

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR
EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR
EN EL CENTRO MÉDICO “LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS”**

**INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO MÉDICO LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA
M.C. OSCAR GONZÁLEZ LUCARIO**

**DIRECTOR DE TESIS
E.M.F. MÓNICA LÓPEZ GARCÍA**

**REVISORES DE TESIS
DRA. EN HUM. MARÍA LUISA PIMENTEL RAMÍREZ
PH. D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN
E.M.F. BLANCA ESTHELA ARIZMENDI MENDOZA
E.M.F. MARÍA EMILIANA AVILES SÁNCHEZ**

TOLUCA, MÉXICO

2013

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR
EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR
EN EL CENTRO MÉDICO “LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS”**

DEDICATORIAS

*Con todo mi amor a mi esposa Rosela Méndez y a mis hijos
Gael y Sofía. Sin su apoyo, comprensión y
paciencia, simplemente no hubiera sido posible.*

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Al creador y origen de todas las cosas, el autor de mi vida, por darme la fuerza para seguir adelante, por darme la oportunidad de estar aquí, por levantarme cuando me sentía caído, por tu bondad, por tus bendiciones. GRACIAS.

A mis padres:

PEDRO Y AMELIA, por darme la vida, porque a pesar de las dificultades y carencias han realizado el esfuerzo por darme siempre lo mejor, reconozco su infinito esfuerzo por educarme y formarme, por los valores que siempre me han inculcado, por sus sabios consejos y sus enseñanzas que ahora se ven reflejadas. GRACIAS.

A mi esposa:

ROSELA, por formar una familia conmigo, por darme la dicha de ser padre, por tu ayuda, por tu comprensión y sobre todo por tolerar mi ausencia constante, por los momentos difíciles que hemos pasado durante esta etapa de mi preparación, recuerda que TE AMO y que sin ti, no hubiera sido posible que hiciera esto, por siempre te amaré, y por todo lo que siga en nuestras vidas, por mi vida contigo. GRACIAS.

A mis hijos:

GAEL y SOFÍA, porque llegaron a mi vida y llegaron con muchas bendiciones, porque a pesar de su edad entienden a lo que me dedico, por el tiempo que no estuve con ustedes, por su forma de ser, por su sonrisa e inocencia, que cuando estaba triste me levantaban el ánimo, son la principal esencia de mi alma, el motor de mi vida, esto es por ustedes hijos, porque con esto podré darles una mejor vida, recuerden que nunca les fallaré, saben que LOS AMO. GRACIAS.

A mis hermanos:

CARMEN y EFRAÍN, porque con su ejemplo y dedicación han sido mi fuente de inspiración para dar siempre lo mejor, para superarse día con día a pesar de las circunstancias y adversidades, por su gran apoyo, cariño y amor, por sus palabras a veces duras pero importantes. GRACIAS.

A mi cuñada y sobrinos:

MARTHA, EFRA y JOCE porque siempre los tengo presentes como parte importante. Martha por tu apoyo y por estar siempre dispuesta a escucharme y permitirme desahogarme de mis problemas. Efra y Joce, por brindarme su cariño y confianza, porque aun siendo muy jóvenes; me han demostrado que con disciplina, esfuerzo y dedicación constante se pueden lograr grandes cosas. GRACIAS.

Lo que sabemos es una gota de agua; lo que ignoramos es el océano.

Isaac Newton

RESUMEN

ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL CENTRO MÉDICO “LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS”

Introducción: La adherencia terapéutica en la diabetes mellitus tipo 2, tiene trascendencia ya que el mejor tratamiento, pierde su eficacia si el paciente no lo lleva a cabo de forma adecuada, la funcionalidad familiar es un factor dinámico que influye en su adecuado control. Los pacientes diabéticos que no logran alcanzar niveles de adherencia terapéutica adecuados, tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones a futuro. La diabetes y sus complicaciones son la principal causa de ceguera, insuficiencia renal crónica terminal y amputación no traumática en adultos, su creciente magnitud y aumento en la prevalencia, representan actualmente un problema de salud pública en nuestro país. **Objetivo general:** Identificar la adherencia terapéutica y su relación con la funcionalidad familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en la consulta externa de Medicina Familiar en el C.M.L.A.L.M. **Diseño metodológico:** Estudio observacional, transversal y descriptivo, efectuado en el período del 1º de junio al 30 de septiembre del 2012, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la consulta externa de Medicina Familiar del C.M.L.A.L.M., Toluca, Estado de México, se aplicaron dos cuestionarios: Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) y el Test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL) para identificar el nivel adherencia terapéutica y grado funcionalidad familiar respectivamente. **Resultados:** De 120 pacientes encuestados, 40.8% fueron hombres, 59.2% mujeres, predominó el grupo de edad de 56 a 60 años, 49.2% dijeron dedicarse al hogar, 43.3% ser empleados, 70.0% con escolaridad primaria, los pacientes casados fueron los que mayormente predominaron en un 79.1%, el tiempo de haber sido diagnosticados como diabéticos con mayor frecuencia fue entre 6 y 10 años, predominó el uso de hipoglucemiantes orales para su control metabólico en un 70.0%. Con respecto al nivel de adherencia terapéutica, 65.0% tuvieron adherencia total, 35.0% adherencia parcial y ninguno resultó no adherido. Los pacientes con funcionalidad familiar funcional fueron el 50.0%, moderadamente funcional 41.7%, disfuncional 8.3% y ninguno con familia severamente disfuncional. De la aplicación del Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) los puntajes más bajos de adherencia terapéutica se dieron en la categoría de implicación personal, mientras que los más altos en relación transaccional. En la aplicación del Test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL), los puntajes más bajos se dieron en los procesos relacionales de permeabilidad y adaptabilidad y los más altos en cohesión y armonía. **Conclusiones:** En esta investigación se pudo identificar que el nivel adherencia terapéutica total tuvo relación con el grado de funcionalidad familiar funcional en una muestra de 120 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asistieron a la consulta externa de medicina familiar de manera consecutiva en el C.M.L.A.L.M. en el período del 01 de julio al 30 de septiembre de 2012.

Palabras clave: Adherencia terapéutica, funcionalidad familiar, diabetes mellitus tipo 2.

SUMMARY

THERAPEUTIC ADHERENCE AND FAMILY FUNCTIONALITY IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2 OF THE OUTPATIENT FAMILY MEDICINE AT MEDICAL CENTER "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS"

Introduction: Therapeutic adherence in type 2 diabetes mellitus, is irrelevant because the best treatment loses its effectiveness if the patient is not done properly, family functioning is a dynamic factor that influences their proper control. Diabetic patients who fail to achieve adequate levels of adherence are at increased risk for future complications. Diabetes and its complications are the leading cause of blindness, end stage renal disease and non-traumatic amputation in adults, its growing size and increasing prevalence, currently represent a public health problem in our country.

General Objective: To identify therapeutic adherence and its relationship to family functioning in patients with type 2 diabetes mellitus in outpatient Family Medicine C.M.L.A.L.M. **Methodological design:** Observational, cross-sectional, descriptive, conducted in the period from June 1 to September 30, 2012, in patients with diabetes mellitus type 2 outpatient Family Medicine C.M.L.A.L.M., Toluca, State of México, is applied two questionnaires: Questionnaire MBG (Martin-Bayarre-Grau) and the Test of perception of family functioning (FF-SIL) to identify therapeutic adherence level and family functionality grade respectively. **Results:** Of 120 patients surveyed, 40.8% were men, 59.2% women, the predominant age group of 56-60 years, 49.2% said they engage in the home, 43.3% being employed, 70.0% with primary schooling, married patients were that mostly dominated by 79.1%, the time they were diagnosed as diabetics more frequently was between 6 and 10 years, predominantly used oral hypoglycaemic metabolic control by 70.0%. With regard to the level of adherence, adherence had 65.0% total, 35.0% and no partial adhesion was not adhered. Patients with functional familiar functionality were 50.0%, 41.7% moderately functional, dysfunctional 8.3% and none with severely dysfunctional family. From the questionnaire MBG (Martin-Bayarre-Grau) scores lower therapeutic adherence were in the category of personal involvement, while higher transactional relationship. In applying the test of perception of family functioning (FF-SIL), the lowest scores were in the relational processes of diffusion and adaptability and higher cohesion and harmony. **Conclusions:** This research was identified that the overall therapeutic adherence level was related to the degree of functional family functioning in a sample of 120 patients with type 2 diabetes mellitus who attended the outpatient family medicine in a row in C.M.L.A.L.M. the period from 01 July to 30 September 2012.

Keywords: Therapeutic adherence, family functioning, diabetes mellitus type 2.

ÍNDICE

Cap.	Pág.
I. MARCO TEÓRICO	1
I.1.- Funcionalidad familiar	1
I.2.- Adherencia terapéutica	5
I.3.- Aspectos epidemiológicos y perspectiva	9
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
II.1 Argumentación	11
II.2 Pregunta de investigación	12
III. JUSTIFICACIONES	13
III.1 Académica	13
III.2 Científica	13
III.3 Social	13
III.4 Económica	14
IV. HIPÓTESIS	15
IV.1 Elementos de la hipótesis	15
IV.1.1 Unidades de observación	15
IV.2 Variables	15
IV.1.2.1 Dependiente	15
IV.1.2.1 Independiente	15
IV.3 Elementos lógicos de relación	15
V. OBJETIVOS	16
V.1.- General	16
V.2.- Específicos	16
VI. MÉTODO	17
VI.1 Tipo de estudio	17
VI.2 Diseño de estudio	17
VI.3 Operacionalización de variables	18
VI.4 Universo de trabajo	20
VI.4.1 Criterios de inclusión	20

VI.4.2 Criterios de exclusión	20
VI.4.3 Criterios de eliminación	20
VI.5 Instrumentos de investigación	20
VI.5.1 Descripción	20
VI.5.2 Validación	23
VI.5.3 Aplicación	23
VI.6 Desarrollo del proyecto	23
VI.7 Límite de espacio	24
VI.8 Límite de tiempo	24
VI.9 Diseño de análisis	24
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS	25
VIII. ORGANIZACIÓN	26
IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	27
X. CUADROS Y GRÁFICOS	29
XI. CONCLUSIONES	41
XII. RECOMENDACIONES	43
XIII. BIBLIOGRAFÍA	44
XIV. ANEXOS	47

I. MARCO TEÓRICO

I.1. Funcionalidad familiar

A pesar de las profundas transformaciones sociales que ha sufrido la humanidad, la familia sigue siendo la más antigua de las instituciones sociales. Constituye la forma más simple de organización en la que dos o más individuos se asocian para compartir metas comunes y funciones.

El psicólogo Abraham Maslow (EUA.1908-1970), uno de los fundadores y principales exponentes de la psicología humanística, desarrolló dentro de su Teoría de la Motivación (1943), una jerarquía de las necesidades que el comportamiento humano busca satisfacer, las cuales son:

- **Fisiológicas:** Aire, alimentos, sexualidad.
- **Seguridad:** orden, normas para guiar los propios actos y sentirse libre de temores y amenazas.
- **Sociales:** Amor, afecto, sentimientos de pertenencia y contacto humano.
- **Estima:** Respeto de uno mismo, logros, obtención del respeto de los demás.
- **Realización personal:** Satisfacción de la capacidad personal (necesidad de superación, realización del potencial propio). ⁽¹⁾

Es prioritaria la satisfacción inicial de las necesidades fisiológicas, al menos parcialmente, antes de buscar satisfacer las subsecuentes, ya que de ello depende en gran medida la salud biológica de un individuo. Deben ser cumplidas de manera conjunta y recíproca dentro del contexto del grupo familiar, y complementadas posteriormente con otras instituciones sociales. En gran medida la homeostasis familiar está en función del bienestar biológico, psicológico y social que guarden sus integrantes, lo cual favorece el mantenimiento de una unión estable durante cierto lapso de tiempo, con el fin de favorecer el desarrollo saludable de los hijos, así como el cumplimiento de las funciones más diversas.

Fundamentalmente son dos las funciones que asume la familia: asegurar la supervivencia de sus miembros y forjar sus cualidades humanas. En ningún caso debe contentarse con satisfacer sólo las necesidades biológicas, ya que esto no basta para el completo desarrollo del individuo, que tiene necesidad de aportaciones intelectuales y afectivas. De acuerdo con lo anterior, las funciones específicas de la familia son las siguientes:

1. **Socialización:** La tarea fundamental de la familia es transformar en un tiempo determinado a una persona totalmente dependiente de sus padres en individuos autónomos con independencia para desarrollarse en la sociedad.
2. **Cuidado:** Es la función clave en la vida familiar, es la que propiamente permite la preservación de nuestra especie, se identifican cuatro determinantes en ello como son alimentación, vestido, seguridad física y apoyo emocional.
3. **Afecto:** Esta actitud hacia nuestros semejantes, se ha identificado como un objeto de transición dentro de la familia, en relación con esta necesidad de recibir afecto y proporcionarlo, y determina en gran medida nuestras relaciones familiares.
4. **Reproducción:** Llanamente se ha definido a la familia como institución de proveer nuevos miembros a la sociedad, aun cuando debemos aclarar que esta función va más allá de este propósito ya que lleva el compromiso de efectuar esta tarea con responsabilidad, en el contexto de que se ha dado en llamarse actualmente salud reproductiva.
5. **Estatus o nivel socioeconómico:** Aceptado el concepto de familia como institución mediadora entre el individuo y la sociedad, entendemos claramente que al conferir a un miembro de la familia tal o cual nivel socioeconómico equivale a transferir derechos y obligaciones. Por otra parte la exigencia de crear nuevas familias correspondientes al mismo nivel socioeconómico es una medida de perpetuar los logros y privilegios familiares. ⁽²⁾

Estas funciones están estrechamente relacionadas, son interdependientes y se deben cumplir en la familia como conjunto y unidad; conforman la idea de que el grupo familiar es un sistema en el que ninguna de sus partes puede ser afectada sin que ocurran repercusiones en el resto del mismo. ⁽³⁾El conocimiento de estas funciones de la familia es de gran utilidad para determinar la integración familiar y facilitar el diagnóstico familiar.

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, en vez de referirse a ella como normal o patológica. ⁽⁴⁾ **La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema de enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.** ⁽⁵⁾La familia es funcional cuando cumple con sus funciones como un sistema. ⁽⁶⁾ Es capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital e que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente

externo. La familia es no funcional cuando no es capaz de manejar adecuadamente el estrés tanto a nivel individual como familiar y no utiliza los recursos con que cuenta para tratar de seguir cumpliendo con sus funciones fundamentales y con esto favorece un grado todavía mayor del mismo estrés. La funcionalidad familiar no es un elemento “estático” de las familias, sino por el contrario, tiene su gran dinamismo. Es un grave error calificar a una familia como funcional o disfuncional, como si se tratara de un diagnóstico definitivo, etiquetándola bajo la idea de que así ha permanecido o permanecerá por tiempo indefinido. En realidad, la familia se enfrenta en forma constante a múltiples factores que producen estrés, tanto a nivel individual como familiar y echa mano de los recursos con que cuenta para tratar de seguir cumpliendo con sus funciones fundamentales y disminuir el estrés a niveles más tolerables.⁽⁷⁾

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 en el adecuado control de enfermedades crónico-degenerativas. Existen evidencias documentadas de que, cuando una persona presenta algún tipo de enfermedad crónica como la diabetes mellitus la evolución y respuesta al tratamiento depende en buena medida del funcionamiento de la familia.⁽⁸⁾

Para determinar el grado de funcionalidad de una familia según Virginia Satir, reconocida psicoterapeuta familiar, se deben emplear los siguientes criterios:

Comunicación: En una familia funcional la comunicación entre sus miembros es clara, directa, específica y congruente, características opuestas en una disfuncional.

Individualidad: La autonomía de los miembros de la familia funcional es respetada y las diferencias individuales no sólo se toleran, sino que se estimulan para favorecer el crecimiento de los individuos y del grupo familiar.

Toma de decisiones: La búsqueda de la solución más apropiada para cada problema es más importante que la lucha por el poder. En la familia disfuncional importa más ver quién va a “salirse con la suya” y consecuentemente, los problemas tienden a perpetuarse porque nadie quiere perder.

Reacción ante eventos críticos: Una familia funcional es lo suficientemente flexible para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que se puede conservar la homeostasis sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas. En cambio, en una disfuncional, la rigidez y la resistencia al cambio favorecen la aparición de psicopatología rompiéndose con esto el equilibrio.⁽⁹⁾

La teoría estructural del funcionamiento familiar de acuerdo a Salvador Minuchin, considera a la familia como un sistema, el cual también tiene subsistemas que permiten la interacción de sus miembros para lograr un funcionamiento adecuado o inadecuado. Esta teoría menciona que la funcionalidad familiar se alcanza cuando los objetivos familiares o funciones básicas se cumplen adecuadamente y a plenitud y cuando se obtiene la finalidad del grupo familiar, al generar una homeostasis sin tensión, mediante una comunicación apropiada y basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares, para lo cual utiliza los siguientes elementos fundamentales para su desarrollo: **Cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad.**

Esta teoría es la más utilizada en la actualidad para la evaluación del sistema familiar y de la cual se apoyan varios de los instrumentos, como lo es el Test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL).⁽⁶⁾

Los instrumentos de evaluación de la familia nos permiten identificar en qué medida se cumplen sus funciones básicas, y cuál es el rol que puede estar jugando en el proceso salud enfermedad.

La evaluación de la funcionalidad familiar requiere el empleo de instrumentos que por sus características se puedan auto aplicar o ser observacionales. Los instrumentos de auto aplicación proporcionan una perspectiva interna de la funcionalidad a través de cuestionarios estandarizados. El propósito de estos instrumentos es la evaluación de la calidad de las relaciones dentro de la familia, así como las características de su ambiente que permitan identificar el tipo de funcionalidad existente. Los instrumentos observacionales proporcionan una visión externa de la funcionalidad familiar pero requieren de la participación de terapeutas para valorar los patrones de interacción familiar, a este tipo de instrumentos se les ha cuestionado su confiabilidad y validez.^(10,11)

En medicina familiar es muy importante evaluar y conocer la funcionalidad familiar en la medida que permite comprender como los daños a la salud, entendidos como factores de estrés individual y familiar son manejados por las familias. El afrontar estos factores de estrés depende entre otros elementos, de su grado de cohesión, adaptabilidad y de la calidad de la comunicación que haya entre los miembros de la familia. La evaluación de la funcionalidad familiar y del riesgo de disfunción, propicia la posible participación de los profesionales de la salud en el apoyo que requieran las familias con mayor riesgo de disfunción, permite establecer una serie de tareas de carácter clínico dirigidas a un manejo médico más integral de los daños a la salud, así como la previsión de intervenciones de otros miembros del equipo de salud. De esta manera, la evaluación de la funcionalidad familiar favorece el cumplimiento de las premisas en la práctica de la

medicina familiar: continuidad de la atención, evaluación integral del proceso salud-enfermedad en los individuos y sus familias así como anticipación a los daños a la salud mediante un enfoque de riesgo.

I.2 Adherencia terapéutica

La adherencia terapéutica ha sido objeto de debate y estudio en los últimos años dada su trascendencia en el tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas, de hecho, en la reunión sobre adherencia terapéutica la Organización Mundial de la Salud en junio de 200, se llegó a la conclusión de definir la **adherencia terapéutica** como **el grado en que el comportamiento de una persona, tomar el medicamento, el seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.**^(12,13)

Es decir, la adherencia terapéutica es entonces, la implicación activa y voluntaria del paciente en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento, aceptado de mutuo acuerdo con un profesional de la salud.

El término adherencia se ha empleado como sinónimo de cumplimiento aunque existen diferencias que merecen ser destacadas para comprender mejor el concepto. “Cumplimiento terapéutico” fue creado en la década de 1960 para designar el grado en que la conducta del paciente coincide con la prescripción del médico o del profesional de salud en cuanto a indicaciones del consumo del medicamento, seguimiento de regímenes de alimentación o mantenimientos de estilos de vida.⁽¹⁴⁾ Este concepto lleva implícito un sentido de pasividad del paciente, que lo limita a obedecer las indicaciones y es unilateral. Al aumentar la comprensión del fenómeno y aceptarse que el paciente es participativo y voluntario en las decisiones respecto a su salud, tratamiento y seguimiento de sus condiciones, se prefirió el término adherencia terapéutica para aplicarlo a los tratamientos en enfermedades crónicas, además este concepto abarca un sentido psicológico ya que la adherencia terapéutica es una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos conductuales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento de manera conjunta con el profesional de la salud, por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado terapéutico esperado.⁽¹⁵⁾

Sin embargo a la fecha ambos conceptos siguen en uso, algunos autores han sugerido que es preferible la redefinición de cumplimiento como concepto socialmente creado por pacientes y médicos en conjunto, apartándose del enfoque que lo contemplaba como una característica estrictamente individual del paciente.⁽¹⁶⁾

La adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas es muy importante ya que el mejor tratamiento pierde su eficacia si el paciente no lo lleva a cabo de forma adecuada. Concretamente en la diabetes mellitus, dicho cumplimiento resulta crucial y es una variable de medida de las intervenciones en educación terapéutica. El control de la diabetes requiere algo más que tomar medicamentos. Se ha demostrado que otros

aspectos del autocuidado, como el automonitoreo de la glucemia, las restricciones alimentarias, el cuidado de los pies y los exámenes oftálmicos regulares, reducen notablemente la incidencia y la progresión de las complicaciones diabéticas. La adhesión deficiente a las normas de cuidados reconocidas es la principal causa de la aparición de las complicaciones de la diabetes y los costos individuales, sociales y económicos que las acompañan.

El cumplimiento terapéutico varía en función del tipo de enfermedad. Es más elevado en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, la artritis reumatoide, las enfermedades gastrointestinales y el cáncer. Los cumplimientos más bajos se detectan en otras enfermedades, como la diabetes, enfermedades pulmonares y los trastornos del sueño.⁽¹⁷⁾

La adherencia al tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas en los países desarrollados promedia 50% en los países en desarrollo, las tasas son aun menores.⁽¹²⁾

En México la adherencia para los tratamientos en padecimientos agudos comunes en la práctica diaria se ha reportado menor a 50%, mientras que en hipertensión arterial y la diabetes, enfermedades crónicas más frecuentes en la consulta de atención primaria ha sido discretamente superior (52%).⁽¹⁸⁾ Si se comparan estas cifras con lo reportado en otros países se encuentran resultados similares, lo que demuestra que el problema no depende de una característica particular de la enfermedad o de una sociedad y que se trata de un fenómeno inherente a la práctica clínica en todo el mundo.

La adherencia terapéutica no es una responsabilidad exclusiva del paciente, como bien define la OMS, sino un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores o dimensiones los cuales se tratan brevemente a continuación.

Factores socioeconómicos: Si bien no se ha detectado sistemáticamente que el nivel socioeconómico sea un factor predictivo independiente de la adherencia, en los países en desarrollo el nivel socioeconómico bajo puede poner a los pacientes en la posición de tener que elegir entre prioridades en competencia. Tales prioridades incluyen con frecuencia las exigencias para dirigir los limitados recursos disponibles para satisfacer las necesidades de otros miembros de la familia, como los hijos los padres que los cuidan.

Algunos factores a los que se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia son: el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar.

Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria: Se ha realizado relativamente poca investigación sobre los efectos de los factores relacionados con el equipo el sistema de asistencia sanitaria. Una buena relación

proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica, pero hay muchos factores que ejercen un efecto negativo. Estos son: servicios de salud poco desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguro de salud, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla.

Factores relacionados con la enfermedad: Los factores relacionados con la enfermedad constituyen exigencias particulares relacionadas con la enfermedad que enfrenta el paciente. Algunos determinantes poderosos de la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Su repercusión depende de cuánto influyen la percepción de riesgo de los pacientes, la importancia del tratamiento de seguimiento y la prioridad asignada a la adherencia terapéutica. La comorbilidad, como la depresión (en la diabetes o la infección por el VIH/SIDA) y el abuso de drogas y alcohol, son modificadores importantes del comportamiento de adherencia.

Factores relacionados con el tratamiento: Son muchos los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia. Los más notables, son los relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.

Las características únicas de las enfermedades y los tratamientos no son más importantes que los factores comunes que afectan la adherencia terapéutica, sino que modifican su influencia. Las intervenciones de adherencia deben adaptarse a las necesidades del paciente para lograr una repercusión máxima.

Factores relacionados con el paciente: Los factores relacionados con el paciente representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente.

El conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza (autoeficacia) en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos de la enfermedad, y las expectativas con respecto al resultado del tratamiento y las consecuencias de la adherencia deficiente, interactúan de un modo todavía no plenamente comprendido para influir sobre el comportamiento de adherencia.

Algunos de los factores relacionados con el paciente que se ha comunicado influyen sobre la adherencia terapéutica son: el olvido; el estrés psicosocial; la angustia por los

posibles efectos adversos; la baja motivación; el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento; el no percibir la necesidad de tratamiento; la falta de efecto percibido del tratamiento; las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento; el entender mal y no aceptar la enfermedad; la incredulidad en el diagnóstico; la falta de percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad; el entender mal las instrucciones de tratamiento; la falta de aceptación del monitoreo; las bajas expectativas de tratamiento; la asistencia baja a las entrevistas de seguimiento; la desesperanza y los sentimientos negativos; la frustración con el personal asistencial; el temor de la dependencia; la ansiedad sobre la complejidad del régimen medicamentoso y el sentirse estigmatizado por la enfermedad.⁽¹²⁾

La falta de cumplimiento va asociado a una mayor morbimortalidad, con aumento de costos directos e indirectos debidos a las hospitalizaciones y bajas laborales por complicaciones agudas, así como en lo personal, la enfermedad produce complicaciones que traen consigo sufrimiento, limitaciones físicas progresivas e incontrolables. En lo familiar, provoca crisis y problemas entre sus integrantes asociados a una disminución de la calidad de vida.⁽¹⁸⁾ En el momento actual el tema del cumplimiento de los tratamientos médicos tiene gran trascendencia y ello es debido a que una serie de conductas de riesgo y problemas de salud requieren necesariamente que la persona ponga en práctica las recomendaciones terapéuticas que se le han indicado, lo cual no siempre se realiza correctamente.⁽¹¹⁾

Para que se produzca la adhesión al tratamiento es necesario:

- Aceptación convenida del tratamiento, entre el paciente y su médico: Relación de colaboración establecida entre médico y paciente, con vistas a elaborar la estrategia comportamental que garantiza el cumplimiento y la aceptación.
- Cumplimiento del tratamiento: Medida en que la persona ejecuta todas las prescripciones médicas indicadas.
- Participación activa en el cumplimiento: Grado de participación del paciente en la búsqueda de estrategias para garantizar el cumplimiento.
- Carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento: La medida en que la persona participa en la ejecución de las acciones realizando los esfuerzos necesarios para garantizar el cumplimiento de las prescripciones.⁽¹⁰⁾

Las barreras más comunes relacionadas con la falta de adherencia terapéutica en la diabetes son multidimensionales y comunes a la mayoría de tratamientos crónicos complejos entre los cuales se incluyen:

- Falta de acceso a los medicamentos y a la atención sanitaria.
- Complejidad en los tratamientos.
- Percepción de que no es necesario tomar la medicación cuando uno se encuentra bien.

- Empleo de sistemas invasivos y errores técnicos en la realización de la glucemia capilar y en la administración de la insulina.
- Conflictos familiares o personales.
- Falta de apoyo escolar, laboral o social.
- Falta de conocimientos o habilidades sobre el tratamiento.
- Falta de motivación.
- Falta de esquemas de tratamiento fáciles de entender.
- Tratamientos no individualizados a las necesidades de cada paciente.
- Dificultades cognitivas o de memoria.
- Miedo a las hipoglucemias (preferir mantener niveles elevados).
 - Comunicación deficiente con el equipo de salud.
 - Intervenciones no pactadas.
 - Falta de acceso a la atención cuando el paciente lo necesita.
 - Poca coordinación entre pruebas, visitas de seguimiento y coordinación entre niveles asistenciales.
 - Diferencias de criterios entre los distintos profesionales de la salud.^(20,21,22)

Los problemas de adherencia terapéutica se observan siempre que se requiere auto administrar el tratamiento, independientemente del tipo y la gravedad de la enfermedad y de la accesibilidad a los recursos de salud. Puede parecer un tema sencillo, pero son muchos los factores que contribuyen a causar los problemas de adherencia.

Aunque algunos de estos factores se relacionan con el paciente, también influyen notoriamente las características de la enfermedad y su tratamiento y los atributos del sistema de asistencia sanitaria y la prestación de servicios. Sin embargo son pocos los estudios sobre la relación entre adherencia terapéutica y funcionalidad familiar. Se ha dado poca importancia a los problemas de adherencia terapéutica y como resultado han recibido escasa intervención directa y sistemática.

1.3 Aspectos epidemiológicos y perspectiva

La diabetes mellitus tipo 2 y sus comorbilidades representan un problema de salud pública de creciente magnitud. A nivel mundial, actualmente afecta a 180 millones de personas, pero en las próximas dos décadas la padecerán 300 millones de individuos según reportes de la OMS.^(23,28)

En Latinoamérica se estima una prevalencia global de 5.7%, las proyecciones indican que en el año 2025 sea de 8.1%. El país latinoamericano con mayor incremento de la prevalencia es México ya que en menos de una década es decir de 1993 a 2000 la prevalencia se incrementó en 1.5%, actualmente con una prevalencia nacional del 7.7%, convirtiéndose así en la primera causa de muerte al contribuir con 12% del total de muertes.^(24,25)

En el Estado de México la proporción de la diabetes mellitus tipo 2, en los adultos de 20 años o más es de 7.4 % con mayor porcentaje entre los grupos de edad de 40 a 59

años y de 60 años o más; según resultados de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006.⁽²⁶⁾

En menos de cuatro décadas, la diabetes se ha convertido en el problema principal de salud en México. Es la principal causa de muerte en las mujeres y el segundo entre los hombres desde el año 2000. Es la causante principal de insuficiencia renal, ceguera y jubilación prematura.⁽²⁷⁾ El incremento continuo de su prevalencia, ha motivado su estudio con los enfoques de la historia natural de la enfermedad y del contexto familiar, todos ellos con influencia del contexto psicosocial, que pueden favorecer o perjudicar el proceso salud enfermedad de la diabetes mellitus tipo 2.

El impacto del crecimiento de la proporción de la diabetes es ya un hecho palpable en las instituciones de salud. En México, la demanda de atención ha aumentado aceleradamente de tal manera, que en varias unidades e instituciones sanitarias el tiempo de consulta por número de pacientes se ha reducido progresivamente, el número de pacientes por consultorio ha aumentado y los intervalos entre cada cita se han incrementado.

La Secretaría de Salud en México ha hecho grandes esfuerzos para optimizar los servicios, desarrollando unidades médicas especializadas con equipos multidisciplinarios aportando educación a los pacientes, ayuda a la solución de obstáculos que limitan la adherencia terapéutica que se espera tengan buen resultado y disminuyan los costos.

No obstante lo anterior debemos prepararnos para la carga que se avecina con el incremento de la prevalencia de estos problemas que pueden sobrepasar estas intenciones y los elementos para llevarlos a cabo no sólo desde el punto de vista económico, sino también desde el punto de vista de espacios y servicios disponibles.⁽²⁸⁾

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II. 1 Argumentación

La familia es el grupo primario de pertenencia de los individuos, la célula social básica. Es considerada un recurso para el mantenimiento de la salud y la atención preventiva, ya que influye en el individuo a través de los distintos procesos interrelacionales.

A lo largo del ciclo vital familiar surgen distintos acontecimientos estresantes que actúan afectando la homeostasis familiar y que exigen mecanismos de adaptación para su recuperación, uno de los acontecimientos estresantes que generan crisis en la familia es la aparición de una enfermedad crónica en uno de los miembros del sistema.

La diabetes mellitus tipo 2 afecta al paciente y también a su sistema familiar, esto es porque la enfermedad repercute sobre sus distintas dimensiones: biológica, psicológica y socioeconómica.

En el aspecto biológico, incluyen a largo plazo la retinopatía con potencial pérdida de la visión, nefropatía que conduce a insuficiencia renal, neuropatía periférica con riesgo de úlceras en los pies, precursora de gangrena y amputaciones, la neuropatía autonómica que causa síntomas gastrointestinales, genitourinarios, cardiovasculares; así como mayor incidencia de aterosclerosis cardiovascular, hipertensión arterial y enfermedad cerebrovascular.

En la esfera psicológica, provoca alteraciones en el estado de ánimo del paciente generando crisis familiares que afectan el funcionamiento familiar.

En lo socioeconómico, significa un enorme costo para el paciente y las instituciones de salud la necesidad de ocupar y proporcionar servicios, tratamientos prolongados, así como medicamentos, cuando se presentan recaídas, readmisiones y complicaciones que podrían evitarse.

Debido al alto porcentaje de pacientes diabéticos que no logran alcanzar niveles de adherencia terapéutica adecuados y que por tanto tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones a futuro, se estima necesario visualizar al individuo desde un enfoque

integral, que involucre a su entorno más próximo, como es la familia, para identificar aspectos del funcionamiento familiar y como pueden estar incidiendo en su adherencia terapéutica.

De ahí la importancia del presente estudio para el cual se plantea la siguiente pregunta de investigación:

II.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre adherencia terapéutica y funcionalidad familiar de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten a la consulta externa de medicina familiar en el Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos”?

III. JUSTIFICACIONES

III.1 Académica

El presente trabajo de investigación, surge como requisito académico para la evaluación profesional de postgrado y la obtención del diploma de especialista, así mismo pretende ser un trabajo académico que cumpla con un rigor teórico-metodológico vinculado con el plan de estudios de la especialidad en medicina familiar, aplicando los conocimientos adquiridos durante el curso de la especialización, con un criterio profesional que permita la reflexión, sobre la importancia de la relación estrecha entre adherencia terapéutica y la funcionalidad familiar en los pacientes diabéticos.

III.2 Científica

La familia es un recurso valioso y una fuente de apoyo para el adecuado apego al tratamiento en los pacientes. La funcionalidad familiar en los problemas de salud, especialmente las enfermedades crónico degenerativos como la diabetes mellitus, ha demostrado mejorar los resultados en cuanto a la adherencia terapéutica; en contraposición la falta de este recurso, se asocia a peores indicadores de salud como así lo demuestra el aumento de la morbimortalidad debido a una falta de adherencia terapéutica en personas sin familia o con disfuncionalidad familiar. El tratamiento intensivo y adecuado de la diabetes mellitus se relaciona con el retardo en la aparición y progresión de las complicaciones crónicas de la enfermedad, un control estricto de su tratamiento está estrechamente ligado con una adecuada adherencia terapéutica.

III.3 Social

Los programas de atención y educación sobre la diabetes mellitus tipo 2, se han desarrollado en los tres niveles de atención dirigidos específicamente al paciente, sin incorporar al grupo familiar., pese a la gran importancia que tiene ésta como fuente de apoyo para el adecuado apego al tratamiento. Existe escasa literatura que fundamente científicamente el comportamiento de la adherencia terapéutica y su relación con la funcionalidad familiar, situación que se corrobora también en los resultados de las exploraciones realizadas sobre el tema, lo que avala la necesidad de proyectar el

presente trabajo de investigación en dicha dirección, permitiendo así; generar conocimientos sobre los ya existentes, que ayuden a establecer en la práctica médica de la consulta externa de medicina familiar estrategias de intervención y prevención adecuadas para lograr una buena adherencia terapéutica tomando en cuenta la funcionalidad familiar.

III. 4 Económica

Desde el punto de vista económico, las intervenciones destinadas a mejorar la adherencia terapéutica, tomando en consideración la funcionalidad familiar, permitirían un mayor rendimiento de los recursos destinados a la prevención primaria de factores de riesgo y a la prevención secundaria de los resultados de salud adversos, lo cual se traduce en un ahorro de costos y aumentos significativos de la efectividad de las intervenciones de salud como médicos familiares.

IV. HIPÓTESIS

La adherencia terapéutica total en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, que asisten a la consulta externa de medicina familiar en el Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos”, se relaciona con que es más del 50% cuando la funcionalidad familiar es funcional comparado con la disfuncional.

IV.1 Elementos de la hipótesis.

Adherencia terapéutica total y funcionalidad familiar funcional.

IV.1.1 Unidades de Observación.

Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten a la consulta externa de medicina familiar.

IV.1.2 Variables.

IV.1.2.1 Dependiente.

Adherencia terapéutica total.

IV.1.2.2 Independientes.

Funcionalidad familiar funcional.

IV.1.3 Elementos lógicos de relación.

La, en, los, con, que, a, la, de, en, el, se, con, que, es, más, del, la, es, con, la.

V. OBJETIVOS

IV.1.- Objetivo general:

Identificar la adherencia terapéutica y su relación con la funcionalidad familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que asisten a la consulta externa de medicina familiar en el Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos”.

IV.2.- Objetivos específicos:

Identificar el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que asisten a la consulta externa de medicina familiar en el Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos”.

Identificar el grado de funcionalidad familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que asisten a la consulta externa de medicina familiar en el Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos”.

Identificar características sociodemográficas (género, edad, ocupación, estado civil, escolaridad) en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que asisten a la consulta externa de medicina familiar en el Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos”.

Determinar el tiempo de diagnóstico de la enfermedad en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que asisten a la consulta externa de medicina familiar en el Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos”.

Describir el tipo de tratamiento farmacológico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que asisten a la consulta externa de medicina familiar en el Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos”.

Distinguir las categorías en la adherencia terapéutica de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que asisten a la consulta externa de medicina familiar en el Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos”, de acuerdo al Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau).

Distinguir los procesos relacionales en la funcionalidad familiar de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que asisten a la consulta externa de medicina familiar en el Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos”, de acuerdo al Test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL).

VI. MÉTODO

VI.1. Tipo de estudio

Es un estudio observacional, transversal, descriptivo.

VI.2. Diseño de estudio

Estudio realizado a través de la aplicación de encuestas en pacientes diabéticos tipo 2 que asistieron de forma periódica a la consulta externa de medicina familiar en el Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos”.

VI.3 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES	ÍTEM
ADHERENCIA TERAPÉUTICA	Grado en que el comportamiento de una persona, tomar el medicamento, el seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.	Implicación activa y voluntaria del paciente en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento, aceptado de mutuo acuerdo con su médico.	Cualitativa Nominal	<p>Adherencia total: 38 a 48 puntos</p> <p>Adherencia parcial: 18 a 37 puntos</p> <p>No adherencia: 0 a 17 puntos</p>	<p>Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) (anexo 2) 12 ÍTEMS 3 categorías:</p> <p>1. Cumplimiento del tratamiento: Ítems 1, 2, 3 y 4</p> <p>2. Implicación personal: Ítems 5,6,8,9 y 10</p> <p>3. Relación transaccional: Ítems 7,11 y 12.</p>
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Es la capacidad del sistema familiar de enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.	Dinámica interactiva y sistémica que se da entre miembros de una familia y se evalúa a través de las categorías: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, roles y permeabilidad.	Cualitativa Nominal.	<p>Familia funcional: 57 a 70 puntos</p> <p>Familia moderadamente funcional: 43 a 56 puntos</p> <p>Familia disfuncional: 28 a 42 puntos</p> <p>Familia severamente disfuncional: 14 a 27 puntos</p>	<p>Test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL) (anexo 3)</p> <p>14 ÍTEMS 7 procesos relacionales:</p> <p>1. Cohesión: Ítems 1 y 8</p> <p>2. Armonía: Ítems 2 y 13.</p> <p>3. Comunicación: Ítems 5 y 11.</p> <p>4. Adaptabilidad: Ítems 6 y 10.</p> <p>5. Afectividad: Ítems 4 y 14.</p> <p>6. Roles: Ítems 3 y 9.</p> <p>7. Permeabilidad: Ítems 7 y 12</p>

GÉNERO	Está directamente relacionado con la biología y la identidad sexual de los seres vivos.	Características físicas	Cualitativa Nominal	Masculino Femenino	Cuestionario MBG (Anexo 2)
EDAD	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Es el término que se utiliza para hacer mención para el tiempo que ha vivido una persona.	Cuantitativa Continua	Años de edad reportados	Cuestionario MBG (Anexo 2)
OCUPACIÓN	Acción o función que desempeña para ganar el sustento.	El reporte del paciente de su ocupación.	Cualitativo Nominal.	Hogar Empleado Profesionista Pensionado Desempleado Otros	Cuestionario MBG (Anexo 2)
ESTADO CIVIL	Son los vínculos personales con individuos de otro sexo o del mismo sexo.	Situación de una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente.	Cualitativa Nominal	Soltero (a) Casado (a) Unión libre Viudo(a) Divorciado (a)	Cuestionario MBG (Anexo 2)
ESCOLARIDAD	Es el número de años que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Grado máximo de estudios que ha obtenido una persona.	Cualitativa Ordinal	Analfabeta Primaria Secundaria Bachillerato Carrera técnica Licenciatura	Cuestionario MBG (Anexo 2)
TIEMPO DE DIAGNÓSTICO	Período cronológico medido en años desde el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 hasta el momento de la entrevista.	Período de tiempo reportado por el paciente entre el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y el momento de la encuesta.	Cuantitativa Discreta	Número de años con el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.	Cuestionario MBG (Anexo 2)

TIPO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO UTILIZADO PARA LA DIABETES MELLITUS	Medicación para la diabetes mellitus tipo 2 utilizada en el paciente.	Uso de hipoglucemiantes orales, insulina o ambos	Cualitativa Nominal	Hipoglucemiantes orales. Insulina. Hipoglucemiantes orales e insulina.	Cuestionario MBG (Anexo 2)
--	---	--	---------------------	--	----------------------------

VI.4. Universo de trabajo

Se realizó el estudio con información recolectada en 120 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, de 30 a 70 años de edad que acudieron de forma subsecuente a la consulta externa de Medicina familiar en el Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos”.

VI.4.1 Criterios de inclusión:

Paciente con diabetes mellitus tipo 2, de 30 a 70 años de edad.

Ambos sexos.

Que acudan a su control médico de consulta externa de medicina familiar en el C.M.L.A.L.M. de forma periódica.

Que acepten participar en el estudio.

VI.4.2 Criterios de exclusión:

Pacientes con complicaciones crónicas (insuficiencia renal crónica en fase terminal y/o retinopatía diabética avanzada).

VI.4.3 Criterios de eliminación:

Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) incompleto (menos del 85% de respuestas).

Test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL) incompleta (menos del 85% de respuestas).

VI. 5 Instrumentos de investigación

VI.5.1 Descripción

Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau):

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. ⁽²⁹⁾

Puntaje	Nivel de adherencia
38 a 48	Adherencia total
18 a 37	Adherencia parcial
0 y 17	No adherencia

Test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL):

Instrumento de aplicación a familias disfuncionales detectadas o no en la atención médica, desarrollado en 1999 por Ortega, de la Cuesta y Dias.^(30,33) Es un test de funcionamiento familiar que mide el grado de funcionalidad familiar

basado en siete variables o procesos relacionales: cohesión, armonía, roles, afectividad, comunicación, adaptabilidad y permeabilidad. Cada proceso relacional se define como sigue:

Cohesión: Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.

Armonía: Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

Comunicación: Los miembros de la familia son capaces de transmitir experiencias de forma clara y directa.

Permeabilidad: Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

Afectividad: Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

Roles: Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

Adaptabilidad: Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.⁽³¹⁾

El cuestionario comprende 14 preguntas (dos por proceso relacional) que el paciente debe responder en términos de frecuencia (de 1 a 5). Se le da al paciente la opción de respuesta en una escala de Lickert compuesta por cinco posibilidades que van desde casi nunca, hasta casi siempre marcando con una x la afirmación a como describe a su familia en ese momento. Para ello destina los ítems 1 y 8 para cohesión, 2 y 13 para armonía, 3 y 9 para rol, 4 y 14 para afectividad, 5 y 11 para comunicación, 6 y 10 para adaptabilidad, 7 y 12 para permeabilidad. Para calcular la puntuación obtenida por cada sujeto se asigna el valor 1 a la columna casi nunca, 2 a pocas veces, 3 para a veces, 4 a muchas veces y 5 a casi siempre, cuando se suman las puntuaciones se obtienen dos puntuaciones globales (mínimo 14, máximo 70). 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 familia funcional a los que obtienen 57 a 70 puntos, modernamente funcional de 43 a 56 puntos, disfuncional entre 28 a 42 puntos, severamente disfuncional de 14 a 27 puntos, de modo que se puedan cuantificar con rapidez las respuestas del paciente y determinar cuatro grados de funcionalidad familiar.^(32,33,34)

Puntaje	Grado de funcionalidad familiar
14 a 27	Familia severamente disfuncional
28 a 42	Familia disfuncional
43 a 56	Familia moderadamente funcional
57 a 70	Familia funcional

VI.5.2 Validación de los instrumentos de investigación:

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.⁽²⁸⁾

Test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL): Desarrollado en 1999, por Ortega, de la Cuesta y Dias, fue validado en el año 2000, en la Habana Cuba por la Maestra en psicología, Isabel Louro Bernal.^(30, 33)

VI.5.3. Aplicación de los instrumentos de investigación:

Se aplicaron mediante entrevista directa al paciente con diabetes mellitus tipo 2 en la consulta externa de medicina familiar en el período 1 de junio al 30 de septiembre de 2012.

VI.6 Desarrollo del Proyecto

Previa autorización de las autoridades del Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos”, y con protocolo autorizado por el Comité local de investigación, en este estudio se incluyó a pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acudieron a la consulta externa de medicina familiar turno matutino de forma periódica en el Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos”, Toluca Estado de México, en el período del 1 de junio al 30 de septiembre del 2012, con edades entre 30 a 70 años, ambos sexos y que aceptaron participar en el estudio, de igual forma se excluyeron del estudio a los pacientes con complicaciones crónicas (insuficiencia renal crónica en fase terminal y/o retinopatía diabética avanzada).

Se les invitó a participar en el estudio; los pacientes que participaron firmaron una carta de consentimiento informado. Se preguntó: edad, género, ocupación, escolaridad, estado civil, años de diagnosticada la diabetes y tipo de tratamiento farmacológico utilizado para su control metabólico. Se les solicitó contestar dos cuestionarios, el Cuestionario MBG (Martin-Bayarre-Grau) y el Test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL) para identificar su nivel adherencia terapéutica y grado funcionalidad

familiar respectivamente. Los cuestionarios debían estar completamente contestados de lo contrario se eliminarían a estos pacientes del estudio, así mismo, se les ayudó a resolver y corregir sus dudas en caso de ser necesario para evitar así que el estudio tuviera datos de sesgo. Una vez recabada la información, se procedió a realizar el concentrado en la base de datos para su análisis estadístico y poder así obtener resultados finales.

VI.7 Límite de espacio

Estudio realizado en el Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos”, Toluca Estado de México en la consulta externa de medicina familiar turno matutino.

VI.8 Límite de tiempo

Estudio realizado en el período del 1º de junio al 30 septiembre del 2012.

VI.9 Diseño de análisis

La captura y procesamiento de la información de la base de datos se realizó con el paquete estadístico SPSS 19 para Windows que es un sistema global para el análisis de información. Donde se incluyeron datos pertenecientes del Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) y el Test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL), que cada uno de los pacientes diabéticos entrevistados respondió. Para variables continuas se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión. Para las variables categóricas se utilizaron distribución por frecuencias y porcentajes. Para el análisis de las variables cualitativas, se manejaron frecuencias y proporciones, utilizando un análisis no paramétrico con la prueba de chi cuadrada, con intervalos de confianza del 95%, para determinar su asociación y significancia estadística, y se consideró como tal, cuando ($p > 0.05$).

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS

El presente trabajo de investigación, fue avalado y autorizado por los Subcomités de Enseñanza e Investigación y Bioética del Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos”, se apega a la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial que establece los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la salud, Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17: esta investigación se considera sin riesgo; y, de acuerdo al Artículo 23 en caso de investigaciones sin riesgo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado. De cualquier modo se solicitó autorización del paciente para participar en el presente estudio mediante firma de consentimiento informado.

VIII. ORGANIZACIÓN

Tesista:

M.C. OSCAR GONZÁLEZ LUCARIO

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

CENTRO MÉDICO “LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS”

Av. Nicolás San Juan S/N. Col. La Magdalena; Toluca, México.

Correo electrónico: buhoos@hotmail.com

Directora de tesis:

M. E. en M.F. MÓNICA LÓPEZ GARCÍA

PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

CENTRO MÉDICO “LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS”

Av. Nicolás San Juan S/N. Col. La Magdalena; Toluca, México.

Correo electrónico: logm_70@yahoo.com

IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Durante el período de estudio del 01 de junio al 30 de septiembre de 2012 en la consulta externa de medicina familiar, se identificó que de los 120 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, 78 de ellos (65.0%) tuvieron un nivel de adherencia terapéutica total, 42 (35%) adherencia terapéutica parcial, 60 (50%) con un grado de funcionalidad familiar funcional, 50 (41.7%) moderadamente funcional y 10 (8.3%) disfuncional. Al aplicar el análisis estadístico con el programa SPSS, en la prueba de chi cuadrada (X^2) se obtuvo un valor de 13.9, con un nivel de confianza del 95% y un valor alfa (α) de 5.99, demostrando que hay relación entre adherencia terapéutica y funcionalidad familiar. **(Tabla 1).**

Los pacientes que mostraron niveles de adherencia terapéutica total fueron 78 (65.0%), adherencia parcial 42(35.0%), y ninguno resultó no adherido, de acuerdo al Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) aplicado a los sujetos. **(Tabla 2, Gráfica 1).**

Los pacientes con funcionalidad familiar fueron 60 (50.0%), moderadamente funcional 50(41.7%), disfuncional 10(8.3%) y ninguno resultó con familia severamente disfuncional de acuerdo al Test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL) aplicado a los pacientes. **(Tabla 3, Gráfica 2).**

Las principales características sociodemográficas identificadas fueron:

La relación de distribución por género fue 49 (40.8%) hombres y 71 (59.2%) mujeres. **(Tabla 4, Gráfica 3).**

Se encontraron pacientes de edades entre los 32 y 70 años, predominando en un 30.0% es decir el grupo de edad entre los 56 a 60 años para hombres y mujeres, con una media de 56 años. **(Tabla 5, Gráfica 4).**

En la Ocupación la mayoría de los pacientes dijeron dedicarse al hogar 59 (49.2%), 52 (43.3%) empleados, desempleados 5 (4.2%), pensionados 3 (2.5%) y profesionistas solo 1 (0.8%). **(Tabla 6, Gráfica 5).**

En relación al estado civil, los pacientes casados fueron los que mayormente predominaron 95 (79.1%) y en segundo lugar quienes dijeron vivir en unión libre 12 (10.0%), divorciados 6 (5.0%), solteros 5 (4.2%), viudos 2 (1.7%). **(Tabla 7, Gráfica 6).**

En la escolaridad se encontró que 84 (70.0%) estudiaron hasta la primaria, 27 (22.5%) secundaria, 6 (5.0%) preparatoria, 2 (1.7%) carrera técnica y solo 1(0.8%) licenciatura. **(Tabla 8, Gráfica 7).**

El tiempo de haber sido diagnosticados como diabéticos con mayor frecuencia fue entre 6 y 10 años con una frecuencia de 45 (37.5%) para ambos géneros. **(Tabla 9, Gráfica 8).**

Con respecto al tipo de tratamiento farmacológico, para el control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2, predominó el tratamiento con hipoglucemiantes orales en un 70.0%, seguido del tratamiento mixto con hipoglucemiantes orales e insulina en 17.0 % y solo el 13.0 % emplea únicamente la insulina. **(Tabla 10, Gráfica 9).**

De la aplicación del Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) los puntajes más bajos de adherencia terapéutica se dieron en los ítems 5, 6, 8, 9 y 10 que corresponden a la categoría de implicación personal con una proporción de 73.0 %. Mientras que los puntajes más altos se obtuvieron en los ítems 7,11 y 12 correspondientes a la categoría de relación transaccional con una proporción de 87.9%. **(Tabla 11, Gráfica 10).**

De la aplicación del Test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL), los puntajes más bajos se dieron en los vectores o procesos relacionales de permeabilidad y adaptabilidad con un porcentaje de 69.4% y 70.8% respectivamente. Los puntajes más altos se dieron en cohesión y armonía en un 83.8% y 85.6% respectivamente. **(Tabla 12, Gráfica 11).**

X. CUADROS Y GRÁFICOS

TABLA 1. RELACIÓN ENTRE ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

NIVELES DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA GRADOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR	TOTAL		PARCIAL		NO ADHERENCIA		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
	FUNCIONAL	48	40.0	12	10.0	0	0	60
MODERADAMENTE FUNCIONAL	27	22.5	23	19.2	0	0	50	41.7
DISFUNCIONAL	3	2.5	7	5.8	0	0	10	8.3
SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	78	65.0	42	35.0	0	0	120	100.0

Chi cuadrada (X^2) = 13.9

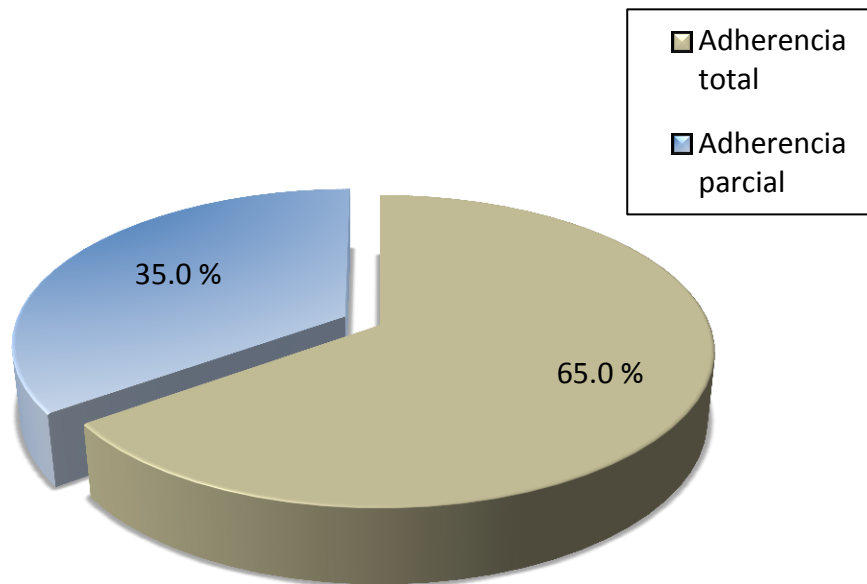
Fuente: Hoja de concentrado de datos y tabla de contingencia del análisis SPSS.

TABLA 2. NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE ACUERDO AL CUESTIONARIO MBG (MARTÍN-BAYARRE-GRAU) APLICADO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

VARIABLE	f	%
Adherencia terapéutica		
Total	78	65.0
Parcial	42	35.0
No adherencia	0	0
Total	120	100.0

Fuente: Hoja de concentrado de datos

GRÁFICA 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIVELES DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.



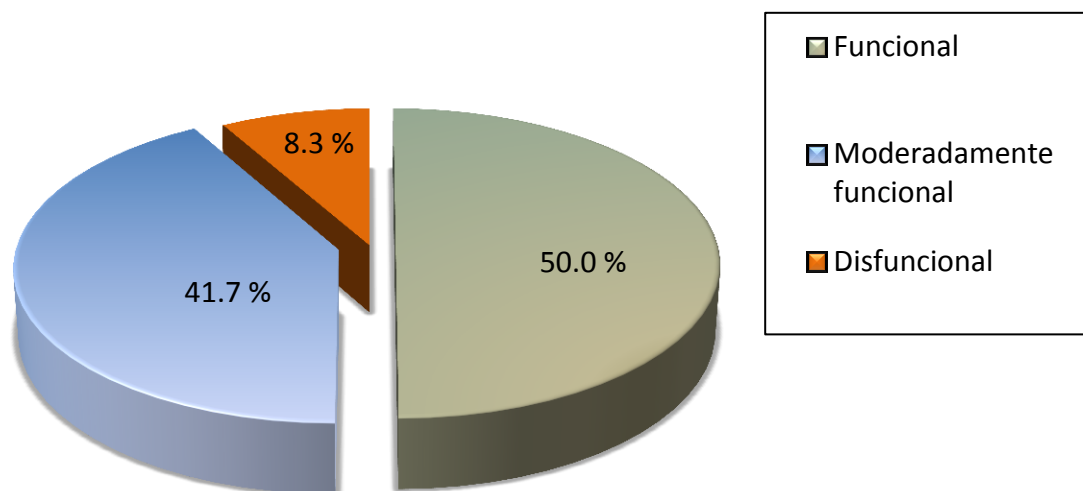
Fuente: Tabla 2

TABLA 3. GRADOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE ACUERDO AL TEST DE PERCEPCION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL) APLICADO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

VARIABLE	f	%
Funcionalidad familiar		
Funcional	60	50.0
Moderadamente funcional	50	41.7
Disfuncional	10	8.3
Severamente disfuncional	0	0
Total	120	100.0

Fuente: Hoja de concentrado de datos

GRÁFICA 2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EL GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABTES MELLITUS TIPO 2.



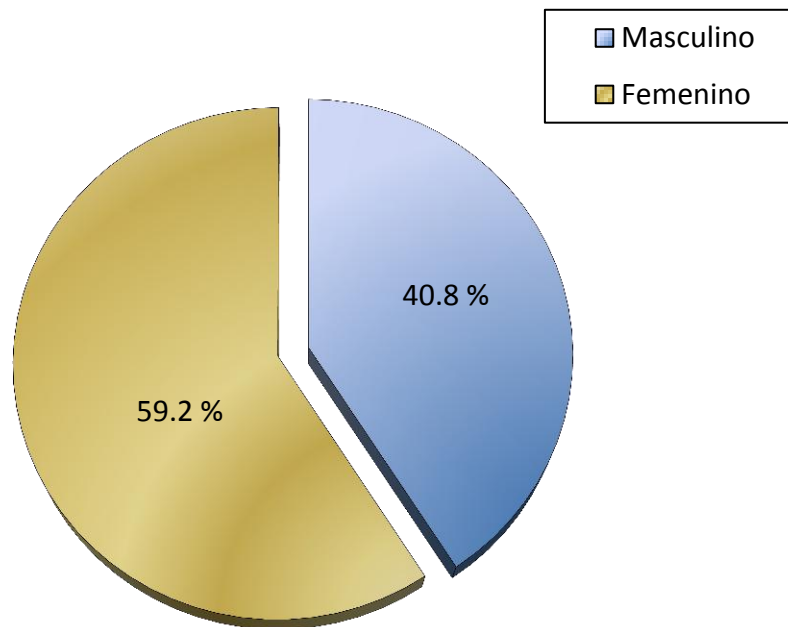
Fuente: Tabla 3

TABLA 4. GÉNERO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2.

VARIABLE	f	%
Género		
Masculino	49	40.8
Femenino	71	59.2
Total	120	100.0

Fuente: Hoja de concentrado de datos

GRÁFICA 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR GÉNERO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.



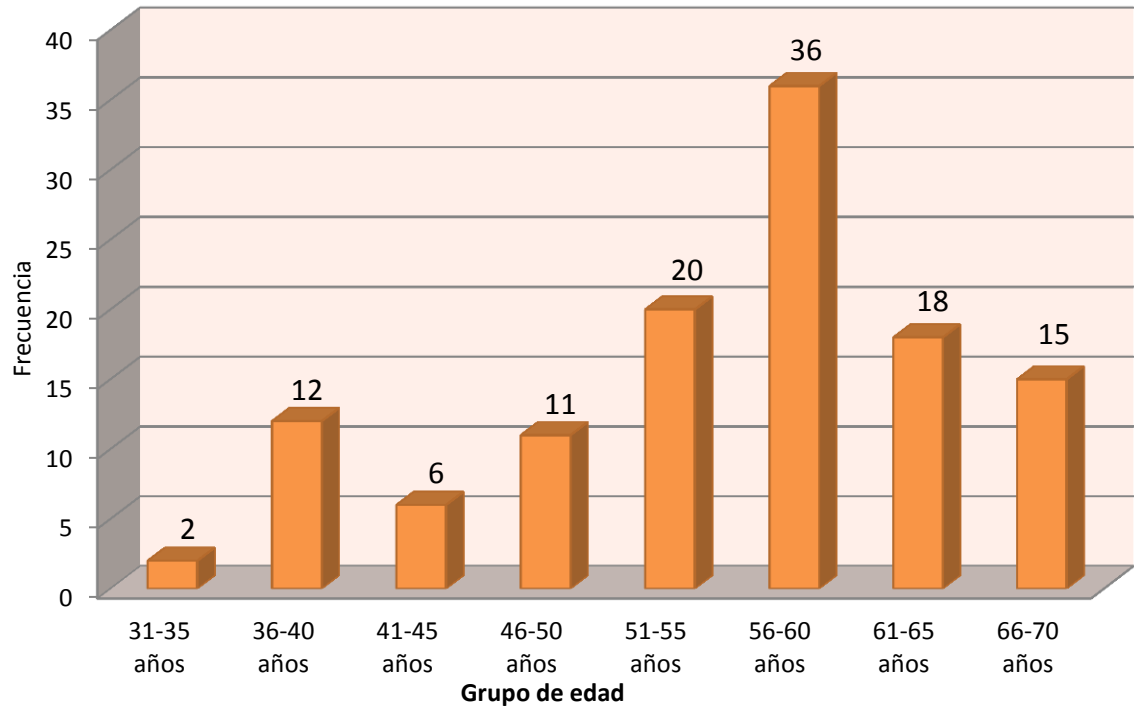
Fuente: Tabla 4

TABLA 5. FRECUENCIA POR GRUPO DE EDAD DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

VARIABLE	f	%
Edad		
31-35 años	2	1.7
36-40 años	12	10.0
41-45 años	6	5.0
46-50 años	11	9.2
51-55 años	20	16.6
56-60 años	36	30.0
61-65 años	18	15.0
66-70 años	15	12.5
Total	120	100.0

Fuente: Hoja de concentrado de datos

GRÁFICA 4. DISTRIBUCION POR FRECUENCIA DE GRUPO DE EDAD EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.



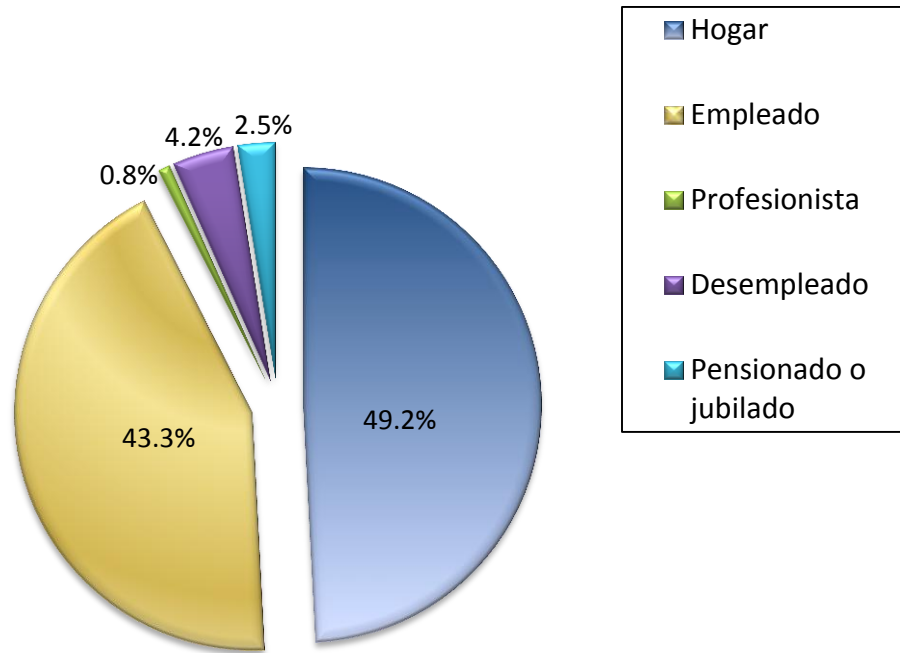
Fuente: Tabla 5

TABLA 6. OCUPACIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

VARIABLE	f	%
Ocupación de los pacientes		
Hogar	59	49.2
Empleado	52	43.3
Profesionista	1	0.8
Desempleado	5	4.2
Pensionado o Jubilado	3	2.5
Total	120	100.0

Fuente: Hoja de concentrado de datos

GRÁFICA 5. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR OCUPACIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.



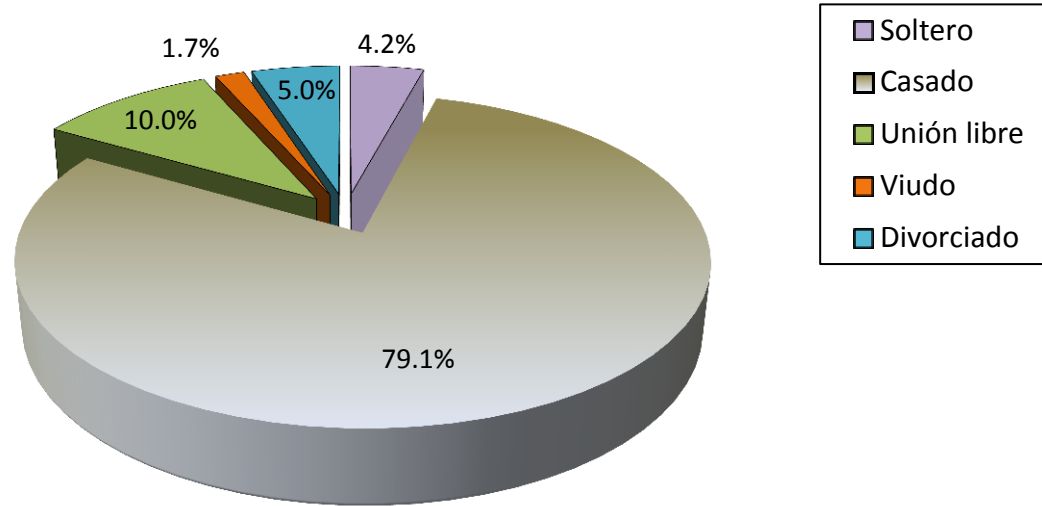
Fuente: Tabla 6

TABLA 7. ESTADO CIVIL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

VARIABLE	f	%
Estado civil		
Soltero(a)	5	4.2
Casado(a)	95	79.1
Unión libre	12	10.0
Viudo(a)	2	1.7
Divorciado(a)	6	5.0
Total	120	100.0

Fuente: Hoja de concentrado de datos

GRÁFICA 6. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.



Fuente: Tabla 7

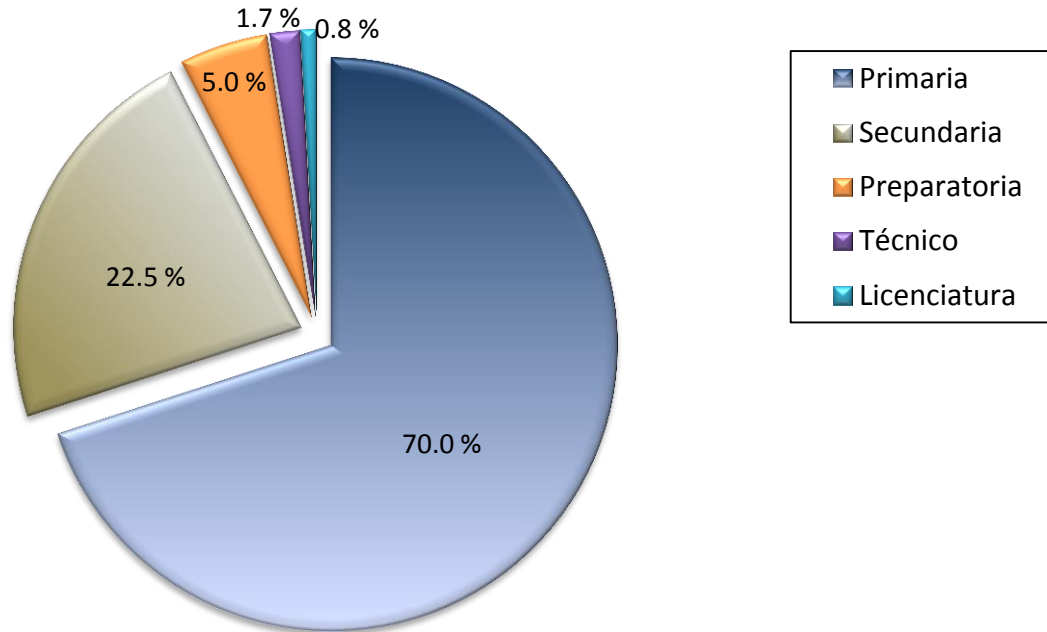
TABLA 8. ESCOLARIDAD EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

VARIABLE	f	%
Escolaridad de los pacientes		
Primaria	84	70.0
Secundaria	27	22.5
Preparatoria	6	5.0
Técnico	2	1.7
Licenciatura	1	0.8

Total	120	100.0
--------------	------------	--------------

Fuente: Hoja de concentrado de datos

GRÁFICA 7. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA ESCOLARIDAD EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.



Fuente: Tabla 8

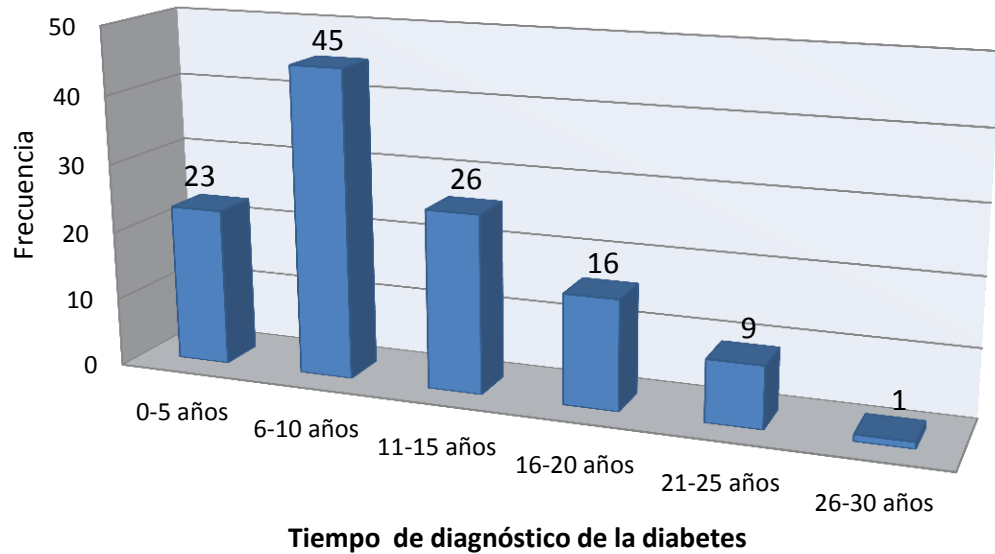
TABLA 9. TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2.

VARIABLE	f	%
Años de diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2		
1-5 años	23	19.2
6-10 años	45	37.5
11-15 años	26	22.0
16-20 años	16	13.0
21-25 años	9	7.5
26-30 años	1	0.8

Total	120	100.0

Fuente: Hoja de concentrado de datos

GRÁFICA 8. DISTRIBUCIÓN POR TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.



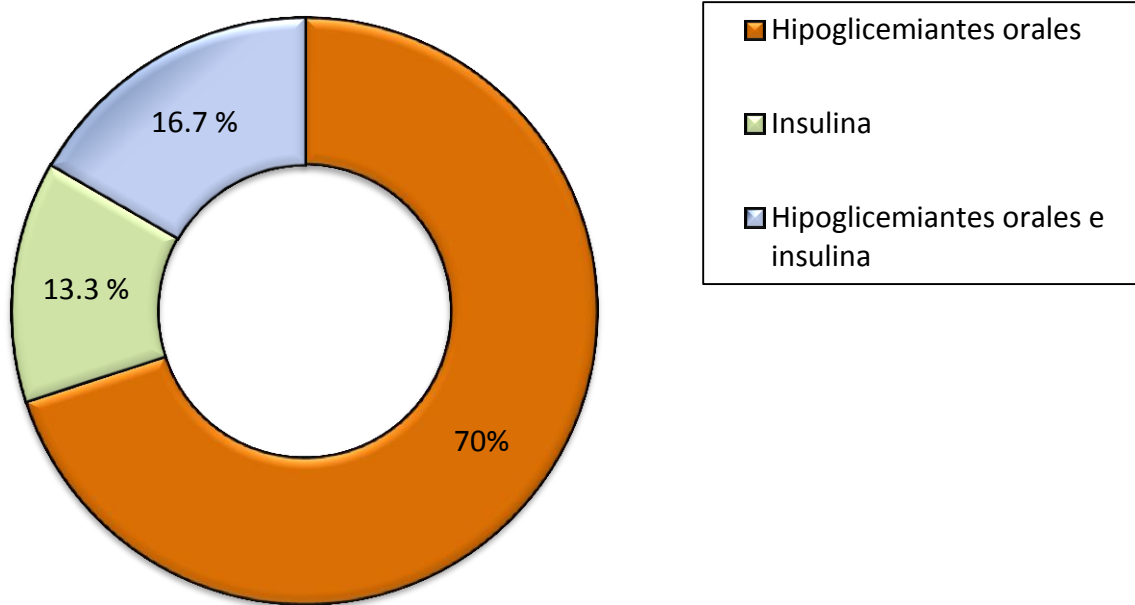
Fuente: Tabla 9

TABLA 10. TIPO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

VARIABLE	f	%
Tipo de tratamiento farmacológico		
Hipoglucemiantes orales	84	70.0
Insulina	16	13.3
Hipoglucemiantes orales e insulina	20	16.7
Total	120	100.0

Fuente: Hoja de concentrado de datos

GRÁFICA 9. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.



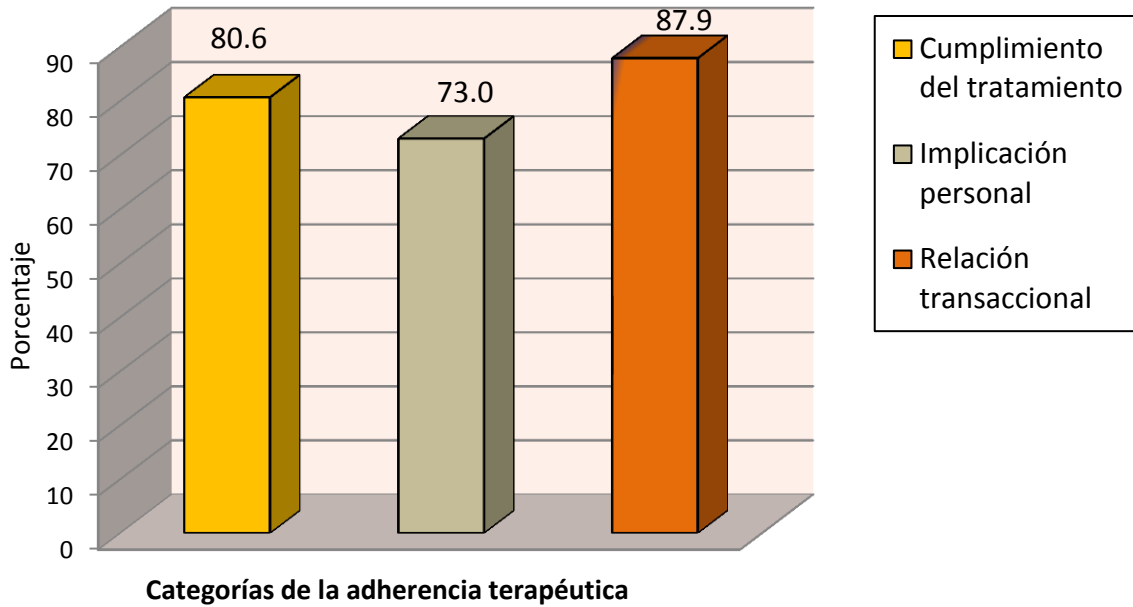
Fuente: Tabla 10

TABLA 11. CATEGORÍAS EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE ACUERDO AL CUESTIONARIO MBG (MARTÍN BAYARRE-GRAU).

Cuestionario MBG	Categorías											
	Cumplimiento del tratamiento				Implicación personal						Relación transaccional	
Ítem	1	2	3	4	5	6	8	9	10	7	11	12
Puntaje por ítem	415	436	275	423	285	366	423	350	329	432	413	421
Puntaje por categoría	1549				1753						1266	
Porcentaje	80.6%				73.0%						87.9%	

Fuente: Hoja de concentrado de datos

GRAFICA 10. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CATEGORÍAS DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.



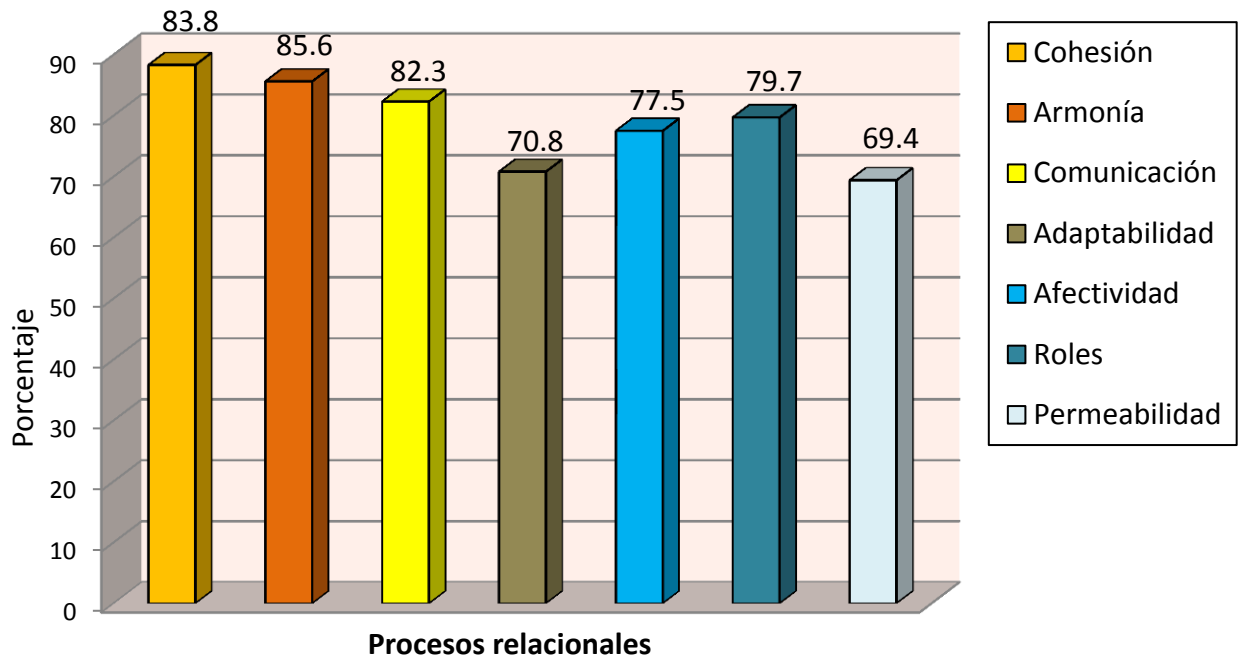
Fuente: Tabla 11

TABLA 12. PROCESOS RELACIONALES DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, DE ACUERDO AL TEST DE PERCEPCION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL).

Test FF-SIL	Procesos relacionales													
	Cohesión		Armonía		Comunicación		Adaptabilidad		Afectividad		Roles		Permeabilidad	
Ítem	1	8	2	13	5	11	6	10	4	14	3	9	7	12
Puntaje por ítem	476	530	499	529	489	499	464	386	456	474	500	457	434	399
Puntaje por proceso relacional	1006		1028		988		850		930		957		833	
Porcentaje	83.8%		85.6%		82.3%		70.8%		77.5%		79.7%		69.4%	

Fuente: Hoja de concentrado de datos

GRAFICA 11. DISTRIBUCIÓN POR PROCESOS RELACIONALES EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.



Fuente: Tabla 12

XI. CONCLUSIONES

En esta investigación el nivel adherencia terapéutica identificado tuvo relación con el grado de funcionalidad familiar, en una muestra de 120 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que asistieron a la consulta externa de medicina familiar de manera consecutiva en el Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos”, en el período de tiempo del 01 de julio al 30 de septiembre de 2012.

Los pacientes que mostraron niveles de adherencia terapéutica total fueron 78 que corresponde a un 65% de acuerdo al Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau). Los puntajes más bajos se dieron en la categoría de implicación personal que involucra al paciente en la búsqueda de estrategias para garantizar el cumplimiento de las prescripciones con la ejecución de los esfuerzos necesarios, por otra parte, los puntajes más altos se dieron en la relación transaccional que corresponde a la relación de colaboración establecida entre el paciente y su médico para instaurar el tratamiento y elaborar la estrategia que garantice su cumplimiento y aceptación por ambos.

Los pacientes con funcionalidad familiar funcional fueron 60 que corresponde al 50%, moderadamente funcional 50 (41.7%), disfuncional 10 (8.3%), y ningunos de ellos resulto con familia severamente disfuncional, de acuerdo al Test de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL) aplicado. Los puntajes más bajos se dieron en los vectores o procesos relacionales de permeabilidad y adaptabilidad, los más altos en cohesión y armonía.

La distribución porcentual por género fue de 59.2% mujeres, 40.8% hombres, de edades entre 32 y 70 años, predominando el grupo etario entre los 56 y 60 años, con una media de 56 años. La mayoría de los pacientes es decir 59 (49.2%) se dedicaban al hogar, los pacientes casados fueron los que mayormente predominaron en un 79.1% y de acuerdo a la escolaridad en un 70.0% estudiaron hasta la primaria.

El tiempo de haber sido diagnosticados como diabéticos con mayor frecuencia fue entre los 6 y 10 años con una frecuencia de 45 (37.5%).

Con respecto al tipo de tratamiento farmacológico para su control metabólico predominó el tratamiento con hipoglucemiantes orales en el 70.0%, solo el 13.3% emplea insulina como único tratamiento mientras que el 16.7% emplea tratamiento combinado con e hipoglucemiantes orales e insulina.

Se podría decir que en este estudio de acuerdo a la información obtenida se cumplió con los objetivos trazados. Se determinó adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en la consulta externa de Medicina Familiar del C.M.L.A.L.M., mediante la aplicación del Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) y el Test de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL).

La detección y evaluación conjunta así como sistemática, de la adherencia terapéutica y la funcionalidad familiar, deberían ser implementadas en la consulta externa de Medicina familiar, a través de escalas estandarizadas, como el Cuestionario de MBG (Martín-Bayarre-Grau y el Test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL); para de esta manera poder realizar acciones de intervención encaminadas a aprovechar los procesos relacionales de la funcionalidad familiar en el logro de una buena adherencia terapéutica.

Se espera que este estudio sirva para nuevos proyectos de investigación a generaciones futuras.

XII. RECOMENDACIONES

1. Como médico familiar es responsabilidad buscar un manejo más estricto del paciente diabético, para lograr en él una actitud hacia el tratamiento altamente motivado y adherente, que nos ayude a evitarle gran parte las complicaciones físicas, emocionales y socioeconómicas de la enfermedad tanto de manera individual como familiar.
2. Explicar ampliamente al paciente diabético y a sus familiares en qué consisten las diferentes opciones terapéuticas y brindarles toda la información posible acerca de su enfermedad así como las complicaciones que pueden presentarse si no se apega de manera adecuada a su tratamiento.
3. Considerar la relación médico paciente como parte importante en la práctica médica para obtener la confianza del paciente y su familia que nos permita conocer los recursos con los que cuentan para mejorar su adherencia terapéutica tomando en cuenta su funcionalidad familiar.

4. Se debe privilegiar y valorizar el trabajo del equipo multidisciplinario, donde el paciente y su familia debe ser parte activa del mismo.
5. Implementar en los sistemas y servicios de salud la detección sistemática de la adherencia terapéutica a través de instrumentos para evaluarla con exactitud así como también los factores que influyen en la misma desde el primer nivel de atención.
6. Establecer protocolos estandarizados de vigilancia y evaluación del grado de adherencia terapéutica en los tres niveles de atención a la salud.
7. Implementar estrategias de intervención familiar educativa, pretendiendo de esta manera estimular la adopción de estilos de vida saludables y patrones de relaciones funcionales y adaptativos a los cambios, así mismo que el paciente diabético y su familia adquieran una mejor percepción de sus problemas y de los recursos con que cuentan para afrontarlos y superarlos, mejorando con ello su adherencia terapéutica y la calidad de atención que se preste en la consulta externa de medicina familiar en el Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos".

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Rice P. Desarrollo Humano. Estudio del ciclo vital. 2ª ed. Barcelona: Prentice Hall Hispanoamericana S.A. 1997. p.40-42.
2. Irigoyen Coria A. Fundamentos de medicina familiar. 7ª ed. México: Medicina Familiar Mexicana. 2000. p.35-37.
3. Huerta González JL. Medicina familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. México, D.F: Editorial Alfil.1987. p.35-39.
4. Irigoyen Coria A. Nuevo diagnóstico familiar. 2ª ed. México: Medicina Familiar Mexicana; 2006.
5. Colegio Mexicano de Medicina Familiar. Programa de actualización continua para el médico familiar (PAC). Libro 1. México, D.F: Editores Intersistemas. 1999. p.25.

6. González G. La familia como sistema. *Revista Paceyña de Medicina Familiar*. 2007; 4 (6):111.
7. Gómez C. FACES III: alcances y limitaciones. *Atención familiar*. 2005; 12(1): 10-11.
8. Concha T. Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. *Theoría*. 2010; 19 (1): 41-50.
9. Satir, V. *Science and Behavior Books*. 1972.
10. Martínez A. Family adaptability and cohesion evaluation scale (FACES). *International Journal of clinical and Health Psychology*. 2006; 6 (2): 317-338.
11. Olson D. Circumplex Model of marital and family systems. *Life innovations. Ciencias psicológicas*. 2007; 1(1): 191-198.
12. World Health Organization (WHO). *Adherence to Long-term Therapies*. Washington, D.C. 2004; 3.
13. Peralta ML. Adherencia al tratamiento. *Revista del Centro Dermatológico Pascua*. 2008; 17(3): 84-86.
14. Muñoz H. Los sistemas de salud, un problema de la evolución social. *Rev. Med. IMSS*. 2005; 43 (5): 411-17.
15. Libertad MA. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana Salud Pública*. 2004; 30 (4).1-5.
16. Dohler L. La responsabilidad del médico en su ejercicio profesional. *Rev. Med. IMSS*. 2000; 38(3): 169-70.
17. Di Matteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care*. 2004; 42: 200-9.
18. Aréchiga Urtuzuástegui H. Tiempos hubo en que toda la medicina fue familiar. *Arch. Med. Fam*. 2003; 5(4): 101-2.
19. Bosworth HB, Oddone EZ, Weinberger M. Patient treatment adherence. Concepts, interventions and measurements. Lawrence Erlbaum Associates Publishers Nueva Jersey. 2006.

20. Odegard PS, Capoccia K. Medication taking and diabetes: a systematic review of the literature. *Diabetes Educ.* 2007; 33: 1014-29.
21. Dalewitz J. Barriers to control of blood glucose in diabetes mellitus. *Am J Med Qual.* 2000; 15:16-25.
22. Jansa M. Importancia del Cumplimiento terapéutico en la diabetes mellitus. *Avances en diabetología.* 2009; 25: 55-56.
23. Wild S, Roglic G, Green A, Anders A, Sciree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care.* 2004; 27(5):1047-53.
24. Aguilar S. Characteristics of Patients with Type 2 Diabetes in Mexico: Results from a large population-based nationwide survey. *Diabetes Care.* 2003; 26(7): 2021-26.
25. Hernández R. Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores asociados al control de la diabetes mellitus en México. *Salud Pública de México.* 2011; 53 (1): 34-35.
26. Rojas M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006. p. 65-66.
27. Rull J. Epidemiology of type 2 diabetes in México. *Archives of Medical Research. Official Journal of the Instituto Mexicano del Seguro Social.* 2005; 36 (3): 188-96.
28. Rosas G. Diabetes mellitus: Visión latinoamericana. México: Editores Intersistemas; 2009. p.1-3.
29. Martín A. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Revista Cubana de Salud Pública.* 2008: 34.
30. Louro Bernal I. Matriz de salud del grupo familiar: un recurso para el diagnóstico de la situación de salud de la familia. *Revista Médica de Medicina General Integrada.* 2004; 20 (3): 4.
31. Louro Bernal I. Manual para la intervención en la salud familiar. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2002. p. 27-30.

32. Vargas. Escuela para padres: el funcionamiento familiar. Centro Regional de Investigación en Psicología. 2009; 3, (1): 19-22.
33. Kanan C. Funcionamiento familiar de los pacientes hipertensos con o sin experiencia de la migración. Psicología y Salud. 2010; (20) 2: 6.
34. Pérez C. Evaluación de un programa de intervención familiar educativa. Revista Médica de Medicina General Integrada. 2005; 21(1):1-7.

XIV. ANEXOS

Anexo 1.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Toluca, México a ____ de _____ de 2012

Por este medio, se me invita a participar en el proyecto de investigación que lleva por nombre: **“ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL CENTRO MÉDICO “LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS”**. El objetivo principal de este estudio es identificar la adherencia terapéutica y la funcionalidad familiar en pacientes diabéticos.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder dos cuestionarios, también se me informa que de no aceptar no se verá afectada mi atención y tratamiento como paciente, además de que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin ningún problema o represalia.

Con toda libertad y sin ningún tipo de presión yo _____

ACEPTO y otorgo mi consentimiento para participar en el presente estudio de investigación.

Tengo en consideración que me comprometo a contestar lo necesario y de la forma más verídica las preguntas que se me realicen en los cuestionarios que me sean entregados, la información obtenida será confidencial, utilizada exclusivamente para fines de este estudio y autorizo a el investigador, el uso de estos datos.

Si al término de contestar los cuestionarios se me identifica que debo acudir con alguna otra especialidad para mi atención integral, se me brindará todo el apoyo necesario para evitar complicaciones futuras de mi enfermedad.

En tales condiciones y resueltas todas mis dudas, manifiesto que estoy satisfecho (a), con la información recibida para este estudio, sabiendo de antemano que en caso de cualquier duda o aclaración puedo comunicarme con el encargado de esta investigación: **DR. OSCAR GONZÁLEZ LUCARIO**, médico residente de tercer año de la especialidad de medicina familiar.

Teléfono celular: **72-23-92-34-94**. Correo electrónico: **buhoos@hotmail.com**

FIRMA DEL PACIENTE

TESTIGO

TESTIGO

INVESTIGADOR

Anexo 2.

CUESTIONARIO MBG (MARTÍN-BAYARRE-GRAU)

Estimado paciente:

Solicitamos su colaboración para estudiar cómo se comporta el cumplimiento de las indicaciones orientadas a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Sólo debe dar respuesta 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.

1. Edad: ____ 2. Sexo: (M) (F) 3. Ocupación: ____ .Escolaridad: ____

5. Estado civil: ____ 6. Años de diagnosticada la diabetes: ____

7. Tiene Usted indicado tratamiento con:

- Hipoglucemiantes orales (glibenclamida, metformina, otros).
- Insulina.
- Hipoglucemiantes orales e insulina.

A continuación usted encontrará 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 corresponda a su situación particular:

Afirmaciones		Siempre	Casi Siempre	A veces	Casi Nunca	Nunca
1	Toma los medicamentos en el horario establecido.					
2	Se toma todas las dosis indicadas					
3	Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta.					
4	Asiste a las consultas de seguimiento programadas.					
5	Realiza los ejercicios físicos indicados.					
6	Acomoda sus horarios de medicación a las actividades de su vida diaria.					
7	Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir.					
8	Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos.					
9	Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes 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 3. TEST DE PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

A continuación se presentan situaciones que pueden ocurrir en su familia. Usted debe marcar con una **X** en la casilla que le corresponda a su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente.

Afirmaciones		Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas Veces	Casi siempre
1	De conjunto, se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6	Podemos aceptar los defectos de los					

	demás y sobrellevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de formas que nadie esté sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

CUALQUIER DUDA O ACLARACIÓN, FAVOR DE COMUNICARSE CON EL **DR. OSCAR GONZÁLEZ LUCARIO**.
TELÉFONO CELULAR: **72-23-92-34-94** CORREO ELECTRÓNICO: **buhoos@hotmail.com**

GRACIAS POR SUS RESPUESTAS