiar en la población mexicana, o bien con características latinas o hispanas. (11, 12, 13, 14, 15, 16).

La presencia de apego al tratamiento se identificó en el 47% de los pacientes estudiados, siendo semejante a lo reportado por Durán-Varela y colaboradores así como por Bonafont y Costa (18, 19).

En relación al apoyo familiar y el apego al tratamiento, se encontró que a mayor frecuencia de apoyo familiar existe mayor apego al tratamiento, resultados que concuerdan con lo reportado en la literatura médica utilizada (4, 8, 10).

En cuanto a las características sociodemográficas, se identificó que tanto el sexo femenino como el masculino presentaron similares porcentajes para el apego al tratamiento, siendo discretamente menor el no apego en mujeres que recibieron apoyo familiar bajo.

En relación a la edad, los pacientes que reciben apoyo familiar alto, el mejor apego se obtuvo en el rango de 18 a 30 años, mientras que para los pacientes que reciben apoyo familiar medio y bajo, el mayor apego al tratamiento se encontró en el rango de 51 a 60 años.

Se encontró que la escolaridad licenciatura y carrera técnica fueron los máximos grados de estudio tanto para los pacientes con apoyo familiar alto como medio, mientras que para los pacientes con apoyo bajo, lo fue la secundaria.

En cuanto a la ocupación, los pacientes que presentaron mejor apego al tratamiento con apoyo familiar alto y medio, fueron los estudiantes y empleados, mientras que para los que reciben apoyo familiar bajo, fueron los jubilados.

En relación al estado civil, los pacientes con apoyo familiar alto y medio que viven en unión libre, solteros y divorciados, son los que presentaron mejor apego al tratamiento. Mientras que de los pacientes con apoyo familiar bajo, los casados presentaron mejor apego al tratamiento.

CONCLUSIONES

La diabetes mellitus, constituye tanto a nivel mundial como nacional, un verdadero problema de salud pública, ya que es una de las primeras causas de morbimortalidad en México, por lo que es de suma importancia conocer la forma de abordarlo de forma integral, haciendo hincapié en el aspecto preventivo en cuyo nivel podemos involucrar a su familia, para que lo ayude a llevar adecuadamente su control en términos de seguir una dieta, hacer ejercicio y cambiar su estilo de vida hacia un aspecto saludable, así como la toma de sus medicamentos. De esta manera es más factible que el paciente diabético se apegue a su tratamiento, y ello le permita prevenir la aparición de las complicaciones tanto agudas como crónicas de la enfermedad y esto ayude a la mejora de la calidad de vida del paciente y su familia.

El apoyo familiar es clave en el control metabólico de la enfermedad al propiciar un ambiente agradable y de confianza, lo cual es favorable para reducir el estrés y mejorar el cumplimiento del tratamiento. Este apoyo tiene sus bases en las redes sociales, derivado de las relaciones interpersonales familiares o de pares, se relaciona con las funciones básicas de ayuda y se halla integrado por empatía, estímulo, ayuda y expresiones de participación y afecto. Ahora bien, para que las familias de estos enfermos puedan reorganizar su contexto de apoyo se requiere de una educación acorde a sus necesidades, creencias y ambiente socio-cultural.

En esta investigación se detectó en primer lugar que el apoyo familiar más frecuente es el medio (52%), seguido del alto (44%), con un apego al tratamiento menor del 50%, se identificó que a mayor apoyo familiar existe un mayor apego al tratamiento, tanto en hombres como en mujeres, con diferentes edades para el apego al tratamiento, siendo la mayor escolaridad la clave para el mismo. En este punto es necesario recalcar la importancia de continuar con las pláticas hacia los diabéticos y sus familiares, así como la inclusión en grupos de autoayuda de los mismos. Se requiere elevar el nivel de apego al tratamiento global, lo cual se puede lograr con la educación impartida hacia el paciente diabético y su familia.

La ocupación estudiante, empleado y jubilado, otorga un mejor apego al tratamiento. La mayor frecuencia de apego al tratamiento, en cuanto al estado civil, en el presente estudio es la de solteros, unión libre y en baja frecuencia los casados, por lo que convendrá enfatizar la importancia de que todos los miembros de la familia se involucren con el familiar que presente el padecimiento, en todos los subsistemas familiares (conyugal, filial y fraterno).

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Gil I, Pérez C. Perfil de la familia del diabético: características sociodemográficas y clínicas. ArchMedFam 2002; 4 (3): 95-8.
- 2.- Frati MA, Ariza AR. Diabetes mellitus y trastornos afines. En: Halabe ChJ, Lifshitz GA, López BJ, Ramiro HM, editores. El Internista. 1ª ed. México: Interamericana, McGraw-Hill. 1997. p. 23-24.
- 3.- Zúñiga GS, Islas AS. Educación del paciente diabético. Un problema ancestral. Rev Med IMSS 2000; 38 (3): 187-191.
- 4.- Rodríguez M, Guerrero JF. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. Salud pública Méx 1997; 39: 44-47.
- 5.- González E, Sales J. Educación del diabético. Medicine 1994; 4:1127-33.
- 6.- Schlenk E, Hart L. Relationship between health locus of control, health value, and social support and compliance of persons with diabetes mellitus. Diabetes Care 1984; 7 (6): 566-74.
- 7.- Ruzicki D. Relationship of participation preference and health locus of control in diabetes education. Diabetes Care 1984; 7 (4): 372-77.
- 8.- Velasco ML, Sinibaldi JF. Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias). 1ª ed. México D. F.: Editorial El Manual Moderno; 2001.
- 9.- Romero MI, Portilla del Canal L, Licea M, Perich P. Sistemas de Apoyo Social y control metabólico en la diabetes mellitus. Rev Cubana Med 1989; 28 (6): 660-5.
- 10.- Valdez I, Aldrete G, Alfaro N. La influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. Salud pública de Méx 1993; 35: 161-8.
- 11.- Smilkstein G. Validity and reliability of the family apgar as a test of family function. Journal of family practice 1982; 5 (2): 303-11.
- 12.- Gardner W, Nutting PA, Kelleher KJ, Werner JJ, Farley T, Stewart L, et al. Does the family Apgar effectively measure family function?. Fam Pract 2001; 50: 1925.
- 13.- Irvine A, Saunders JT, Blank MB, Carter WR. Validation of Scale Measuring Environmental Barriers to Diabetes-Regimen Adherence. Diabetes Care 1990; 13 (7): 705-11.
- 14.- Toobert D, Hampson S, Glasgow R. The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure: Results from 7 studies and revised scale. Diabetes Care 2000; 23 (7); 943-50.

15.- Wen LK, Parchman ML, Shepherd MD. Family Support and Diet Barriers Among Older Hispanic Adults With Type 2 Diabetes. *Fam Med* 2004; 36 (6): 423-30.

16.- Valadez F, Alfaro Noé, Centeno G, Cabrera C. Diseño de un instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2. *Investigación en Salud* 2003; V (3): 1-10.

17.- Guilbert J. Educational Hand book for health person. 6a ed. Geneva, World Health organization; 1992.

18.- Durán VB, Rivera ChB, Franco GE. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Salud pública de México* 2001; 43 (3): 233-236.

19.- Bonafont X, Costa J. Adherencia al tratamiento médico. *Butlletí d'informació terapèutica* 2004; 16 (3): 9-14.

ANEXOS

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 1 Y 2 NOROESTE REGION "LA RAZA"
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

El siguiente estudio pretende determinar el apoyo familiar para el apego a tratamiento del paciente diabético por lo que se le pide que, por favor, conteste los datos que se le solicitan de manera veraz, sus datos serán manejados con absoluta confidencialidad.

FECHA _____

1.-NOMBRE: _____

2.-EDAD: _____

3.-SEXO: (Marque con una cruz x)

HOMBRE

MUJER

4.-ESCOLARIDAD: _____

5.-ESTADO CIVIL: _____

6.-OCUPACION: _____

7.-PERSONAS CON QUIEN VIVE EN SU CASA: _____

8.-AÑOS QUE LLEVA CON LA ENFERMEDAD O AÑOS QUE LLEVA
CUIDANDO A SU PACIENTE CON DIABETES:

9.-PARENTESCO CON SU FAMILIAR (HIJA(O), ESPOSA(O), ETC):

PREGUNTAS PARA SER CONTESTADAS POR EL FAMILIAR DEL PACIENTE PARA EVALUAR APOYO FAMILIAR AL PACIENTE CON DIABETES TIPO 2

INSTRUCCIONES: Como respuesta a cada pregunta, marque con una **X** el espacio que corresponde a las letras A, B, C, D ó E, según su respuesta. Se le pide por favor que conteste todas las preguntas. Sus resultados se manejarán con confidencialidad.

Las letras significan lo siguiente:

A=Siempre B=Casi siempre C=Ocasionalmente D=Rara vez E=Nunca

	A	B	C	D	E
1. El diabético descontrolado llega a tener gangrena en los pies					
2. El diabético debe en su casa medirse la azúcar en la sangre					
3. Son comunes las infecciones en los diabéticos					
4. La preparación de los alimentos del enfermo diabético es realizada por:					
a) El paciente mismo					
b) El cónyuge					
c) La hija (o) mayor					
d) Otra persona					
5. La administración de la medicina al paciente diabético es realizada por:					
a) El paciente mismo					
b) El cónyuge					
6. Usted está de acuerdo que para mantenerse en control el enfermo diabético tiene que:					
a) Tomar sus medicinas					
b) Llevar su dieta					
c) Hacer ejercicio					
d) Cuidar sus pies					
e) Cuidar sus dientes					
7. Le ayuda a su familiar a entender las indicaciones del médico					
8. Cuando su familiar enfermo come más alimentos de los indicados usted					
a) Le recuerda el riesgo					
b) Le retira los alimentos					
c) Insiste tratando de convencerlo					
d) Insiste amenazando					
e) No dice nada					
9. Se da Usted cuenta cuando a su familiar se le olvida tomar su medicina					
10. Considera que es problema preparar la dieta su familiar diabético					
a) Porque no sabe					
b) Porque no le gusta					
c) Porque le quita tiempo					
d) Porque cuesta mucho dinero					

RECUERDE**A=Siempre B=Casi siempre C=Ocasionalmente D=Rara vez E=Nunca**

	A	B	C	D	E
11. Qué hace Usted cuando su familiar diabético suspende el medicamento sin indicación médica					
a) Le recuerda					
b) Le insiste tratando de convencerlo					
c) Le lleva la medicina					
d) Lo regaña					
e) Nada					
12. Pregunta al médico sobre las diferentes combinaciones de alimentos para su familiar					
13. Considera necesario que el diabético acuda al dentista					
14. Motiva a su familiar a hacer ejercicio (caminar)					
15. El ejercicio físico baja el azúcar					
16. A los enfermos diabéticos puede bajárseles el azúcar					
17. La azúcar de la sangre debe medirse antes de los alimentos					
18. Procura tenerle a su familiar diabético los alimentos que requiere a sus horas					
19. Cuando el paciente tiene cita con el médico para su control Usted					
a) Lo acompaña					
b) Le recuerda su cita					
c) Está al tanto de las indicaciones					
d) No se da cuenta					
20. Conoce la dosis de los medicamentos					
21. Platica con el médico acerca de la enfermedad y de las indicaciones que le dieron a su familiar					
22. ¿Su familiar diabético toma alguna otra cosa para su control aparte de sus medicamentos?					
a) Tes					
b) Homeopatía					
c) Remedios caseros					
23. Considera necesario para el cuidado de los pies del diabético					
a) El uso de calzado adecuado					
b) El uso de talcos					
c) El recorte adecuado de las uñas					
d) Que evite golpearse					
24. Su familiar diabético se encuentra en la casa solo					

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 PARA VALORAR EL APEGO A TRATAMIENTO

INSTRUCCIONES

Marque con una **X** su respuesta: si cuando la respuesta sea afirmativa a lo que se pregunta, o bien no cuando la respuesta sea negativa a lo que usted acostumbra a realizar.

Se le pide por favor que conteste con la mayor veracidad posible, sus respuestas se manejaran con confidencialidad.

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos?

SI NO

2. ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas?

SI NO

3. ¿Cuándo se encuentra bien, deja de tomar la medicación?

SI NO

4. ¿Si alguna vez se encuentra mal, deja Usted de tomar sus medicamentos?

SI NO

5. ¿Realiza ejercicio físico?

SI NO

6. ¿Lleva Usted alguna dieta?

SI NO

GRACIAS POR SU PARTICIPACION



ANEXO 3

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA

LUGAR Y FECHA _____

POR MEDIO DE LA PRESENTE, ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACION TITULADO: **FRECUENCIA DEL APOYO FAMILIAR PARA EL APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2.**

REGISTRADO ANTE EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION EN SALUD O LA CNC

EL OBJETIVO DE MI ESTUDIO ES: **DETERMINAR LA FRECUENCIA DEL APOYO FAMILIAR EN DIABÉTICOS TIPO 2.** SE ME HA EXPLICADO QUE MI PARTICIPACION CONSISTIRA EN: RESPONDER DE FORMA LIBRE Y SIN PRESION ALGUNA, UN CUESTIONARIO CON RESPUESTAS DE OPCION MULTIPLE.

DECLARO QUE SE ME HA INFORMADO AMPLIAMENTE QUE NO SE TIENEN RIESGOS NI INCONVENIENTES, NI MOLESTIAS Y SI BENEFICIOS DERIVADOS DE MI PARTICIPACION EN EL ESTUDIO QUE SON LOS SIGUIENTES: **DETERMINAR LA FRECUENCIA DEL APOYO FAMILIAR PARA EL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 CON EL PROPOSITO DE IDENTIFICAR DEFICIENCIAS EN LOS CONOCIMIENTOS, IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS NECESARIAS PARA BENEFICIAR A LA POBLACION CON ESTE PADECIMIENTO, ASI COMO A SUS FAMILIARES A FIN DE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA Y DE LA RELACION FAMILIAR.**

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL SE HA COMPROMETIDO A RESPONDER CUALQUIER PREGUNTA Y ACLARAR CUALQUIER DUDA QUE LE PLANTEE ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE LLEVARAN A CABO, LOS RIESGOS, BENEFICIOS O CUALQUIER OTRO ASUNTO RELACIONADO CON LA INVESTIGACION O CON EL TRATAMIENTO HABITUAL DEL PACIENTE. EL INVESTIGADOR SE COMPROMETE A DAR INFORMACION OPORTUNA SOBRE CUALQUIER PROCEDIMIENTO ALTERNATIVO ADECUADO QUE PUDIERA SER VENTAJOSO PARA MI TRATAMIENTO.

ENTIENDO QUE CONSERVO EL DERECHO DE RETIRARME DEL ESTUDIO EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LO CONSIDERE CONVENIENTE, SIN QUE ELLO AFECTE LA ATENCION MEDICA QUE RECIBO EN EL INSTITUTO.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL ME HA DADO SEGURIDAD DE QUE NO SE ME IDENTIFICARA EN LAS PRESENTACIONES O PUBLICACIONES QUE DERIVEN DE ESTE ESTUDIO Y DE LOS DATOS RELACIONADOS CON MI PRIVACIDAD SERAN MANEJADOS EN FORMA CONFIDENCIAL, TAMBIEN SE HA COMPROMETIDO A PROPORCIONARME INFORMACION ACTUALIZADA QUE SE OBTENGA DURANTE EL ESTUDIO, AUNQUE ESTA PUDIERA CAMBIAR DE PARECER RESPECTO A MI PERMANENCIA EN EL MISMO.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE, FIRMA, MATRICULA DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL

NUMEROS TELEFONICOS A LOS CUALES PUEDE COMUNICARSE EN CASO DE EMERGENCIA, DUDAS O PREGUNTAS RELACIONADAS CON EL ESTUDIO:

TESTIGOS

CLAVE 2810-009-013.