



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 61, VERACRUZ, VERACRUZ.

**“ASOCIACIÓN DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR
CON APEGO AL TRATAMIENTO EN DIABÉTICOS TIPO 2”.**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

DRA. AMALIA CAJICA LÓPEZ.

ASESOR

Dr. FELIX GILBERTO ISLAS RUZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**ASOCIACIÓN DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD
FAMILIAR CON APEGO AL TRATAMIENTO EN
DIABÉTICOS TIPO 2.**

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

PRESENTA:

DRA. AMALIA GAJICA LÓPEZ

AUTORIZACIONES



DRA. OBDULIA TÉXON FERNÁNDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 61 VERACRUZ, VER.



DR. FELIX GILBERTO ISLAS RUZ
ASESOR DE TESIS ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 61
IMSS VERACRUZ, VER.

DRA. EDITH GUILLEN SALOMON
COORDINADOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UMF 61 IMSS, VERACRUZ, VER.



**ASOCIACIÓN DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR CON
APEGO AL TRATAMIENTO EN DIABÉTES TIPO 2**

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

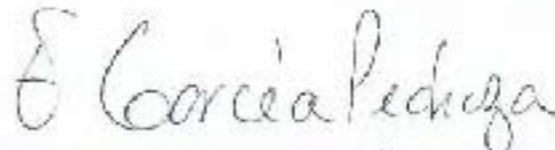
PRESENTA

DRA. AMALIA CAJICA LÓPEZ

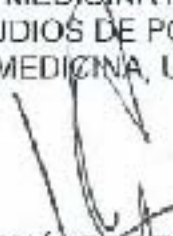
AUTORIZACIONES



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. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE EFICIENCIA DE LA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

INDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT.....	6
MARCO TEÓRICO.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
JUSTIFICACIÓN	21
OBJETIVOS.....	23
MATERIAL Y METODOS.....	24
VARIABLES.....	25
ASPECTOS ÉTICOS	27
RESULTADOS.....	30
DISCUSION	34
CONCLUSIONES.....	35
BIBLIOGRAFIA.....	36
ANEXOS.....	39

RESUMEN

Título: Asociación de cohesión y adaptabilidad familiar con apego al tratamiento en diabéticos tipo 2.

Autores: Amalia Cajica López, Félix Gilberto Islas Ruz.

Introducción. La Diabetes Mellitus tipo 2 es la enfermedad más importante en nuestra región y una de las causas más frecuentes de consulta en medicina familiar, la cual debe de ver a la familia del paciente diabético en su dinámica y tratar de vigilar con el apoyo de sus miembros para mejorar el apego de su tratamiento.

Objetivo. Determinar la asociación de la cohesión y adaptabilidad familiar con apego al tratamiento en Diabéticos tipo 2

Material y métodos. Mediante una encuesta transversal analítica, se aplicó el cuestionario sobre funcionalidad familiar FACES III a todos los pacientes diabéticos adscritos a la consulta externa de medicina familiar, que cumplieron con los requisitos de inclusión como pertenecer a una familia ser diabético tipo 2 y previa firma del consentimiento informado se aplicó el test de apego (Morisky-Green), mediante entrevista en la consulta externa, se analizó con medidas de tendencia central y con frecuencias absolutas, relativas además de Chi cuadrada y U de Mann-Whitney con significancia de $p < 0.05$.

Resultados. Se encontraron 397 pacientes diabéticos con edad promedio de 60 ± 12 años los que mostraron adherencia al tratamiento y de 61 ± 11 años sin adherencia; con una evolución de la enfermedad de 9 ± 7 años con adherencia y sin adherencia de 10 ± 8 años. De la Cohesión se observó familias Aglutinadas un 23% (37) sin apego y de 14% (31) con $p < 0.014$. De la adaptabilidad 20% (34) familias caótica sin apego y de 54% (124) con apego con $p < 0.180$.

Conclusión. Se observaron asociada las familias con baja escolaridad y aglutinadas a la falta de apego al tratamiento hipoglucemiante en diabéticos tipo 2.

Palabras claves. Apego al tratamiento hipoglucemiante-Faces III-Morisky-Green.

ABSTRACT

Title: Association of family cohesion and adaptability with adherence to treatment in type 2 diabetics.

Authors: Cajica Amalia Lopez, Gilberto Felix Ruz Islands.

Introduction. Diabetes mellitus type 2 is the most important disease in our region and one of the most frequent causes of consultation in family medicine, which should see the family of diabetic patients in their dynamics and tartar monitor with the support of its members to improve addiction treatment.

Objective. To determine the association of cohesion and family adaptability with attachment treatment in type 2 diabetics

Material and methods. Through an analytical cross-sectional survey, the questionnaire on family functioning FACES III was applied to all diabetic patients assigned to the outpatient family medicine, which met the requirements for inclusion as part of a family being type 2 diabetic and free consent reported adherence test (Morisky-Green) was applied through interview in the outpatient clinic, were analyzed using measures of central tendency and absolute, relative frequencies besides Chi square and Mann-Whitney significance of $p < 0.05$.

Results. 397 diabetic patients with a mean age of 60 ± 12 years who showed adherence to treatment and 61 ± 11 years without adherence were found; with disease progression 9 ± 7 years with adhesion without adhesion of 10 ± 8 years. Cohesion of families making 23% (37) without attachment and 14% (31) with $p < 0.014$ was observed. Adaptability 20% (34) chaotic families without attachment and 54% (124) in accordance with $p < 0.180$.

Conclusion. Families were observed associated with low education and bonded to the lack of attachment to hypoglycemic therapy in type 2 diabetics.

Tags. Adherence to treatment hypoglycemic-Faces III-Morisky-Green.

MARCO TEÓRICO

Nos referimos a la constitución de la familia al momento en que dos individuos se unen con la intención, explícita o implícita de devenir padres ⁽¹⁾ Luigi Onnis refiere a la familia como: “el espacio donde se desarrollan los individuos y precisamente no aislados sino en interacción de tal manera que influyen y son influidos, modelando su identidad y su sentido de pertenencia que luego van a trascender su ámbito social” ⁽²⁾ El grupo social en el que el individuo se desarrolla y comparte relación estrecha con otras personas a lo largo de su vida, se considera a la familia como el grupo de filiación primaria, de varios individuos que comparten una vivienda sobre la base de los lazos de parentesco ya sea por afinidad y consanguinidad y que mantienen una relación instrumental y/o afectiva. La familia funcional es aquella en que sus miembros particularmente los hijos no presentan trastornos graves de conducta, los cónyuges no están en lucha continua en cubierta, lo que no excluye que existan sentimientos entre ellos tales como amor respeto altruismo nobleza etc. ⁽³⁾ Una familia funcional es aquella en que las fuerzas familiares se encuentran en equilibrio que progresa de crisis en crisis, y es capaz de resolverlas de manera que se promueva el desarrollo de cada miembro hacia una mayor madurez, hacia una relación cálida e independiente. La familia disfuncional es la que utiliza sus problemas como arma y no como medio de acercamiento. Existe disfunción familiar cuando se presenta la coexistencia en una familia de relaciones patógenas, síntomas de conducta perturbadora y de conflictos profundos, en los valores expresados por los miembros de la familia. La disfunción familiar para el médico constituye un verdadero reto, en un principio es un problema de interrelación, basta identificar que el ser humano al encontrarse solo encara un problema de relación consigo mismo y con las estructuras sociales y que se incrementa con el proceso marital ya que requiere de modificaciones adaptativas en todos los órdenes en donde si existe un problema se afecta la dinámica familiar la cual es entendida como un conjunto de fuerzas negativas y positivas que van a afectar el comportamiento de cada miembro haciendo que la familia funcione bien o mal como unidad. La disfunción familiar en principio es un problema de interrelación consigo mismo y con las estructuras sociales, condición compleja porque requiere de modificaciones estructurales y adaptativas respecto a valores sociales aspectos económicos sexuales y religiosos. Las interacciones entre los miembros de la familia

pueden ser negativas o positivas. Cuando se dan las segundas proveen sensación de bienestar y el apoyo que permite mantener el soporte emocional como vínculo de socialización. En conjunto determinan las características de la dinámica familiar e influyen directamente en los cuidados que se otorgan al enfermo ⁽⁴⁾ Se considera a la familia como una unidad biopsicosocial integrada por un número variable de personas unidas por vínculos de matrimonio, unión libre y/o consanguinidad que viven en un mismo lugar teniendo entre sus funciones básicas la de proporcionar ayuda y normas de conducta a sus miembros. ⁽⁵⁾ A partir de la de la década de los años sesenta, uno de los enfoques más utilizados para estudiar a la familia se fundamentó en la denominada teoría general de sistemas esta teoría considera a un sistema como un conjunto de elementos en interacción dinámica donde cada elemento cumple una función con respecto al todo y su función es más que la simple suma de ellos. Así mismo la familia es un sistema compuesto por un conjunto de personas que se encuentran en interacción dinámica donde lo que acontece a uno afecta al otro y al grupo. ⁽⁶⁾ Hay familias que asumen estilos de afrontamientos ajustados ante determinadas situaciones conflictivas, son capaces de usar mecanismos estabilizadores que le proporcionan salud y bienestar y otras que no pueden enfrentar las crisis por si solas y a veces pierden el control, no tienen la suficiente fuerza y manifiesta desequilibrios que condicionan cambios en el proceso de salud y enfermedad desajustes, y específicamente en el funcionamiento de la familia. ⁽⁷⁾ En la dinámica familiar influye que uno de los integrantes tenga una enfermedad crónica y demande atención. Existe frecuentemente dificultad de adaptación a acontecimientos vitales estresantes relacionados con etapas de transición de la vida de las personas ⁽⁸⁾ Se denomina normo funcional a una familia cuando es capaz de cumplir las tareas (cuidado, afecto, alimentación, reproducción, etc.) que le están encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital que se encuentra y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo. El término disfuncional se utiliza cuando una familia no puede ejercer sus funciones. ⁽⁹⁾ Afirmamos que la pareja no se forma con el matrimonio desde el punto de vista de su funcionalidad sino desde la etapa de noviazgo la cual es crucial y determinante ya que en ella se definen alianzas y afianza factores significativos. Para la pareja el análisis de la funcionalidad de la relación de pareja es de trascendental importancia para el grupo familiar, se sabe que gran parte

de los problemas familiares pueden ser ubicados como disfuncionales del subsistema conyugal. ⁽¹⁰⁾ La evaluación de la familia impone el uso de modelos con sustento teórico basados en investigaciones que los respalden y 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. ⁽¹¹⁾

FACES III Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACESIII): Es un instrumento elaborado por Olson, Portner y Lavee, en 1985, validado y aplicado en el 2003 en México por Gómez Clavelina e Irigoyen, es fiable 70% con el índice de Cronbach y válido. Contiene 20 preguntas: las 10 noes evalúan la cohesión familiar y las 10 pares, la adaptabilidad familiar. Las preguntas están planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert del 1 al 5 (1 nunca, 2 casi nunca, 3 algunas veces, 4 casi siempre, 5 siempre) de tal manera que la puntuación posible para cohesión y la adaptabilidad es de 10 a 50. Se centra en un modelo Circunflejo Familiar, cuyas bases son las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, siendo sus focos de evaluación la percepción real como la ideal. La primera tiene dos componentes, los lazos emocionales y el grado de autonomía. Implica los factores de ligas afectivas, fronteras o límites, coaliciones tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y diversiones. Esta dimensión va de la cohesión extremadamente baja a la cohesión extremadamente alta (familia desligada, separada conectada y amalgamada). La segunda dimensión, se refiere a la habilidad de un sistema familiar o marital para cambiar su estructura de poder, roles y reglas de relación en respuesta al estrés situacional y de adaptación. La adaptabilidad familiar va de la adaptación extremadamente baja a la extremadamente alta (familia rígida, estructurada, flexible y caótica).

Combinando los 4 niveles de cada dimensión se obtienen 16 tipos de sistemas familiares, agrupados a su vez en tres modos de funcionamiento: balanceado, medios y extremos.

FAMILIA DESLIGADA: Ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, poca lealtad a la familia, se da muy poco involucramiento o interacción entre sus miembros, hay falta de cercanía parento-filial, alta independencia personal, rara vez pasan el tiempo juntos, necesidad y preferencia por espacios separados, se toman las

decisiones independientemente, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales son vistos a solas, existen intereses desiguales, recreación individual.

FAMILIA SEPARADA: Se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, cierta lealtad e interdependencia entre ellos, aunque con una cierta tendencia hacia la independencia. Hay separación emocional, la lealtad familiar es ocasional, el involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal, los límites parento-filiales son claros, con cierta cercanía entre padres e hijos, se alimenta cierta separación personal, el tiempo individual es importante pero pasan parte del tiempo juntos, se prefieren los espacios separados, compartiendo el espacio familiar, las decisiones se toman individualmente siendo posibles las decisiones conjuntas, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales raramente son compartidos con la familia, los intereses son distintos, la recreación se lleva a cabo más separada que en forma compartida.

FAMILIA CONECTADA: Hay cercanía emocional, la lealtad emocional es esperada, se enfatiza el involucramiento pero se permite la distancia personal, las interacciones afectivas son alentadas y preferidas, los límites entre los subsistemas son claros, con cercanía parento-filial, la necesidad de separación es respetada pero poco valorada, el tiempo que pasan juntos es importante, el espacio privado es respetado, se prefieren las decisiones conjuntas, el interés se focaliza dentro de la familia, los amigos individuales se comparten con la familia, aunque con una tendencia hacia la dependencia.

FAMILIA AMALGAMADA: Cercanía emocional extrema, se demanda fidelidad y lealtad hacia la familia, el involucramiento es altamente simbiótico, junto a un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común, se expresa la dependencia afectiva, hay extrema reactividad emocional, se dan coaliciones parento-filiales, hay falta de límites generacionales, falta de separación personal, la mayor parte del tiempo lo pasan juntos, se permite poco tiempo y espacio privado, las decisiones están sujetas al deseo del grupo, el interés se focaliza dentro de la familia, se prefieren los amigos de la familia más que los personales, los intereses conjuntos se dan por mandato.

ADAPTABILIDAD: Describe la capacidad del sistema marital/familiar para cambiar sus estructuras de poder (roles y reglas) en respuesta al estrés situacional o evolutivo. Adaptabilidad extremadamente alta origina caos en el interior de la familia, esto es la inexistencia de roles y reglas definidas, una adaptabilidad extremadamente baja rigidez que impide amoldarse a las crisis del ciclo familiar. Incluye conceptos tales como poder (capacidad de afirmación, control, disciplina), estilos de negociación, relaciones de roles y reglas de relación de la familia.

FAMILIA CAÓTICA: Se refiere a ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes. Las decisiones parentales son impulsivas, hay falta de claridad en las funciones y existe alternancia e inversión en los mismos, frecuentes cambios en las reglas, que se hacen cumplir inconsistentemente.

FAMILIA FLEXIBLE: Hay un liderazgo y roles compartidos, disciplina algo severa, y democrática negociándose sus consecuencias, El liderazgo es igualitario, permite cambios, usualmente es democrática, hay acuerdo en las decisiones, se comparten los roles o funciones, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad, algunas reglas cambian.

FAMILIA ESTRUCTURADA: El liderazgo es autoritario, disciplina algo severa, y democrática negociándose sus consecuencias. El liderazgo es igualitario, permite cambios, usualmente es democrática, hay acuerdo en las decisiones, se comparten los roles o funciones, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad, algunas reglas cambian.

FAMILIA ESTRUCTURADA: El liderazgo es autoritario, siendo algunas veces igualitario así como los roles en ocasiones son compartidos, donde existe cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan. La disciplina rara vez es severa, siendo predecibles sus consecuencias, los padres toman las decisiones, las funciones son estables pero pueden compartirse, las reglas se hacen cumplir firmemente, pocas son las que cambian.

FAMILIA RÍGIDA: Hay liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios. Existe fuerte control parental, y su aplicación es severa, es autocrática, los padres imponen las decisiones, los roles están estrictamente definidos, las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo la posibilidad de cambio.

El modelo circunflejo de Olson integra tres dimensiones de la vida familiar: cohesión, adaptabilidad y comunicación. Las dos primeras son las principales y se estima que la comunicación es una dimensión facilitadora que contribuye a que las otras dos se mantengan en niveles saludables. Este modelo propone que sus dos dimensiones principales presentan cuatro posibles grados o niveles. De los cuales los dos intermedios son normales o balanceados, mientras que los niveles más altos y más bajos son extremos. La funcionalidad familiar se identifica mediante la capacidad que tienen las familias para moverse dentro del modelo como resultado del efecto de factores de estrés normativo y no normativo. La disfuncionalidad se define como la incapacidad de las familias para moverse y modificar así sus niveles de cohesión y adaptabilidad. La cohesión se define como la unión emocional que tiene los miembros de una familia. Esta dimensión se integra por diversos conceptos como unión emocional, límites alianzas, tiempo espacio, amistades toma de decisiones, intereses y recreación. Se han identificado cuatro niveles de cohesión que se caracterizan en ciertos tipos de familias en una escala cualitativa ordinal: no relacionada, semi relacionada, relacionada y aglutinada esta escala se relacionan con el nivel de cohesión, siendo el nivel más bajo el de las familias no relacionadas, y el más alto el de las familias aglutinadas las familias semi relacionadas y relacionadas tienen un nivel de cohesión intermedio. La adaptabilidad se define como la posibilidad de cambio en el liderazgo relación de roles y normalización de la relación entre los miembros de una familia con el propósito de valorar esta dimensión se han considerado diversos conceptos con fundamento sociológico, de estos conceptos pueden mencionarse: liderazgo (control disciplina) estilos de negociación roles, normas para la relación interpersonal y grupal etc. Debe ser concebida como el balance entre flexibilidad y estabilidad (cambio-no cambio) y la comunicación clara abierta y consistente. Al igual que la cohesión la adaptabilidad se ha clasificado en una escala cualitativa ordinal que permite identificar cuatro tipos de familias: rígida, estructurada, flexible, y caótica. El más bajo nivel de adaptabilidad corresponde a las familias rígidas, el más alto a las caótica. Los niveles intermedios de esta dimensión clasifican a las familias como estructuradas o flexibles. ⁽¹³⁾

Breve síntesis histórica de Diabetes Mellitus

Antecedentes de la Diabetes Mellitus, la primera referencia a la diabetes Mellitus se encuentra en el papiro de Ebers encontrado en 1862 en Tebas (hoy Luxor). En el papiro

se recoge una sintomatología que recuerda a la diabetes y unos remedios a base de determinadas cocciones. Por su parte la medicina india ya distinguía dos formas de diabetes: una que se daba a jóvenes delgados y que no sobrevivían mucho tiempo y otra en personas mayores y obesas, que claramente corresponden con la diabetes de tipo 1 y la de tipo 2, respectivamente de nuestros días.

La primera referencia en la literatura médica occidental de una "orina dulce" en la diabetes se debe a Thomas Willis (1621-1675). Paso más de un siglo para que, Mathew Dobson (1725-1784) médico inglés de Liverpool quien se dio cuenta después de tratar a un grupo de pacientes informó que estos tenían azúcar en la sangre y en la orina y describió los síntomas de la diabetes. Algunos años más tarde otro médico inglés, John Rollo publicó sus observaciones sobre dos casos de pacientes diabéticos, describiendo muchos de los síntomas y el olor a acetona (que confundió con olor a manzana) y proponiendo una dieta con la cual se reducía el azúcar en la sangre y conseguía una mejora de la sintomatología en algunos casos. Fue el primero en acuñar el término de Diabetes Mellitus para diferenciar la enfermedad de otras formas de poliuria. También es de esta época la observación de Thomas Cawley en 1788 de que la diabetes Mellitus tenía su origen en el páncreas. Una de las mayores figuras fue el fisiólogo francés Claude Bernard (1813-1878) que realizó importantes descubrimientos incluyendo la observación de que el azúcar que aparece en la orina de los diabéticos había estado almacenado en el hígado en forma de glucógeno. También demostró que el sistema nervioso central estaba implicado en el control de la glucosa al inducir una glucemia transitoria en el conejo consciente estimulando la médula. Desarrolló el modelo de ligadura del conducto pancreático, permitiendo a otros demostrar que con esta técnica se inducía la degeneración del páncreas exocrino manteniendo intacta la función endocrina. La presencia de proteinuria en el paciente diabético es conocida desde el siglo XVIII. Bright en 1836 dedujo que la proteinuria en enfermos diabéticos podría ser consecuencia de una enfermedad renal específica de la diabetes. ⁽¹⁴⁾

Síntesis histórica de la insulina

En 1921 la insulina es descubierta por Banting y Best quienes ligaron el conducto pancreático de varios perros y obtuvieron un extracto de páncreas libre de tripsina, después, provocaron una diabetes experimental en otros perros y, una vez desarrollada

la enfermedad, comprobaron que la administración del extracto de páncreas de los primeros reducía o anulaba la glucosuria de los segundos. En 1936 Kimmelstiel y Wilson se describe un glomérulo esclerosis nodular en pacientes diabéticos de larga evolución. ⁽¹⁵⁾ Se necesitaron 12 años más para descubrir que la insulina se excreta y se almacena como proinsulina, inactiva, que se escinde a insulina activa con sus cadenas y a un resto llamado péptido C y hasta la década de los 70 no se conoció con exactitud su estructura tridimensional. Fue en 1955 cuando Frederick Sanger obtuvo el premio Nobel por este descubrimiento.

Diabetes Mellitus en la Actualidad

A pesar de ser una enfermedad conocida desde la antigüedad, no fue hasta 1979 que el National Diabetes Data Group propuso los primeros criterios diagnósticos aceptados de forma general, adoptados también por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estos primeros criterios utilizaban básicamente datos de poblaciones con alta prevalencia de la enfermedad, en los que la respuesta a la prueba de tolerancia oral a la glucosa es bimodal, para definir el punto de corte para el diagnóstico de la Diabetes Mellitus. En estos primeros criterios no se consideró de ninguna forma el impacto sobre las complicaciones crónicas, puesto que tampoco se disponía de la información para hacerlo. En 1997 un grupo de expertos de la ADA reevaluó los criterios diagnósticos de la Diabetes Mellitus. Esta vez sí se consideró el impacto sobre las complicaciones crónicas y los nuevos criterios propuestos se basaron principalmente en la prevalencia de retinopatía diabética en una serie de estudios epidemiológicos y utilizaban la glucemia en ayunas como base para el diagnóstico en la mayoría de los casos. La OMS adoptó estos criterios en su mayor parte, aunque se reservó un papel más importante para la prueba de tolerancia oral a la glucosa. En el 2003 se hizo una modificación en los límites de normalidad de la glucemia en ayunas, sin embargo, la OMS no la adoptó. ⁽¹⁶⁾ Las enfermedades crónicas se han convertido en uno de los problemas de salud pública más importantes debido a los altos costos de su tratamiento y de la prevención de las complicaciones. Los cambios en el comportamiento humano y los estilos de vida en el último siglo ha provocado un gran incremento de la incidencia mundial de Diabetes Mellitus, sobre todo de tipo 2. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que el número de personas con DM2 en el mundo es de 171 millones y pronostica que aumentará a 366 millones en el año 2030. En estudios realizados durante la década

pasada se previó que la prevalencia se encontraba entre 8 y 9% en la población mexicana y se calcula que podrá llegar a 12.3% en el año 2025. La American Diabetes Association (ADA), en su informe emitido en 1997 definió a la Diabetes Mellitus (DM) como un síndrome clínico dentro del cual se engloban diferentes entidades nosológicas. Este nuevo concepto de enfermedad diabética fue ratificado por la Organización Mundial de la Salud en 1998. La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en la población con Diabetes Mellitus. Existe evidencia de que la arteriosclerosis precede frecuentemente al diagnóstico de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Por ello el informe de la ADA supuso un adelanto en el tiempo del diagnóstico gracias a la simplificación de los criterios. Así, con un conocimiento temprano de la enfermedad podemos ser más exigentes en la modificación de los factores de riesgo para reducir la morbi-mortalidad por esta patología. Otro punto importante del informe es el cambio en la clasificación de la enfermedad. Se propone en ella que cada tipo de DM se defina según su etiología y no según su tratamiento. No obstante, tanto el informe de la ADA de 1997 como los posteriores, asumen que no siempre es posible con los conocimientos de los que ahora disponemos y es probable que en lo que hoy entendemos como Diabetes Mellitus Tipo 2 se engloben grupos pacientes heterogéneos, con características genotípicas y fenotípicas diferentes y distintos pronóstico y tratamiento.⁽¹⁷⁾ Por ello, para diagnosticar a la Diabetes Mellitus se usan criterios basados en la concentración plasmática basal de glucosa o en los resultados de la realización de pruebas de sobrecarga oral. Es el perfil epidemiológico y clínico el que, delatando un mecanismo etiopatogénico diferente, hace llegar al diagnóstico del tipo de enfermedad diabética. Este diagnóstico, en ocasiones, puede ser confirmado mediante marcadores inmunológicos u otras pruebas.

Criterios diagnósticos de la OMS para Diabetes Mellitus Tipo 2:

1.- Síntomas de Diabetes más una glucemia casual mayor o igual a 200 mg/dl (11,1 mmol/l). Casual es definido como en cualquier momento del día sin respetar el tiempo desde la última ingesta. Los síntomas clásicos de la Diabetes Mellitus incluyen poliuria, polidipsia, y pérdida de peso inexplicada.

2.- Glucosa plasmática en ayuno igual o mayor a 126 mg/dl (7 mmol/l). El ayuno es definido como la no ingesta calórica de por lo menos 8 horas.

3.- Glucosa plasmática a las 2 horas mayor o igual a 200 mg/dl (11,1 mmol/l) durante la prueba de tolerancia oral a la glucosa. Este test debería ser realizado como fue descrito por la OMS, usando una carga de glucosa que contenga un equivalente a 75g de glucosa anhidra disuelta en agua.

Existe un grupo intermedio de sujetos cuyo nivel de glucemia no reúnen criterios para Diabetes Mellitus pero es muy alto como para considerarlo normal. Este grupo se define de acuerdo a la glucemia de ayuno, en tres categorías:

1. Glucemia en ayuno normal: menor a 110 mg/dl.
2. Intolerancia a la glucosa: glucemia en ayuno mayor o igual a 110 mg/dl o menor a 126 mg/dl.
3. Diagnóstico provisional de Diabetes: Glucemia en ayuno mayor de 126 mg/dl.

Las categorías correspondientes cuando se usa la prueba de tolerancia oral a la glucosa son los siguientes:

- 1 Tolerancia normal a la glucosa: cuando a las 2 horas posteriores a la carga presenta glucemia < 140 mg/dl (7,8 mmol/l).
- 2 Intolerancia a la glucosa: cuando a las 2 horas posteriores a la carga presenta glucemia mayor o igual 140 mg/dl (7,8 mmol/l) y menor a 200 mg/dl (11,1 mmol/l).
- 3 Diagnóstico de diabetes confirmado: cuando a las 2 horas posteriores a la carga presenta glucosa > 200 mg/dl (11,1 mmol/l).⁽¹⁸⁾

En México, desde 1940 la Diabetes Mellitus ya se encontraba dentro de las primeras 20 causas de mortalidad, con una tasa de 4.2 por 100 000 habitantes. Pese a ello, se la consideraba una enfermedad poco frecuente (1% de la población adulta). Las consecuencias de la enfermedad crecieron a partir de 1970, cuando la DM ocupó el 15º lugar como causa de muerte. Diez años después ocupó el noveno lugar y para 1990 alcanzó el cuarto lugar como causa de mortalidad general. A partir del 2000, la DM es la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres (después de la Cardiopatía Isquémica, enfermedad resultante muchas veces de la Diabetes Mellitus). Contrario a lo observado con otras afecciones (como la Cirrosis Hepática), la tasa de

mortalidad por DM aumentó desde el año 2000 al 2003. Por ejemplo, en las mujeres, la tasa se incrementó 17.1% (de 51.2 a 61.8 por 100 000 habitantes) y en los hombres el ascenso fue de 22.2% (de 42.2 a 51.6 por 100 000 habitantes). En 2003, la Diabetes Mellitus representó 12.6% de todas las muertes ocurridas en el país y la edad promedio al morir fue de 66 años. La Diabetes Mellitus genera un considerable efecto en los sistemas de salud, dado que fue la undécima causa de ingreso a hospitales de la Secretaría de Salud durante el año 2000, sólo superada por factores de ingreso relacionados con el embarazo, accidentes, problemas perinatales y algunas de las infecciones o procedimientos quirúrgicos más comunes. Además, la Diabetes Mellitus es la causa más frecuente de ceguera, insuficiencia renal terminal, amputaciones no traumáticas e incapacidad prematura en México y en la mayoría de los países. La Diabetes Mellitus es el desenlace de un proceso iniciado varias décadas antes del diagnóstico. La mayoría de los individuos con Diabetes Mellitus tiene otros miembros de su familia con la misma enfermedad. A menudo tuvieron bajo peso al nacer y un aumento de peso mayor a lo normal durante la adolescencia. Casi todos ellos acumulan la grasa en el abdomen. Con el tiempo, la concentración de glucosa en sangre aumenta, al principio sólo después de ingerir alimentos y años después aun en estado de ayuno. La mayor parte de las enfermedades crónicas y degenerativas resulta de la interacción de factores genéticos y ambientales. La predisposición para padecer el trastorno sólo se hace evidente cuando el individuo tiene un estilo de vida propicio. En los últimos 50 años la población mexicana se concentró en grandes centros urbanos. El porcentaje de la población que vive en las áreas rurales se redujo de 57.4 en 1950 a 25.4 en 2000. Sus costumbres alimenticias se modificaron, con incremento del consumo de calorías, azúcares simples y grasas. En las zonas rurales, la distribución de nutrientes en la dieta promedio es de 64% de carbohidratos, 12.1% de proteínas y 22.7% de grasas. Al migrar los individuos de una área rural a una urbana, el consumo de grasas aumenta (27.6 y 33% en zonas de bajos y medianos ingresos económicos, respectivamente) y disminuye el de carbohidratos complejos. Por el contrario, el consumo de azúcares simples se incrementa o se mantiene sin cambio. Por otra parte, la actividad física de un alto porcentaje de esta población se reduce al mínimo. El resultado es un incremento del contenido energético de la dieta y una reducción del gasto de energía por medio del

ejercicio. Los fenómenos sociales y culturales que determinaron los cambios del estilo de vida están vigentes y son demostrables incluso en zonas rurales. El ámbito psicosocial de la Diabetes Mellitus es un fenómeno dinámico y las actualizaciones de los estudios representativos de la Familia son indispensables.⁽¹⁹⁾ La bibliografía es coincidente en que las patologías crónicas generan mayores problemas de adherencia que las agudas, así como que la ausencia de síntomas percibidos por el paciente conducen a peores tasas de cumplimiento. Otras peculiaridades tales como el tiempo de evolución de la enfermedad, su naturaleza o las expectativas de curación también se han estudiado, destacándose entre todas una mejor aceptación del tratamiento cuanto más asumido está el proceso patológico por parte del paciente.^(20, 21, 22) El tratamiento intensivo y adecuado de la Diabetes Mellitus se relaciona con el retardo en la aparición y progresión de las complicaciones crónicas de la enfermedad, por lo que parece razonable recomendar un control estricto de su tratamiento. Se define apego al tratamiento como la conducta del paciente que coincide con la prescripción médica, en términos de tomar los medicamentos, seguir las dietas o transformar su estilo de vida.

La Diabetes y su apego al tratamiento.

El apego al tratamiento es importante para evaluar la evolución clínica, ya que una alianza terapéutica entre el paciente y el médico es necesaria para el éxito del tratamiento. Existen diversas técnicas para medir el apego al tratamiento farmacológico, como la cuantificación directa del fármaco en sangre u orina, entrevista al paciente y el conteo de tabletas, entre otras. La falta de apego al tratamiento implica grandes erogaciones económicas, ya que más de 10% de los ingresos hospitalarios se deben a esta causa. Los factores de riesgo para el no apego terapéutico son los relacionados con el paciente, la familia, la enfermedad, el médico tratante, el lugar donde se prescribe el tratamiento y el medicamento en sí. Los estudios sobre este tema muestran que es de 50% de cumplimiento en enfermedades crónicas; y en enfermedades agudas, como la diarrea, varía entre 31% y 49%, con los siguientes factores de riesgo asociados: desconocimiento de la enfermedad, desconfianza de la capacidad del médico, duración de la consulta menor a cinco minutos, falta de comprensión de las indicaciones médicas, escolaridad baja, estado civil, núcleo familiar e intolerancia a los medicamentos. Otro de los factores asociados con no apegarse al tratamiento terapéutico, es el uso de plantas o productos de origen animal a los cuales les son atribuidas propiedades medicinales.

Es necesario enfatizar al paciente la aceptación de su padecimiento e identificar los trastornos afectivos y de ansiedad que ello implica, ya que su manejo adecuado también se asocia con una mejoría en la calidad de vida y en el apego terapéutico.⁽²³⁾ Se requiere un manejo cotidiano de un equipo multidisciplinario para el control de la Diabetes Mellitus por eso es importante que todo diabético, considere el control de su enfermedad y que las personas de su entorno otorguen el apoyo adecuado para lograr los objetivos del tratamiento. 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.⁽²⁴⁾ Para valorar el incumplimiento terapéutico, el recuento de comprimidos se toma como punto de referencia en la mayoría de los estudios comparativos; sin embargo, no está desprovisto de sesgos, pues se asume que toda la medicación que falta la ha tomado el paciente, y también cabe señalar el elevado porcentaje de cumplimiento que se presenta en algunos tratamientos, lo que podría relacionarse con las prescripciones de medios comprimidos y la pérdida de la medicación. El test de mayor uso en la valoración del paciente con DM 2 es el de Morisky-Green como el test de Batalla es para los hipertensos que puede acercarse a condiciones de sensibilidad y especificidad mayor del 80% al compararse con el recuento de las tabletas. (25, 26 y 27)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Frecuentemente en el quehacer diario de la práctica del médico familiar el dar atención a los pacientes Diabéticos es importante dado que ocupa el primer lugar como motivo de atención en la forma de registro de enfermedades crónicas degenerativas, se percibe que en el proceso salud- enfermedad este tipo de pacientes tienen un descontrol metabólico que les condiciona complicaciones en diferentes órganos y sistemas lo cual se observa el impacto que ello significa en su núcleo familiar es a partir de este cuestionamiento que me motiva realizar el presente trabajo de investigación para lo cual formulé la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe cohesión y adaptabilidad familiar en el apego al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2?

JUSTIFICACION

El presente estudio se realice con la intención de conocer la cohesión y adaptabilidad familiar y el apego al tratamiento en el paciente diabético, la literatura refiere que las enfermedades crónicas favorecen un desequilibrio en la homeostasis familiar y el no tener un apego adecuado al tratamiento incrementa la posibilidad de descontrol metabólico y éste complicaciones a corto y largo plazo. Por lo que se decide investigar cual es la repercusión de este padecimiento en las familias de los diabéticos.

La cohesión y adaptabilidad familiar y el buen apego al tratamiento es importante por el apoyo que la familia brinde a cada integrante del sistema familiar en especial en este estudio es importante saber la relación que guardará con el paciente diabético tipo 2 ya que esto puede detener la enfermedad y evitar complicaciones.

Es por lo que es de gran importancia para el médico familiar conocer la cohesión y adaptabilidad familiar y el apego al tratamiento en los pacientes diabéticos y poder establecer como diagnóstico para futuros tratamientos a estos pacientes el manejo de la cohesión y adaptabilidad familiar como antecedente en sus complicaciones o saber que como marco de referencia la importancia que esto tiene en su evolución.

El número de pacientes diabéticos, en el consultorio de medicina familiar matutino y vespertino hay una adscripción de 2114 pacientes, de los cuales 95 tienen etiquetados el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. En la unidad de adscripción se cuenta con el registro electrónico de pacientes crónico degenerativo, un promotor de salud comunitaria, una sala de espera en donde se pueden ofrecer pláticas de educación en salud en enfermedades crónico-degenerativas.

Dada la magnitud de la problemática al contabilizar el número de diabéticos, los cuales son vulnerables a que su funcionalidad familiar se vea afectada por la enfermedad de Diabetes Mellitus en alguno de sus miembros, así mismo es factible realizar el presente estudio con los recursos humanos y técnicos con que se cuentan.

Una vez terminado el presente estudio de investigación, considero que los resultados obtenidos serán benéficos para interpretarlos, analizarlos y utilizarlos en la

toma de decisiones con el propósito de que las acciones de educación en salud vayan encaminadas a la mejora de la calidad de vida en salud de los pacientes diabéticos y se vea reflejada de manera satisfactoria en como la familia acepta la enfermedad del paciente en un entorno de funcionalidad, con el apoyo de las autoridades de la clínica planeo realizar la integración de los diabéticos en grupos de autoayuda para el conocimiento de su enfermedad y sobre todo sea factor de cambio hacia la prevención, detección oportuna de complicaciones y limitación del daño, en que el apego al tratamiento farmacológico y no farmacológico del diabético se refleje en la salud familiar.

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar la cohesión y adaptabilidad familiar en Diabéticos tipo 2 con y sin apego al tratamiento

ESPECIFICOS:

- 1.- Identificar la prevalencia de diabéticos tipo 2.
- 2.- Identificar la cohesión y adaptabilidad en pacientes diabéticos tipo 2
- 3.- Determinar el apego al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2.

Los criterios de selección fueron:

INCLUSION

- Que no aceptaron participar en el estudio.
- Adscritos a la unidad de medicina familiar
- Acudieron a consulta externa ambos turnos

EXCLUSION:

- Pacientes que no aceptaron participar el estudio.

ELIMINACIÓN:

- Pacientes con cuestionarios del FACES III que estaban incompletes.

ANALISIS ESTADISTICO

Se realizará análisis descriptivo mediante medidas de tendencia central, e inferencial para variables ordinal con U de Mann Whitney y para nominales con Chi cuadrada con significancia $p < 0.05$.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio:

Transversal, analítico, observacional y prolectivo

Población, lugar y tiempo

Se aplicó el cuestionario FACES III a los pacientes diabéticos adscritos al turno matutino y vespertino de la consulta externa de Medicina Familiar No.45 de Misantla, Veracruz, durante el periodo de 01 de Agosto del 2012 a Mayo 2014

Muestra

El tamaño de muestra fue no probabilístico al

Criterios de selección

Inclusion

Que sean derechohabientes del Seguro Social

Adscritos a la UMF donde se llevó a cabo el estudio

Que acudan a consulta extena

Ambos sexos

Exclusión

Pacientes que no acepten participar en el estudio

Eliminación

Cuestionarios incompletos

Análisis estadístico

Con la información recabada se diseñó una base de datos en el programa excel y se analizó con estadística descriptiva e inferencial (Ude Mann Whitney para variables con escala ordinal y Chi cuadrada para variables con escala nominal). Nivel de significancia $p < 0.05$

VARIABLES

Variable de exposición	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala de medición
Paciente diabético	Enfermedad producida por deficiencia de secreción de insulina en el páncreas y Resistencia a la insulina.	Pacientes con glicemia mayor de 126 mg/dl en dos ocasiones en ayuno	Diabético controlado Diabético no controlado	Nominal
Cohesión	Implica los factores de ligas afectivas, fronteras o límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y diversiones.	(FACES III) Es el vínculo emocional de los miembros de la familia y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en la familia.	No relacionadas 10- 34 Semirrelacionadas 35 - 40 Relacionada 41 - 45 Aglutinada 46 - 50	Ordinal
Adaptabilidad familiar	Describe la capacidad del sistema marital /familiar para cambiar sus estructuras de poder (roles y reglas) en respuesta al estrés situacional o evolutivo.	(FACES III) Es la adaptación de la familia ante situaciones de stress	Rígida 10 - 19 Estructurada 20 - 24 Flexible 25 - 28 Caótica 29 - 50	Ordinal
Variable de desenlace	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala de medición
Apego al tratamiento	Es el comportamiento del paciente en relación a su salud	(CUESTIONARIO MORISKY GREEN) Capacidad del paciente para tomar sus medicamentos	Con apego al tratamiento Sin apego al tratamiento	Nominal

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Sexo	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra	Según su género	Masculino Femenino	Nominal
Edad	Tiempo que ha vivido la persona en años	Años cumplidos	De 15 a más años	Ordinal
Escolaridad	Años y cursos que sigue un estudiante en una escuela	Años de escuela cursados y grados obtenidos	Analfabeta, Sabe Leer y Escribir, Primaria Secundaria, Preparatoria, Licenciatura.	Ordinal
Estado civil	Condición de unión de una pareja	Grado y tipo de unión con su pareja	Casada, soltera, unión libre, divorciada, viuda	Nominal
Nivel socio-económico	Estatus social determinado por los ingresos económicos y la satisfacción de necesidades.	Se determina en base a los ingresos totales de la familia.	Bajo Medio Alto	Ordinal
Evolución de la enfermedad	Es el tiempo desde que se inicia el padecimiento a la fecha	Años o meses de la enfermedad	De un año en adelante	Ordinal
Ocupación	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra labor no remunerable	Empleo u oficio	Hogar, obrero, jubilado, profesionista,	Nominal

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio de investigación cumple con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación y se apega a la declaración mundial de Helsinki, con sus modificaciones del 2013, respetando los artículos: 15, 20, 33, con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su artículo 3ro, en todas sus fracciones, al artículo 14 en su fracción I, VI, VII y VIII; al artículo 16, y considerando el artículo 20, 21 y 22 sobre el Consentimiento Informado; de dicha ley.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este protocolo mencionamos la clasificación correspondiente:

Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

RECURSOS

Recursos Humanos:

- Investigador

Recursos Físicos:

- UMF
- Consultorios matutino y Vespertino

Recursos Materiales:

- Bibliografía de apoyo.
- Hojas de captación de datos.
- Expedientes clínicos.
- Papelería diversa.

Para considerar una buena adherencia, la respuesta de todas las preguntas debe ser adecuada (no, sí, no, no).

Se realizó una muestra no probabilística al entrevistar a todos los derechohabientes que cumplieron con los criterios de inclusión y el muestreo así, fue por conveniencia.

Todos los resultados se anotaron en una base de datos del programa EXCEL 2007, para posteriormente ser analizados.

El análisis estadístico Incluyo las frecuencias absolutas y relativas mediante las medidas de tendencia central y de dispersión. El análisis inferencial con Chi cuadrada con corrección de Yates o prueba Exacta de Fisher, y prueba de U Mann Whitney con nivel de significación de 0.05. Con el paquete estadístico SPSS 20.0

RESULTADOS

Se efectuaron 397 encuestas, de las cuales 3 fueron incompletas, en los diabéticos tipo 2, con edad promedio de 60 ± 12 años los que mostraron adherencia al tratamiento y de 61 ± 11 años sin adherencia; con una evolución de la enfermedad de 9 ± 7 años con adherencia y sin adherencia de 10 ± 8 años.

De las características básicas de la población encuestada en cuanto al sexo, se mostró 65% (108) del sexo femenino sin adherencia y de 57% (131) con adherencia, con $p < 0.127$; la Ocupación fue sin adherencia con 37% (62) se dedicaban al hogar y con adherencia 22% (50), jubilados se mostraron sin adherencia 20% (34) y con adherencia 29% (67); la escolaridad se observó 44% (74) sin adherencia con primaria y de 35% (79) con adherencia, con una $p < 0.059$. El estado civil se mostró 53% (88) casados sin adherencia y de 67% (153) con adherencia; el resto de las características básicas se pueden observar en el Cuadro I.

De la Cohesión y Adaptabilidad con y sin apego al tratamiento hipoglucemiante en los pacientes con diabetes tipo 2, se observó en familias Aglutinadas un 23% (37) sin apego y de 14% (31) con apego y una significancia de $p < 0.014$. De la adaptabilidad se observó 20% (34) familias caótica sin apego y de 54% (124) con apego con una $p < 0.180$. El resto se observa en el Cuadro II.

El apego se observó en 58% (228), de los pacientes con tratamiento hipoglucemiante como se observa en la Gráfica 1.

CUADRO I

**CARACTERISTICAS BASICAS DE LA POBLACION EN ESTUDIO
CON ADHERENCIA Y SIN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
HIPOGLUCEMIANTE**

n= 394

CARACTERISTICAS	SIN ADHERENCIA n= 166	CON ADHERENCIA n= 228	p
GENERO			<0.127 ¹
MASCULINO	35% (58)	43% (97)	
FEMENINO	65% (108)	57% (131)	
OCUPACION			
HOGAR	37% (62)	22% (50)	
OBRERO	7% (11)	5% (11)	
EMPLEADO	20% (33)	19% (44)	
ESTUDIANTE	2% (3)	1% (2)	
PROFESIONISTA	9% (15)	6% (14)	
JUBILADO	20% (34)	29% (67)	
MAESTRO	5% (8)	18% (40)	
ESCOLARIDAD			<0.059 ²
ANALFABETA	11% (18)	4% (9)	
PRIMARIA	44% (74)	35% (79)	
SECUNDARIA	21% (35)	19% (44)	
BACHILLERATO	8% (13)	9% (20)	
PROFESION	16% (26)	33% (76)	
ESTADO CIVIL			
SEPARADO	3% (5)	2% (4)	
CASADO	53% (88)	67% (153)	
UNION LIBRE	13% (21)	12% (27)	
DIVORCIADO	4% (6)	2% (5)	
VIUDO	18% (30)	14% (31)	
SOLTERO	9% (16)	3% (8)	

¹ Chi cuadrada² U de Mann-Whitney

Fuente: derechohabientes con Diabetes Mellitus UMF 45 de Misantla, Ver.

CUADRO II
**COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR CON Y SIN APEGO AL
TRATAMIENTO DE DIABETICOS TIPO 2**
n= 394

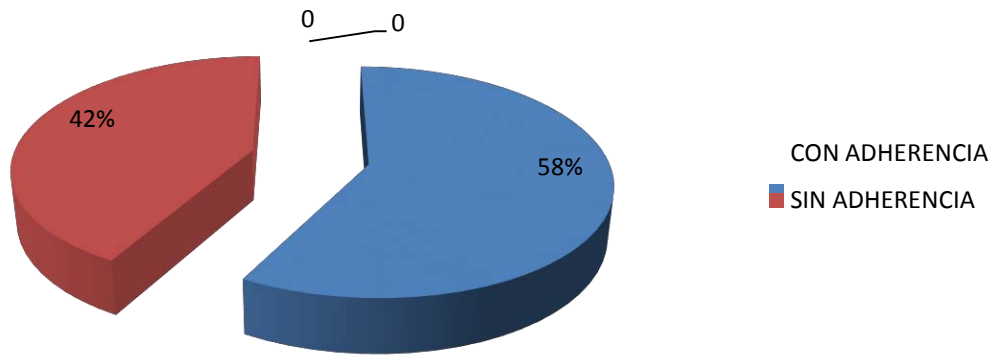
CARACTERISTICAS	SIN ADHERENCIA n= 166	CON ADHERENCIA n= 228	p¹
COHESION			<0.014
NO RELACIONADAS	31% (52)	38% (87)	
SEMIRELACIONADAS	25% (42)	32% (73)	
RELACIONADAS	21% (35)	16% (37)	
AGLUTINADAS	23% (37)	14% (31)	
ADAPTABILIDAD			<0.180
RIGIDA	5% (8)	2% (4)	
ESTRUCTURADA	8% (13)	10% (22)	
FLEXIBLE	9% (15)	34% (78)	
CAOTICA	20% (34)	54% (124)	

¹U de Mann-Whitney

Fuente: derechohabientes con Diabetes Mellitus UMF 45 de Misantla, Ver.

GRAFICA 1

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO HIPOGLUCEMIANTE EN DIABETES MELLITUS TIPO 2



Fuente: derechohabientes con Diabetes Mellitus UMF 45 de Misantla, Ver.

DISCUSION

En este estudio se encontraron pacientes diabéticos tipo 2 con una edad promedio de 61 años promedio en ambos grupos, y una evolución de ambos de 10 años, cuyas características fueron que el género femenino mostro sin apego al tratamiento hipoglucemiante 65% (108), y 35% en el sexo masculino a diferencia en otros estudios, donde el 58% de mujeres presentaron regular apego al tratamiento y el 83% de los hombres presentaron mal apego al tratamiento ⁽²⁸⁾; aunque en nuestro trabajo no se presentaron diferencias significativas con los que tenían adherencia al tratamiento. El 37% de los que no presentaron apego al tratamiento se dedicaban al hogar; y fue 44% su escolaridad de primaria; aunque otros autores mencionan otras formas de falta de adherencia donde los factores de riesgo para el no apego terapéutico son los relacionados con el paciente, la enfermedad, el médico tratante, el lugar donde se prescribe el tratamiento y el medicamento en sí; los estudios sobre este tema muestran que es de 50% de cumplimiento en enfermedades crónicas, semejante a nuestra investigación donde la falta de adherencia al tratamiento fue de 42%, como en México, un estudio realizado en una unidad de medicina del IMSS de Chihuahua, México, reporto un apego de 54.2% ^(29, 30). En estudios efectuados en Colombia sobre el apego al tratamiento de la diabetes mellitus en una población en cuanto al nivel educativo, se hallaron diferencias con nuestra escolaridad del estudio, ahí, 50% tenían estudios de primaria, 22.2% secundaria y el 5.6% tenía formación universitaria, las demás participantes no recordaron los estudios realizados, y los principales desapegos al tratamiento mencionaron: concepciones culturales de la enfermedad, desencuentro entre los discursos del equipo profesional de salud y el saber popular, cansancio de tomar tantos medicamento ⁽³¹⁾.

En estudios efectuados en Guerrero, México sobre el apoyo familiar al apego del tratamiento de diabéticos tipo 2, el 93% (67/72) de los encuestados viven con su familia y el 7% (5/72) respondieron que viven solos(as). Se preguntó a los participantes la participación de la familia en el buen desarrollo del tratamiento de la diabetes. El 57% (41/72) respondió que sus familiares le apoyan diciéndole a qué hora se debe tomar sus medicamentos, 42% (30/72) dijo que no tiene ese apoyo de parte de sus familiares y uno

respondió que solo a veces le recuerdan la hora en que se va a tomar su tratamiento ⁽³²⁾, que en nuestro estudio se presentó en familias no relacionadas el apego al tratamiento con $p < 0.014$ y en la adherencia en familias caóticas con 54% aunque con $p < 0.180$.

En otras investigaciones se mostró una correlación directa entre el estrés y la hemoglobina glucosilada; el apoyo social y la sintomatología depresiva no se asociaron con la adherencia al tratamiento pero sí con el estrés. Se confirman pobres cifras de adherencia, y la asociación entre alto estrés y altos índices de Hb1Ac ⁽³³⁾, que en nuestro estudio no se encontraron diferencias significativas con la Adaptabilidad familiar.

Es necesario enfatizar al paciente la aceptación de su padecimiento e identificar los trastornos afectivos y de ansiedad que ello implica, ya que su manejo adecuado también se asocia con una mejoría en la calidad de vida y en el apego terapéutico ⁽³⁴⁾; que fue uno de los factores que no se manejó en esta investigación, así como la satisfacción del usuario que mencionan otros autores que relacionan la adhesividad con satisfacción usuaria, Donabedian establece que la satisfacción usuaria es un indicador de resultados en salud, permitiendo predecir los logros terapéuticos y el retorno del usuario ante un evento similar ⁽³⁵⁾.

Conclusión. Sin embargo nuestra investigación solo se limitó a la dinámica familiar, y en ella se mostró diferencias significativas con la cohesión se necesita profundizar aún más para conocer los factores de riesgo y determinar las causas que ocasionan la falta de adherencia al tratamiento en los diabéticos tipo 2, en base a lo comentado anteriormente.

BIBLIOGRAFIA

1. Linares-J.L, identidad y narrativa Paidós terapia familiar 1997; 6:74.
2. Onnis Luigi, La palabra del cuerpo, Psicósomática y perspectiva sistémica Herder Barcelona 1997; 134.
3. Bellak AS. Versen M. Métodos de investigación en psicología clínica Bilbao Desclee de Broker 1989.
4. Velasco-Orellana R. Chaves-Aguilar V. La disfunción familiar un reto diagnóstico terapéutica. Rev. Med IMSS 1994; 32:271-175.
5. Ponce-Rosas ER, Gómez-Clavelina Fj. Irigoyen-Coria A. Terapn- Trillo MF Fernández Ortega MA. Perfil de la estructura familiar en una zona urbana de Tlalpan Méx. Arch Med Fam. 1999; 1:67-72.
6. Huerta-Martínez A, Valadez-Rivas j, Sánchez-Escobar. Frecuencia de disfunción familiar en una clínica de Med. Fa. Del ISSSTE, Cd México Arch Med Fam 2001; 3:95-98.
7. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Arch Med Fam 2005; 7:15-19.
8. Rodríguez-Abrego G. Rodríguez-Abrego I. disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. Rev Med IMSS 2004; 42:97-102.
9. Méndez- López DM. Gomes-López BM. García-Ruiz ME. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. Rev. Med IMSS 2004; 42:281-284.
10. Chávez-Aguilar V, Velasco-Orellana R. Disfunciones familiares del subsistema conyugal criterios para su evaluación. Rev Med IMSS 1994; 32:39-42.
11. Ortiz-Gómez R, Jiménez-Cangas P, Silva-Ayzguer C. Métodos de investigación diversos en la salud familiar. Rev Cub Med Gen integ 1999; 15; 151-155.
12. Ponce-Rosas ER, Gómez-Clavelina FJ. Análisis de la confiabilidad de FACES III. Aten Prim 1999; 23:479-484.
13. Gómez-Clavelina FJ. FACESIII. Alcances y limitación atención familiar. Rev Fac Med UNAM 2002:45.
14. http://www.iqb.es/d_mellitus/historia/historia.
15. Martínez A. Complicaciones microvasculares: nefropatía diabética. Cardiovascular risk factors. 2004; 13(4): 219-227.
16. Rius Riu F. La hemoglobina glucosilada como criterio diagnóstico de diabetes mellitus. Endocrinol Nutr. 2010. doi:10.1016/j.endonu.2010.01.010
17. De Santiago, A. N. Definición, clasificación clínica y diagnóstico de la diabetes mellitus. Documentos Clínicos SEMERGEN MedFam México 2008 96-100
18. Olaiz F., Rosalba R. Diabetes mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. Salud pública Méx v.49 supl.3 Cuernavaca 2007.
- 19.- Chavira B.R. The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and

- Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 2000;23 (suppl 1):S4-S19
20. Sabate E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción (Documento OMS traducido). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2004.
 21. Rigueira AI. Cumplimiento terapéutico: ¿qué conocemos de España? *Aten Primaria* 2001; 27(8):559-68.
 22. Palop V, Martínez I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2004; 28(5):113-20.
 23. Duran V. B., Gallegos E.F. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública Méx* 2001; 43:233-236.
 24. Valadez-Figueroa IA, Aldrete-Rodríguez MG, Alfaro-Alfaro N. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. *Salud Pública Méx.* 1993;35(5):464-470
 25. Sackett D. Ayudar a los pacientes a cumplir los tratamientos. *Epidemiología. Ciencia básica para la medicina clínica.* 2a. edición Buenos Aires (Argentina): Interamericana, 1994:249-260
 26. Rivera-Chavira B, Dr. en Biol. Mol. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Blanca Rosa Durán-Varela, M.C.,
 27. Franco-Gallegos E, M.C. *Salud Pública de México*, May-Jun 2001. México V43, no. 3.
 28. Pineda Somodevilla I. H., Avelino Huerta J., Aguirre Bernardo B., Enríquez Guerra M. A. Apego al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en un Centro de Salud. *De Med Expert* 2010: 1(5): 35-44.
 29. Garduño J, Martínez MC, Fajardo A, Ortega M, Álvarez A, Vega V. Frecuencia y factores de riesgo asociados al incumplimiento terapéutico con metronidazol. *Rev Invest Clin* 1992; 44:235-240.
 30. Durán V.B.R et al. "APEGO AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2". *Salud Pública de México*, (2001). Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública de México.
 31. Alba Meneses Rentería, Deli Ignacio López, Florencia Mendoza Gatica, Mari Luz Moctezuma Miranda, Luisa Reyes de Jesús. Factores que influyen en el abandono del tratamiento de diabetes mellitus tipo II. *ALASRU* 2012.
 32. Hoyos TN, Arteaga MV, Muñoz M. Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar. *Invest Educ Enferm.* 2011; 29 (2):194-203.
 33. Manuel Ortiz Parada; Eugenia Ortiz; Alejandro Gatica; Daniela Gómez. Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. 2011; Volumen 29 (Número 1) Pág.: 5-1.

34. Vázquez F, Arreola F, Castro G, Escobedo J, Fiorelli S, Gutiérrez C et al. Aspectos psicosociales de la diabetes mellitus. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 1994; 32(3):267-270.
35. Ayuso D, Grande F. la gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias. España: Díaz de Santos; 2006.



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

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: **“Asociación e cohesión y Adaptabilidad familiar con apego al tratamiento en Diabéticos tipo 2 de Misantla, Ver.**

Patrocinador externo (si aplica):

Misantla Ver., a ___ de _____ 2013

Lugar y fecha:

Número de registro:

R-2012-3003-24

Justificación y objetivo del estudio:

Procedimientos:

Realización de Cuestionarios

Posibles riesgos y molestias:

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Participación o retiro:

Participación

Privacidad y confidencialidad:

Si

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Colaboradores:

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 Apellido paterno Apellido materno

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Dra. Amalia Cajica López.

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Enfra. Dora Jiménez y Olarte

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

RECOLECCION DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

Ficha clínica:

Nombre: _____

Afiliación: _____ Unidad de Adscripción: _____

Consultorio: _____ Turno: _____ Sexo: _____ Edad: _____

3.- OCUPACION:

Hogar: _____

Obrero: _____

Empleado: _____

Estudiante: _____

Profesionista: _____

Jubilado _____

Maestro: _____

4.- ESCOLARIDAD

Primaria: _____

Secundaria: _____

Preparatoria: _____

Profesional: _____

Postgrado: _____

5. ESTADO CIVIL

Separados _____

Casados _____

Unión libre _____

Divorciados _____

Viudos _____

6.- EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD ____ MESES

CUESTIONARIO DE MORISKY-GREEN

Valora si el paciente adopta actitudes correctas en relación con la terapéutica.

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?
4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?

Para considerar una buena adherencia, la respuesta de todas las preguntas debe ser adecuada (no, sí, no, no).

FACES III (D.H. OLSON, J. PRITNER Y. LAVEE).**VERSIÓN EN ESPAÑOL (MÉXICO): C. GÓMEZ Y C. IRIGOYEN.****INSTRUCCIONES: ESCRIBA EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE A CADA PREGUNTA LA RESPUESTA QUE USTED ELIJA SEGÚN EL NÚMERO INDICADO:****NUNCA (1), CASI NUNCA (2), ALGUNAS VECES (3), CASI SIEMPRE (4) SIEMPRE (5)**

	1	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí
	2	En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver problemas
	3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
	4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
	5	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos
	6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
	7	Nos sentimos más unidos con nosotros que con personas que no son de nuestra familia
	8	Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas
	9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
	10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos
	11	Nos sentimos muy unidos
	12	En nuestra familia los hijos toman las decisiones
	13	Cuando se toma una decisión importante toda la familia está
	14	En nuestra familia las reglas cambian
	15	Con facilidad podemos planear actividades en familia
	16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros
	17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones
	18	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad
	19	La unión familiar es muy importante
	20	Es difícil decir quien hace las labores del hogar

MODELO CIRCUNFLEJO EN LOS SISTEMAS FAMILIAR Y MARITAL DIMENSIONES DE EVALUACION DE LA FAMILIA A TRAVES DEL FACES III		
DIMENSION	FAMILIAS	PUNTUACION
COHESION	No Relacionada	10-34*
	Semirrelacionadas	35-40**
	Relacionadas	41-45**
	Aglutinadas	46-50*
ADAPTABILIDAD	Caóticas	29-50*
	Flexibles	25-28**
	Estructuradas	20-24**
	Rígidas	10-19*

*Familias extremas, **Equilibradas. Tomada de Olson DH et al, eds family inventories, st, paut University of Minesota

		COHESION				
		Cohesión / Adaptabilidad	No Relacionada 10 a 34	Semi- Relacionada 35 a 40	Relacionada 41 a 45	Aglutinada 46 a 50
ADAPTABILIDAD	Caótica 29 a 50	Caóticamente No Relacionada	Caóticamente Semirrelacionada	Caóticamente Relacionada	Caóticamente Aglutinada	
	Flexible 25 a 28	Flexiblemente No Relacionada	Flexiblemente Semirrelacionada	Flexiblemente Relacionada	Flexiblemente Aglutinada	
	Estructurada 20 a 24	Estructuralmente No Relacionada	Estructuralmente Semirrelacionada	Estructuralmente Relacionada	Estructuralmente Aglutinada	
	Rígida 10 a 19	Rígidamente No Relacionada	Rígidamente Semirrelacionada	Rígidamente Relacionada	Rígidamente Aglutinada	
	<p>Familias con disfunción severa (oscuro). EXTREMAS Familias con disfunción moderada (claro). RANGO MEDIO Familias funcionales (blanco). BALANCEADAS</p>					

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

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

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3003
U MED FAMILIAR NUM 61, VERACRUZ NORTE

FECHA 19/12/2012

DRA. OBDULIA TEXON FERNANDEZ**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Asociación de Cohesión y adaptabilidad familiar con apego al tratamiento en Diabéticos tipo 2.

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2012-3003-24

ATENTAMENTE

DR. (A). MARGARITO LEÓN CABAL

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3003

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL