



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR N° 2
SALTILLO, COAHUILA.**

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LA INFLUENCIA DE LA DINAMICA
FAMILIAR PARA EL APEGO AL TRATAMIENTO INTEGRAL EN EL
ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS E HIPERTENSION
ARTERIAL SISTEMICA**

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

PRESENTA:

DR. JAIME ALFONSO VÉLEZ ESTRADA

SALTILLO COAHUILA.

MARZO 2007 – FEBRERO 2010



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.


**ESTUDIO COMPARATIVO DE LA INFLUENCIA DE LA DINAMICA
FAMILIAR PARA EL APEGO AL TRATAMIENTO INTEGRAL EN EL
ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN
ARTERIAL SISTÉMICA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. VÉLEZ ESTRADA JAIME ALFONSO

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDRÓZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LA INFLUENCIA DE LA DINÁMICA FAMILIAR
PARA EL APEGO AL TRATAMIENTO INTEGRAL EN EL ADULTO MAYOR CON
DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN ARTERIALSISTÉMICA.**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR
PRESENTA:

DR. JAIME ALFONSO VÉLEZ ESTRADA.

AUTORIZACIONES.



DRA. LAURA LUCIA SARMIENTO RODRÍGUEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
CON MEDICINA FAMILIAR N° 2
SALTILLO COAHUILA.



M en C ANA SILVIA LEMINI BARRIENTOS
AGRADECIMIENTOS

ASESOR DE METODOLOGÍA DE TESIS.

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LA INFLUENCIA DE LA DINÁMICA FAMILIAR
PARA EL APEGO AL TRATAMIENTO INTEGRAL EN EL ADULTO MAYOR CON
DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA.**

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

PRESENTA:

DR. JAIME ALFONSO VÉLEZ ESTRADA.

AUTORIZACIONES.



DRA. HILDA LUNA CASTILLO

**COORDINADOR DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA DEL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR N° 2
SALTILLO COAHUILA.
MARZO 2007 – FEBRERO 2010**

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

POR AMARME TAL COMO SOY.
POR DARME LA OPORTUNIDAD DE CRECER COMO SER HUMANO Y
COMO PROFESIONISTA.
POR PERMITIRME CORRESPONDERLE SIRVIENDO A MIS PACIENTES
Y HERMANOS CON MÁS HUMILDAD, AMOR Y CARIDAD,
CUAL SI LE ESTUVIERA SIRVIENDO A ÉL.

A CECY MI ESPOSA

POR ESTAR SIEMPRE A MI LADO VIVIENDO TANTO MOMENTOS DÍFICILES
COMO MOMENTOS PARA CELEBRAR.
POR DEMOSTARME TU GRAN AMOR COMPRENDIENDOME Y APOYANDOME
PARA SALIR AVANTE.
POR SACARME ADELANTE EN LOS MOMENTOS DE DEBILIDAD Y FLAQUEZA
CON TU FORTALEZA ESPIRITUAL Y FÍSICA.
POR TU ENTREGA TOTAL E INCONDICIONAL PARA QUE NUESTRA FAMILIA NO
SE VIERA AFECTADA DURANTE EL TIEMPO REQUERIDO PARA FINALIZAR
ESTE PROYECTO.
GRACIAS POR TU AMOR.
ERES UNA GRAN MUJER

A IRIS TISBE Y ASTRID VALERIA MIS HIJAS

POR EMPUJARME PARA EMPRENDER EL PROYECTO, QUE SE VEIA MUY
LEJANO, LLENO DE OBSTÁCULOS Y MIEDOS.

GRACIAS POR ESA LECCIÓN DE VIDA, QUE PARA LOGRAR UNA META HAY
QUE LUCHAR Y NO CAER EN DESANIMO HASTA CONSEGUIRLO, VENCRIENDO
EL PRIMER OBSTACULO QUE ES EL MIEDO.

LAS AMO.

SON MI VIDA.

A ELIDA, PEDRO, ISMAEL, NOÉ ARTURO Y JOSÉ EMILIO MIS HERMANOS
QUE DESDE SIEMPRE HAN ESTADO CONMIGO Y CON MI FAMILIA.

SIEMPRE AL PENDIENTE CON SU APOYO PARA NO DEJARME CAER Y
LOGRAR MIS METAS Y SUEÑOS.

SON MUY ESPECIALES PARA MÍ.

LOS QUIERO.

A LOS MÉDICOS ADSCRITOS EN CADA UNO DE LOS SERVICIOS GRACIAS
POR COMPARTIR SUS CONOCIMIENTOS, SUS VALORES Y SOBRETUDO
GRACIAS POR EL TIEMPO DEDICADO A MI ADISTRAMIENTO SIN ESPERAR

NADA A CAMBIO

ÍNDICE GENERAL.

Contenido.

1. INTRODUCCIÓN.

1.1	Antecedentes Científicos	9
1.2	Planteamiento del problema	18
1.3	Justificación	19

2. OBJETIVOS

2.1	Objetivo General	20
2.2	Objetivos Específicos	20

3. HIPÓTESIS

3.1.1	Hipótesis alterna	21
3.1.2	Hipótesis nula	21

4. METODOLOGÍA.

4.1	Tipo de Estudio	22
4.2	Población de Estudio	22
4.3	Lugar de Estudio	22
4.4	Período de Estudio	22
4.5	Unidad de Análisis	22
4.6	Muestra	23
4.7	Tamaño de la muestra	23
4.8	Criterios de Selección	25
4.8.1	Criterios de Inclusión	26
4.8.2	Criterios de Exclusión	26
4.8.3	Criterios de Eliminación	26

4.9	Información a recolectar	27
4.9.1	Variable Dependiente	27
4.9.2	Variable Independiente	27
4.9.3	Variables universales	27
4.9.4	Operacionalización de las variables	28
4.9.5	Método o procesamiento para captar la información	31
4.9.6	Técnica de recolección de la información	33
4.9.7	Plan de Procesamiento de datos y análisis	34
4.9.8	Limitaciones del estudio	35
4.9.9	Aspectos éticos	36
5	ADMINISTRACIÓN DEL TRABAJO	
5.1	Flujograma de actividades y procedimientos	37
6	RESULTADOS	
6.1	Descripción de los resultados	38
6.2	Presentación de los resultados	40
7	DISCUSIÓN	
7.1	Discusión	44
8	CONCLUSIONES	
8.2	Conclusiones	45
8.2	Limitaciones	46
9	RECOMENDACIONES	47
10	ANEXOS	
10.1	APGAR FAMILIAR	48
10.2	Consentimiento informado	49
10.3	Registro SIRELSIS	50
11	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51

1. INTRODUCCIÓN

1.1. ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El envejecimiento de la población está directamente ligado a las condiciones de salud y a la transición epidemiológica, y marca rumbos distintos dependiendo de circunstancias diferentes. Se concibe el envejecimiento y la transición epidemiológica como un proceso en el cual los patrones de salud y enfermedad de una sociedad se van transformando en respuesta a cambios más amplios de índole demográfica, económica, tecnológica, política, cultural y biológica.

La mayor sobrevivencia a edades adultas aumenta el grado de exposición a factores de riesgo asociados con las enfermedades crónicas y las lesiones, y el incremento de la proporción de edad avanzada aumenta la presencia de padecimientos crónicos y degenerativos.

Cuatro son las formas de envejecimiento: envejecimiento ideal; no se les ha diagnosticado una enfermedad crónica; se perciben en muy buen estado físico; su deterioro cognitivo no está presente, y no consumen alcohol o tabaquismo y realizan actividad física; envejecimiento activo: a estas personas se les ha diagnosticado alguna enfermedad crónica, presentan dificultad para las actividades básicas; consideran su estado de salud bueno; no tienen deterioro cognitivo, y su factor de riesgo es bajo; envejecimiento habitual: personas que presentan más de una enfermedad crónica; perciben su estado de salud regular; tienen una ligera incapacidad funcional que no causa dependencia; su deterioro cognitivo puede ser ligero o no estar presente, y tienen factores de riesgo bajo o medio; y el envejecimiento patológico: la personas presentan una mala autoevaluación del estado de salud; tienen deterioro cognitivo y se les ha diagnosticado enfermedades crónicas. En este grupo se encuentran esencialmente personas cuya sobrevivencia depende de terceros.

En hombres y mujeres las enfermedades del corazón ocuparon el primer lugar como causa de muerte desde 1970. Los tumores malignos que en 1970 ocupaban el tercer lugar para los hombres, a partir del año 1980 se colocan como la segunda causa de muerte; en las mujeres ocupa la segunda posición en los años 1980 y 1990. La

diabetes mellitus, de ser la octava causa de muerte en los hombres, ha pasado a ser la tercera. En las mujeres paso del sexto al segundo lugar en los años 1970-2000.

La salud en la vejez está estrechamente ligada con los hábitos de vida.

De acuerdo a la OMS, un factor de riesgo se refiere a cualquier atributo, característica o exposición de un individuo, que aumenta la probabilidad de que padezca una enfermedad no transmisible. ⁽¹⁾

El incremento de los años de vida favorece la aparición de las enfermedades propias del adulto mayor, las cuales representan el desequilibrio del organismo apoyado por el efecto de enfermedades previas, accidentes, factores hereditarios y malos hábitos higiénico-dietéticos.

El envejecimiento de las personas trae como consecuencia no sólo problemas médicos específicos, sino también psicológicos y sociales que afectan tanto al individuo como a la familia, y tienen su principal repercusión en la economía. Cada patología tiene un enfoque diferente de acuerdo a características del género, anatómicas y de origen racial. ⁽²⁾

Como regla, todo padecer envuelve a la familia. La manera de envolverla es muy variada y difícil de predecir, a menos que se tenga un conocimiento profundo e íntimo de los múltiples factores psicológicos, sociales y culturales que determinan las características de la estructura dinámica de la familia y la interpretación y sentido profundo que sus integrantes le dan a la enfermedad y al padecer. ⁽³⁾

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal de alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición. Podría considerarse como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta a cada uno de sus miembros.

Los factores que condicionan el impacto de la enfermedad en la familia son la etapa del ciclo vital, flexibilidad o rigidez de roles familiares, cultura familiar, nivel socioeconómico, comunicación familiar, tipo de respuesta familiar, capacidad del grupo familiar para la resolución de conflictos.

Los principales síntomas familiares de desajuste por enfermedad son el aislamiento y abandono, conflicto de roles y límites, conflictos de pareja, problemas económicos, síndrome del cuidador, negación cólera y miedo, ambivalencia afectiva. ⁽⁴⁾

En un grupo familiar hay distintas etapas en donde se clasifica o se encasilla cada miembro de la familia como por ejemplo etapa infantil, adultez y vejez o en otras palabras adulto mayor. El o los miembros de la familia que se encuentran o han llegado a esta etapa en la mayoría de los casos son excluidos o desplazados por el resto o mayoría de los miembros de la familia. Existiendo una ruptura en los planos afectivos, de comunicación, interacción como ser social, dentro de un grupo familiar social.

Una de las razones más comunes para el abandono o desplazamiento es cuando una persona adulto mayor ha cumplido con su vida laboral útil, persona que no es productiva en términos económicos para un grupo familiar, transformándose en una carga potencial de gastos para la familia a la que pertenece. Situación que se transforma en causal rompimiento de interacción humana, relaciones, comunicación y hasta afectividad, etc. Siendo esta última de gran importancia para el fortalecimiento y crecimiento de una familia.

Al producirse un quiebre en los puntos antes nombrados (comunicación, afectividad, etc.), el adulto mayor se repliega o es desplazado a un “rincón” del hogar, reduciéndose su mundo social provocando en él una serie de repercusiones tales como abandono familiar social, aislamiento, transformación o cambios en los lazos afectivos, cambios bruscos en los estados de ánimo, etc. Estas situaciones pueden llevar al adulto mayor a cuadros depresivos que en muchos casos se desea que llegue el momento de morir para llegar al término de su calvario. Siendo esta etapa de la vida la más dura y triste para una persona que debería disfrutar y descansar con agrado hasta el término de su vida, instancia que toda persona desea.⁽⁵⁾

Abordar la problemática del envejecimiento como proceso demanda conocer el rol del viejo dentro de la estructura y la dinámica familiar, la naturaleza de las relaciones con los hijos y las formas de la solidaridad integracionales como un elemento fundamental para el análisis de la calidad de vida en la vejez.

La familia continúa siendo el mejor recurso de apoyo, a pesar de la existencia de la imagen de que la atención a los padres se ha degradado en las últimas décadas. La familia como red social de apoyo acrecienta su importancia con el envejecimiento. De allí la necesidad de encarar la problemática de la vejez desde el espacio familiar.

Una familia funcional será aquella en la que los ciclos de transformación y estabilidad se alternan respondiendo a las necesidades tanto de la familia en cuanto unidad, como la de los miembros de la familia individuales. La familia funcional requiere continuidad entre el pasado y el futuro, implica que los hijos adultos asuman la responsabilidad frente a los padres.

Los padres suelen hacer reclamos sobre atención y cuidado cuando su influencia familiar disminuye. No siempre son bien escuchados ni atendidos. La calidad de los vínculos se inscribe en la historia de las relaciones interpersonales de la familia.

Una familia es disfuncional cuando las necesidades y demandas que se presentan en su desarrollo vital no son enfrentadas adecuadamente. Se altera por ende, el equilibrio entre estabilidad y cambio, produciendo rigideces y desajustes adaptativos que se pueden prolongar por años, con gran sufrimiento para alguno de sus miembros.

Los factores de riesgo de disfunción familiar en la vejez son historia de disfunción familiar en etapas previas del ciclo vital, actitudes intolerantes hacia las características propias del envejecimiento, deterioro del estado funcional del adulto mayor, dificultades en el reajuste y/o cambios de roles familiares que se impone en esta etapa, insuficiencia en el sistema de apoyo familiar al adulto mayor (económico, instrumental, y afectivo), rigidez en la escala jerárquica o en la toma de decisiones de la familia, dificultad en la adaptación a eventos vitales que se dan en la vejez, tales como pérdida del cónyuge, jubilación, cambio de domicilio, etc., presencia de miembros que presenten alcoholismo, trastorno psiquiátrico o enfermedad crónica invalidante.

La disfunción familiar repercute en la salud del anciano, aparecen trastornos afectivos como depresión, ansiedad, irritabilidad, alteraciones del sueño, ideación suicida, aumenta el riesgo de enfermedades crónicas, se afecta el estado nutricional, se descuida la atención médica y se afectan los estados higiénicos del anciano. ⁽⁶⁾

La dinámica familiar es una colección de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia haciendo que ésta como unidad, funcione bien o mal.

Es un sistema de intercambio en las interacciones familiares. Específicamente los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen entre sí y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en la familia (cohesión). Así como la habilidad del sistema familia para combinar su estructura de poder, sus roles sus reglas de relación en respuestas a estrés situacional y de desarrollo (adaptación).^(7,8,9)

La diabetes mellitus es una enfermedad originada por diversas causas. Se caracteriza por hiperglucemia secundaria a deficiencia de acción o cantidad de insulina.

En México, la incidencia de diabetes tipo 1 es de 0.4 en hombres y 0.7 en mujeres; la incidencia de diabetes mellitus tipo 2 se desconoce, pero en una revisión de 661 000 personas adscritas al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en un área del noreste de la ciudad de México, realizada en 1998, se encontró una incidencia de 139/100 000 habitantes mayores de 24 años.

En los últimos decenios la frecuencia de diabetes ha aumentado en todo el mundo. Entre 1980 y 1990 el número de consultas en el IMSS aumentó 340%, cinco veces más que el incremento de la población adscrita a esta institución.

La prevalencia mundial de diabetes mellitus de cualquier tipo es alrededor del 5%, ligeramente mayor en el sexo femenino que en el masculino (1.2:1); aumenta con la edad, es más elevada en algunos países, y en el mismo país puede variar según el área geográfica o los grupos étnicos.

En la ciudad de México, en 1988, se encontró una prevalencia en adultos de 8.7 por ciento.

Según la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas en México, aplicada en 1992 y 1993 a 15 474 individuos de 20 a 69 años de edad, la prevalencia fue de 6.7%, aunque recalculada con los criterios actuales para el diagnóstico aumenta a 8.4%; de los encuestados, 66.6% sabían que eran diabéticos y 33.3% lo ignoraban. La prevalencia fue ligeramente superior en los estados del norte del país y menor en el centro; también varió según el índice de masa corporal (IMC): los individuos con IMC <25 tuvieron baja prevalencia (3.8%), en tanto que 12.1% de aquellos con índice de masa corporal >35 presentaron la enfermedad.

El aumento de prevalencia de diabetes mellitus puede relacionarse con los cambios en las condiciones de vida (como incremento de la población urbana y disminución de la rural) y con las consecuentes modificaciones del tipo y cantidad de alimentos y actividad física, entre otros. En las encuestas se ha observado gran asociación entre la diabetes y la presencia de hipertensión arterial, trastorno de los lípidos, obesidad e infarto del miocardio.

La mortalidad directa o indirecta por diabetes mellitus es elevada. En México la tasa anual de mortalidad aumento de 3/100 000 habitantes en 1950 a 8/100 000 en 1960, 18/100 000 en 1970, 21/100 000 en 1980 y 32/100 000 en 1990.

La causa de muerte más común en los diabéticos es la enfermedad cardiovascular, cuyo riesgo de fallecimiento es dos a cuatro veces mayor que en la población general.

El riesgo de muerte cardiovascular se incrementa en forma progresiva y continua conforme aumenta la glucemia en ayunas o dos horas después de la ingestión de glucosa a partir de 6 mmol/L (108 mg/100 ml).

La Diabetes Mellitus es un problema de salud pública; juega un papel muy importante en las estadísticas de morbilidad y mortalidad, por si misma origina 12% de los casos nuevos de ceguera, 25% de los casos de insuficiencia renal, 40% de todas las amputaciones no traumáticas de miembros pélvicos en adultos. Asimismo es uno de los cuatro factores de riesgo mayor para desarrollar enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial y enfermedad vascular cerebral.

Se ha encontrado una relación positiva entre las dietas altas en grasa y bajas en fibra y la aparición de la diabetes mellitus tipo 2; sin embargo, no se ha encontrado vínculo con las dietas altas en azúcar.

El bajo peso al nacer se ha asociado con varias enfermedades crónico-degenerativas en los adultos, incluidas la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la obesidad. La incidencia acumulada de diabetes mellitus es más alta en los hombres cuyo peso al nacer fue menor de 3.130 kg que en aquellos en que el peso al nacimiento osciló entre 3.175 a 3.810 kg.

La diabetes mellitus tipo 2 se incrementa en los hombres de los 65 a los 74 años de edad.

La obesidad se reconoce como el mayor factor de riesgo prevenible que contribuye en un amplio rango de enfermedades crónico-degenerativas.

El principal problema de la diabetes mellitus es la presencia de complicaciones metabólicas, vasculares y neurológicas relacionadas con el grado de control metabólico. Esta situación exige un apoyo importante del grupo familiar que lo auxilie en la vigilancia de la enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas.

El interés por el estudio sistémico y científico de la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad con el cual el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una forma u otra la salud del individuo. ^(10, 11, 12,13)

La hipertensión arterial es una enfermedad con una alta prevalencia alrededor del mundo. Nuestro país no se escapa a esta realidad, ya que cerca del 30% de la población mexicana padece hipertensión arterial (alrededor de 33 millones de mexicanos son hipertensos. En 90% de los casos de hipertensión la causa es desconocida. A esta forma se le ha denominado hipertensión arterial esencial; tiene un patrón hereditario.

La hipertensión arterial que tiene una causa demostrable se ha denominado hipertensión arterial secundaria.

Por otro lado la hipertensión arterial esencial puede aparecer en forma aislada, o bien como parte de un complejo de alteraciones que se encuentran alrededor de la resistencia a la insulina. ^(14,15,16,17,18)

Existen factores involucrados en el apego al tratamiento del adulto mayor, como pudiera ser la dinámica en su núcleo familiar.

Como apego al tratamiento consideremos la conducta del paciente que coincide con la prescripción médica, en términos de tomar los medicamentos, seguir las dietas o transformar su estilo de vida.

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. Existen diversas técnicas para medir el apego al tratamiento

farmacológico, como la cuantificación directa del fármaco en sangre u orina, entrevista al paciente y el conteo de tabletas, entre otras, la falta de apego al tratamiento implica grandes erogaciones económicas, ya que más del 10% de los ingresos hospitalarios se deben a esta causa.

Los factores de riesgo para el no apego terapéutico son los relacionados con el paciente, la enfermedad, el médico tratante, el lugar donde se prescribe el tratamiento y el medicamento en sí. Factores de riesgo asociados: desconocimiento de la enfermedad, desconfianza de la capacidad del médico, duración de la consulta menor a cinco minutos, falta de comprensión de las indicaciones médicas, escolaridad baja, estado civil e intolerancia a los medicamentos. Otros son el uso de plantas o productos animales a los cuales son atribuidas propiedades medicinales.

Si los adultos mayores hipertensos cumplen la terapia e idealmente eliminan factores de riesgo (tabaquismo, sedentarismo, obesidad), pueden reducir la tasa de complicaciones y prolongar la sobrevivencia. El incumplimiento terapéutico, contrariamente, aumenta la gravedad y acorta la vida de muchos pacientes.⁽¹⁹⁾

De acuerdo con las actuales recomendaciones de la OMS, el cumplimiento terapéutico o adherencia debe entenderse como una conducta en la que el paciente participa racionalmente en todas las recomendaciones dadas por el grupo de profesionales para tratar su enfermedad. Un modelo teórico que permite entender esta conducta es el "Modelo de creencias en salud", porque explica el proceso de toma de decisiones respecto a salud e identifica factores (motivacionales, subjetivos, elementos habilitantes o modificantes de la conducta) que actuarían como determinantes de una mayor o menor probabilidad de cumplir las prescripciones para tratar la enfermedad.

Si sumamos las disfunciones propias del envejecimiento, podríamos inferir que el problema del incumplimiento, se instala por soledad, desconocimiento y deterioro. Casi un tercio de los adultos mayores no sabía que su enfermedad es de por vida esto implica la necesidad de reforzar la educación acerca de lo que significa una enfermedad crónica, pues se sabe que el cumplimiento terapéutico disminuye con los años y un enfermo que aún no está adaptado a esta condición, puede tener menos posibilidades de seguir las indicaciones en un largo plazo.

Se requieren de estrategias psicológicas que incrementen el impacto terapéutico sobre los pacientes. Dentro de estos factores, la adhesión al tratamiento se constituye en uno de los más importantes para lograr el adecuado mantenimiento de la salud.

Los pacientes requieren de cuidado médico continuo, junto con una adecuada educación para manejar la enfermedad, prevenir complicaciones agudas, reducir el riesgo de complicaciones crónicas y, finalmente, aumentar la calidad de vida. La baja adhesión terapéutica observada en los pacientes diabéticos es bastante frecuente y se explica, en parte, por la complejidad del régimen de tratamiento, por las creencias erróneas de los pacientes sobre la salud y la enfermedad, así como por el estilo pasivo y paternalista de la atención médica tradicional que, en conjunto, le impiden al paciente tomar control sobre su conducta. ^(20, 21,22).

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El proceso de transición que experimenta a nivel demográfico y epidemiológico el mundo, ha obligado a las instituciones de salud a abordar de manera estratégica las necesidades de salud del adulto mayor; su estudio representa un interés científico especial.

Aunque la literatura científica respecto al cumplimiento terapéutico se ha venido incrementando, son escasos los estudios focalizados en entender cómo se manifiesta esta conducta en el adulto mayor ante cualquier padecimiento y cómo repercute en su dinámica familiar y si verdaderamente ésta influye para el apego al tratamiento.

En nuestro país en un estudio realizado en la Unidad de Medicina Familiar N° 33, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Chihuahua, Chihuahua, se considera que el apego a tratamiento es importante para evaluar la evolución clínica, ya que una alianza terapéutica entre el paciente y el médico es necesaria para el apego al tratamiento integral.

Sin embargo, en la práctica diaria y más aún en mi población adscrita de adultos mayores, considero que la dinámica familiar si puede influir en el no apego al tratamiento para su cumplimiento, y de comprobar que es así, existen alternativas para actuar y evitar este factor de riesgo.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuál es la influencia de la dinámica familiar para el apego al tratamiento integral en el adulto mayor con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial Sistémica?

1.3 JUSTIFICACIÓN.

Es necesario conocer la dinámica en el núcleo familiar del adulto mayor con enfermedades crónico degenerativas como lo es la Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial Sistémica; de esta manera se podrá saber si existe una dinámica familiar alterada o no y cómo influye para el apego o desapego en el tratamiento integral. Por lo que el médico familiar podrá incidir para que el adulto mayor y su familia puedan manejar la enfermedad, prevenir sus complicaciones tanto agudas como crónicas y finalmente con ello mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

2.- OBJETIVOS.

2.1 OBJETIVO GENERAL.

Comparar la influencia de la dinámica familiar para el apego al tratamiento integral en el adulto mayor con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial Sistémica

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- A. Determinar la influencia de la dinámica familiar para el apego o no apego al tratamiento integral en el adulto mayor con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial Sistémica por grupos de edad.
- B. Conocer la dinámica familiar para el apego al tratamiento integral en el adulto mayor con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial sistémica de acuerdo al género.
- C. Determinar la dinámica familiar para el apego al tratamiento integral en el adulto mayor con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial Sistémica por grado de escolaridad.
- D. Conocer la dinámica familiar para el apego al tratamiento integral en el adulto mayor con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial Sistémica de acuerdo a estado civil.

3. HIPÓTESIS

3.1 HIPÓTESIS ALTERNA (Ha)

La dinámica familiar influye en el apego al tratamiento integral en el adulto mayor con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial Sistémica. $A \neq B$

3.2 HIPÓTESIS NULA (Ho)

La dinámica familiar No influye en el apego al tratamiento integral en el adulto mayor con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial Sistémica. $A = B$

4. METODOLOGÍA

Estudio observacional transversal comparativo

4.1 Tipo de Estudio

- ✿ Observacional
- ✿ Analítico
- ✿ Transversal comparativo
- ✿ Prolectivo

4.2 Población de estudio

Adultos mayores con 60 años o más de edad con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial Sistémica adscritos a la UMF N° 82.

4.3 Lugar de estudio.

- ✿ Unidad de Medicina Familiar N° 82

4.4 Periodo de estudio.

- ✿ Del 01 de Mayo 2008 al 31 de Marzo del 2009

4.5. Unidad de análisis.

- ✿ Adulto Mayor de 60 años o más.

4.6. MUESTRA.

Tipo de muestra.

Muestreo No Probabilístico por conveniencia

Se seleccionaron todos los pacientes mayores de 60 años con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial Sistémica, sin distinción de género, derechohabientes que acudieron a consulta externa en el turno matutino y vespertino hasta completar el número deseado para nuestra investigación.

4.7 Tamaño de muestra.

Para determinar el tamaño de la muestra y tratando que fuera representativa de un estudio y evitar el error de muestreo se utilizó la fórmula de comparación de dos proporciones que es la siguiente:

$$n = \frac{(p_1q_1 + p_2q_2)(K)}{(p_1 - p_2)^2}$$

n = número de casos y número de controles que se necesitan

p1 = proporción esperada del factor en el grupo de casos

q1 = 1- p1

p2 = proporción del factor en el grupo de controles

q2 = 1- p2

K = (Z α + Z β)²

Se consideró el porcentaje de pacientes que no tienen apego a tratamiento que corresponde al 60% a nivel nacional (p1 frecuencia de exposición en casos), así como el porcentaje de pacientes que si tienen apego al tratamiento (p2 de 40% frecuencia de exposición en controles), con un nivel de confianza del 95% y un poder de 90%

$$\begin{aligned}
 p1 &= 60\% (0.60). \\
 q1 &= 1-p1 (0.40) \\
 p2 &= 40\% (0.40) \\
 q2 &= 1-p2 (0.60) \\
 K &= 10.5
 \end{aligned}$$

$$n = \frac{(0.60)(0.40) + (0.40)(0.60)(10.5)}{(0.60 - 0.40)^2}$$

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{0.24 + 0.24(10.5)}{0.20^2} \\
 n &= \frac{5.04}{0.04}
 \end{aligned}$$

$$n = 126$$

n =126 pacientes por grupo

4.8 CRITERIOS DE SELECCIÓN.

4.8.1 Criterios de inclusión

- ✿ Adulto mayor de 60 años o más que durante los últimos 3 meses que si cumplieron con 3 de los 4 requisitos de apego al tratamiento:
 - ✿ Tensión arterial \leq 120/80 mm/Hg
 - ✿ Glicemia en ayuno de 70 a 110 mg/dl (NOM-2007)
 - ✿ Dieta adecuada (preguntada al paciente y corroborada por familiar),
 - ✿ Ejercicio aeróbico de caminar 30 minutos al día por lo menos 3 veces por semana (referido por el paciente y corroborado por el familiar).
-
- ✿ Adulto mayor de 60 años o más que durante los últimos 3 meses que no cumplieron con 3 de los 4 requisitos de apego al tratamiento:
 - ✿ Tensión arterial $>$ 120/80 mm/Hg
 - ✿ Glicemia en ayuno $>$ de 70 a 110 mg/dl (NOM-2007)
 - ✿ Dieta adecuada (preguntada al paciente y corroborada por familiar).
 - ✿ Ejercicio aeróbico de caminar 30 minutos al día por lo menos 3 veces por semana (referido por el paciente y corroborado por el familiar).
-
- ✿ Adulto mayor de 60 años o más que presentan Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial Sistémica adscritos a la UMF N° 82 y que acudieron a consulta externa de Medicina Familiar.

4.8.3 Criterios de exclusión.

- Adulto mayor que ya cursara con una complicación secundaria a dichas enfermedades.
- Adulto mayor con alteraciones de la memoria o demencia senil.
- Adulto mayor que no aceptó participar en el estudio.

4.8.4 Criterios de eliminación.

- Adulto mayor en el que no fue posible contestar completamente las encuestas.
- Adulto mayor que decidieron no continuar el estudio.
- Adulto mayor que no contaron con resultados de laboratorio y cifras de tensión arterial durante el tiempo de medición.

4.9 INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES DE ESTUDIO)

4.9.1 Variable dependiente.

- ✿ Dinámica Familiar

4.9.2 Variable independiente.

- ✿ Apego a tratamiento

4.9.3 Variables universales

- ✿ Edad
- ✿ Género
- ✿ Escolaridad
- ✿ Estado civil
- ✿ Grupos por edad

4.9.4 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN E INDICADORES	FUENTE
DINÁMICA FAMILIAR	<p>Sistema de intercambio en las interacciones familiares. Específicamente los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen entre si y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en la familia (cohesión). Así como la habilidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles. sus reglas de relación en respuesta a estrés situacional y de desarrollo (adaptación)</p>	<p>Se aplicó el APGAR Familiar (rango) Mide el funcionamiento familiar.</p> <p>Consiste en 5 ítems: A (Apoyo) P (Participación) G (Crecimiento) A (Afecto) y R (Recursos).</p> <p>Tiene cinco (5) preguntas con un rango de respuesta así: Siempre (4), Casi siempre (3), Algunas veces (2), Casi nunca (1), Nunca (0).</p> <p>Se puede obtener un máximo de 20 puntos y la interpretación del resultado es: Buena función familiar (18-20p.), Disfunción</p>	<p>Cualitativa Nominal</p> <p>0) Buena función familiar</p> <p>1) Disfunción familiar a. leve b.moderada c. severa</p>	<p>Entrevista Paciente y familiar</p> <p>APGAR FAMILIAR</p>

		familiar leve (14-17p.), Disfunción familiar moderada (10-13p.), Disfunción familiar severa (9 puntos o menos).		
VARIABLE INDEPENDIENTE				
APEGO A TRATAMIENTO	Conducta del paciente que coincide con su prescripción médica en términos de tomar los medicamentos, dieta o transformar su estilo de vida	Medición de TA y que se encuentre en cifras \leq de TAS 120 y TAD 80. Revisión exámenes de laboratorio: que la glicemia en ayuno se encuentre en cifras de 70 a 110 mg/dl * Que lleve la dieta adecuada para diabético e hipertenso considerando su requerimiento en base a IMC, peso razonable, talla y actividad física del paciente. Que realice ejercicio aeróbico caminar 30 minutos al día por lo menos 3 veces a la	Cualitativa Nominal Dicotómica 0= SI. Cumple con 3 de los 4 los requisitos de apego 1= NO. No se cumple con 3 de los 4 requisitos de apego.	Expediente clínico

		semana		
VARIABLES UNIVERSALES				
EDAD	Tiempo transcurrido desde su nacimiento. Cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana	Se preguntó y se corroboró en el expediente clínico la edad en años cumplidos hasta el momento del estudio (60 años y más)	Cuantitativa Escalar Expresada en años cumplidos	Entrevista Número de afiliación o de seguro social
GÉNERO	Circunstancias de ser hombre o mujer. Órganos sexuales	Apreciación directa por el investigador	Cualitativa Nominal Dicotómica 0 Masculino 1 Femenino	Entrevista Cuestionario
ESCOLARIDAD EDUCACIÓN	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. Último grado de estudios.	Se preguntó directamente a la persona estudiada acerca de su último grado de estudio.	Cualitativa Ordinal 0 Analfabeta 1 Primaria y menos 2 Secundaria 3 Preparatoria o Bachillerato técnico 4 Profesional	Entrevista Cuestionario
ESTADO CIVIL	Es la clase o condición de una persona en la sociedad	Se preguntó directamente a la persona estudiada su estado civil.	Cualitativa Nominal 0 Soltero 1 Casado 2 Divorciado 3 Unión libre 4 Viudo	Entrevista Cuestionario

*Proyecto de modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes; para quedar como Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-015-SSA2-2007, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

4.9.5 MÉTODO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.

Descripción general del estudio.

1.- Se informó al personal directivo y educativo de la unidad participante la intención e importancia de realizar el proyecto de investigación para contar con su autorización y apoyo. Se determinó la factibilidad del proyecto en cuanto a costos y disponibilidad en los servicios.

2.- Se registró el proyecto de investigación ante el comité local de investigación de la unidad participante HGZ con Medicina Familiar N° 2.

3.-Se dio a conocer el proyecto de investigación a los Médicos Familiares de ambos turnos de la Unidad, así como a los Médicos del Programa DIABETIMSS y a Trabajo Social para contar con su colaboración.

4.- Se realizaron 10 encuestas diarias en días hábiles de lunes a viernes hasta completar el tamaño de la muestra requerida, del 1º Marzo al 31 de Mayo 2009. Con previa firma del consentimiento informado se llevó a cabo la recolección de datos del instrumento APGAR. Desarrollado por Smilkstein, es un instrumento que da una idea de la funcionalidad familiar. Consiste en 5 ítems, A (Apoyo), P (Participación), G (Crecimiento), A (Afecto) y R (Recursos). Tiene cinco (5) preguntas con un rango de respuesta así: Siempre (4), Casi siempre (3), Algunas veces (2), Casi nunca (1), Nunca (0). Se puede obtener un máximo de 20 puntos y la interpretación del resultado es: Buena función familiar (18-20p.), Disfunción familiar leve (14-17p.), Disfunción familiar moderada (10-13p.), Disfunción familiar severa (9 puntos o menos).

5.- Posterior al análisis y calificación obtenida, se procedió a determinar de forma individual el resultado.

6.- Se notificó a la persona estudiada y a su familiar de dicho resultado incidiendo en la necesidad de redes de apoyo.

7.- Se comentó a los Médicos Familiares que apoyaron el proyecto el resultado de la prueba, asimismo invitándoles para dar seguimiento a los casos en los que se detectó disfunción familiar moderada a severa y que verdaderamente influye para el no apego al tratamiento.

- 8.- Se elaboró una base de datos en el programa SPSS versión 12.
- 9.- Se analizaron e interpretarán los resultados.
- 10.- Se hizo una presentación esquemática de los resultados
- 11.- Se elaboró el informe final.
- 12.- Se presentaron los resultados a las autoridades y personal de la unidad participante.
13. Se redactó el escrito médico.

4.9.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

TÉCNICA.

- ✿ Entrevista

FUENTE.

- ✿ Personas mayores de 60 años.
- ✿ Expediente clínico.

INSTRUMENTO.

- ✿ APGAR FAMILIAR. Desarrollado por Smilkstein
- ✿ Cuestionario

4.9.7 PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS.

Las encuestas recabadas fueron sometidas a procedimiento de captura de datos en el programa SPSS versión 12 y Epidat y los datos se analizaron mediante estadística descriptiva de las características generales de la población estudiada con presentación de medidas de tendencia central (media, moda y mediana), y de dispersión (desviación estándar y rango). La prueba de X^2 para variables nominales de diferencias; se estableció un nivel de confianza $p < 0.05$.

4.9.8 LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

En este estudio sólo se comparó la influencia de la dinámica familiar para el apego al tratamiento integral en el adulto mayor con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial Sistémica.

Por el tipo de diseño del estudio no se pretendió demostrar asociación.

En el estudio no se demostró causalidad.

4.8.9. ASPECTOS ÉTICOS.

La investigación realizada en este estudio se llevó a cabo con absoluta discreción y confidencialidad y la información obtenida sólo fue utilizada para cumplir con el objetivo planteado; tomando en cuenta los criterios éticos de la Declaración de Helsinki por los cuales se rige toda investigación en seres humanos, por lo tanto no se vio afectada la integridad física ni moral de las personas que estuvieron sujetas a investigación. Esto se hizo del conocimiento a la persona a investigar, considerando necesario su consentimiento por escrito en el que se describe la libertad para participar en dicho estudio y de retirarse en el momento en que así lo desearan. (Anexo II).

A las familias en las que se detectó una disfunción familiar se les canalizó a psicología para tratamiento y a trabajo social para ser canalizados a las diferentes redes de apoyo.

5. ADMINISTRACIÓN DEL TRABAJO

5.1 .Flujograma de actividades y procedimientos.

Se seleccionaron 126 pacientes adulto mayor de 60 años y más adscritos a la UMF N° 82 que tienen apego a tratamiento y además a 126 pacientes adulto mayor de 60 años y más que no tienen apego a tratamiento.

Se les proporcionó la carta de consentimiento informado la cual fue firmada por la persona encuestada, y posteriormente se les aplicó por el investigador principal y por medio del encuestador previamente capacitado el cuestionario del APGAR Familiar validado por Smilkstein (anexo II). Es un instrumento que da una idea de la funcionalidad familiar. Consiste en 5 ítems, A (Apoyo), P (Participación), G (Crecimiento), A (Afecto) y R (Recursos). Tiene cinco (5) preguntas con un rango de respuesta así: Siempre (4), Casi siempre (3), Algunas veces (2), Casi nunca (1), Nunca (0).

El tiempo requerido para su aplicación osciló entre 5 a 10 minutos.

Se realizaron de 10 encuestas diarias en días hábiles de lunes a viernes hasta completar el tamaño de la muestra requerida.

6. RESULTADOS

6.1 DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

Se estudiaron un total de 252 pacientes distribuidos en dos grupos, 126 con apego a tratamiento integral y 126 sin apego. La muestra total de adultos mayores estudiados se distribuyó con una media de edad en años fue de 64, una moda de 60 y mediana de 68, $r=60-86$, $DS=6.14$. En el primer grupo denominado personas con apego a tratamiento se encontró una media de edad en años de 68, una moda de 60 y mediana de 67, $r=60-86$, $DS=6.14$. En el segundo grupo denominado no apego a tratamiento la media de edad en años fue de 68, moda 61 y mediana 67, $r=60-86$, $SD=6.14$.

Encontrándose en el primer grupo 105 (83.3%) personas con buena función familiar y 21 (16.7%) con disfunción familiar, en el segundo grupo 85 (67.5%) pacientes con buena función familiar y 41(32.5%). pacientes con disfunción familiar $X^2 =7.72$ $p=0.05$. Cuadro 1.

Al analizar la funcionalidad por grado se encontró para la disfunción leve con apego 18 (85.71%) sin apego 31 (75.60%) $X^2=4.65$ $p=0.03$, disfunción moderada con apego 3 (14.29%) sin apego 8 (19.52%) $p=0.06$ y disfunción severa en el grupo de apego no se encontró ningún caso, y en el grupo sin apego se encontraron de 2 (4.88%).

El género femenino predominó en ambos grupos, 75 (59.52%) y 74 (58.74%) $X^2=0.01$ $p=0.89$ respectivamente.

Al analizar por grupos de edad se observó predominio en el grupo de 60 a 64 años 43(34%), para el grupo con apego y respecto al grupo de no apego 41(33%) $X^2=12.23$ $p=0.0005$.

La escolaridad primaria en el primer grupo 85(67.46%) y 75(59.52%) en el segundo grupo $X^2=7.23$ $p=0.007$.

La secundaria 12 (9.52%) y 5 (3.96%) respectivamente $p=0.000$.

Respecto al estado civil en el total de la muestra predominaron los casados 181 (71.82%) para el primer grupo con apego 85 (46.96%) y se encontraron con disfunción familiar 11 (12.94%) y en el segundo grupo fueron casados 96(53.03%) y 30(31.25%) con disfunción familiar $X^2=7.16$ $p=0.005$ cuadro 2 y 3.

6.2 PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Cuadro 1. Influencia de la dinámica familiar para el apego al tratamiento integral en adulto mayor con diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica.

n=252

n=126 primer grupo con apego a tratamiento

Variables	\bar{X}	Mo	Md	r
Edad en años	68	60	67	60-86
Dinámica familiar	n	%	χ^2	p
Funcionalidad Familiar	105	83.3		
Disfunción familiar	21	16.7	7.72	0.05

n=126 segundo grupo con No apego a tratamiento

Variables	\bar{X}	Mo	Md	r
Edad en años	68	61	67	60-86
Dinámica familiar	n	%	χ^2	p
Funcionalidad familiar	85	67.5		
Disfunción familiar	41	32.5		

Fuente: Trabajo de Tesis para obtener título de Médico Familiar.

El estadístico utilizado fue χ^2 .

Cuadro 2. Funcionalidad familiar para el apego al tratamiento integral de acuerdo a grado de disfunción familiar, género, grupo de edad, grado de escolaridad y estado civil.

n=62				
n= 21 Primer grupo con apego al tratamiento				
Variables				
Dinámica familiar				
Funcionalidad por grado de disfunción	n	%	X²	p
Disfunción familiar leve	18	85.71	4.65	0.03
Disfunción familiar moderada	3	14.69		
n=41 Segundo grupo con No apego al tratamiento				
Disfunción familiar leve	31	75.60	0.06*	0.06*
Disfunción familiar moderada	8	19.52		
Disfunción familiar severa	2	4.88		
Funcionalidad por género				
n=126 primer grupo con apego al tratamiento				
Femenino	75	59.52	0.01	0.89
Masculino	51	40.48		
n=126 Segundo grupo con No apego al tratamiento				
Femenino	74	58.74	0.01	0.89
Masculino	52	40.48		
Funcionalidad por grupo de edad				
n=126 Primer grupo con apego al tratamiento				
60-64 años	43	34	12.32	0.0005
n=126 Segundo grupo con No apego al tratamiento				
60-64 años	41	33		
Funcionalidad por grado de escolaridad				
n=126 Primer grupo con a apego al tratamiento				
Primaria	85	67.46	7.23	0.007
n=126 segundo grupo con No apego al tratamiento				
Primaria	75	59.52		
Funcionalidad por estado civil				
n=85 Primer grupo con apego al tratamiento y funcionalidad familiar				
Casado y buena función familiar	74	87.06	7.16	0.0005
Casado y disfunción familiar	11	12.94		
n=96 Segundo grupo con No apego al tratamiento y funcionalidad familiar				
Casado y buena función familiar	66	68.75	7.16	0.0005
	30	31.25		

Fuente: Trabajo de Tesis para obtener el título de Médico Familiar.

El estadístico utilizado fue X².

Prueba exacta de Fisher*

En algunos casos no se presentaron datos relacionados con disfunción familiar.

**Cuadro 3. Distribución y frecuencia por grupo de edad, grado de escolaridad y estado civil.
n=252**

n=126 Primer grupo con apego a tratamiento

Variables	\bar{X}	Mo	Md	r	DS
Edad	68	60	67	60-86	6.14
Grupo de edad	n	%	χ^2	p	
60-64	43	34			
65-69	30	24			
70-74	34	27	12.23	0.0005	
75-79	15	12			
80->	4	3			
Escolaridad					
Analfabeta	7	6			
Primaria	102	81			
Secundaria	13	10	7.23	0.007	
				0.000*	
Preparatoria	2	1.5			
Profesional	2	1.5			
Estado civil					
Casado	85	67			
Divorciado	1	1			
Viudo	40	32	7.16	0.005	
Soltero	0	0			
Unión libre	0	0			
n=126 Segundo grupo con No apego al tratamiento	\bar{X}	Mo	Md	r	DS
Edad	68	61	67	60-86	6.14
Grupo de edad					
60-64	41	33			
65-69	33	26			
70-74	28	22	12.23	0.0005	
75-79	17	13			
80->	7	6			
Escolaridad					
Analfabeta	4	3			
Primaria	113	90			
Secundaria	8	6	7.23	0.007	
Preparatoria	0	0		0.000*	
Profesional	1	1			
Estado civil					
Casado	96	76			
Divorciado	3	2			
Viudo	26	21	7.16	0.005	
Soltero	0	0			
Unión libre	1	1			

Fuente: Trabajo de Tesis para obtener título de Médico Familiar.

El estadístico utilizado fue χ^2 .

Prueba exacta de Fisher*

7. DISCUSIÓN

Realmente son pocos los estudios realizados a nivel nacional sobre influencia de la dinámica familiar para el apego a tratamiento.

Nosotros encontramos que si existe una elevada influencia de la dinámica familiar para el apego al tratamiento integral 83% cifra que es mayor a lo propuesto en otros estudios como el de Pérez-Preciado VH, Alanís-Niño G, Ordaz E, González-Leal J, Relación de funcionalidad familiar con el control glucémico del paciente diabético tipo 2 en la UMF N°32, Guadalupe, N.L. que reporta un 76.5%.

En otro estudio realizado por Mendoza S, Muñoz M, Merino-E JM y Barriga Omar (Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos) Rev. Med-Chile 2006; 134:65-7 se encontró alta prevalencia de incumplimiento terapéutico en base a la Escala en conductas de Salud de Miller para medir cumplimiento terapéutico en pacientes infartados e hipertensos y coincide con el bajo porcentaje de éxito que se tiene en nuestro país para obtener que la población hipertensa alcance cifras tensionales $\leq 120/80$.

Aunque nosotros en este estudio encontramos que predominó el apego a tratamiento en el género femenino y con educación primaria observación diferente a lo reportado por Durán-Varela B no pudimos demostrar diferencia significativa por género ni escolaridad.

8. CONCLUSIONES

En la Unidad de Medicina Familiar N° 82 de Saltillo, Coahuila, la funcionalidad familiar se vio mayormente afectada en los adultos mayores con no apego al tratamiento que en los adultos mayores con apego diferencia que resulto estadísticamente significativa. Pudiendo concluir que la funcionalidad familiar si influye para el apego a tratamiento.

Al analizar por grados de disfunción familiar la funcionalidad siempre fue significativamente menor en el grupo con no apego a tratamiento incluso solo en este grupo se encontró disfunción severa.

Aunque en este estudio predominó el género femenino no pudimos demostrar diferencias significativas y podemos afirmar que no hay influencia del género para la funcionalidad familiar.

La funcionalidad familiar para el apego y no apego resultó similar en ambos grupos predominando el estrato de menor edad.

En este estudio predomino la escolaridad primaria, dato que puede deberse a que las características del grupo estudiado pudieron ser una misma generación en la que el mayor grado de estudio era la educación primaria y un similar estatus socioeconómico de nuestra muestra que fue tomada de unidades de seguridad social.

En cuanto al estado civil podemos concluir que el estar casado influye favorablemente a la funcionalidad familiar.

9. LIMITACIONES

Consideramos como una limitación para este estudio el diseño metodológico del mismo, debiendo de preferencia realizarse estudios que demuestren fuerza de asociación. Sería conveniente ampliar el tamaño de muestra.

10. RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar estudios con mejor diseño metodológico comparados con diferentes poblaciones tanto por edad como estatus socioeconómico con un mejor instrumento de medición más adecuado para medir funcionalidad.

Considerando la importancia que revierte para nuestro país la tendencia actual de nuestra población al envejecimiento, expresión de un fenómeno social de cambio demográfico internacional que nos engloba y en aras de mejorar la expectativa de vida de nuestros pacientes adulto mayor en edad de 60 años y más y que disminuye la calidad de vida, es de gran interés que nosotros como médicos familiares reflexionemos en la importancia que tiene la dinámica familiar funcional en este grupo de pacientes, para lograr el apego a su tratamiento integral y así mejorar su calidad de vida, contribuyendo a mejorar su bienestar biopsicosocial.

Una vez que el Médico Familiar realizó el abordaje de familiar a nuestro paciente, y se detecta algún grado de disfunción en la dinámica familiar, se debe incidir ofreciendo psicoterapia breve guiando al paciente para que identifique los recursos con los que cuenta y haga uso de ellos para solucionar las crisis normativas o paranormativas por las que esté pasando.

Ofrecer un tratamiento multidisciplinario, y dar a conocer la existencia de redes de apoyo familiar, social e institucional.

11 ANEXOS

Anexo I

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Folio ___ ___ ___ Apego _____
Numero afiliación: _____
Edad _____ Género: _____
Escolaridad _____
Estado civil _____

APGAR FAMILIAR

Conteste el siguiente cuestionario con una X en la columna correspondiente

	Siempre (4),	Casi Siempre (3),	Algunas veces (2),	Casi nunca (1),	Nunca (0).
Estoy satisfecho (a) con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema.	_____	_____	_____	_____	_____
Estoy satisfecho (a) con la manera como mi familia discute los problemas y comparte las soluciones de los mismos conmigo.	_____	_____	_____	_____	_____
Mi familia acepta mis deseos de emprender nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida.	_____	_____	_____	_____	_____
Estoy satisfecho (a) con la manera como mi familia expresa el afecto y responde a mis sentimientos tales como coraje, tristeza y amor.	_____	_____	_____	_____	_____
Estoy satisfecho (a) con la cantidad de tiempo mi familia y yo pasamos juntos.	_____	_____	_____	_____	_____

El APGAR familiar. Desarrollado por Smilkstein, es un instrumento que da una idea de la funcionalidad familiar. Consiste en 5 ítems, A (Apoyo), P (Participación), G (Crecimiento), A (Afecto) y R (Recursos). Tiene cinco (5) preguntas con un rango de respuesta así: Siempre (4), Casi siempre (3), Algunas veces (2), Casi nunca (1), Nunca (0).

Anexo II.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES EN PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA

Lugar y fecha: Saltillo Coahuila

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado: Influencia de la dinámica familiar para el apego al tratamiento integral en el adulto mayor con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial Sistémica.

Registrado ante el comité local de investigación en salud o la CNIC

El objetivo del estudio es: Comparar la dinámica familiar en el paciente adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial Sistémica con apego al tratamiento y los que no tienen dicho apego.

Declaro que se me ha explicado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: Mi participación no implica daño a mi integridad física ni moral y de que la información que se recabe será enteramente confidencial y para uso exclusivo de esta investigación.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente el investigador se compromete a dar información 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 atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia del mismo.

Nombre y firma del paciente

Dr. Jaime Alfonso Vélez Estrada
Nombre, firma, matrícula del investigador principal

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas con el estudio
4 10 36 00 extensión 253 y 4 32 36 21

Testigos: _____



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 504

FECHA 24/12/2008

Estimado Jaime Alfonso Vélez Estrada

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle que, el protocolo de investigación en salud presentado por usted, cuyo título es:

INFLUENCIA DE LA DINÁMICA FAMILIAR PARA EL APEGO AL TRATAMIENTO INTEGRAL EN EL ADULTO MAYOR CON DM E HTA.

fue sometido a consideración del Comité Local de Investigación en Salud, quien de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores consideraron que cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética médica y de investigación vigentes, por lo que el dictamen emitido fue de: **AUTORIZADO**.

Habiéndose asignado el siguiente número de registro institucional

No. de Registro
R-2008-504-12

Atentamente

Dr(a). FELIPE PACHECO PINEDA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud Núm 504

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González CA, Ham-Chande R. Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México, *Salud Pública Méx.* 2007; 49 supl 4:S448-S458.
2. Lizcano-Esperon FJ, Enfoque de riesgo en el adulto mayor, Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina de la UNAM.
3. El padecer y la familia, *Medico Moderno* octubre 1993.37-38
4. Fernández-Ortega M.A. El impacto de la enfermedad en la familia, *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, Vol. 47, No. 6. Noviembre-Diciembre 2004, 251-254.
5. Escuela de Trabajo Social. Universidad del Mar. Abandono de la tercera edad. 28 de Junio del 2005.
6. *Revista Avances Médicos de Prensa Latina*. Familia y vejez. Febrero del 2007.
7. Ceballos-González A, Vásquez-Garibay E, Nápoles-Rodríguez F, Sánchez-Talamantes E. Influencia de la dinámica familiar y otros factores asociados al déficit nutricional de preescolares en guarderías del sistema Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Jalisco, *Bol Med Hosp. Infant Méx.* Vol. 62, marzo-abril 2005, 105-116
8. Rojas-Ardilla VA, Roa-Delgado E, Tamiche T, Velásquez R. Evaluación psicosocial de las familias por el equipo de salud.
9. Osorio-Castillo A. Estructura y dinámica familiar de adolescentes de sexo femenino con intento de suicidio, *Publicación Electrónica de la División de Administración y Ciencias Sociales de la Rectoría Zona Sur ITESM*, Año1, número 6, julio de 2000.
10. Asociación de Medicina Interna de México. *El internista*. Medicina interna para internistas. México: Interamericana, 2000
11. Chávez-Tapia NC, Tamayo-Ramírez RV, Lizardi-Cervera J. Factores de riesgo en diabetes mellitus tipo 2. *Med Inter México* 2003; 19(5):301-310.

12. Pérez-Preciado VH, Alanís-Niño G, Ordaz E, González-Leal J. Relación de funcionalidad familiar con el control glucémico del paciente diabético tipo 2.
13. Méndez-López DM, Gómez-López VM, García-Ruiz ME, Pérez-López JH. Navarrete-Escobar A. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. Rev Med IMSS 2004; 42 (4): p 281-284.
14. Guadalajara-Boo JF. Hipertensión arterial. Diagnóstico y tratamiento en la práctica médica. 3ª ed. México. Editorial El Manual Moderno; 2008. p.457-463.
15. Durán-Varela BR, Rivera-Chavira B, Franco-Gallegos E. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Salud Pública Méx. 2001; 43:233-236.
16. Mendoza-González C. Guías del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” para el tratamiento de la hipertensión arterial sistémica. Archivos de Cardiología de México. Vol. 76 supl. 2 Abril-Junio: S2, 279-284.
17. Clasificación y manejo de la hipertensión arterial, The JNC 7. JAMA, May 21, 2003-Vol 289, No. 19. p 2561-2566.
18. Oviedo-Mota MA et al. Guía alimentaria para el diabético tipo 2. Rev Med IMSS 2000; 38 (4):292-293.
19. Mendoza S, Muñoz M, Merino JM, Barriaga-Omar A. Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. Rev. Med- Chile 2006; 134: 65-7
20. Villalobos-Pérez AI Quiroz-Morales D, León-Sanabria G, Centro de Investigaciones Psicológicas Avanzadas, Universidad Católica de Costa Rica. Factores involucrados en la adhesión al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en una muestra de pacientes diabéticos de la zona norte de Costa Rica: un estudio psicométrico. Revistas diversitas, perspectivas en Psicología Vol. 3 núm. 1, 2007.
21. García-Lozano L, Mérida-Quiñónez FJ, Mesa-Ramos RG. El anciano deprimido y su vivencia familiar. Medicina de Familia (And), Vol1, No. 2, Noviembre del 2000.

22. Alpizar-Salazar M. Guía para el manejo integral para el paciente diabético.
México. Manual Moderno, 2001.