

**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**



**“CARACTERÍSTICAS FAMILIARES EN BASE A SU ESTRUCTURA Y
DESARROLLO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MÉDICO EN LA UMF 220 DEL IMSS TOLUCA,
MEXICO DURANTE EL AÑO 2012”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL HGR CON UMF 220 “GRAL. JOSÉ
VICENTE VILLADA” TOLUCA, MÉXICO.**

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

**PRESENTA
M.C. MARÍA FERNANDA RODRÍGUEZ ANCONA**

**DIRECTOR DE TESIS
E.M.F. JUANA BECERRIL ESTEBAN**

**REVISORES DE TESIS
M. EN I.C. LUIS REY GARCÍA CORTÉS
E.M.F. MONICA LÓPEZ GARCÍA
DR. EN HUM. MARÍA LUISA PIMENTEL RAMIREZ**

TOLUCA, MÉXICO

2014

“CARACTERÍSTICAS FAMILIARES EN BASE A SU ESTRUCTURA Y DESARROLLO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MÉDICO EN LA UMF 220 DEL IMSS TOLUCA, MEXICO DURANTE EL AÑO 2012”

AGRADECIMIENTOS:

A Dios, que me ha traído hasta donde estoy.

A mi padre, mi fundamento. Por su paciencia y por compartir conmigo su experiencia y comprensión que siempre me animó a seguir adelante.

A mi madre, por sus oraciones y apoyo incondicional.

A mis hermanos, por perdonarme y comprender mi ausencia en sus ocasiones importantes.

A mis maestros por dedicar tiempo a compartir sus conocimientos y experiencia.

A mis compañeros, cuya camaradería y amistad, acortó el tiempo e hizo mas fácil y ligero el trabajo.

Sin ellos, nada podría haber sido finalizado.

ÍNDICE

Cap.	Pág.
MARCO TEÓRICO.....	5
I.1 FAMILIA.....	5
I.1.1 Familia Concepto.....	5
I.1.2 Características familiares.....	6
I.1.3 Clasificación De Familias.....	6
I.2. Diabetes Mellitus.....	8
I.2.1Definición de Diabetes.....	8
I.2.2 Clasificación de Diabetes.....	8
I.2.3 Diagnóstico de Diabetes.....	9
I.3.- Adherencia al tratamiento médico.....	10
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
II. 1 Argumentación.....	12
II. 2 Pregunta de Investigación.....	12
III. JUSTIFICACIONES.....	12
III.1 Académica.....	12
III.2 Familiar.....	12
III.3 Social.....	12
III.4 Económica.....	13
IV. HIPÓTESIS.....	14
IV.1 Variables.....	14
IV.1.1 Dependiente.....	14
IV.1.2 Independiente.....	14
V. OBJETIVOS.....	15
V.1 General.....	15
V.2.Específicos.....	15
VI. MÉTODO.....	16
VI.1 Operacionalización de variables.....	17
VI.2 Universo de Trabajo.....	18
VI.2.1 Criterios de inclusión.....	18
VI.2.2 Criterios de no inclusión.....	18
VI.2.3 Criterios de exclusión.....	18
VI.3. Instrumento de Investigación.....	19
VI.3.1 Descripción.....	19
VI.3.2 Validación.....	19
VI.3.3 Aplicación.....	19
VI.4 Desarrollo del proyecto.....	20
VI.5 Límite de espacio.....	20
VI.6 Límite de tiempo.....	20
VI.7 Diseño de análisis.....	20
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.....	21
VIII. RESULTADOS.....	22
X. CUADROS Y GRÁFICOS.....	24
XII. DISCUSION.....	32
XI. CONCLUSIONES.....	33
XIII. RECOMENDACIONES.....	34
XIV. BIBLIOGRAFÍA.....	35
XV. ANEXOS.....	37

MARCO TEÓRICO

1.1.1 Familia

Según la OMS la familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. “Miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio”

La familia es el núcleo fundamental de toda sociedad, el referente social para cada uno de sus miembros (1).

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española describe como familiar “al grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Número de criados de uno, aunque no vivan dentro de su casa. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje”.

El derecho civil declara que la familia es el conjunto de personas entre las cuales existen vínculos jurídicos interdependientes y recíprocos, emergentes de la unión sexual y la procreación.

La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad.

El grupo familiar es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. La familia es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad.

Según Minuchin (2008), Es el grupo en el cual los individuos desarrollan sus sentimientos de identidad e independencia; el primero de ellos principalmente influido por el hecho de sentirse miembro de una familia, y el segundo por pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares, y por su participación con grupos extrafamiliares. (2)

La familia es un contexto natural para crecer y para recibir auxilio, ha elaborado pautas de interacción, que construyen la estructura familiar que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción apoya la individuación al y sentimientos de pertenencia.

La familia está constituida por una red de relaciones, es natural porque responde a necesidades biológicas y psicológicas inherentes a la supervivencia humana, y tiene características propias es fuente de satisfacción de necesidades psico-afectivas. Según Ángel Hernández 2005, la familia es una institución social ya que construye normas, reglas de comportamiento para sus miembros. (3)

La perspectiva del hogar implica considerar a la familia en función del hábitat. El hogar corresponde a aquel grupo constituido por una sola persona o un grupo de personas,

con o sin vínculos de parentesco, que hacen vida en común es decir se alojan y se alimentan juntas (habitan en la misma vivienda y tienen presupuesto de alimentación en común).

Según el Instituto Nacional de Geografía y estadística (2009) se dividen en:

Hogar unipersonal: El hábitat está constituido por una sola persona generalmente un adulto mayor.

Hogar familiar: El hábitat es compartido por uno o más núcleos familiares. La jefatura del hogar es un fenómeno a considerar cuando se analiza este tipo de organizaciones.

Hogar no familiar: El hábitat es compartido por dos o más personas, sin vínculos de parentesco entre sí. (4)

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES.

La familia es la base de la sociedad; un sistema formado a su vez por subsistemas. Del buen funcionamiento de estos subsistemas, depende el buen funcionamiento de la familia.(5) Según Minuchin (2006), estos subsistemas son: el conyugal (padre y madre), el paterno -filial (padres e hijos) y el fraternal (hermanos). Las familias tienen características tipológicas que son: a) composición, b) Desarrollo, c) Demografía, d) Ocupación, e) Integración. Sin embargo, según Satir, esto no es suficiente para determinar el grado en que una familia funciona, hace falta medir esta funcionalidad familiar por medio de la dinámica familiar, esto nos lleva al conocimiento de la Jerarquía, los límites que representan las reglas. (6)

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS

1.3.1 Tipología familiar. De acuerdo con el Dr. Irigoyen Coria (2006), la clasificación de la familia desde el punto de vista social es:

En base a su ESTRUCTURA:

- Nuclear: Padre, madre e hijos.
- Seminuclear (Monoparental): padre o la madre y los hijos.
- Extensa: Conyuges e hijos que viven junto a otros familiares consanguíneos, por adopción o afinidad.
- Extensa compuesta: los anteriores que además conviven con otros sin nexo legal (amigos, compadres, etc.)

En base a su DESARROLLO:

- Primitiva: clan u organización tribal.
- Tradicional: patrón tradicional de organización familiar.
- Moderna: padres comparten derechos y obligaciones, hijos participan en la organización familiar y toma de decisiones.

En base a su INTEGRACION:

- Integrada: cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones adecuadamente (socuare)
- Semi-integrada: no cumplen sus funciones
- Desintegrada: falta uno de los cónyuges por muerte, abandono, separación, divorcio.

En base a su DEMOGRAFIA:

- Urbana
- Rural
- Suburbana

En base a su OCUPACIÓN: De acuerdo a la actividad económica que el padre realiza.

- Campesina obrera empleada
- Profesional Comerciante (7)

Existen numerosas clasificaciones de la familia, De la Revilla clasifica la familia haciendo referencia a la familia nuclear con parientes próximos o sin parientes próximos (se refiere a parientes o no en su localidad); familia nuclear numerosa formada por padres y más de 4 hijos, y familia nuclear ampliada (cuando en el hogar conviven otras personas como parientes y/o agregados).

La familia binuclear se constituye cuando después de un divorcio uno de los cónyuges se ha vuelto a casar y conviven en el hogar hijos de distintos progenitores. Existen personas sin familia (adulto soltero, viudo, divorciado); equivalente familiar (individuos que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar, como por ejemplo, pareja de homosexuales cuando viven juntos en la misma casa). (8)

González (2002) la clasifica en:

Nuclear: el padre, la madre y los hijos.

Nuclear extensa: consta de una familia nuclear, y otros familiares que puedan vivir con ellos en el mismo hogar.

Monoparental: formada solo por un padre o madre, que puede haber estado casado o no y por uno o más hijos.

Mixta o reconstituida: es la formada por una persona viuda o divorciada/separada, con o sin hijos, que se casa de nuevo con otra persona, la cual a su vez puede haber estado o no casada antes y tener o no tener hijos.

Binuclear: es la dividida en dos por el divorcio o separación de los cónyuges, ambos aportan hijos de los anteriores matrimonios a la nueva familia constituida.

Familia de hecho: formada por dos personas del sexo opuesto que viven juntas, con o sin hijos, comparten la expresión y el compromiso sexual, sin que hayan formalizado

legalmente el matrimonio.

Familia homosexual: formado por dos adultos del mismo sexo, que viven juntos con sin hijos adoptivos, y que comparten la expresión y el compromiso sexual (9).

Clasificar adecuadamente y en detalle a la familia, permitirá estudiar con mayor profundidad a este grupo y al proceso salud-enfermedad.

Según la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (2003), En los últimos decenios, la estructura y la definición de lo que es la familia se ha ampliado. Las nuevas tendencias en la formación, la estructura y la función de la familia se están desplazando hacia:

1) la familia formada por un solo padre o madre y los hogares encabezados por mujeres;

2) el aumento de la edad promedio para el primer matrimonio de las mujeres y el nacimiento de los hijos, lo que retrasa la formación de las primeras familias;

3) el mayor ingreso de las mujeres en la fuerza laboral en números sin precedentes y los cambios en los roles de género dentro de la familia, lo que desplaza el equilibrio de las responsabilidades económicas en las familias;

4) el tamaño de la familia y del hogar en descenso;

5) mayor carga que recae sobre los miembros de la familia en edad de trabajar debido a los dependientes jóvenes y a los mayores. Además, el hogar ha surgido como una unidad socioeconómica fuerte que, con frecuencia, ocupa el lugar de la familia formada exclusivamente por padres e hijos y los miembros de la familia ampliada (10).

DIABETES MELLITUS

DEFINICIÓN

La Diabetes Mellitus es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, consecuencia de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina. La hiperglicemia crónica se asocia en el largo plazo daño, disfunción e insuficiencia de diferentes órganos especialmente de los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos (11).

La diabetes es un padecimiento conocido desde hace siglos; sin embargo, a fin del milenio el conocimiento de su etiología, historia natural y epidemiología es aún incompleto. La hipótesis determinista sobre el genotipo como explicación de la diabetes, excluyó durante un buen número de años a los aspectos sociales antropológicos y de estilo de vida (12).

Actualmente es conocido de sobra que el riesgo genético es necesario pero no suficiente para desarrollar diabetes. El medio ambiente en el que se desenvuelve un paciente es un factor condicionante no solo para el desarrollo de la enfermedad, sino que es fundamental en el curso que el paciente seguirá respecto a su tratamiento y control.

La frecuencia de diabetes ha aumentado dramáticamente en los últimos 40 años sin considerar que tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados existe un subregistro. En la actualidad se sabe que existen dos categorías para su clasificación; etiología y tolerancia a la glucosa.(13)

La OMS y el Banco Mundial consideran a la diabetes como problema de salud pública. En sólo dos décadas los estudios epidemiológicos han tenido un gran impacto en la investigación, diagnóstico, atención y prevención de la diabetes. (14)

CLASIFICACIÓN

En 1997 la Asociación Americana de Diabetes (ADA), propuso una clasificación que está vigente. Se incluyen 4 categorías de pacientes y un 5º grupo de individuos que tienen glicemias anormales con alto riesgo de desarrollar diabetes (también tienen mayor riesgo cardiovascular):

1. Diabetes Mellitus tipo 1
2. Diabetes Mellitus tipo 2
3. Otros tipos específicos de Diabetes
4. Diabetes Gestacional
5. Intolerancia a la glucosa y glicemia de ayunas alterada (10)

DIABETES MELLITUS TIPO 2:

Caracterizada por insulino-resistencia y deficiencia (no absoluta) de insulina. Es un grupo heterogéneo de pacientes, la mayoría obesos y/o con distribución de grasa predominantemente abdominal, con fuerte predisposición genética no bien definida (multigénica). Con niveles de insulina plasmática normal o elevada, sin tendencia a la acidosis, responden a dieta e hipoglicemiantes orales, aunque muchos con el tiempo requieren de insulina para su control, pero ella no es indispensable para preservar la vida (insulino-requiere). (15)

DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico definitivo de diabetes mellitus y otras categorías de la regulación de la glucosa, se usa la determinación de glucosa en plasma o suero. En ayuno de 10 a 12 horas, las glicemias normales son < 100 mg/dl. En un test de sobrecarga oral a la glucosa (75 g), las glicemias normales son: Basal < 100, a los 30, 60 y 90 minutos < 200 y los 120 minutos post sobrecarga < 140 mg/dl (16)

Diabetes Mellitus: El paciente debe cumplir con alguno de estos 3 criterios lo que debe ser confirmado en otra oportunidad para asegurar el diagnóstico.

1. Glicemia (en cualquier momento) \geq 200 mg/dl, asociada a síntomas clásicos (poliuria, polidipsia, baja de peso)

2. Dos o más glicemias \geq 126 mg/ dl.

3.-Respuesta a la sobrecarga a la glucosa alterada con una glicemia a los 120 minutos post sobrecarga \geq 200mg/dl.

Intolerancia a la glucosa: Se diagnostica cuando el sujeto presenta una glicemia de ayuno $<$ 126 mg/dl y a los 120 minutos post sobrecarga oral de glucosa entre 140 y 199 mg/dl.

Glicemia de ayuna alterada: Una persona tiene una glicemia de ayunas alterada si tiene valores entre 100 y 125 mg/dl. Será conveniente estudiarla con una sobrecarga oral a la glucosa. (17)

La Hemoglobina glucosilada es un instrumento importante para evaluar el control glicémico de los pacientes diabéticos. Proporciona valores de la concentración de glucosa en sangre durante los 3 meses previos. Considerando los resultados de la siguiente manera:

Un valor de HbA1c menor o igual al 6% es normal.

Los siguientes son los resultados cuando el HbA1c se usa para diagnosticar diabetes:

- Normal: menos de 5.7 %
- Prediabetes: 5.7 a 6.4%
- Diabetes: 6.5% o más (18)

3. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Aunque la mayor parte de las investigaciones se ha centrado en la adherencia a la medicación, la adherencia terapéutica también abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud que sobrepasan el hecho de tomar las preparaciones farmacéuticas prescritas. Los participantes en la Reunión sobre Adherencia Terapéutica de la OMS, en junio de 2001, llegaron a la conclusión de que definir la adherencia terapéutica como “el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas” era un punto de partida útil. Sin embargo, se pensó que el término “médico” era insuficiente para describir la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas. Además, la palabra “instrucciones” implica que el paciente es un receptor pasivo, que consiente el asesoramiento experto, en contraposición con un colaborador activo en el proceso de tratamiento. (19)

En particular, se reconoció durante la reunión que la adherencia terapéutica de cualquier régimen refleja el comportamiento de un tipo u otro. Buscar atención médica, conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación apropiadamente, vacunarse, cumplir con las consultas de seguimiento y ejecutar las modificaciones en los comportamientos que abordan la higiene personal, el autocuidado del asma o la diabetes, el tabaquismo, la anticoncepción, los comportamientos sexuales riesgosos, el régimen alimentario inadecuado y la actividad física escasa son todos ejemplos de

comportamientos terapéuticos. (20)

Así mismo se señaló que la relación entre el paciente y el prestador de asistencia sanitaria (sea médico, enfermera u otro profesional de la salud) debe ser una asociación que recurra a las capacidades de cada uno. La calidad del tratamiento se ha identificado como un determinante importante de la adherencia terapéutica. Las relaciones de tratamiento efectivos se caracterizan por una atmósfera en la cual se exploran medios terapéuticos alternativos, se negocia el régimen, se trata la adherencia terapéutica y se planifica el seguimiento. (21)

El presente estudio sobre adherencia terapéutica ha adoptado la siguiente definición de la adherencia al tratamiento prolongado, una versión que fusiona las definiciones de Haynes y Rand: El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. (22)

La evaluación exacta del comportamiento de la adherencia terapéutica es necesaria para la planificación de tratamientos efectivos y eficientes, y para lograr que los cambios en los resultados de salud puedan atribuirse al régimen recomendado. Además, las decisiones para cambiar las recomendaciones, los medicamentos o el estilo de comunicación para promover la participación de los pacientes dependen de la medición válida y fiable del constructo sobre la adherencia terapéutica. Indiscutiblemente, no existe “patrón de oro” alguno para medir el comportamiento de adherencia terapéutica, y en la bibliografía se ha informado el empleo de una variedad de estrategias. (23)

Un enfoque de medición es solicitar a prestadores y pacientes sus calificaciones subjetivas sobre el comportamiento de adherencia. Sin embargo, cuando los prestadores evalúan el grado en que los pacientes siguen sus recomendaciones sobre estiman la adherencia. (24) El análisis de los informes subjetivos de pacientes ha sido asimismo problemático. Los pacientes que revelan no haber seguido las recomendaciones terapéuticas tienden a describir su comportamiento con exactitud, mientras que los que niegan el no haberlas seguido informan sobre su comportamiento inexactamente. Otros medios subjetivos para medir la adherencia terapéutica son los cuestionarios estandarizados administrados por los pacientes. Las estrategias típicas han evaluado las características de pacientes o los rasgos de “personalidad” globales, pero estos resultaron ser magros factores predictivos del comportamiento de adherencia. No existe factor (es decir, rasgo) estable alguno que prediga de manera fiable la adherencia terapéutica. (25) Sin embargo, los cuestionarios que evalúan comportamientos específicos que se relacionan con recomendaciones médicas específicas (por ejemplo, los cuestionarios sobre frecuencia de consumo de alimentos para medir el comportamiento alimentario y mejorar el tratamiento de la obesidad) pueden ser mejores factores predictivos del comportamiento de adherencia terapéutica. (26)

Existen 2 cuestionarios para medir la adherencia al tratamiento: El Test de Morisky-Green (27) y el Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín– Bayarre–Grau).

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. Argumentación

Existen numerosos estudios en los cuales se demuestra que la funcionalidad familiar y los tipos de familia influyen de forma importante en el control y apego a tratamiento en paciente con enfermedades crónico-degenerativas y estas a su vez en el desarrollo y armonía familiar.

Como parte de estas enfermedades se encuentran la Diabetes Mellitus tipo 2 que hoy en día es un problema de Salud por su alta incidencia y por tanto los altos costos que representa para el Sistema de Salud de nuestro país.

De esto deriva la importancia de conocer las características de las familias que cuentan con pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar 220, de tal forma que los médicos familiares puedan reforzar el apoyo a estos pacientes para mejorar su tratamiento, disminuir las complicaciones y por tanto las hospitalizaciones y costos por su manejo.

2. Pregunta de investigación

¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS FAMILIARES EN BASE A SU ESTRUCTURA Y DESARROLLO, DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO2 Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MÉDICO EN LA UMF 220 DEL IMSS TOLUCA, MEXICO, EN EL AÑO 2012?

JUSTIFICACIONES

1. **ACADÉMICA:** El presente estudio de investigación además de las connotaciones académicas correspondientes y como línea de investigación para futuros estudios permitirá al tesista obtener el diploma de especialista en medicina familiar.

2. **FAMILIAR:** Las características en base a la estructura y desarrollo de cada familia van a influir en su reacción ante un miembro enfermo y el apoyo que brinden a éste a llevar a cabo el tratamiento y control de su enfermedad. Por lo cual se considera importante estudiar las características familiares de los pacientes diabéticos que se adhieren al tratamiento y los que no se adhieren, debido a que, al conocerlas, el médico familiar puede intervenir con acciones específicas, tanto en el paciente como en su dinámica familiar, que ayuden al paciente a llevar su adherencia al tratamiento médico aprovechando las fortalezas de su tipo de familia y superando las debilidades.

3. **SOCIAL:** La Diabetes Mellitus tipo 2 es un problema de salud pública. En el año 2012, fue la segunda causa de muerte en la población mexicana. En la última década, en México ha incrementado el número de pacientes en un 9.2% en y tiende a seguir en aumento. Las complicaciones incapacitan a pacientes cada vez más jóvenes debido a la falta de adherencia al tratamiento médico, esto provoca modificaciones en la sociedad en cuanto a la fuerza laboral, necesidades especiales en la estructura del transporte, calles, espacios públicos. Los pacientes diabéticos deben adaptarse a nuevos estilos de vida que suplan sus necesidades personales, familiares, laborales y sociales.

4. **ECONÓMICA:** Los pacientes con Diabetes Mellitus, representan un alto gasto para las instituciones de salud, ya que, aunque la mortalidad por esta enfermedad ha ido en descenso, no conduce necesariamente a un aumento del número de años saludables en la vida de una persona, ya que estos pacientes presentan una disminución en su calidad de vida y un aumento en el uso de los servicios de salud a largo plazo. Este panorama, nos indica el impacto económico que origina la diabetes en los Sistemas de Salud Internacionales y a nivel nacional. En México en el año 2010 un estudio de micro-costeo, reportó un gasto anual en costos directos de atención médica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de \$453 millones de dólares. El IMSS designa un alto porcentaje de su presupuesto anual para el tratamiento de los pacientes diabéticos.

IV. HIPÓTESIS DE TRABAJO

Los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 que acuden a la consulta de medicina familiar, de la UMF 220 del IMSS, Toluca México, con características familiares de acuerdo a su estructura y desarrollo, son tradicionales, y nucleares y presentan mayor grado de adherencia al tratamiento médico.

V. VARIABLES:

1.1 INDEPENDIENTE:

Las características familiares

1.2 DEPENDIENTE:

Adherencia al tratamiento médico

ELEMENTOS LÓGICOS DE RELACIÓN

Los, con, y, en, a, la, de, al.

V. OBJETIVOS

V.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las características familiares en base a la estructura y desarrollo de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y el grado de adherencia al tratamiento médico en la Unidad de Medicina Familiar del IMSS No. 220, en Toluca, Estado de México, durante el año 2012.

V.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Seleccionar el género más frecuente de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.
2. Describir las características familiares en cuanto a la estructura, en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.
3. Categorizar las características familiares en cuanto a su desarrollo, en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.
4. Identificar el género de los pacientes con mayor adherencia al tratamiento médico.
5. Distinguir el grado de adherencia al tratamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.
6. Organizar por grupo etario a los pacientes con mayor adherencia al tratamiento médico.
7. Revisar las características familiares en base a su estructura y la adherencia al tratamiento médico de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.
8. Integrar las características familiares en base a su desarrollo y la adherencia al tratamiento médico de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

VI. MÉTODO:

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y observacional.

Se seleccionaron pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus que acuden a la consulta externa de medicina familiar para su control mensual. Se les explicó el estudio y se les dio a firmar consentimiento informado. Se obtuvieron los resultados de la ficha de investigación.

Posteriormente se aplicó un cuestionario para obtener información acerca de las características de su familia en cuanto a su tipología en base a su estructura y desarrollo y se aplicó el cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín– Bayarre–Grau).

Una vez recabados los datos, se procedió a su análisis estadístico y representación gráfica de los resultados.

VI. 3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADOR	ITEM
CARACTERÍSTICAS FAMILIARES	Las diferentes formas que las familias asumen, además del parentesco, dependiendo de cómo sus miembros se relacionan y de las estrategias que crean para enfrentar los cambios de la sociedad.	Dos características familiares de su tipología: 1 En base a la presencia de padres y de integrantes de la familia con vínculos consanguíneos o no. 2. En base a qué integrante o integrantes aportan la manutención económica.	Cualitativa Nominal	ESTRUCTURA: Nuclear Seminuclear Extensa Extensa compuesta DESARROLLO: Primitiva Tradicional Moderna	Ítem 1-4
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	El grado en que el comportamiento de una persona, tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria.	Grado en que el paciente sigue las instrucciones higiénico-dietéticas y cumple con las indicaciones terapéuticas del médico.	Cualitativa Ordinal	Totalmente adherido Parcialmente adherido No adherido.	Inciso C ítem 1-12
EDAD	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento del individuo.	Años cumplidos en la actualidad.	Cuantitativa De intervalos	30 – 39 40 – 49 50 – 59 60 y más	ficha de identificación
GÉNERO	Concepto social de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que la sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.	Características sociales que determinan al ser humano como hombre o mujer	Cualitativa Nominal	Masculino Femenino	Ficha de identificación

VI.4. UNIVERSO DE TRABAJO

El estudio se realizó en los pacientes diabéticos tipo 2 mayores de 30 años de edad de la Unidad de Medicina familiar 220 que acude a consulta en turnos matutino y vespertino, constituida por 8191, los cuales conforman el 18.12% de la población total de pacientes afiliados a la UMF.

El cálculo de la muestra se realizó mediante la siguiente fórmula:

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

Obteniendo un total de 249 pacientes.

La selección de pacientes se realizó con un muestreo no probabilístico.

VI.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes diabéticos que acuden a control a la consulta externa de la UMF 220
- Pacientes de género masculino y género femenino con edad mayor a 30 años.
- Pacientes que acepten participar en el estudio previo consentimiento informado.

VI.4.2 CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

- Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 de primera vez.

VI.4.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con cuestionarios incompletos.

VI.5. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Para la realización del presente estudio se utilizaron los siguientes instrumentos de investigación: Un cuestionario para la tipología familiar y el Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín– Bayarre–Grau)

DESCRIPCIÓN

Para identificar la tipología familiar se hizo uso de un cuestionario que, con preguntas sencillas y comprensibles, recolecta información sobre las características familiares de acuerdo a su estructura y desarrollo, enfocándose en los miembros de la familia que cohabitan y las actividades económicas de cada uno.

Para la medición de la adherencia al tratamiento médico se utilizó el Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín– Bayarre–Grau) Su calificación se estableció 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 de 38 a 48 puntos, Adheridos Parciales de 18 a 37 puntos y No Adheridos a los que obtienen entre 0 y 17, de modo que se pueda cuantificar con rapidez la respuesta del paciente y determinar tres tipos o niveles de adherencia al tratamiento: Total, Parcial y No adherido. 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.

VALIDACIÓN

El cuestionario para evaluar la tipología familiar se apega a la clasificación de la familia desde el punto de vista social establecido de acuerdo con el Dr. Irigoyen Coria, depto. Medicina Familiar UNAM.

El Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín– Bayarre–Grau) se validó en La Habana, Cuba por la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP) en noviembre de 2008.

APLICACIÓN

La identificación de la tipología familiar de acuerdo con la clasificación del Dr. Irigoyen Coria, ha sido usada en múltiples estudios en México, así como en el IMSS en tesis y estudios de familia.

El cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín– Bayarre–Grau) se aplicó en costa Rica en 2009 para Adherencia al tratamiento médico en pacientes con Diabetes Mellitus, posteriormente en Colombia para medir Adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos en el 2011. En México fue aplicado en el hospital General de México, DF en 2012 para evaluar adherencia al tratamiento médico en pacientes hipertensos.

6 DESARROLLO DEL PROYECTO

El presente estudio se realizó siendo previamente aprobado por el Comité Local de Investigación del IMSS HGR 220, Toluca, México, se seleccionó a aquellos pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico de DM2 mayores de 30 años de edad de la Unidad de Medicina familiar 220, Toluca, Estado de México que acude a consulta en turnos matutino y vespertino. A los cuales se les hizo la invitación para participar en la presente investigación. Posterior a ello, se realizó verbalmente una explicación del estudio y del procedimiento para recabar información. Luego, a los pacientes que aceptaron, se les citó en el aula 1 del HGR 220, donde se les dio el consentimiento informado, el cual firmaron voluntariamente. Se les aplicaron 2 cuestionarios, el primero para establecer la tipología familiar y el segundo para la evaluación de la adherencia al tratamiento médico.

Una vez obtenida la información se procedió a la evaluación, procesamiento y tabulación por métodos computarizados (Excel), para su procesamiento estadístico. Excluyendo aquella información que como se menciona en los criterios referidos no es completa o necesaria para la finalidad del estudio.

VI.7 Límite de espacio

El presente estudio se realizó en la consulta externa de la unidad de medicina familiar 220 del IMSS Toluca.

VI.8 Límite de tiempo.

El presente estudio se realizó durante los meses de septiembre de 2012 a agosto de 2013 en ambos turnos.

VI.9 Diseño de análisis

Una vez ya obtenida la información se clasificó y tabuló para la elaboración de cuadros y gráficas, con un análisis estadístico descriptivo con determinación de medidas de tendencia central (moda) y porcentajes.

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS

Este estudio se ajusta a las normas éticas institucionales sobre investigación según el reglamento de la Ley General de Salud en materia de experimentación en seres humanos, cumple con los contenidos del informe de Belmont, donde se estipulan los principios éticos básicos que deben regir la investigación biomédica. Las leyes vigentes del comité de bioética del instituto mexicano del seguro social, así como a la Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial, actualmente con las modificaciones de la 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008.

La presente investigación médica está sujeta a la normatividad ética que sirve para promover el respeto a todos los seres humanos y proteger su salud y sus derechos individuales. En el caso del presente estudio a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, en quienes se garantizó no poner en riesgo su salud y mantener sus derechos individuales.

El consentimiento voluntario para participar en el estudio se integró de la carta de consentimiento informado que es un documento legal que expresa la autonomía del paciente.

IX.RESULTADOS.

El estudio fue realizado en una población de 249 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden a la consulta externa de medicina familiar en la UMF 220 del IMSS, Toluca, Edo. De México.

La mayor frecuencia en cuanto al género fue en mujeres, con un 52% (130) en comparación de los hombres que presentan un 47.7% (119) Tabla 1, Gráfica 1.

En cuanto a las características familiares de acuerdo a su estructura, se encontró igualdad de frecuencia en la familia nuclear y extensa con un 37.7% (94) para ambas. En la extensa compuesta se encontró un 17% (42). Finalmente, la familia seminuclear se encontró en un 7.6% (19). Tabla 2, gráfica 2.

En cuanto a las características familiares de acuerdo a su desarrollo no se encontró ninguna primitiva, el 72.7% (182) son familias tradicionales y el 27.3% (67) modernas. Tabla 3, gráfica 3.

Respecto al género de los pacientes y su adherencia al tratamiento, con total adherencia al tratamiento médico, los pacientes con adherencia al tratamiento ya sea, total o parcial fueron 196, de los cuales el 50.5% (99) son varones y 49.5% (97) mujeres. Tabla 4, gráfica 4.

De acuerdo al grado de adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos tipo 2, se encontró el 19.3% (48) con adherencia total, 59.4% (148) con adherencia parcial y 21.3% (53) con no adherencia. Tabla 5, gráfica 5.

Respecto al grupo etario de los pacientes y su adherencia al tratamiento médico, se encontró que entre 30 a 39 años hubo un 13.8% (27) de pacientes tienen adherencia, en el grupo de 40 a 49 años un 37.2% (73), de 50 y 59 años 30.2% (59), y de 60 años y más 18.8% (37) pacientes tienen un grado de adherencia total o parcial. Tabla 6, gráfica 6.

La adherencia al tratamiento médico, según las características familiares en base a su estructura, mostraron que, las familias nucleares presentaron el 34.4% (32) adherencia total al tratamiento, 39.3% (37) tienen una adherencia parcial y el 26.5% (25) no se adhieren al tratamiento, de las familias extensas, 12.7% (12) se adhirieron totalmente al tratamiento, 83% (78) se adhirieron parcialmente y 4.3% (4) no se adhirieron. En la familia extensa compuesta 9.5% (4) presentaron adherencia total, 28 (66.7%) tuvieron adherencia parcial y 10 (23.8%) presentaron no adherencia. Las familias seminucleares no tuvieron ningún paciente que se adhiriera totalmente al tratamiento, solo 26.3% (5) se adhirieron parcialmente y el 73% (14) no tienen adherencia al tratamiento. Tabla 7, gráfica 7.

En cuanto a la adherencia al tratamiento y las características familiares en base a su desarrollo. No se encontraron familias arcaicas. Las familias tradicionales contaron con

un 25.8% (47) pacientes con total adherencia, 49% (89) con adherencia parcial y 25.2% (46) sin adherencia. En las familias modernas, 1.5% (1) tuvo adherencia total, 88% (59) adherencia parcial y 10.5% (7) pacientes sin adherencia. Tabla 8, gráfica8.

X. CUADROS Y GRÁFICOS

CUADRO 1

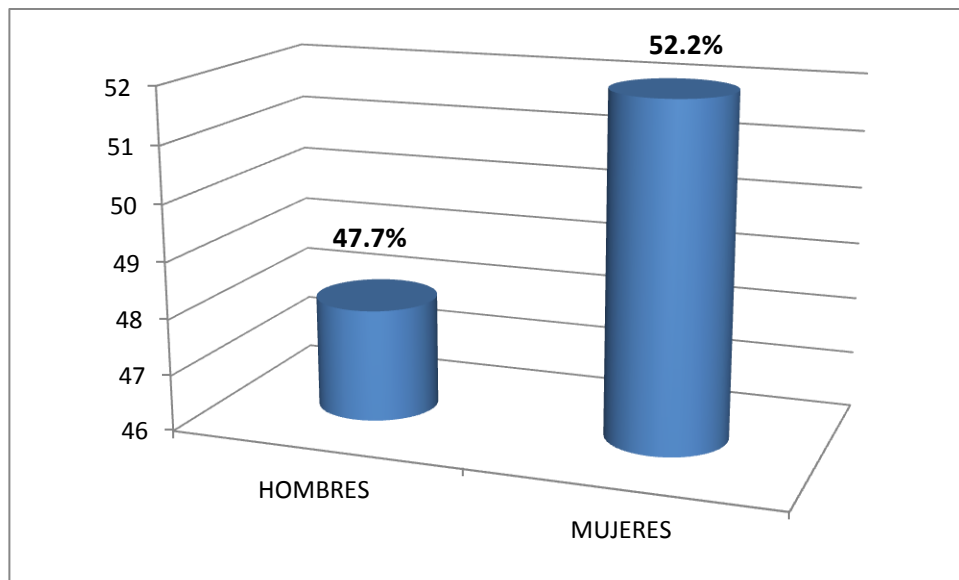
GÉNERO MÁS FRECUENTE EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

PACIENTES DIABÉTICOS	TOTAL	FRECUENCIA
HOMBRES	119	47.70%
MUJERES	130	52.2%
TOTAL	249	100%

FUENTE: CONCENTRADO DE DATOS

GRÁFICO 1

GÉNERO MÁS FRECUENTE EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2



FUENTE: CUADRO 1

CUADRO 2

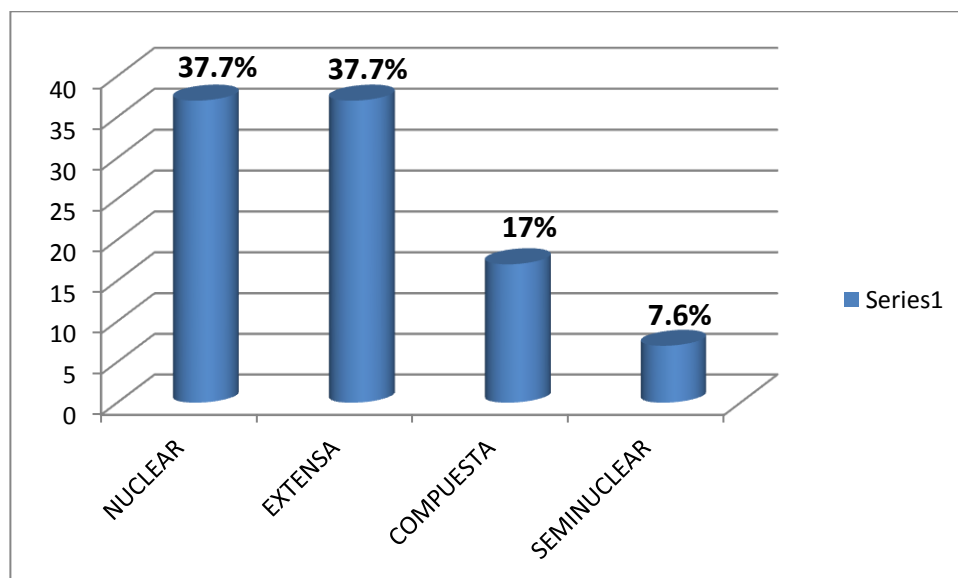
CARACTERÍSTICAS FAMILIARES DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE ACUERDO A SU ESTRUCTURA.

Estructura Familiar	Frecuencia	Porcentaje
NUCLEAR	94	37.7%
EXTENSA	94	37.7%
COMPUESTA	42	17.0%
SEMINUCLEAR	19	7.6%
TOTAL	249	100%

FUENTE: CONCENTRADO DE DATOS

GRÁFICO 2

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE ACUERDO A SU ESTRUCTURA.



FUENTE: CUADRO 2

CUADRO 3

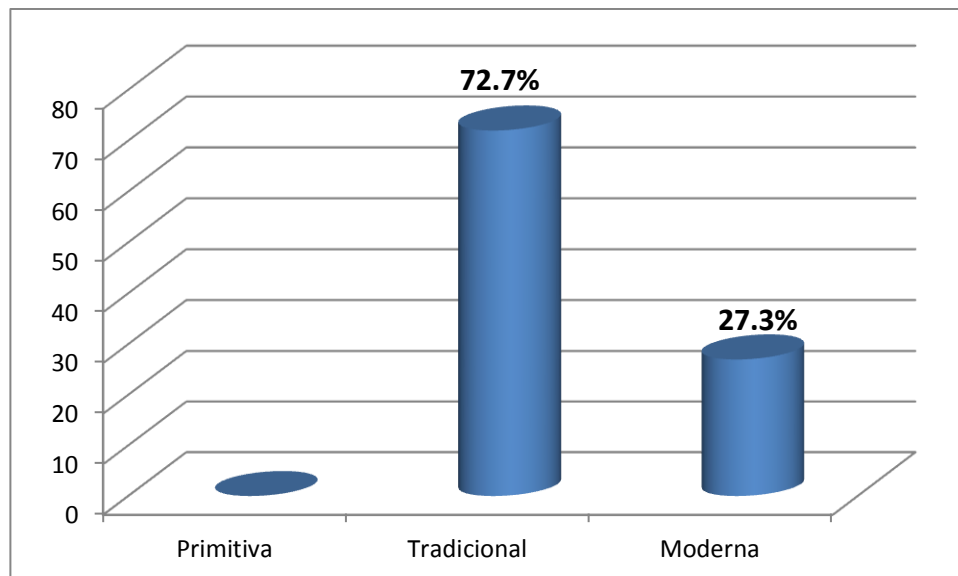
CARACTERÍSTICAS FAMILIARES DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE ACUERDO A SU DESARROLLO.

Desarrollo Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Primitiva	0	0
Tradicional	182	72.7%
Moderna	67	27.3%
TOTAL	249	100%

FUENTE: CONCENTRADO DE DATOS

GRÁFICO 3

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE ACUERDO A SU DESARROLLO.



FUENTE: CUADRO 3

CUADRO 4

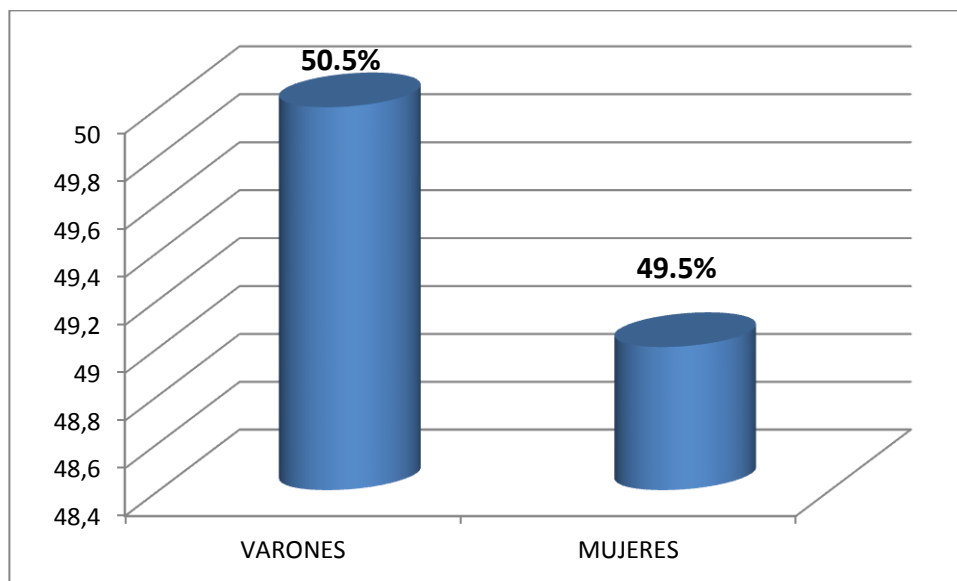
GÉNERO DE LOS PACIENTES CON MAYOR ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MÉDICO

ADHERENCIA TOTAL Y PARCIAL		
GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VARONES	99	50.5%
MUJERES	97	49.5%
TOTAL	196	100%

FUENTE: CONCENTRADO DE DATOS

GRÁFICO 4

GÉNERO DE LOS PACIENTES CON MAYOR ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MÉDICO



FUENTE: CUADRO 4

CUADRO 5

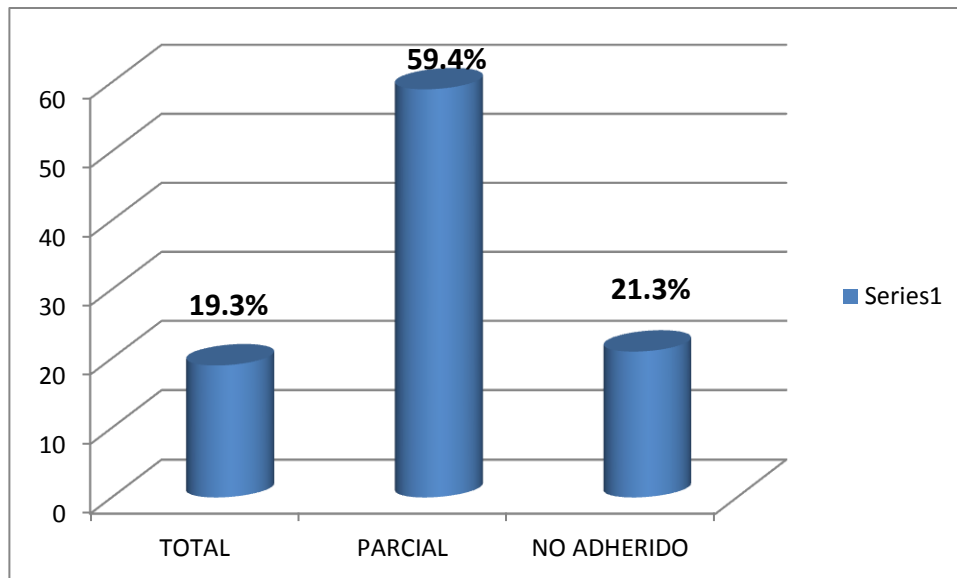
GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MÉDICO		
GRADO	Frecuencia	Porcentaje
TOTAL	48	19.3%
PARCIAL	148	59.4%
NO ADHERIDO	53	21.3%
TOTAL	249	100%

FUENTE: CONCENTRADO DE DATOS

GRÁFICO 5

GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.



FUENTE: CUADRO 5

CUADRO 6

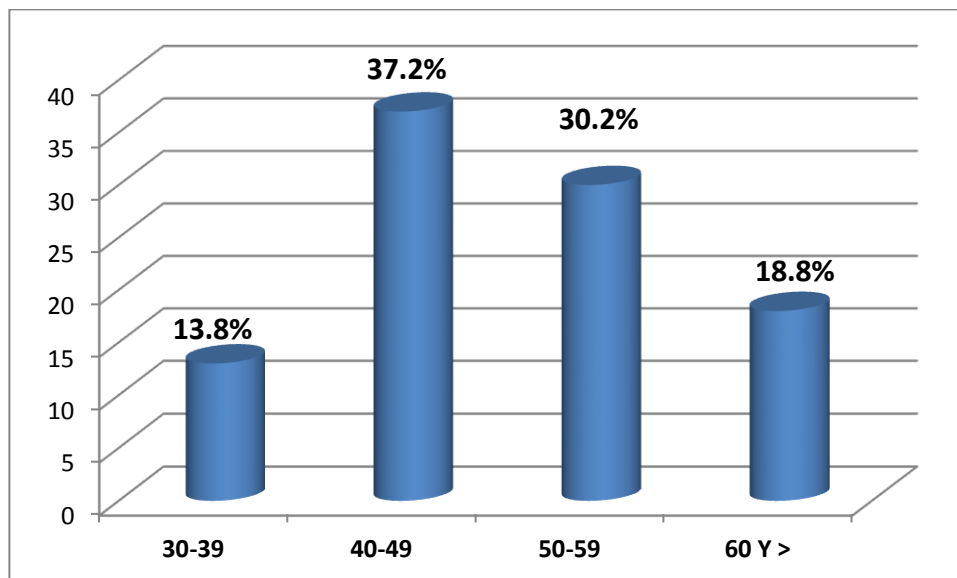
GRUPO ETARIO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CON MAYOR ADHERENCIA TRATAMIENTO MÉDICO

ADHERENCIA TOTAL Y PARCIAL		
GPO ETÁ- REO	FRECUENCIA	%
30-39	27	13,8%
40-49	73	37.2%
50-59	59	30.2%
60 Y >	37	18.8%
TOTAL	196	100%

FUENTE: CONCENTRADO DE DATOS

GRÁFICO 6

GRUPO ETARIO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CON MAYOR ADHERENCIA TRATAMIENTO MÉDICO



FUENTE: CUADRO 6

TABLA 7

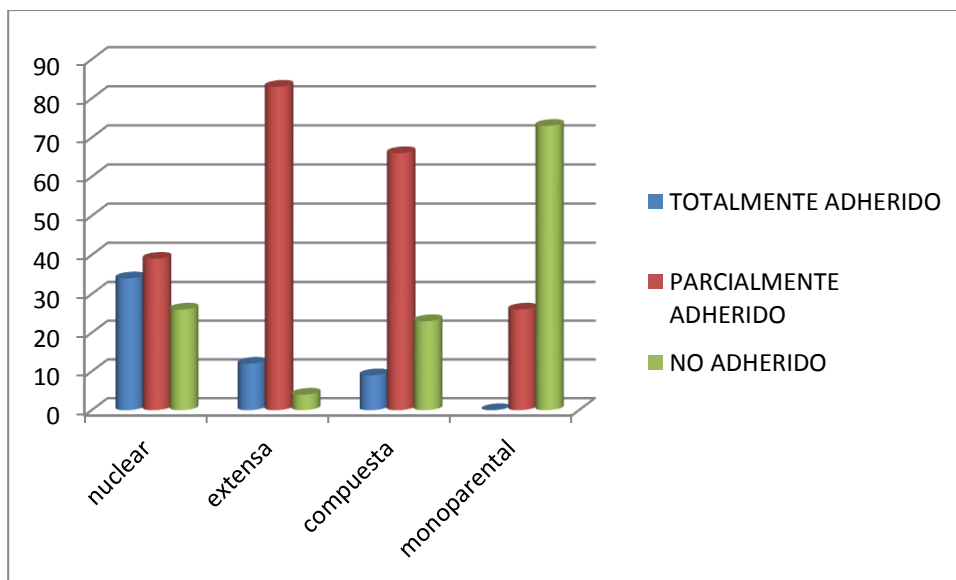
CARACTERÍSTICAS FAMILIARES EN BASE A SU ESTRUCTURA Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MÉDICO.

ADHERENCIA	NUCLEAR		EXTENSA		COMPUESTA		SEMINUCLEAR	
	FRECC	%	FRECC	%	FRECC	%	FRECC	%
TOTALMENTE ADHERIDO	32	34.4	12	12.7	4	9.5	0	0
PARCIALMENTE ADHERIDO	37	39.3	78	83	28	66.7	5	26.3
NO ADHERIDO	25	26.5	4	4.3	10	23.8	14	73.7
TOTAL	94	100	94	100	42	100	19	100

FUENTE: CONCENTRADO DE DATOS

GRÁFICA 7

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES EN BASE A SU ESTRUCTURA Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MÉDICO.



FUENTE: CUADRO 7

TABLA 8

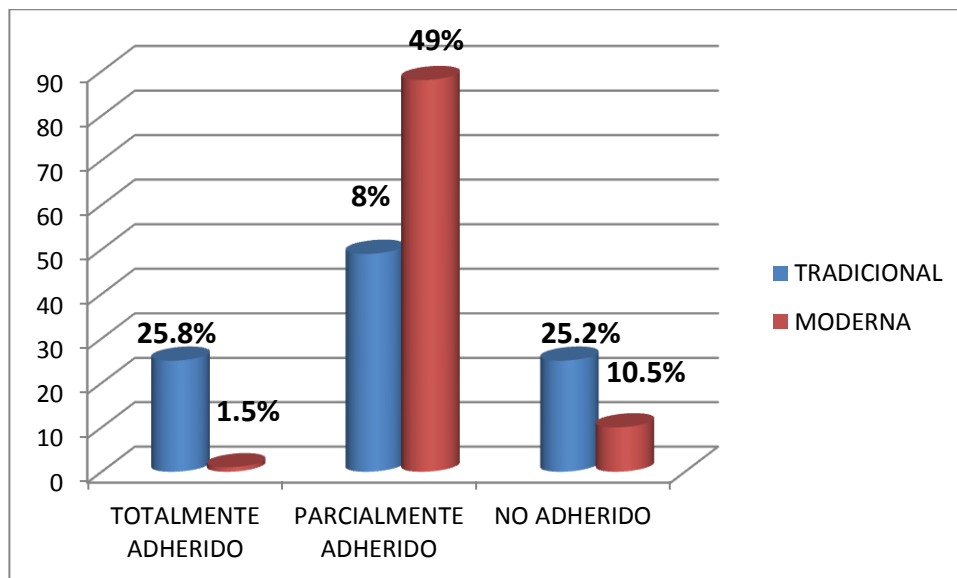
CARACTERÍSTICAS FAMILIARES EN BASE A SU DESARROLLO Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MÉDICO.

GRADO DE ADHERENCIA	TRADICIONAL		MODERNA	
	FRECC	%	FRECC	%
TOTALMENTE ADHERIDO	47	25.8	1	1.5
PARCIALMENTE ADHERIDO	89	49	59	88
NO ADHERIDO	46	25.2	7	10.5
TOTAL	182	100	67	100

FUENTE: CONCENTRADO DE DATOS

GRÁFICO 8

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES EN BASE A SU DESARROLLO Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MÉDICO.



FUENTE: CUADRO 8

XII. DISCUSIÓN

La Diabetes Mellitus, de acuerdo con la literatura, predomina en las mujeres, pero en países en vías de desarrollo, como el nuestro, tiene igualdad de género. Igualmente, en el presente estudio se encontró que, hay igualdad en la adherencia según el género, ya que, aunque las mujeres son el grupo con mayor frecuencia de Diabetes Mellitus, la diferencia ni siquiera alcanza el 5% con los hombres.

En el presente estudio se encontró que es mayor el número de pacientes que se adhieren al tratamiento entre parcial y totalmente. Éstos representan el 78.7%. Sin embargo, en el estudio Nacional sobre adherencia al tratamiento antihipertensivo publicado en la revista de cardiología en Argentina en el 2005, se reporta que, en un seguimiento a 6 meses, la adherencia al tratamiento no alcanza siquiera el 50% de los pacientes.

No existen muchos datos en la literatura acerca de la adherencia en relación con el género. Un estudio realizado en por la sociedad médica canadiense en 1999 mostró que los cambios impuestos en el tratamiento e pacientes con enfermedades crónica se observaron con mayor frecuencia en los hombres. En el presente estudio, también son los hombres los que se encontraron con mayor adherencia al tratamiento que las mujeres.

En cuanto al grupo etario, la mayor frecuencia de adherencia total al tratamiento, se encontró en el grupo de 50 a 59 años, sin embargo, es en el grupo de 40 a 49 años, donde existe mayor número de pacientes diabéticos que se adhieren entre parcial y totalmente al tratamiento. No así en el en el estudio Nacional sobre adherencia al tratamiento antihipertensivo publicado en Argentina en el 2005, donde los grupos de personas más jóvenes (30-39 años) tuvieron la mayor adherencia al tratamiento ya que se refirieron más informados sobre su enfermedad.

Se pudo observar durante el análisis de los datos, que en cuanto a las características de desarrollo y estructura, las familias modernas y las de estructura nuclear, son las que presentan un grado mayor de adherencia al tratamiento. No se encontraron estudios que evaluaran la adherencia al tratamiento según estas características de la tipología familiar. Sin embargo, el estudio de esta relación abre una línea de investigación para futuros estudios.

XI. CONCLUSIONES

Las familias nucleares y tradicionales son las que tienen mayor grado de adherencia al tratamiento, esto es, tienen un mayor porcentaje de pacientes que se adhieren totalmente al tratamiento. Sin embargo, considerando la tipología en base al desarrollo familiar, aunque las familias tradicionales son más frecuentes, no tienen el mayor número de pacientes con adherencia total y parcial al tratamiento, pero sí el mayor porcentaje de pacientes que no tienen adherencia a éste. Y en cuanto a la estructura familiar, son las familias extensas las que tienen la mayor adherencia, entre total y parcial al tratamiento médico, seguidas de las extensas compuestas. Luego entonces, se concluye que, la hipótesis se cumple, ya que las familias tradicionales y nucleares presentan el mayor porcentaje de pacientes que se adhieren totalmente al tratamiento médico.

XII. RECOMENDACIONES

- Ofrecer como parte de redes de apoyo, los servicios institucionales a los pacientes que pertenecen a las familias nucleares y seminucleares.
- Información efectiva: Los médicos familiares, deben estar entrenados para brindar las instrucciones claras, suficientes y pertinentes para el nivel mental y socio-cultural del paciente. Evitar al máximo el lenguaje técnico, pero si se presenta la situación, dedicar el tiempo necesario para informar al paciente sobre el significado general y específico del término.
- Insistir de manera rutinaria a cada paciente que no se adhiere al tratamiento médico de la importancia de hacerlo.
- Interrogar a cada paciente sobre la problemática personal y familiar para no adherirse al tratamiento y ayudarlo a encontrar una solución o alternativa.
- Realizar para los pacientes, tarjetas impresas con todas las medidas de su tratamiento y que ellos las tengan en un lugar accesible a la vista para poder consultarlas en todo momento.
- Recomendar a los pacientes formas sencillas para recordar su tratamiento farmacológico, como fichas o formas preimpresas para recordar los horarios, dosis y recomendaciones sobre cómo tomar sus medicamentos, dispositivos sonoros para avisar el olvido de una dosis. Incluso ayudas nemotécnicas que involucren a los familiares (padres, esposa, hijos mayores, personas con las que se convive y en general cuidadores).
- Los médicos, junto con los pacientes, pueden adecuar a las necesidades y condiciones particulares de cada paciente las herramientas que faciliten la adherencia a la terapia.
- Realizar campañas que incentiven a la familia y la hagan participe de este problema para que sirvan como red de apoyo a sus familiares enfermos por este padecimiento.
- El lograr la educación en la población desde la infancia respecto a las acciones preventivas es lo que se considera la base para elevar la calidad y la esperanza de vida.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Camacho P. Funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de Olson. Revista Herediana. Volumen 2, 2009. Págs. 80-85.
2. Membrillo L. Fernández O, Quiróz P, Rodríguez L. Familia. Introducción al estudio de sus elementos. Editores de textos mexicanos. 2008. Pags 39-49
3. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos en Medicina Familiar Vol. 7. 1 2005.pp 15-19.Medigraphic.
4. Revista Mexicana Infamilia. INEGI. Basada en la Encuesta sobre la Dinámica Familiar en San Pedro Garza García, 2009. Página 17- 23. Disponible en: http://www.infamilia.gob.mx/estudio_dinamica_familia/composicion_hogares.pdf
5. González C. Teoría Estructural Familiar. Revista de Psicología y Educación Integral A.C, Chile, 2008
6. Suárez M. Tópicos elementales en Medicina Familiar. MPA Journal. Lima, Perú. Año 3 Vol. 2 May-Ago 2008. Pág 106-117
7. Irigoyen A. Nuevos Fundamentos de medicina familiar. 3ª. Edición. Editorial Medicina familiar Mexicana. México. 2006 pág 187.
8. Suarez M. El Médico Familiar y la Atención a la Familia. Revista Paceaña de Medicina Familiar. 2006; 3(4); pág 95-100.
9. Gonzáles E. Psicología del ciclo vital. editorial CCS. 2da Edición. España. 2002.p.65-66
10. Organización panamericana de la salud/ organización mundial de la salud. 44.o consejo directivo. 55.a sesión del comité regional. *Washington, D.C., EUA, 22 al 26 de septiembre de 2003, Punto 4.7 del orden del día provisional CD44/10* (Esp.)18 julio 2003. ORIGINAL: INGLÉS. Disponible en línea: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/130psv13.pdf>
11. "Congreso nacional de la federación española de diabetes". Disponible en www.diariomedico.com/endocrinologia/mayo00.html - 27 [consultado junio 2012].
12. NOM.- 015-SSA2-1994. Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, publicada el 18 de enero de 2001. Disponible en: <http://bibliotecas.salud.gob.mx/gsdl/collect/nomssa/index/assoc/HASHe32c.dir/doc.pdf> (consultado en junio 2012)
13. OMS. Qué es la diabetes septiembre 2006. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html> (consultado junio 2012)
14. García de la Torre G., Moreno A. L. Pantoja M.C. Monografía Diabetes Mellitus tipo 2 México 2006. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/pibc/segundo2k61/sibc_s_2k6.pdf (Consultado: julio 2012)
15. Gigoux L, Moya R, Rojas S. Adherencia al tratamiento farmacológico y relación con el control metabólico en pacientes con DM2, Rev Chil Salud Pública 2010; Vol 14 (2-3): 238-270. Disponible en: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/13301/13617> (Consultado julio 2012)
16. Carrada M. (2010). Depresión, autocontrol y adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo II (Tesina de grado). Mendoza, Universidad del Aconcagua. Facultad de Psicología. Dirección URL del documento:

- <http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/82>. (Consultado: 29/10/12)
17. "Cuidados pacientes crónicos". España 2002. Disponible en www.perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_cuidad_cronic_3.htm (Consultado: 10/noviembre/2012)
 18. "Abordaje familiar". www.diabetic-help.com/Abordaje%20familiar%20DE%20La%20Diabetes (consultado 29/octubre/2012)
 19. Página Web e Internet Lorente Armendáriz, I. "Un diabético en la familia". año 2002. Disponible en: www.controlatudiabetes.com/un_diabetico_en_la_familia.htm (consultado: 01/noviembre/ 2012)
 20. Página Web e Internet. Educación. Diabetes y familia". Disponible en: www.clinidiabet.com/es/infodiabetes/02_educacion/06_viviendo/08.htm (Consultado: 01/noviembre/2012)
 21. López D, López V, Ruiz M, López J, Escobar AN. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. Rev Med (Mex). 2004;42(4):281-4. (Consultado: 05/noviembre/2012)
 22. Miller C, Davis M. The influential role of social support in diabetes management. Topic Clin Nutrit. 2005;20(2):157-65. (Consultado: 05/noviembre/2012)
 23. Garay S, Nava L, Malacara J, Huerta R, León J, et al. Adherence to treatment and social support in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. J Diabetes Complications. 1995;9(2):81-6. (Consultado: 05/novimbre/2012)
 24. Wang CY, Fenske MM. Self-care of adults with non-insulin-dependent-diabetes mellitus: influence of family and friends. Diabetes Educ. 1996;22(5):465-70. (Consultado: 05/novimbre/2012)
 25. Cifuentes R. La familia. ¿Apoyo o desaliento para el paciente diabético? Disponible en: www.cucs.udg.mx/invsalud/diciembre2003/art4.html (consultado 10/noviembre/2012)
 26. Camarillo G. Instituto de Salud Pública UV. Enero 2012 Grado de apego al tratamiento de Pacientes diabéticos. Disponible en: <http://www.uv.mx/msp/files/2012/11/TesisGuadalupeCamarillo.pdf>
 27. Martínez J, Villa P; Jaramillo J; Quintero B; Calderón V. Validación del Cuestionario de adherencia al tratamiento anti hipertensivo Martín Bayarré Grau. Revista Médica de Risaralda Vol 17 N°2 Diciembre de 2011.

ANEXO 1



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"CARACTERÍSTICAS FAMILIARES EN BASE A SU ESTRUCTURA Y DESARROLLO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO2 Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MÉDICO EN LA UMF 220 DEL IMSS TOLUCA, MEXICO DURANTE EL AÑO 2012"
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	UMF N° 220, TOLUCA, EDO. DE MÉXICO, ENERO DE 2013
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	LAS CARACTERÍSTICAS FAMILIARES CONSTITUYEN UN FACTOR PROTECTOR A LA SALUD. LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS PRESENTAN DIFERENTES GRADOS DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MÉDICO. ES IMPORTANTE
Procedimientos:	EL INVESTIGADOR APLICARÁ AL PACIENTE - INDIVIDUAL O HETEROADMINISTRADA- UN "Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica"
Posibles riesgos y molestias:	NINGUNO
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y EL GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MÉDICO DE EL PARTICIPANTE CONOCER LAS POSIBLES ACCIONES PREVENTIVAS QUE SE PUEDEN LLEVAR A CABO
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	A TRAVÉS DEL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL DE LA INSTITUCION
Participación o retiro:	NO EXISTE CONDICIONANTE EL PACIENTE PUEDE RETIRARSE CUANDO LO DESEE
Privacidad y confidencialidad:	LOS DATOS DE LOS PACIENTES SE MANEJARÁN CON ESTRUCTA PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD SÓLO SERÁN USADOS PARA FINES DEL ESTUDIO.

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

- No autoriza que se tome la muestra.
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio: _____

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

Investigador Responsable:

M.C. MARÍA FERNANDA RODRÍGUEZ ANCONA

Colaboradores:

ESP. EN MED.FAM. JUANA BECERRIL ESTEBAN. UNIDAD DE MED. FAM. 220

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 2.

CUESTIONARIO PARA IDENTIFICAR TIPOLOGÍA FAMILIAR EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE
MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 220 TOLUCA, MÉXICO

Nombre (Iniciales): _____

Edad: _____ Fecha: _____

1. ¿Cuántos integrantes son en su familia?
2. ¿Quién vive con usted en su domicilio?
3. ¿Quién aporta para la manutención de su familia y hogar?
4. ¿Quién es y a qué se dedica la persona que mantiene su casa?

FAMILIA

Nuclear _____

Tradicional _____

Extensa _____

Moderna _____

Compuesta _____

Primitiva _____

Monoparental _____

ANEXO 3

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

Estimado paciente:

Solicitamos su colaboración Para estudiar cómo se comporta el cumplimiento de las indicaciones orientadas a los pacientes con hipertensión arterial. 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

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, cuál o cuáles le ha indicado su médico.

Tratamiento higiénico-dietético:

1. Dieta sin carbohidratos o baja en estos _____

2. Consumir grasa no animal _____

3. Realizar ejercicio físico _____

B) Tiene Usted indicado tratamiento con medicamentos.

1. Si _____

2. No _____

C) 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, cómo cumplir el tratamiento

12. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médicos