



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO EN EL PACIENTE CON DIABETES
MELLITUS 2**

T E S I S

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

P R E S E N T A:

SANDRA JAVIER GARCIA

Facultad de Medicina



DIRECTOR DE TESIS:

**JULIO CESAR CASTILLO TREJO
MÉDICO Y TERAPEUTA FAMILIAR DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31 IMSS
2014**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.


**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS 2”**

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

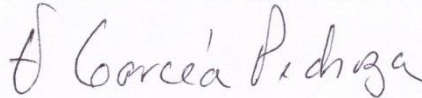
PRESENTA

DRA. SANDRA JAVIER GARCÍA


AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

TÍTULO DE LA TESIS:

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS 2”

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**SANDRA JAVIER GARCÍA
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

A U T O R I Z A C I O N E S :

**DR. JUAN GILBERTO ALVAREZ DE LA O
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 31, IMSS**

**DRA. LETICIA RAMÍREZ BAUTISTA.
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 31, IMSS**

**DRA. TERESA ALVARADO GUTIERREZ.
PROFESOR TITULAR DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 31, IMSS.**

ASESORES DE TESIS

DR. JULIO CESAR CASTILLO TREJO
MÉDICO Y TERAPEUTA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 31, IMSS.

DR. ARMANDO MARTÍNEZ PEÑA
MÉDICO FAMILIAR
DIRECTOR DE CENTRO DE INVESTIGACIÓN
EDUCATIVA Y FORMACIÓN DOCENTE CENTRO
MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

INDICE

RESUMEN.....	5
1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. MARCO TEÓRICO.....	9
3. JUSTIFICACIÓN.....	17
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
5. HIPÓTESIS.....	18
6. OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICO.....	19
7. MATERIAL Y METODOS.....	19
8. DISEÑO DE ESTUDIO	20
9. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.....	22
10. MUESTREO.....	22
11. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	23
12. DESCRIPCION DEL ESTUDIO.....	24
13. ANALISIS ESTADISTICO.....	24
14. CONSIDERACIONES ÉTICAS	24
15. RECURSOS HUMANOS, MATERIAL Y FINANCIAMIENTO	25
16. RESULTADOS.....	26
17. DISCUSION.....	31
18. CONCLUSIONES.....	32
19. PROPUESTAS	32
20. BIBLIOGRAFIA	34
21. ANEXOS	36



RESUMEN.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS 2

Introducción. La Funcionalidad Familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital que las atraviesa. La OMS considera la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de salud. En la Diabetes Mellitus tipo 2, la falta de adherencia al tratamiento, da lugar a sufrimiento evitable para los pacientes y para el sistema de salud. El apoyo familiar es clave en el control metabólico de la enfermedad al propiciar un ambiente favorable para reducir el estrés y mejorar el cumplimiento del tratamiento

Objetivo. Conocer la asociación que existe entre la Funcionalidad Familiar y la Adherencia al tratamiento en el paciente con Diabetes Mellitus 2.

Material y métodos. Fue No probabilístico de tipo Intencional o de conveniencia.

Resultados. Se tomó un total de 255 pacientes. Con Funcionalidad Familiar se presentó en 44.7%, Sin Funcionalidad Familiar fue de 55.3%. Sin adherencia al tratamiento se presentó en 68.6 % y Con adherencia de 31.4 %. De acuerdo a la escala de Funcionalidad Familiar de Emma Espejel, se observó que el área más afectada fue la Comunicación con 99.1 %, el área menor afectada fue el Apoyo con 68.4%. Las áreas con menor disfunción fueron: Autoridad 16.7%, Supervisión 33.3%, Afecto 4.2%, Apoyo 4.2%, Conducta disruptiva 4.2%, Recursos 4.2%

Conclusiones. La Disfunción Familiar tiende a influir en la Adherencia al Tratamiento, puesto que la falta de adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus, da lugar a falta de control de su enfermedad. El Médico Familiar, a partir de las áreas de disfunción localizadas tendrá a reforzar aquellos patrones de conducta que permitan promover la adherencia al tratamiento.

Palabras clave. Funcionalidad Familiar, Adherencia al tratamiento, Diabetes Mellitus 2.



SUMMARY.

FAMILY FUNCTION AND ADHERENCE TO TREATMENT IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS 2

Introduction. Family Functionality is the system's ability to face and overcome each of the stages of the life cycle that passes. OMS considers the lack of adherence to chronic treatment and its negative consequences clinical and economic health a priority. In type 2 Diabetes, lack of adherence to treatment, resulting in avoidable for patients and for the health system suffering. Family support is key to the metabolic control of the disease by providing a supportive environment to reduce stress and improve treatment compliance

Objective. To determine the association between family functioning and adherence to treatment in patients with Diabetes Mellitus 2 Material and methods. It was not intentional probabilistic type or convenience.

Results. A total of 255 patients were noted. Functionality With Family appeared in 44.7%, No Family Functionality was 55.3%. No adherence was presented in 68.6% and 31.4% with adherence. According to the scale of Family Functionality Espejel Emma, it was observed that most affected area was the communication with 99.1%, the lowest area affected was 68.4% Support .The areas with less dysfunction were: Authority 16.7%, 33.3 Supervision %, Affect 4.2%, 4.2% support, disruptive Conduct 4.2%, Resources 4.2%.

Conclusions. Family dysfunction tends to influence adherence to treatment, since the lack of adherence to treatment of Diabetes Mellitus, results in lack of control of their disease. The Family Physician, from localized areas of dysfunction will have to reinforce those patterns of behavior that can promote adherence.

Keywords. Family Functioning, Treatment Adherence, Diabetes Mellitus 2.

1. INTRODUCCION.

La deficiente adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema mundial de alarmante magnitud. La falta de adherencia al tratamiento farmacológico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica. (1).

La OMS considera la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de salud pública. Por lo anterior, la no adherencia al tratamiento, también llamada incumplimiento terapéutico, se ha convertido en un problema de salud pública. (2)

La adherencia al tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas en los países desarrollados promedia 50%; en los países en desarrollo las tasas son aun menores. (1, 3,4, 5,6). La adherencia deficiente al tratamiento de la Diabetes Mellitus, da lugar a sufrimiento evitable para los pacientes y a costos excesivos para el sistema de salud.

El apoyo familiar es clave en el control metabólico de la enfermedad al propiciar un ambiente favorable para reducir el estrés y mejorar el cumplimiento del tratamiento (7). Los pacientes presentan diferentes grados de estrés por limitaciones en su diario vivir y las alteraciones de su homeostasis familiar, entre otros el enfoque del paciente diabético debe ser integral, ya que afecta no solo los aspectos físicos, sino también el psicológico y social. Cuando un paciente con enfermedad crónica tiene apoyo social (influencia de la familia y relaciones personales), los mismos se adhieren al tratamiento y cumplimiento de la terapia integral en general. (8)

El estudio CODE-2 (por sus siglas en inglés, Costo de la Diabetes en Europa: tipo 2) halló que, en ese continente, solo 28% de los tratados por diabetes logra un buen control glucémico. El control de la Diabetes Mellitus requiere algo más que tomar medicamentos. La adherencia deficiente a las normas de cuidados reconocidas es la principal causa de la aparición de las complicaciones de la diabetes y los costos individuales, sociales y económicos que las acompañan.

Los costos directos de las complicaciones atribuibles al control deficiente de la diabetes son de 3 a 4 veces mayores que los del buen control. Sin duda, si los sistemas de salud pudieran promover más eficazmente la adherencia a los autocuidados de la diabetes, los beneficios humanos, sociales y económicos serían considerables. (1)

Así, en un estudio sobre Diabetes Mellitus y enfermedad cardiaca, los pacientes con falta de adherencia tenían tasas de mortalidad significativamente más altas que los pacientes cumplidores (12,1% vs 6,7%), y en otro estudio en pacientes con DM, HAS, Hipercolesterolemia e Insuficiencia Cardiaca, encontraron que para todas estas patologías las tasas de hospitalización eran significativamente más altas en pacientes con baja adherencia (13% vs 30% para Diabéticos; 19% vs 28% en hipertensión) (3).

A nivel Nacional, la DM 2 ocupa el Primer lugar de muerte y su tendencia muestra un incremento progresivo en los últimos años. (9) La frecuencia mundial de DM para el año 2000 fue estimada en alrededor de 171 millones de personas afectadas y se ha proyectado que en tan solo tres décadas (para 2030) se incrementará a 370 millones. En México, la DM presenta una tendencia creciente: la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) del año 2000 en México mostró una prevalencia nacional en adultos de 20 y más años de edad de 7.5 % y en 2006 la prevalencia para el mismo grupo aumentó a 14.4 %. A partir de la información de la ENSA-2000, en el Instituto Mexicano del Seguro Social la prevalencia global de diabetes fue de 8.7 %, conformada por el antecedente de diagnóstico médico en 7.14 % y por los hallazgos de encuesta en 1.52 % .

La demanda de atención en las unidades de primer nivel de atención presenta un incremento en el total de consultas (primera vez y subsecuentes) de 27.9 % entre 2005 y 2009. Respecto a la edad, los grupos más afectados fueron los que se encontraban entre los 40 a 69 años de edad, con al menos 70 % de la frecuencia, no obstante, el grupo de 30 a 39 años presentó 5 % y el de 20 a 29 años, 2 % del total de afectados . Destaca el grupo de 70 a 79 años, con 17 % del total de

pacientes atendidos IMSS. (10) .En el IMSS la DM fue responsable de 10 % del total de defunciones en la institución en 1990 y se incrementó a 18 % del total en 2005 (11).

La familia es un sistema que bajo la circunstancia de una enfermedad crónica sufre cambios drásticos tanto en su interior como en su entorno. La adaptación de la familia a la enfermedad depende en gran medida de las características propias de ésta, la etapa en que se encuentre, el momento de la vida del paciente, el lugar que éste ocupe en la familia y el tipo de enfermedad y sus tratamientos (12)

2. MARCO TEORICO

La salud de los individuos está influida por la vida familiar, y las familias se afectan por las enfermedades y las desgracias de sus miembros. (12). El paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia y a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia terapéutica. Un individuo con diabetes se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre a los integrantes de la familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud; la respuesta que le brinden influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica. (14). Así mismo, el apoyo recibido por parte del cónyuge, y la familia en su participación en el tratamiento y la labor del cuidador primario resultan básicos para alcanzar un mejor control del padecimiento. (15)

Desde el punto de vista sistémico, la enfermedad invade a la familia tanto como al individuo, lo cual provoca cambios en su organización que repercutirán en su funcionamiento, pues requerirán que se realicen modificaciones a todo nivel con la finalidad de que la familia logre adaptarse al proceso y demandas de la enfermedad, al mismo tiempo que adquiere el control sobre la misma, de manera que los individuos enfermos, así como los sistemas implicados (es decir, la familia, los amigos, su red de apoyo y su comunidad) también resultan afectados como consecuencia del padecimiento. En cuanto al grado y tipo de repercusiones que la enfermedad ocasiona sobre los sistemas a los que pertenece el sujeto, éstos

variarán de acuerdo con la etapa del desarrollo por la que el individuo atraviese, así como por la fase del ciclo vital que la familia esté viviendo. (13)

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedades entre sus miembros. Con base en el cumplimiento eficaz de sus funciones, o en su incumplimiento, se habla de familia funcional o disfuncional, respectivamente, en vez de referirse a ella como normal o patológica, términos que por su connotación resultan controvertidos. (12)

Chagoya define que una familia normal “Es una mezcla de sentimientos, comportamientos expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislado de poder contar con el apoyo de los demás” (16)

De la Revilla menciona como familia funcional a “aquella capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas, según la etapa del ciclo vida familiar en que se encuentre y en relación con los demandas que percibe desde su ambiente externo” (16 p.112)

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital que las atraviesa. (12)

La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. La existencia continua de la familia como sistema depende de una gama suficiente de pautas; la disponibilidad de pautas transaccionales alternativas y la flexibilidad para movilizarlas cuando es necesario hacerlo.

El apoyo familiar es clave en el control metabólico de la enfermedad al propiciar un ambiente favorable para reducir el estrés y mejorar el cumplimiento del tratamiento (7).

A través de la red familiar, además de los amigos, es posible encontrar apoyo emocional. Si la familia refuerza positivamente las conductas adecuadas del

paciente con respecto a su tratamiento, obtendrá un apoyo positivo sobre la salud, pero cuando el apoyo social potencia comportamientos inadaptados de salud, el efecto funcional producirá una influencia negativa. (17)

La adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo compromete gravemente la efectividad del tratamiento, de manera que es un tema fundamental para la salud de la población desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía de la salud. (1)

La adherencia al tratamiento o cumplimiento terapéutico se ha definido como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para asistir a citas programadas, tomar los medicamentos tal y como se indican, realizar los cambios en el estilo de vida recomendados y por último completar los estudios de laboratorio o pruebas solicitadas. (2,7)

En el contexto de las enfermedades crónicas, la OMS considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios. (3)

El incumplimiento terapéutico es especialmente frecuente en las enfermedades crónicas, cuando el paciente se encuentra bien controlado (y puede creer que está curado), en los ancianos, y en aquellos pacientes que tienen prescritos varios tratamientos de forma crónica. (18)

La adherencia al tratamiento es un aspecto integral de la gestión de la enfermedad para pacientes con enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus. (20)

La adherencia deficiente al tratamiento de la Diabetes Mellitus, da lugar a sufrimiento evitable para los pacientes y a costos excesivos para el sistema de

salud. Como enfermedad crónica, la diabetes es un evento estresante con grandes probabilidades de ser emocionalmente difícil para el enfermo.

La Diabetes Mellitus (DM) constituye uno de los mayores retos para las diversas instituciones y organizaciones que han asumido el compromiso social del cuidado de la salud. La DM es un padecimiento complejo que lleva implícita una serie de situaciones que comprometen el control en los pacientes, lo cual favorece el desarrollo de complicaciones, con los consecuentes trastornos en la calidad de vida, muertes prematuras e incremento en los costos de atención y tasas de hospitalización debido a complicaciones (21)

La Diabetes Mellitus, de acuerdo a la OMS, es una Enfermedad crónica , debido a que el páncreas no produce insulina suficiente y el organismo no la utiliza eficazmente.(20) La frecuencia mundial de DM se ha proyectado que en tan solo tres décadas (2030) se incrementará a 370 millones.(10)

La DM es una enfermedad crónica que lentamente lleva a complicaciones vasculares, nefrológicas, neurológicas y oftalmológicas graves, en las que se puede suponer que la mejoría del cumplimiento de las recomendaciones de tratamiento puede resultar en la reducción de complicaciones. Los regímenes de tratamiento en la DM2 son complicados e incluyen adaptaciones del estilo de vida y la ingesta de Medicaciones. (22)

Se estima que entre 7 y 8 de cada 10 personas con Diabetes mueren por problema macrovascular. Además, es la primera causa de años perdidos por muerte prematura y de años vividos con discapacidad. En el 2007 contribuyó con 13 % de años perdidos de vida saludable (9).

La DM 2 es un grupo heterogéneo de trastornos que presentan como fenotipo común diferentes grados de resistencia a la insulina, alteraciones en la secreción de insulina por el páncreas, y aumento en la producción de la glucosa. La historia natural de la DM 2 va precedida por periodos variables de trastornos subclínicos del

metabolismo de la glucosa, que se clasifican respectivamente como Glucosa en ayuno alterada y tolerancia a la glucosa alterada (23,24)

Se ha sugerido que los pacientes con DM que tienen baja adherencia al tratamiento, pueden tener peor conocimiento de los objetivos terapéuticos generales y puede ser menos probable que los alcancen (22)

El interés por el estudio sistemático 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 exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo. (25)

En el control del paciente diabético intervienen variables psicosociales que influyen en las fluctuaciones de la glucemia. El paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia y a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia terapéutica. (25)

La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. La existencia continua de la familia como sistema depende de una gama suficiente de pautas; la disponibilidad de pautas transaccionales alternativas y la flexibilidad para movilizarlas cuando es necesario hacerlo.

La adherencia al tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas en los países desarrollados promedia 50%; en los países en desarrollo las tasas son aun menores. (1, 4,5)

La adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo compromete gravemente la efectividad del tratamiento, de manera que es un tema fundamental para la salud de la población desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía de la salud. (1)

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica. (1). Se estima que, en general, un 20-50% de los pacientes no toma sus medicaciones como están prescritas. (3)

La adherencia al tratamiento o cumplimiento terapéutico se ha definido como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para asistir a citas programadas, tomar los medicamentos tal y como se indican, realizar los cambios en el estilo de vida recomendados y por último completar los estudios de laboratorio o pruebas solicitadas. (7,2)

La falta de adherencia al tratamiento es especialmente frecuente en las enfermedades crónicas, cuando el paciente se encuentra bien controlado (y puede creer que está curado), en los ancianos, y en aquellos pacientes que tienen prescritos varios tratamientos de forma crónica. (18)

No se dispone de ningún método que por sí solo permita valorar todos los aspectos del cumplimiento. Los métodos que estudian el cumplimiento se dividen en directo e indirectos.

Los directos consisten en determinar en algunos de los fluidos orgánicos del enfermo el medicamento, algún metabolito o un marcador incorporado a ellos, así se puede cuantificar y nos indica si el enfermo lo ha tomado o no. Son bastantes objetivos, muy específicos y proporcionan los mayores porcentajes de incumplimiento, pero a su vez son caros, sofisticados y fuera del alcance de la atención primaria. (18, 2, 3)

Los métodos indirectos son sencillos y económicos, por lo que son usados en medicina clínica. Dentro de los métodos indirectos, la entrevista personalizada o auto cuestionario es el recomendado por la mayoría de los autores; por ejemplo, el test de Morisky-Green (2, 3, 18, 19)

El Test de Morisky-Green Tiene la finalidad de valorar actitudes acerca del tratamiento que muestra una alta fiabilidad (61%) y está validado en población española. Valora actitudes del enfermo respecto al tratamiento; se calificaron con Adherencia al tratamiento y cumplidores los pacientes que respondieron correctamente a las cuatro preguntas que lo forman. Una respuesta inadecuada califica al paciente como incumplidor o sin Adherencia al tratamiento. (2, 4, 18,19)

La adherencia al tratamiento es un aspecto integral de la gestión de la enfermedad para pacientes con enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus. (20)

La adherencia deficiente al tratamiento de la Diabetes Mellitus, da lugar a sufrimiento evitable para los pacientes y a costos excesivos para el sistema de salud.

La Escala de Funcionamiento Familiar de Espejel y col, es el resultado de varios diseños previos que se pilotearon en el centro comunitario de la facultad de Psicología de la UNAM. Es un instrumento de alta confiabilidad con una consistencia interna Alpha de Cronbach del 0.91, que discrimina sensiblemente las familias funcionales de las que no lo son. Esta escala se aplica a través de una entrevista abierta dirigida, además de calidad en su observación, sensibilidad, empatía, y habilidad para obtener resultados precisos en la evaluación familiar. La Escala de Funcionamiento Familiar es un instrumento conformado por 40 reactivos que investigan 9 áreas que miden el funcionamiento dinámico, sistémico estructural de la familia. Ellos son: territorio o centralidad, Roles, Jerarquía, límites, modos de control de conducta, alianzas, comunicación, afectos y patología. Cada una de las áreas, incluye 3 o más preguntas. (26)

1. Territorio: hace referencia al espacio que cada quien ocupa en determinado contexto. También se refiere a la centralidad que cada miembro logra tener dentro de su familia y se identifica en un momento dado con el grado de significancia que uno de los miembros tiene para los demás en la familia.

2. Roles: son las expectativas conscientes o inconscientes que cada miembro de la familia tiene acerca de la conducta que tendrá otro miembro.
3. Jerarquía: es la dimensión de autoridad que se define como el poder o derecho de tener el mando, imponer obediencia, tomar acciones o hacer las decisiones finales.
4. Límites: son las reglas que consciente o inconscientemente son formuladas por la familia. También se consideran como fronteras entre una generación y otra (la de los hijos, padres o abuelos).
5. Alianzas. Se llama alianza a la asociación abierta o encubierta entre 2 o más miembros de la familia. Las más funcionales son las que incluyen a los miembros de la familia. Las más funcionales son las que incluyen a los miembros de la misma generación, la de los esposos y la de los hermanos.
6. Comunicación: Es el intercambio de información y el conjunto de mensajes verbales y no verbales a través de los cuales la gente se relaciona con los demás.
7. Modos de control de conducta: Son los patrones que una familia adopta para manejar sus impulsos y para mantener los modelos de que es bueno y que es malo y para luchar contra las situaciones físicas peligrosas.
8. Afectos: Las manifestaciones verbales y no verbales de bienestar o malestar que son utilizadas entre los miembros de la familia.
9. Psicopatología: Se habla de psicopatología familiar cuando los conflictos no se resuelven debido a la rigidez de patrones de interacción.

3. JUSTIFICACIÓN

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica. La OMS considera la falta de adherencia al tratamiento un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costos sanitarios (3). En los países en desarrollo, el promedio de adherencia a los tratamientos farmacológicos a largo plazo alcanza sólo el 50 %, siendo incluso menor en los países en vías de desarrollo (1). La familia es un factor clave para la mejora de la adherencia al tratamiento. Las alteraciones más importantes en una familia que tiene un enfermo crónico, se presenta principalmente a nivel de estructura, dinámica, evolución del ciclo familiar y en su respuesta emocional (27). Valorar la funcionalidad familiar permite entender al Médico Familiar, de qué manera influye la familia en la adherencia al tratamiento de aquel miembro portador de Diabetes Mellitus tipo 2.

Mejorar la adherencia al tratamiento permite reducir los costos en salud y reducir los días de incapacidad por enfermedad general. El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedades entre sus miembros.

Se estima que entre 7 y 8 de cada 10 personas con Diabetes mueren por problemas macrovasculares. Además, es la primera causa de años perdidos por muerte prematura y de años vividos con discapacidad. En el 2007 contribuyó con 13 % de años perdidos de vida saludable (9). Es necesaria una orientación de las estrategias de intervención terapéutica y familiar para retrasar el desarrollo de complicaciones para disminuir costos de atención y evitar la pérdida de productividad individual.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que lentamente lleva a complicaciones crónicas graves en las que se puede suponer que la mejoría del cumplimiento de las recomendaciones de tratamiento puede resultar en la reducción de complicaciones. (22).

La OMS considera la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de salud. Por lo anterior, la no adherencia al tratamiento, también llamada incumplimiento terapéutico, se ha convertido en un problema de salud pública. (2)

Es necesario hacer énfasis en el individuo afectado y en la unidad de la familia más que en el síntoma o en la enfermedad específica. La salud física de una persona va de la mano con la salud emocional y la estabilidad de la familia como un todo.

Desde el punto de vista sistémico, la enfermedad invade a la familia tanto como al individuo, lo cual provoca cambios en su organización que repercutirán en su funcionamiento, pues requerirán que se realicen modificaciones a todo nivel, con la finalidad de que la familia logre adaptarse al proceso y demandas de la enfermedad, al mismo tiempo que adquiere el control sobre la misma, de manera que los individuos enfermos, así como los sistemas implicados (es decir, la familia, los amigos, su red de apoyo y su comunidad) también resultan afectados como consecuencia del padecimiento. (13)

Por tal motivo surge la siguiente interrogante:

¿CUÁL ES LA ASOCIACIÓN QUE EXISTE ENTRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS 2?

5. HIPÓTESIS

El paciente con Diabetes Mellitus 2 que presenta Funcionalidad familiar, sí tiene adherencia a su tratamiento.

El paciente con Diabetes Mellitus 2 que presenta Disfuncionalidad familiar, no tiene adherencia a su tratamiento.

6. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Conocer la relación que existe entre la Funcionalidad Familiar y la Adherencia al tratamiento en el paciente con Diabetes Mellitus 2.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar las áreas de disfunción familiar (Escala de Funcionalidad Familiar) en el paciente con Diabetes Mellitus 2 y su asociación con la no adherencia al tratamiento.

Diseñar estrategias de intervención (áreas de disfunción), que promuevan la adherencia al tratamiento

7. MATERIAL Y METODOS

7.1 .1UNIVERSO DE TRABAJO:

Hombres y Mujeres Derechohabientes del IMSS UMF 31 de 40 a 69 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus 2.

7.2 POBLACION DE ESTUDIO:

Hombres y Mujeres con Diagnostico de Diabetes Mellitus 2 de 40 a 69 años

Total de Pacientes con Diagnostico de Diabetes Mellitus 2 de 40 a 69 años: 12,513

7.3 UNIDAD DE OBSERVACION:

Hombres y Mujeres con Diagnostico de Diabetes Mellitus 2 de 40 a 69 años

Adherencia al tratamiento

Funcionalidad Familiar

7.4 UNIDAD DE ANÁLISIS:

Hombres y Mujeres con Diagnostico de Diabetes Mellitus 2 de 40 a 69 años

8. DISEÑO DE ESTUDIO

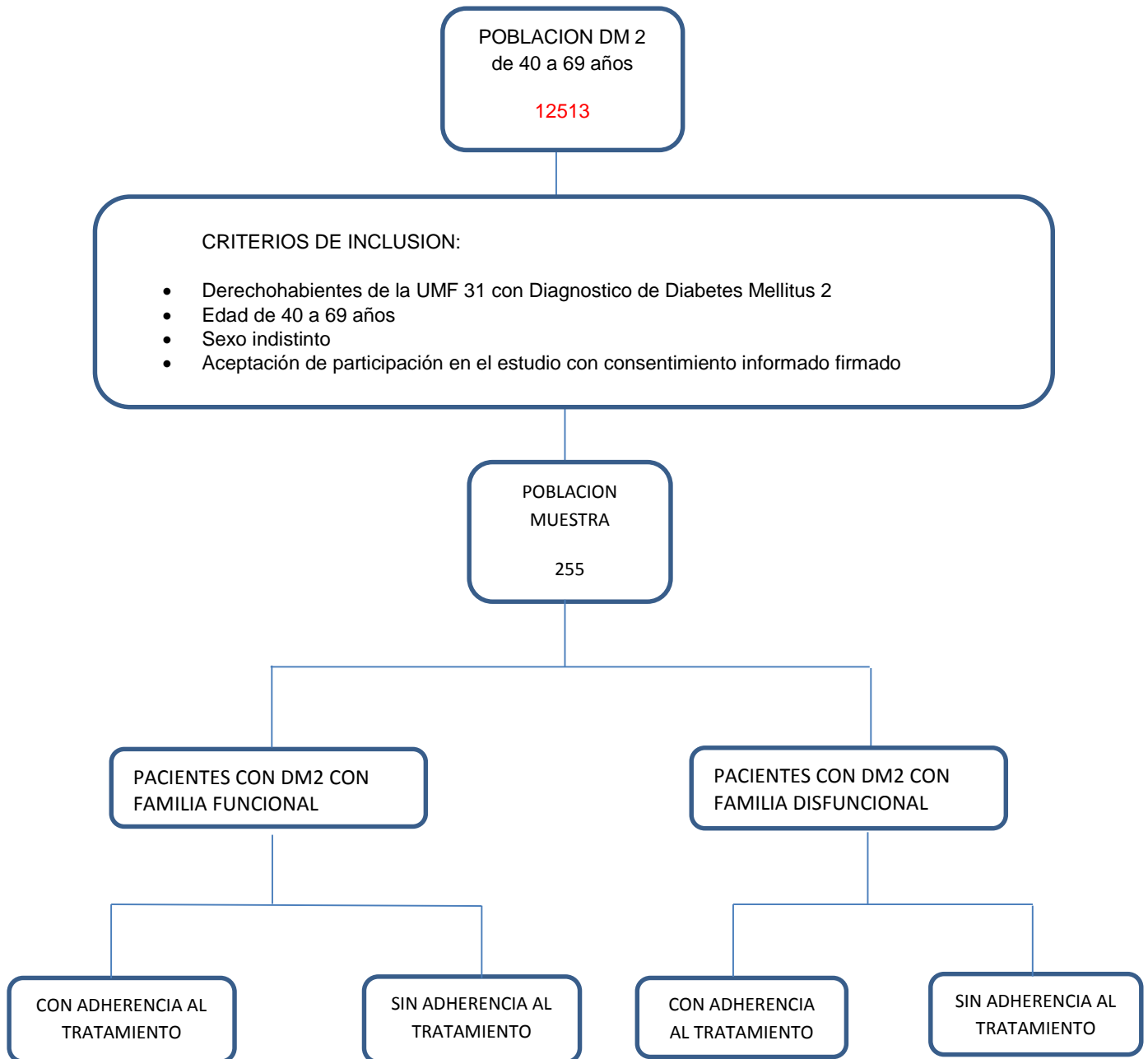
Observacional, Transversal, Descriptivo. (28)

Es observacional ya que él investigador no interviene de ninguna forma, no afecta la evolución natural de los eventos, limitándose a “observar”.

Es Transversal porque se le denomina como un corte en el tiempo, donde todas las variables son medidas en una sola ocasión, por este motivo al realizar comparaciones, nos referimos a dos muestras independientes.

Descriptivo porque se busca describir las características del objeto de investigación (finalidad cognoscitiva), el análisis estadístico es univariado, nos permite estimar parámetros (propósito estadístico) en la población de estudio a partir de una muestra.

a. ESQUEMA DEL DISEÑO DE ESTUDIO



9. CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACIÓN.

9.1 CRITERIOS DE INCLUSION

- Derechohabientes de la UMF 31 con Diagnostico de Diabetes Mellitus 2
- Edad de 40 a 69 años
- Sexo indistinto
- Aceptación de participación en el estudio con consentimiento informado firmado.

9.2 CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Pacientes con trastorno psiquiátrico o trastorno mental que condicione imposibilidad para responder al cuestionario de aplicación

9.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Encuesta que no haya sido llenado apropiadamente o incomprensible.

10 MUESTREO

El siguiente estudio es No probabilístico de tipo Intencional o de conveniencia, ya que por la disponibilidad de tiempo y características propias del paciente, se es más factible presentar el estudio de esta manera. (28)

N = Tamaño de la muestra que se requiere.

$$N = \frac{(Z\alpha)^2 (p)(q)}{\delta^2}$$

p = Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio (0. 50)

q = 1 – p (complementario, sujetos que no tienen la variable en estudio).

α = Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar.

Z α = Distancia de la media del valor de significación propuesto.

$$\delta = 0.07 \quad N = \frac{1.96 \times 1.96 (0.50) (0.50)}{(0.07)^2} = \frac{0.9604}{0.0049} = 196$$

$$N = 196 \quad \boxed{196 \times 20 \% = 235}$$

Se tomaron como mínimo 235 pacientes, total del estudio 255 pacientes.

11 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLES DEL ESTUDIO.

VARIABLE	CATEGORIA	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE	VALORES DE VARIABLE	INSTRUMENTO
PACIENTE CON DIABETES MELLITUS 2	Cualitativa	Ordinaria	Dependiente	a) Si b) No	Expediente electrónico
<p>La Diabetes Mellitus, de acuerdo a la OMS, es una Enfermedad crónica, debido a que el páncreas no produce insulina suficiente y el organismo no la utiliza eficazmente (20) La DM 2 es un grupo heterogéneo de trastornos que presentan como fenotipo común diferentes grados de resistencia a la insulina, alteraciones en la secreción de insulina por el páncreas, y aumento en la producción de la glucosa. La historia natural de la DM 2 va precedida por periodos variables de trastornos subclínicos del metabolismo de la glucosa, que se clasifican respectivamente como Glucosa en ayuno alterada y tolerancia a la glucosa alterada (23,24). El cual será verificado a través del expediente electrónico del paciente.</p>					
VARIABLE	CATEGORIA	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE	VALORES DE VARIABLE O CODIGO	INSTRUMENTO
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	Cualitativa	Ordinaria	Independiente	1) Con Adherencia 2) Sin Adherencia	Test de Morisky Green
<p>La adherencia al tratamiento o cumplimiento terapéutico se ha definido como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud (2,7), el cuál será medido a través de El Test de Morisky-Green, el cual, valora actitudes del enfermo respecto al tratamiento; se calificaron con Adherencia al tratamiento y cumplidores los pacientes que respondieron correctamente a las cuatro preguntas que lo forman. Una respuesta inadecuada califica al paciente como incumplidor sin Adherencia al tratamiento. (2, 4, 18,19)</p>					
VARIABLE	CATEGORIA	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE	VALORES DE VARIABLE O CODIGO	INSTRUMENTO
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Cualitativa	Ordinal	Independiente	1) Familia Funcional 2) Familia Disfuncional	Escala de Funcionamiento Familiar de Emma Espejel
<p>La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital que las atraviesa.(12) La cuál, será medida a través de La Escala de Funcionamiento Familiar , el cuál es un instrumento conformado por 40 reactivos que investigan 9 áreas que miden el funcionamiento dinámico, sistémico estructural de la familia. Calificando como Familia Funcional o Familia Disfuncional. (26)</p>					

12 DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

El siguiente estudio es No probabilístico de tipo Intencional o de conveniencia. El periodo de aplicación de los instrumentos de evaluación se realizó durante el periodo comprendido del 01 de Noviembre 2013 al 30 de Noviembre de 2013, contando con la participación de 2 estudiantes de medicina Diana Isabel Pérez Román y Sandra Elizabeth Balbuena Pérez. Se invitó a los Pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 (verificado con el número de afiliación en el expediente clínico) de edad comprendida entre los 40 a 69 años de la UMF 31 que se encontraban en la sala de espera de los consultorios médicos de turno indistinto, a través de una breve explicación de la finalidad del estudio a realizar y mediante un proceso de consentimiento informado, donde los pacientes que aceptaron y firmaron la Hoja de Consentimiento Informado, se les aplicó los instrumentos de evaluación como es el Cuestionario de recolección de Datos y La escala de Funcionalidad Familiar en la misma sala de espera. Se tomaron para el estudio 255 pacientes.

13 ANALISIS ESTADÍSTICOS.

Los datos que se obtuvieron, se analizaron en base a datos estadísticos de tendencia central, en base a Frecuencias y Porcentajes, Cuyo cálculo nos permitió alcanzar un nivel de confianza estadístico determinando si el tipo de Funcionalidad Familiar es un factor determinante en el paciente con Diabetes Mellitus 2 para que tenga o no Adherencia al tratamiento.

14 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presenta trabajo se ajusta a las determinaciones de la Declaración de Helsinki así como los principios de Belmont, no viola norma alguna de la Ley Federal de Salud en su apartado para investigación en seres humanos así como será sometido al comité local de investigación.

Todo procedimiento para con el paciente será mediante un Consentimiento Informado.

La información obtenida solo fué utilizada para fines de la investigación, total manejo confidencial de la información y de los datos que pudieran ligar al paciente con el presente estudio.

Se consideran los siguientes principios:

1. Respeto a las personas: Se respetará su decisión de participar o no sin detrimento de su atención médica así como de su condición en particular.
2. Beneficencia: El paciente contribuirá con el aporte de conocimiento sobre la patología en particular y se darán las recomendaciones de atención según el caso.
3. Justicia: Se aplica la selección de la muestra sin sesgo derivado del paciente.

Aplicaciones:

1. Se cuenta con consentimiento informado.
2. No se corre ningún riesgo, solo el manejo de la información.
3. Selección de sujetos: Se hará de forma indiscriminada.

La información será recabada de manera confidencial mediante un interrogatorio directo en los pacientes que cumplan los criterios de inclusión antes descritos.

15 RECURSOS HUMANOS, MATERIAL Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO :

- Recursos humanos.
 - Investigador.
 - Encuestadores
- Recursos materiales (lapiceros, lápiz, equipo de cómputo)
 - Escala de medición de adherencia al tratamiento Test de Morinsky Green
 - Escala de Funcionalidad Familiar de Emma Espejel.
 - Formato de recolección de datos generales.
- Financieros.
 - Por la investigadora del IMSS

16 RESULTADOS

Se encontró que la Disfuncionalidad Familiar se asocia con la No Adherencia al Tratamiento en el paciente con diagnóstico de Diabetes Mellitus 2.

Se observó que el área de disfunción más frecuentemente afectada fue La Comunicación, mientras que la menos afectada fue el Apoyo.

La comunicación como área de disfunción es determinante en la no adherencia al tratamiento.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS				
VARIABLE		TOTAL N= 255	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEXO	MASCULINO	108	108	42.4
	FEMENINO	147	147	57.6
ESCOLARIDAD	PRIM INCOM	56	56	20.3
	PRIMARIA COMPLETA	85	85	30.8
	SECUNDARIA	48	48	17.4
	PREP O BACHILLER	36	36	13
	LICENC	21	21	7.6
	POSTGRADO	1	1	0.4
	ANALFABETA	8	8	2.9
ESTADO CIVIL	SOLTERO	15	15	5.4
	CASADO	197	197	71.4
	DIVORCIADO	5	5	1.8
	VUIDO	31	31	11.2
	UNION LIBRE	7	7	2.5
OCUPACIÓN	DESEMPLEADO	1	1	4
	EMPLEADO	100	100	36.2
	PENSIONADO	34	34	12.3
	HOGAR	110	110	39.9

Se tomó un total de 255 pacientes, de los cuales 147 fueron del sexo femenino y 108 masculino.

En cuanto a escolaridad en mayor frecuencia fue primaria incompleta.

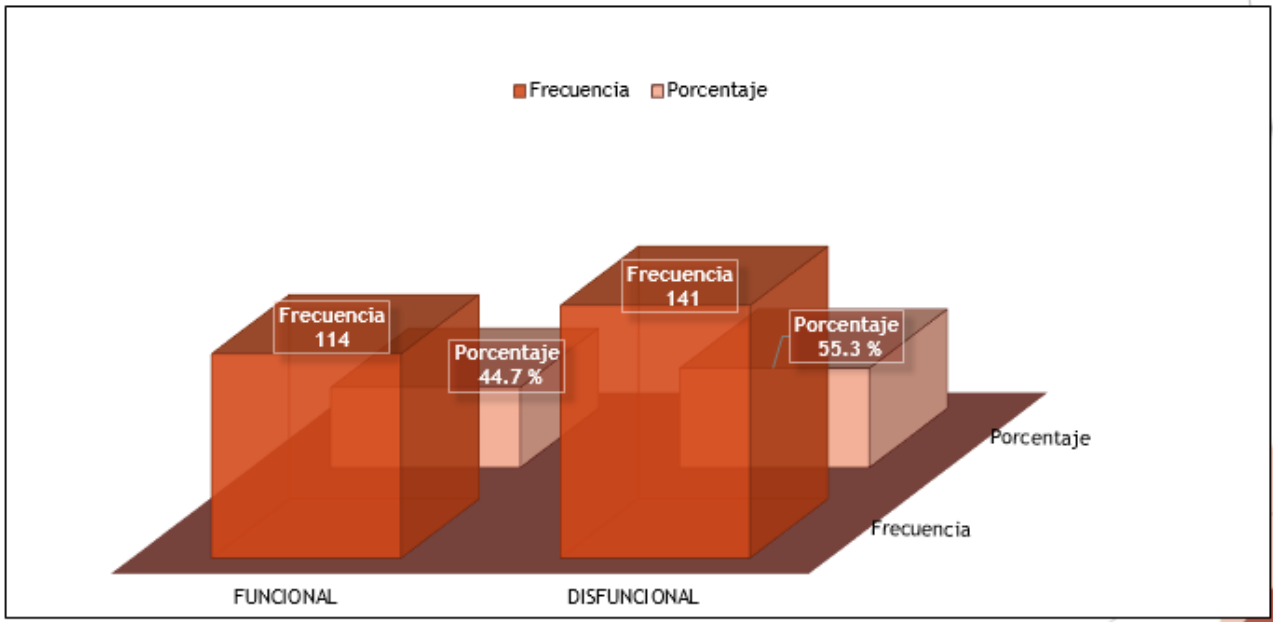
En cuanto a estado civil en mayor porcentaje fue Casado con 71.4%

En cuanto a Ocupación en mayor porcentaje fue hogar con 39.9%

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS									
VARIABLE		TOTAL N=	FRECUENCIA	PORCENTAJE	MEDIA	DESVIACIÓN ESTANDAR	RANGO	RANGO MAX	RANGO MIN
EDAD	M	108	108	42.40%	58.47	8.385	31	73	42
	F	147	147	57.60%	56.9	8.5	41	77	36

ANALISIS UNIVARIADO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FUNCIONALIDAD	CON FUNCIONALIDAD	114 44.7
	SIN FUNCIONALIDAD	141 55.3
	TOTAL	255 100 %

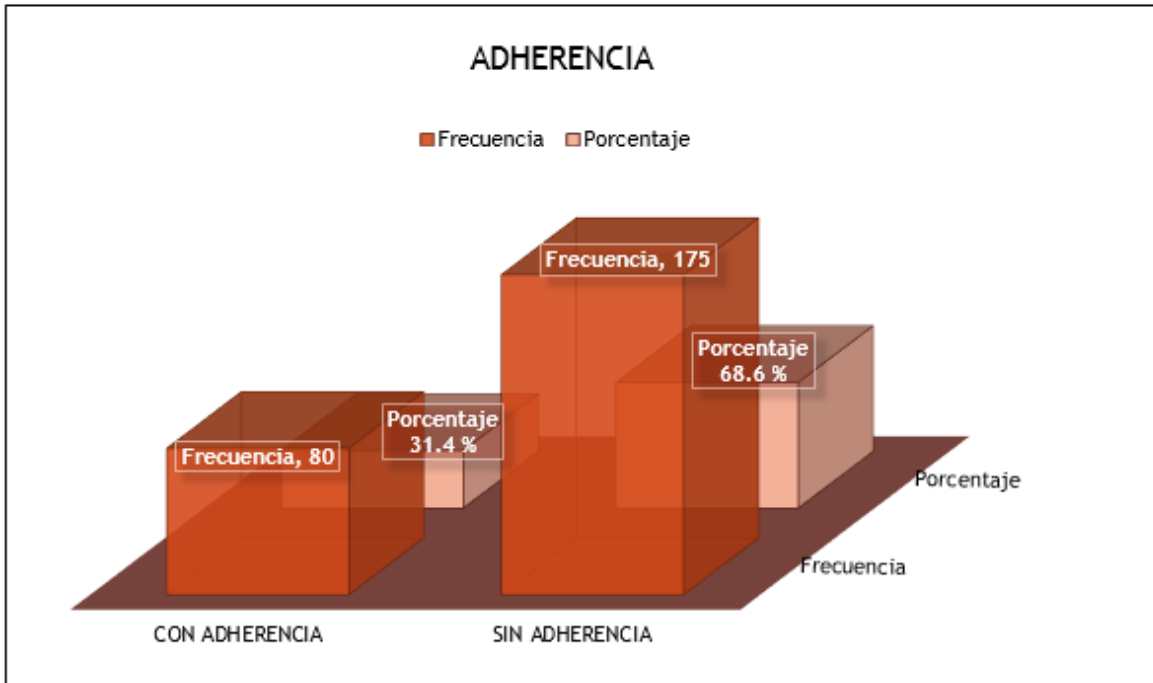


De acuerdo a los resultados obtenidos, se observó que:

El total de Pacientes Con Funcionalidad Familiar se presentó en una frecuencia de 114 y porcentaje de 44.7 %.

El total de Pacientes Sin Funcionalidad Familiar se presentó en una frecuencia de 141 y porcentaje de 55.3 %.

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
ADHERENCIA	CON ADHERENCIA	80	31.4 %
	SIN ADHERENCIA	175	68.6 %
	TOTAL	255	100 %



De acuerdo a los resultados obtenidos, se observó que:

El total de Pacientes Sin adherencia al tratamiento se presentó en una frecuencia de 175 y porcentaje de 68.6 %.

El total de Pacientes Con adherencia al tratamiento se presentó una frecuencia de 80 y porcentaje de 31.4 %

ANALISIS BIVARIADO

		FUNCIONALIDAD		
		CON FUNCIONALIDAD	SIN FUNCIONALIDAD	TOTAL
ADHERENCIA	SIN ADHERENCIA	58	117	175
	CON ADHERENCIA	56	24	80
	TOTAL	114	141	255

RIESGO RELATIVO

$$58+24 / 56+117 = 82/173 =$$

Existe Un Riesgo Relativo De 2.1 De Que Un Paciente Tenga 2 Veces más Probabilidad De No Tener Adherencia Cuando Se Tiene Disfuncionalidad

RAZON DE MOMIOS

Existe una Relación de Momios de 1.24 con respecto a quienes no tienen funcionalidad Y no tienen adherencia es decir, existe 1.24 personas más sin adherencia por cada persona sin funcionalidad

Existe una relación de momios de 1.76 con respecto a quienes no tiene funcionalidad y Tiene adherencia, es decir, existe 1.76 personas más sin funcionalidad con respecto a los q tienen adherencia

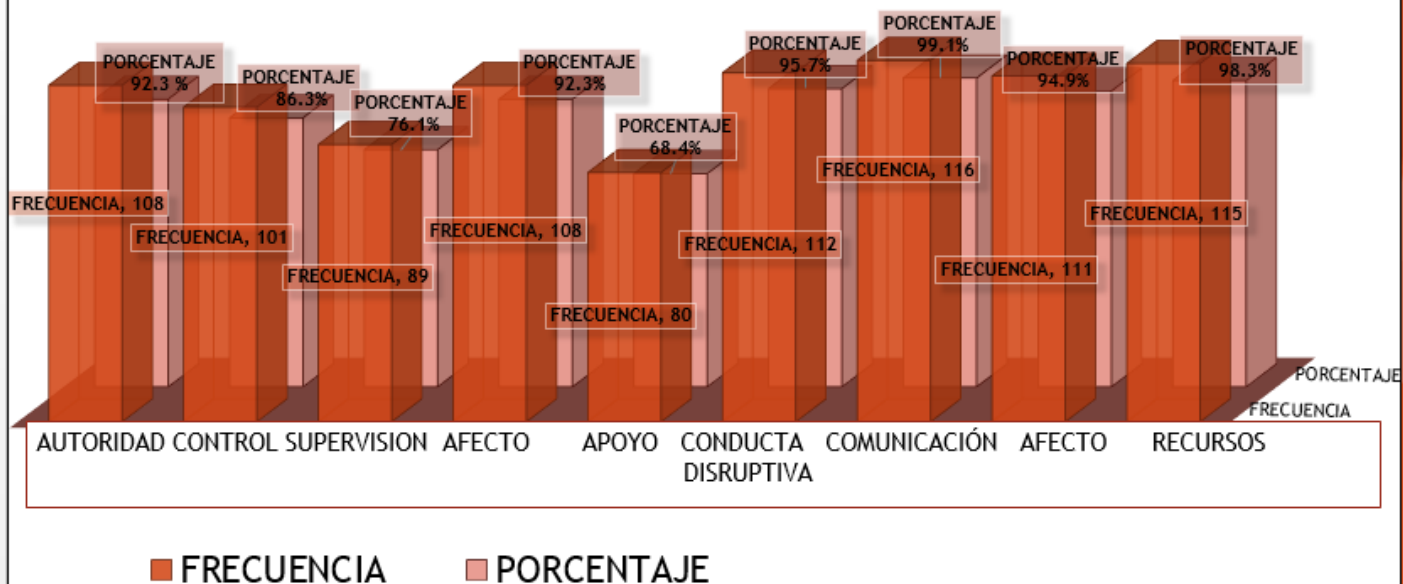
PROBABILIDAD

$$56/255= 0.21- 21\%$$

La probabilidad de que un paciente tenga funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento sería de 21 %

La probabilidad de que un paciente No tenga funcionalidad familiar y No tenga adherencia al tratamiento sería de 45 %

AREAS DE DISFUNCION AFECTADAS



De acuerdo a los resultados obtenidos, se observó que:

El área más afectada fue la Comunicación con 99.1 %,

El área menor afectada fue el Apoyo con 68.4 %

Las áreas con menor disfunción fueron:

Autoridad 16.7 %

Supervisión 33.3 %

Afecto 4.2 %

Apoyo 4.2 %

Conducta disruptiva 4.2 %

Recursos 4.2 %

17 DISCUSION

En el presente estudio se ha analizado la asociación que existe entre la Funcionalidad familiar y la Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus 2. Los resultados apoyan la asociación que existe y se puede concluir que la Disfunción Familiar tiende a influir en la Adherencia al Tratamiento, puesto que la falta de adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus.

Las características del funcionamiento familiar tienden a influir en el paciente con enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus 2. Estos patrones de relación entre las variables se han replicado en ambas muestras donde se han aplicado instrumentos de evaluación del sistema familiar, lo que apoya la validez y generabilidad de nuestros resultados e informa que las relaciones de mediación detectadas no dependen de un sesgo sujeto a la utilización de determinados instrumentos.

A través de este estudio se observó que la probabilidad de que un paciente tenga funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento sería de 21 %.

En este sentido, es necesario tener en cuenta que es importante el papel del médico familiar en lograr identificar la funcionalidad Familiar en pacientes que presenten No adherencia al tratamiento, ya que como se observó en los resultados, existe una probabilidad del 45 % en tener Disfunción Familiar.

Estos resultados vienen a reafirmar que la Falta de adherencia al tratamiento, esta asociada a la disfunción Familiar.

En síntesis, los resultados encontrados proveen información importante acerca de los vínculos entre las variables objeto de análisis y presentan una potencial importancia teórica y sugerentes implicaciones prácticas.

Parece que, en gran parte, las características del funcionamiento familiar y sobre todo las áreas a identificar a través de la Escala de Funcionalidad Familiar de Emma Espejel influyen en el Paciente con Diabetes Mellitus 2 y sobre todo en el área de mayor afectación como fue la comunicación hasta en un 99.1 % .

En relación con el ámbito de la intervención, El papel del Médico Familiar de manera oportuna, es determinante cuando el paciente no tiene adherencia al tratamiento.

18 CONCLUSIONES

Por lo que se puede concluir que la Disfunción Familiar tiende a influir en la Adherencia al Tratamiento, puesto que la falta de adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus, da lugar a falta de control de su enfermedad.

El papel del médico familiar y su intervención oportuna, permite mejorar la funcionalidad en aquellas áreas detectadas como disfuncionales a través de la escala en el paciente que se encuentra sin adherencia al tratamiento.

El Médico Familiar, a partir de las áreas de disfunción localizadas tiende a reforzar aquellos patrones de conducta que permitan promover la adherencia al tratamiento.

19 PROPUESTAS

El apoyo familiar es clave en el control de la enfermedad al propiciar un ambiente favorable para reducir el estrés y mejorar el cumplimiento del tratamiento.

Por lo antes mencionado, es importante remarcar la importancia del Médico Familiar y su intervención oportuna al observar cuando el paciente tiende a tener falta de adherencia al tratamiento, y principalmente , que la funcionalidad familiar si es determinante para presentar Falta de adherencia al tratamiento.

Si la familia refuerza positivamente las conductas adecuadas del paciente con respecto a su tratamiento, obtendrá un apoyo positivo sobre la salud.

Se propone que el Médico Familiar, reconozca la importancia de evaluar la funcionalidad familiar, a través de la escala de funcionalidad familiar de Emma Espejel en aquellos pacientes con diagnóstico de DM tipo 2

Tomando en cuenta las áreas de disfunción familiar, ejercer el rol del Médico Familiar como facilitador y reforzador de aquellos patrones de conducta que permitan mejorar el nivel en esas áreas de disfunción.

Se propone que el Médico Familiar de información consejería y orientación a la familia del miembro afectado, para mejorar la adherencia al tratamiento.

Se propone que el médico Familiar a través de una atención continua e integral, evalúe la comunicación y el apoyo familiar para mejorar la adherencia al tratamiento.

Tomando como unidad de análisis a la familia y como eje de la atención de la salud familiar, se propone que a través de la figura del Médico de Familia, promueva la participación o colaboración de los miembros del sistema familiar, para promover la adherencia al tratamiento.

20 BIBLIOGRAFIA

- 1.- Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. OMS 2003. Organización Panamericana de la Salud 2004
- 2.- Peralta ML y col. Adherencia al Tratamiento. Rev Cent Dermatol Pascua Vol 17 Num 3, Sep-Dic 2008.
- 3.- Adherencia Al Tratamiento Farmacológico En Patologías Crónicas. 19 LIBURUKIA • 10 Zk • 2011 VOLUMEN 19 • N° 1 • 2011
- 4.- Gigux Lopez, Jose Felipe et. al Adherencia al tratamiento farmacológico y relación con el control Metabólico en pacientes con DM 2. Rev Chil Salud Pública. 2010. Vol 14 238-270
- 5.- Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Rev Fac Nac Salud Publica 2012 Vol 30 (2) pp 163-174
- 6.- Dilla Tatiana, Valladares et al Adherencia y Persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Aten Primaria. 2009; 41 (6): 342-348
- 7.- De los Ríos Ibarra A, Martinez Fierro R. Control metabólico del paciente con DM2 después de una estrategia educativa En Medicina Familiar. Aten Fam 2009;16 (2):32-35
- 8.-Herrera, Quintero et al. Funcionalidad y Red de Apoyo Familiar en Pacientes Diabéticos Tipo 2. Academia Vol VI (12) 62 -72 Julio- Diciembre 2007
- 9.- Gil, Sil, et al. Perspectiva de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013; 51 (1):58-67
- 10.- Vázquez, Mercadillo, German. Demanda De Atención Médica Por DM En El 1er Nivel De Atención. Rev Med IMSS soc 2011; 49 (2): 225-231
- 11.- Fernandez Canton, La Mortalidad por Diabetes Mellitus en población derechohabiente del IMSS, 1990-2005. Rev Med IMSS soc 2010; 48, 571-579
- 12.- Jose Luis Huerta González Medicina Familiar. La Familia En El Proceso Salud-Enfermedad. Edit Alfilil 2005.
- 13.- Arroyo, bonilla et al. Perspectiva Familiar alrededor del paciente diabético. Revista Neurología Neurocirugía y Psiquiatría. 2005; 38(2): Abr.-Jun. 63-68
- 14.- Mendez López et al. Disfunción Familiar Y Control Del Paciente Diabético Tipo 2. Rev. Med IMSS 2004; 42 (4): 281-284

- 15.- Sánchez Reyes, González Pedraza. Cohesión Y Adaptabilidad Familiar Y Su Relación Con La Hemoglobina Glucosilada De Los Pacientes Diabéticos. Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas 2011; 16(2):82-88
- 16.- Apolinar Membrillo Familia Introducción al estudio de sus elementos. 2008
- 17.- Martínez Martínez, Torres Velázquez Importancia de la familia en el paciente con Diabetes Mellitus Insulinodependiente. Psicología y Salud. Vol 17 Num 2: 229-240. Julio – Diciembre 2007.
- 18.- García Pérez et al. ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención Primaria? Medicina de Familia And Vol 1 N° 1 Junio 2000
- 19.- Instrumentos de Medida de Adherencia al tratamiento. An Med Interna Vol 24 N°3 2007
- 20.- Los determinantes Sociales de la Salud en adherencia al tratamiento de pacientes Con Diabetes Mellitus tipo 2. (Diversidad cultura y salud 2011) ME y AS. José Manuel Rodríguez Flores
- 21.- Programa De Acción Específico 2007-2012 Diabetes Mellitus Primera edición 2008 México, D.F.
- 22.- Intervenciones para mejorar el cumplimiento de las recomendaciones de Tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2. Vermeire E, Wens J, Van Royen P, *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, Número 2
- 23.- Guía De Práctica Clínica. Diagnóstico, Metas De Control Ambulatorio Y Referencia Oportuna De La DM2 En 1er Nivel De Atención. SSA – 093 – 08
- 24.- Guía de la asociación Latinoamericana de diabetes para el Diagnóstico, control y tratamiento de la DM2, 2007.
- 25.- Disfunción Familiar y Control del Paciente Diabético tipo 2. Rev Med IMSS Septiembre 2004 ; 42 (4) : 281 – 284 .
- 26.- Manual para la Escala de Funcionamiento Familiar. Instituto de la Familia A.C. México, DF 2008
- 27.- Perspectiva Familiar Alrededor Del Paciente Diabético. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2005; 38(2): Abr.-Jun: 63-68
- 28.- Metodología de la Investigación. Módulo I, Tipos de Estudios – Niveles de Investigación. SCHEM – UNJFSC – HUACHO 2011

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 31 IMSS DELEGACION DF. SUR.**

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE CON DM2”

Investigador Principal: Dra. Sandra Javier García.
Estudio realizado del día: 1 de Noviembre al 30 de Noviembre del 2013.

El presente estudio pretende dar a conocer la prevalencia de la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento en Pacientes con Diabetes Mellitus 2 en edad de 40 a 69 años, ya que el padecimiento es considerado una de las enfermedades de mayor prevalencia y alto riesgo para la salud de la población mexicana. Durante el presente estudio se le realizará aplicación de un cuestionario a través del Test de Morisky – Green y escala de evaluación del Funcionamiento Familiar, NO se realizarán toma de laboratorios, por lo que usted no será expuesto a ningún riesgo o complicación. Derivado de la entrevista se le puede informar sobre los factores que sean detectados para su atención en los programas institucionales de forma oportuna.

Toda la información será manejada en forma estrictamente confidencial y solo para fines de investigación y será custodiada por los acervos institucionales.

Usted puede decidir no participar en el estudio en cualquier momento en forma de Privacidad o confidencialidad.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a los Investigadores responsables DR JULIO CESAR CASTILLO TREJO , DR ARMANDO MARTINEZ PEÑA , DRA SANDRA JAVIER GARCIA A LA UMF 31 IMSS a los teléfonos 5686 0233 , ext 21481

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento



ANEXO 2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA



“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS 2”

INSTRUMENTO.

Aplique el cuestionario al paciente que cumpla con las siguientes características:

1. Paciente masculino o femenino con Diabetes Mellitus 2 de 40 a 69 años
2. Derechohabiente de la Unidad de Medicina familiar número 31 IMSS
3. Acepte participar en el estudio después de solicitarle consentimiento informado verbal.

1	FOLIO _____		_____
2	Fecha (dd/mm/aa) ____/____/____		_____
3	Nombre: _____ Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)		
4	NSS: _____	5	Teléfono _____
6	Turno: 1.Matutino () 2.Vespertino ()		_____
7	Número de Consultorio: (____)		_____
8	Edad: _____ años cumplidos	9	Sexo: 1.-Masculino () 2.- Femenino ()
10	ESTADO CIVIL : 1.Soltero () 2.Casado () 3.Divorciado () 4.Viudo(a) () 5.Unión libre ()		_____
11	ESCOLARIDAD 1.-Primaria incompleta () 2.-Primaria completa () 3.- Secundaria () 4.-Preparatoria o Bachillerato () 5.-Licenciatura () 6.-Postgrado () 7. Analfabeta ()		_____
12	OCUPACIÓN: 1.- Desempleado () 2.- Empleado () 3.- Pensionado () 4. Hogar ()		_____
TEST DE MORINSKY – GREEN			
13	¿Se olvida de tomar el Medicamento? 1) Si 2) No		_____
14	¿Toma el medicamento a la hora indicada? 1) Si 2) No		_____
15	Cuando se encuentra bien, ¿Deja alguna vez de tomar el medicamento? 1) Si 2) No		_____
16	Si alguna vez se siente mal, ¿Deja de tomar el medicamento? 1) Si 2) No		_____
Aplicar Escala de Funcionamiento Familiar (hoja siguiente)			
17	De acuerdo a la aplicación de la Escala de Evaluación Familiar se considera : 1) Familia Funcional () 2) Familia Disfuncional ()		_____
GRACIAS POR SU COLABORACION			

ANEXO 3 ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.

Instrucciones para el examinador, marque con una X el o los cuadros que correspondan al miembro de la familia al que se refiere a la respuesta expresada por los entrevistados.

1. ¿Hay en su familia algún o algunos miembros considerados como los más trabajadores?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

2. ¿Quién organiza la alimentación en la familia (ir al mercado, decir los menús, etc)?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

3. En su familia ¿hay alguna o algunas personas que sean más reconocidas o tomadas en cuenta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

4. Si se reúne la familia para ver televisión ¿Quién decide el programa?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

5. ¿Quién o quiénes de la familia tienen más obligaciones?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

6. ¿Quién o quiénes de la familia intervienen cuando los padres discuten o pelean entre si ?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

7. En los problemas de los hijos, ¿Quién o quiénes intervienen?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

8. ¿Quién reprende a los hijos cuando cometen alguna falta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

9. Si en casa existen horarios para comer o para llegar, ¿Quiénes respetan los horarios de llegada?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

10. Si uno de los padres castiga a un hijo, ¿Quién interviene?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

Instrucciones para el examinador: A partir de esta pregunta, explore todos los indicadores. Cuando la respuesta involucre a toda la familia, marque las celdas necesarias.

11. Cuando hay invitados en casa, ¿A quién se le avisa?

¿Quién invita?	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	No avisa
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro No Familiar							
	Nunca invitan			Funcionalidad			

12. ¿Quiénes participan y quiénes no participan en la economía familiar?

Estatus	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar
Trabaja y participa						
Trabaja y No participa						
No Trabaja y participa						
No Trabaja						
	Funcionalidad					

13. Si cada quien tiene obligaciones definidas en esta familia ¿Quién sustituye a quién para cumplirlas cuando no puede hacerlo el responsable?

Responsable	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro No Familiar							
No existen obligaciones definidas	Funcionalidad						

14. En las decisiones familiares importantes ¿Quiénes participan?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

15. Para ausentarse

de la casa ¿Quién le avisa o pide permiso a quién? A quién se pide permiso:

Pide Permiso	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro No Familiar							
No existen obligaciones definidas	Funcionalidad						

16. Cuando alguien comete una falta, ¿Quién y cómo castiga? Cómo castiga:

¿Quién Castiga ?	Verbalmente	Corporalmente	Instrumentalmente
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro No familiar			
No se castiga		Funcionalidad	

17. Si acostumbran hacer promesas sobre permisos y castigos ¿Quiénes las cumplen siempre?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
							Funcionalidad

18. Cuando alguien se siente triste, decaído o preocupado ¿Quién pide ayuda?

A quien pide ayuda:

Pide Ayuda	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro No Familiar							
Nadie ayuda a Nadie			Funcionalidad				

19. ¿Quiénes de ustedes salen juntos con cierta frecuencia?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro No Familiar							
Nadie acostumbra a salir			Funcionalidad				

20. En esta familia ¿Quién protege a quién?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro No Familiar							
Nadie protege a nadie					Funcionalidad		

21. Si conversan ustedes unos con otros ¿Quién con quién lo hace?

¿Quién conversa?	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro No Familiar							
Nadie conversa con la familia					Funcionalidad		

22. Si consideran que expresan libremente sus opiniones ¿Quiénes son los que lo hacen?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

23. ¿Quiénes tienen mejor disposición para escuchar?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

24. Cuando ustedes toman alguna decisión o se llega a algún acuerdo ¿A quiénes se les hace saber con claridad?

¿Quiénes Acuerdan ?	Subsistema Parental	Subsistema Hijos	Otro Familiar	Otro No Familiar	Nadie
Subsistema Parental					
Subsistema Hijos					
Otro familiar					
Otro No familiar					
No hay acuerdos en la familia			Funcionalidad		

25. ¿Quién supervisa el comportamiento escolar de los hijos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

26. ¿Quién se responsabiliza de los hábitos higiénicos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

27. Para transmitir los valores más importantes en esta familia ¿Quién se ha responsabilizado de la transmisión y vigencia?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

28. Cuando algo se descompone ¿Quién organiza su reparación?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

29. ¿Quién o quienes participan en la solución de un problema grave?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

30. ¿Quiénes tomaron la decisión de vivir en este lugar?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

31. En esta familia, ¿Quiénes son los más alegres o los que más se divierten más?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

32. ¿Quién en esta familia estimula las habilidades y aptitudes?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

33. ¿Quién en esta familia se abrazan espontáneamente?

¿Quién se abraza?	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro No Familiar							
Nadie se abraza en la familia				Funcionalidad			

34. Cuando se enojan en esta familia ¿Quiénes son los que lo hacen y con quién?

¿Quién se enoja?	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro No Familiar							
Nadie se enoja en la familia				Funcionalidad			

35. Ha habido peleas con golpes en la familia ¿Quiénes con quién o quiénes?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro No Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro No Familiar							
Nadie se ha golpeado en la familia				Funcionalidad			

Instrucciones para el examinador: A partir de esta pregunta, explore la frecuencia con la que se presentan los eventos cuestionados.

36. ¿En esta familia hay alguien que se embriague con alcohol o tome otro tipo de estimulante?

		Frecuencia			
		Muy Frecuente	Algunas Veces	Muy raro	Nunca
Padre					
Madre					
Hijos					
Hijas					
Otro familiar					
Otro No familiar					
		Funcionalidad			

37. ¿Quién tiene o ha tenido problemas de comportamiento en la escuela, el trabajo o con los demás?

		Frecuencia			
		Muy Frecuente	Algunas Veces	Muy raro	Nunca
Padre					
Madre					
Hijos					
Hijas					
Otro familiar					
Otro No familiar					
		Funcionalidad			

38. Si en esta familia han tenido problemas con la autoridad (policía, jefes, maestros, etc) ¿Quién los ha tenido?

		Frecuencia			
		Muy Frecuente	Algunas Veces	Muy raro	Nunca
Padre					
Madre					
Hijos					
Hijas					
Otro familiar					
Otro No familiar					
		Funcionalidad			

39. ¿Quién ha presentado un problema emocional?

		Frecuencia			
		Muy Frecuente	Algunas Veces	Muy raro	Nunca
Padre					
Madre					
Hijos					
Hijas					
Otro familiar					
Otro No familiar					
		Funcionalidad			

40. ¿Quién de la familia se aísla?

		Frecuencia			
		Muy Frecuente	Algunas Veces	Muy raro	Nunca
Padre					
Madre					
Hijos					
Hijas					
Otro familiar					
Otro No familiar					
Funcionalidad					

FORMATO DE CALIFICACION:

Cada cuadro tiene el número de ítem que le corresponde. Escribir el puntaje de funcionamiento en los cuadros según el ítem que le corresponda. Un mismo ítem puede aparecer varios conceptos (por ejemplo el 40) después de haber hecho el vaciado, sumar cada escala. El puntaje global se obtiene sumando todos los puntos de los 40 ítems, debido a la repetición de ítems en diferentes escalas no se puede hacer la suma por escalas.

FUNCION	PREGUNTAS										SUMA
AUTORIDAD	1	3	4	5	11	12	14	28	39	40	
PUNTUACION											
CONTROL	8	10	17	26	31	34	35	40			
PUNTUACION											
SUPERVISION	16	25	26	28	30						
PUNTUACION											
AFECTO	22	23	24	27	31	32	33				
PUNTUACION											
APOYO	7	16	18	20	39	40					
PUNTUACION											
CONDUCTA DISRUPTIVA	5	9	36	37	38	39	40				
PUNTUACION											
COMUNICACIÓN	4	10	15	18	19	21	22	36	38		
PUNTUACION											
AFECTO NEGATIVO	6	15	29	34							
PUNTUACION											
RECURSO	2	12	13	14	17	40					
PUNTUACION											
PUNTAJE GLOBAL											

Características de la Escala de Calificación.

Cada ítem se evalúa en una escala ordinal de cuatro categorías, asignando 1 cuando el aspecto evaluado es disfuncional y 4 cuando es funcional. Las categorías 2 y 3 con intermedias.

Esta asignación se hace a juicio de la persona que evalúa, considerando en cada caso el ciclo vital de la familia, el nivel cultural y socioeconómico de la misma, la tipología familiar y a los criterios que por ejemplo se presentan:

Ítem 20: En esta Familia, ¿Quién Protege a quién?

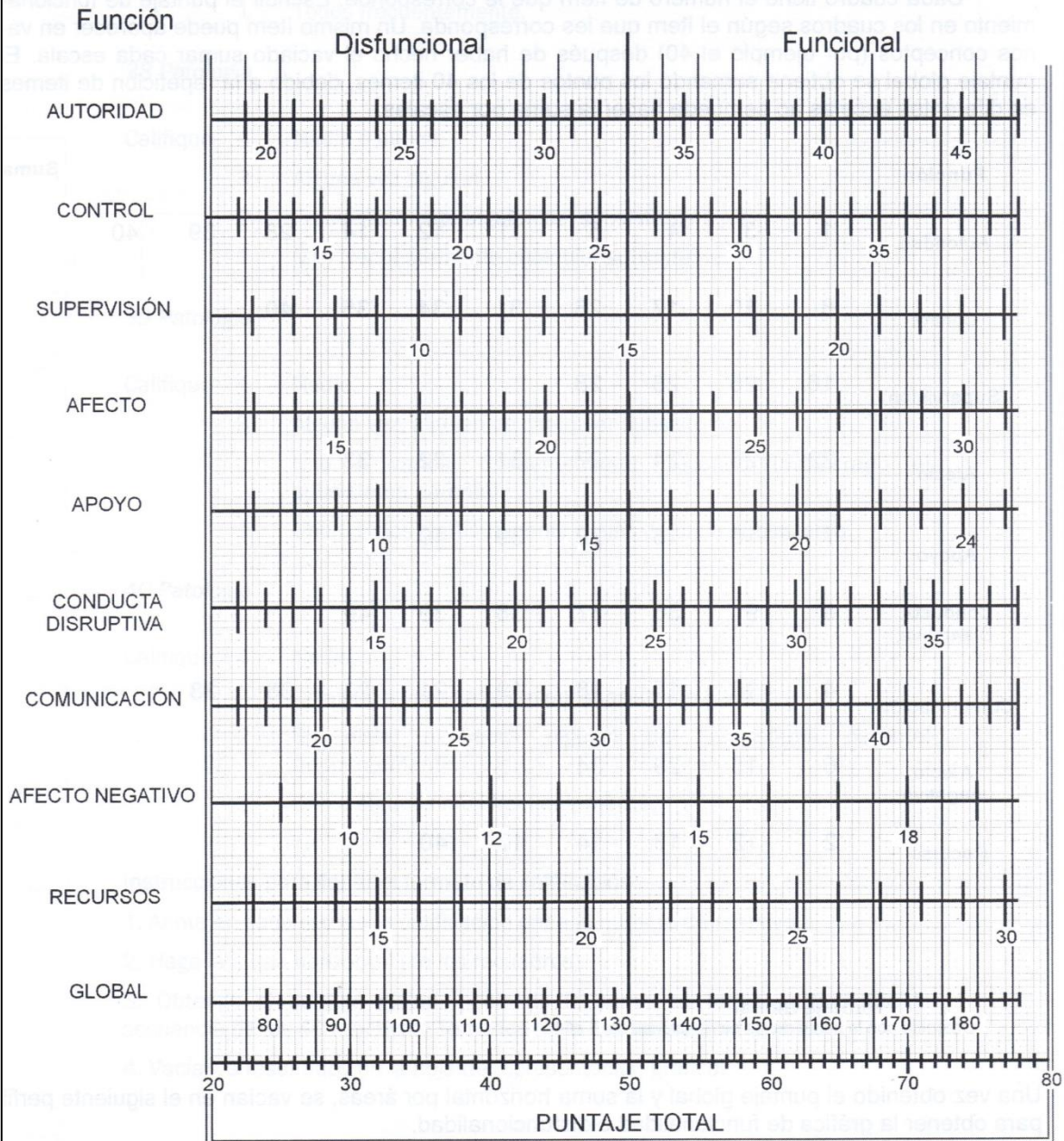
Califique:

4. Todos se protegen o cuando la protección proviene de un subsistema superior o dentro del mismo
3. Cuando sólo uno de los padres protege y el otro es sustituido por un familiar o no familiar.
2. Cuando existe sobreprotección de cualquiera de los miembros.
1. Nadie u otro familiar o no, en presencia de padre no clínico (no enfermo).

Nota: cualquier pregunta que no sea posible de contestar porque “no es el caso” se calificara con 4.

Perfil de funcionamiento familiar

Familia: _____ Fecha de aplicación: _____
 Tiempo de formada: _____ Etapa de ciclo vital: _____
 Nivel socioeconómico: _____ Número de miembros: Adultos _____
 Adolescentes _____ niños _____ Tipo de familia: _____



INSTITUTO DE LA FAMILIA A. C .

ANEXO 4

Cuestionario de Morisky – Green sobre adherencia al tratamiento.

TEST DE MORISKY – GREEN

Tiene la finalidad de valorar actitudes acerca del tratamiento.

Se calificaron con Adherencia al tratamiento y cumplidores los pacientes que respondieron correctamente a las cuatro preguntas que lo forman.

Una respuesta inadecuada califica al paciente como incumplidor o sin Adherencia al tratamiento. (2, 4, 18,19)

1. ¿Se olvida de tomar el Medicamento?
a) Si b) No

2. ¿Toma el medicamento a la hora indicada?
a) Si b) No

3. Cuando se encuentra bien, ¿Deja alguna vez de tomar el medicamento?
a) Si b) No

4. Si alguna vez se siente mal, ¿Deja de tomar el medicamento?
a) Si b) No