



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA CON
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°60
DELEGACIÓN ORIENTE**

**APEGO AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO, COHESIÓN Y
ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO
2 DESCONTROLADOS ADSCRITOS A LA UMF 64 IMSS.**

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

PRESENTA:

DRA. CLAUDIA ELIZABETH JUÁREZ ZURITA

ESTADO DE MEXICO ORIENTE.

2017



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.

**APEGO AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO, COHESIÓN Y
ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO
2 DESCONTROLADOS ADSCRITOS A LA UMF 64 IMSS.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DRA. CLAUDIA ELIZABETH JUÁREZ ZURITA

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. GEOVANI LOPEZ ORTIZ
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.

**APEGO AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO, COHESIÓN Y
ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO
2 DESCONTROLADOS ADSCRITOS A LA UMF 64 IMSS.**

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

PRESENTA

DRA. CLAUDIA ELIZABETH JUAREZ ZURITA

AUTORIZACIONES



DRA. ELIZABETH NICOLÁS CARRAZCO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
ADSCRITA A HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA CON UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR N° 60 "JESUS VARELA RICO"



DRA. EUGENIA DEL ROCIO RIVERA TELLO
ASESOR DE TEMA DE TESIS
MÉDICO FAMILIAR
ADSCRITA A HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA CON UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR N° 60 "JESUS VARELA RICO"



DR. LUIS REY GARCÍA CORTÉS
ASESOR METODOLÓGICO
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
ESTADO DE MEXICO ORIENTE



DR. PEDRO ALBERTO MUÑOZ REYNA
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
ESTADO DE MEXICO ORIENTE

AGRADECIMIENTOS

Dedico esta investigación a todos los profesores que con su paciencia, empeño y dedicación demuestran la convicción a su profesión y de la enseñanza para formar mejores médicos, en particular al Dr. Luis Rey por su apoyo y a la Dra. Rocío Rivera Tello por su constante dedicación y todo su esfuerzo. A mi madre y a Dios por brindarme la oportunidad de cumplir siempre mis metas.

INDICE

	Página
Capítulo 1	
Antecedentes.....	1
Planteamiento del problema.....	8
Justificación.....	9
Hipótesis.....	10
Objetivos.....	11
Capítulo 2	
Diseño.....	12
Criterios.....	13
Variables.....	14
Descripción del estudio.....	15
Factibilidad y aspectos éticos.....	16
Recursos.....	17
Capítulo 3	
Resultados	18
Discusión.....	26
Capítulo 4	
Conclusiones.....	29
Recomendaciones.....	30
Referencias Bibliográficas.....	31
Capítulo 5	
Anexos.....	35

RESUMEN

Apego al tratamiento farmacológico, cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes con Diabetes tipo 2 descontrolados adscritos a la UMF 64 IMSS.

Introducción. La OMS define la adherencia terapéutica como la medida en que la conducta del paciente tiene en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida. El buen o mal funcionamiento de la familia influye en el adecuado control de enfermedades crónico degenerativas como la diabetes mellitus tipo 2. La cohesión familiar es definida como el ligue emocional que los miembros de la familia tienen entre si y la adaptabilidad familiar como la capacidad de un sistema familiar de cambiar su estructura de poder, roles y sus reglas en relación al estrés situacional. **Objetivo.** Conocer el apego al tratamiento farmacológico, cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes diabéticos descontrolados adscritos a la UMF 64 IMSS. **Material y métodos.** Efectuado en pacientes con DM tipo 2, adscritos a la UMF 64 IMSS de primer nivel de atención. Muestreo no probabilístico por conveniencia (n= 267), en ambos géneros, con previo consentimiento informado. Se les aplico dos encuestas, la primera que midió el apego terapéutico con el test Morisky-Green y la segunda el funcionamiento familiar con el cuestionario FACES III. (Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales), las cuales se aplicaran por el médico general de base. Los datos obtenidos se vaciaron a una hoja Excel diseñado para su captura y posterior el análisis estadístico SPSS versión 19. **Resultados.** De los 267 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados ninguno fue eliminado por que todos contestaron completamente los cuestionarios. El apego al tratamiento farmacológico correspondió a un 55% (n= 147) como no cumplidor y un 45% (n=120) como cumplidor presentando una FACES Cohesión aglutinada (muy alta) con un 77.20% (n=206) y una adaptabilidad caótica (alta) 100% (n=267). Predominó el género femenino 68% (n=182). La edad que predominó fue entre los 50 a 69 años de edad con un 66% (n=174) con un nivel de escolaridad primaria 43.20% (n= 127) con una ocupación que predomino como ama de casa de un 34.8% (n=93). **Conclusiones.** El apego fue no cumplidor con un FACES cohesión muy alta y adaptabilidad alta por lo que se manifiesta un buen funcionamiento familiar. **Palabras clave.** Diabetes mellitus, apego al tratamiento, cohesión, adaptabilidad familiar.

ABSTRACT

Pharmacological Therapy compliance, cohesion and family adaptability with diabetes mellitus type 2 treated assigned to the family medicine UMF 64 IMSS.

Introduction. The OMS define the therapeutic adherence as the measure in what the patient has the relation with the medication taken, the following is go on a diet or the modification of a life style the good or bad function of the of the family influence in the suitable control of chronic diseases degenerative like diabetes mellitus type 2. The family cohesion is define as the emotional join between the member of the family and with family adaptability like the capacity of a family systema to change the structure of power, roles and their roles in relation with suitable stress. **Objective.** Knowing the Pharmacological therapy compliance, cohesion and family adaptability in patient with diabetes assigned to the family medicine UMF 64 IMSS. **Material and Methods.** Executed in patients with DM type 2, assigned to UMF 64 IMSS of the first level of attention showing non probabilistic by convenience (n= 267) in both genders with previous knowledge informed. And we apply two surveys, the first one we measure the therapeutic attachment with the test Morisky-Green, the second one the family function with the questionnaire FACES II (Family adaptability and Cohesion Evaluation Scales), which they will be apply by the general doctor in duty, the obtain data it will be emptied in a Excel page designed for capture and statistical analysis subsequently SPSS versión 19. **Results.** Out of 267 patients with Diabetes mellitus type 2 uncontrolled none of them was eliminated, because everyone answer complete the questionnaire. The frequency of compliance to pharmacological therapy was 55% (n=147) as noncompliant and 45% (n= 120) was recorded as achiever, represent done FACES cohesion agglutinated (very high) with a 77.20% (n= 206) and one chaotic adaptability (high) 100% (n= 267). The female gender predominated 68% (n=182) where the age that predominated was between 50 at 69 year old 66% (n=174) with the elementary school level 43.20% (n=127) with the occupation predominated as house wife a 34.8% (n= 93). **Conclusions.** The attachment was noncompliant with a FACES very high cohesion and very high adaptability which it shows a good family functioning. **Keywords.** Diabetes mellitus, therapy adhesion, cohesion, family adaptability.

CAPITULO I

I.ANTECEDENTES

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad sistémica, crónico-degenerativa de carácter heterogéneo con grados variables de predisposición hereditaria y con la participación de diversos factores ambientales. (1)

Se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, con efectos sobre el metabolismo intermedio de carbohidratos, lípidos y proteínas. (1)

Suele distinguirse dos formas principales de DM, la tipo 1 (DM1) y la tipo 2 (DM2), la primera es debida principalmente a una reacción de tipo autoinmune, donde se da una destrucción selectiva de las células beta del páncreas, productoras de insulina cuya ausencia en el organismo conduce a la hiperglucemia crónica, la cual solo se corrige con la administración de insulina, de ahí que se le denomine también diabetes mellitus dependiente de insulina. (1)

La DM2 se presenta en los sujetos adultos y cursa con resistencia periférica a la insulina. (1)

Es la forma más común y con frecuencia se asocia a obesidad o incremento en la grasa visceral, muy raramente ocurre cetoacidosis de manera espontánea. El defecto va desde una resistencia predominante a la insulina, acompañada con una deficiencia relativa de la hormona, hasta un progresivo defecto en su secreción. (2)

La Diabetes Mellitus es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) Como una amenaza mundial. Se calcula que en el mundo existen más de 180 millones de personas con diabetes y es probable que esta cifra aumente a más del doble para 2030. En 2005 se registraron 1.1 millones de muertes debidas a la diabetes, de las cuales alrededor de 80 % ocurrieron en países de ingresos bajos o medios, que en su mayoría se encuentran menos preparados para enfrentar esta epidemia.(3)

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. En México, la DM ocupa el primer lugar en número de defunciones por año tanto en hombres como en mujeres las tasas de mortalidad muestran una tendencia ascendente en ambos sexos con más de 70,000 muertes y 400,000 casos anuales.(3)

La prevalencia global de la Diabetes Mellitus (DM) está aumentando rápidamente como resultado del envejecimiento de la población, la urbanización y los cambios asociados al estilo de vida. Permanece como una causa importante de morbilidad y mortalidad prematura en todo el mundo. (4)

En el año 2012, la Federación Internacional de Diabetes (IDF, por sus siglas en inglés) estimó que más de 371 millones de personas vivían con dicha enfermedad y que 4.8 millones de personas mueren a causa de la misma. (4)

Por otro lado a nivel mundial se estima que para el año 2030 el número de personas diabéticas se incrementa a 439 millones, lo que representa el 7.7% de la población adulta (de 20 a 79 años de edad) del mundo. (4)

Respecto al comportamiento de esta enfermedad en México, de 1998 al 2012 se ha observado una tendencia hacia el incremento en un 4.7%, pasando de una tasa de morbilidad de 342.1 a 358.2 casos por cada 100 mil habitantes, específicamente en el año 2012 se reportaron 418,797 pacientes diagnosticados con diabetes (lo cual representa el 0.4 % de la población mexicana), el 59% de los casos fueron del sexo femenino, siendo el grupo etario de 50-59 años de edad el más afectado, con una tasa de morbilidad de 1,237.90 casos por cada 100 mil habitantes. (4)

De acuerdo a los criterios de agrupación de la lista mexicana la Diabetes Mellitus, las cifras preliminares emitidas por la INEGI para el año 2012, esta enfermedad constituyó la segunda causa de muerte en la población mexicana, con una tasa de mortalidad de 75 defunciones por cada 100 mil habitantes. (4)

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, de los 6.4 millones de adultos mexicanos que han recibido diagnóstico por un médico y reciben tratamiento, 25% presentó evidencia de un adecuado control metabólico. Entre los mexicanos con diagnóstico previo de diabetes mellitus, se incrementó la proporción de los que reciben tratamiento con insulina de 7.3 a 13.1 %. (5)

Los estados con prevalencia más altas son: Distrito Federal, Nuevo León, Veracruz, Tamaulipas, Durango y San Luis Potosí. (6)

La Diabetes representa un gasto de 3.430 millones de dólares al año en su atención y complicaciones, (6)

En México la DM2, es la principal causa de demanda de consulta externa en instituciones públicas y privadas y uno de los principales motivos para la hospitalización. Es más frecuente en el medio urbano (63%) que en el rural (37%) y mayor en mujeres que hombres. La esperanza de vida de un individuo diabético es de dos tercios de la esperada. (7)

La detección precoz, la instauración del tratamiento adecuado, el correcto autocontrol y, sobre todo la educación diabetológica pueden prevenir las complicaciones de manera significativa. (7)

En Enero de 2004, la American Diabetes Association (ADA) publicó un documento de posición en el que establece que individuos con glucosa anormal en ayuno (cifras entre 100- 125 mg/ dl) o con intolerancia a la glucosa (cifras entre 140- 199 mg/dl después de una carga de glucosa oral de 2 horas) será clínicamente clasificados como pre-diabetes. El reporte de la definición del síndrome metabólico publicado en conjunto por la Asociación Americana del Corazón, Pulmón y Sangre (NHLBI/AHA Conference Proceedings) en febrero de 2004, indica que este nuevo punto de corte de > 100 mg/ dl debe ser aplicado para determinar el límite inferior, para definir niveles de glucosa elevada como uno de los criterios diagnósticos para la identificación clínica del síndrome metabólico.(8)

La meta básica del control de los pacientes diabéticos está en evitar que presenten hiperglicemia. El mantenimiento de valores normales de glucemia ha demostrado disminución significativa en la aparición de complicaciones tardías. (9)

El control glucémico de los pacientes diabéticos debe estar encaminado a obtener glucemias de ayuno entre (90 mg/dl) y (130 mg/ dl), postprandial < 180 mg/ dl, así como hemoglobina glucosilada (HbA1c) < 7%. (9)

La Asociación Americana de Diabetes establece como criterios diagnósticos de diabetes mellitus tipo 2 cuando se obtiene: glucosa plasmática en ayuno igual o mayor a 126 mg/ dl, síntomas de hiperglucemia más una glucemia casual mayor o igual a 200 mg/dl, glucosa plasmática a las dos horas mayor o igual a 200 mg/ dl durante la prueba de tolerancia oral a la glucosa. (10)

La ADA Asociación Americana de Diabetes hace la recomendación del control glucémico en adultos con diabetes con niveles de glucosa plasmática preprandial entre 70 – 130 mg/ dl y glucosa postprandial < 180 mg/ dl. (11)

La OMS define el cumplimiento o adherencia terapéutica como la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones médicas, pero quizá ya la clásica definición de Haynes y Sackett sea más completa al definirlo como la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida, coincidan con las indicaciones dadas por su Médico; siendo por tanto el incumplimiento el grado en que no se realizan estas indicaciones.(12)

Son múltiples los estudios, tanto en el ámbito internacional como en el nacional, que sitúan el grado de incumplimiento farmacológico en cifras que oscilan entre el 30% y el 70 %, existiendo datos de procesos como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, asma bronquial, etc. También son abundantes los referentes a la importante repercusión que esta falta de adherencia tiene sobre la práctica clínica, habiéndose detectado repercusiones en términos tan diversos como falta de control del proceso, aumento de los costos sanitarios y no sanitarios. (12)

No obstante, en la práctica médica cotidiana la piedra angular para evaluar el control de la diabetes continúa siendo el estado de la glucosa en sangre. Si bien las cuantificaciones sanguíneas muestran el comportamiento día a día, no ofrecen la posibilidad de conocer la evolución en el mediano plazo; en este caso el uso de la hemoglobina glucosilada es la mejor opción. (13)

Tres aspectos fundamentales en la búsqueda del control de la glucemia: la respuesta biológica a la prescripción, el tipo de prescripción realizada por el personal de salud, el apego a la prescripción médica por parte del paciente. (13)

El apego terapéutico ha sido definido como la conducta del paciente que coincide con la prescripción médica, en particular en las enfermedades crónicas, y presenta un amplio rango de variación que va del 30 al 80%. (13)

Se han propuesto diversas técnicas para la medición del apego al tratamiento farmacológico entre ellas, la cuantificación directa del fármaco en sangre u orina, el conteo de tabletas, registros de farmacia y la entrevista con el paciente. De esta última, el cuestionario de Morisky –Green es un instrumento utilizado para evaluar el apego a la prescripción en enfermedades crónicas. Este instrumento se ha utilizado en en la Unidad de Investigación y Epidemiológica y en Servicios de Salud en Querétaro y Monterrey IMSS en el 2006. (13)

La Diabetes Mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica, degenerativa, aún sin curación pero controlable. (14)

Llama la atención que a pesar de existir esta preocupación por controlar la diabetes solo 5-3 % de los 17 millones de mexicanos con DM2, es decir 900 mil, estén controlados. ¿A que puede deberse este grave problema? (14)

1. Falta de apego a alguna guía de tratamiento por parte del médico.
2. Pobre relación médico-paciente
3. Inercia clínica
4. Falta de apego del paciente a su tratamiento
5. Falta de agresividad en el tratamiento. (14)

Un tema que ha sido propuesto como un factor potencial en la falla para alcanzar y mantener las metas de control entre los pacientes con DM2 es la falta de cumplimiento y apego al tratamiento antidiabético prescrito por el médico. (14)

El cumplimiento del paciente con su tratamiento está asociado con mejor control glucémico. (14)

En general, el tratamiento de esta patología tiene como objetivo el mantener una buena calidad de vida en la persona que la padece, evitando la sintomatología en situaciones como la descompensación ocurrida por una hiperglucemia o las complicaciones agudas o crónicas y disminuyendo la tasa de mortalidad.

Para lograr estas metas se realizan diversas acciones basadas en actividades que incluyen modificaciones en la alimentación, la realización de un plan de actividades físicas y en ocasiones el uso de fármacos. Sin embargo, estos esfuerzos se ven en ocasiones dificultados por la falta de adherencia al tratamiento por parte de los usuarios, haciendo infructuoso el auxilio del equipo médico y por sobre todo, complicando la calidad de vida de las personas con esta patología. (15)

La adherencia deficiente al tratamiento es muy prevalente en los pacientes con diabetes y varía según el tipo de no adherencia medida y a lo largo de la gama de comportamientos de autocuidado que son componentes del tratamiento. Por lo tanto la tasa de prevalencia debe ser evaluada por el tipo de comportamiento. La tasa de adherencia, las variables que influyen sobre la adherencia, puede variar según la nacionalidad, la cultura, por consiguiente estos factores también deben tenerse en cuenta cuando se evalúa la prevalencia de la adherencia en poblaciones de pacientes con diabetes (16)

La magnitud de la falta de adherencia terapéutica se estima cercana al 50% en los pacientes que padecen enfermedades crónicas. Según las patologías la variabilidad de los datos encontrados es significativa: 75% de incumplimiento en enfermedad psiquiátrica, 70% en asmáticos, 50% en hipertensos, diabéticos y dislipidémicos, 30-40 % en patología aguda. Por lo que se han hecho estudios sobre adherencia al tratamiento con el test Morisky Green en el Servicio Madrileño de Salud - Gerencia de Atención Primaria España. (17)

La baja adherencia terapéutica observada en los pacientes diabéticos es bastante frecuente y se explica, en parte, por la complejidad del régimen de tratamiento, por las creencias erróneas de los pacientes sobre la salud y la enfermedad. (18)

La OMS considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: mayores tasas de hospitalización, aumento de costos sanitarios y fracasos terapéuticos, que pueden condicionar el trabajo cotidiano del médico y tener consecuencias importantes para el paciente. (19)

La falta de adherencia, intencionada o no, es un problema complejo, influido por múltiples factores. Para abordarlo la clave está en identificar cuáles son esos factores, lo que permite diseñar estrategias individuales para corregirlo y evitar sus graves consecuencias. (20)

Existen varios métodos para medir la adherencia que se clasifican en directos e indirectos, todos tienen sus ventajas e inconvenientes, aunque ninguno se considera de referencia. Los métodos directos consisten en medir la cantidad de fármaco que hay en muestras biológicas, pero son caros y poco aplicables en atención primaria. Los métodos indirectos son los más utilizados, aunque tienen la desventaja de que son poco objetivos, ya que la información que utilizan suelen

provenir del propio enfermo, y en general sobreestima la adherencia al tratamiento. El recomendado por los autores es el test de Morisky- Green el cual se ha utilizado en estudios en la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Málaga y Departamento de Farmacológica y Terapéutica Clínica, Universidad de Málaga España (20). El cuestionario de Morisky- Green se ha utilizado en numerosos estudios de adherencia de fármacos antihipertensivos y antirretrovirales para sida, en osteoporosis también algunos estudios lo han utilizado para demostrar la efectividad de diversos métodos para incrementar la adherencia al tratamiento. Dicho instrumento se ha utilizado en el Servicio de Medicina Interna, Hospital del Mar. Instituto Municipal de Investigación Médica Barcelona (21)

Este método, que está validado por diversas enfermedades crónicas, fue desarrollado originalmente por Morisky, Green y Levine, para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial. Desde que el test fue introducido se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades. Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta Dicotómica si/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretende valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad, se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. Las preguntas que se deben realizar entremezcladas con la conversación y de forma cordial son las siguientes: ¿ Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?, ¿ Toma los medicamentos a las horas indicadas?, Cuando se encuentra bien ¿ deja de tomar la medicación?, si alguna vez se siente mal, ¿ deja usted de tomarla?.(22)

El paciente es considerado como cumplidor si responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, NO, Si, No, No. (22) Si responde de forma incorrecta alguna de las cuatro preguntas se considera incumplidor. (23). El interés por estudiar en forma sistemática y científica a la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso salud- enfermedad. Con este enfoque el individuo deja de ser visto como un ente exclusivamente biológico y los factores psicológicos y sociales cobran interés, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan en una u otra forma la salud del individuo. El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición de una enfermedad, así como el adecuado control de enfermedades crónico-degenerativas, como la diabetes tipo 2. (24)

La funcionalidad se identifica mediante la capacidad que tienen las familias para moverse como resultado del efecto de factores de estrés normativos o paranormativos. La cohesión familiar es definida como “el ligue emocional “que los miembros de una familia tiene entre sí. La adaptabilidad familiar se define como “la capacidad de un sistema” conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder,

sus relaciones de roles y sus reglas de relación en respuesta al estrés situacional o evolutivo. (24)

Diversas escuelas de terapia familiar han planteado reiteradamente la necesidad de instrumentos adecuados que permitan estudiar y valorar el funcionamiento familiar. Uno de los modelos con mayor relevancia actualmente en la comprensión de los sistemas familiares es el modelo circunflejo desarrollado por Olson, Sprenkle y Rusell (1979) intentando estructurar el confuso panorama conceptual del momento. Teniendo como respaldo teórico este modelo se desarrollo el FACES (FAMILY ADAPTABILITY AND COHESION EVALUATION SACALES) en 1980. (24)

La versión FACES III surgió en 1985 (Olson, Portner y Lavee, 1985) de 30 y 20 ítems respectivamente. (25)

Tanto la cohesión como la adaptabilidad son curvilíneas, esto implica que ambos extremos de las dimensiones son disfuncionales, siendo los niveles moderados los relacionados con un buen funcionamiento familiar. Es por ello que cada una de las dimensiones está dividida en 4 niveles. En el caso de la cohesión: familias apegadas (cohesión muy alta), familias conectadas (cohesión moderada alta), familias separadas (cohesión- moderada- baja) y familias desapegadas (cohesión baja). La adaptabilidad por su parte , constituye los siguientes tipos de familia: familias rígidas (adaptabilidad muy baja) , familias estructuradas (adaptabilidad moderada- baja), familias flexibles (adaptabilidad moderada- alta) y familias caóticas(adaptabilidad alta) . Este instrumento se ha empleado en diversos estudios en España. (25)

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el apego al tratamiento farmacológico, cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 descontrolados adscritos a la UMF 64 IMSS?

III. JUSTIFICACIÓN.

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica-degenerativa, aún sin curación pero controlable. Desafortunadamente la prevalencia de esta enfermedad se está incrementando de manera muy importante en todas las edades y sobre todo en todos los países en vías de desarrollo debido a los incrementos del sobrepeso y de la obesidad, además del sedentarismo. Se estima que existen aproximadamente 170 millones de personas en todo el mundo con diabetes (90 a 95 % de los casos de diabetes son DM 2) y se espera que ese número aumente aproximadamente a 366 millones para el 2030. (14)

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. En México, la DM ocupa el primer lugar en número de defunciones por año tanto en hombres como en mujeres las tasas de mortalidad muestran una tendencia ascendente en ambos sexos con más de 70,000 muertes y 400,000 casos anuales.(3)

En México la DM2, es la principal causa de demanda de consulta externa en instituciones públicas y privadas y uno de los principales motivos para la hospitalización. Es más frecuente en el medio urbano (63%) que en el rural (37%) y mayor en mujeres que hombres. La esperanza de vida de un individuo diabético es de dos tercios de la esperada. (7). La OMS considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: mayores tasas de hospitalización, aumento de costos sanitarios y fracasos terapéuticos, que pueden condicionar el trabajo cotidiano del médico y tener consecuencias importantes para el paciente.(19)

Cuando la familia se enferma, se utiliza el término de familia disfuncional por que ésta se hace ineficiente y no puede ejercer sus funciones: en ocasiones se produce la enfermedad de unos de sus miembros. (23). El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad, así como en el adecuado control de enfermedades crónico-degenerativas, como la diabetes mellitus tipo 2. La cohesión familiar es definida como “el ligue emocional que los miembros de una familia tienen entre sí”, la adaptabilidad familiar se define como la capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, sus relaciones de roles y sus reglas de relación en respuesta al estrés situacional o evolutivo.(23)Reconociendo de esta manera que la Diabetes Mellitus es una de las principales enfermedades cronicodegenerativas que tiene alta morbilidad y mortalidad, nos es interesante estudiarla desde el punto de vista familiar y las repercusiones sociales que esta conlleva con un impacto preponderante en la dinámica familiar y que ésta también influye en el tratamiento del paciente diabético, por lo que nos es importante conocer cuál será la relación entre estas variables a estudiar, partiendo de que es importante conocer todos estos factores para lograr mayores apegos terapéuticos.

IV. HIPÓTESIS

El apego al tratamiento farmacológico es no cumplidor, tiene cohesión baja y adaptabilidad moderada baja en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 adscritos a la UMF 64 IMSS.

V. OBJETIVOS

Objetivo General.

Conocer el apego al tratamiento farmacológico, la cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes diabéticos descontrolados adscritos a la UMF 64 IMSS

Objetivo específico.

Conocer el apego al tratamiento farmacológico de los pacientes diabéticos tipo 2 descontrolados.

Conocer el género, edad, escolaridad, ocupación de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados a los cuales se les estudiará el apego al tratamiento farmacológico, cohesión y adaptabilidad familiar

CAPITULO 2

VI. SUJETO, MATERIAL Y METODOS.

1. CARACTERISTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZO EL ESTUDIO

El presente estudio se llevó acabo en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No 64 Tequesquihuac que ofrece atención de primer nivel a los municipios de Atizapán de Zaragoza, Tlalnepantla, Tultitlan, Cuautitlán Izcalli, ubicada en Av. de los Bomberos s/n Unidad Habitacional del Seguro Social Tequesquihuac Tlalnepantla. La población a estudiar fueron pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 que acudieron regularmente a control y se encontraban descontrolados, tomando en cuenta la última glucosa plasmática realizada, a quienes se les aplicó dos encuestas: la primera midió la adherencia terapéutica descrita en el cuestionario de Morisky-Green con 4 ítems donde se valoró si el paciente adoptó actitudes correctas en relación con la terapéutica y la segunda el instrumento de medición FACES III.(Family adaptability and Cohesión Evaluation Scales) de 20 ítems

2. DISEÑO

2.1. TIPO DE ESTUDIO.

Descriptivo, observacional y transversal.

2.2. GRUPOS DE ESTUDIO

a) CARACTERISTICAS DE LOS CASOS. Se realizó un estudio en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 descontrolados, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 64, con glucosa basal y preprandial mayor de 130 mg/ dl y glucosa postprandial mayor de 180 de acuerdo a la ADA (Asociación Americana de Diabetes) que acudieron a consulta externa en horario de Lunes a Viernes de 8:00 am a 20: 00 horas con la finalidad de determinar su apego al tratamiento, cohesión y adaptabilidad familiar a través de dos encuestas .El primer cuestionario fue de Morisky - Green el cual se utilizó para demostrar la efectividad de adherencia al tratamiento farmacológico y el segundo cuestionario valoró el funcionamiento familiar FACES III (Family Adaptability and Cohesión Evaluación Scales).

b) CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes con diagnóstico conocido de diabetes mellitus tipo 2 en general , ratificado a través de su expediente clínico ..
- Adscritos a la UMF No. 64 IMSS Tlalnepantla, Estado de México

c) CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes diabéticos controlados

d) CRITERIOS DE ELIMINACION

- Encuestas incompletas

2.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Calculado para un universo $N= 16,780$ con los siguientes parámetros $p=0.05$, $a= 0.1$, $IC = 90$, % mediante el programa informático STATA V2.0 for Windows se obtiene una muestra $n=267$ y se utilizara la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia. Población a la que se le aplicó la formula categórica numérica finita, obteniéndose una muestra poblacional de 267 pacientes.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha/2} p * q}{d^2 * (N-1) + Z_{\alpha/2} p * q}$$

Donde:

- N = Total de la población
- $Z_{\alpha/2} = 1.962$ (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso $5\% = 0.05$)
- $q = 1 - p$ (en este caso $1-0.05 = 0.95$)
- d = precisión (en su investigación use un 5%).

2.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidades de medición
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento (26)	Años cumplidos	Cuantitativa	Continua	Años
Género	Conjunto de personas o cosas que tienen características generales comunes (26)		Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.(26)	Ultimo nivel de estudios cursado	Cualitativa	Ordinal	Analfabeto Saber leer y escribir Primaria Secundaria Preparatoria Carrera técnica Licenciatura
Ocupación	Es todo un comportamiento que es motivado por un impulso personal, satisface las demandas y las necesidades sociales. Tiene una participación productiva y recreativa.(26)	Actividad que desempeña una persona para generar ingresos	Cualitativa	Nominal	Ama de casa Empelado Jubilado Pensionado Oficio
Apego al tratamiento	Medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación coincide con las indicadas por su médico.(25)	Cuestionario Morisky Green. El paciente es cumplidor al apego si se responde de forma correcta a las 4 preguntas: NO/SI/NO/NO.Una respuesta inadecuada califica al paciente como cumplidor.	Cualitativa	Nominal	Cumplidor No cumplidor
Cohesión	Ligue emocional que los miembros de una familia tiene entre si.(25)	Cuestionario FACES III. Como se llevan en la familia en cuento a la unión.	Cualitativa	Ordinal	. Muy alta . Moderada alta . Moderada baja . Baja
Adaptabilidad	Capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder y sus relaciones de roles en respuesta a crisis.(25)	Cuestionario FACES III. Si hay o no cambios de roles	Cualitativa	Ordinal	. Muy baja . Moderada baja . Moderada alta . Alta

2.5. DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal, en la población derechohabiente de UMF 64 IMSS con el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, en el horario establecido de consulta de 8:00 a 20:00 horas de Lunes a Viernes, captados por el servicio de consulta externa de dicha unidad de medicina familiar de primer nivel, que acudieron a consulta externa en el periodo de Noviembre de 2014 a Octubre 2015. Se les aplicó dos encuestas, la primera que midió la efectividad de adherencia al tratamiento farmacológico con el cuestionario de Morisky-Green con 4 ítems y la segunda valoró el funcionamiento familiar con el cuestionario FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluación Scales) con 20 ítems. Esta encuesta se aplicó por el Médico General de Base, con el consentimiento del derechohabiente previa explicación de los objetivos del estudio. Después de haberseles otorgado la atención médica en la Unidad de Medicina Familiar 64 las encuestas se realizaron de forma aleatoria.

El cuestionario Morisky – Green se utilizó en numerosos estudios de adherencia de fármacos antihipertensivos y antirretrovirales para sida, en osteoporosis también algunos estudios lo utilizaron para demostrar la efectividad de diversos métodos para incrementar la adherencia al tratamiento. Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/ no que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento.

Uno de los modelos con mayor relevancia como instrumento para valorar el funcionamiento familiar fue el cuestionario FACES III (Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales). Tanto la cohesión como la adaptabilidad son curvilíneas, esto implica que ambos extremos de las dimensiones son disfuncionales, Es por ello que cada una de las dimensiones se divide en 4 niveles. En el caso de la cohesión: familias apegadas (cohesión muy alta), familias conectadas (cohesión moderada-alta), familias separadas (cohesión moderada-baja), y familias desapegadas (cohesión baja). La adaptabilidad por su parte, constituye los siguientes tipos de familia: familias rígidas (adaptabilidad muy baja), familias estructuradas (adaptabilidad moderada- baja), familias flexibles (adaptabilidad moderada alta) y familias caóticas (adaptabilidad alta). La calificación será: según cohesión de 10 - 34 es no relacionada, 35-40 semirelacionada, 41-45 relacionada y 46 – 50 aglutinada; según adaptabilidad: 10 - 19 rígida, 20 – 24 estructurada, 25 – 28 flexible, 29 – 50 caótica.

2.6 ANALISIS DE LOS DATOS

Por tratarse de un estudio descriptivo, se utilizó estadística descriptiva. Para el análisis de la variable cuantitativa (Edad) se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión y para las variables cualitativas (Genero, escolaridad, ocupación apego, cohesión y adaptabilidad) se utilizaron proporciones y porcentajes. Los resultados se presentaron en gráficas de sectores para las variables cualitativas y en histograma para las variables cuantitativas.

VII. FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS

Se realizó un estudio factible, puesto que contamos con todos los recursos humanos y materiales para su realización. Se respetaron todos los principios éticos para la investigación y la experimentación de la Asociación Médica Mundial, contemplados en la Declaración de Helsinki II. La Ley General de Salud y del Seguro Social.

Además si fue factible realizar el estudio debido a que contamos con los recursos tanto materiales, económicos, personales para la realización de este estudio.

Contamos con una población de pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar y contamos con los recursos que nos permitieron realizar la medición de las variables.

Nuestro estudio es válido desde el punto de vista ético se solicitó consentimiento informado por escrito de los pacientes para responder los cuestionarios y los instrumentos de validez, tomando en cuenta la autonomía del paciente para la toma de decisiones, siempre buscando la beneficencia de este al hacerle saber los resultados de dicho estudio de manera oportuna, cumpliendo así con el principio de justicia.

Todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsible tanto para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad. Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad.

VIII. RECURSOS HUMANOS, FISICOS, FINANCIEROS.

Los Recursos Humanos con los que se realizó el estudio fueron:

- Un Médico General de base de, Medicina Familiar de la UMF 64.
- Dos médicos adscritos quienes serán los asesores del proyecto

Los Recursos Físicos con los que se contó fueron:

- La Unidad de Medicina Familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- El Centro de Documentación Científica de la Unidad de Medicina Familiar No 64 del IMSS.
- El Centro de Documentación Científica del Hospital de Gineco-Obstetricia/ Medicina Familiar No 60 IMSS.
- Equipo de cómputo de la UMF 64.
- Equipo de cómputo del HGO/UMF 60
- Equipo de Computo personal del Médico General de Base responsable del estudio.
- Lápices.
- Bolígrafos.
- Engrapadora, etc.

Los Recursos Financieros:

Serán apartados en su totalidad por el Médico General de base responsable del estudio, quien asumirá el costo de material didáctico, fotocopias, impresiones, plumas, bolígrafos, hojas.

CAPITULO 3

IX. ANALISIS DE RESULTADOS

Se entrevistaron a 267 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 descontrolados, captados en el servicio de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del IMSS cuyas encuestas estuvieron completas por lo que no se eliminó a ningún paciente.

EL Apego al tratamiento farmacológico fue de un 55% (n=147 pacientes) como no cumplidor y de un 45% (n= 120 pacientes) como cumplidor. (Ver tabla y gráfica no. 1).

De acuerdo al FACES Cohesión predominó una cohesión aglutinada (Muy Alta) con 77.20% (n= 206 pacientes), continuando con una cohesión relacionada (moderada alta) de un 17.6% (n= 47 pacientes), semirrelacionada (moderada baja) con un 5.20% (n= 14 pacientes) y no relacionada (baja) con 0% (n= 0 pacientes). (Ver tabla y gráfica no. 2)

De acuerdo a FACES Adaptabilidad resultó ser Caótica (Adaptabilidad Alta) en un 100%.(n=267 pacientes). (Ver tabla y gráfica no.3)

De acuerdo al género predomino el sexo femenino con un 68% (n=182 pacientes) siendo en menor número el género masculino con un 32% (n= 85 pacientes). (Ver tabla y gráfica no.4)

De acuerdo a la edad predominó entre los 50 a 69 años de edad con un 66% (n= 174 pacientes), seguido con un rango de edad entre 40 a 49 años de edad con un 18% (n= 47 pacientes), continuando con un rango de edad entre los 70 a 79 años con un 6% (n= 18 pacientes) seguido de un rango de 30 a 39 años de edad con un 5% (n= 14 pacientes) y por ultimo de 20 a 29 años de edad con un 5% (14 pacientes) (Ver tabla y gráfica no.5)

De acuerdo a la escolaridad predominó el número de pacientes con nivel primaria de un 47.20% (n=127 pacientes), siguiendo con un nivel secundaria con un 38.2% (n= 102 pacientes), nivel preparatoria con un 13.10% (n= 35 pacientes), licenciatura con un 1.0% (3 pacientes), carrera técnica con un 0.45% (n= 1 paciente), (Ver tabla y gráfica no.6)

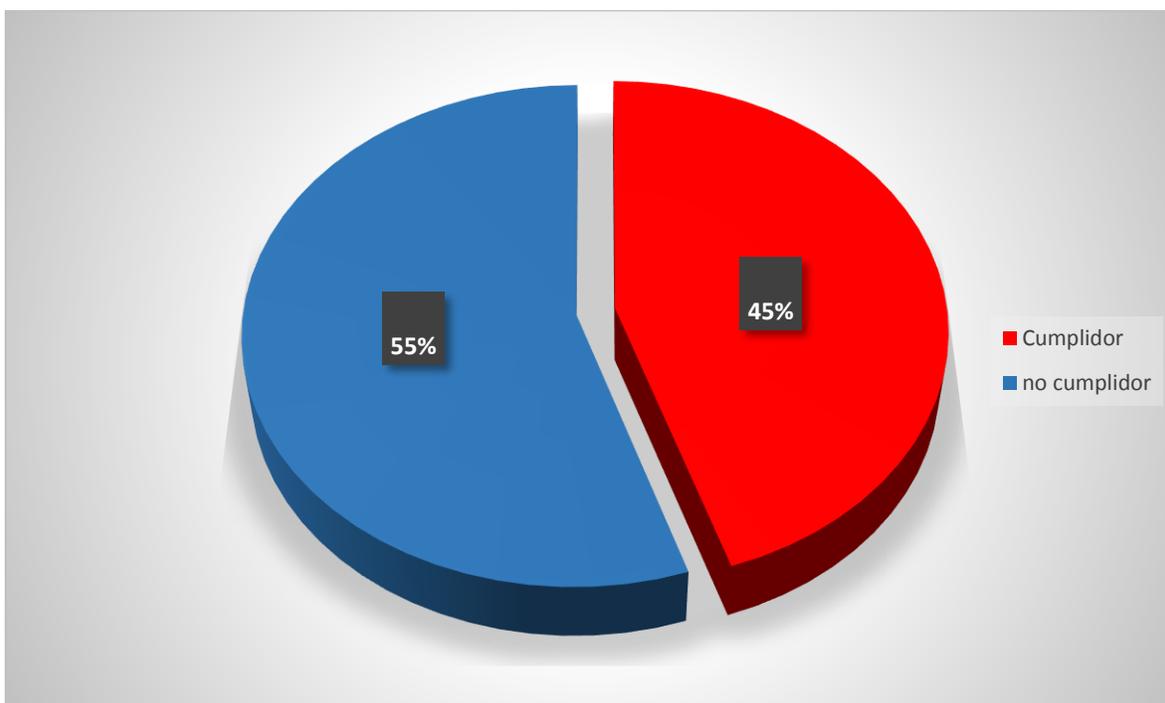
De acuerdo a la ocupación se encontró un mayor porcentaje en amas de casa con un 34.80% (n=93 pacientes), continuando con empleados con un 34.50% (n=92 pacientes), oficio con un 16.50% (n=44 pacientes) y pensionado con un 14.20% (n=38 pacientes). (Ver tabla y gráfica no.7)

X.TABLAS Y GRAFICAS

Tabla 1. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con DM descontrolados

Variable	N	Porcentaje
Apego al tratamiento		
Cumplidor	120	45
No cumplido	147	55
Total	267	100

Gráfica.1 Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus descontrolados de acuerdo al Test Morisky-Green

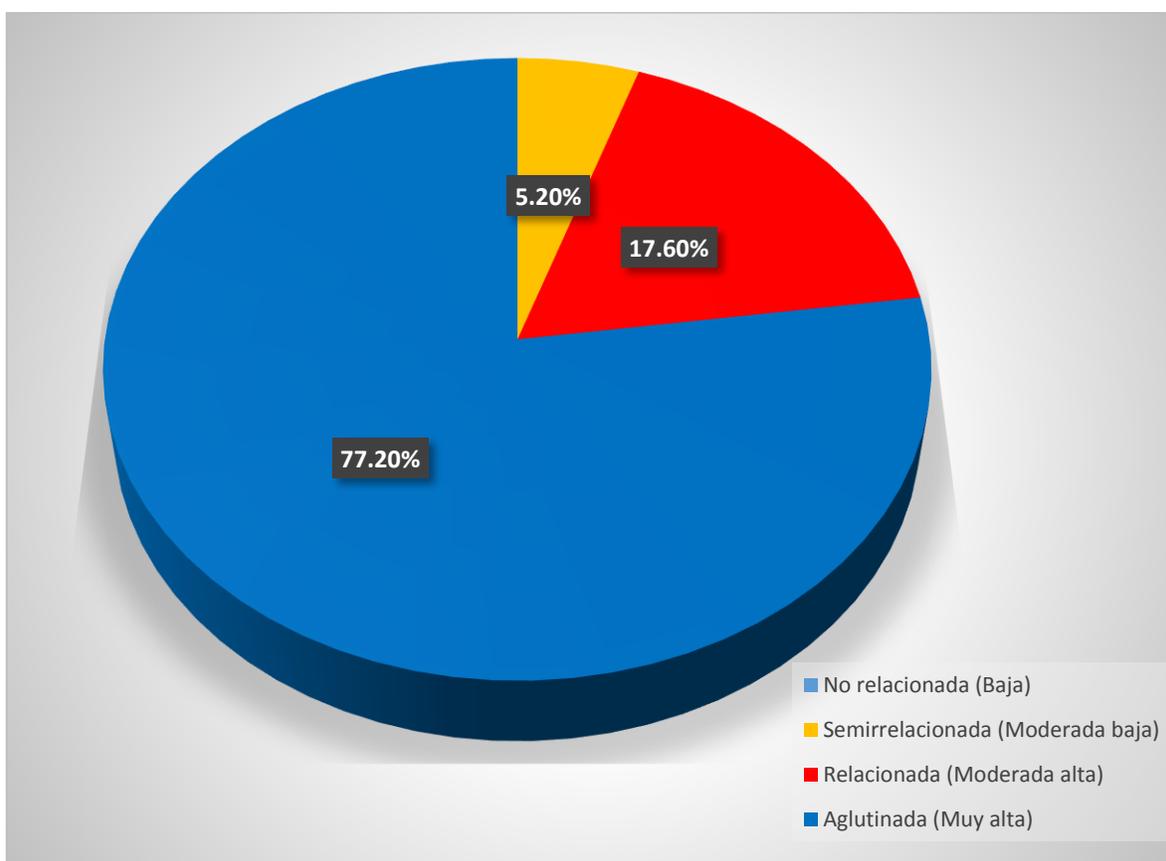


Fuente: Encuesta realizada expofeso en UMF64

Tabla 2. Nivel FACES cohesión en pacientes con DM descontrolados

Variable	N	Porcentaje
FACES Cohesión		
No relacionada (baja)	0	0
Semirrelacionada (moderada baja)	14	5.20
Relacionada (moderada alta)	47	17.60
Aglutinada (muy alta)	206	77.20
Total	267	100

Gráfica.2. Nivel FACES Cohesión en pacientes con DM descontrolados

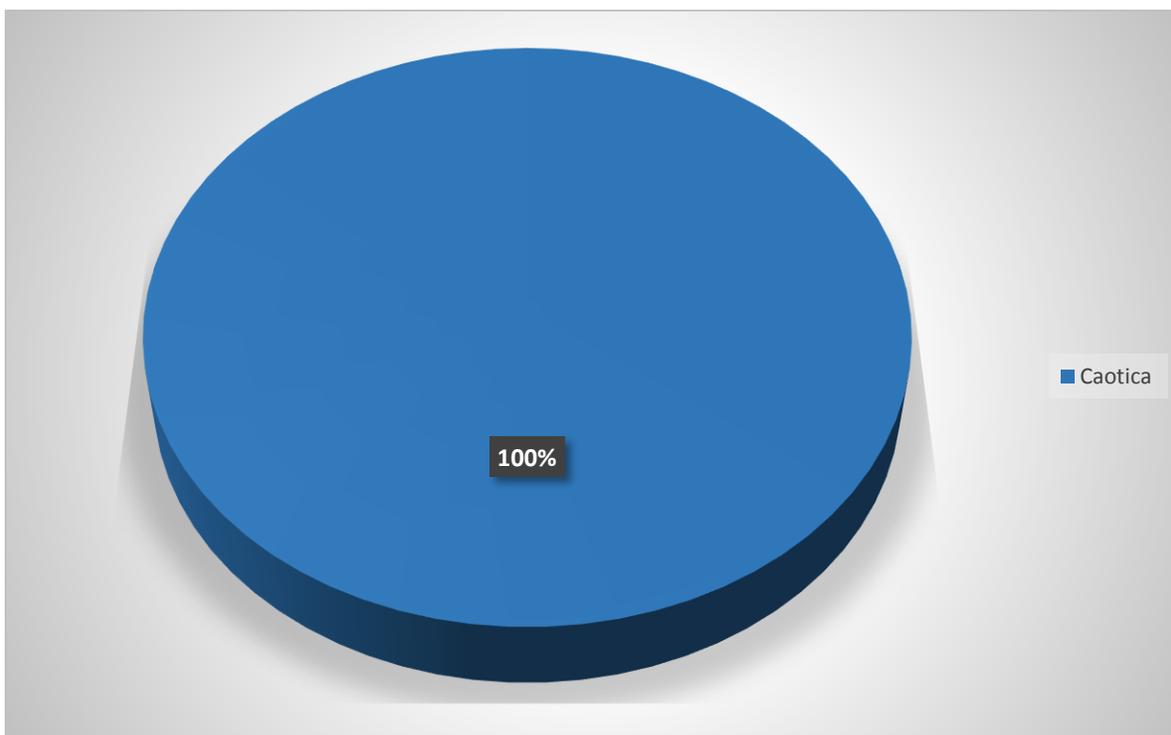


Fuente: Encuesta realizada exprofeso en UMF 64 IMSS

Tabla 3. Nivel FACES Adaptabilidad en pacientes con DM descontrolados resultó ser Caótica

Variable	N	Porcentaje
Faces Adaptabilidad Caótica (Alta)	267	100
Total	267	100

Gráfica 3. FACES adaptabilidad en pacientes diabéticos descontrolados

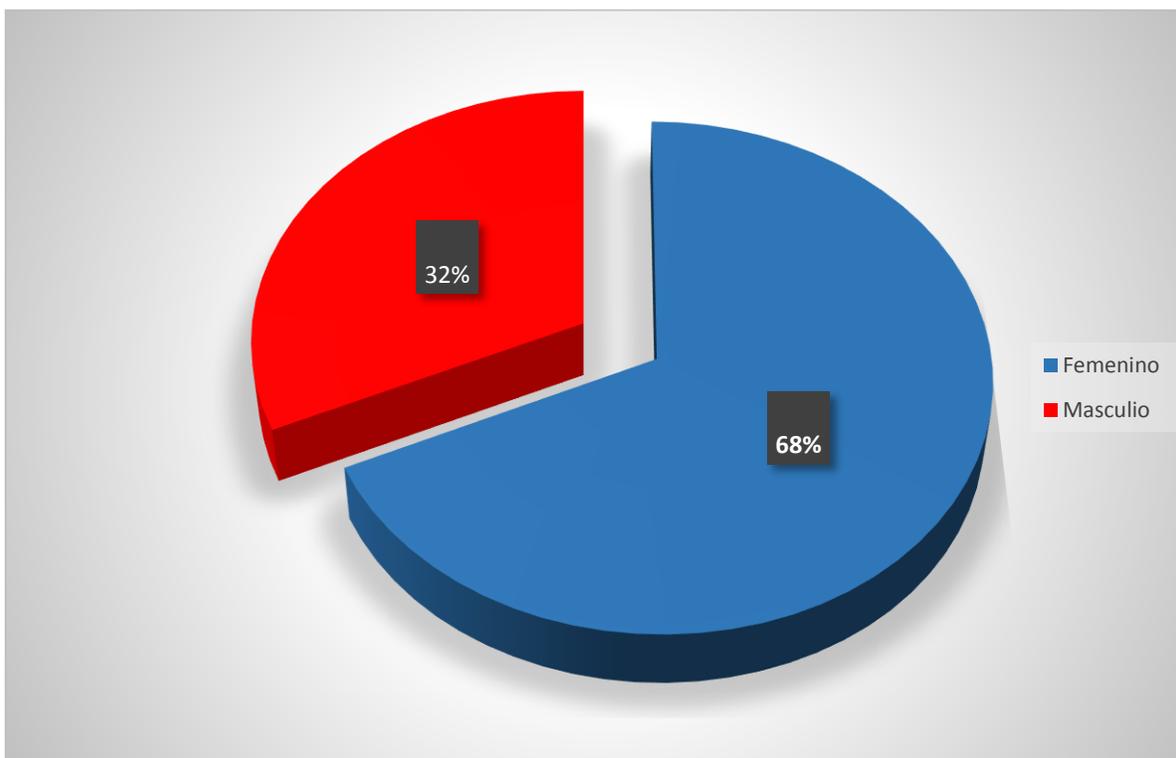


Fuente: Encuesta realizada exprofeso en UMF 64

Tabla 4. Distribución de género en pacientes con DM descontrolados

Variable		N	Porcentaje
Género	Masculino	85	32
	Femenino	182	68
Total		267	100

Gráfica.4 Distribución de género en pacientes diabéticos descontrolados

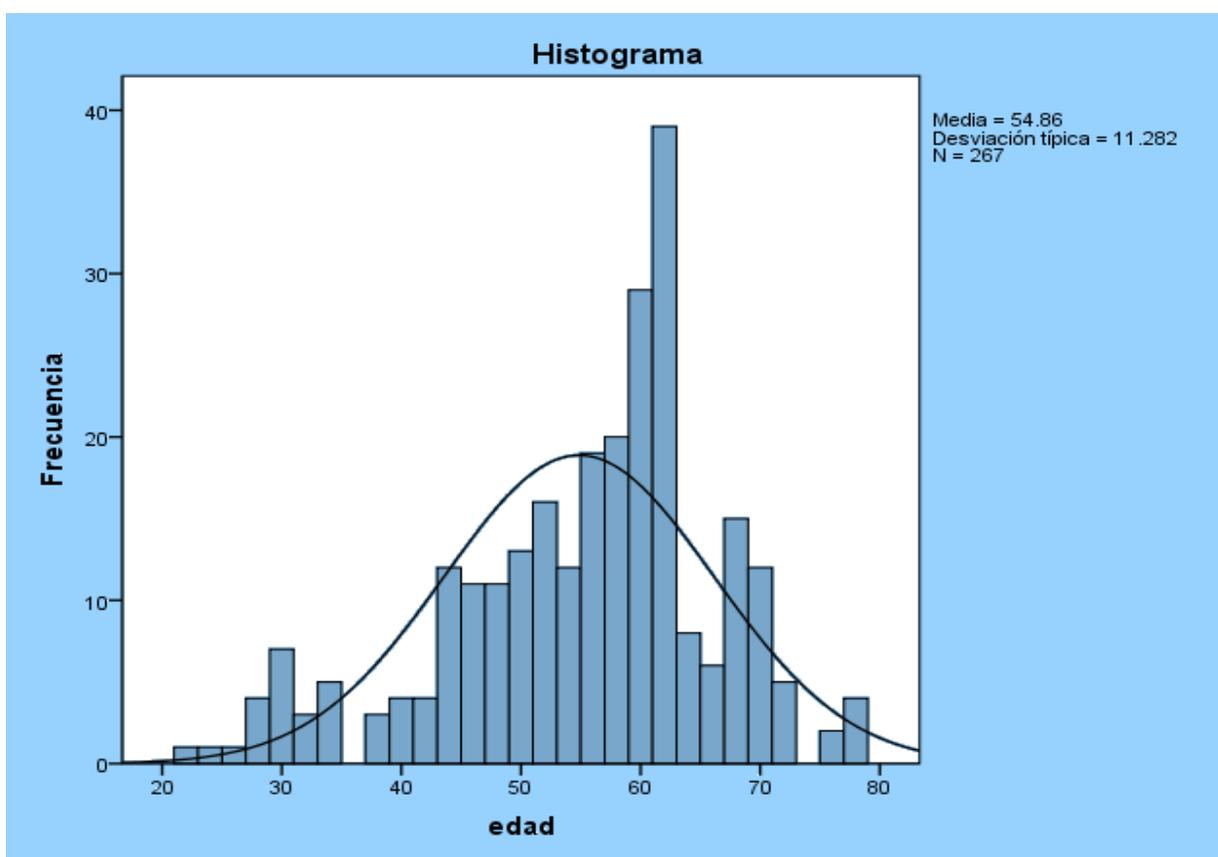


Fuente: Encuesta realizada exprefeso en UMF 64 IMSS.

Tabla 5. Distribución por grupos de edad en pacientes con DM descontrolados

Variable		N
Edad	20-29 años	14
	30-39 años	14
	40-49 años	47
	50-59 años	87
	60-69 años	87
	70-79 años	18
Total		267

Gráfica.5 Distribución de edad en pacientes diabeticos descontrolados

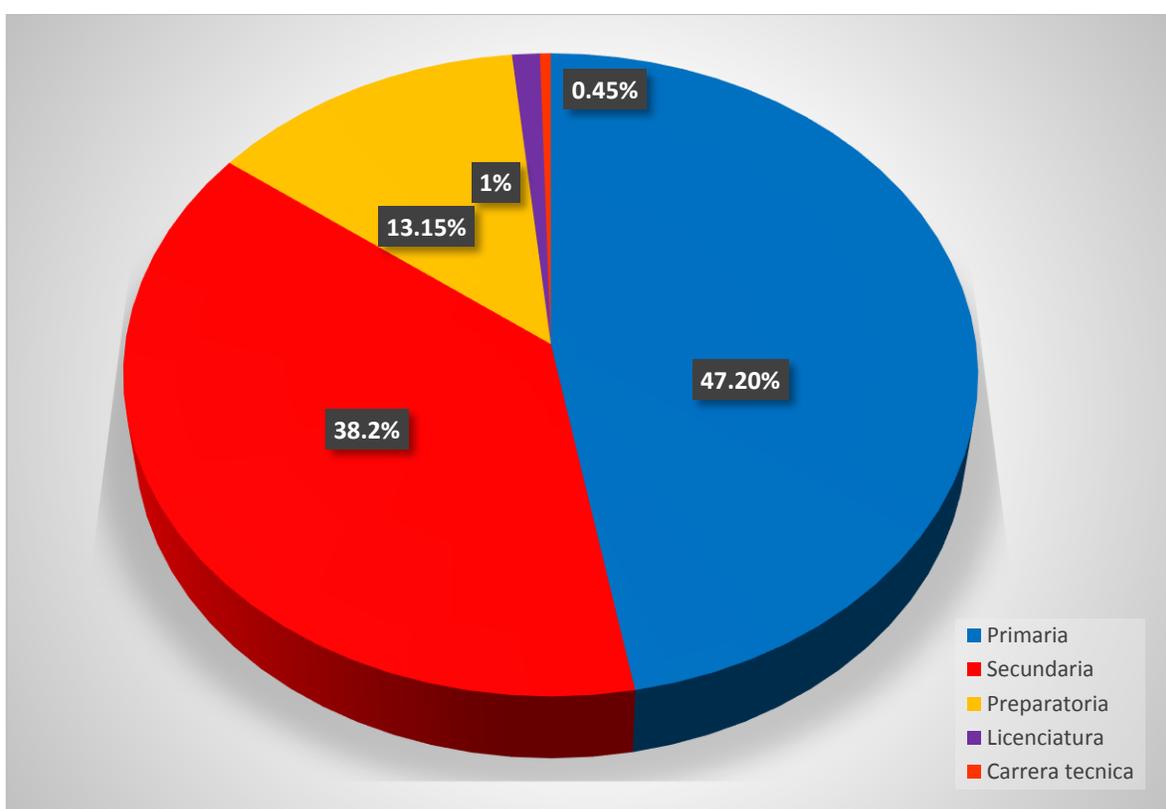


Fuente: Encuesta realizada exprofeso en UMF 64 IMSS.

Tabla 6. Nivel escolar en pacientes con DM descontrolados

Variable		N	Porcentaje
Escolaridad	Primaria	127	47.20
	Secundaria	102	38.20
	Preparatoria	35	13.15
	Carrera técnica	1	0.45
	Licenciatura	3	1
Total		267	100

Gráfica.6 Nivel escolar en pacientes diabéticos descontrolados

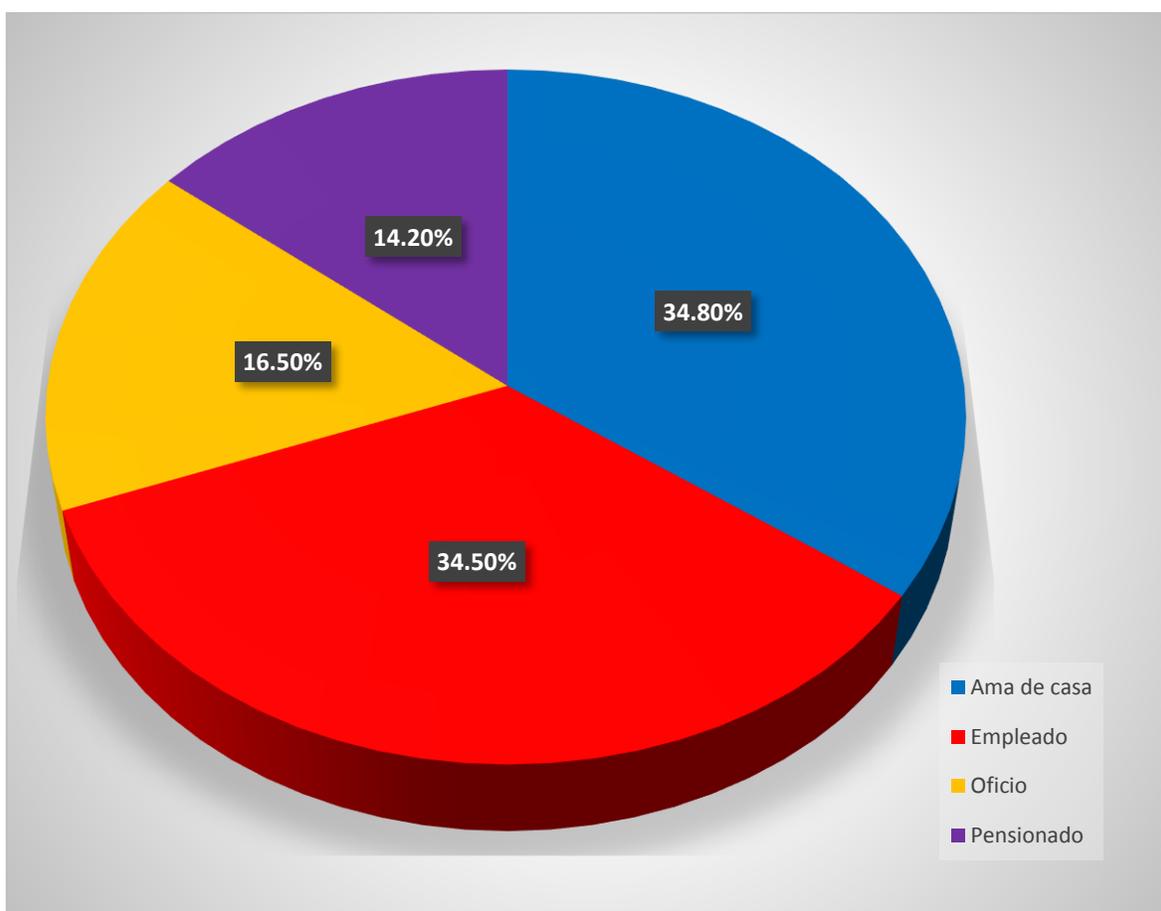


Fuente: Encuesta realizada exprofeso en UMF 64 IMSS

Tabla 7. Ocupación en pacientes con DM descontrolados

Variable		N	Porcentaje
Ocupación	Ama de casa	93	34.80
	Empleado	92	34.50
	Oficio	44	16.50
	Pensionado	38	14.20
Total		267	100

Gráfica. 7. Ocupación en pacientes diabéticos descontrolados



Fuente: Encuesta realizada exprefeso en UMF 64 IMSS

XI. DISCUSION

La población en estudio, correspondió a pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 descontrolados. El apego al tratamiento farmacológico, la cohesión y adaptabilidad familiar ha sido investigado por diversos autores.

Destacamos que hubo una buena predisposición de la población al realizar las encuestas por lo que se completó toda la muestra.

Se utilizaron instrumentos que han sido validados y revisados por expertos en el tema donde la buena adherencia al tratamiento farmacológico se considera cuando las respuestas de todas las preguntas deben ser adecuadas, este aspecto se evaluó en base al test Morisky Green.

La escala de evaluación de Cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III) de Olson, Portner y Lauce, es la 3ra versión de la serie de escalas FACES y ha sido desarrollada para evaluar dos de las principales dimensiones del modelo circunflejo; la cohesión y adaptabilidad familiar. Se ha adaptado a una variedad de contextos culturales y se calcula que existen más de 700 estudios que utilizan FACES en sus distintas versiones.

Los resultados de adherencia al tratamiento farmacológico encontrados en este estudio fue no cumplidor al apego al tratamiento farmacológico con un 55%, este fenómeno de falta de apego al tratamiento es similar al informe realizado por el autor Troncoso Pantoja et al. Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Diabetes tipo 2 .Revista Costa Rica Salud Pública 2013, donde menciona que sus entrevistados declaran una inadecuada adherencia al tratamiento farmacológico especialmente originado por efectos codificados como adversos después de su administración. ⁽¹⁵⁾ Así como por el autor Ibn – Sina. Determinantes Psicosociales de la Adherencia al Tratamiento en Pacientes Diabéticos tipo 2. Revista Electrónica Semestral en Ciencia de la Salud 2014 quien menciona que en su estudio el 78.6% presenta no adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus descontrolados con cifras de glicemia mayor a 130 mg/dl ⁽³¹⁾. En similitud con el autor González Pedraza et al. . Nivel de Adherencia al Tratamiento y el Control glucémico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 descontrolados. Revista

Mexicana de Endocrinología, Metabolismo y Nutrición 2015 .Donde menciona que en su estudio de 50 pacientes, 33 de ellos tuvieron baja adherencia al tratamiento. ⁽³²⁾ De igual manera se refiere en el estudio del autor Alcalino Díaz et al. Cumplimiento del Tratamiento Farmacológico de la Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos mayores: influencia de los factores familiares. Gerokomus 2014. Donde se encontró que 50.9% de los adultos mayores no cumplieron con el tratamiento farmacológico. ⁽³³⁾

A diferencia del estudio realizado por el autor Martínez Domínguez et al. Adherencia Terapéutica y Control Metabólico en Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 pertenecientes a una Institución Hospitalaria de la Ciudad de Medellín 2011. Donde se observó una alta proporción de adherencia a la medicación tanto para los pacientes con adecuado control de la glicemia como para los de inadecuado control. ⁽²⁸⁾. Al igual en discrepancia el estudio realizado por Terechenko Luhers et al. Adherencia al tratamiento en pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo ii. Revista Biomédica 2015. Donde los encuestados con un 56% relata buena adherencia al tratamiento farmacológico. ⁽²⁹⁾. De igual manera información que no coincide con el estudio de Bertholdo Pamela et al. Cumplimiento Terapéutico en Pacientes con Enfermedades Crónicas. Revista Cubana de Farmacia 2013. Donde el total de pacientes estudiados, el 62% según el test Morisky Green adopto actitudes correctas con respecto al tratamiento farmacológico. ⁽²⁷⁾

Respecto a la clasificación familiar obtenida mediante el modelo circunflejo de Olson, se obtuvo en nuestro estudio que los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 descontrolados obtuvieron una cohesión aglutinada (muy alta) y adaptabilidad caótica (alta) a diferencia con el estudio realizado por el autor Sánchez Reyes et al. Cohesión y Adaptabilidad familiar y su Relación con la Hemoglobina Glucosilada de los Pacientes Diabéticos. 2011. En donde la cohesión familiar fue mayor el porcentaje con un 40% de familias unidas y en adaptabilidad familiar fueron más frecuentes las familiar caóticas con un 46.3%. ⁽²⁴⁾. Al igual que no coincide con el estudio realizado por el autor Mendoza Solis et al. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Archivos en Medicina Familiar 2006, en donde los resultados de FACES III fueron familias en rango medio con un 43%,

familias balanceadas 41% y familias extremas con un 16%.⁽³⁴⁾

Dentro de las variables sociodemográficas, se identificó que en los pacientes entrevistados de nuestro estudio en relación con el género fue superior el número de mujeres con un 68% que en los pacientes del sexo masculino con un 32%, coincidiendo con los estudios realizados por los autores Bertholdo Pamela et al. Cumplimiento Terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas. 2013. Donde el incumplimiento fue mayor en el sexo femenino. ⁽²⁷⁾. Al igual que en el estudio realizado por Martínez Domínguez et al. Adherencia Terapéutica y Control Metabólico en Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 Pertenecientes a una Institución Hospitalaria de la Ciudad de Medellín 2011. Donde el 66 % fueron mujeres. ⁽²⁸⁾. En similitud con el autor Terechenko Luhers. Adherencia al tratamiento en pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo ii. Revista Biomédica 2015, donde el 66% fue del sexo femenino. ⁽²⁹⁾

El rango etario resulto entre los 50 a 69 años de edad con un 66% fue el prevalente en la consulta externa de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados a diferencia del estudio realizado por el autor Terechenko Luhers et al. Adherencia al tratamiento en pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo ii. Revista Biomédica 2015. Donde se observó que la mayoría se encontraba entre los 45 a 60 años de edad. ⁽²⁹⁾. Al igual en discrepancia con otro estudio realizado por el autor Amezcua Macías A y col. Apego al Tratamiento y Control de los Pacientes Diabéticos en la Comunidad. 2015. Donde predominó un rango de edad entre los 60 a 69 años de edad. ⁽³⁰⁾

En cuanto al nivel escolar de la población estudiada predominó el nivel primaria con un 47.20%, al igual que el estudio referido por el autor Terechenko Luhers et al. Adherencia al tratamiento en pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II. Revista Biomédica 2015. Donde predominó el nivel primaria con un 61% ⁽²⁹⁾

Respecto a la situación ocupacional resultó en nuestro estudio un mayor número de pacientes como Ama de casa con un 34.8% siendo una tercera parte de la población estudiada a diferencia con el estudio realizado por el autor Terechenko Luhers et al. Adherencia al tratamiento en pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo ii. Revista Biomédica 2015. Donde el 37% estaba en situación de dependencia laboral. ⁽²⁹⁾

CAPITULO 4

XII. CONCLUSIONES

Los hallazgos encontrados en este estudio en relación al apego al tratamiento farmacológico, cohesión y adaptabilidad familiar fueron los siguientes:

El apego al tratamiento farmacológico fue no cumplidor en más de la mitad de los pacientes estudiados con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados.

Se encontró que la cohesión y adaptabilidad fue muy alta y alta respectivamente por lo que la hipótesis de nuestro trabajo no se pudo comprobar totalmente, pues el apego fue no cumplidor como se indicó en nuestra hipótesis establecida pero la cohesión y adaptabilidad no fue baja y moderadamente baja respectivamente como se proponía.

Predominó con mayor número el género femenino, donde se identificó que dos terceras partes de los pacientes estudiados se encontraban en un rango de edad entre los 50 a 69 años de edad, así mismo se encontró que dos cuartas partes de la población estudiada tenían nivel escolar primaria y que una tercera parte de la población resulto con una situación ocupacional de ama de casa más frecuente.

XIII. RECOMENDACIONES

El test más utilizado es el de Morisky Green y la mayoría de estos cuestionarios están validados para enfermedades crónicas como hipertensión arterial, sida, tuberculosis, diabetes y dislipidemias. Se sugiere idóneo para valorar el cumplimiento terapéutico con atención primaria y para intentar obtener un conocimiento del cumplimiento lo más exacto y cercano de la realidad.

Creemos que nuestro trabajo aporta información que pueda ser relevante para corregir el problema de la falta de cumplimiento de los tratamientos médicos, pues permite diseñar estrategias para tratar de solucionarlo, evitando así las grandes consecuencias que ello con lleva, lo resultados sugieren recomendaciones de intervención que han sido propuestas por distintas asociaciones como:

Promover la relación médico paciente

Simplificar el tratamiento lo más posible

Informar al paciente sobre la enfermedad y el tratamiento

Hacer partícipe al paciente del plan terapéutico

Dar información escrita

Involucrar a la familia

Utilizar métodos de recordatorio

Reforzar periódicamente, fijar metas periódicas

Investigar periódicamente el grado de cumplimiento

Incentivar al paciente y llamar al paciente si no acude a revisión.

XIV. BIBLIOGRAFÍA

1. Rosado Prez Juana, Mendoza Núñez Víctor Manuel. Inflamación crónica y estrés exudativo en la diabetes mellitus. *Jornal Bioquimia*.2007; 32 (2):58-69
2. Rosas de P. Elizabeth, Molina Rusty, Rodríguez Cruz. Definición, clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus. *Revista Venezolana en Endocrinología y Metabolismo*.2012;10 supl 1: 7-12
3. Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010 para la prevención, tratamiento y control de diabetes mellitus en la atención primaria, México DF: Diario Oficial de la Federación. [en línea].2010. [fecha de acceso 1 de Abril 2014]. URL disponible en: <http://www.dof.gob.mx>
4. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica SNAVE. Boletín epidemiológico diabetes mellitus tipo 2 primer trimestre. [en línea]. 2013. [fecha de acceso 1 de Abril de 2014]. URL disponible en: www.epidemiología.salud.gob.mx/dgae/infoepid/intd_informacion.html
5. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. [en línea]. 2012. [fecha de acceso 1 de Abril de 2014]. URL disponible en: www.ensanut.insp.mx/doctos/Factsheet
6. Federación Mexicana de Diabetes A.C. [en línea}. 2014. [fecha de acceso 1 de Abril 2014]. URL disponible en: [www.fmdiabetes.org>home>vivircondiabetes](http://www.fmdiabetes.org/home>vivircondiabetes)
7. Guzmán Pérez María Isabel, Cruz Cauich Armando de Jesús, Parra Jiménez Jigney, Manzano Osornio Marbella. Control glicémico, conocimiento y autocuidado de Pacientes Diabéticos tipo 2 que Asiste a Sesiones Educativas. *Rev. Enfer. IMSS* 2005; 13 (1):9-13
8. Bastarrachea Raúl A, Lavianda Molina Hugo, Vázquez Chávez Cuauhtémoc. Análisis crítico de los nuevos criterios que sustentan el diagnóstico de pre-diabetes. *Revista de Endocrinología y Nutrición*. 2004; 12(2):90-96

9. Bustos Saldaña Rafael, Bustos Mora Alejandro, Bustos Mora Rafael, Solís Ruiz María de la Luz, Chávez Chávez María de los Ángeles, Aguilar Núñez Leticia Margarita. Control de la glucemia en diabéticos tipo 2. Revista. Médica Instituto Mexicano del Seguro Social. .2005; 43 (5): 393-399
10. Pérez Páez Irene, Rodríguez Weber Federico, Díaz Greene Enrique J. Cabrera Jardines Ricardo .Mitos y realidad de la hemoglobina glucosilada. Medicina Interna de México. 2009; 25(3): 202-209
11. Guías de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) 2014: diagnóstico y tratamiento. [en línea] 2014. [fecha de acceso 1 de Abril 2014]. URL disponible en: <http://www.jrminterna.blogspot.com/2013/.../ultimahora-guias-dediabetes-2014>
12. Orueta Sánchez R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. Médico de Familia Centro de Salud.2005;29(2): 40-48
13. Villareal Ríos Enrique. Paredes Chaparro Lidia, Galicia Rodríguez Liliana, Vargas Daza Emma, Garza Elizondo María Eugenia. Control de los pacientes con diabetes tratados sólo con esquema farmacológico. Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social. 2006;44 (4):303-308
14. Martínez Goñi Karla, Díaz Salazar Juan. Combinación en dosis fijas: una nueva opción terapéutica para la diabetes mellitus tipo 2. Med Int Mex 2012; 28 (5): 483-490
15. Troncoso Pantoja Claudia, Delgado Segura Delia, Rubilar Villalobos Carolina. Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2. Revi Costarr Salud Pública.2013; 22 (1): 9-13
16. Organización Mundial de la Salud 2004. Adherencia a los tratamientos a largo plazo, pruebas para la acción OMS 2003. Organización Panamericana de la Salud .Washington DC 2004; 3-5
17. Alonso MA, Álvarez J, Arroyo J, Ávila L, Aylon R, Gangoso A, et al. Adherencia en Terapéutica: Estrategias prácticas de mejora. Salud Madrid. 2006; 13 (8): 31-38
18. Villalobos Pérez Alfonso, Quirós Morales Diego, León Sanabria Giovanny. Factores involucrados en la adhesión al tratamiento de la diabetes

- mellitus tipo II en una muestra de pacientes diabéticos de la zona norte de Costa Rica: un estudio psicométrico. *Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología*. 2007; 3(1): 25-36
19. Gutiérrez Angulo ML, Lopetegi Uranga P, Sánchez Martín I. Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2. *Revista de Calidad Asistencial*. 2012; 27 (2): 72-77
 20. Infac. Información Fármaco Terapéutica de la Comarca. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. [en línea]. 2011. [fecha de acceso 1 de Abril de 2014]. URL disponible en: <http://www.osanet.evskadi.net/cevime/es>
 21. Nogués Solán X, Sarli Redo ML, Villar García J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *An Med Interna*. 2007; 24(3): 138-141
 22. Rodríguez Chamorro Miguel Ángel, García Jiménez Emilio, Amariles Pedro Rodríguez Chamorro Alfonso, Faus María José. Revisión de test de medición del cumplimiento terapéutico utilizado en la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2008; 40 (8): 413-417
 23. Peralta María Luisa, Carbajal Pruneda Patricia. Adherencia al tratamiento. *Revista Cent Dermatol Pascua*. 2008; 17 (3): 84-88
 24. Sánchez Reyes Alejandro. González Pedroza Avilés Alberto. Cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con su hemoglobina glucosilada de los pacientes diabéticos. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 2011; 16(2): 82-88
 25. Pampliega Martínez Ana, Iraurgi Ioseba, Galindez Edume, Sanz Mireia. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2006; 6 (2): 317-338
 26. Diccionario de la Lengua Española. edit. Larousse, México 2000.
 27. Bertholdo MSc Pamela , Ascar Graciela, Lic. Campa Yanina, Lic Martin Tamara, Lic. Moretti Marilina, Lic. Tiscornia Luciana. Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Farmacia* 2013; 47 (4): 468-474

28. Martínez Domínguez Gloria Inés, Martínez Sánchez Lina María, Rodríguez Gazquez María de los Ángeles, Aurelio Velez Camilo Andrés, Jiménez Jiménez Juan Guillermo, Vargas Grisales Natalia, Lopera Valle Johan Sebastián. Adherencia terapéutica y control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, pertenecientes a una institución hospitalaria, de la ciudad de Medellín (Colombia), año 2011 .Archivos de Medicina 2014; 14(1): 44-50
29. Terechenko Luhers Nadia Soledad, Baute Geymonat Ana Elizabeth, Zamonsky Acuña Jose Nicolás. Adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II. Biomedicina 2015; 10 (1): 20-33
30. Amezcua Macías A. col. Apego al tratamiento y control de los pacientes diabéticos en la comunidad. Medicina Interna de México 2015; 31 (3): 274-280
31. Ibn-Sina. Determinantes psicosociales de la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2. Revista Electrónica Semestral en Ciencia de la Salud. Febrero 2014; 5(1): 1-19
32. Pedroza Avilés Alberto González, Gilbaja Velázquez Liliana Saret, Villa García Eduardo, Acevedo Giles Oscar, Ramírez Martínez María Elena, Ponce Rosas Efrén Raúl, Dávila Mendoza Roció. Nivel de adherencia al tratamiento y el control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados. Revista Mexicana de Endocrinología, Metabolismo y Nutrición. 2015; 2: 11-17
33. Alcaino Díaz Damary, Bastias Rivas, Benavides Contreras Carolina Andrea, Figueroa Fuente Alba Daniela, Luengo Martínez Carolina. Cumplimiento del tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores: influencia de los factores familiares. Gerokomos 2014; 25(1): 9-12
34. Mendoza Solis L.A. Soler Huerta E. Sainz Vázquez L, Gil Alfaro I, Mendoza Sánchez H F. Pérez Hernández C. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. Archivo en Medicina Familiar. 2006; 8(1): 27-3

CAPITULO 5

XV. ANEXOS

SELECT id,vigente,clis_alternativo from catalogo_clieis where vigente != 'Activo' and id=1408

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2014, Año de Octavio Paz".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1408
U MED FAMILIAR NUM 64, MÉXICO ORIENTE, ESTADO DE

FECHA **13/10/2014**

DRA. CLAUDIA ELIZABETH JUAREZ ZURITA

P R E S E N T E

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

Apego al tratamiento farmacológico , cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 descontrolados adscritos a la UMF 64 IMSS.

que 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-2014-1408-27

ATENTAMENTE


DR.(A). ANA LILIA MIRANDA CONSTANTINO
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1408

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION

Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION

Apego al tratamiento farmacológico, cohesión y adaptabilidad familiar en
pacientes diabéticos descontrolados de la umf 64 IMSS

Nombre del estudio: _____

Patrocinador externo (si aplica) UMF64 IMSS Noviembre 2014 a Octubre 2015

Lugar y fecha: _____

Número de registro: _____

Justificación y objetivo del estudio: Conocer el apego farmacológico, cohesión y adaptabilidad familiar en
pacientes con DM tipo 2 descontrolados de la umf 64 IMSS. Para lograr ma
yores apegos terapéuticos ya que su falta de apego tiene consecuencias
negativas

Procedimientos: Aplicación de dos instrumentos en una encuesta

Procedimientos: Ninguno

Posibles riesgos y molestias: _____

Posibles beneficios que recibirá al participar _____

En el estudio: Se les dará a conocer a través de su médico familiar

Información sobre resultados y alternativas _____

De tratamiento: En cualquier momento

Participación o retiro: Se mantendrá confidencialidad.

Privacidad y confidencialidad: _____

En caso de colección de material biológico (si aplica)

No autorizo que se tome la muestra

Si autorizo que se tome la muestra 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 termino del estudio: _____

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

Dra. Claudia Elizabeth Juárez Zurita UMF 64 IMSS, matricula 99155609, elizurit7@live.com.mx

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: Av. 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: comisión.etica@imss.gon.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma

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.

En caso de contar con patrocinio externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación Científica

ANEXO

CUESTIONARIO DE MORISKY-GREEN

FECHA: _____ NUM. DE CUESTIONARIO: _____

Se valorará si el paciente adopta actitudes correctas en relación con su tratamiento y se determinara si es cumplidor o incumplidor con el apego farmacológico.

INSTRUCCIONES: Escriba con un bolígrafo los datos que se le piden en las líneas, en los puntos de opción marque con una "X" la opción que más se aproxima a su respuesta. Todos los puntos tienen que ser contestados. La información es confidencial. Gracias por participar.

EDAD: _____ SEXO: _____ ESCOLARIDAD: _____ OCUPACION: _____

1. ¿Durante el último mes, ha olvidado tomar los medicamentos para la diabetes mellitus tipo 2?
(SI) (NO)
2. ¿Durante el último mes tomó los medicamentos a la hora indicada?
(SI) (NO)
3. ¿Durante el último mes, cuando se sentía bien, ¿dejo alguna vez de tomar sus medicamentos?
(SI) (NO)
4. Durante el último mes, si alguna vez le sentaron mal, ¿dejo de tomar su medicamento?
(SI) (NO)

ANEXO

CUESTIONARIO FACES III (ESCALA DE EVALUACION COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR)

Se valorara los lazos emocionales y la relación entre los miembros de la familia.

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija de acuerdo a la escala de calificación 1,2, 3, 4,5

Nunca (1), Casi nunca (2) Algunas veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5)

No.	Describa a su familia	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si.					
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 entre nosotros que con otras 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.	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente					
13.	Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo no falta nadie.					
14.	En nuestra familia las reglas cambian.					
15.	Con facilidad podemos planear actividades en la familia.					
16.	Intercambiamos los que haceres 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 importante.					
20.	Es difícil decir quien hace las labores del hogar.					