



**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. 75**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES
DIABÉTICOS**

Tesis

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

PRESENTA:

DRA. IMELDA MENDOZA CENDEJAS

Morelia, Michoacán, Septiembre 2008



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.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTE
DIABÉTICOS**

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

PRESENTA

DRA. IMELDA MENDOZA CENDEJAS

AUTORIZACIONES

**DR. OCTAVIO CARRANZA BUCIO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERAL EN**

Asesor de tema de tesis

MCM. Aurora Guadalupe Talavera Ibarra.

Morelia, Michoacán, Septiembre 2008

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES
DIABÉTICOS**

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

PRESENTA

DRA. IMELDA MENDOZA CENDEJAS

AUTORIZACIONES

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

Felipe de Jesús García Pedroza
**DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

Isaias Hernández Torres
**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

Morelia, Michoacán, septiembre 2008

AGREDECIMIENTOS

A mis maestros Dr. Octavio Carranza Bucio y Dra. Aurora Guadalupe Talavera Ibarra, sin su ayuda, su tiempo, su conocimiento no habría podido terminar este trabajo.

A mis Padres: Por ser la razón de mi vida y estar siempre conmigo.

A Rodolfo Hugo que en los momentos de desanimo siempre creyó en mi hasta concluir este trabajo.

INDICE

	Páginas
1. Introducción.....	1 - 3
2. Antecedentes.....	4 - 11
3. Problema.....	12
4. Justificación.....	13 - 14
5. Objetivos.....	15
6. Metodología.....	16 - 19
7. Resultados.....	20 - 26
8. Discusión.....	27 - 28
9. Conclusiones.....	29 - 30
10. Bibliografía.....	31 - 34
11. Anexos.....	35 - 40

1.- Introducción

La familia del paciente y el mismo paciente, son ejes principales, en cualquier tipo de terapia que se de a un paciente (1). Del tipo de funcionalidad familiar y ciclo vital de la familia, en que este inmerso el paciente, este complejo paciente-familia puede tener dos comportamientos bien definidos en la adherencia a tratamiento, facilitándola o dificultándola (1, 2,3),

La funcionalidad familiar, tiene mayor relevancia, en tratamientos para patologías crónico degenerativas como Diabetes Mellitus, pues involucra, entre otros aspectos: a) propios del enfermo (culturales, conductuales, económicos; b) del entorno social (apoyo familiar, apoyo de amigos, ambientales, accesibilidad a los servicios de salud, geográficos) y c) factores imputables al médico o al centro de atención médica (relación médico-paciente, satisfacción del usuario, fecha de admisión al servicio (1,2,3,4, 5).

El médico familiar, debe identificar el rol del paciente y su familia en cuanto al apego a tratamiento, para modificar a favor del apego, cualquier situación que identifique como adversa y eventualmente dañina para el bienestar del paciente.

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros, si la familia cumple o no eficazmente sus funciones, se categoriza como familia funcional o disfuncional (6). Entendiendo funcionalidad familiar, como la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital familiar (6,7).

Una familia funcional en general tiene flexibilidad, para adaptarse cuando las demandas de sus miembros así lo exigen, de manera que pueden seguir en equilibrio sin que ninguno de sus miembros desarrolle síntomas de enfermedad biopsicosocial, cuando alguno de los elementos este enfermo.

En cambio, en la familia disfuncional, hay rigidez y resistencia al cambio, lo que favorece la aparición de biosicopatología, cuando hay un evento disruptor, como puede ser una enfermedad crónico-degenerativa en alguno de los miembros de esa familia, lo que se interpreta como crisis, y como tal, amenaza con romper el equilibrio.

La ausencia de problemas no marca la diferencia entre una familia funcional y una disfuncional, lo que da la diferencia es el manejo que da esa familia al evento crítico que les toca vivir (6,7).

Cuando aparece en algún miembro de la familia una patología crónico degenerativa como Diabetes Mellitus, es un evento crítico, pues la diabetes mellitus se tiene bien identificada como enfermedad que durará “de por vida” con la persona afectada y potencialmente tiene complicaciones, que le deterioraran a corto o largo plazo (8). Aparece súbitamente en ese núcleo familiar, una enfermedad que se considera frecuente un estigma personal, social, familiar, laboral, (8) aunado a desconocimiento profundo de la enfermedad como tal, y el prejuicio negativo a esta enfermedad. (8),

En enfermedades crónico degenerativas como Diabetes Mellitus, ante lo prolongado de la enfermedad, se requiere el apoyo o constante o intermitente de la familia para seguir el tratamiento indicado, además que las medidas

terapéuticas indicadas , idealmente incluyen cambios en el estilo de vida, que si el cambio en la familia, harán punto menos que imposible el cambio en el paciente. Pues se debe modificar plan de alimentación personal y familiar, actividades de distracción, a vida menos sedentaria y con mayor actividad física y la toma constante y permanente de fármacos. Dándose frecuentemente la necesidad de un cuidador primario para ayudar y/o ejecutar las indicaciones médicas generadas para el paciente con diabetes (9).

2.- Antecedentes

La diabetes mellitus es una enfermedad sistémica crónica degenerativa de carácter heterogéneo con grados variables de predisposición hereditaria y participación de diversos factores ambientales, caracterizada por hiperglucemia crónica ocasionada por deficiencia en la producción o acción de la insulina; lo que afecta el metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasa (5). En la encuesta nacional de Enfermedades Crónicas de 1993, se informó una prevalencia de Diabetes Mellitus general de 8.2 % y para personas de 60 a 69 años de 21 %.(10).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social la Diabetes mellitus ocupa el segundo lugar de motivo de demanda de consulta en Medicina Familiar y el primer lugar en la especialidad troncal; constituye la primera causa de ingreso y egreso hospitalario e incide en forma significativa en la tasa de mortalidad; de 32.8 por cada 100mil derechohabientes en 1986, pasó a 50.9 en 1999, su mortalidad promedio diario es de 40 pacientes a nivel nacional (11).

Las proyecciones de enfermedad en relación a DM señalan que para 2025, México se ubicará en el 7º lugar de los países con más personas con Diabetes Mellitus (11)

La norma oficial mexicana NOM-015-SSA2-1994 señala los criterios para establecer diagnóstico de diabetes mellitus;

Los puntos de corte para establecer estos diagnósticos son los siguientes.

- Glucosa anormal en ayuno: glucosa plasmática >100 y < 126 mg/dl.
- Intolerancia a la glucosa: glucosa plasmática a las dos horas poscarga >140 y < 200 mg/dl.

Los criterios para el diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2; cualquiera de estas condiciones deberá ser confirmada un día después.

- Síntomas de diabetes y una prueba de glucosa plasmática casual \geq 200mg/dl. Se le considera prueba casual cuando se lleva a cabo a cualquier hora del día, sin considerar el tiempo transcurrido a partir del último alimento.
- Las manifestaciones clásicas de la diabetes incluyen la poliuria, la polidipsia y la pérdida de peso sin explicación.
- Glucosa plasmática preprandial \geq 126 mg/dl. Preprandial es definida como no ingreso de calorías al menos en las últimas ocho horas.
- Prueba de glucosa plasmática posprandial a las dos horas \geq a 200mg/dl durante la prueba de tolerancia a la glucosa. La prueba deberá ser realizada usando una carga oral de 75 g. de glucosa disuelta en agua.

Al hacer el diagnóstico y su confirmación se debe formular un plan de tratamiento que proporcione una base para el cuidado continuo del paciente y que involucre la participación de la familia.

Además, establece que de manera intencionada en población potencialmente en riesgo se busque DM2., en individuos adultos asintomático.

1.- todos los individuos con 45 años de edad o más deberán ser considerados para la prueba de detección de diabetes; si la prueba es normal deberá repetirse cada tres años.

2.- La prueba deberá realizarse con mayor frecuencia a partir de los 30 años de edad en individuos con:

- Antecedentes de familiares en primer grado con diabetes.

- Sobrepeso u obesidad (índice de masa corporal ≥ 25).
- Hipertensión arterial (cifras de presión arterial $\geq 140/90$ mm. Hg.)
- Niveles de colesterol > 200 mg/dl (lipoproteínas de alta densidad ≤ 35 mg/dl)
- Triglicéridos ≥ 250 mg/dl
- Una prueba positiva de tamizaje (glucemia capilar > 120 mg/dl)
- Antecedentes de hijos macrosómicos (peso al nacimiento > 4 Kg. o de haber cursado con diabetes gestacional).

Además en esta clasificación se consideran los grupos denominados: glucosa anormal en ayuno o la intolerancia a la glucosa son dos condiciones en las que los niveles de glucosa son mas altos que los normales, sin llegar al punto de corte para el diagnostico de DM2.(12)

Parámetros por considerar en el control metabólico del paciente con DM2, de acuerdo a lo recomendado por ADA y EASD (13):

Parámetro	Bueno	Aceptable	Malo
Glucemia preprandial	80-110 mg/dl	111-140 mg/dl	> 140 mg/dl
Hemoglobina glucosilada	$< 7\%$	7-7-9 %	$> 8\%$
Colesterol Total	< 200 mg/dl	200-220 mg/dl	> 220 mg/dl
Triglicéridos	< 150 mg/dl	150-175 mg/dl	> 175 mg/dl
Índice de Masa Corporal	< 25	25-27	> 27
Tensión arterial	$< 130/80$ mmHg	130-80-160/90 mmHg	$> 160/90$ mmHg

El curso y desenlace de las enfermedades crónicas están influenciados por variables sociales y emocionales, estos factores pueden tener un efecto decisivo en la manera en que la enfermedad se desarrolla, y en el grado de impedimento y adaptación del individuo y la familia a dicha enfermedad. El paciente identificado, la familia y el personal al cuidado de la salud enfrentan una serie de tareas adaptativas en relación con la enfermedad (14).

El factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adapten nuevas normas y a veces nuevos papeles para lograr su control. (14)

Funcionalidad Familiar

Con base en que la familia cumpla o deja de cumplir eficazmente sus funciones hablamos de familia funcional o disfuncional. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrenta o superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. (15)

La Funcionalidad familiar es dinámica, y hay circunstancias en las que la familia puede caer en crisis, en ese momento de crisis puedan resultar disfuncionales en mayor o menor grado y si superan la crisis exitosamente recuperarse posteriormente (15).

Algunas familias ante un problema no consiguen su homeostasis y la disfunción se vuelve irreparable o inclusive la familia llega a desintegrarse (6)

Para determinar el grado de funcionalidad de una familia, Satir, ubica las reacciones de la familiar en cuatro ámbitos, y emplea los siguientes criterios:

- Comunicación: en una familia funcional la comunicación entre sus miembros es clara, directa, específica. En la disfuncional incongruente; y las otras características opuestas
- Individualidad: la autonomía de los miembros de la familia funcional es respetada y las diferencias individuales no solo se toleran, sino que se estimulan, para favorecer el crecimiento de los individuos y del grupo familiar.
- Toma de decisiones: la búsqueda de la solución más apropiada para cada problema es más importante que la lucha por el poder. En las familias disfuncionales importa más quien va a salirse con la suya y consecuentemente los problemas tienden a perpetuarse por que nadie quiere perder.
- Reacción a los eventos críticos: una familia funcional es lo suficientemente flexible para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que pueden conservar la homeostasis sin que ninguno desarrolle síntomas. En cambio, una disfuncional, y la resistencia al cambio, favorecen la aparición de sicopatología cuando la crisis amenazan romper el equilibrio(15)

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de la sicopatología de sus integrantes. Gran parte de los trastornos psicosociales tienen su origen e la disfunción familiar.

EVENTOS CRITICOS FAMILIARES

El médico que brinda atención a sus pacientes en el contexto de familia, debe comprender el impacto que las crisis ocasionan en el estado funcional de la

misma. Este conocimiento facilitará el diagnóstico y manejo de la disfunción familiar.

Como sistema sociocultural abierto, la familia enfrenta constantemente situaciones críticas inducidas por cambios biopsicosociales en uno o varios de sus miembros y a través de los diversos estímulos provenientes del medio en que esta inducida.(16)

Una crisis; es cualquier evento traumático, personal, o interpersonal dentro o fuera de una familia, que ocasionan cambios en la funcionalidad de sus miembros y conduce a un estado de alteración y que requiere una respuesta adaptativa de la misma. Los eventos críticos incrementan la tensión dentro del grupo familiar y cuando no son manejadas adecuadamente pueden conducir al deterioro de la salud familiar (15)

La DM2 es un evento crítico para cualquier familia, con mayor impacto si existe desinformación y prejuicio acerca de esta enfermedad crónico-degenerativa. involucra en el tratamiento, cambios en el estilo de vida, que deben abarcar a la familia para facilitar el mejor control metabólico, y los cambios inicialmente provocan rechazo al cambio, asimismo la justificante sea un cambio hacia la salud y a un estilo de vida más saludable, tanto para el no afecto de DM2 como para el paciente. (16)

Las acciones de la familia involucrada, ya sean en sentido funcional no disfuncional, repercutirán directamente sobre el apego al tratamiento que tenga el paciente y su cuidador primario de así requerirse. (5)

Ante la presencia de eventos críticos, al estudiar una familia se debe explorar cuidadosamente la forma en que el grupo los identifica y los aborda así como el

nivel de conflicto alcanzado, los cambios posteriores ante tales situaciones y el grado de compromiso solidaridad y el apoyo entre la pareja y/o el resto de la familia.

IMPACTO DE LA DIABETES EN EL PACIENTE Y LA FAMILIA

La familia procesara en este caso la DM , todo lo referente a la DM según su propio conjunto de creencias acerca de la enfermedad y las experiencias previas que posea en el cuidados de los pacientes con DM, en relación con acontecimientos importantes como ceguera, amputaciones, úlceras, posteriormente pondrá en marcha los recursos con los que cuente, su cohesión, su capacidad de adaptación, de apoyo y de organización buscando en caso de ser necesario apoyo extrafamiliar para conseguir la homeostasis que asegure funcionamiento normal en el sistema familiar (16).

Los pacientes que cursan con DM2, enfrentan múltiples problemas médicos psicológicos y sociales cuya complejidad aumenta con el tiempo y están directamente asociados a las diferentes fases de la enfermedad y a los procesos terapéuticos, los pacientes con DM están obligados a realizar cambios individuales, familiares, laborales y sociales en muchos aspectos de su vida diaria antes esta enfermedad la cooperación familiar es imprescindible. (7)

El impacto de la diabetes sobre el adulto y su familia depende de la fase de ciclo vital en el que se establezca el diagnostico, de diabetes mellitus 2 o la aparición de sus complicaciones se realiza con mas frecuencia en la cuarta década del ciclo vital familiar y es donde son necesarios todos los recursos para logran los cambios

adaptativos imprescindibles para superar esta etapa del funcionamiento familiar.
(16)

Apego a tratamiento:

El apego a tratamiento es un término que entraña una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente conductuales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado.
(19).

El apego al tratamiento del paciente con DM2 es un fenómeno multicausal en el cual se han considerado los siguientes factores:

- Propios del enfermo (culturales, conductuales y económicos).
- Del entorno social (apoyo familiar, apoyo de los amigos, ambientales).
- Accesibilidad a los servicios de salud (geográficos).
- Factores imputables al medico (relación medico-pacientes, y satisfacción del usuario). (20)

Entre los factores culturales se menciona que las personas con un nivel cultural superior tienen mejor apego al tratamiento por que entienden mejor su padecimiento, las personas que poseen un nivel cultural menor son menos apegadas al tratamiento farmacológico y mas reacios a seguir las instrucciones medicas ya que consideran que la diabetes no llegara a tener efectos adversos sobre la calidad de vida.

Encontrando tres causas de no apego al tratamiento, principalmente.

- Problemas de comunicación.
- Problemas de acceso.
- Uso de servicios informales de salud.(21)

3.- Problema

Una buena parte del control metabólico de la DM2, depende de que los pacientes se administren los medicamentos en la forma que el médico juzga adecuado que lo hagan, según las evidencias científicas y la experiencia clínica. No obstante, existen una variedad de situaciones familiares que interfieren con el cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes.

Sin duda, la familia juega un papel primordial en el control metabólico del paciente con DM, en la medida que contribuye a garantizar un buen cumplimiento de las indicaciones del médico tratante. Lo anterior es particularmente cierto en aquellos pacientes con daño crónico de las facultades mentales o con trastornos de personalidad.

La cronicidad de la DM conlleva deterioro físico y mental que pone en riesgo de abandono el tratamiento individual, por tal razón; resulta necesaria la participación eficiente del grupo familiar. Para que esto sea posible, la familia debe estar involucrada y comprometida con el abordaje integral del paciente.

Sin embargo, en nuestro medio las características estructurales y funcionales de la familia no son muy propicias a este involucramiento. La experiencia cotidiana nos muestra que con frecuencia la familia abandona al diabético, ya sea por que la dinámica familiar está alterada y porque no se sabe cómo brindar apoyo efectivo.

Por lo anterior, el problema que nos planteamos es: **¿cuáles son los factores del funcionamiento familiar que propician baja adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus?**

4.- Justificación.

La DM2 constituye un problema de salud pública y cada vez se observa con mayor frecuencia esta patología, su incidencia y prevalencia tienden a incrementarse día con día. Es una enfermedad crónico-degenerativa que evoluciona a complicaciones que afectan el bienestar y calidad de vida de quien la padece. Lo anterior es mayor, cuando el tratamiento es irregular y desorganizado, o se abandona el tratamiento. (4)

Datos estadísticos publicados recientemente indican que el abandono del tratamiento en los pacientes diabéticos es muy frecuente y tiene repercusiones considerables en el control y sobre todo, en la evolución de las complicaciones agudas y crónicas, generando grandes pérdidas en lo personal familiar y social.(22)

Por ejemplo, en relación al uso de insulina en Gran Bretaña 53 por ciento de los diabéticos llegan presentar incumplimiento parcial o total, 35 % en Estados Unidos, 30 % en Europa central y 10 % en América Latina; aunque se acepta que está última cifra es parcialmente conocida. Un estudio exploratorio realizado por nosotros en la Unidad de Medicina Familiar No. 76 de Uruapan indica que hasta el 50 % de los pacientes abandonan el tratamiento.

Dado que el abandono del tratamiento es multifactorial, es conveniente explorar la influencia que tiene la familia en el apego y si el Médico Familiar tiene condiciones reales para influir en reducir este problema. Por tanto, un estudio que permita averiguar la magnitud y la vulnerabilidad de problema en nuestro medio podría ser de mucha utilidad.

En estas condiciones es importante estudiar a la familia del paciente diabético ya que ella constituye la red social más cercana al mismo y es el primer grupo de apoyo que puede brindar el soporte necesario para cumplir la prescripción médica, mantener conductas de salud, procurar información, asistencia y alimento durante su enfermedad.

5.- Objetivos

Objetivo General

Analizar los factores del funcionamiento familiar que propician apego al tratamiento farmacológico de los pacientes con DM 2.

Objetivos Específicos

- 1.- Describir los factores del funcionamiento familiar asociados con apego al tratamiento farmacológico en los pacientes diabéticos;
- 2.- Establecer la relación entre apego al tratamiento en la diabetes mellitus y características del funcionamiento familiar.

6.- Metodología

Tipo de estudio: descriptivo, observacional, transversal.

Universo: Unidad de Medicina Familiar No. 76 de Uruapan

Población:

Pacientes mayores de 30 años de edad, con diagnóstico de DM2, adscritos a la UMF No. 76 en Uruapan.

Los criterios de inclusión:

Pacientes con DM2, con evolución de 2 a 10 años del padecimiento, sin evidencia clínica de complicaciones, que acepten participar en el estudio.

Criterios de no inclusión:

Pacientes con DM2 que presenten complicaciones tardías por esta, o que no acepten participar en el estudio.

Criterio de eliminación:

Pacientes a quienes que no se les pueda aplicar el instrumento de evaluación.

Muestra:

Se tomó una muestra al azar a partir de la lista de consulta diaria, forma 4-30-6, seleccionando la primera y la última consulta de cada médico, hasta completar la muestra de 93 pacientes, es decir el 9% de la totalidad de pacientes diabéticos de la unidad.

Definición operativa de las Variables

Variable independiente:

Alteraciones del funcionamiento familiar. En esta investigación se definen las alteraciones del funcionamiento familiar como el grado en que la familia no

satisface las necesidades mínimas de sus miembros, así como la incapacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa; en este caso se mide a través del APGAR familiar. Como complemento a lo anterior y con la finalidad de valorar las condiciones sociales, económicas y educativas de las familias con diagnóstico de DM2, se utilizó el Cuestionario denominado GRAFFAR.

Variable dependiente:

Bajo apego al tratamiento en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Se define como el grado de incumplimiento del esquema terapéutico establecido por el médico tratante, en este estudio se valora a través de un cuestionario validado; diseñado por investigadores del Instituto Nacional de Perinatología (18).

Instrumentos:

APGAR FAMILIAR.- El APGAR familiar es un cuestionario que consta de cinco preguntas, aplicables mediante una breve entrevista a diferentes miembros de una familia y en distintos momentos para percibir variaciones. Mide funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar y constituye un instrumento de utilidad para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o si por el contrario, contribuye a su enfermedad.

El cuestionario está elaborado de tal modo que puede ser contestado por todo tipo de familias, y mientras mayor sea el número de individuos a quienes se aplique, más completa será la visión que se pueda tener del funcionamiento del

sistema familiar. Sin embargo, cada persona contribuye al total, incluso la respuesta de una sola de ellas puede ser de valor.

- **Adaptabilidad:** que consiste en utilizar recursos intrafamiliares y extrafamiliares para resolver situaciones de crisis.
- **Participación:** compartir los problemas y de comunicarse para la toma de decisiones.
- **Crecimiento:** cursar las etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los miembros de la familia.
- **Afecto:** expresar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y de demostrar distintas emociones, tanto de bienestar como de emergencia.
- **Resolución:** aplicación de los elementos anteriores compartiendo tiempo, recursos especiales y materiales de cada miembro de la familia.

Para la estratificación social se usó el método de Graffar Méndez Castellano.

METODO DE GRAFFAR.- La Escala de Estratificación Socioeconómica conocida como “método de graffar” es un instrumento diseñado para conocer aspectos socioeconómicos de la familia. Este instrumento ha sido validado en otras investigaciones (23); en la versión utilizado por nosotros, consta de 4 variables con 5 ítems cada una, las cuales se califican de 1 a 5 puntos, para posteriormente sumar los puntajes y ubicar la familia en 5 estratos de la siguiente manera:

Estrato	puntaje
Alto	04 a 06
Medio-alto	07 a 09
Medio-bajo	10 a 12
Obrero	13 a 16
Marginal	17 a 20

Para evaluar el apego al tratamiento en los pacientes con DM2, utilizamos el cuestionario diseñado por tres investigadoras del Instituto Nacional de Perinatología en mujeres embarazadas, mismo que se reporta con 0.94 de consistencia interna, 0.90 de validez de contenido, 78% de validez de constructo y confiabilidad de 0.005. Todos estos datos presentan al instrumento como validado (18).

Análisis estadístico:

Los datos se recolectaron en hojas de Excel y posteriormente se utilizó el paquete estadístico SPSS Ver.15 para Windows. Se utilizó estadística descriptiva para observar las características de la población estudiada, (cuadros, gráficas y análisis de frecuencia); para buscar la relación entre las variables socio-económicas y del funcionamiento familiar con el apego al tratamiento se utilizó la prueba de Chi-cuadrada.

Resultados

Se estudiaron 93 pacientes, 30 del sexo masculino y 63 femenino. La edad promedio fue de 53 años, con rango de 30 a 75 y un promedio de 5 años de evolución. En las 93 familias se aplicaron el APGAR y el GRAFFAR. La tabla 1 muestran los datos de funcionalidad según el APGAR, en tanto la tabla 2 presenta las características socioeconómicas. Destaca de estos datos que el 78.5% de las familias estudiadas tengan disfunción familiar; en tanto que 94.6% se ubiquen en los estratos socioeconómicos más bajos (obrera y marginal). Como se observa en la tabla 3, la escolaridad de los pacientes es elemental, 80% por debajo del nivel de primaria. La tabla 4 contiene datos relacionados con la frecuencia del apego al tratamiento por parte de los pacientes diabéticos, donde se aprecia que el 69.9% tiene apego de regular a malo.

Al relacionar las variables de funcionamiento familiar con el apego terapéutico, tabla 5; se observa que las familias con disfunción familiar presentan mejor apego terapéutico que aquellas normofuncionales. Esta asociación resultó significativa con $p \leq 0.00$ con prueba de Chi-cuadrada, situación que indica cómo se asocian estas variables.

Las condiciones socioeconómicas de las familias en relación con el apego terapéutico se pueden apreciar en la tabla 6. Los datos indican que las familias ubicadas en el estrado marginal, es decir, aquellas que tienen las peores condiciones de vida social, son las que presentan más alto porcentaje de desapego al tratamiento. En este caso también se encontró asociación estadística significativa con $p \leq 0.03$.

Tabla 1.- Funcionalidad de familias con integrante Diabético

Funcionalidad familiar	Frecuencia	%	% acumulado
Disfuncional	45	48.4	48.4
Disfunción moderada	28	30.1	78.5
Funcional	20	21.5	100
Total	93	100	

N= 93

Fuente: estudio realizado en la UMF No. 76 de Uruapan Michoacán.

Tabla 2.- Características socio-económicas de las familias con integrante diabético.

Sexo	Condiciones socioeconómicas de la familia			Total
	Medio bajo	obrero	Marginal	
Masculino	3	14	13	30
	3.2%	15.1%	14%	32.3%
Femenino	2	27	34	63
	2.2%	29.0%	36.6%	67.7%
Total	5	41	47	93
	5.4%	44.1%	50.5%	100%

N= 93

Fuente: Fuente: estudio realizado en la UMF No. 76 de Uruapan Michoacán

Tabla 3.- Escolaridad de los pacientes con DM2.

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Analfabeta	36	38.7	38.7
Primaria incompleta	24	25.8	64.5
Primaria completa	15	16.1	80.6
Secundaria incompleta	15	16.1	96.8
Secundaria completa	2	2.2	98.8
Licenciatura	1	1.1	100
Total	93	100	

Fuente: encuesta realizada en población de la UMF No. 76, Uruapan, Michoacán

Tabla.- 4 Características del apego al tratamiento en pacientes diabéticos

Apego al tratamiento	frecuencia	%	% acumulado
Bueno	28	30.1	30.1
Regular	46	49.5	79.6
Malo	19	20.4	100.0
Total	93	100	

N= 93

Fuente: Fuente: estudio realizado en la UMF No. 76 de Uruapan Michoacán

Tabla 5.- Relación entre Funcionalidad Familiar y apego al tratamiento

Funcionamiento familiar		Apego al tratamiento			Total
		Buena	regular	mala	
Disfuncional	N	21	21	3	45
	%	22	22.6	3.2	48.4 *
Disfunción moderada	N	6	14	8	28
	%	6.5	15.1	8.6	30.1*
Función normal	N	1	11	8	20
	%	1.1	11.8	8.6	21.5
Total	N	28	46	19	93
	%	30.1	49.5	20.4	100

*p ≤ 0.01

N= 93

Fuente: Fuente: estudio realizado en la UMF No. 76 de Uruapan Michoacán

Tabla 6.- Relación entre apego al tratamiento y estratificación socioeconómica de GRAFFAR

Condiciones socioeconómicas de la familia		Apego al tratamiento			total
		buena	regular	mala	
Medio bajo	N	2	3	0	5
	%	2.2	3.2	.0	5.4
Obrero	N	18	18	5	41
	%	19.4	19.4	5.4	44.1
Marginal	N	8	25	14	47
	%	8.6	26.9	15.1	50.5*
Total	N	28	46	19	93
	%	30.1	49.5	20.4	100

* $p \leq 0.03$

N= 93

Fuente: Fuente: estudio realizado en la UMF No. 76 de Uruapan Michoacán

8.- Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio ponen énfasis en las características que presentan las familias con un integrante diagnosticado con Diabetes Mellitus tipo2. Son Familias de Escasos recurso económicos, baja escolaridad y pobre apego al tratamiento antidiabético por parte de los pacientes. Este perfil socio-epidemiológico concuerda con lo reportado en otros estudios (26, 27).

En diversas investigaciones donde se explora la función familiar y la influencia de algunas funciones sobre el apego al tratamiento, se ha podido observar que no siempre un buen funcionamiento familiar conlleva mejores controles de la Diabetes (14). Estos estudios han evidenciado que en la enfermedad crónica se movilizan una serie de mecanismos psicodinámicos, cuya finalidad lleva a que los pacientes busquen ganancias secundarias, a veces para manipular al grupo familiar o para aglutinarlo en beneficio propio el interés del enfermo en cuestión (28).

En los objetivos específicos de este estudio se propuso la idea de identificar algunos factores de la dinámica familiar ligados a bajo apego al tratamiento; sugiriendo la idea de que a mejor rendimiento pudiera haber mejor apego; sin embargo, los resultados indican lo contrario, tabla 5. Una explicación posible de lo anterior se puede encontrar en lo siguiente: es posible que el APGAR, Instrumento utilizado en este estudio para medir la funcionalidad familiar tenga una baja sensibilidad para detectar la función / disfunción de familias donde hay un integrante con Diabetes, a pesar de que se ha reportado en otros estudios

como un instrumento confiable (29), en nuestra experiencia no lo es tanto (30). Esta hipótesis habría que intentar probarla en un siguiente estudio, utilizando otro tipo de instrumento para evaluar el funcionamiento familiar.

9.- Conclusiones.

El objetivo de este trabajo fue: analizar los factores del funcionamiento familiar que propician bajo apego al tratamiento farmacológico de los pacientes diabéticos. En ese sentido podemos decir que entre los factores más relevantes están el afecto, la socialización, la comunicación y los procesos de adaptación del paciente a las condiciones familiares.

Los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 tienen condiciones familiares de disfunción en áreas básicas como el afecto, cuidado y socialización. Sin embargo, esta condición no parece ser determinante del apego terapéutico; al menos eso es lo que se puede concluir en este trabajo.

Existe fuerte asociación entre el funcionamiento familiar y las condiciones económicas de la familia. Pero no queda claro, cómo es la relación causa efecto.

Ante estas alteraciones en la familia con integrante diabético, es necesario fortalecer las acciones de control y vigilancia por parte del médico familiar. Por lado, tener en cuenta que el paciente es indudablemente el personaje más importante para el éxito terapéutico. Ya que tiene su propia opinión matizada por creencias y valores, sus temores y suspicacias, su visión del futuro y del presente, sus compromisos y prejuicios para elegir entre diferentes médicos, tratamientos y hasta diferentes desenlaces (31)

Por otra parte, el médico familiar debe buscar, dentro las limitaciones del sistema institucional, interactuar con el núcleo familiar, buscar la oportunidad para colocarse dentro del liderazgo familiar y desde ahí influir en las decisiones que tome la familia relacionadas con el apoyo al tratamiento. Como ha señalado el Dr. Lifshitz, el apego al tratamiento se relaciona con varios factores: además de la

correcta información con que cuente el paciente, con la jerarquización que éste hace de su salud dentro de la escala de valores y con la simplificación del tratamiento (31)

Por todo lo anterior, sugerimos que los médicos familiares tomemos medidas con objeto de modificar la historia natural de este padecimiento en México, actuando sobre los siguientes factores:

- ❖ Mayor educación a la población general y al médico en particular acerca de la diabetes;
- ❖ Insistir en la importancia de la atención integral del paciente diabético, es muy importante que el médico familiar debe familiarizarse con las medidas encaminadas a prevenir y diagnosticar en forma temprana las complicaciones propias de esta enfermedad, debiendo instruir a la familia del paciente, nutriólogo, trabajadoras sociales, enfermeras participando en forma conjunta en el apoyo del paciente y su familia;
- ❖ Realizar campañas de salud pública que fomenten la práctica del ejercicio y hábitos de alimentación adecuados;
- ❖ Aplicación de clínicas o grupos de trabajo que aborden el problema de la diabetes de forma integral y con un equipo multidisciplinario que permita poder ofrecer al paciente y a su familia una mayor educación;
- ❖ Es importante crear una relación de confianza tanto del paciente como de su familia para obtener una cooperación abierta y a largo plazo conducentes a preservar un estado de salud y una calidad de vida aceptables.

10.- Bibliografía.

- 1.-Bialik SR. La adherencia terapéutica desde una perspectiva antropológica. Arch Neurocién Mex 2003; 8(1): 46-51.
- 2.- Méndez LD, Gómez L V, García RM, Pérez LJ, Navarrete EA. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. Rev Med IMSS 2004; 42(4):281-284.
- 3.-Herrera SP. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 1997; 13(6):591-595.
- 4.-Gil-Alfaro I, Pérez HC. Perfil de la familia del diabético: características sociodemográficas y clínicas. Arch Med Fam 2002; 4(3):95-98.
- 5.-Olmedo CV, Campos VG, Ortega D. Falta de adherencia al tratamiento en el enfermo diabético: un problema de salud pública. Rev Fac Med UNAM 1998; 41(2): 76-80.
- 6.-Tovar GC, Sánchez EL, Ponce RR, Irigoyen C A, Morales LH. Autopercepción de disfunción familiar en un grupo de familias de la ciudad de México. Arch Med Fam 2003; 5(3):92-95.
- 7.-Rodríguez AG, Rodríguez AI. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. Rev Med IMSS 2004; 42(2):97-102.
- 8.-Quiroz PJ, Castañeda LR, Ocampo BP, Pérez SP, Martínez GM. Diabetes tipo 2. Salud, competencia de las familias. Rev Med IMSS 2002; 40(3):213-220.
- 9.-Marín RF, Rodríguez MM. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Sal Pública Méx 2001; 43(4):336-339.

- 10.-Vázquez M J, Gómez DH, Fernández CS. Diabetes Mellitus en la población adulta del IMSS. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. Rev Med IMSS 2006; 44(1):13-26.
- 11.-Corona HM, Bautista SL. Perfil del paciente diabético en una unidad de medicina familiar de la ciudad de México. Arch Med Fam 2004; 6(2):40-43.
- 12.-Dobler LI. Guía normativa, diagnóstica y terapéutica para el médico en el primer nivel de atención. México: Editorial El Manual Moderno; 2001.
- 13.-Aguilar SC, Vázquez ChC, Guajardo ZS, Rosas GJ, García E, Salinas OS et al. Consenso para la prevención de las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus tipo 2. Rev Invest Clin 2000; 52(3):325-363.
- 14.-Velasco Campos ML, Sinibaldi Gómez JF. Manejo del enfermo crónico y su familia sistemas, historia y creencias. México: Editorial Manual Moderno, 2001.
- 15.- Huerta GJ, Estudio de salud familiar en programa de actualización continua de medicina familiar. México: Intersistemas; 1999.
- 16.-Fernández OM. El impacto de la enfermedad en la familia. Rev Fac Med UNAM 2004; 47(6):251-259.
- 17.-De la Revilla L. Conceptos e instrumentos de la Atención Familiar. Barcelona: DOYMA; 1994.
- 18.-Díaz RR, Mendoza FM, Belmont PJ. Validación de un instrumento para evaluar la adherencia terapéutica en diabéticas durante el embarazo. Perinatal Reprod Hum 2004; 18(4):217-224.
- 19.-Martín AL. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública 2004; 30(4):97-106.

- 20.-Duran 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.
- 21.- Escobedo J. Epidemiología de la diabetes mellitus. México: Nueva Editorial Interamericana;1993.
- 22.-Ginarte AY. La adherencia terapéutica. Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17(5):502-505
23. Romero R, Morillo B. Adaptación cognitiva en madres de niños con síndrome de Down. Anales de psicología 2002, (18); 001: 169-181.
- 24.-Dallongeville J, Cottel D, FerrieresJ, Arveiler D, Bingham A, Ruidavest JB, Haas B, Ducimetiere P, Amouyel P. Household income is associated with the risk of metabolic Syndrome in a sex-specific manner. Diabetes Care. 2005, 28(2):409-415.
- 25.-Francia: Drewnowski A. Specter SE. Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. Am J Clin. Nutr 79:6-16, 2004.
- 26.-Alvarado-Osuna C, Milian-Suazo F, Valles-Sánchez V. Prevalence of diabetes mellitus and hyperlipemias in Otomi indians. Salud Publica Mex 2001;43: 459-463.
- 27.- Cárdenas I L, Villarreal P JZ, Rocha RF, Lavallo GF, Silva LDE, Montes VJ. Prevalencia de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial en adultos de nivel económico bajo de Monterrey, México. Medicina Universitaria 2007;9 (35):64-67
- 28.- Shazer S. Pautas de terapia familiar breve: un enfoque ecosistémico. Editorial Paidós, Barcelona 1987.

29.- JA Bellón S J A, Delgado S A, Luna del C J A. Lardelli C P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Atención Primaria 1996(18); 6: 289 - 296

30.- García J R, Carranza B O. CLIMATERIO Y FUNCIÓN FAMILIAR. Tesis no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México- Instituto Mexicano del Seguro Social

31.- Lifshitz A. El papel del paciente. Este País 2006, 187: 49-52.

11.- Anexos.

ANEXO 1.- HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

ANEXO 2.- TEST PARA MEDIR ADHERENCIA TERAPÉUTICA

ANEXO 3.- TEST DE APGAR

ANEXO 4.- METODO PARA EVALUAR LAS CONDICIONES

SOCIOECNOMICAS DE LA FAMILIA. METODO DE GRAFFAR

ANEXO 1

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre _____

NSS. _____

Fecha de
Nac. _____

Escolaridad _____

Estado
socioeconómico _____

Ocupación _____

Paciente _____ Familiar
(parentesco) _____

Nº de Personas que habitan la
casa _____

Adherencia al
tratamiento _____

Test
Apgar _____

Ultima glucemia de
Ayuno _____

ANEXO 2

ADHERENCIA TERAPEUTICA

FAVOR DE CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS QUE NOS AYUDARAN A CONOCER MAS ACERCA DE SU TRATAMIENTO MEDICO

1) ¿SU MEDICO LE A INDICADO ALGUN MEDICAMENTO PARA TRATAR SU DIABETES?

NO SI

EN CASO NEGATIVO PASAR A LA PREGUNTA 8

2) ¿Cómo se llaman el (los) medicamentos que le indico el doctor?

Insulina _____

Pastillas _____

3) ¿cuantas veces le indico el doctor que se la aplicara?

1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---

4) ¿desde cuándo se aplica el medicamento?

--	--

MES

AÑO

5) De los medicamentos que le indico en el ultimo mes su medico del IMSS, se los a aplicado

6. SIEMPRE QUE LE TOCABA

5. SE LE OLVIDO OCASIONALMENTE (MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA)

4. SE LE OLVIDO FRECUENTEMENTE (1 A 4 VECES POR SEMANA)

3. SE LE OLVIDO MUY FRECUENTEMENTE (MAS DE 4 VECES POR SEMANA)

2. NO SE LO APLICO

1. NO LO RECUERDA

0. LO SUSPENDIO

6) Esta tomando alguna medicina que le hayan indicado en otro sitio

SI NO

7) Elija de las opciones la que sea la respuesta correcta para cada pregunta

NUNCA (N)
RARA VEZ (R)
A VECES (A)
FRECUENTEMENTE (F)
SIEMPRE (S)
NO APLICA (NA)

a) ¿tiene inconveniente para cargar con el medicamento?.....

- b) ¿se le olvida aplicar el medicamento?
.....
- c) ¿Es muy complicado?.....
- d) ¿Si es insulina es dolorosa la aplicación?.....
- e) ¿estar lejos de su casa (viajando) es difícil la aplicación del medicamento
.....
- f) En ocasiones especiales como eventos sociales dificultan que me aplique el medicamento?.....

8. Su medico le a indicado algún tipo de dieta para tratar su diabetes?

SI NO

9. conoce el numero de kilocalorías que le indicó?

SI NO

10. De los alimentos que le indico en el ultimo mes su medico del IMSS, los a consumido

SIEMPRE QUE LE TOCABA

SE LE OLVIDO

OCACIONALMENTE (MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA)

SE LE OLVIDO

FRECUENTEMENTE (MAS DE 4 VECES POR SEMANA)

SE LE OLVIDO MUY

FRECUENTEMENTE (MAS DE 4 VECES POR SEMANA)

NO SE LOS APLICO

NO LO RECUERDA

LO SUSPENDIO

11. Si los suspendio ¿Cuál fue la razón?

12. Le han enviado con algún Especialista?
SI NO

13. En Caso Afirmativo Especifique

MEDICINA INTERNA

NEUROLOGIA

ESTOMATOLOGIA

PSICOLOGIA

ENDOCRINOLOGIA

NUTRICION

INFECTOLOGIA

OFTALMOLOGIA

OTROS _____

14. Elija de las opciones la que sea la respuesta correcta para cada pregunta

NUNCA (N)

RARA VEZ (R)

A VECES (A)

FRECUENTEMENTE (F)

SIEMPRE (S)

NO APLICA (NA)

a) ¿Tiene inconveniente para preparar sus alimentos?.....

b) Se le olvida comer su dieta.....

c) Es muy complicado consumir la dieta que le indicaron.....

d) Estar lejos de su casa (viajando) dificultan el consumo de mi dieta.....

e) En ocasiones especiales como eventos sociales o vacaciones dificultan que siga su dieta.....

15. En el último mes a estado hospitalizado(a)

SI NO

1) En caso afirmativo cuál fue la causa y cuantos días permaneció hospitalizada

1) Obstétrica

ANEXO 3

TEST DE APGAR

Preguntas y opciones de respuesta	Casi siempre	Algunas veces	Difícil
1. ¿Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema?			
2. ¿Estoy satisfecho con la forma como mi familia discute por igual los acuerdos y la toma de decisiones?			
3. ¿Encuentro que mi familia acepta mis deseos para nuevas actividades y cambios en mi estilo de vida?			
4. ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de tristeza, angustia y amor?			
5. ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que pasamos juntos mi familia y yo?			

La respuesta “difícil” cuenta cero puntos, “algunas veces” un punto, y “casi siempre” dos puntos. En total con la sumatoria de las respuestas se obtiene un índice de cero a diez, lo que permite clasificar a las familias en:

7 a 10 puntos-----Normo funcionales

4 a 6 puntos-----Moderadamente disfuncionales

0 a 3 puntos-----Gravemente disfuncionales

ANEXO 4

METODO DE GRAFFAR

	A	B	C	D
04-06 ESTRATO ALTO	1			
07-09 MEDIO ALTO	2			
10-12 MEDIO BAJO	3			
13-16 OBRERO	4			
17-20 MARGINAL	5			

❖ Profesión del jefe de familia

1. Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas.
2. Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria etc.
3. Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa.
4. Obrero especializado: tractoristas, taxistas etc.
5. Obrero no especializado servicio domestico etc.

❖ Nivel de instrucción de la madre

1. Universitaria o su equivalente
2. Enseñanza técnica superior/o secundaria completa
3. Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos)
4. Educación primaria completa
5. Primaria incompleta, analfabeta

❖ Principal fuente de ingresos

1. Fortuna heredada o adquirida repentinamente(grandes negocios juegos de azar)
2. Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios, profesionales(médicos y abogados) deportistas profesionales
3. Sueldo quincenal o mensual
4. Salario diario o semanal.
5. Ingresos de origen público o privado(subsidio)

❖ Condiciones de la vivienda

1. Vivienda amplia, lujosa y con optimas condiciones sanitarias
2. Vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias
3. Vivienda con espacios reducidos pero confortable y buenas condiciones sanitarias
4. Vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarios.
5. Vivienda improvisada, construida con materiales de desecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias.