



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DETERMINACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y APEGO
TERAPEUTICO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DIABETES
MELLITUS TIPO 2 ADSCRITOS A LA U.M.F. No.8.**

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

**QUE REALIZARÁ PARA OBTENER EL TITULO DE POSTGRADO EN
LA ESPECIALIDAD DE:**

MEDICINA FAMILIAR

**P R E S E N T A D R A.
TANIA D. GUTIERREZ CRUZ**

**ASESOR EXPERIMENTAL
DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO**

**DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
HGZ/UMF No. 8, SAN ANGEL I.M.S.S.**

CD. DE MÉXICO, D. F. FEBRERO, 2011



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.

DETERMINACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y APEGO TERAPEUTICO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 ADSCRITOS A LA U.M.F. No.8.

AUTOR: Dra. Tania D. Gutiérrez Cruz. Residente de Medicina Familiar de la UMF No 8. San Ángel, D. F.

OBJETIVO

- Evaluar el apego terapéutico y la funcionalidad familiar de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 1 y 2 de la U.M.F. No. 8

MATERIAL Y METODOS

El estudio será descriptivo, determinando el objetivo mediante la aplicación de 2 instrumentos (DE APEGO TERAPEUTICO MORINSKY GREEN Y APGAR) a los pacientes de ambos géneros con enfermedad de Diabetes Mellitus Tipo 2.

RESULTADOS

Se analizó en un total de 250 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, la funcionalidad familiar y apego terapéutico, teniendo resultado en cuanto al sexo, 143 (57.2%) femenino, 106 (42.4%) masculino. Se encontró 118 (47.2%) con apego terapéutico, 131 (52.4%) sin apego terapéutico e la muestra. Se analizo el apego terapéutico en relación con la familia funcional encontrando 63 (25.2%) con familia funcional y apego terapéutico, 55 (22.0%) con familia no funcional y apego terapéutico, 15 (6.0%) con familia funcional sin apego y 116 con familia no funcional sin apego terapéutico.

CONCLUSIONES

La hipótesis se toma como cierta ya que según los resultados encontramos que los pacientes con familias funcionales presentan mayor apego terapéutico, mientras que los pertenecientes a familias disfuncionales no tienen apego terapéutico. Concluyo así que la comunicación y las adecuadas relaciones de los integrantes son fundamentales para el logro de la funcionalidad familiar y del mismo modo serán importantes para el cuidado y control del paciente diabético.

PALABRAS CLAVE:

*** Diabetes Mellitus tipo 2 * Funcionalidad familiar * Apego Terapéutico**

AGRADECIMIENTOS

A mi madre, inspiración y fuerza para seguir siempre adelante conquistando todos mis sueños.

A Char y Mich, mis hermanos, por esas noches en que interrumpían sus juegos por permitirme estudiar y por ser un apoyo constante.

A mi padre, por estar tan presente en mi corazón aun estando tan lejos.

A Ignacio, por apartar los obstáculos a mi paso.

A mis amigos, a los que la lejanía y las ausencias no apartaron.

A mis colegas, compañeras y amigas, los días fueron más livianos en su compañía.

A mis pacientes, por compartirme su padecer.

A mis maestros, por mostrarme el camino de tan enriquecedora y noble labor.

A ti, Universidad Nacional Autónoma de México, por todo.

Gracias a la vida.

INDICE

	PAGINAS
ANTECEDENTES	1-7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
JUSTIFICACION	9
OBJETIVOS	10
HIPOTESIS	11
MATERIALES Y METODOS	12
TIPO DE ESTUDIO	12
DISEÑO DEL INVESTIGACION	13
POBLACION, LUGAR Y TIEMPO	14
MUESTRA	15
CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION	16
VARIABLES	17-19
DISEÑO ESTADISTICO	20
INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	21-29

INDICE

	PAGINAS
METODOS DE RECOLECCION DE DATOS	21-29
MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS	30
CRONOGRAMA	31
CONSIDERACIONES ETICAS	32
RESULTADOS	33-69
CONCLUSIONES	69-70
DISCUSION	71-72
BIBLIOGRAFIA	73-74
ANEXOS	75-78

**DETERMINACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y
APEGO TERAPEUTICO EN PACIENTES CON
DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2
ADSCRITOS A LA U.M.F. No.8.**

MARCO TEÓRICO

La diabetes es una enfermedad crónica que se ha convertido en un problema de salud pública en México.

A nivel mundial y particularmente en México la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas crece de manera alarmante. Principalmente la Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2) representa uno de los retos más importantes al que deben hacer frente los sistemas de salud por su frecuencia e impacto social. En México se ha observado un aumento continuo en su frecuencia, entre 1980 y 2001 la mortalidad por DMT2 se incrementó de 20 a casi 50 por cien mil personas (9) y se estima que para el año 2025 se podría llegar a triplicar el número de casos (9,16).

La DMT2 se ha constituido en los últimos años en un problema prioritario de salud, que deriva no solamente en el deterioro de la calidad de vida de las personas que la padecen, con la consecuente pérdida de años de vida productiva y años de vida potencial debido a la incapacidad y la muerte., sino también en la demanda y el consumo de servicios tanto ambulatorios como hospitalarios, por lo que los costos del tratamiento son altos para la economía de las instituciones del sistema nacional de salud, (3,4) si se tiene en cuenta que en México en el 2000 la DMT2 constituyó una de las principales causas de defunciones y egreso hospitalario (5,6).

En los últimos años la DMT2 ha sido objeto de investigaciones encaminadas a conocer otras dimensiones del problema, más allá de los factores asociados con el incremento de los casos y las complicaciones. Encontrándose diversos estudios que evalúan el impacto y los efectos de la educación sobre el control de la diabetes y han demostrado su efectividad (7,8,9). Algunos otros trabajos reportados muestran los factores que influyen para el incumplimiento de la terapéutica por parte de los enfermos (10), otros refieren el impacto que genera la enfermedad en las personas que la padecen y las formas en que se ven afectados aspectos de su vida cotidiana, personal, familiar y laboral (11,12, 13).

De manera más específica han aparecido algunas investigaciones que tratan de conocer la relación entre el apoyo familiar y el control de la enfermedad, algunas encaminados a evaluar el apoyo familiar que reciben los enfermos de diabetes (14,15), otros estudios valoran la perspectiva de la familia en torno al enfermo de DMT2 y exploran el significado del cuidado y los elementos implicados en la atención a los enfermos crónicos por parte de los familiares (16,17).

Cada año aparecen publicaciones que abordan el diagnóstico, avances en la terapéutica, factores genéticos y otros aspectos de la DM2; sin embargo, pocos estudios se refieren al impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes.

Para los pacientes con diabetes, tanto la enfermedad como el tratamiento tienen un impacto significativa en muchos aspectos de su vida, como el trabajo, las relaciones interpersonales, el funcionamiento social y el bienestar físico y emocional. Los pacientes diabéticos no sólo necesitan integrarse a un régimen de tratamiento y vivir con él, sino que también están expectantes ante la posibilidad de las complicaciones de la enfermedad. Este impacto se expresa como "calidad de vida". Éste no es un concepto nuevo, es un nombre nuevo para una antigua noción de "bienestar general".

Podemos distinguir dos posiciones para la evaluación de la calidad de vida: como una apreciación global y por lo tanto subjetiva o a través de un conjunto de dimensiones que varían de autor a autor. La dificultad para operacionalizar adecuadamente el concepto de calidad de vida obliga a tomar varios aspectos de la vida de los sujetos y construir instrumentos que evalúan áreas como la condición física, psicológica, social y económica, entre otras. Estos instrumentos se caracterizan porque no toman en cuenta la opinión que el sujeto tiene de su propia vida y por razones pragmáticas se recurre a simples resúmenes de calificaciones que no distinguen los aspectos individuales.

La DM2 es una enfermedad crónica, considerada actualmente como un problema de salud pública. Su atención se centra tanto en la prevención de su aparición como en mejorar su control, tratamiento y pronóstico. La DM2, que se inicia fisiológicamente como un envejecimiento prematuro, puede desarrollar devastadoras complicaciones en los pacientes y producir un impacto socioeconómico importante a nivel mundial, con aumento del costo tanto personal como social, no sólo en su tratamiento sino también en la pérdida de años de vida útil.

Un número cada vez mayor de personas tiene diabetes en el mundo. En Estados Unidos se espera que el número de pacientes diabéticos aumente de 15 a 22 millones en el 2025. Este incremento se correlaciona estrechamente con el incremento de la obesidad. En el mismo país, los casos diagnosticados de diabetes alcanzan el 5.9% de la población total, la prevalencia aumenta desde el 1% en los sujetos de 20 a 39 años al 13% en los sujetos de 60 años y más. En Latinoamérica se estima una prevalencia global de 5.7%. Las proyecciones indican que en el año 2025 sea de 8.1%. El país latinoamericano con mayor incremento de la prevalencia es México con 7.7%

El estudio realizado por Díaz, Valenciaga y Domínguez en Cuba, en el 2002, encontró un predominio de diabetes en el sexo femenino, tanto en el número de casos como en las tasas en todos los años analizados.

La Asociación Colombiana de Diabetes ha estimado que el 7% de la población colombiana mayor de 30 años tiene diabetes tipo 2. Según el Ministerio de Salud y Protección Social, cerca del 63% de los diabéticos están sin diagnosticar, por lo tanto se encuentran predispuestos a complicaciones.

La DMT2 reviste especial importancia por las dificultades que enfrenta el diabético para llevar a cabo su tratamiento y lograr el adecuado control metabólico, con lo cual prevendría sus múltiples complicaciones. Además de la ingesta de medicamentos, se requiere ajuste en la alimentación, control de peso y una actividad física adecuada. Existen factores de índole psicosocial que interfieren en el adecuado control metabólico, tales como: la funcionalidad familiar, el nivel socioeconómico, el grado de escolaridad y el de instrucción del paciente sobre su enfermedad.

Un estudio publicado por Untiveros, Núñez y Zegarra en Lima (Perú) en el 2004 encontró que la edad promedio de los pacientes diabéticos fue de 64.56 años, con una desviación estándar de ± 11.6 años. El 10.8 % tenía un IMC normal, el 15% presentaba sobrepeso y el 74.2% obesidad. El 18% de los pacientes refirió que seguía sólo dieta indicada por nutricionista, el 68.1% recibía hipoglicemiantes orales, además de dieta, y el 11.7% requería insulina.

Otro estudio prospectivo de cohortes, efectuado en el 2000 en Inglaterra, que incluyó a 12.550 adultos, mostró que el desarrollo de DMT2 fue casi 2.5 veces más probable en personas hipertensas que en personas comparables normotensas.

La DMT2, se asocia notablemente con la obesidad (50% en hombres y 70% en mujeres). En términos generales, se considera que el 60% de los DMT2 tiene un control insuficiente de su enfermedad y de las complicaciones asociadas.

El adecuado control de los pacientes DMT2 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.

Un estudio presentado en la IX Reunión Delegacional de Investigación Médica en febrero del 2005, en Monterrey (México), concluyó que la disfunción familiar tiene poca importancia en la falta de control del paciente DMT2, ya que aun con funcionalidad familiar normal, el índice de no control de glucosa es alto.

Varios estudios efectuados en esta década han comprobado que la educación sobre diabetes reduce el riesgo de complicaciones del paciente. Más

aun, la educación a la población general determina una mayor demanda a las instituciones de salud para la detección precoz y el tratamiento adecuado de la enfermedad.

Un estudio realizado en Uruguay en marzo del 2001, que comparó población diabética de dos hospitales, mostró que la población con nivel de escolaridad mayor podía tener mayor acceso y facilidad para adquirir información sobre la DMT2.

En Porto Alegre (Brasil) y Valparaíso (Chile) dos estudios mostraron una relación inversa entre el nivel socioeconómico y la prevalencia de la mayoría de los factores de riesgo para diabetes y otras enfermedades crónicas no transmisibles.

El incremento de casos de diabetes y la posibilidad de evitarla hacen necesaria la puesta en marcha de programas de promoción de estilos de vida saludable y preventivos destinados a modificar la prevalencia de los factores de riesgo, particularmente entre los adolescentes y adultos jóvenes.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) promueve la acción comunitaria a través del Proyecto Carmen (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles), que ha sido adoptada por varios estados miembros, entre ellos Colombia.

La Declaración de las Américas (*Declaration of the Americans: DOTA*) pone en práctica estrategias y acciones capaces de reducir el costo socioeconómico de la diabetes y mejorar la calidad de vida de quienes la padecen. En Colombia, el Ministerio de Salud reglamenta la guía de atención de la DMT2 dentro de la resolución 00412 de 2000, a nivel de la promoción y prevención. Contempla el conjunto de actividades mediante las cuales se logra la detección temprana y el diagnóstico oportuno de la DMT2, entre otras enfermedades crónicas no transmisibles.

Una de las premisas básicas del modelo biopsicosocial de atención afirma que los diversos subsistemas (el biológico, el individual, el familiar y el comunitario) mantienen una relación de influencia recíproca, de forma que afectan tanto a la salud como a la enfermedad, por lo tanto las intervenciones referentes a la diabetes deberían seguir este modelo.

Los resultados de este estudio servirán para la identificación de los factores de riesgo que tienen tendencia a la asociación con el control metabólico de los pacientes DMT2 en la UBA Manga de COOMEVA EPS, con el propósito de que esta información constituya en una línea basal que facilite el diseño de estrategias de intervención eficaces y oportunas que optimicen el control de éstos y mejoren su calidad de vida, y disminuya, además, los costos institucionales por tratamientos y complicaciones de la diabetes.

La evaluación de **la funcionalidad familiar** se apoya en diversas bases teóricas y disciplinas científicas. Basada en la teoría sistémica, la familia se define como una unidad organizada, integrada por elementos (individuos) y subunidades (padres, hijos, etc) que conviven unos con otros en una relación consistente y duradera. La organización de estos elementos es característicamente determinada por la relación jerárquica entre padres e hijos. El sistema y cada uno de sus componentes serán afectados en su comportamiento y desarrollo individual así como por la naturaleza de las relaciones que existan entre ellos. El efecto que produce la enfermedad sobre alguno de los miembros de la familia, así como la respuesta del grupo familiar para afrontar este evento, ha llamado la atención de los investigadores. De esta manera, la evaluación de la familia impone el uso de instrumentos y modelos con sustento teórico, basados en investigaciones que los respalden, apoyándose en tres elementos fundamentales: el propósito que condujo a su creación, la naturaleza de los elementos que pretenden medir y el grado de confianza que se pueda tener de esta medición.

Las familias logran éxito o fracaso en sus objetivos centrales (crecimiento y desarrollo de cada uno de sus integrantes, seguridad personal y suficiente cohesión para mantener unida y funcionando a la familia en la sociedad), identificando y llevando a cabo los roles de cada uno de sus miembros. La comunicación se considera esencial para este efecto. La expresión e involucramiento afectivo, los valores y normas sociales y de control influyen intensamente sobre el cumplimiento y funcionalidad de sus tareas.

Dado que la experiencia del padecimiento no queda limitada a la persona enferma sino que se extiende a su red social más cercana que es la familia, si se asume que la familia es un sistema queda claro que la experiencia de cada uno de sus miembros afecta al sistema familiar y a su vez este afecta a cada uno de sus integrantes. La familia comparte la experiencia de un padecimiento crónico el cual es fuente de conflictos y desequilibrios al generar un clima de tensión, preocupación e incertidumbre por la presencia de los signos y síntomas y sus repercusiones en las actividades del enfermo, por la necesidad de cambiar patrones de conducta, por el temor a las complicaciones que vendrán, por el incremento de los gastos y la reducción de ingresos más aun cuando el principal proveedor de recursos es el enfermo.

De manera particular la experiencia del padecimiento tiene una repercusión directa en la persona que se responsabiliza del cuidado del enfermo, ya que modifica sus planes y altera su ritmo de vida. Al miembro de la familia a cargo del cuidado del enfermo, se le conoce como “cuidador” o “cuidador primario”. Este realiza diversas tareas relacionadas con el cuidado personal y brinda apoyo no solo con respecto al tratamiento médico y los problemas derivados del mismo sino que también mantiene una interacción permanente con los médicos y el personal de salud, toma las decisiones sobre el tipo de cuidado que debe ofrecerse, o bien, busca ayuda complementaria cuando lo considera necesario. En general son las esposas en el caso de enfermos varones o las hijas adultas quienes asumen la responsabilidad de este cuidado.

En las últimas décadas se ha hecho más evidente la manera como los contactos y los apoyos familiares repercuten en la enfermedad y su desenlace. Se considera que el apoyo es algo similar a un amortiguador del estrés originado por la enfermedad crónica además de que influye en el desarrollo de las conductas de salud o del auto cuidado, así como en la observancia del tratamiento médico.

El APGAR , permite un buen acercamiento a la evaluación clínica de la funcionalidad familiar. Es imprescindible que el médico familiar evalúe las características de la familia, elementos conductuales, manejo del estrés y capacidad adaptativa, los cuales pueden ser de gran utilidad clínica en la práctica de la medicina familiar, brindando la oportunidad de establecer tanto guías para la orientación familiar, como posibles estrategias de tratamiento que requieran la participación de otros profesionales como terapeutas familiares, sociólogos, psiquiatras, etc.

El concepto de “adherencia al tratamiento” ha evolucionado hacia una dimensión dinámica, compuesta, multifactorial y fruto de un acuerdo entre el equipo médico y el paciente; además de la búsqueda de un equilibrio entre otros equilibrios necesarios para el desarrollo de los pacientes.

Encontré diferentes términos para referirnos a este concepto. En la literatura anglosajona los más utilizados son el de cumplimiento (compliance) y adherencia (adherence), aunque se han propuesto muchos otros como: cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, observancia, adhesión y concordancia.

Si nos referimos, primeramente, al término “cumplimiento”, encontramos que la definición de mayor aceptación es la propuesta por *Haynes*, como “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”.(1)

Si buscamos el significado del término en nuestro idioma, según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española vemos que se define como: “Acción y efecto de cumplir”, “ejecutar o llevar a efecto”.

En la práctica médica este concepto, suele circunscribirse casi exclusivamente al uso de los medicamentos por parte del paciente, de una forma determinada, pero debe ser considerado como un concepto amplio, que incluye aspectos higiénico–sanitarios, como seguir una dieta, no fumar, realizar ejercicios físicos regularmente, evitar el estrés, no tomar o al menos no abusar del alcohol, usar cinturón de seguridad, realizar visitas médicas periódicas o cumplir con las de seguimiento, programadas como parte del propio tratamiento.

Este término ha sido cuestionado y sobre todo se señala un restringido alcance, en cuanto a la complejidad del fenómeno que pretende abarcar.

Concretamente se sugiere que el término “compliance”, suele emplearse para hacer referencia a la obediencia del paciente al seguir las instrucciones y recomendaciones del profesional de la salud y que este tendría un rol pasivo y sumiso, creyendo que el enfermo es incapaz de tomar sus propias decisiones al seguir fielmente las recomendaciones que se le proponen.(2)

Para el respecto de este estudio tomaremos en cuenta el apego al tratamiento farmacológico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la funcionalidad familiar y el apego terapéutico de paciente con DM2 de la U.M.F. No. 8?

JUSTIFICACIÓN

El interés por esta patología y las diversas variables de este estudio, surgen desde la realidad de la prevalencia tan elevada así como la incidencia de esta enfermedad, y el fallo en el tratamiento farmacológico y no farmacológico que se traduce en el descontrol metabólico de estos pacientes y presentándose comorbilidad. La DM2 es una enfermedad crónica que se ha convertido en un problema de salud pública en México.

Es una de las principales causas de morbilidad en nuestro país, y sus complicaciones constituyen una de las causas más frecuentes de muerte y de utilización de servicios. Cada año aparecen publicaciones que abordan el diagnóstico, avances en la terapéutica, factores genéticos y otros aspectos de la DM2; sin embargo, pocos estudios se refieren al impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes.

En el tipo de familias que se encuentran en nuestro país según la crianza y tradiciones la alimentación genera cohesión en la familia, en los momentos de alimentación dan pauta a convivencia, compartir experiencias y reencuentros de este modo es vital que la dieta de un paciente diabético sea comprendida por él y por su red familiar, ya que de este modo podrán apoyar y estimular a continuar con el tratamiento, así podemos encontrar quizás que una funcionalidad familiar óptima genera mal apego terapéutico en cuanto a medidas no farmacológicas se refiere.

Al encontrar tal relación tendremos la opción de inferir en alguna de las variables y quizás, así mejorar el control metabólico de nuestros pacientes y con esto su calidad de vida a mediano y largo plazo.

OBJETIVO GENERAL

- Evaluar el apego terapéutico y la funcionalidad familiar de los pacientes con DM2 de la U.M.F. No. 8

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar un genograma estructural de las pacientes.
- Identificar que tipo de funcionalidad familiar presentan las pacientes en estudio.
- Identificar el apego terapéutico de los pacientes con DM2 adcritos a la U.M.F. No.

HIPÓTESIS

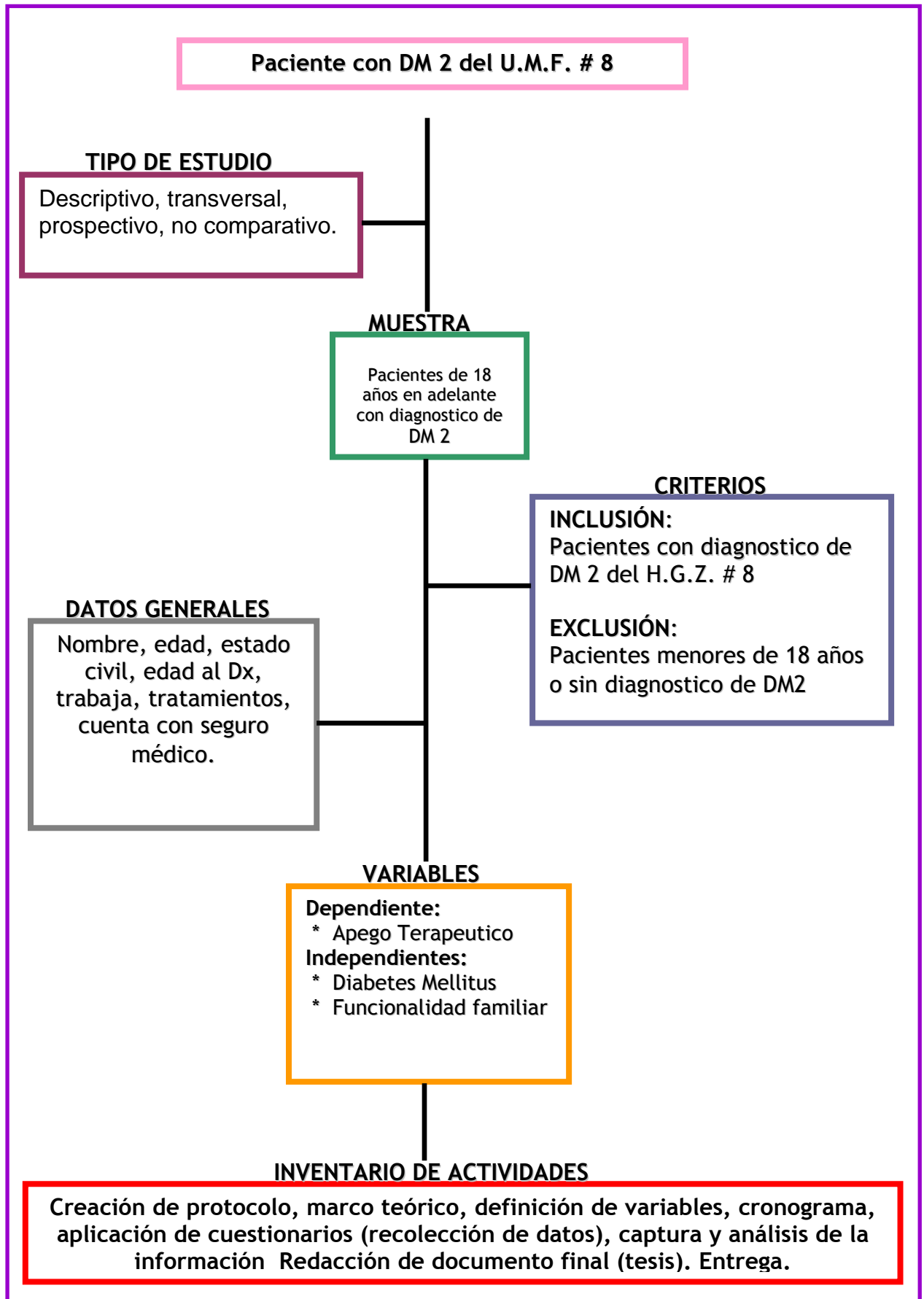
Los pacientes con DM2 con buena funcionalidad familiar presentan mejor apego terapéutico que los pacientes con DM2 con mala funcionalidad familiar.

MATERIAL Y MÉTODOS

- **TIPO DE ESTUDIO**

Descriptivo, transversal, no comparativo.

El estudio será descriptivo, determinando el objetivo mediante la aplicación de 2 instrumentos (MORINSKY GREEN Y APGAR) a los pacientes de ambos géneros con enfermedad de DM2.



- **POBLACIÓN O UNIVERSO**

El universo de estudio será en 295 pacientes de ambos sexos con el diagnóstico de DM2 adscritos a la U.M.F. No. 8.

- **UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL**

U.M.F. No. Rio Magdalena No. 8. IMSS, Del 3 SUR. Del. Alvaro Obregón. Mexico. D.F.

- **MUESTRA**

La muestra y selección de las encuestadas será conforme al registro de pacientes con diagnóstico de DM2 de distintos consultorios de la U.M.F. No. 8.

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Pacientes con diagnóstico de DM2 femeninos y masculinos de 18 a mayores de 80 años de edad.

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Pacientes sin DM2.

- **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

Que no realicen llenado de cuestionarios completos.

- **VARIABLES DE INTERÉS PRIMARIO**

Variable dependiente:

- Apego terapéutico

Variables independientes:

- DMT2
- Funcionalidad familiar

- **VARIABLES DE INTERÉS SECUNDARIO**

- Tiempo al diagnóstico
- Edad al momento del estudio
- Estado civil
- Nivel educativo
- Labora fuera de casa
- Tratamiento con hipoglucemiantes orales
- Tratamiento con insulina

DEFINICIONES CONCEPTUALES

- CALIDAD DE VIDA.- es el **grado de bienestar** que un individuo siente **en su vida**, basado en la percepción de ciertos aspectos de su vida diaria.

- FUNCIONALIDAD FAMILIAR.- una **familia es funcional** cuando cumple con sus funciones como un sistema y se relaciona con la forma en cómo los integrantes interactúan y se organizan para el cumplimiento de estas funciones.

- DIABETES MELLITUS 2.- Enfermedad metabólica la cual genera alteraciones a nivel sistémico secundarias a la no regulación de los niveles de glucosa en sangre, así mismo se afecta la calidad de vida de los individuos que la padecen y a su entorno familiar.

- APEGO TERAPEUTICO.- El régimen terapéutico constituye otra de las determinantes para el establecimiento de una adecuada adherencia terapéutica. Entre las características o aspectos que ejercen una mayor influencia tenemos: la complejidad, la dosificación y los efectos secundarios de los tratamientos. Mientras más complejo sea un tratamiento (si exige cambios en las actividades habituales de la vida cotidiana, varios medicamentos, diversos horarios), más dificultades proporcionará para las respuestas de adherencia del paciente. Estudios realizados sobre la dosificación, duración y efectos secundarios de los tratamientos y su relación con la conducta de cumplimiento, arrojaron que los regímenes de medicación con monodosis dan lugar a mejores tasas de adherencia que los regímenes multidosis,(1) y que esta también disminuiría a medida que la terapia se alargaba y provocaba mayor cantidad de efectos secundarios indeseados. En la adherencia terapéutica existen varios factores psicosociales que influyen considerablemente, entre ellos podemos mencionar: las creencias, las actitudes, las atribuciones, el locus de control, la representación mental de la enfermedad y el apoyo social.

DEFINICIONES OPERACIONALES

	NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR DE VARIABLES
1	FOLIO	Cuantitativa	Continua	# consecutivos
2	EDAD	Cuantitativa	Continua	# enteros
3	EDO. CIVIL	Cualitativa	Nominal	1. soltera 2. casada 3. unión libre
4	EDAD AL DX	Cuantitativa	Continua	# enteros
5	ESCOLARIDAD	Cualitativa	Nominal	1.
6	TRABAJA	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
7	APLICACIÓN Insulina o HO	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No
8	# DE CONSULTAS	Cuantitativa	Continua	# enteros

DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevará a cabo a través del programa SPSS 19 para Windows. Para el análisis de los resultados se utilizara medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN.

➤ Carta Consentimiento Informado (ver anexo).

Aunque en la literatura científica médica el concepto "Informed Consent" es citado en nueve ocasiones entre 1930 y 1956, fue utilizado como tal por vez primera en la legislación en 1957 en un recurso judicial en California. Varias sentencias posteriores en Estados Unidos hicieron que el Consentimiento Informado se convirtiera en un derecho de los pacientes y un deber de los médicos.

En España, ya en 1972, el Reglamento General de Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social establecía que los enfermos tenían derecho a autorizar -directamente o a través de sus allegados- las intervenciones quirúrgicas y actuaciones terapéuticas que implicaran riesgo notorio previsible, así como a ser advertidos de su gravedad.

En 1976, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa aprobó un documento en el que se hacía un llamamiento a los Estados miembros para que tomaran medidas de forma que los pacientes estuvieran completamente informados, y recomendaba la armonización de los derechos de los pacientes, entre ellos el derecho básico del Consentimiento Informado.

En 1986, el Instituto Nacional de la Salud español puso en marcha un plan de humanización de la atención sanitaria, con la implantación de una Carta de Derechos de los Pacientes. Basándose en los principios recogidos en dicha Carta Magna, la Ley 14/1986 General de Sanidad, en su artículo 10 dice que todos tienen derecho:

5. A que se les dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico, y alternativas al tratamiento.

6. A la libre elección entre opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:

- Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública
- Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas

- Cuando la urgencia no permita demoras por poder ocasionarse lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento

Hoy es comúnmente aceptado que el consentimiento informado es un proceso gradual y verbal en el seno de la relación médico-paciente, en virtud del cual, el paciente acepta, o no, someterse a un procedimiento diagnóstico o terapéutico, después de que el médico le haya informado en calidad y cantidad suficientes sobre la naturaleza, los riesgos y beneficios que el mismo conlleva, así como sus posibles alternativas.

El formulario escrito de consentimiento representa el soporte documental que verifica que el paciente ha recibido y entendido la información facilitada por el médico.

Elementos que integran el consentimiento informado

Los contenidos mínimos que debería reunir son:

- 1- Nombre y apellido del paciente y médico que informa.
- 2- Explicar la naturaleza de la enfermedad y su evolución natural.
- 3- Nombre del procedimiento a realizar, especificando en que consiste y como se llevará a cabo.
- 4- Explicar los beneficios que razonablemente se puede esperar de la cirugía y consecuencia de la denegación.
- 5- Información sobre riesgos de la cirugía, probables complicaciones, mortalidad y secuelas.
- 6- Planteo de alternativas de tratamiento comparadas con la cirugía propuesta.
- 7- Explicación sobre el tipo de anestesia y sus riesgos.
- 8- Autorización para obtener fotografías, videos o registros gráficos en el pre, intra y postoperatorio y para difundir resultados o iconografía en Revistas Médicas y/o ámbitos científicos.
- 9- Posibilidad de revocar el consentimiento en cualquier momento antes de la cirugía.
- 10- Satisfacción del paciente por la información recibida y evacuación de sus dudas.
- 11- Fecha y firma aclarada del médico, paciente y testigos, si la hubiere.

El consentimiento informado es obligatorio, siendo el formulario escrito conveniente para deslindar responsabilidad de sucesos previsibles, debiendo aplicarse cualquiera sea la magnitud de la cirugía.

Debe ser directo, breve y de lenguaje simple. No tiene que contener palabras abreviadas, ni terminología científica. Debe de estar de acuerdo al nivel cultural de la población a la que está dirigida, en nuestro país no debería superar el nivel de educación primaria.

Es de importancia tener en cuenta que este documento libera al cirujano de responsabilidad por consecuencias previsibles, pero no por negligencia, impericia, imprudencia o inobservancia de sus deberes y obligaciones.

El mismo deberá hacerlos firmar el médico tratante, con anticipación a todas las cirugías. Es aconsejable entregar una copia al paciente y preferible aunque no imprescindible, que la firme con testigos.

El "consentimiento informado" se puede definir como el compromiso conjunto que establece el espacio comunicativo destinado a informar en forma oral o escrita la naturaleza, los propósitos, la forma de aplicación de los instrumentos de recopilación de información o aplicación de pruebas experimentales, presentando los beneficios, los riesgos, alternativas y medios del proceso en el cual, quien recibe la información, irá a convertirse en participante, objeto de experimentación o contribuyente al análisis estadístico, constituyéndose el documento resultante en el testimonio escrito de quien va a ser investigado (o su tercero responsable, autorizado por ley) para lograr una autorización clara, competente, voluntaria y autónoma. Esto se convierte en una real colaboración y beneficio en pro de la sociedad y de la ciencia. El "consentimiento informado" es la expresión de dos voluntades debidamente concededoras, competentes y autónomas que deciden contribuir a un procedimiento científico con proyección social, el cual garantiza que el sujeto expresa (después de haber comprendido la información que se le ha dado acerca de los objetivos y procedimientos del estudio su intención de participar en la entrega de información y en la aplicación de la prueba o instrumento de recopilación de información (encuesta, cuestionario, test).

Es el compromiso conjunto que establece el espacio comunicativo destinado a informar en forma oral o escrita la naturaleza, los propósitos, la forma de aplicación de los instrumentos de recopilación de información o aplicación de pruebas experimentales, presentando los beneficios, los riesgos, alternativas y medios del proceso en el cual, quien recibe la información, irá a convertirse en participante, objeto de experimentación o contribuyente al análisis estadístico, constituyéndose el documento resultante en el testimonio escrito de quien va a ser investigado (o su tercero responsable, autorizado por ley) para lograr una autorización clara, competente, voluntaria y autónoma. Esto se convierte en una real colaboración y beneficio en pro de la sociedad y de la ciencia. Permite prevenir, controlar y cuidar la integridad del proceso y de quien da el

consentimiento, pero también de la del investigador y la de su grupo co-investigador.

➤ **Información general (ver anexo).**

Es un cuestionario creado para la obtención de variables universales y confusoras que permite un control y valoración integral. Tratan fundamentalmente de las características sociodemográficas de los individuos que intervienen en el estudio, como sexo, edad, clase social, estado civil, ofrecen información que puede ser de interés respecto de la población analizada, como patologías asociadas, número de consultas, etc. Son elementos útiles para la interpretación y discusión de resultados estadísticos, de clasificación y relación.

Es importante destacar que los métodos de recolección de datos, se puede definir como: al medio a través del cual el investigador se relaciona con los participantes para obtener la información necesaria que le permita lograr los objetivos de la investigación.

De modo que para recolectar la información hay que tener presente:

1. Seleccionar un instrumento de medición el cual debe ser valido y confiable para poder aceptar los resultados
2. Aplicar dicho instrumento de medición
3. Organizar las mediciones obtenidas, para poder analizarlos

➤ **Genograma estructural (ver anexo).**

El familiograma (también llamado genograma o árbol familiar) es un instrumento clínico versátil que puede ayudar a los médicos familiares a integrar información de la familia del paciente dentro del proceso de aclaración del problema médico para una mejor atención al propio paciente. El genograma estructural o esquelético muestra la relación lineal entre los miembros de la familia, así como el nombre, edad, ocupación, estado de salud y parentesco. Es el ideal para empezar un sistema de orientación familiar. Para completar un genograma esquelético, una vía frecuentemente efectiva es desarrollar una línea básica de datos en la cual los miembros de la familia son quienes viven en casa, y esto permite saber qué entorno rodea al paciente. Los genogramas han sido estandarizados, ayudando a los médicos elaborar una descripción de la estructura familiar rápidamente y ver como ésta afecta la capacidad de un paciente para enfrentar una enfermedad u otras tensiones significativas en la vida.

El genograma es una representación gráfica de una constelación familiar multi generacional (por lo menos tres generaciones), que registra información sobre los miembros de esa familia y sus relaciones. Su estructura en forma de árbol proporciona una rápida "gestalt " de las complejas relaciones familiares y es una rica fuente de hipótesis sobre cómo un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar y su evolución a través del tiempo.

Por lo general el genograma se construye durante la primera sesión y luego se lo revisa a medida que se obtiene más información. El genograma ayuda al terapeuta y a la familia a ver un "cuadro mayor", tanto desde el punto de vista histórico como del actual: es decir, que la información sobre una familia que aparece en el genograma puede interpretarse en forma horizontal a través del contexto familiar y vertical a través de las generaciones.

El genograma incluye por lo menos a tres generaciones de familiares así como también sucesos nodales y críticos en la historia de la familia, en particular los relacionados con el "ciclo vital".

Aunque los teóricos de la terapia familiar estructural y estratégica (Minuchin, Haley, etc.) no utilizaron genogramas en sus enfoques, prefiriendo concentrarse en las relaciones emocionales de la familia inmediata, sin embargo, están interesados en las estructuras jerárquicas, en especial en las coaliciones donde se cruzan los límites generacionales.

Las familias se repiten a sí mismas. Lo que sucede en una generación a menudo se repetirá en la siguiente, es decir, las mismas cuestiones tienden a aparecer de generación en generación, a pesar de que la conducta pueda tomar una variedad de formas. Bowen lo denomina transmisión multigeneracional de pautas familiares.

La hipótesis es que "las pautas vincularas en generaciones previas pueden

suministrar modelos implícitos para el funcionamiento familiar en la siguiente generación". En el genograma, buscamos estas pautas que continúan o se alternan de una generación a la otra.

Carter considera que el "flujo de ansiedad" en un sistema familiar se da tanto en la dimensión vertical como en la horizontal. El flujo "vertical deriva de pautas funcionamiento que se transmiten históricamente de una generación a otra, en especial a través del proceso del triángulo emocional. El flujo de ansiedad "horizontal" surge de las tensiones actuales que pesan sobre la familia a medida que avanza a través del tiempo soportando los cambios inevitables, las desgracias y las transiciones en el ciclo de vida familiar. Con la tensión suficiente en este eje horizontal, cualquier familia experimentará disfunción. Además, las tensiones en el eje vertical pueden crear nuevos problemas de modo tal que hasta una pequeña tensión horizontal puede tener serias repercusiones en el sistema. Por ejemplo, si una mujer tiene muchas cuestiones sin resolver con su propio padre (ansiedad vertical), le puede resultar difícil tratar las dificultades normales en la relación de pareja con su propio esposo (ansiedad horizontal). El genograma ayuda al terapeuta a rastrear el flujo de ansiedad a través de las generaciones y del contexto familiar actual.

➤ **APGAR (ver anexo).**

Uno de los primeros instrumentos de tamizaje, elaborado para obtener datos que reflejen el punto de vista de los pacientes en relación con la situación funcional de sus familias. Tiene cinco elementos o constructos esenciales: adaptabilidad, compañerismo, desarrollo, afectividad y resolución.

1. Adaptabilidad: mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situaciones de crisis).

2. Participación: mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo; el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos.

3. Gradiente de crecimiento: mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y dirección (conducta). Este gradiente evalúa la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia.

4. Afecto: mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos.

5. Resolución: mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia.

Los ítems de la escala se califican como *nunca*, *casi nunca*, *algunas veces*, *casi siempre* y *siempre*, y se les asignan puntuaciones de 0 a 4, respectivamente. En este instrumento, los puntajes totales pueden oscilar entre 0 y 20; a mayor puntaje, mejor funcionalidad familiar. Una puntuación total entre 0 y 9 indica disfunción grave; entre 10 y 13, moderada; entre 14 y 17, leve, y si es igual o superior a 18 se considera funcional.

- **TEST DE MORINSKY GREEN (Ver anexo).**

En este test se considera cumplidor a aquel paciente que responde de forma correcta a las 4 preguntas realizadas, entremezcladas de forma cordial, durante una conversación sobre su enfermedad.

En la práctica clínica la medición del cumplimiento presenta numerosas dificultades, y no es fácil ni exacta. Los métodos de medida del incumplimiento pueden ser:

Los métodos directos cuantifican el fármaco, alguno de sus metabolitos o marcador incorporado a ellos, en alguno de los fluidos orgánicos del paciente, y su nivel indica si el paciente los tomó o no, pero no son aplicables en la práctica clínica diaria.

Los métodos indirectos son sencillos, baratos, reflejan la conducta del enfermo, son útiles en atención primaria, aunque pueden sobreestimar el cumplimiento, y están basados en la medición del recuento de comprimidos o en la entrevista clínica y son los más utilizados.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

Para evitar sesgos del observador, del sistema de medición y de información se utilizarán cuestionarios autoaplicables. En el caso de la muestra se decidió incluir al total de los pacientes mayores de 18 años para evitar sesgos de selección basándonos en la prevalencia. Se utilizará el Programa SPSS 19 para Windows para evitar errores de formulación errónea de modelos estadísticos.

• **CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

ACTIVIDADES	FECHAS (meses)											
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Protocolo (preliminar)	■	■										
Recolección de datos		■	■	■	■							
Captura y análisis de inf.					■	■	■					
Redacción de tesis								■	■			
Correcciones de trabajo final										■		
Entrega de tesis											■	
Revisión y examen												■

CONSIDERACIONES ETICAS

El presente protocolo de investigación obedece a la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud en México.

Se anexa la carta de Consentimiento Informado para la aplicación del Protocolo de Investigación.

RESULTADOS

Se analizó en un total de 250 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, la funcionalidad familiar y apego terapéutico, teniendo resultado en cuanto al sexo, 143 (57.2%) femenino, 106 (42.4%) masculino.

Se analizó la edad de los 250 pacientes estudiados encontrando 5 (2.0%) 18 a 30 años, 10 (4.0%) 31 a 40 años, 31 (12.4%) 41 a 50 años, 46 (18.4%) 51 a 60 años, 91 (36.4%) 61 a 70 años, 35 (14.0%) 71 a 80 años, 31 (12.4%) mayores de 80 años.

Se realiza análisis de estado civil de los participantes encontrando 10 (4%) solteros, 213 (85.2%) casados, 25 (10%) viudo, 1 (.4%) otro.

Se analizó la variable de escolaridad reportando 76 (30.4%) primaria, 61 (24.4%) secundaria, 56 (22.4%) bachillerato, 25 (10%) licenciatura, 31 (12.4%) analfabeta.

Se analiza la variable de ocupación en la cual se observa 95 (38%) con ocupación, 154 (61.1%) sin ocupación.

Se analizó el tiempo de padecer DMT2 obteniendo 5 (2%) 0 a 5 años, 25 (10%) 6 a 10 años, 111 (44.4%) 11 a 15 años, 98 (39.2%) 16 a 20 años, 10 (4%) más de 20 años.

Se analizó a los pacientes que se encuentran en tratamiento con insulina y los que no la utilizan encontrando 82 (32.8%) si, 167 (66.8%) no.

Se analizó el apego terapéutico encontrando 118 (47.2%) con apego terapéutico, 131 (52.4%) sin apego terapéutico.

Se detectó 50 (20%) con disfunción severa, 199 (79.6%) sin disfunción severa.

Se observa 86 (43.4%) con disfunción moderada y 163 (65.2%) sin disfunción moderada.

Se analiza disfunción leve encontrando 40 (16%) con disfunción leve y 209 (83.6%) sin disfunción leve.

Se encuentra 78 (31.2%) familias funcionales y 171 (68.4%) familias disfuncionales.

Se estudio a 250 pacientes de los cuales 20 (8.0%) si tienen apego y disfunción grave, 98 (39.2%) con apego no tienen disfunción grave, 30 (12.0%) sin apego y con disfunción grave, mientras que 101 (40.4%) no tienen apego ni disfunción grave.

Se analizaron las variables de apego y disfunción moderada, encontrando 25 (9.3%) con apego y disfunción moderada, 61 (24.4%) sin apego con disfunción moderada, 93 (37.2%) con apego sin disfunción moderada y 70 (28.0%) sin apego ni disfunción moderada.

En cuanto a apego y disfunción leve se encontro 10 (4.0%) con apego y disfunción leve, 43.2 (118%) con apego sin disfunción leve, 30 (12%) sin apego con disfunción leve y 101 (40.4%) sin apego ni disfunción leve.

Se analizó el apego terapéutico en relación con la familia funcional encontrando 63 (25.2%) con familia funcional y apego terapéutico, 55 (22.0%) con familia no funcional y apego terapéutico, 15 (6.0%) con familia funcional sin apego y 116 con familia no funcional sin apego terapéutico.

Al analizar sexo y familia funcional se encontro 15 (6.0%) masculinos con familia funcional, 91 (36.4%) masculino sin familia funcional, 63 (25.2%) femeninos con familia funcional y 80 (32.0%) femeninos sin familia funcional.

En cuanto a edad y familia funcional se detecto con familia funcional 5 (2.0%) de 18 a 30 años, 10 (4.0%) 31 a 40 años, 21 (8.4%) 41 a 50 años, 16 (6.4%) 51 a 60 años, 15 (6.0%) 61 a 70 años y 1 (.4%) de más de 80 años.

Se analizó estado civil y familia funcional y se encontro 10 (4.0%) soltero con familia funcional, 0 (0.0%) soltero con familia no funcional, 62 (24.8%) casado con familia funcional, 151 (60.4%) casado con familia no funcional, 5 (2.0%) viudo con familia funcional, 20 (8.0%) viudo con familia no funcional, 1 (.4%) otro con familia funcional y 0 (0.0%) con familia no funcional.

En cuanto a escolaridad y familia funcional se observó primaria 36 (14.4%) con familia funcional, 40 (16%) con familia no funcional, secundaria 11 (4.4%) con familia funcional, 50 (20.0%) con familia no funcional, bachillerato 20 (8.0%) con familia funcional, 36 (14.4%) con familia no funcional, licenciatura 10 (4.0%) con familia funcional, 15 (6.0%) con familia no funcional, analfabeta 1 (.4%) con familia funcional y 30 (12.0%) con familia no funcional.

En cuanto a ocupación y familia funcional se encontro 45 (18.0%) laborando con familia funcional, 50 (20.0%) laborando con familia no funcional, 33 (13.2%) no laborando con familia funcional, 121 (48.4%) no laborando con familia no funcional.

En el tiempo de diagnóstico y la familia funcional se encontró 0 a 5 años 5 (2.0%) funcional, 0 (0.0%) no funcional, 6 a 10 años 20 (8.0%) funcional, 5 (2.0%) no funcional, 11 a 15 años 26 (10.4%) funcional, 85 (34.0%) no funcional, 16 a 20 años 27 (10.8%) funcional, 71 (28.4%) no funcional, más de 20 años 0 (.0%) funcional, 10 (4.0%) no funcional.

Al analizar terapia oral y familia funcional se detectó con tratamiento oral 67 (26.8%) con familia funcional, 150 (60.0%) con familia no funcional, sin tratamiento oral 11 (4.4%) con familia funcional, 21 (8.4%) con familia no funcional.

Se analizaron pacientes con tratamiento con insulina y familia funcional se encontró con insulina 16 (6.4%) familia funcional, 66 (26.4%) no funcional, en tratamiento sin insulina, 62 (24.8%) familia funcional y 105 (42.0%) no funcional.

Se analizó el apego terapéutico con respecto al sexo encontrando masculino 45 (18.1%) con apego terapéutico, 61 (24.5%) sin apego, femeninos 73 (29.3%) con apego terapéutico, 70 (28.1%) sin apego terapéutico.

Se analizó el apego terapéutico con respecto a la edad, encontrando de 18 a 30 años 5 (2.0%) con apego, 0 (0.0%) sin apego, 31 a 40 años 10 (4.0%) con apego, 0 (0.0%) sin apego, 41 a 50 años 31 (12.4%) con apego, 0 (0.0%) sin apego, 51 a 60 años 36 (14.5%) con apego, 10 (4.0%) sin apego, 61 a 70 años 20 (8.0%) con apego, 71 (28.5%) sin apego, 71 a 80 años 10 (4.0%) con apego, 25 (10.0%) sin apego, más de 80 años 6 (2.4%) con apego, 25 (10.0%) sin apego.

Se analizó apego terapéutico y estado civil encontrando soltero 10 (4.0%) con apego, 0 (0.0%) sin apego, casado 102 (41.0%) con apego, 111 (44.6%) sin apego, viudo 5 (2.0%) con apego, 20 (8.0%) sin apego, otro 1 (.4%) con apego, 0 (0.0%) sin apego.

Se analizó la escolaridad y el apego terapéutico resultando primaria 36 (14.4%) con apego, 40 (16.0%) sin apego, secundario 11 (4.4%) con apego, 50 (20.0%) sin apego, bachillerato 20 (8.0%) con apego, 36 (14.4%) sin apego, licenciatura 10 (4.0%) con apego, 15 (6.0%) sin apego, analfabeta 1 (0.4%) con apego, 30 (12.0%) sin apego.

Se analizó ocupación y apego terapéutico resultando si laborando 45 (18.0%) con apego, 50 (20.0%) sin apego, no laborando 33 (13.2%) con apego, 121 (48.4%) sin apego.

Se analizó el apego terapéutico con respecto al tiempo de diagnóstico encontrando 0 a 5 años: 5 (2.0%) con apego, 5 (2.0%) sin apego, 6 a 10 años 20 (8.0%) con apego, 5 (2.0%) sin apego, 11 a 15 años 51 (20.5%) con apego, 60 (24.1%) sin apego, 16 a 20 años 42 (16.9%) con apego, 56 (22.5%) sin apego, más de 20 años de diagnóstico 0 (0.0%) con apego, 10 (4.0%) sin apego.

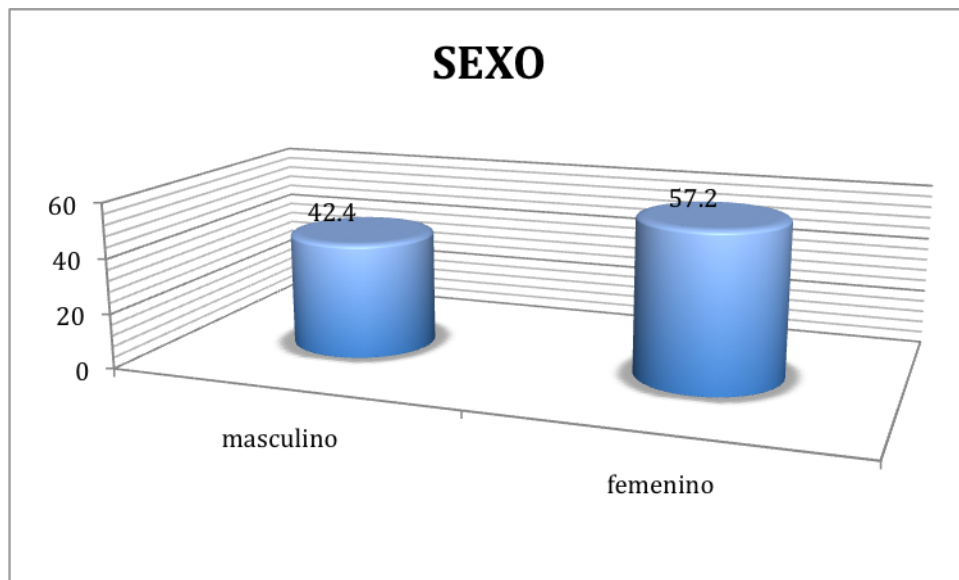
Se analizó el apego terapéutico en pacientes bajo tratamiento via oral encontrando 112 (45.0%) con apego, 105 (42.2%) sin apego, sin tratamiento oral se encontro 6 (2.4%) con apego y 26 (10.4%) sin apego.

Se analizó el apego terapéutico en pacientes bajo tratamiento con insulina encontrando 21 (8.4%) con apego, 61 (24.5%) sin apego, sin tratamiento con insulina 97 (39.0%) con apego, 70 (28.1%) sin apego.

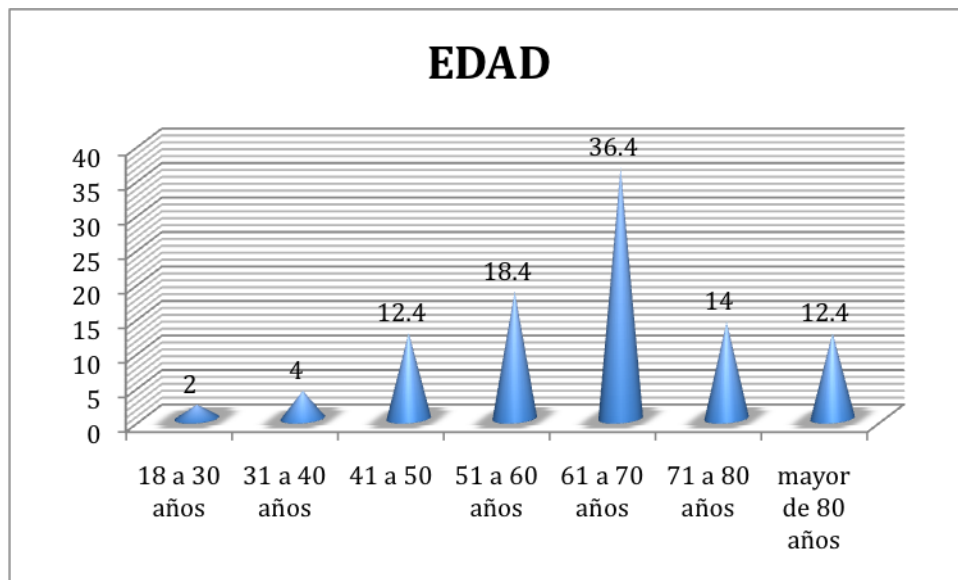
TABLAS Y GRAFICOS DE LOS RESULTADOS

TABLAS Y GRAFICOS UNIVARIABLES

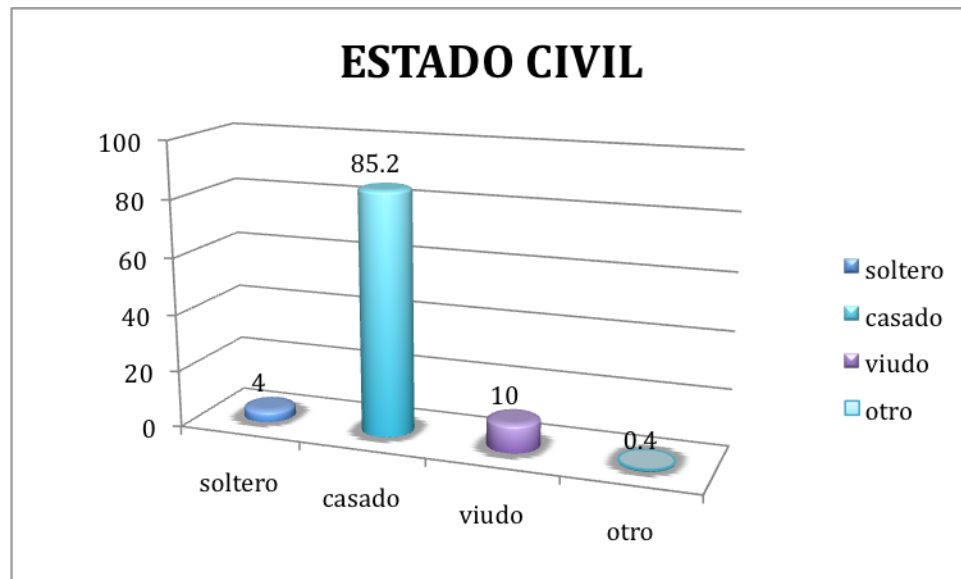
SEXO		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
masculino	106	42.4
femenino	143	57.2
Total	250	100.0



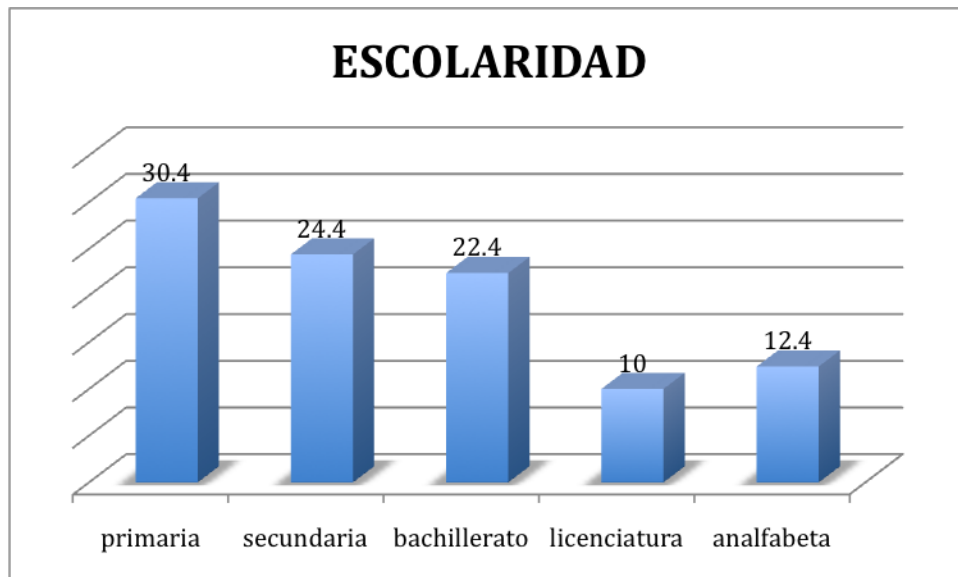
EDAD		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
18 a 30 años	5	2.0
31 a 40 años	10	4.0
41 a 50	31	12.4
51 a 60 años	46	18.4
61 a 70 años	91	36.4
71 a 80 años	35	14.0
mayor de 80 años	31	12.4
Total	250	100.0



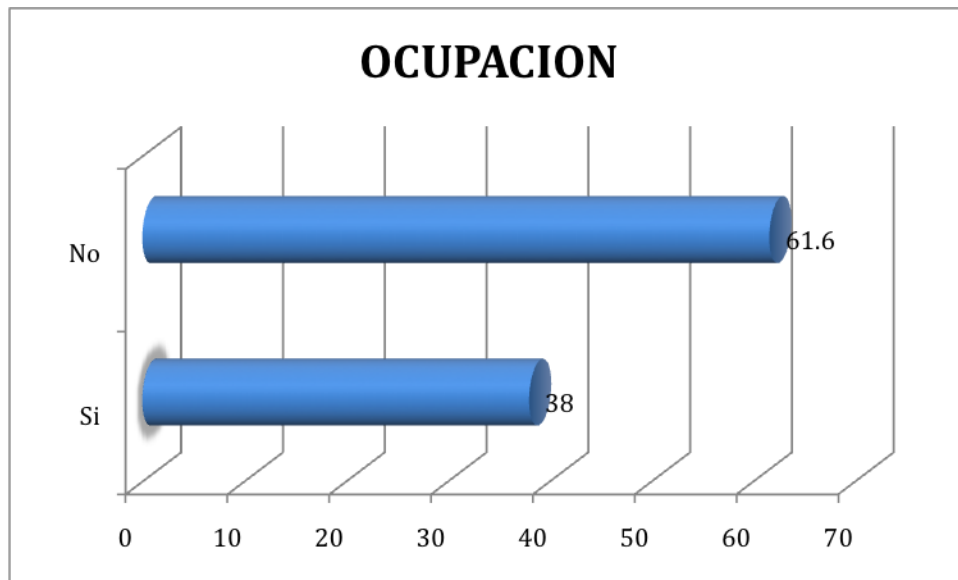
ESTADO CIVIL		
	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	10	4.0
Casado	213	85.2
Viudo	25	10.0
Otro	1	.4
Total	250	100.0



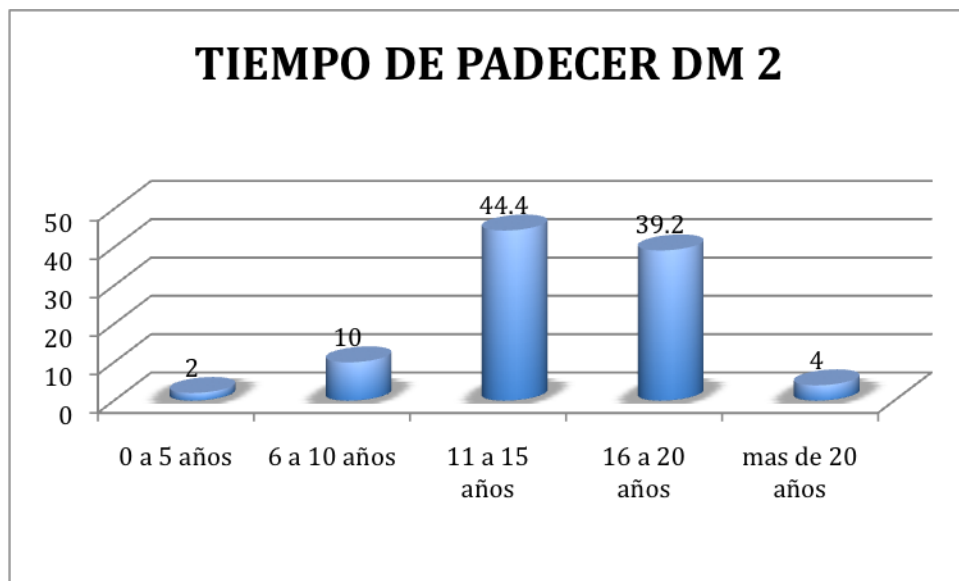
ESCOLARIDAD		
	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	76	30.4
Secundaria	61	24.4
Bachillerato	56	22.4
Licenciatura	25	10.0
Analfabeta	31	12.4
Total	250	100.0



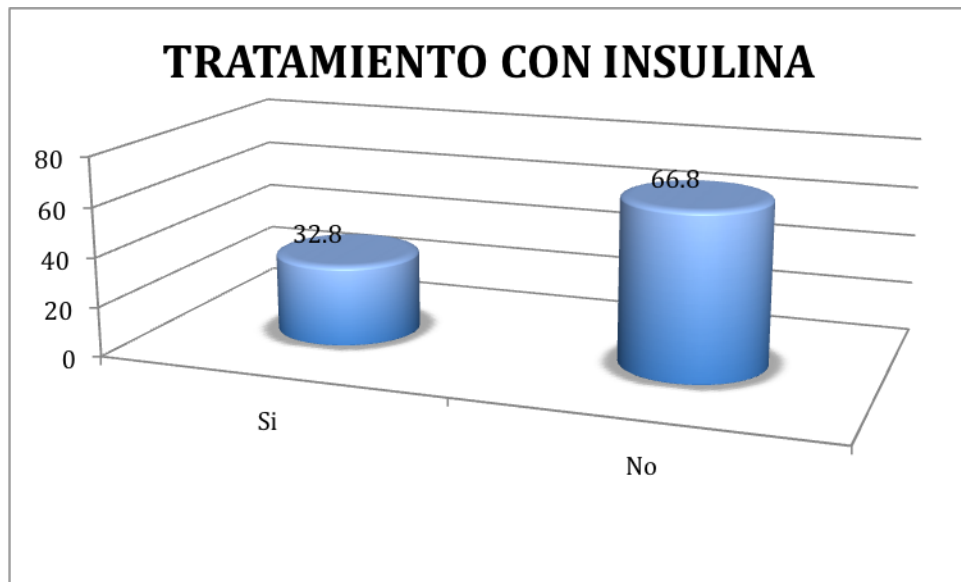
OCUPACION		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	95	38.0
No	154	61.6
Total	250	100.0



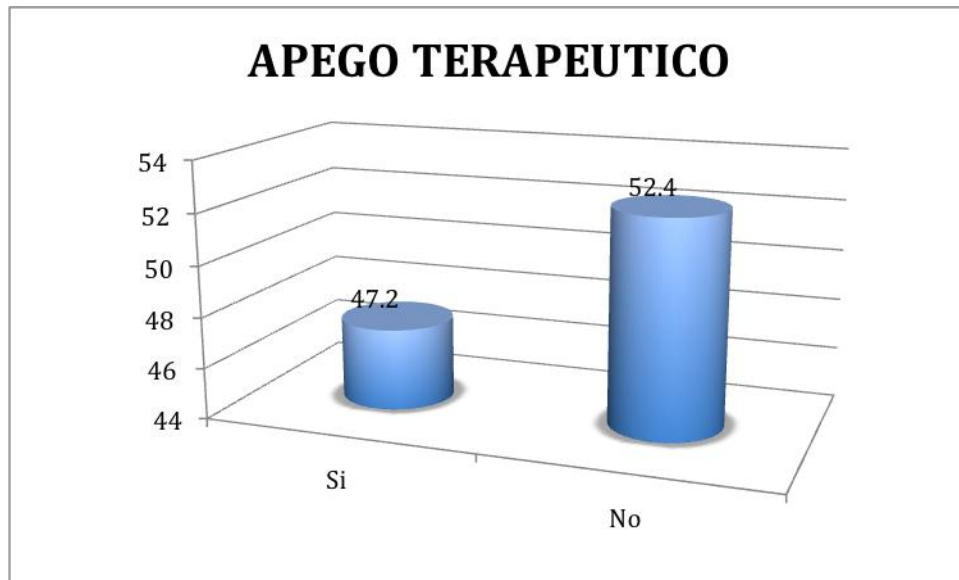
TIEMPO DE PADECER DM TIPO 2		
	Frecuencia	Porcentaje
0 a 5 años	5	2.0
6 a 10 años	25	10.0
11 a 15 años	111	44.4
16 a 20 años	98	39.2
mas de 20 años	10	4.0
Total	250	100.0



TRATAMIENTO CON INSULINA		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	82	32.8
No	167	66.8
Total	250	100.0



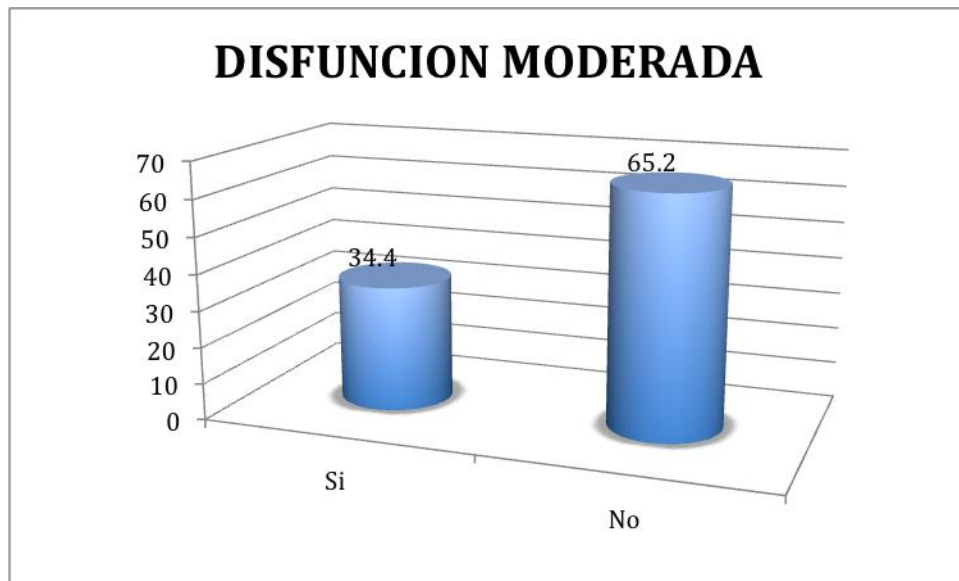
APEGO TERAPEUTICO		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	118	47.2
No	131	52.4
Total	250	100.0



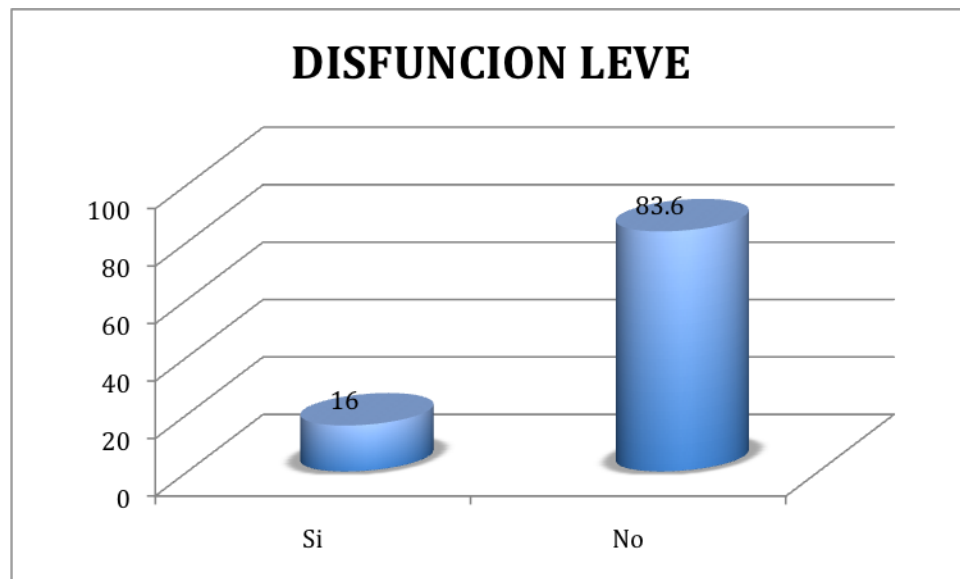
DISFUNCION SEVERA		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	50	20.0
No	199	79.6
Total	250	100.0



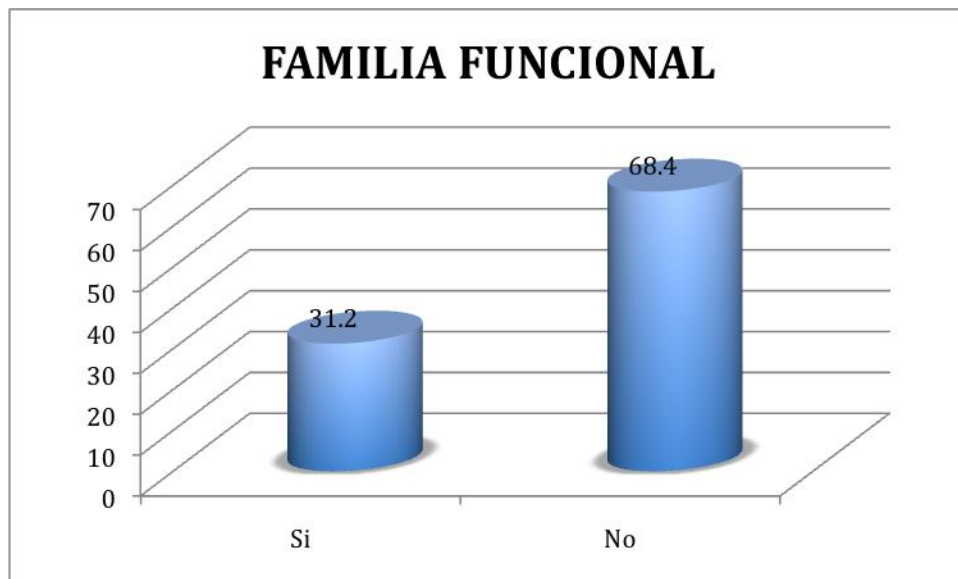
DISFUNCION MODERADA		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	86	34.4
No	163	65.2
Total	250	100.0



DISFUNCION LEVE		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	40	16.0
No	209	83.6
Total	250	100.0

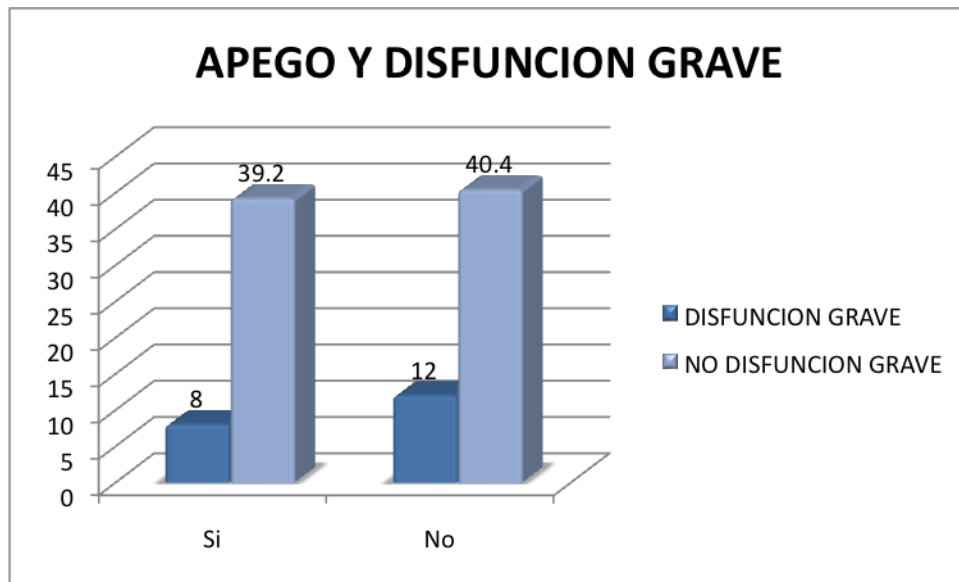


FAMILIA FUNCIONAL		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	78	31.2
No	171	68.4
Total	250	100.0

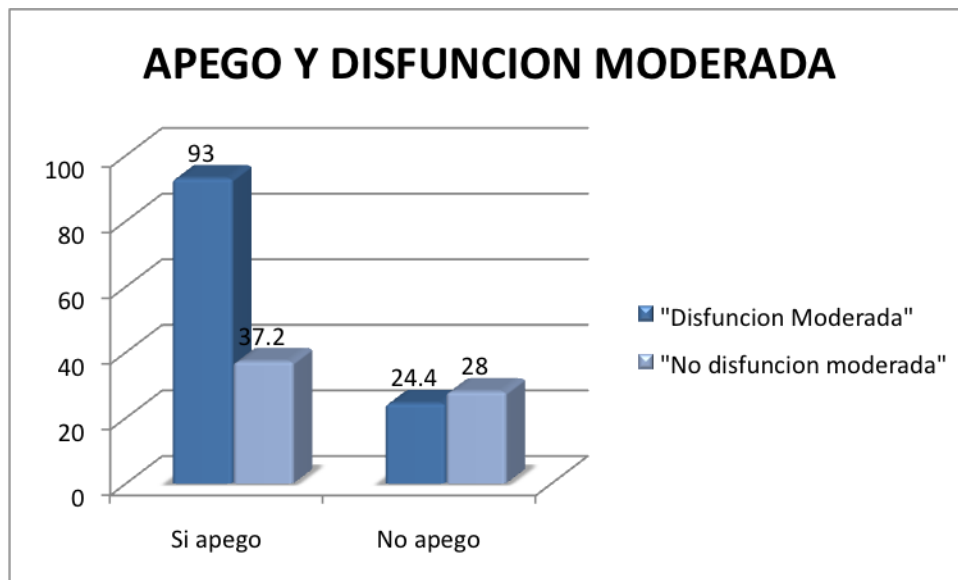


TABLAS Y GRAFICOS DE CONTINGENCIA

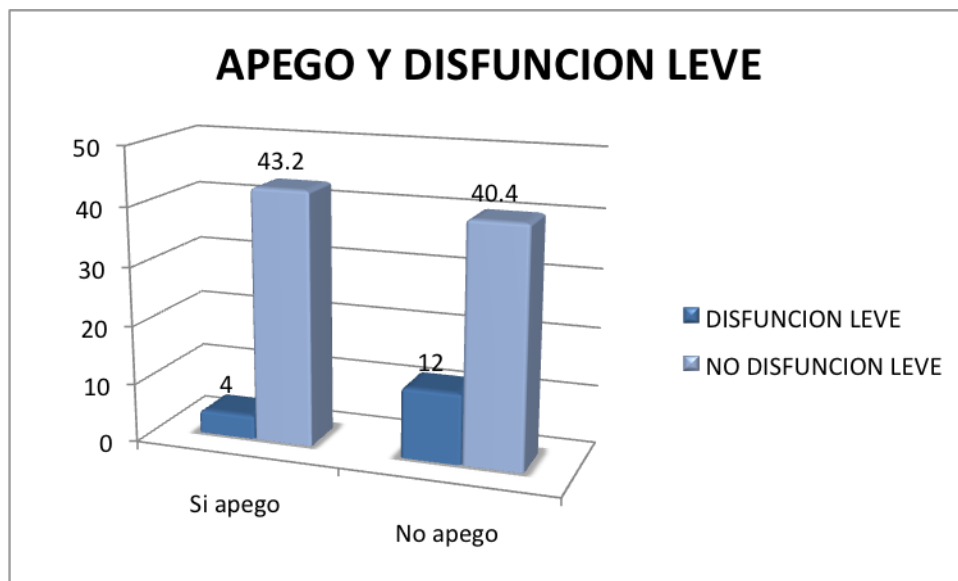
APEGO Y DISFUNCION GRAVE						
	SI		NO		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si apego	20	8.0	98	39.2	118	47.2
No apego	30	12.0	101	40.4	131	52.4
Total	50	20	199	79.6	250	100.0



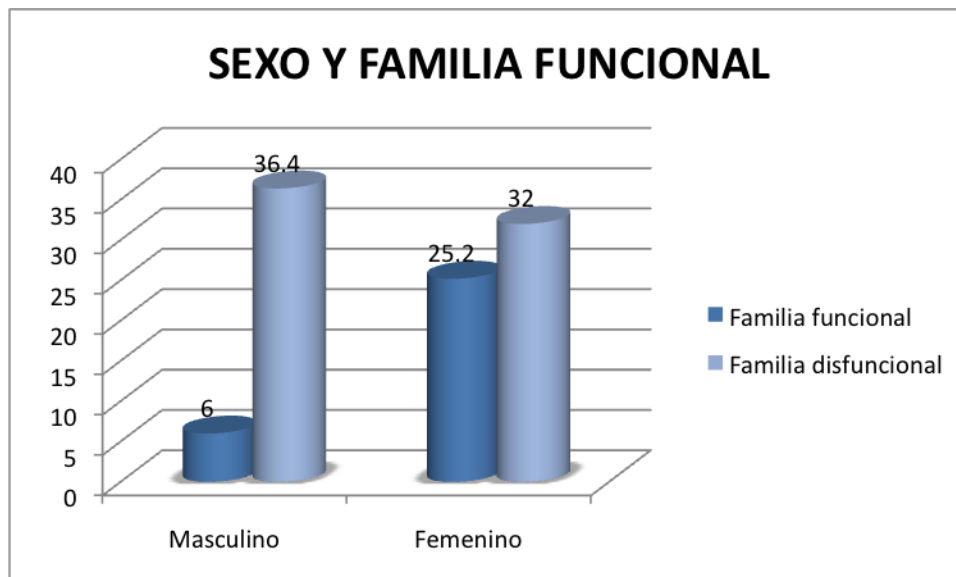
APEGO Y DISFUNCION MODERADA						
	SI		NO		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si apego	25	93	93	37.2	118	47.2
No apego	61	24.4	70	28.0	131	52.4
Total	86	34.4	163	65.2	250	100.0



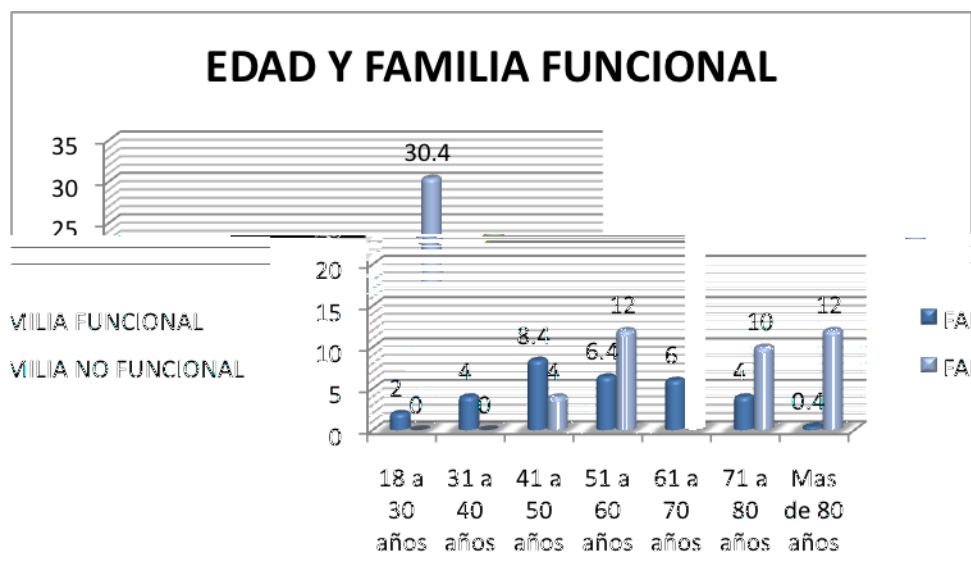
APEGO Y DISFUNCION LEVE						
	SI		NO		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si apego	10	4.0	108	43.2	118	47.2
No apego	30	12.0	101	40.4	131	52.4
Total	40	16.0	209	83.6	250	100.0



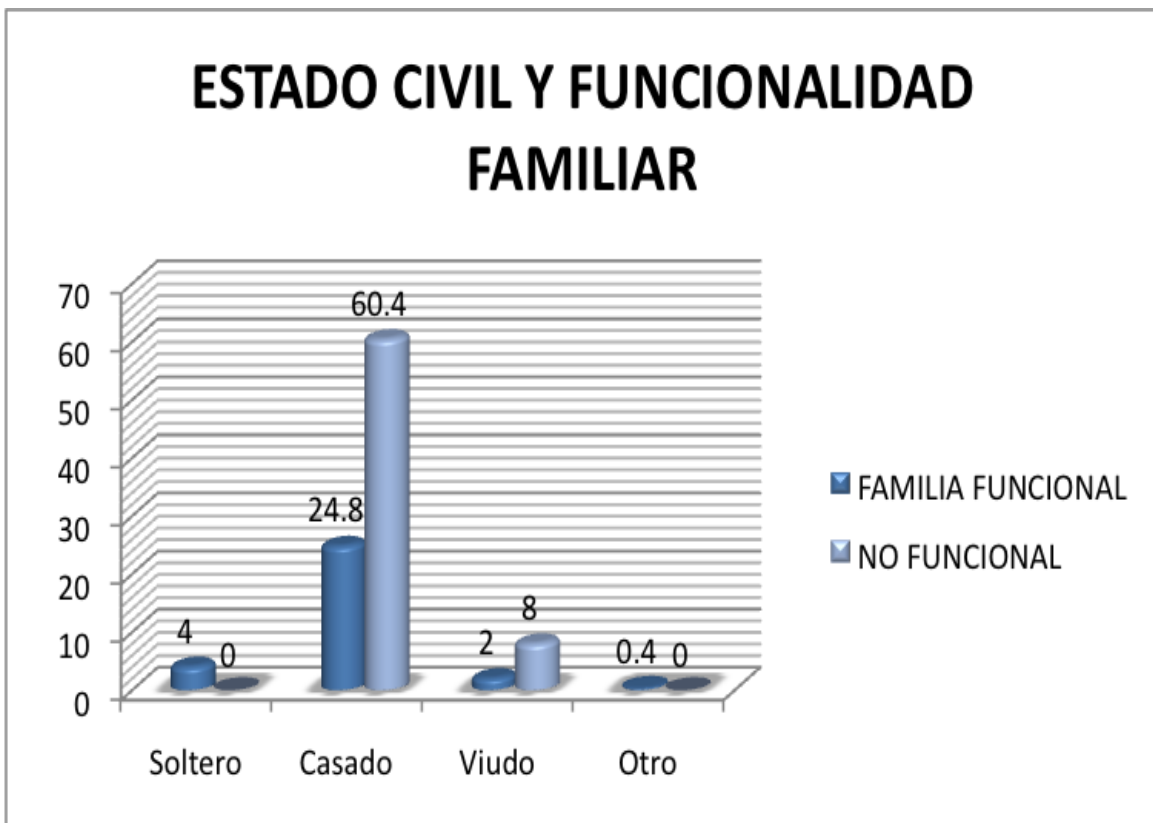
SEXO Y FAMILIA FUNCIONAL						
	SI		NO		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Masculino	15	6.0	91	36.4	106	42.4
Femenino	63	25.2	80	32.0	143	57.2
Total	78	31.2	171	68.4	250	100.0



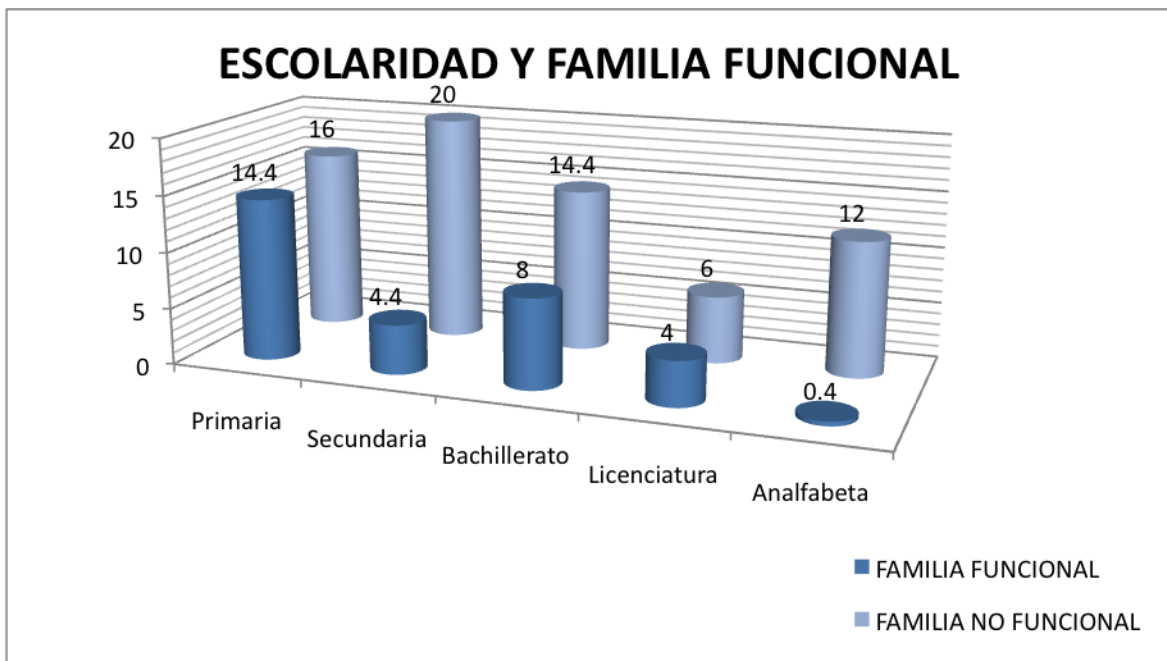
EDAD Y FAMILIA FUNCIONAL						
	FUNCIONAL		NO FUNCIONAL		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
		(%)		(%)		(%)
18 a 30 años	5	2.0	0	.0	5	2.0
31 a 40 años	10	4.0	0	.0	10	4.0
41 a 50 años	21	8.4	10	4.0	31	12.4
51 a 60 años	16	6.4	30	12.0	46	18.4
61 a 70 años	15	6.0	76	30.4	91	36.4
71 a 80 años	10	4.0	25	10.0	35	14.0
Mas de 80 años	1	.4	30	12.0	31	12.4
TOTAL	78	31.2	171	68.4	250	100.0



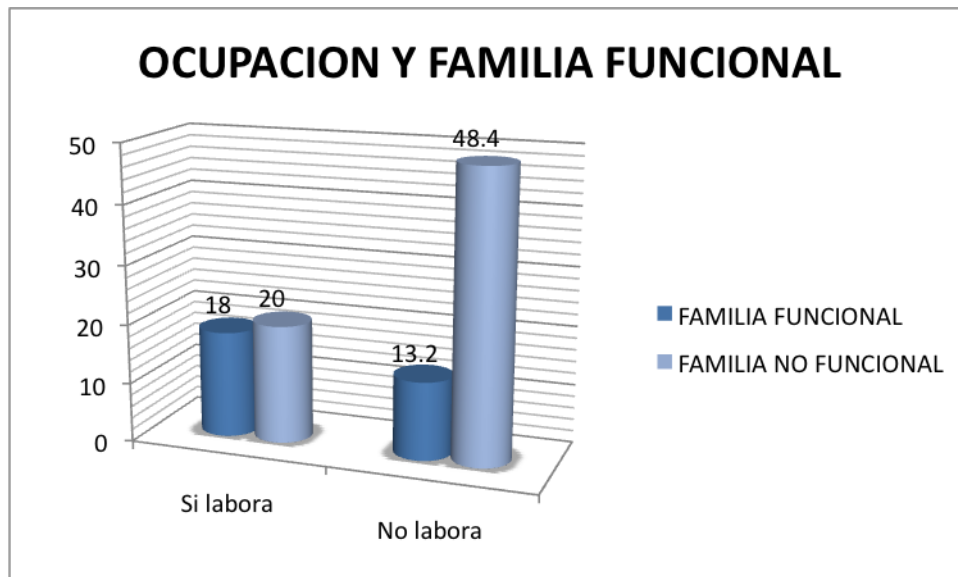
ESTADO CIVIL Y FAMILIA FUNCIONAL						
	FUNCIONAL		NO FUNCIONAL		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero	10	4.0	0	0.0	10	4.0
Casado	62	24.8	151	60.4	213	85.2
Viudo	5	2.0	20	8.0	25	10.0
Otro	1	.4	0	0.0	1	.4
Total	78	31.2	171	68.4	250	100.0



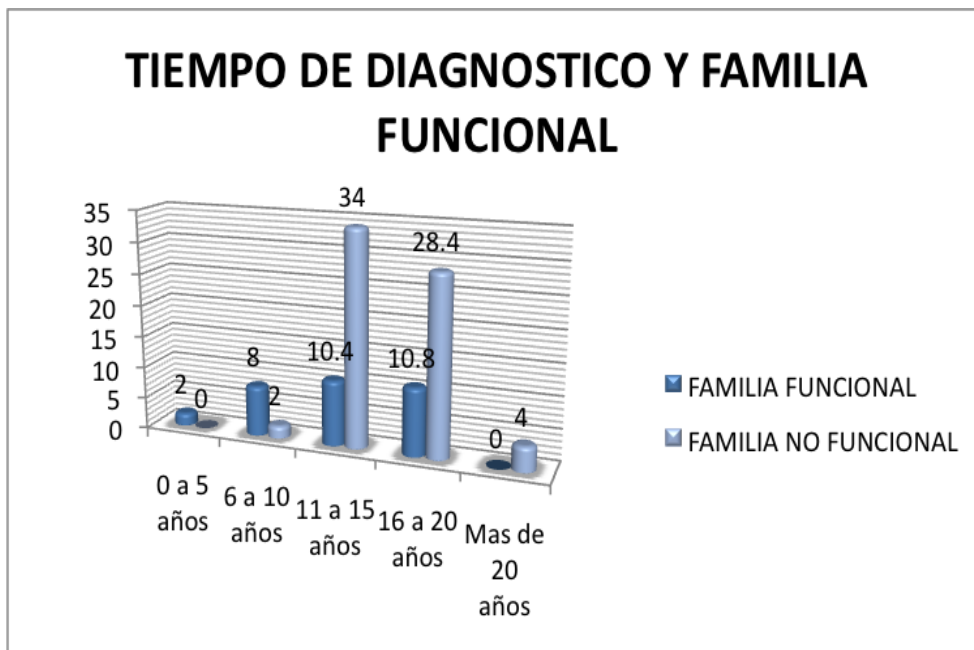
ESCOLARIDAD Y FAMILIA FUNCIONAL						
	FUNCIONAL		NO FUNCIONAL		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Primaria	36	14.4	40	16	76	30.4
Secundaria	11	4.4	50	20.0	61	24.4
Bachillerato	20	8.0	36	14.4	56	22.4
Licenciatura	10	4.0	15	6.0	25	10.0
Analfabeta	1	.4	30	12.0	31	12.4
Total	78	31.2	171	68.4	250	100.0



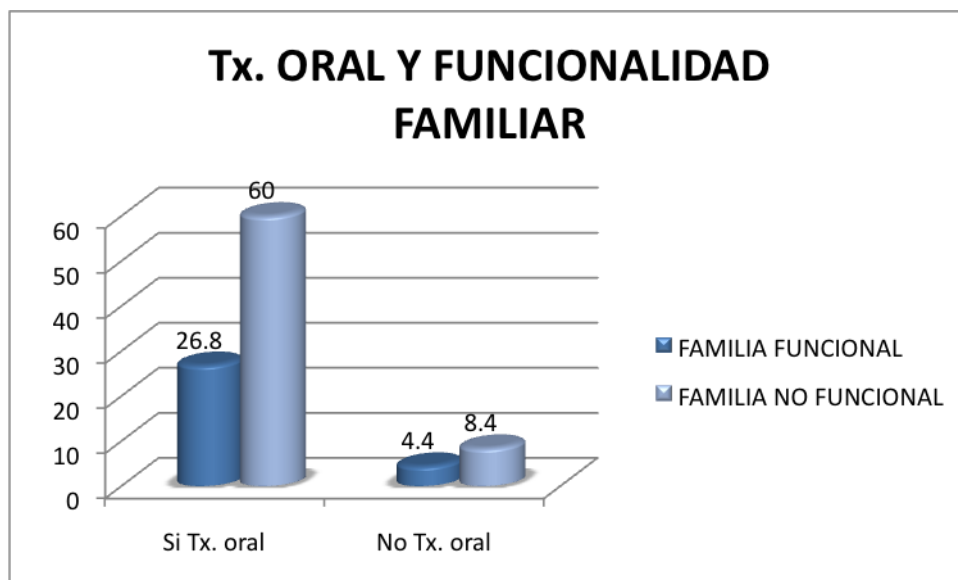
OCUPACION Y FAMILIA FUNCIONAL						
	FF		NO FUNCIONAL		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si labora	45	18.0	50	20.0	95	38.0
No labora	33	13.2	121	48.4	154	61.6
Total	78	31.2	171	68.4	250	100.0



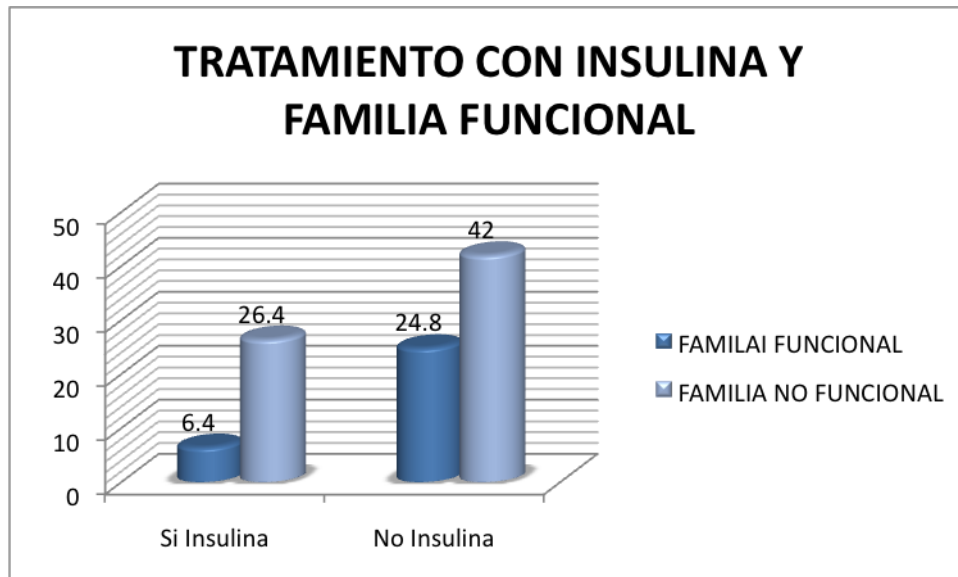
TIEMPO DE DIAGNOSTICO Y FAMILIA FUNCIONAL						
	FUNCIONAL		NO FUNCIONAL		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
0 a 5 años	5	2.0	0	.0	5	2.0
6 a 10 años	20	8.0	5	2.0	25	10.0
11 a 15 años	26	10.4	85	34.0	111	44.4
16 a 20 años	27	10.8	71	28.4	98	39.2
Mas de 20 años	0	.0	10	4.0	10	.4
TOTAL	78	31.2	171	68.4	250	100.0



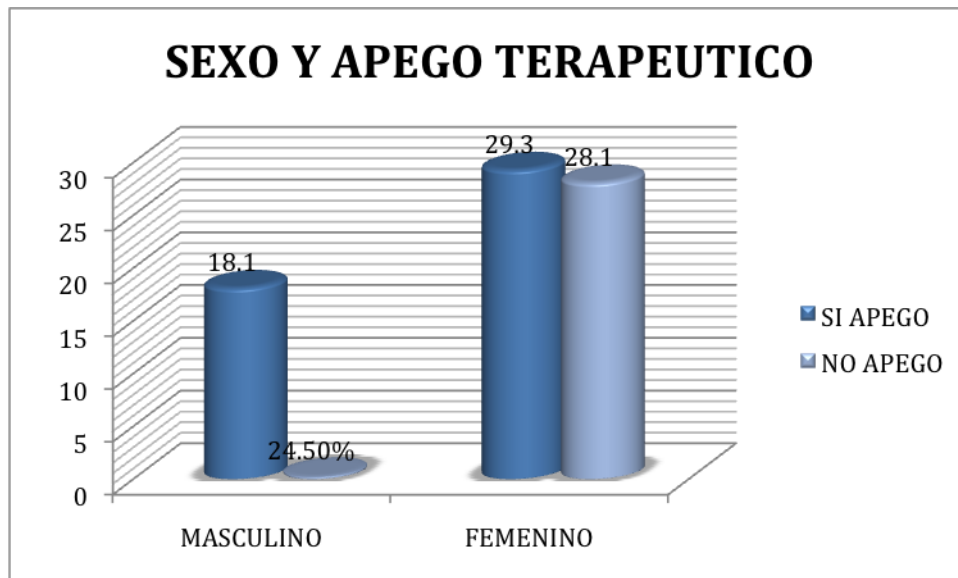
TERAPIA ORAL Y FAMILIA FUNCIONAL						
	FF		NO FUNCIONAL		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si Tx. oral	67	26.8	150	60.0	217	86.8
No Tx. oral	11	4.4	21	8.4	32	12.8
Total	78	31.2	171	68.4	250	100.0



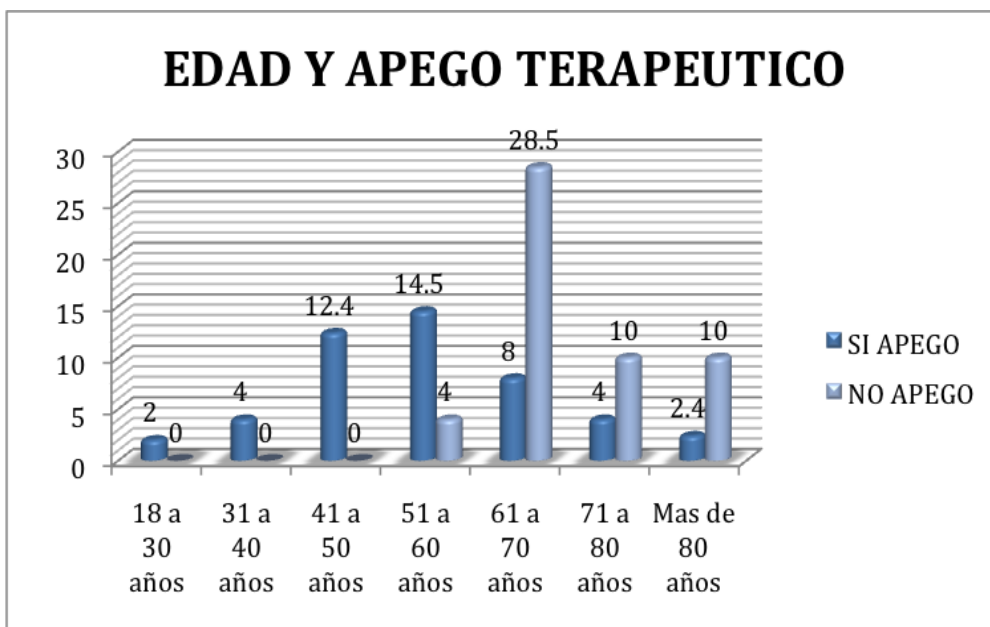
TRATAMIENTO CON INSULINA Y FAMILIA FUNCIONAL						
	FF		NO FUNCIONAL		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si Insulina	16	6.4	66	26.4	82	32.8
No Insulina	62	24.8	105	42.0	167	66.8
Total	78	31.2	171	68.4	250	100.0



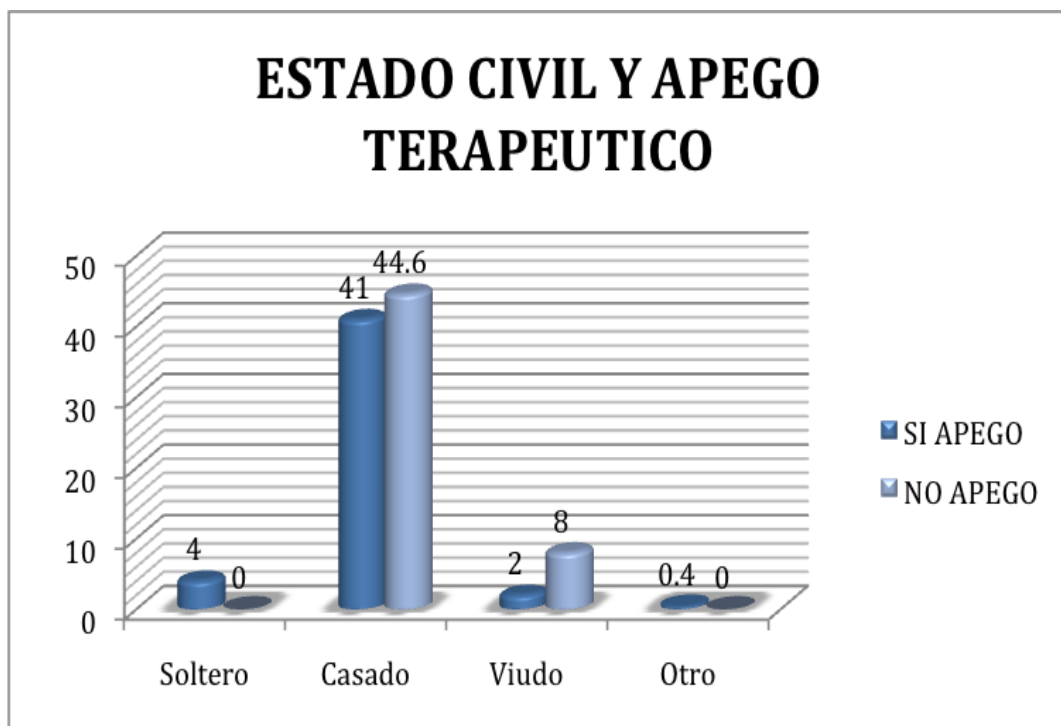
SEXO Y APEGO TERAPEUTICO						
	SI		NO		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
MASCULINO	45	18.1	61	24.5%	106	42.6
FEMENINO	73	29.3	70	28.1	143	57.4
Total	118	47.4	131	52.6	250	100.0



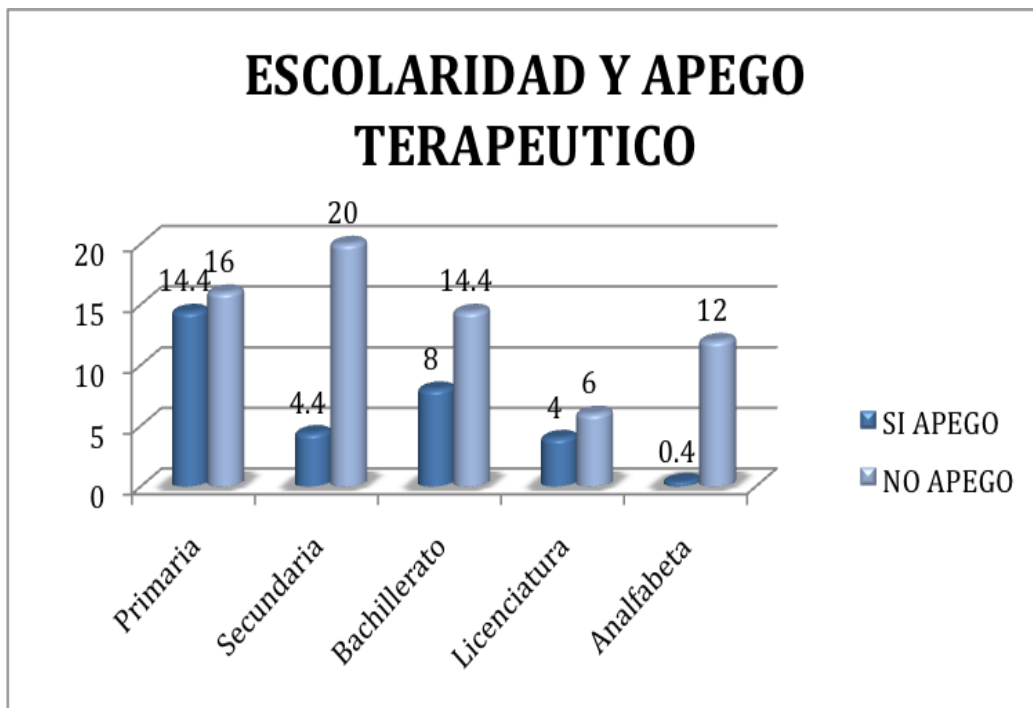
EDAD Y APEGO TERAPEUTICO						
	SI APEGO		NO APEGO		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
18 a 30 años	5	2.0	0	0.0	5	2.0
31 a 40 años	10	4.0	0	0.0	10	4.0
41 a 50 años	31	12.4	0	0.0	31	12.4
51 a 60 años	36	14.5	10	4.0	46	18.5
61 a 70 años	20	8.0	71	28.5	91	36.5
71 a 80 años	10	4.0	25	10.0	35	14.1
Mas de 80 años	6	2.4	25	10.0	311	2.4
TOTAL	118	47.4	131	52.6	250	100.0



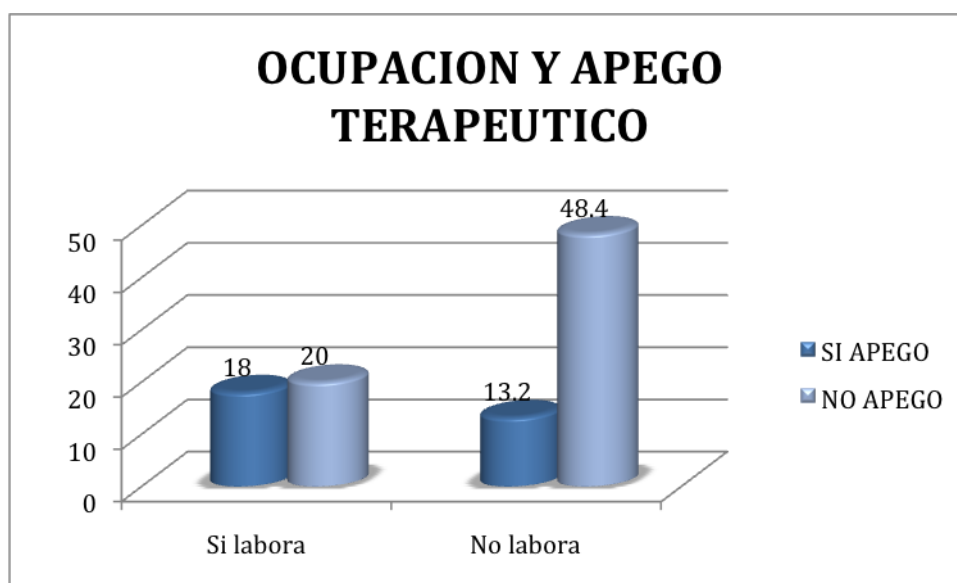
ESTADO CIVIL Y APEGO TERAPEUTICO						
	APEGO		NO APEGO		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero	10	4.0	0	0.0	10	4.0
Casado	102	41.0	111	44.6	213	85.5
Viudo	5	2.0	20	8.0	25	10.0
Otro	1	.4	0	0.0	1	.4
Total	118	47.4	131	52.6	250	100.0



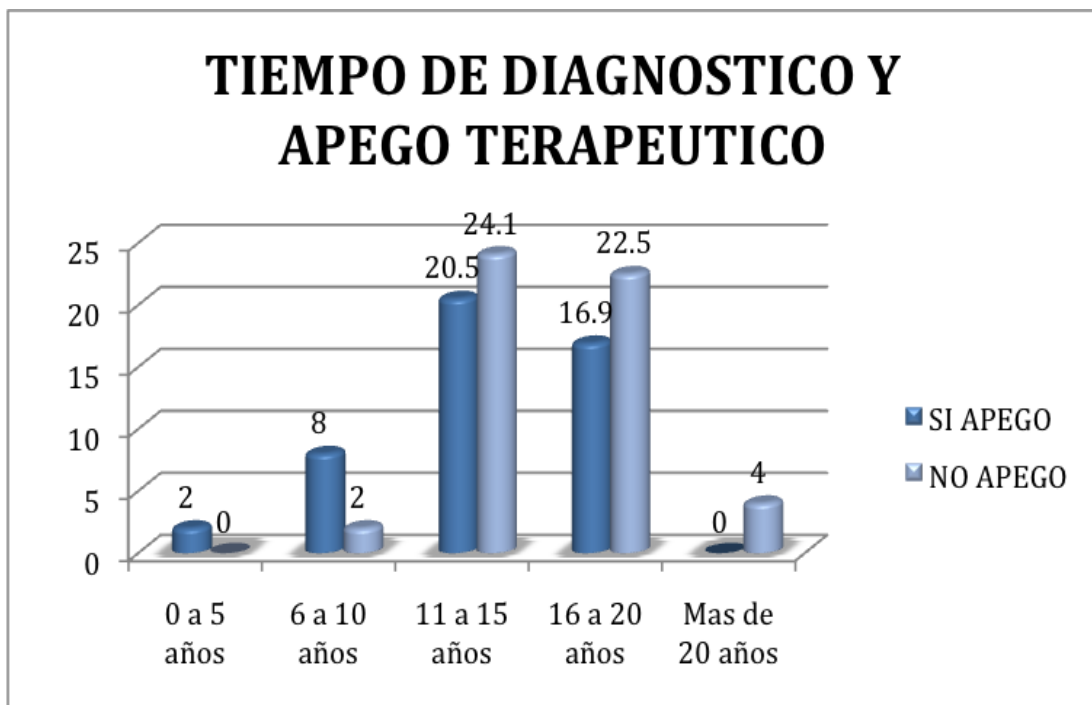
ESCOLARIDAD Y APEGO TERAPEUTICO						
	SI APEGO		NO APEGO		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Primaria	36	14.4	40	16	76	30.4
Secundaria	11	4.4	50	20.0	61	24.4
Bachillerato	20	8.0	36	14.4	56	22.4
Licenciatura	10	4.0	15	6.0	25	10.0
Analfabeta	1	.4	30	12.0	31	12.4
Total	78	31.2	171	68.4	250	100.0



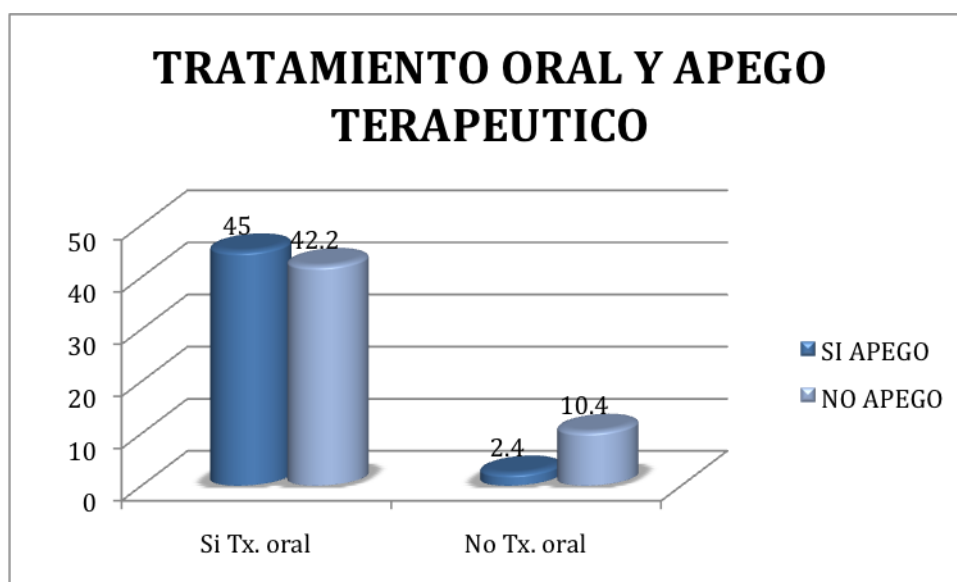
OCUPACION Y APEGO TERAPEUTICO						
	SI APEGO		NO APEGO		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si labora	45	18.0	50	20.0	95	38.0
No labora	33	13.2	121	48.4	154	61.6
Total	78	31.2	171	68.4	250	100.0



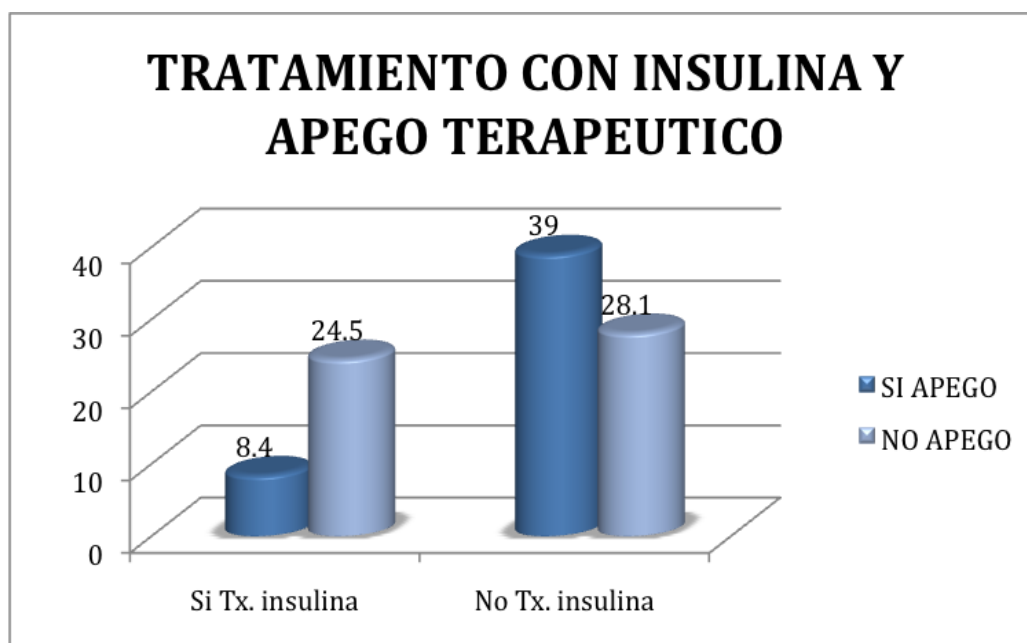
TIEMPO DE DIAGNOSTICO Y APEGO TERAPEUTICO						
	SI APEGO		NO APEGO		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
0 a 5 años	5	2.0	0	0.0	5	2.0
6 a 10 años	20	8.0	5	2.0	25	10.0
11 a 15 años	51	20.5	60	24.1	111	44.6
16 a 20 años	42	16.9	56	22.5	98	39.4
Mas de 20 años	0	0.0	10	4.0	10	4.0
TOTAL	118	47.4	131	52.6	250	100.0



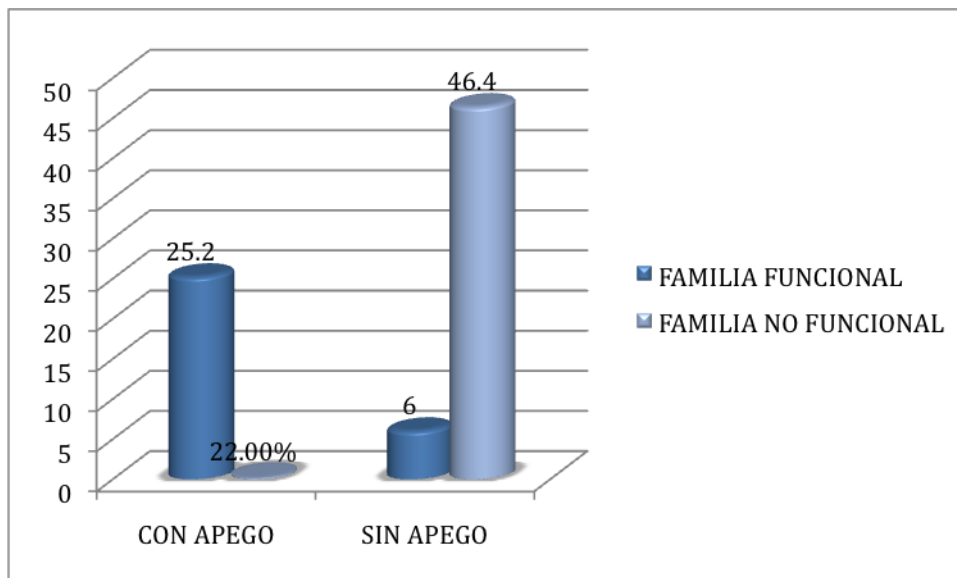
TERAPIA ORAL Y APEGO TERAPEUTICO						
	SI APEGO		NO APEGO		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si Tx. oral	112	45.0	105	42.2	217	87.1
No Tx. oral	6	2.4	26	10.4	32	12.9
Total	118	47.4	131	52.6	250	100.0



TERAPIA CON INSULINA Y APEGO TERAPEUTICO						
	SI APEGO		NO APEGO		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si Tx. insulina	21	8.4	61	24.5	82	32.9
No Tx. insulina	97	39.0	70	28.1	167	67.1
Total	118	47.4	131	52.6	250	100.0



APEGO TERAPEUTICO Y FAMILIA FUNCIONA						
	SI		NO		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
CON APEGO	63	25.2	55	22.0%	118	47.2
SIN APEGO	15	6.0	116	46.4	131	52.4
Total	78	31.2	171	68.4	250	100.0



CONCLUSIONES

Los hallazgos del presente estudio muestran el apego terapéutico y funcionalidad familiar de pacientes con diagnóstico de DM tipo 2 adscritos a la U.M.F. # 8, asociando estas importantes variables a otras igual de trascendentes pero que no ocuparon el primer escalon en este estudio, las conclusiones fueron las siguientes:

De los 250 pacientes incluidos en el estudio que presentaron disfunción leve 4.0% presentaron adecuado apego terapéutico, mientras que el 16.0% no presento apego terapéutico. En aquellos con disfunción moderada el 93% tiene apego, el 24.4% sin apego terapéutico. En la población que se detecto disfunción grave el 8.0% presento apego terapéutico, mientras que el 12.0% no mantiene apego terapéutico. Finalmente en aquellos pacientes con apego terapéutico el 25.2% pertenecia a una familia funcional, el 22% a una familia no funcional, en los apacientes sin apego 6.0% pertenecen a una familia funcional mientras que un 46.4% a familias no funcionales.

Los pacientes de sexo femenino fueron las que obtuvieron el mayor porcentaje dentro del rubro de familia funcional 25.2%. En cuanto a grupos etareos y funcion familiar se detecto mayor porcentaje de familias funcionales 8.4% en el rango de 41 a 50 años, el mayor porcentaje de pacientes con familia no funcional se encuentra dentro del rango de 61 a 70 años con 30.4%.

Los pacientes casados muestran la mayor pertenencia a familias funcionales con un 24.8%, al mismo tiempo dentro de los que pertenecen a familias no funcionales los pacientes casados representan mayoría con 60.4%, tomando en cuenta que este rubro representa el 85.2% de la población total en estudio.

Los pacientes quienes laboran fuera de su domicilio en un 18.0% se encuentran dentro de una familia nuclear, mientras que un 20.0% que labora se incluye en una familia no funcional.

Mientras se cuente con el diagnostico de DMT2 se encuentra menor porcentaje de familias funcionales. Es evidente según llos resultados y tablas analizadas que los pacientes con terapia oral presentan mayor porcentaje de familias funcionales (6.4%), mientras que un 26.4% de los pacientes en tratamiento con insulina se encuentran dentro de familias no funcionales.

Resultado de gran interes observar un mayor apego terapéutico en pacientes de sexo femenino con 29.3%. Dentro del rango de edad de 51 a 60 años se encontro a los pacientes con apego terapéutico adecuado y dentro del rango de 61 a 70 años hay aumento del desapego terapéutico.

En los pacientes casados se encontro parcticamente dividida la poblacion con 41.0% de apego contra 44.6% de desapego terapéutico, dentro de los pacientes solteros se encontro un apego en el total de los pacientes dentro de este rubro.

En cuanto a escolaridad no se encontro gran variacion de resultados en cuanto a apego y desapego terapeutico, encontrandose el primero siempre por debajo de los porcentajes del desapego terapeutico.

Dentro de la población laboralmente activa el porcentaje de apego versus desapego se encontro muy similar (18% vs. 20%), dentro de los que no cuentan con actividad laboral hay mayor desapego terapéutico con un 48.4% vs. 13.2% con apego adecuado.

Se detecta menor apego terapéutico a mayor tiempo de diagnostico de DM2. Con terapia farmacologica via oral un 45% presenta apego, mientras que un 42.2% se encuentra con desapego. De los pacientes que utilizan terapia insulinica el 8.4% tienen adecuado apego, mientras que un 24.5% se encuentran en desapego terapéutico.

DISCUSION

Son pocos los estudios realizados en el ámbito nacional sobre apego terapéutico, en este trabajo de investigación intente tener una aproximación a los factores que se ven mas involucrados en la decisión del apegarse o no al tratamiento farmacológico. Se describen varios métodos para medir el cumplimiento terapéutico como son la cuenta de tabletas y la entrevista con el paciente cuando no se puede hacer el estándar de oro (medición del fármaco en sangre o en orina). El no apego al tratamiento acarrea muchas implicaciones económicas, del mismo modo hay repercusión al las relaciones familiares generando reacomodos y cambios quizás momentáneos de roles, lo cual genera crisis en el núcleo familiar, la cual puede perpetuarse en un proceso disfuncional de convivencia, ya que el paciente es educado en consulta, se le dan armas para aprender a vivir con su padecer, pero a los familiares y potenciales redes de apoyo no se le enseña la que seria su mas noble e importante labor, dar soporte a nuestro paciente y al mismo modo cursar con un proceso de duelo por la perdida de la salud del ser querido, como vemos las implicaciones del apego terapéutico y funcionalidad familiar dependen de un sin fin de variables, las cuales no lograremos modificar mientras sigamos viendo a nuestro paciente como unidad aislada de su familia y de la sociedad, considero de gran importancia, y afortunadamente no me encuentro sola en este pensamiento, que la base de el tratamiento de nuestro paciente con DMT 2 no son los fármacos, si no, lograr incidir en cambios reales de su estilo de vida, donde por supuesto van incluidas su s relaciones interpersonales y de este modo las redes sociales.

Al analizar los resultados de este estudio resulto evidente que en pacientes con familias funcionales el apego terapéutico era mayor, mientras que en familias no funcionales encontramos mayor numero de pacientes con pobre apego terapéutico sin el.

En nuestra sociedad donde la cercanía de las familias y los sentimiento mas profundos se procesan alrededor de la comida, en los desayunos, las comidas, los fines de semana en familia y las fiestas interminables de nuestro feliz pueblo incidir en la alimentación es un reto enorme, y será logrado solo cuando se involucre a todas la piezas involucradas, solo hay que enseñar un régimen dietético adecuado que no reste disfrute de esos momento culinarios llenos de amor familiar.

Dicho lo anterior los programas educativos del sector salud cobran aun mas importancia, los pacientes en estos grupos de autoayuda comparten los conocimientos adquiridos con sus familiares, seria de gran importancia que los familiares se involucraran en estos cursos ya que sensibilizan a la población además recordemos que un cambio en los hábitos de una familia no solo beneficiaran al enfermo ya detectado con DMT 2, si no a generaciones futuras que cuentan ya con la carga genética para tal padecimiento, por tanto la única manera coincide para atenuar o retardar la expresión de esta información genética es un adecuado estilo de vida.

Considerar la experiencia del padecimiento permite atender a la voz de los actores que cotidianamente conviven con la enfermedad y sus consecuencias, el escuchar esa voz es probable que nos permita a los profesionales alargar la mirada para conocer y comprender las vicisitudes, conflictos, sinsabores, y en ocasiones tragedias que rodean al enfermo quien se ve abrumado por problemas y dificultades dada su condición social a lo que se agrega las necesidades y, exigencias que le impone a su persona, a su economía y a su entendimiento la experiencia de padecer una enfermedad crónica.

En ese sentido los profesionales de la salud deben considerar la dimensión de la familia e incluso otras redes sociales como otros parientes y amigos cuando brindan atención al enfermo de diabetes considerando que el sistema familiar se verá afectado por la enfermedad y todo lo que conlleva y que a su vez una dinámica familiar favorable contribuirá en el cuidado de la salud del enfermo crónico. Analizando bibliografía para este proyecto me he percatado de la importancia que esta cobrando esta visión de ejercer la medicina, donde la prevención por cuestión de sesgos quizás se dejó de lado, ya que las altas especialidades cobraron gran importancia y renombre, pero al observar la ola de complicaciones por enfermedades crónico-degenerativas es urgente redireccionar la mirada y los esfuerzos para lograr el bienestar biopsicosocial de los individuos, que si lo analizamos mas profundamente esta definición claro que tiene que ver con la salud pero mirando la trascendencia verdadera de las cosas, este equilibrio nos dará la felicidad que todo ser humano merece.

Las otras variables analizadas fueron de gran importancia, pero nos dejaron observar que los pacientes que se encuentran casados tienen un mayor apego, quizás por que su compañero los atiende o ellos mismos procuren su bien estar para poder apoyar a su cónyuge, en cuanto a edad, lo pacientes del extremo final de la vida pierden quizás interés en su autocuidado y quizás las redes de apoyo sean débiles generando desapego terapéutico, el tipo de terapéutica utilizada tiene gran importancia ya que en el tratamiento vía oral es mayor el apego que en pacientes con terapia insulínica, quizás por los tabúes al respecto o lo impracticable de la aplicación.

BIBLIOGRAFIA

1. Duran Varela BR, Rivera Chavira B, Franco Gallegos E. Pharmacological therapy compliance in diabetes. *Salud Publica Mex* 2001;43:233-236.
2. Alfonso Villalobos-Pérez B Factores involucrados en la adhesión al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en una muestra de pacientes diabéticos de la zona norte de Costa Rica: un estudio psicométrico. ISSN: 1794-9998 / Vol. 3 / No. 1 / 2007 / pp. 25-36.
3. Yurelis Ginarte Arias¹, LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA, *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001;17(5):502-5.
4. Dulce María Méndez López,¹ Víctor Manuel Gómez López. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. *Rev Med IMSS* 24; 42 4: 28 284.
5. Gómez López VM Zúñiga González S García De León E Couttolenc López Ma I Control de la diabetes mellitus tipo 2 El índice de hiperglucemia como indicador *Rev Med IMSS*22;44: 28284.
6. Rodríguez Moran M, Guerrero Romero JF. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia en pacientes con diabetes mellitus no insulino dependiente. *Salud Publica Mex* 1997.39(1):44_47.
7. Miguel Ángel Rodríguez Chamorroa, Emilio García-Jiménezb, Pedro Amarilesc, Alfonso Rodríguez Chamorro d y María José Fause. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria*.2008;40(8):413-7
8. Rodríguez Chamorro MA, Rodríguez Chamorro A, García Jiménez E. Incumplimiento terapéutico en pacientes en seguimiento farmacoterapéutico mediante el método Dáder. *Pharmaceutical Care España*. 2006;8:62-8.
9. Palop Larrea V, Martínez Mir I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 2004;28:113-20.
10. Krapek K, King K, Warren SS, George KG, Caputo DA, Mihe-lich K, et al. Medication adherence and associated hemoglobin A1c in type 2 diabetes. *Ann Pharmacother*. 2004;38:1357-61.
11. Ventura-Cerdá JM, Mínguez-Gallego C, Fernández-Villalba EM, Alós-Almiñana M, Andrés-Soler J. Escala simplificada para detectar problemas de adherencia (ESPA) al tratamiento retrovi- ral. *Farm Hosp*. 2006;30:171-6.
12. Mendoza-Solís LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez HF, Pérez-Hernández C. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. *Archivos en Medicina Familiar*. Vol.8 (1) 27-32 .

13. C. DE DIOS ET AL. Factores familiares y sociales asociados al bienestar emocional en adolescentes diabéticos. Eur. J. Psychiat. Vol. 17, N.º 3, (171-182) 2003.
14. García Pérez AM1, Leiva Fernández F1, Martos Crespo F2, García Ruiz AJ2, Prados Torres D1, Sánchez de la Cuesta y Alarcón F2. Como diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? Medicina de Familia (And) 2000; 1: 13-19.
15. Luz Maria Tejada, Blanca Estela Grimaldo y Olga Maldonado. Percepción de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y del padecimiento. Enero-Marzo . 7 No. 1 2006.
16. Vázquez Castellanos, J.L. y A. Panduro Cerda 2001 "Diabetes Mellitus tipo 2: un problema epidemiológico y de emergencia en México" Investigación en Salud. Vol. III, Pág. 4
17. Mazzuca, S., N. Moorman, M. Wheelwe, J. Norton, N. Fineberg and F. Vinicor 1986. The diabetes education study: a controlled trial of the effects of diabetes patient education. Diabetes Care; Vol 9: 1-10.
18. Hernández, L., F. Téllez, J. Garduño y E. González 2003 Factors associated with therapy noncompliance in type-2 diabetes patients. Salud Pública Méx. Vol 45 No.3 191-197
19. Rodríguez, M. y F. Guerrero 1997 Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. Salud Pública Méx. Vol. 39 no.1:44-47
20. Pace, E., P. Nunes y K. Vigo 2003. El conocimiento de los familiares sobre la problemática del portador de diabetes mellitus. Rev. Latino-Am. Enfermagem Vol.11 No. 3
21. Editorial. Regimen adherence: A problematic construct in diabetes re- search. Diabetes Care 1985;8:300-301.
22. Velázquez MO, Lara EA, Tusie LMT, González ChA. Prevención primaria de la diabetes: una necesidad para el siglo XXI. Med Int Mex 2001; 17(1): 24-35.
23. Corona-Hernández M, Bautista-Samperio L. *Perfil del paciente diabético en una Unidad de Medicina Familiar de la Ciudad de México*. Archivos en Medicina Familiar. Volumen 6, Núm. 2, pp 40-43, mayo-agosto 2004.
24. Rosas F, Cossio Z, Henestrusa P, Flores E, Cal y Mayor I, Meza V, et al. Prevalencia de Depresión en Pacientes con Pie Diabético. Revista Mexicana de Angiología. 2006:107-11.
25. Marco Araneda M. Rev. Chilena Pediatría 2009, 80 (6): 560-569. Adherencia al tratamiento de la DM Tipo 1, durante la adolescencia. Una perspectiva psicológica.

ANEXOS

INTEGRANTES DE LA FAMILIA

En el cuadro de abajo anota a todos los integrantes que vivan en tu casa, llenando cada campo.

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	ESTADO CIVIL

ANEXO

APGAR FAMILIAR

En el siguiente recuadro encontrarás unas preguntas. Contesta cada una de las preguntas marcando con una cruz la respuesta que más se acerque a la realidad.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi Siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad	1	2	3	4	5
Me satisface la forma como mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo	1	2	3	4	5
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades	1	2	3	4	5
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza o amor	1	2	3	4	5
Me satisface cómo compartimos en familia el tiempo de estar juntos, los espacios en la casa o el dinero	1	2	3	4	5

ANEXO

FOLIO _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El siguiente cuestionario tiene el propósito de analizar ciertos aspectos de tu vida, con fines de investigación médica, por lo que la información que a continuación proporcionas, será estrictamente confidencial.

Si deseas participar voluntariamente y autorizas que tu información sea procesada, llena los siguientes datos; de lo contrario, regrésalo a quien te lo entregó.

TÍTULO DEL PROYECTO:

DETERMINACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y APEGO
TERAPEUTICO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DIABETES
MELLITUS TIPO 2 ADSCRITOS A LA U.M.F. No.8.

PARTICIPANTE:

NOMBRE
FIRMA

TESTIGOS:

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

LUGAR:

FECHA:

INVESTIGADOR:

NOMBRE

FIRMA

ANEXO APEGO TERAPEUTICO

CUESTIONARIO DE MORISKY-GREEN

- ¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento? _____
- ¿Toma la medicación a la hora indicada? _____
- Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación? _____
- Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar la medicación? _____