



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
SECRETARIA DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**



**COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR CORRELACIONADA
CON LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN DIABÉTICOS**

T E S I S

Tesis para optar por el grado de:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. MIRYAM VIANEY Riestra Carrillo
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

DIRECTOR DE TESIS:
DR. ESAÚ ROJAS CARRILLO

R- 2021-1801-004

Tepic, Nayarit

junio 2022



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.

COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR CORRELACIONADA
CON LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN DIABÉTICOS

Tesis para obtener el título de especialista en Medicina Familiar

Presenta:


Miryam Vianey Riestra Carrillo


Dra. Samira Castillo Aguilar


Coordinación Delegacional de Planeación y Enlace Institucional
Instituto Mexicano del Seguro Social


Dra. Verónica Berites Godínez

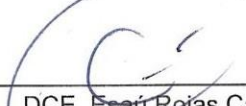
Coordinación Auxiliar de Educación en Salud
Instituto Mexicano del Seguro Social


Dr. Ramón Ernesto Jiménez Arredondo

Coordinación Auxiliar Médicos de Investigación en Salud
Instituto Mexicano del Seguro Social


MSP. Luisa Elizabeth Velasco González

Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud
Unidad de Medicina Familiar No. 24


DCE. Esaú Rojas Carrillo

Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para
médicos generales de base del IMSS
Unidad de Medicina Familiar No. 24

Registro: 2021-1801-004

COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR CORRELACIONADA CON LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN DIABÉTICOS

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar

Presenta:

Miryam Vianey Riestra Carrillo

Autorizaciones

DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

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

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

Registro: 2021-1801-004

AUTORES

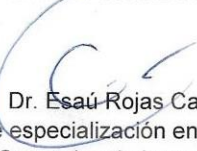
INVESTIGADOR PRINCIPAL



Dra. Miryam Vianey Riestra Carrillo
Residente de Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar #24

Paseo de Viena #15 Fraccionamiento. Ciudad del Valle, Tepic Nayarit México.
Correo electrónico: miryam.riestra80@gmail.com TEL: (311) 1209300
Matricula 99191846

DIRECTOR DE TESIS



Dr. Esau Rojas Carrillo

Profesor titular del curso de especialización en Medicina Familiar para Médicos
Generales de base IMSS

Paseo de Viena#15 Fraccionamiento. Ciudad del Valle, Tepic Nayarit México.

Correo electrónico: dr. esau@hotmail.com.

esau.rojas@imss.gob.mx

Tel (311) 111 6101

Matricula 10884249

Índice

Resumen	1
Marco Referencial	2
Introducción.....	2
Antecedentes históricos.....	4
Antecedentes teóricos	5
Antecedentes conceptuales.....	14
Justificación.....	17
Planteamiento del problema.	19
Objetivo general	20
Objetivos específicos.....	20
Supuesto	20
Contrasupuesto.....	20
Metodología	21
Diseño de estudio	21
Tipo de estudio.....	21
Universo de estudio	21
Población de estudio.....	21
Tamaño de la muestra	21
Criterios de selección	22
Criterios de inclusión.....	22
Criterios de exclusión	22
Variable de estudio.....	23
Variable dependiente.....	23
Variable independiente.....	23
Variable Intercurrente.....	23
Operacionalización de variables	24
Plan de recolección de datos.....	26
Recursos	27
Recursos Materiales	27
Recursos humanos	28
Recursos económicos.....	28
Toma de datos y registros	28

Métodos y técnicas	28
Aspectos estadísticos	28
Consideraciones éticas.....	30
Resultados	31
Discusión	39
Bibliografía.....	42
ANEXOS	45
Anexo 1. Instrumento de evaluación	45
Anexo 2. Carta de consentimiento informado.....	49
Anexo 3. Cronograma de actividades GANTT	50

Resumen:

COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR CORRELACIONADA CON LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN DIABÉTICOS

Riestra MC**, Rojas CE**, Universidad Autónoma de México, Unidad de Medicina Familiar no. 24 IMSS Tepic, Nayarit México.

Palabras claves: adherencia terapéutica, cohesión y adaptabilidad, diabetes mellitus.

La Diabetes mellitus es una enfermedad crónica degenerativa que afecta a millones de personas en el mundo, por lo que es importante que el paciente diabético tenga un adecuado control de los niveles de glucosa. La adherencia terapéutica se ve afectada por factores como la edad, falta actividad física, control dietético, la participación familiar, así como la comunicación deficiente entre el médico y paciente, lo que con lleva a un desapego al tratamiento. **Objetivo:** Analizar la Cohesión y adaptabilidad familiar correlacionada con la adherencia terapéutica en diabéticos adscritos a la UMF No. 24 del IMSS en Tepic, Nayarit. **Metodología.** Estudio observacional, descriptivo, transversal, se seleccionaron a sujetos que reunieron criterios de selección, previa firma de consentimiento informado, se les aplico el instrumento FACES III para medir cohesión y adaptabilidad familiar, y el cuestionario de Martín-Bayarre-Grau para medir adherencia terapéutica. **Resultados:** De los 370 pacientes estudiados, predominó el sexo femenino, se encontró una relación significativa entre cohesión y adaptabilidad familiar con adherencia terapéutica ($p=0.000$). En donde el tipo de familia flexible conectada se encuentra una adherencia terapéutica total. **Conclusiones:** Concluimos que la prevalencia de adherencia terapéutica es similar a lo reportado en la literatura. Existe una relación entre cohesión y adaptabilidad y adherencia terapéutica en el tipo de familia Flexible conectada y estructurada conectada.

Marco Referencial

Introducción

A nivel mundial se calcula que la adherencia terapéutica del tratamiento médico a largo plazo es solo de un 50 % en los países desarrollados y alrededor de un 20 %. En los subdesarrollados En un estudio realizado en (Austria, Bélgica, Inglaterra, Francia, Alemania, Hungría, Holanda, Polonia, Portugal y Suiza) se encuestaron en línea 3196 profesionales de la salud (855 médicos, 1047 enfermeros y 1294 farmacéuticos) que laboran en primer nivel de atención. Se encontró que solamente la mitad de los profesionales de la salud preguntaron sobre el olvido de la de la toma de alguna dosis no habiendo distinción entre cada uno de los países. Se corrobora que en Europa solo el 50% de los profesionales de la salud tiene poca influencia sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas. (1)

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una patología reconocida como una de las principales causas de morbilidad a nivel mundial, ya que es una enfermedad que va en aumento a pasos agigantados en las últimas décadas, sobre todo en aquellos países con un nivel socioeconómico bajo-medio. Se estima que la prevalencia global de la diabetes es de aproximadamente 8.5%, lo que rebasa los 422 millones de casos en el mundo. Lo genera altos costos, en los sistemas de salud. La falta de adherencia terapéutica no sólo empeora el pronóstico de la DM2, sino que también afecta a calidad de vida, lo que impacta severamente en el contorno familiar. Por lo tanto, es importante promocionar el cumplimiento de la toma del medicamento desde el primer nivel de atención médica. Se debe tener en cuenta para la ingesta de antidiabéticos orales, el uso de la insulina, y las medidas higienicodietéticas, en un estudio realizado en Arabia Saudita, Aloudah y cols. Encontraron adherencia terapéutica elevada para los antidiabéticos orales que corresponde solo al 40%. El bajo cumplimiento se asoció a la aplicación d la insulina y a menores de edad, siendo alto en mayores de edad, de sexo masculino, con altos ingresos correspondiendo estos el 69%, en Kenia, en una investigación que realizo,

arrojan que la adherencia terapéutica el 28.3% de la población con diabetes mellitus tipo 2 se asoció con menor apoyo familiar, con diagnóstico de DM2 de menos de 10 años, antecedentes de hospitalizaciones previas, el difícil acceso al sistema de salud. (2)

Por otra parte, en un estudio realizado en Brasil demuestran una adherencia terapéutica del 93.5% en la ingesta de hipoglucemiantes orales, teniendo en cuenta a individuos con menor edad, larga duración de diagnóstico, un bajo índice de masa corporal, menores complicaciones macrovasculares. En un estudio internacional que incluyó 1250 médicos para tratar a pacientes con DM2 y 1530 pacientes con DM2 tratados con insulina, 33,2% de los pacientes admitió no cumplir con su prescripción de insulina durante al menos 1 día en el mes previo durante un promedio de 3,3 días; mientras que 72,5% de la adherencia a la insulinoterapia donde hasta 20,3% de los pacientes abandonan el tratamiento dentro de los primeros 6 meses y 20,3% reportaron otro tipo de fallas. Entre las causas mencionadas fueron una perspectiva errónea sobre la aplicación de insulina, olvido de la aplicación. (3)

En México existe un incremento en las enfermedades crónicas degenerativas, así como sus complicaciones, de estas se concentran en mujeres un 33% y en hombres un 26 % de las muertes corresponden a los hombres, siendo estas, la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro-vasculares. En un estudio realizado por Montiel et al. Señalaron que la percepción de los paciente ante la diabetes mellitus el nivel de incapacidad resultante, el tratamiento recibido y la autopercepción, En México un estudio elaborado por Mercado y Hernández en 2007 acerca de enfermedades crónicas, encontraron que a sujetos enfermos de los cuales estos identificaron a tres enfermedades crónicas importantes: la diabetes, la hipertensión y la artritis; también hacen referencia a tales condiciones a través de un conjunto de temas ordenados jerárquicamente: manifestaciones orgánicas, trastornos emocionales, tratamiento y manejo de su enfermedad. La causa por la cual aparecieron sus padecimientos crónicos la

atribuyeron principalmente a una influencia divina; de igual forma los pacientes perciben sus relaciones sociales como insatisfactorias.(4)

Antecedentes históricos

En el siglo XII, en la Grecia antigua Hipócrates también llamado el padre de la medicina observaba continuamente que los pacientes mentían cuando se les cuestionaba sobre la conclusión de su tratamiento, ya que eran evidentes las complicaciones ocasionadas por la enfermedad a pesar de que los sujetos referían haber concluido prescripción médica. Con el pasar de los años los profesionales de la salud han sido testigos de este incumplimiento, ya que esto conlleva en algunas ocasiones consecuencias irreversibles para el paciente repercutiendo en el equilibrio y bienestar familiar. (5)

La falta de adherencia a la prescripción médica a los pacientes es aún una problemática a nivel mundial para los profesionales de la salud. La falta de adherencia ha sido objeto de múltiples investigaciones a lo largo de los años con resultados poco alentadores, debido a que se ve influenciada por múltiples factores. En la década de los 70'S Haynes Acuña el término de adherencia como "el grado de coincidencia del comportamiento de un cliente en relación con los medicamentos que ha de tomar, lo que implica un cambio en el estilo de vida. En la actualidad existen más de 200 factores que ocasionan que no se lleve a cabo una buena adherencia lo que convierte en un reto de salud pública inclusive hasta para el profesional más experimentado en la materia de salud. (6) La Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados Sanitarios (ISPOR) define la adherencia como el grado de respuesta que el paciente toma de acuerdo a la prescripción médica.

En el año 2004 la Organización Mundial de la Salud (ONU) la define la adherencia como “el grado en que el comportamiento de una persona” (ejemplo: toma del tratamiento, cambio de régimen alimenticio, y actividad física) las cuales deben de dar cumplimiento a las indicaciones médicas prescritas por los profesionales de salud. Cabe mencionar que este incumplimiento se debe a múltiples factores que aquejan al paciente tantos aspectos psicológicos y afectivos. (6) ya que La familia es uno de los entornos más importantes del ser humano, por lo que ha sido objeto de múltiples estudios de investigación los cuales han revelan la existencia de un vínculo estrecho a través de la convivencia, pues en ella se comparten la experiencias de la vida cotidiana, son partícipes del estado de salud y el crecimiento de los individuos que la conforman. En la década de los 50 surgen modelos de la familia, estos a su vez tienen la finalidad de estudiar los patrones dentro del entorno familiar. En 1979 David Richard Olson desarrolla uno de los modelos que logra diagnosticar y describir la funcionalidad familiar través de la cohesión, la adaptabilidad, la flexibilidad y la comunicación este un instrumento que se ha sido utilizado en repetidas ocasiones por los profesionales de la salud.(7)

Antecedentes teóricos

Las enfermedades crónicas persisten por largos períodos, afectando el estilo de vida del paciente, ya que estas solo se pueden controlar más no curar pese a los avances tecnológicos con los que se cuentan actualmente. Por lo que es comprensible que el incumplimiento a la indicación terapéutica siga siendo piedra de tropiezo para obtener resultados satisfactorios y buenos resultados a largo plazo. Se calcula que la adherencia global a los tratamientos a largo plazo es solo de un 50 % en los países desarrollados y alrededor de un 20 % en los subdesarrollados.

En México existen 8.7 millones de personas con diabetes tipo 2 (DT2) ocupando el sexto lugar a nivel mundial, lo que genera costo de aproximadamente 834mil dólares, esto debido a las múltiples complicaciones que se presentan tales como cardiopatías, enfermedades cerebrovasculares, nefropatías, pie diabético, retinopatía entre otras ocasionada por la presencia hiperglucemia. Dichas complicaciones se asocian a la falta adherencia terapéutica la cual contempla la falta de apoyo familiar y social, control por médico, la falta ejercicio condición física, conocimientos deficientes en nutrición, higiene y autocuidado, factores determina el control glicemia o de la persona teniendo como consecuencia 70,281 defunciones anuales. En un estudio realizado se demostró que la vigilancia a la adherencia terapéutica puede generar un impacto positivo en la salud de las personas con diabetes mellitus. En los estudios de caso Se realizó valoración física y control glucémico. En el pretest de adherencia terapéutica se obtuvieron percentiles bajos del 33% y medios del 66%. Después de las intervenciones se encontró un incremento respecto al ejercicio físico (70 y 75%), valoración de la condición física (23 y 75%) y dieta (86 y 87%), evidenciada por la mejora en sus niveles glucémicos (postest). (8)

Por lo tanto, el cumplimiento al tratamiento se vincula con una mayor eficacia del fármaco así se obtienen mejores resultados aunado a los cambios del estilo de vida, los cuales demuestran se obtiene una mayor en efectividad cuando se utiliza en las condiciones reales de la práctica clínica y social.

En un estudio realizado en Colombia para evaluar la adherencia terapéutica se empleó el cuestionario de Martín Bayarré Grau el cual es uno de os más confiables ya que establece un diagnostico que no siempre es posible identificar a simple vista. Las puntuaciones más altas indican una mejor adherencia, el cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) es el más utilizado para determinar el nivel de adherencia terapéutica. Inicialmente aplicado a pacientes hipertensos, actualmente su uso se ha extendido en investigaciones con pacientes que padecen diabetes mellitus tipo

2 y personas portadoras de VIH. Consta de 12 ítems en forma de 12 afirmaciones que incluyen las categorías que se considera conforman la definición operacional de adherencia terapéutica. Estas categorías son:

Cumplimiento del tratamiento: Es la ejecución por la persona de las indicaciones médicas prescritas. Ítems 1, 2, 3 y 4. Implicación personal: Es la búsqueda por el paciente de estrategias para garantizar el cumplimiento de las prescripciones con la ejecución de los esfuerzos necesarios. Ítems 5,6, 8, 9 y 10. Relación transaccional: Es la relación de colaboración establecida entre el paciente y su médico para instaurar el tratamiento y elaborar la estrategia a seguir que garantice su cumplimiento y aceptación por ambos. Ítems 7, 11 y 12.

Se le da al paciente la opción de respuesta en una escala de Lickert compuesta por cinco posibilidades que van desde siempre, hasta nunca marcando con una x la periodicidad que considera ejecuta lo planeado. Para calcular la puntuación obtenida por cada paciente se asignó el valor 0 a la columna nunca, 1 a casi nunca, 2 para a veces, 3 a casi siempre y 4 a siempre, siendo 48 la totalidad de puntos posibles a alcanzar. El cuestionario recoge, además, datos generales del paciente (edad, género, ocupación, escolaridad, estado civil, años de diagnosticada la enfermedad y tipo de tratamiento farmacológico que tiene indicado. Su calificación se establece a partir de la estimación de un puntaje que divide en proporciones la totalidad de los puntos obtenidos por cada paciente, considerando como adheridos totales a los que obtienen 38 a 48 puntos, adheridos parciales de 18 a 37 puntos, y no adheridos a los que obtienen entre 0 y 17 puntos, de modo que se pueda cuantificar con rapidez las respuestas del paciente y determinar tres tipos o niveles de adherencia al tratamiento. (9)

Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau):

Construido y validado en el año 2008 en la Ciudad de la Habana Cuba, por el Maestro en psicología de salud, Alfonso Libertad Martín, el Doctor en ciencias de la salud Hector D. Bayarre Veá y el Doctor en Ciencias Psicológicas Jorge A. Grau Abalo.

cuestionario Adherencia Terapéutica Martín-Bayarre-Grau
Frecuencia de variables de la encuesta BMG

No		FREC	siempre	casi siempre	a veces	casi nunca	nunca
			4	3	2	1	0
1	Toma los medicamentos en el horario establecido	FREC					
		%					
2	Se toma todas las dosis indicadas	FREC					
		%					
3	Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta	FREC					
		%					
4	Asiste a las consultas de seguimiento programadas	FREC					
		%					
5	Realiza los ejercicios físicos indicados	FREC					
		%					
6	Acomoda sus horarios de medicación a las actividades de su vida diaria	FREC					
		%					
7	Usted y su médico deciden, de manera conjunta, el tratamiento a seguir	FREC					
		%					
8	Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos	FREC					
		%					
9	Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos	FREC					
		%					
10	Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento	FREC					
		%					
11	Usted y su médico analizan cómo cumplir el tratamiento	FREC					
		%					
12	Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación al tratamiento que ha prescrito su médico	FREC					
		%					

Fuente: cuestionario de adherencia terapéutica BMG

Cumplimiento en el tratamiento 1,2,3,4
Implicación personal 5,6,8,9,10
Relación Transaccional 7,11,12

Puntaje:

aje	l de adherencia
48	erencia total
37	erencia parcial
7	dherencia

Por otro lado, la cohesión y adaptabilidad familiar en diabetes mellitus, consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada integrante. En el control del paciente diabético intervienen varios factores psicosociales que influyen en el control de la glucemia ya percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de

adherencia terapéutica y su estilo de vida saludable. (10) Para la medición de los sistemas familiares, uno de los modelos con mayor relevancia actualmente es el modelo circunflejo desarrollado por Olson, Sprenkie y Russell, este modelo, se desarrolló el FACES (Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales) en 1980 (10)

Herramientas ampliamente utilizadas y probadas para investigar el funcionamiento familiar en diversos campos de estudio. A partir del análisis de la teoría familiar se identificaron las dimensiones de la dinámica familiar que se expresan en función de: cohesión y adaptabilidad familiar. (10)

La fiabilidad promedio de FACES III (versión anglosajona) es de 0,80 y el índice alfa de Cronbach (versión española) es de 0,70, aplicable con facilidad en el nivel primario de atención. En población española, se suelen hallar adecuados índices de consistencia interna para cohesión, pero bajos para flexibilidad, a pesar de lo cual en el primero de estos trabajos referenciados se logró replicar la estructura original de FACES III. Sin embargo, en México, se concluye que la prueba es relativamente confiable y válida, realizando un análisis factorial confirmatorio y estableciendo los coeficientes de confiabilidad para cada factor. (7)

En este sentido, el Modelo Circumplejo de Olson considera tres dimensiones de la conducta familiar: cohesión, adaptabilidad y comunicación para medir el funcionamiento familiar. Se entiende a la cohesión, como la distancia y proximidad que existe entre los miembros de una familia y comprende dos aspectos que son: el lazo emocional que tienen los miembros de la familia entre si y el grado de autonomía de cada miembro de la familia; y adaptabilidad, como la habilidad del sistema para cambiar su estructura de poder, la dinámica entre los roles y las reglas de las relaciones familiares en respuesta a estresores evolutivos y emocionales. Ambas, variables pertenecientes a la dinámica familiar y útiles para investigar el funcionamiento familiar en diversos campos de estudio. (11)

Tanto la cohesión como la adaptabilidad son complejos, 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. (10)

Evaluar la funcionalidad de la familia se ha convertido en una necesidad sentida y real de la práctica integral de la medicina de familia, diversas escuelas de terapia familiar han planteado reiteradamente la necesidad de instrumentos adecuados que permitan estudiar y valorar el funcionamiento familiar. (7)

A partir del análisis de la teoría familiar y de la literatura acerca de la terapia familiar se identificaron tres dimensiones de la dinámica familiar que podían expresarse en función de tres variables: cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar. (7)

Cohesión se define como la distancia y proximidad que existe entre los miembros de una familia y comprende dos aspectos que son: el lazo emocional que tienen los miembros de la familia entre sí y el grado de autonomía de cada miembro de la familia. Dentro de la dimensión de cohesión es posible distinguir cuatro niveles:(7)

No relacionada o dispersa: 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 junto, necesidad y preferencia por espacios separados, se toman las decisiones independientemente, el interés se focaliza.

Semirrelacionada/separada: Si bien prima el “yo” existe presencia de un “nosotros”; además 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.

Relacionada/conectada: Prima el “nosotros” con presencia del “yo”; son familias donde se observa una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con una tendencia hacia la dependencia. aglutinada/ enmarañada o enredada: en este nivel prima el “nosotros”, apreciándose máxima unión afectiva entre los familiares, a la vez que existe una fuerte exigencia de fidelidad y lealtad hacia la familia, junto a un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común. (12)

Aglutinada: 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.

Por consiguiente, la Adaptabilidad es la capacidad del sistema para cambiar su estructura de poder, la dinámica entre los roles y las reglas de las relaciones familiares en respuesta a estresores evolutivos y situacionales.

La descripción, medición y diagnóstico de esta dimensión incluye conceptos tales como estilo de liderazgo, formas de ejercer el control de los padres, manejo de la disciplina, toma de decisiones y resolución de conflictos, claridad en la asignación de roles y tareas y flexibilidad en las normas familiares. (13)

Existen cuatro niveles de adaptabilidad que se describen a continuación:

Rígida o muy baja. - Alude a un liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios. (14)

Estructurada. - que va de baja a moderada. - Es aquella en que el liderazgo y los roles en ocasiones son compartidos, donde existe cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan.

Flexible, de moderada a alta. - Liderazgo y roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios.

Caótica o muy alta. - Se refiere a ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes. (14)

Adaptabilidad Familiar

La descripción, medición y diagnóstico de esta dimensión incluye conceptos como:

- a) Poder (capacidad de afirmación, control, disciplina)
- b) Estilos de negociación
- c) Relaciones de roles y reglas de relación de la familia.

Niveles de adaptabilidad familiar

La rígida. - alude a un liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios.

La estructurada. - ha sido entendida como aquella en que el liderazgo y los roles en ocasiones son compartidos, donde existe cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan.

La flexible. - existe un liderazgo y roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios.

La caótica. - se refiere a ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes.

La tercera dimensión del Modelo Circumplejo de Olson, la comunicación, no es evaluada por esta prueba debido a que, en diversas investigaciones, en las cuales se ha empleado esta escala, se ha demostrado que las familias o parejas balanceadas tienen habilidades de comunicación más positivas que las familias o Parejas extremas, es decir la comunicación se encuentra determinada por la cohesión y la adaptabilidad de manera directamente proporcional. (15)

Evaluar el funcionamiento familiar a través de procedimientos rigurosos se ha convertido en una necesidad real de la práctica psicológica. Se utilizan actualmente una gran variedad de instrumentos para evaluar la familia a nivel de grupo con la replicabilidad transcultural de los constructos que conlleva una serie de sesgos que deben ser advertidos y minimizados.

La Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III; de Olson, Portner y Lavee, 1985; Olson, 1992) es la 3ª versión de la serie de escalas FACES y ha sido desarrollada para evaluar dos de las principales dimensiones del Modelo Circunflejo: la cohesión y la flexibilidad familiar. (15)

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.

En la mayoría de los casos, la escala logra discriminar diferentes grupos familiares (por ejemplo, clínico y no clínico), lo cual constituye una fuerte evidencia de validez de constructo de la misma.

Esta escala se ha administrado a familias a lo largo del ciclo de vida, desde parejas recién conformadas y sin hijos, hasta parejas de jubilados. Los ítems de esta escala se construyeron para ser comprendidos por personas desde los 12 años.(15)

En cuanto a la funcionalidad familiar, cuando este entorno falla o su funcionalidad se ve afectada se conoce como Disfunción familiar y se entiende como una problemática familiar denominada también familia conflictiva o con problemas. Por supuesto que los problemas y los conflictos suceden en todas las familias, pero se tienen grados o niveles donde nos dice que la familia se encuentra sometida a presión interna originada por la evolución de sus miembros y subsistemas y a la presión externa originada por los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales que influyen sobre los miembros de la familia.

Antecedentes conceptuales

Familia. -La Organización Mundial de la Salud (ONU), define a la familia como “una unidad en los estudios demográficos que representa todo un hogar o una parte de éste; una familia estadística o una familia censal generalmente se compone de todos los miembros de un hogar emparentados por consanguinidad, adopción o matrimonio “por tal motivo este concepto engloba tanto las interacciones biológicas como psicosociales. De acuerdo al INEGI existen 3 tipos de hogar, en primer lugar, se encuentran las familias nucleares que corresponde al 70.9%, en segundo lugar, se encuentra la familia ampliada la cual está conformada por el número de integrantes que vive en el hogar estos corresponden el 26.5% y por ultimo las familias compuestas (el núcleo familiar conformado y algún otro familiar, conviven personas que no guardan ningún parentesco con el jefe del hogar) a estos les corresponde el 1.5%. (5)

Diabetes mellitus, se define como la enfermedad metabólica que se caracteriza por niveles de glucosa elevados en sangre, ocasionada por la alteración de la secreción de insulina asociada a múltiples factores, entre ellos se encuentran la obesidad y el sobrepeso asociadas a baja actividad física y una dieta inadecuada, siendo su evolución silenciosa y progresiva. Con afectado así a órganos diana tempranamente si no se detecta a tiempo. Por lo que requiere un manejo integral y bien estructurado por parte del equipo multidisciplinario enfocado en la prevención, control y prevención de daño, así como su rehabilitación. (6)

Funcionalidad familiar, La Organización Mundial de la Salud (ONU), la define como el intercambio de actividades diferentes, dónde se comparten, valores y experiencias; unidos por lazos afectivos. Los miembros que integran la familia en algunos casos comparten cierto grado de consanguinidad, en otros, la adopción o el matrimonio les permite tener esta denominación de familia. Define a la familia como célula donde se valor el funcionamiento; según el estado de éste se encuentre se calificará como funcional si les permite a los miembros de la familia enfrentar y superar las diferentes etapas del en el ciclo vital o disfuncional si no lo permite. (16)

Adherencia terapéutica: La Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados Sanitarios (ISPOR) define la adherencia como el grado de respuesta que el paciente toma de acuerdo a la prescripción médica. (6)

En el año 2004 la Organización Mundial de la Salud (ONU) la define la adherencia como “el grado en que el comportamiento de una persona” (ejemplo: toma del tratamiento, cambio de régimen alimenticio, y actividad física) las cuales deben de dar cumplimiento a las indicaciones médicas prescritas por los profesionales de salud. Cabe mencionar que este incumplimiento se debe a múltiples factores que aquejan al paciente tanto aspectos psicológicos y afectivos.(17). Se atribuye la participación activa y voluntaria del paciente al dar cumplimiento a la prescripción médica; esto es de vital importancia ya que se considera que la mayoría de las enfermedades cronicodegenerativas que se presentan dentro del núcleo familiar o la sociedad en general se dentro de los pueden prevenir, evitando así múltiples complicaciones que en un futuro intervienen con el equilibrio y el bienestar familiar.(12)

Cohesión se define como la distancia y proximidad que existe entre los miembros de una familia y comprende dos aspectos que son: el lazo emocional que tienen los miembros de la familia entre sí y el grado de autonomía de cada miembro de la familia.

Adaptabilidad, la adaptabilidad familiar es la facultad del sistema marital o familiar de poder cambiar su conformación y adaptación de roles y estatutos independientemente de la situación que se les presente en algún momento dado en el transcurso de Las enfermedades crónicas persisten por largos períodos, afectando el estilo de vida del paciente, ya que estas solo se pueden controlar más no curar pese a los avances tecnológicos con los que se cuentan actualmente. Por lo que es comprensible que el incumplimiento a la indicación terapéutica siga siendo piedra de tropiezo para obtener resultados satisfactorios y buenos resultados a largo plazo. Se calcula que la adherencia global a los tratamientos a largo plazo es solo de un 50 % en los países desarrollados y alrededor de un 20 % en los

subdesarrollados. En un estudio realizado en (Austria, Bélgica, Inglaterra, Francia, Alemania, Hungría, Holanda, Polonia, Portugal y Suiza) se encuestaron en línea 3196 profesionales de la salud (855 médicos, 1047 enfermeros y 1294 farmacéuticos) que laboran en primer nivel de atención. (18)

Justificación

La baja adherencia terapéutica en la diabetes mellitus constituye un problema un problema de salud pública, ya que el índice de este padecimiento no solo continúa apareciendo en el cuadro de morbilidad y mortalidad del país, sino que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) esta presenta un aumento sostenido el 5% anual. Por tanto, la adherencia a tratamientos a largo plazo por parte de los pacientes han sido 40 a 50%, por lo que hace suponer que tratamientos otorgados a pacientes con padecimientos crónicos como lo es la diabetes mellitus, no se lleva de forma adecuada, lo que hace suponer que más del 50% de los pacientes diagnosticados con este padecimiento su tratamiento va encaminado al fracaso. (19)

Según proyecciones de la Organización Mundial de la Salud, en el año 2025 existirán más de 450 millones de pacientes con diabetes mellitus, con un creciente aumento de la prevalencia, complejidad y costo de tratamiento, siendo más fuerte en países pobres o poco desarrollados, donde sus complicaciones impactan en la calidad y expectativas de vida, lo que podría ocasionar que la diabetes mellitus sería la séptima causa de muerte a nivel mundial para el año 2030. (20) Actualmente la diabetes prevalece como la primera causa de muerte en México, ocasionando 12% de todas las muertes en el país. Es importante resaltar que incluso en hombres y mujeres de entre 20 y 39 años, la diabetes aparece entre las primeras diez causas de muerte la segunda en el caso de las mujeres de ese grupo de edad.(21)

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino, Ensanut 2016, muestran que la prevalencia de diabetes en el país pasó de 9.2% en 2012 a 9.4% en 2016 e identifican a 6.4 millones de adultos mexicanos con diabetes; de estos, 46.4% no realiza ninguna medida preventiva para retrasar o evitar complicaciones, lo que tiene como consecuencia que la diabetes ocupe los primeros lugares por carga de enfermedad identificando uno de los principales factores que favorece esta situación es la falta de adherencia al tratamiento. (22)

En nuestro país existen pocos estudios sobre adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que puedan determinar los factores que intervienen en este comportamiento, así como pocas estrategias que favorezcan mejores hábitos, la adherencia al tratamiento se podría definir como la coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos de salud y prescripciones que ha recibido, esto incluye el conjunto de conductas para aplicar las recomendaciones prescritas, cambiar el modo de vida y evitar comportamientos de riesgo. (22)

Por lo anteriormente expuesto, a través del presente proyecto de investigación, se tiene como objetivo Identificar los niveles de adherencia terapéutica de acuerdo a la cohesión y adaptabilidad familiar en una muestra de pacientes diabéticos que acuden a la UMF No. 24 del IMSS en Tepic, Nayarit.

Vulnerabilidad: Es un estudio viable, ya que se trabajará con pacientes diabéticos que acuden a control, a las diferentes áreas de prevención como Diabetimss, etc. para los cual se explicará el objetivo de la misma y se considerará la carta de consentimiento informado antes de la aplicación de la entrevista.

Planteamiento del problema.

En México la diabetes mellitus es un asunto preocupante de salud pública; ya que los efectos físicos y emocionales deterioran la calidad de vida de las personas a lo largo del proceso de cronicidad. La diabetes mellitus es una enfermedad crónica y degenerativa que genera altos costos económicos y un gran impacto social, debido a sus complicaciones. Por eso es importante identificar los factores de riesgo con los que cuenta el paciente de esto dependerá la aparición de complicaciones a corto o largo plazo en los pacientes. Por otra parte, es importante una buena dinámica familiar ya que la familia disfuncional se hace incompetente y no puede ejercer los roles que le corresponde, la cual se agudiza cuando se ve afectado un miembro de la familia que lleva al incumplimiento en algunas de las funciones tales como el afecto, socialización, cuidado, reproducción y estado familiar debido a la alteración del subsistema familiar.

En las últimas décadas se ha demostrado como las redes de apoyo familiar tienen un efecto benéfico sobre la enfermedad del paciente al igual que su desenlace.

Ya que el apoyo familiar ayuda a disminuir el estrés ocasionado por las enfermedades crónicas que este presenta, además de que influye en el desarrollo sobre la conducta de salud y del auto cuidado del mismo. Por tal motivo es necesario saber si la dinámica familiar medida a través del nivel de adaptabilidad y cohesión familiar tendrá algún grado de repercusión cuando existe algún integrante ante una enfermedad crónica tal como la Diabetes Mellitus tipo 2

Por lo anterior surge la siguiente pregunta.

¿Cuál es la correlación entre la Cohesión y adaptabilidad familiar con la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos adscritos al primer nivel de atención?

Objetivo general

Analizar la adherencia terapéutica correlacionada con la cohesión y adaptabilidad.

Objetivos específicos

- Determinar la cohesión y adaptabilidad familiar según la prueba FACES III.
- Identificar la adherencia terapéutica en sujetos diabéticos.

Supuesto

La adherencia terapéutica esta correlacionada con la cohesión y adaptabilidad

Contrasupuesto

La adherencia terapéutica no está correlacionada con la cohesión y adaptabilidad

Metodología

Diseño de estudio

Estudio observacional

Tipo de estudio

Descriptivo, transversal.

Universo de estudio

Sujetos con diagnóstico con diabetes mellitus tipo 2.

Población de estudio

Sujetos Diabéticos tipo 2 adscritos a la UMF No. 24 del IMSS Tepic Nayarit México.

Tamaño de la muestra

La Unidad de Medicina Familiar número 24 de Tepic, Nayarit cuenta al 07 de octubre del año 2020 un total de 9710, son sujetos que padecen Diabetes Mellitus tipo 2. Para el cálculo del tamaño de muestra se utilizó la fórmula para poblaciones finitas obteniendo el siguiente resultado: 370 pacientes con nivel de confianza de 95%

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Pacientes diabéticos adscritos a la UMF no. 24
- Mayores de edad
- Pacientes que aceptaron participar en el proyecto y firmaron la carta de consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Instrumentos ilegibles.
- Pacientes con tratamiento no farmacológico
- Discapacidad auditiva y mental.
- Que desconozcan su tratamiento.

Variable de estudio

Variable dependiente

Adherencia terapéutica

Variable independiente

Cohesión y adaptabilidad.

Variable Intercurrente

- Edad.
- Sexo.
- Tiempo de evolución como diabético.
- Nivel educativo.
- Complicaciones.

Operacionalización de variables.

Variable	Tipo de variable	Definición	Indicador	Instrumento
Cohesión y Adaptabilidad familiar.	Independiente	<p>Se define la cohesión como el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí, la cohesión familiar evalúa el grado en que los miembros de la familia están separados o conectados a ella.</p> <p>Adaptabilidad familiar se define como la posibilidad de cambio en el liderazgo, relación de roles, y normalización de la relación entre los miembros de una familia</p>	<p>1 caótica desligada, 2 caótica separada, 3 caótica conectada 4 caótica enmarañada, 5 flexible desligada, 6 flexible separada, 7 flexible conectada, 8 flexible enmarañada, 9 estructurada desligada, 10 estructurada separada, 11 estructurada conectada, 12 estructurada enmarañada, 13 rígida desligada, 14 rígida separada, 15 rígida conectada, 16 rígida enmarañada</p>	FACES III
Adherencia terapéutica	Dependiente	El grado en que el comportamiento de una persona, tomar el medicamento, el seguir un régimen alimentario y	<p>1. adherencia total. 38-48 2. adherencia parcial. 18-37 3. No adherencia. 0-17</p>	Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica de Martín Bayarre Grau.

		ejecutar cambios en el modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.		
Edad	Cuantitativa	Años de vida según cronología en tiempo de su nacimiento, expresado en años	Grupos de edad.	Ficha de identificación
Sexo	Nominal	Se refiere a la situación biológica reproductiva de hombre o mujer	1.Masculino 2.Femenino	Ficha de identificación.
Antigüedad como diabético.	Cuantitativa	Tiempo desde que debutó como diabético, expresado en años.	Años	Ficha de identificación.
Nivel educativo	Cuantitativa	Educación más alta que una persona ha terminado.	1. Primaria 2. Secundaria 3. Bachillerato. 4. Licenciatura. 5. posgrado.	Ficha de identificación.
Hipertensión	Nominal.	Afección en la que la presión de la sangre hacia las paredes de la arteria es demasiado alta.	1. si 2. no	Ficha de identificación

Plan de recolección de datos

Una vez que se aprobó el estudio se solicitó autorización a las autoridades de la Unidad de Medicina Familiar No. 24 del IMSS en la consulta externa. Se realizó búsqueda a sujetos mayores de edad que cursan con diabetes mellitus. Se les explico en que consiste el estudio y se les invitó a participar previa firma la carta de consentimiento informado. Con los datos obtenidos se elaboró una base de datos para su análisis, los resultados se presentaron en cuadros y gráficas.

Recursos

Recursos Materiales

Para la realización del proyecto se requiere el siguiente material

MATERIAL	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	COSTO TOTAL
Hojas blancas carta	Piezas. 500 hojas	6	110.00	660.00
Lápiz	Pza.	12	2.50	30.00
Pluma	Pza.	12	5.00	60.00
Marca texto	Pza.	6	8.00	48.00
Lápiz bicolor	Pza.	4	7.00	28.00
Tabla de broche carta	Pza.	3	25.00	75.00
Fotocopias carta	Piezas.	500	1.00	500.00
Equipo de computación	Laptop Lenovo S940	1	39,999	39,999
Impresora	Impresora Xerox Workcentre3335	1	6,099	6,099
TOTAL				47,499

Recursos humanos

La presente investigación requirió de una asesoría metodológica, el titular de la especialidad y el investigador o alumno de la especialidad en medicina familiar.

Recursos económicos

Se estimó una cantidad de \$47,499 pesos, los cuales corrieron a cargo del tesista de la especialidad en medicina familiar.

Toma de datos y registros

- Instrumento para evaluar la Escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III).
- Cuestionario Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau).

Métodos y técnicas

- Método: Encuesta.
- Técnica: Entrevista directa, dirigida teniendo como guía un cuestionario específico.

Aspectos estadísticos

- Los datos obtenidos se capturaron en una base de datos y se procesó la información con el programa SPSS 26 versión en español.
- Se aplicaron técnicas de estadística descriptiva como el cálculo de las medidas de tendencia central (media, mediana y moda), medidas de dispersión (desviación estándar), cálculo de frecuencias absolutas y

relativas. Finalmente, se aplicó la prueba no para métrica de Chi-cuadrada (χ^2), considerándose significativa cuando $p < 0.05$.

Consideraciones éticas

Este protocolo, al ser realizado en seres humanos, se clasifica como tipo dos y fue indispensable un consentimiento informado por escrito. Los procedimientos propuestos están de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la Declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como los códigos y normas Internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica.

Se les hizo saber que, si deseaban conocer los resultados en forma personal, se les proporciono de acuerdo al caso atención, los investigadores ofrecieron sugerencias para tratar de resolver su problema de salud. Así mismo se buscó apoyar con la gestión de citas a medicina familiar, psicología o psiquiatría. A cada familia, previo a su participación, se le solicito la firma de consentimiento bajo información (anexo). Los procedimientos propuestos están de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, de los artículos 2, que señala debe de citarse la presente Ley para fines de reglamento.

Artículo 13: En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 16: En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

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, considerando la clasificación de sin riesgo, riesgo mínimo y riesgo mayor. (23)

Resultados

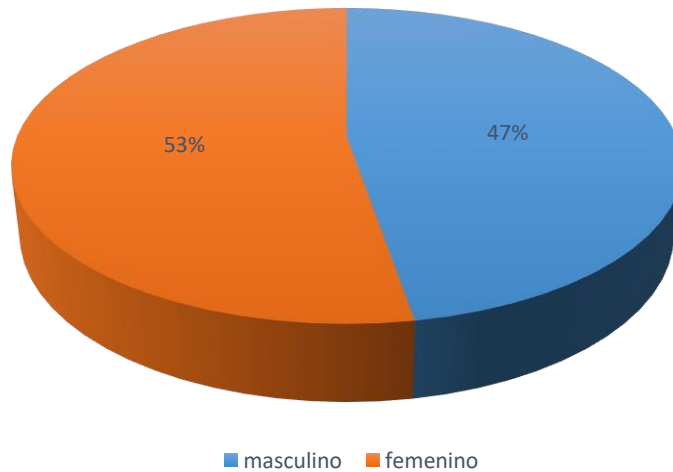
Este estudio incluyó un total de 370 sujetos diabéticos que reunieron los criterios de inclusión, el de mayor porcentaje pertenece al sexo femenino con un 53% (gráfico 1) y el grupo de edad que predominó es de 41 a 50 años de edad en un 47% (gráfico 2). Dentro del rubro de ocupación se tiene que el 38% son obreros y el 5% son profesionistas (gráficos 3), en relación con el tiempo de evolución de la enfermedad diabetes se encontró que 64% cursan con un periodo de es 1 a 5 años de evolución (grafico 4). El apego dietético es de un 59% (gráfico 5), de los sujetos de estudio el 51% realiza actividad física (gráfico 6), el 94% toma tratamiento a base de hipoglucemiantes (gráfico 7). En cuanto a la adaptabilidad se encontró igualdad entre la familia flexibles y estructuradas con un 38% le siguen la rígida con un 14% y la caótica con 10%(gráfico 8). La distribución de las familias según la cohesión se observa que las familias conectadas se encuentran en un 55%, la separada en un 15% y la enmarañada un 13%. (grafico 9) En base a la cohesión y adaptabilidad se encuentra que la familia flexible conectada es de un 86%, le siguen la familia estructurada conectada con un 83%, rígida desligada con un 23%, flexible desligada con un 20%, rígida desligada con un 18% (gráfico 8).

Con respecto a la adherencia terapéutica se observa que el 49% de los sujetos tiene una adherencia total, un 45% le corresponde adherencia parcial y el 5% no tiene adherencia (gráfico 9).

Al relacionar la cohesión y adaptabilidad familiar con la adherencia terapéutica se encontró una asociación estadísticamente significativa con la prueba exacta de Fisher con una $p=0.000$ en donde se encontró que el tipo de familia rígida desligada no tiene adherencia en un 1.4%, el tipo de familia estructurada desligada tiene un 5.1% de adherencia parcial, en cuanto a la adherencia total se encuentra el tipo de familia estructurada conectada con un 23.5% le continúa la flexible conectada en un 23.%. (tabla 1).

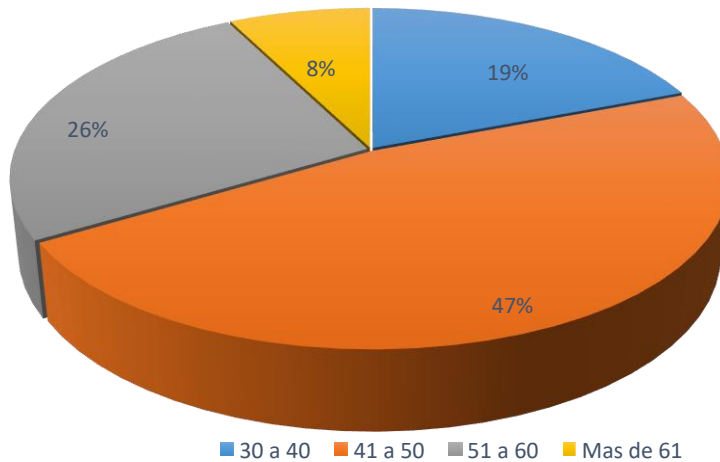
Gráficos.

Gráfico 1 . Distribución por sexo de sujetos diabeticos (N.370)



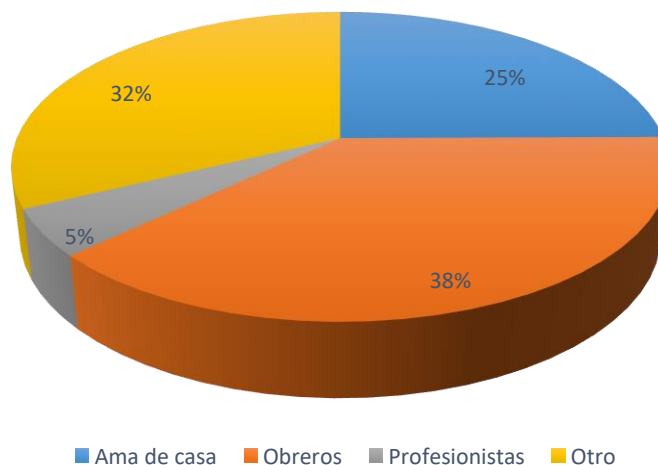
Se observa que predomino fue el sexo femenino en un 53%
Fuente: base de datos estudio de investigación.

Gráfico 2. Distribución por grupo de edad de sujetos diabeticos (N. 370)



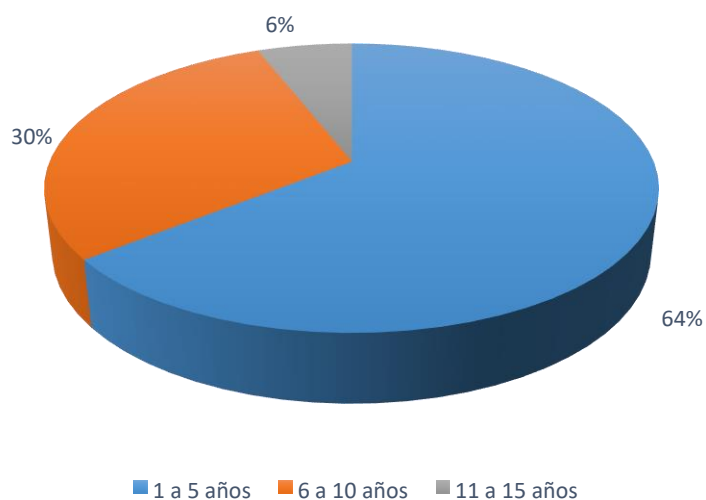
Se observa que predomino el grupo de edad de 41 a 50 años de edad 47%
Fuente: base de datos estudio de investigación

Gráfico 3. Distribución por grupo de oficios en sujetos diabteicos. (N.370)



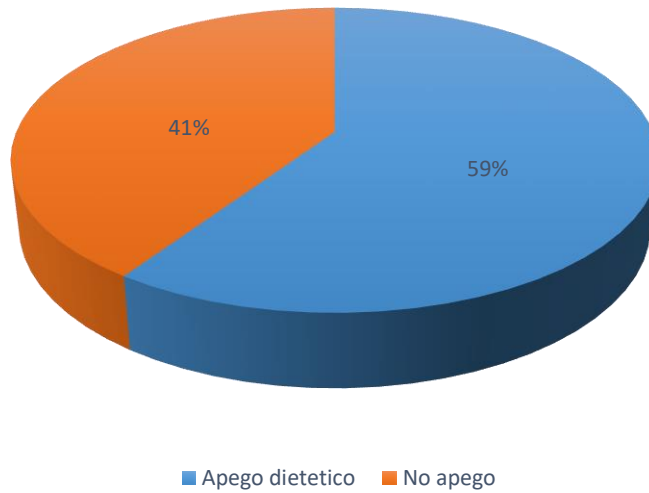
Se observa que predominó en grupo de obreros en un 38%
Fuente: base de datos estudio de investigación.

Gráfico 4. distribución de grupo por tiempo de evolución en sujetos diabeticos (N. 370)



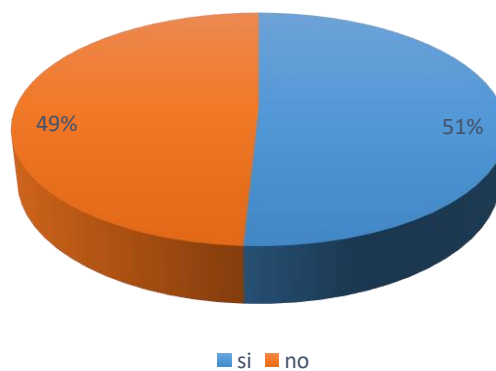
Se observa que predominó el grupo con tiempo de evolución de 1 a 5 años en un 64%.
Fuente: Base de datos estudio de investigación.

Gráfico 5. Distribución por grupo con apego dietético en sujetos diabéticos (N.370)



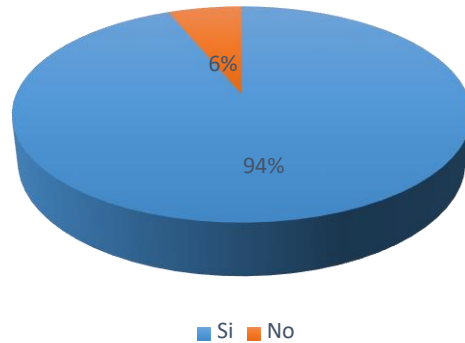
Se observa predominio el grupo con apego dietético en un 59%.
Fuente: base de datos estudio de investigación

Gráfico 6. Distribución de grupo con actividad física en sujetos diabéticos(N.370)



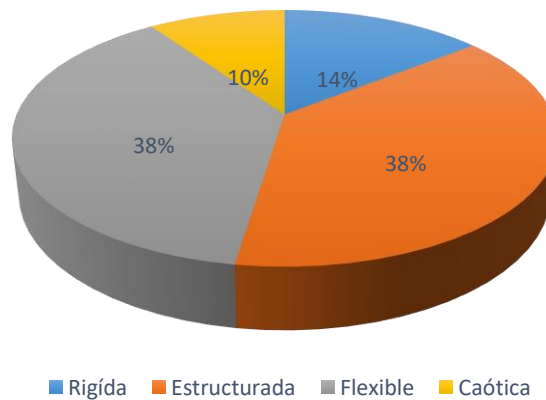
Se observa predominio de grupo con actividad física en un 51%.
Fuente: base de datos estudio de investigación.

Gráfico7. Dsistribución de grupo con toma de medicamentos sujetos diabeticos (N.370)



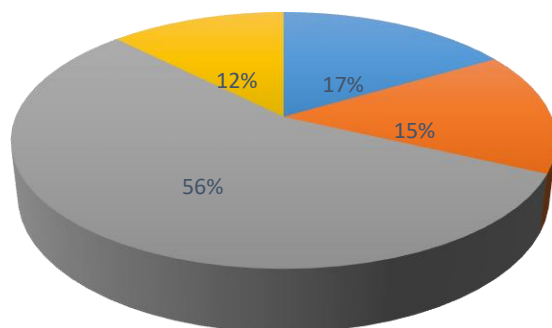
Se observa que predomina más el grupo con ingesta de medicamentos en un 94%
Fuente: base de datos estudio de investigación.

Gráfico 8. Distribución de grupos con adapatabilidad sujetos diabetes (N.370)



Se observan que los grupos predominantes son flexible con un 38% y estructurada en un 38%.
Fuente: estudio de investigación

Gráfico 9. Distribución por grupos de cohesión en sujetos con diabetes (N.370)

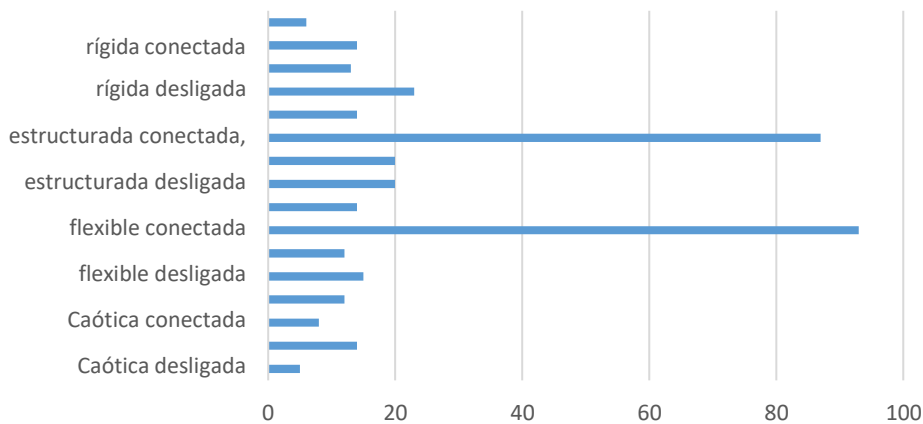


■ Desligada ■ separada ■ conectada ■ enmarañada

Se observa que predomina el grupo familia conectada en un 56%.

Fuente: base de datos estudio de investigación.

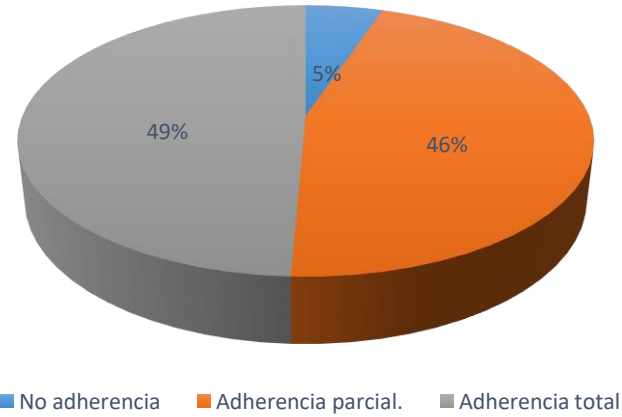
Gráfico 10. Distribución por grupos de cohesión y adaptabilidad en sujetos diabeticos (N.370)



Se observa que el grupo predominante fue Flexible conectada.

Fuente: estudio de investigación.

Gráfico 11. Distribución de grupo Adherencia terapeutica en sujetos diabeticos (N.370)



Se observa que predomina el grupo con mayor adherencia con un 49%
Fuente: Base de datos, estudio de Investigación.

Cuadro 1.

Cuadro 1. Cohesión y adaptabilidad familiar * adherencia terapéutica

			No adherencia	Adherencia parcial.	Adherencia total	Total
Cohesión y adaptabilidad familiar	Caótica desligada	Recuento	2	3	0	5
		% del total	0.5%	0.8%	0.0%	1.4%
	Caótica separada	Recuento	1	8	2	14
		% del total	0.3%	2.2%	0.5%	3.8%
	Caótica conectada	Recuento	0	7	1	8
		% del total	0.0%	1.9%	0.3%	2.2%
	Caótica enmarañada	Recuento	4	7	1	12
		% del total	1.1%	1.9%	0.3%	3.2%
	flexible desligada	Recuento	0	14	1	15
		% del total	0.0%	3.8%	0.3%	4.1%
	flexible separada,	Recuento	0	12	0	12
		% del total	0.0%	3.2%	0.0%	3.2%
	flexible conectada	Recuento	0	8	85	93
		% del total	0.0%	2.2%	23.0%	25.1%
	flexible enmarañada	Recuento	1	13	0	14
		% del total	0.3%	3.5%	0.0%	3.8%
	estructurada desligada	Recuento	1	19	0	20
		% del total	0.3%	5.1%	0.0%	5.4%
	estructurada separada,	Recuento	2	16	2	20
		% del total	0.5%	4.3%	0.5%	5.4%
	estructurada conectada,	Recuento	0	6	81	87
		% del total	0.0%	1.6%	21.9%	23.5%
	estructurada enmarañada	Recuento	0	14	0	14
		% del total	0.0%	3.8%	0.0%	3.8%
	rígida desligada	Recuento	5	17	1	23
		% del total	1.4%	4.6%	0.3%	6.2%
	rígida separada	Recuento	1	10	2	13
		% del total	0.3%	2.7%	0.5%	3.5%
	rígida conectada	Recuento	0	9	5	14
		% del total	0.0%	2.4%	1.4%	3.8%
	rígida enmarañada	Recuento	2	4	0	6
		% del total	0.5%	1.1%	0.0%	1.6%
Total		Recuento	19	167	181	370
		% del total	5.1%	45.1%	48.9%	100.0%

Se observa una correlación estadísticamente significativa con una prueba exacta de Fisher de $p=0.000$ en donde cohesión y adaptabilidad con adherencia terapéutica en familia flexible conectada.

Base de datos de protocolo

Discusión

En este estudio predomina el sexo femenino hallazgos similares referidos en la literatura médica reportada por Lujano Rezabala, Lisette Virginia- Salvador Bonilla I.A.M, esto se debe a que probablemente el mayor número de sujetos que acude consulta médica son del sexo femenino.(24)

En cuanto grupo etario que predominó fue el de 41 a 50 de años de edad es similar a lo reportado por Muñoz Grace en donde la edad que predomina es 56 años de edad.(25)

Por otro lado, se observó que tiempo de evolución de la enfermedad el grupo que sobresale en este estudio es el del 1 a 5 años, lo que puede significar que por ser sujetos de reciente diagnóstico los afectados se preocupan más por su estado de salud.

En la actividad física estos estudios más de la mitad de los sujetos diabéticos realizan ejercicio con un apego dietético. Muñoz Grace en un estudio realizado en Quito Ecuador encontró que el ejercicio, la dieta y cuidados de pies se relacionan con buen control glicémico(25). Lo cual indica que derivando a los pacientes diabéticos a los grupos de apoyo como en este caso el DIABETIMSS el sujeto tiene oportunidad de presentar menos complicaciones ayudándolo así a mantener las cifras de glucosa dentro de parámetros normales.

En relación con la ocupación se encontró que este estudio predomina el grupo trabajadores obreros en relación con el grupo de profesionistas esto se asocia a que el mayor número de obreros cuenta con educación primaria y secundaria y el menor porcentaje un nivel de licenciatura dándoles a este mayor poder adquisitivo lo cual hace más accesible que acudan a consulta por medio privado. Encontrándose en

bibliografías un resultado similar por Bonilla I.A.M. en Ecuador donde el 70% solo cuenta con educación primaria y solo el 7% tiene educación a nivel profesional. (24)

En cuanto a la adaptabilidad familiar se encontró igualdad entre familias flexibles y estructuradas similar a lo reportado por Salvador Bonilla Ivonne Alexandra.(24)

Por otro lado, al correlacionar la cohesión y adaptabilidad familiar con la adherencia terapéutica encontramos que los sujetos diabéticos que tienen una adherencia total fueron las familias flexibles conectadas es la que predomina. Estudio que es similar realizado por Romero ARD, Morales ACT. En un estudio realizado en sujetos con afección de pie diabético.(26)

Conclusión

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad en la cual se presentan alteraciones metabólicas, lo que ocasiona deterioro progresivo e irreversible en diferentes sistemas orgánicos. De acuerdo con la OMS es una de las 10 principales causas de muerte en el mundo y es la causa más frecuente de discapacidad en personas jóvenes económicamente activas. En México 1 de cada 11 adultos presenta diabetes mellitus en las edades de 40 y 59 años de edad.(2)

Es importante recordar que el entorno familiar juega un papel fundamental para el control del paciente diabético ya que este influye en su bienestar físico y psicosocial lo que lo motiva a tener un adecuado cuidado de su persona, identificando los factores de riesgo y así evitar complicaciones irreversibles a edad temprana.

Por lo que instaurar un tratamiento adecuado, cambios en el estilo de vida, ayuda a los individuos a retrasar las complicaciones tempranas y evitar desenlaces fatales dentro del núcleo familiar.

Finalmente, este estudio demostró que existe una correlación entre cohesión y adaptabilidad familiar correlacionada con la adherencia terapéutica en donde predominaron las familias flexibles conectadas, lo que implica que la funcionalidad familiar juega un papel importante para el control del paciente diabético.

Por lo que se sugiere realizar acciones de prevención en el núcleo familiar, identificando el grado de funcionalidad y así de esta manera anticiparse a complicaciones prematuras, que la propia enfermedad conlleva, dando así una mejor calidad de vida a sujetos diabéticos

Bibliografía

1. Dario A, Brito E. La adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas no transmisibles. *Rev Finlay*. 2016;6(3):236–8.
2. Espinoza-Diaz CI. Diabetes Internacional y endocrinología [Internet]. Disponible en: <https://orcid.org/0000-0001-8608-8338>,
3. Espinoza-Diaz CI. Diabetes Internacional y endocrinología [Internet]. [citado el 17 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://orcid.org/0000-0001-8608-8338>,
4. Ávila-Sansores GM, Gómez-Aguilar P, Yam-Sosa AV, Vega-Argote G, Franco-Corona BE. Un enfoque cualitativo a las barreras de adherencia terapéutica en enfermos crónicos de Guanajuato, México. *Aquichan*. 2013;13(3):373–86.
5. Del M, Ortego C, Santiago López González M;, María ;, Trigueros LÁ. 14.5 Variables implicadas en la adherencia. 14.5.1 Variables sociodemográficas. 14.5.2 Las creencias del paciente. 14.5.2.1 Las metas esperadas del tratamiento. 14.5.2.2 La motivación. 14.5.2.3 La severidad percibida. 1977.
6. Juan J, Cerda O, Herrera DS, Adrián Ó, Miranda R, Manuel J, et al. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. 2018;(3):226–32.
7. Schmidt V, Barreyro JP, Maglio AL. ESCALA DE EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FACES III: ¿MODELO DE DOS O TRES FACTORES? (Family Functioning Evaluation Scale FACES III: Model of two or three factors?). *Escritos Psicol*. 2010;3(2):30–6.
8. Zenteno-López MA, Tzontehua-Tzontehua I, Gil-Londoño E, Contreras-Arroy S, Galicia-Aguilar R. Continuidad de cuidados para la adherencia terapéutica en la persona con diabetes tipo 2. *Enfermería Univ*. 2016;13(2):130–7.
9. Martínez J, Villa Perea J, Jaramillo J, Quintero Betancur A, Calderón V. Validación del cuestionario de adherencia al tratamiento anti hipertensivo Martín Bayarré Grau. *Rev Médica Risaralda*. 2011;17(2):101–5.
10. Organización Mundial de la Salud. INFORME MUNDIAL SOBRE LA DIABETES. Of Reg para las Américas / Organ Panam la Salud 525, 23rd

- Street, NW Washington, DC 20037 Estados Unidos América. 2016;88.
11. Hernández-ávila M. Diabetes Mellitus en Mexico. El estado actual de la epidemia. *Salud Publica Mex.* 2013;55(2).
 12. De Psicología Educativa C, Abigail E, Ortega C, Chiza Espinoza CE, Viviana M, Toledo TC. Universidad De Cuenca Facultad De Psicología. 2016;1–91.
 13. Bazo-Álvarez JC, Bazo-Alvarez OA, Aguila J, Peralta F, Mormontoy W, Bennett IM. Psychometric properties of the third version of family adaptability and cohesion evaluation scales (faces-III): A study of Peruvian adolescents. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2016;33(3):462–70.
 14. Villarreal-Zegarra D, Paz-Jesús A. Cohesión, adaptabilidad y composición familiar en adolescentes del Callao, Perú. *Propósitos y Represent.* 2017;5(2):21–42.
 15. Alarcón R. Funcionamiento familiar y sus relaciones con la felicidad | *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social* [Internet]. [citado el 16 de noviembre de 2020]. Disponible en:
<http://revistas.uigv.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/55>
 16. *Revista E de P co. – I 1886-8924 –.* La funcionalidad familiar: una determinante de la conducta de los adolescentes. 11/07 [Internet]. 2017; Disponible en: <https://www.revista-portalesmedico.com>
 17. Díaz ML, Robles P, Auxiliar C, En C, Certificada R. La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud. *Rev Griot.* 1949;7(1):73–84.
 18. Reyes AS, González A, Avilés P, Sur Z, México DF. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas Volumen 16, Núm. 2, abril-junio* [Internet]. 2011 [citado el 16 de noviembre de 2020]. Disponible en: www.nietoeditores.com.mx
 19. Araneda M. M. Adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 1, durante la adolescencia. Una perspectiva psicológica [Internet]. Vol. 80, *Revista Chilena de Pediatría. Sociedad Chilena de Pediatría;* 2009 [citado el 16 de noviembre de 2020]. p. 560–9. Disponible en:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062009000600010&lng=es&nrm=iso&tlng=es

20. de la Salud OM. INFORME MUNDIAL SOBRE LA DIABETES. Of Reg para las Américas / Organ Panam la Salud 525, 23rd Street, NW Washington, DC 20037 Estados Unidos América. 2016;88.
21. Hernández Ávila M, Gutierrez Juan P, Reynoso N, Noveron. Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. Salud Publica Mex [Internet]. 2013;55(0). Disponible en: <http://analytics.scielo.org>
22. Nacional E, Camino M. Informe final de resultados. 2016;2016.
23. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA. Criterios para investigación de proyectos para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. 2012;7(6):1–25.
24. Salvador Bonilla IAM. FAMILIAR Y COMUNITARIA TERCERA COHORTE INVESTIGACIÓN Tema: “ FUNCIONALIDAD FAMILIAR TIPO 2 DE UNA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD ” Requisito Previo Para Optar Por El Título De Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria Autora : Md . Salvador B. 2022;
25. Asimbaya, Quinga; Jorge Antonio, Muñoz Valverde; Grace A. Relación entre la funcionalidad familiar y su adherencia al tratamiento en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo II atendidos en el Centro de Medicina Familiar Integral y Especialidades “La Mariscal” del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en. Quito UCE. 2022;(8.5.2017):2003–5.
26. Romero Arredondo, Rogelio; Morales Álvarez, Clara;Moreno González MM. Relación entre funcionamiento familiar y grado de lesión de pie en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. 2021;28(3):173–8.

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de evaluación

Escala de cohesión y adaptabilidad familiar FASES III

FACES III (D.H. Oslon, J. Portner e Y Lavee).

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
----------	---------------	------------------	-----------------	------------

Describa a su familia:

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

FACES III. Calificación

- Cohesión = suma de los puntajes en ítems nones.
- Adaptabilidad = suma de puntajes en ítems pares.
- Las calificaciones obtenidas se cotejan en las amplitudes de clase de las tablas obtenidas.

Cohesión	Amplitud de clase
----------	-------------------

Adaptabilidad	Amplitud de clase
---------------	-------------------

No relacionada	10-34
Semirrelacionada	35-40
Relacionada	41-45
Aglutinada	46-50

Rígida	10-19
Estructurada	20-24
Flexible	25-28
Caótica	29-50

Cuestionario de evaluación de adherencia terapéutica

Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín Bayarre Grau).

Estimado paciente:

Solicitamos su colaboración para estudiar, como se comporta el cumplimiento de las indicaciones orientadas a los pacientes con hipertensión arterial. Solo debe dar respuestas a las preguntas que aparecen a continuación. Le garantizamos la mayor discreción con los datos que pueda aportarnos, los cuales son de gran valor para este estudio. Muchas gracias.

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____

Nivel de escolaridad _____ Consultorio: _____

Años de diagnosticada la enfermedad: _____

A) De las indicaciones que aparecen a continuación marque con una x, cual o cuales le ha indicado su médico.

Tratamiento higiénico-dietético:

1.- Dieta baja de sal: _____

2.- Consumir grasa no animal: _____

3.- Realizar ejercicio: _____

B) Tiene usted indicado tratamiento con medicamentos

1.- Si: _____

2.- No: _____

- C) A continuación, usted contara con un conjunto de afirmaciones. Por favor no se preocupe en pensar si otras personas estarían de acuerdo con usted y exprese exactamente lo que piense en cada caso. Marque con una x la casilla que corresponde a cada situación particular:

Afirmaciones	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi Nunca	Nunca.
1. Toma medicamentos en el horario establecido					
2. Se toma todas las dosis indicadas.					
3. Cumple con las indicaciones relacionadas con la dieta.					
4. Asiste a las consultas de seguimiento programadas.					
5. Realiza ejercicios físicos indicados.					
6. acomoda sus horarios de medicación a las actividades de su vida.					
7. Usted y su médico deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir.					
8. Cumple con el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos.					
9. lleva a cabo el tratamiento sin realizar esfuerzos.					
10. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento.					
11. Usted y su médico analizan, como cumplir el tratamiento					
12. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico.					

Anexo 2. Carta de consentimiento informado

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p>
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>	
<p>CART/ <small>SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL</small> IENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>	
Nombre del estudio:	Cohesión y Adaptabilidad Familiar correlacionada con la adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Tepic, Nayarit. Noviembre 2020
Número de registro:	En Tramite
Justificación y objetivo del estudio:	Con esta investigación se pretende demostrar la Cohesión y adaptabilidad correlacionada con la adherencia terapéutica. Objetivo analizar la adherencia terapéutica correlacionada con la cohesión y la adaptabilidad familiar
Procedimientos:	Se aplicara Instrumento FACES III y cuestionario para evaluación de adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau)
Posibles riesgos y molestias:	Que el paciente se sienta intimidado, que no acepte contestar la encuesta
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer la importancia que tiene la cohesión y la adaptabilidad familiar que se tiene en la adherencia terapéutica.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Una vez analizado el estudio se analizara la correlación de la Adherencia terapéutica con la cohesión y la adaptabilidad.
Participación o retiro:	Tienen la elección de participar en o en su defecto retirarse sin que se vea afectada su atención medica
Privacidad y confidencialidad:	Toda información recabada será manejada con alta confidencialidad
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>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.</p>
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	<u>No aplica</u>
Beneficios al término del estudio:	<u>No aplica</u>
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	<u>Dra. Miryam Vianey Riestra Carrillo Tel. 311-120-93-00.</u>
Colaboradores:	<u>Dr. Esaú Rojas Carrillo tel. 311-111-61-01</u>
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
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	
Clave: 2810-009-013	

Anexo 3. Cronograma de actividades GANTT

PARA OBTENER TÍTULO DE MÉDICO FAMILIAR

ACTIVIDADES	2020-2021											
	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb
Proyecto												
Revisión												
SIRELCIS												
ACTIVIDADES	2021-2022											
	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb
Recolección de datos												
Elaboración de base de datos												
Resultados												
Discusión												
Conclusión												
ACTIVIDADES	2022-2023											
	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb
Tesis												
Redacción de escrito medico												
Difusión												