



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE MEDICINA

FACTORES PERSONALES, FAMILIARES Y DE SERVICIOS DE SALUD
PRESENTES EN EL TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA DIABETES MELLITUS
TIPO 2 DE LA UMF No. 16.

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el diploma de Especialidad en
Medicina Familiar

Presenta:

Médico General Patricia Silva Salgado

BIBLIOTECA CENTRAL, U.A.Q.

Dirigido por:

Médico Especialista Jorge Velázquez Tlapanco

SINODALES

Med. Esp. Jorge Velázquez Tlapanco
Presidente

Firma

M en C Genaro Vega Malagón
Secretario

Firma

Med. Esp. Martha Leticia Martínez Martínez
Vocal

Firma

Med. Esp. Ma del Rosario Ruelas Candelas
Suplente

Firma

M en C. Minerva Escartín Chávez
Suplente

Firma

Med. Esp. Benjamín Moreno Pérez
Director de la Facultad

Dr. Luis Gerardo Hernández Sandoval
Director de Investigación y
Posgrado

Centro Universitario
Junio 2006
Querétaro
México

No. Adq. H67170

No. Título _____

Clas. TS

616.462

9586f

BIBLIOTECA CENTRAL U.S.A.

RESUMEN

Introducción: La DM tipo 2 es un padecimiento crónico, la atención médica y el control implica, la disponibilidad de los servicios, calidad de atención, impacto que genera sobre el propio enfermo y sus familias, siendo el apoyo algo similar a un amortiguador de estrés, existiendo una respuesta emotiva ante la enfermedad evaluada con escala de Bellak. **Objetivo:** Identificar factores personales, familiares y de los servicios de salud que influyen en el tratamiento integral de la DM tipo 2. **Material y métodos:** Se realizó estudio transversal en derechohabientes de la UMF 16, que acudieron a control de junio a diciembre de 1998, sin complicaciones tardías de la propia enfermedad, sin secuelas neurológicas y que utilizaran hipoglucemiantes orales. El tamaño de la muestra fue de 40 pacientes con una confiabilidad del 95 %, análisis estadístico con estadística descriptiva, se aplicó cuestionario dirigido con datos sobre características personales, familiares y de los servicios de salud. Escala de Bellak que de manera esquemática presenta cinco tipos de respuesta ante una enfermedad, revisión de expedientes, orientación nutricional y resultados de laboratorio de las 2 últimas glicemias, considerándose tratamiento cuando se otorgó al paciente, prescripción farmacológica, consulta nutricional, orientación sobre el padecimiento y ejercicio. De los pacientes en estudio 65 % fueron mujeres, con una media de 59 años de edad. El 47 % presentó una respuesta psicológica normal ante la enfermedad, 28 % invalidez (síntomas y actitudes que lo limitan para llevar su vida social y ocupacional), 23 % evasión (expresándola con exceso de actividades y alegrías falsas,), 3 % depresión reactiva. El 46 % de los pacientes reciben apoyo y solidaridad por parte de sus familiares. El 40 % si cumple prescripción médica, el departamento de nutrición otorga atención al 15 %, trabajo social al 93 % y el 95 % de los pacientes están de acuerdo con la disponibilidad del servicio. El 20 % lleva tratamiento establecido para la enfermedad. Se encontro niveles de glucosa menores de 126 mg/dl el 20 %, presentando 75 % reacción de invalidez con un promedio de evolución de 7 años. De 126-200 mg/dl 43 % y más de 200 mg/dl 37 %. Presentando el 50 % una respuesta emotiva normal ante el padecimiento. **Conclusiones:** No predomina ningún factor.

(Palabras Clave: Tratamiento, factores personales, familiares y servicios de salud.)

SUMMARY

Introduction: The DM type 2, its a chronic suffering, the medical attention and its control involves, the disposition of the services, control quality and the impact on the patient and its family, the support its something similar to a stree shock, existing a emotive answer to the diases measure with the Bellak standards. **Objective:** identify if there are personal factors, familiar factor or the health services have ang influence on the treatment of the DM type 2. **material and methods:** I elaborate a transversal study on the patients of UMF 16, Querétaro, Qro. That went to control from june to december of 1998 with DM type 2. Without any late complications, without any neurologic consequence and were using oral hypoglycemic. The size of the sample was of forty patients with and index of confiability on 95 %, statistical analysis with descriptive statistic. I apply a guide test with dates over the personal characteristic, familiar characteristic and the health services with the Bellak standardsque that of schematic way presents/ displays five types of answer before disease, revicion of expedients, nutricional direction, the reunion of files and the laboratory test results of the last two glicemics, we considerate treatment when they gave the patient pharmacological prescription, nutritional consult, orientation on the disease and exercise. The result was that sixty five percent of the patients were woman with an average age of fifty nine years. The 47 % gave a normal psychological answer the diases, 28 % invalite (symptoms and attitudes that limit social lives and their jobs), 23 % evasion (they express an excess of activity and false joy) and 3 % reactive depression. The 46 % receive support from their families, The nutrition department gives attention al 15% the social work to the 93 % and the 95 % agree with the disponibility of the services. 20 % have an stablish treatment for the disease and the levels foundes of glucose short of 126 mg/dl the 20 %, presenting 75 % invalite reaction with an average of evolution of seven years. Of 126 – 200 mg /dl 43 % and more 200 mg /dl the 37 %. Presenting 50 % emotive normal answer to the disease. **Conclusions:** Any factors does not predominate.

(**Key Words:** Treatment, personal factors, family factors and the health services.)

AGRADECIMIENTOS

A mis padres y hermanos que me han brindado todo el apoyo, comprensión y amor, que han hecho posible mi sueño de ser médico, con sacrificios desinteresados, enseñándome a mantener siempre la fe y esperanza.

A todos mis maestros quienes no solo han sido ejemplo a seguir de su excelencia como profesionistas, sino además punto de referencia por su gran calidad humana y muy especialmente a quienes ya no están con nosotros.

A todos mis amigos por brindarme su amistad, paciencia e impulsarme a conseguir mis metas.

Al Dr. Nicolas Díaz Olivares, por su cordial disposición a la enseñanza, orientación, tolerancia e infundirnos confianza en nosotros mismos para lograr metas que en ocasiones parecían inalcanzables.

Al Dr, Jorge Velásquez Tlapanco por su apoyo que me brindo durante la residencia y siempre cuando he necesitado.

A la Dra. Martha Leticia Martínez Martínez quien siempre ha estado en la mejor disposición de apoyar y darnos confianza incondicionalmente.

ÍNDICE

	Página
Resumen	i
Summary	ii
Agradecimientos	iii
Índice	iv
Índice de cuadros	v
Índice de figuras	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
I.1 Justificación	5
I.2 Objetivo General	5
I.3 Objetivos Específicos	5
II. REVISIÓN DE LITERATURA	6
III. METODOLOGÍA	16
III.1 Diseño de estudio	16
III.2 Consideraciones éticas	18
III.3 Análisis estadístico	18
III.4 Material y métodos	19
IV. RESULTADOS	20
V. DISCUSIÓN	32
VI. CONCLUSIONES	35
VII. PROPUESTAS	36
VIII. BIBLIOGRAFÍA	37
IX. ANEXOS	40
IX.1 Anexo I	40
IX.2 Anexo II	42
IX.3 Anexo III	43

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro	Página
IV.1 Piramide poblacional por grupo etáreo y sexo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF No. 16	22
IV.2 Estado civil de la población de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF No. 16	23
IV.3 Rol familiar de la población de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF No. 16	24
IV.4 Participación de la familia (apoyo y solidaridad) por sexo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF No. 16	25
IV.5 Factores personales y niveles de glucosa según respuesta emotiva escala de Bellak en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF No. 16	26

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura		Página
IV.1	Respuesta ante la enfermedad de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF No.16 según escala de Bellak	27
IV.2	Participación familiar de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF No. 16	28
IV.3	Cumplimiento de los servicios de salud en la atención de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la UMF No. 16	29
IV.4	Cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes con diabetes mellitus tipo de la UMF No. 16	30
IV.5	Niveles de glucosa de la población de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF NO.16	31

I. INTRODUCCION

Se sabe desde hace tiempo la importancia del papel que juegan los factores psicológicos en el paciente diabético. En el siglo XVII, Thomas Willis atribuyó la causa de la diabetes a una "pena prolongada". Los intentos iniciales de definir la relación entre el estado físico y emocional, datan de los años cincuentas, cuando se centro la búsqueda de "Personalidad diabética", investigando la correlación posible entre los rasgos de personalidad y cierta predisposición (Vázquez, 1994). Actualmente se sabe que son: factores en etiología de la diabetes determinantes de fluctuaciones en el control metabólico del paciente, consecuencias de la diabetes mellitus, producto del desajuste de la diabetes a nivel del sistema nervioso central (Bueno, 1993).

Se intentó relacionar un conflicto nuclear neurótico específico y el desarrollo de la diabetes. Se postuló que el conflicto central básico del diabético, era el que existía entre; cuidar a los demás y el ser cuidado (Váladez, 1993).

Los investigadores se acercaron al problema, estudiando los factores psicológicos sobre el comienzo, curso y el impacto de la diabetes en el ajuste psicológico (Robles, 1995).

Los factores psicosociales son influencia relevante a través de la respuesta psicobiológica, modificando la conducta del paciente frente a su padecimiento. El efecto psicológico de una enfermedad es una función de la personalidad anterior del paciente, existente entre la personalidad premórbida y el grado de respuesta patológica que surge ante la incapacidad.

Bellak presenta de una manera esquemática 5 tipos de respuesta ante una enfermedad o una incapacidad.

1.- Una reacción " Normal " a una angustia o depresión, disminuyendo y convirtiéndose en una preocupación aproximadamente proporcionada al grado real de la enfermedad o de la incapacidad.

2.- Una reacción evasiva que se expresa en una negación de la enfermedad; suele acompañarse por un exceso de actividad y alegría falsa. Esta actitud con frecuencia se convierte en una depresión con angustia que se manifiesta en una desobediencia a seguir las instrucciones del médico.

3.- Una depresión reactiva que puede prolongarse y que implica hipocondría.

4.- Una canalización de todas las ansiedades ya existentes al nuevo foco de preocupación, por lo tanto parecen ser más dóciles.

5.- La invalidez psicológica, por ejemplo cuando un paciente que físicamente es capaz de funcionar tanto social como ocupacionalmente desarrolla temores, síntomas o actitudes que lo incapacitan.

Es necesario favorecer la aceptación del padecimiento e identificar la patología psiquiátrica: como los trastornos afectivos y de ansiedad, cuyo manejo se asocia a la mejoría de la calidad de vida y a la adherencia del paciente al tratamiento (Olmedo, 1998).

Con frecuencia se comprometen aspectos fundamentales del aspecto humano, como la capacidad laboral, la vida en familia o la adaptación a nuevas demandas impuestas por el ambiente y la sociedad (De Los Ríos, 2004).

Por esta razón al investigarse las ansiedades del paciente se debe examinar el significado superficial que la enfermedad tiene para él; también se deben averiguar bien cuales son los factores que provienen de ideas anteriores que fueron reprimidas profundamente y que encuentran representación actual en algunos revestimientos psíquicos.

De igual manera las experiencias emocionales con los alimentos y la exposición a la educación nutricional contribuyen a formar sus hábitos dietéticos, siendo en alguna medida producto de su cultura y grupo social (tipo de familia, educación de cada miembro, desarrollo familiar).

La atención médica y el control de este padecimiento, implica no solo la

disponibilidad y organización de los servicios y la calidad de atención, sino también el impacto que genera sobre el propio enfermo y sus familias (Hunt, 1998).

El manejo integral del paciente diabético, requiere tomar en cuenta el contexto familiar para el control metabólico, el cual no funciona en un medio aislado, sino en un medio social, jugando la familia el papel más importante. Siendo el diabético una parte de un sistema familiar funcionante, reflejándose en las actitudes y comportamiento.

Un enfermo con diabetes, se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose a su familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud. La respuesta que le brinden influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica y el cumplimiento de esta. Sin esta ayuda el paciente quizá no de prioridad necesaria en el control de su padecimiento (García, 1997).

En consecuencia el enfermo esta obligado a realizar diversos y complejos cambios a nivel individual, familiar, laboral y social. El individuo busca ayuda y/o recibe el apoyo no solo de los profesionales del área de salud, sino también en forma importante y permanente de la familia. Se considera que el apoyo es algo similar a un amortiguador del estrés, originado por la enfermedad crónica. Además de que influye en el desarrollo de las conductas de salud o el autocuidado.

La falta de comunicación entre el médico y el paciente influyen cuando este no comprende los consejos del médico o los olvida por su edad avanzada, es posible por que el médico no haya explicado correctamente el tratamiento, que no haya recalcado debidamente la necesidad de que el mismo sea continuo o que no lo haya motivado. La renuencia del médico a dedicar el tiempo necesario en cada consulta, rara vez permite que los pacientes se atrean a pedir información adicional o aclaración (de 404 consultas 10 aclararon y pidieron información adicional) (Robles, 1995).

Se ha observado que el conocimiento por si mismo no basta para lograr un optimo control en pacientes diabéticos, depende también de la motivación y la actitud del médico en la atención de los enfermos, elemento asociado a un mejor control metabólico (Rodríguez, 2003).

El apego al tratamiento es importante para evaluar la evolución clínica, ya que una alianza terapéutica entre el paciente y el médico es necesaria para el éxito del tratamiento (Duran, 2001).

Hoy en día se ha demostrado que el control estricto de la glucemia, incluyendo la postprandial (2 horas posteriores al alimento), es necesario para retardar la aparición de las complicaciones (González, 2002).

I.1 Justificación

El tratamiento del paciente con diabetes tipo 2 debe ser integral, donde participan el mismo paciente, su familia, trabajo social, la dietóloga y el médico. Es mediante la educación lograr el objetivo del autocuidado de la enfermedad a través de las diferentes acciones como son: cumplir con el tratamiento farmacológico, alimenticio y de ejercicio establecido. Sin embargo se ha observado que el paciente no cumple, de ahí que surge el interés del presente trabajo, para determinar si son los factores personales, familiares y/o los servicios de salud los que influyen.

I.2 Objetivo General

Describir los factores: personales, familiares y de los servicios de salud que influyen en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la UMF No. 16.

I.3 Objetivos Especificos

- 1.- Identificar el factor personal en el tratamiento integral de la diabetes mellitus.
- 2.- Identificar los factores familiares en el tratamiento integral de la diabetes mellitus.
- 3.- Identificar los servicios de salud, en el tratamiento integral de la diabetes mellitus tipo 2.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

La diabetes es una enfermedad crónica que afecta aproximadamente a 130 millones de personas en todo el mundo y se estima que la cifra llegará a alrededor de 300 millones en el año 2025.

Dicho aumento incidirá en los países latinoamericanos, ya que el 80% de los años de vida que se pierden en el mundo por discapacidad a causa de la DM corresponden a los países en desarrollo (Gagliardino, 2001).

Es una de las mayores causas de incapacidades y hospitalizaciones, representando un problema personal y de salud pública de enormes proporciones por lo menos el 7% de ellas fallecen por complicaciones propias de la enfermedad y su prevalencia, se sitúa entre el 2 y 6% de la población y va aumentando con la edad.

La definición clásica de la diabetes, fue dada por la Organización Mundial de la Salud en 1985 (OMS-85): 2 determinaciones de Glucemia Basal (GB) iguales o superiores a 140 mg/dl, una determinación al azar igual o superior a 200 mg/dl en pacientes sintomáticos o 1 glicemia a las 2 hrs (G 2 H) de la sobrecarga oral con 75 gr. de glucosa (SOG) igual o superior a 200 mg/dl.

Como es bien sabido, la Asociación Americana de Diabetes (ADA), estableció en 1997 nuevos criterios diagnósticos, reduciendo las cifras de glucemia basal a 126 mg/dl (Llanes, 2002).

En junio de 1997, se propuso una nueva clasificación de la diabetes, formulada tras el acuerdo del Comité de Expertos de la ADA y la OMS. Los cambios fundamentales han sido.

- 1.- Se eliminan los términos de DMID y DMNID.
- 2.- Se propone utilizar los términos de DM tipo 1 y tipo 2 (con números arábigos).

3.- Se definen nuevos valores de normalidad-enfermedad.

4.- Se introduce una nueva categoría clínica, la Glucemia Basal alterada.

5.-Se recomiendan nuevos criterios de cribado de diabetes mellitus.

6.-Desaparece la recomendación de cribado universal de la diabetes gestacional, recomendándose el cribado selectivo. No se recomienda el cribado en mujeres de bajo riesgo, menores de 25 años, con normo peso, sin antecedentes familiares de diabetes y que no sean miembros de grupos étnicos con alta prevalencia de diabetes.

Aunque puede ocurrir a cualquier edad, es habitual su comienzo en la vida adulta, después de los 40 años. Caracterizada por resistencia insulínica asociada usualmente a un déficit relativo de insulina. Puede variar desde el predominio de la resistencia insulínica con un relativo déficit de insulina a un predominio del déficit en la secreción de insulina con resistencia insulínica. La obesidad está presente en 80% de los pacientes. Los pacientes que no se consideran obesos por los criterios tradicionales pueden presentar un aumento en el porcentaje de grasa distribuida de forma predominante en la región abdominal. El riesgo de desarrollar esta forma de diabetes aumenta con la edad, el peso y la falta de actividad física, es más frecuente en mujeres con antecedentes de diabetes gestacional y en individuos con hipertensión o dislipidemia. Suele tener un comienzo insidioso, representa el 90-95% de los casos de diabetes, son resistentes a la cetoacidosis, aunque pueden presentarla en situaciones de estrés o infección, no precisan la insulina para mantener la vida, aunque pueden requerirla para conseguir el control glucémico. Esta frecuentemente asociada con una fuerte predisposición genética, sin embargo, este factor genético es complejo y no claramente definido.

Recientemente, además, se viene propugnando mejorar el diagnóstico precoz de la diabetes, mediante la utilización combinada en pacientes de riesgo de la Glucemia Basal (GB), con la Hemoglobina Glucosilada (HbA_{1c}), pero el costo y la falta de estandarización de esta determinación hacen que aún no sea recomendada. Un problema aparte lo constituyen las alteraciones glucídicas prediabéticas. La ADA reconoce el concepto previo de tolerancia anormal a la glucosa (TAG), mejor que

“Intolerancia a la Glucosa” - definido por la OMS, como GB menor a 140 mg/dl y G2Hr entre 140-200 mg/dl. Más de la mitad tienen GB normal. Su prevalencia es del 10-11%, pero puede llegar en Atención Primaria al 15% y con búsqueda oportunista (Obesidad, Antecedentes Familiares, Fármacos o anomalía glucémica previa), hasta el 27%. Su etiopatogénia es la disfunción betacelular. Puede ser transitoria, persistente o en progresión, con una tasa anual de nuevos diabéticos del 6-14% (Llanes, 2002).

1.- En la mayoría de los países, alrededor del 50% de los pacientes desconocen su enfermedad y por ende, no se tratan.

2.- Un 20 a 30% de los pacientes que conocen su enfermedad no cumplen ningún tipo de tratamiento.

3.- El 60% de los casos de DM se diagnostican de forma casual, generalmente a consecuencia de las manifestaciones clínicas de alguna de sus complicaciones crónicas.

Por lo tanto, alrededor de 2/3 de la población con DM tienen o están en riesgo de sufrir complicaciones crónicas, la diabetes también puede causar complicaciones agudas. Es también factor de riesgo para otras causas de muerte como la enfermedad cardiovascular y cerebrovascular. Es la causa más frecuente de polineuropatía, con afección aproximada en el 50% de los diagnósticos a los 25 años de evolución, es responsable del 50% de las amputaciones no traumáticas, la neuropatía diabética es actualmente la causa principal de insuficiencia renal diabetes. A detección precoz en personas asintomáticas podría prevenir o retrasar las complicaciones relacionadas directamente con la duración y severidad de las hiperglucemias.

El 20-30% de las cegueras registradas son por retinopatía diabética, siendo la primera causa en países industrializados. Se estima que afecta al 40-50% de todos los diabéticos, presentando el 10% retinopatía proliferativa, el 30-40% con más de 20 años de evolución presentan algún grado de afección renal, el RR de IR es 25 veces superior, 60-70% tienen algún grado de neuropatía, a nivel cardiovascular afecta a más del 40% de la población con más de 10 años de evolución. El riesgo de

desarrollar enfermedad coronaria cerebral o periférica es 2-4 veces mayor en el diabético 2:1 H: M.

Las complicaciones crónicas que constituyen la causa más importante de la morbi-mortalidad y los costos de la DM, puede reducirse de manera significativa mediante el control adecuado de la glucemia y de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) asociadas. Cabe señalar que el costo del tratamiento de las complicaciones crónicas representa la mitad de los costos de atención de la DM. La eficacia de las estrategias de prevención, depende en parte de la calidad de la atención brindada a las personas con DM. Por lo tanto, la evaluación de la calidad de esa atención preocupa a los pacientes a sus familiares, a los profesionales de la salud, a las entidades financieras y a las autoridades de Salud Pública. En virtud de que la Diabetes requiere de un manejo cotidiano independiente de los medios, es necesario que todo diabético perciba su propia conducta como parte de la responsabilidad en el control de la enfermedad y que las personas de su entorno otorguen el apoyo adecuado para lograr los objetivos del tratamiento.

Un estudio de 114 pacientes diabéticos reportó: trastornos de depresión mayor, trastornos de ansiedad, agarofobia y fobia simple, en aquellos con mal control metabólico; aumentando los síntomas propios de la diabetes, interfiriendo con el desarrollo adecuado de la personalidad y autoestima. Influyendo así al descontrol metabólico del padecimiento (Homedes, 1994).

Las limitaciones que sufre un enfermo diabético, es una mayor dependencia hacia los demás; para que lo auxilién en la vigilancia, la toma de decisiones y la ejecución de acciones adecuadas. Sin esta ayuda el paciente no da prioridad necesaria a su propia asistencia y control metabólico.

Un fenómeno de toda psicopatología y un aliado común de los padecimientos orgánicos es la ganancia secundaria. El lograr la atención de los demás, el eludir las responsabilidades, el control y la tiranía que se ejercen sobre la familia, y los medios que se emplean para capitalizar y explotar la enfermedad son

todos demasiados conocidos y pueden verse con toda claridad en la "Neurosis de seguro" o "síndrome de pensión", en donde la enfermedad ha traído consigo una ventaja para el paciente y que inconscientemente puede operar de una manera que retarda la recuperación.

Por otra parte los pacientes, saben muy poco sobre su propia enfermedad, así como las razones por las que debe tomar el medicamento. Su renuencia a aceptar un medicamento desagradable, irresponsabilidad ó falta de motivación, perdidas de fé al tratamiento y su aparente mejoría influyen directamente en el tratamiento.

En países desarrollados indican un 50% a 60% de los pacientes que no cumplen con su tratamiento médico (Cayuelas, 1993).

En cuanto al papel del paciente en la familia. Se considera que numerosas madres (44.6%), no están controladas, que al depender económicamente y tener menor contacto social, frecuentemente dejan el trabajo para emplear su tiempo y energía en el cuidado de su familia y esperan lograr su control metabólico con una intervención mínima o nula de la familia.

El 67.7% es económicamente inactiva (diabéticos dependientes). El 62.8% reciben un ingreso familiar menor o igual al salario mínimo, el 49.5% se encuentra en fase de retiró (47% controlados) (Robles, 1995).

En la dinámica familiar normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y contar con el apoyo de los demás (Méndez, 2004).

La información que tienen los familiares sobre la diabetes, influye para el apoyo que otorguen al paciente.

Considerando como conducta de apoyo: el acompañar a su familiar a la consulta, a realizar ejercicio, comer los mismos alimentos. Con una interacción permanente con los médicos y el personal de salud, tomando decisiones sobre el tipo de cuidado que debe ofrecer o bien buscar ayuda complementaria cuando lo necesite (Valadez, 1993).

Cárdenas demostró que la funcionalidad del sistema familiar, medida a través del apgar familiar, tenía relación directa con el control metabólico, encontrándose afectado en familias procedentes disfuncionales. El 74.3% de los pacientes, ubican a su familia como funcional (apgar de 7-10) y 28% como disfuncional (apgar de 4-6) (Vázquez, 1994).

Glasgow y otros autores han relacionado el control metabólico con la adherencia terapéutica del paciente y el grado de apoyo proporcionado por sus familiares, a través de determinadas conductas, evaluando el nivel del soporte que brindan y la satisfacción percibida por el enfermo.

La tarea de apoyar a su familiar enfermo, adquiere más importancia, ya que solo la familia puede transformar y al mismo tiempo es un recurso para el mantenimiento y control de la enfermedad.

Lomnitz y Sussman; manifestaron que la familia extensa tiene como aspecto fundamental la ayuda mutua (Valadez, 1993).

Una familia donde existe un antecedente o complicación de diabetes tipo 2, se espera un mejor control en el paciente (65% controlados con antecedentes de la enfermedad). Lo anterior sugiere que se presta más apoyo para el control de una nueva enfermedad dentro de la familia y que aún con antecedentes dejan de brindar ayuda, cuando después de varios años de vivir con un paciente diabético comprenden que su conducta no alterara el curso de la enfermedad, es decir, no hay remisión (Valadez, 1993).

Las familias que cuentan con un miembro con diabétes, suelen funcionar en base a características de excesiva fusión e incapacidad para resolver los conflictos. Evitación y desviación de estos a través del enfermo de la familia y una excesiva rigidez, propio de lo descrito estructuralmente como "Familia psicósomática" de Minuchin (Vázquez, 1994).

En general los cónyuges y los hijos adultos, son quienes asumen la responsabilidad. Las mujeres reciben más apoyo de sus hijos que de sus cónyuges, siendo en un 80% las cuidadoras principalmente. Los individuos con altos ingresos prefieren vivir solos. El 65.2% tienen una estructura familiar nuclear (Homedes, 1994).

El 87.5% de los pacientes en un grupo de casos y 30% en el de los controles consideran el apoyo familiar como muy útil para el control de su enfermedad, mientras que el 12.5% de los casos y 70% de los controles, lo perciben como útil o indiferente, el apoyo familiar se determinó con el cuestionario EBAS (Environmental Barriers to Adherent Scales) (Rodríguez, 1997).

Con la intensa búsqueda de mejorar e inferir en el autocuidado para el control metabólico de la glucemia del paciente diabético o retardar la aparición de complicaciones crónicas propias de la enfermedad y con esto mejorar la calidad de vida ha sido un de los principales retos.

La Organización mundial de la Salud considera al estilo de vida como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinadas por factores socioculturales y por las características personales de los individuos.

Han surgido instrumentos para medir el estilo de vida. Dos de los cuestionarios más conocidos de este tipo son el FANTASIC y el Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP). Estos instrumentos han sido traducidos al idioma español, pero su utilización ha sido escasa surgiendo en marzo 2003 el cuestionario IMEVID

(Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos), realizado por Médicos Mexicanos (López, 2003).

La falta de organización de los servicios de salud como: espera prolongada, conflictos entre los horarios de atención y trabajo, dificultad para conseguir una consulta, distancia del centro de atención médica, influyen para el incumplimiento del tratamiento integral del paciente diabético tipo 2.

En cuanto al tratamiento: los efectos secundarios, falta de confianza en el fármaco, número excesivo de medicamentos, la sensación de mejoría aparente, son también factores que influyen (Homedes, 1994).

Un estudio de 121 pacientes: el 92% se les prescribió hipoglucemiantes orales, 82% dieta (9.9% utilizó dieta como primera opción), 46.2% ejercicio. Teniendo el 80% de los pacientes, alguna de estas prescripciones como medida única.

La cultura, costumbres, experiencias emocionales con los alimentos y la educación nutricional que conforman los hábitos dietéticos son difíciles de vencer, pues crean resistencia a la introducción de nuevos patrones de alimentación.

Cualquier intento de mejorar la calidad de la atención, implica una planificación adecuada y un proceso de evaluación objetiva capaz de medir el grado de éxito y establecer una retroalimentación eficaz.

El programa de Acción Europeo de la Declaración de San Vicente, cuyo objetivo es mejorar tanto las condiciones Clínicas como sociales de los pacientes con DM , desarrollo e implemento un modelo de control de la calidad de atención (DIAB CARE), la experiencia lograda mediante su implementación en varios países de Europa y América Latina, llevó al Comité Ejecutivo de la DOTA (Declaration of the Ameritas), a implementar en América Latina y el Caribe un programa piloto de control de la calidad de atención a las personas con DM (QUALIDIAB), similar al DIAB CARE Europeo.

La implementación de QUALIDIAB comenzó en un seminario teórico práctico intensivo en Abril de 1999 (siendo el primer proyecto en América Latina), La Plata, Argentina. Actualmente la red tiene en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Paraguay y Uruguay unidades que colectan información y un centro coordinador: Centro de Endocrinología Experimental y Aplicada; CENEXA, La Plata, Argentina. Que proporciona apoyo técnico, registra, analiza información y promueve el funcionamiento de la red y un centro de enlace Euro-Lat (París, Francia), que proporciona innovaciones técnicas y asesoría entre América Latina y Europa (Gagliardino, 2001).

El concepto de Calidad de la Atención referido a las personas con DM incluye 3 principios básicos:

1.- Conocimiento, Aptitudes y práctica Clínica para el control de la DM y suficiente motivación de los integrantes del equipo de salud.

2.- Acceso del paciente a la atención, insulina, fármacos específicos, tiras reactivas y otros elementos necesarios para su control y tratamiento.

3.- Motivación, Adherencia y participación activa de los pacientes en el control y tratamiento de su enfermedad.

La diabetes supone hoy día un problema sanitario y socioeconómico de primera magnitud que exige la máxima atención para establecer programas de prevención control. Los conocimientos actuales sobre los aspectos genéticos, fisiopatológicos y factores ambientales, nos dirigen hacia una intervención preventiva temprana.

Es evidente que a nivel poblacional, el control ponderal, la dieta y un programa de actividad física suponen inicialmente medidas de primera línea de prevención. La actividad física incrementa la sensibilidad insulínica y tiene un efecto protector de la DM2, sin embargo disminuye la sensibilidad el incremento de grasas saturadas y la disminución de fibras en la dieta.

Los objetivos a conseguir en el tratamiento de la DM2 son: eliminar los síntomas de la hiperglicemia, evitar descompensaciones agudas, retrasar las

complicaciones crónicas: microangiopáticas (retinopatía, neuropatía, neuropatía) y macroangiopáticas (cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares, arteriopatía periférica) y disminuir la tasa de morbilidad y mantener una calidad de vida óptima.

La primera intervención terapéutica es siempre la prescripción de dieta y ejercicio.

Así mismo, no debemos olvidar que es imprescindible un abordaje global del riesgo cardiovascular (tensión arterial, lípidos, índice de masa corporal y tabaco) (Llanes, 2002).

Así mismo un tratamiento intensivo que mantiene los niveles de glucemia en ayuno por debajo de los 120 mg/dl en el control metabólico del paciente diabético retrasa el inicio de las complicaciones crónicas (Rodríguez, 1997).

Actualmente, además de la intervención en los hábitos de vida, se están utilizando fármacos que mejoran la resistencia insulínica en este estadio preclínico de la DM2 como: sulfonilureas, Meglitidinas, biguanidas, inhibidores de la alfa-glucosidasa y glitazonas (por toxicidad hepática se retiró la troglitazona).

Solo el 13% de las personas con DM2 tratan su enfermedad únicamente con dieta y el 14% solo con insulina. Los hipoglucemiantes más utilizados en forma de monoterapia son las sulfonilureas (33%), seguidas en menor proporción por las biguanidas (9%), en el 14% de los casos se administran combinación de ambos tipos de fármacos (Glagardino, 2001).

III. METODOLOGIA

III.1 Diseño de estudio

Se realizo estudio transversal descriptivo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, derechohabientes de la UMF No. 16, turno matutino, que acudieron a control, durante los meses de junio a diciembre de 1998.

Con el software epiinfo v6 con formula para poblaciones finitas con una población de 2600, frecuencia esperada del evento de 15%, peor aceptable 4%, nivel de confianza del 95%, se obtuvo una muestra de 40 pacientes.

Los pacientes se seleccionaron, mediante el método de: muestreo probabilístico aleatorio simple. De los 16 consultorios del turno matutino, se seleccionaron al azar los pacientes que aceptaran participar, previo consentimiento informado y que cumpliera con los criterios de inclusión.

Se incluyeron aquellos pacientes diabéticos sin complicaciones tardías de la propia enfermedad, sin secuelas neurológicas y que utilizaran hipoglucemiantes orales, se excluyeron pacientes que no desearan participar en el estudio y que cursaran con discapacidad física y mental, se eliminaron cuando se detectó HTAS durante el estudio, cambio de unidad de adscripción y muerte.

Se realizó prueba piloto a 30 pacientes para evaluar cuestionario (instrumento utilizado). Posteriormente se aplico el cuestionario dirigido con datos sobre características personales (edad, sexo, estado civil, años de evolución de la diabetes), familiares (rol familiar, apoyo y solidaridad en la participación del control de la enfermedad) y de los servicios de salud (prescripciones médicas, educación nutricional, orientación por parte de trabajo social, acceso y disposición de horarios y citas), escala de Bellak para valoración de respuesta emotiva ante el padecimiento,

contando para esto con el apoyo del departamento de psicología quien valoro y evaluó a cada uno de los pacientes en estudio en forma individual. Se revizarón expedientes clínicos para obtener información sobre existencia de notas médicas, notas de trabajo social, orientación nutricional, resultados de laboratorio de ls dos últimas glicemias y constatar en agenda de citas el cumplimiento de las mismas.

Se considero tratamiento adecuado cuando se ótorgo al paciente: consulta nutricional, orientación sobre la enfermedad, ejercicio y prescripción farmacológica. Al concluir las entrevistas cada una de ellas se vaciarón en una base de datos para ordenarla y clasificarla.

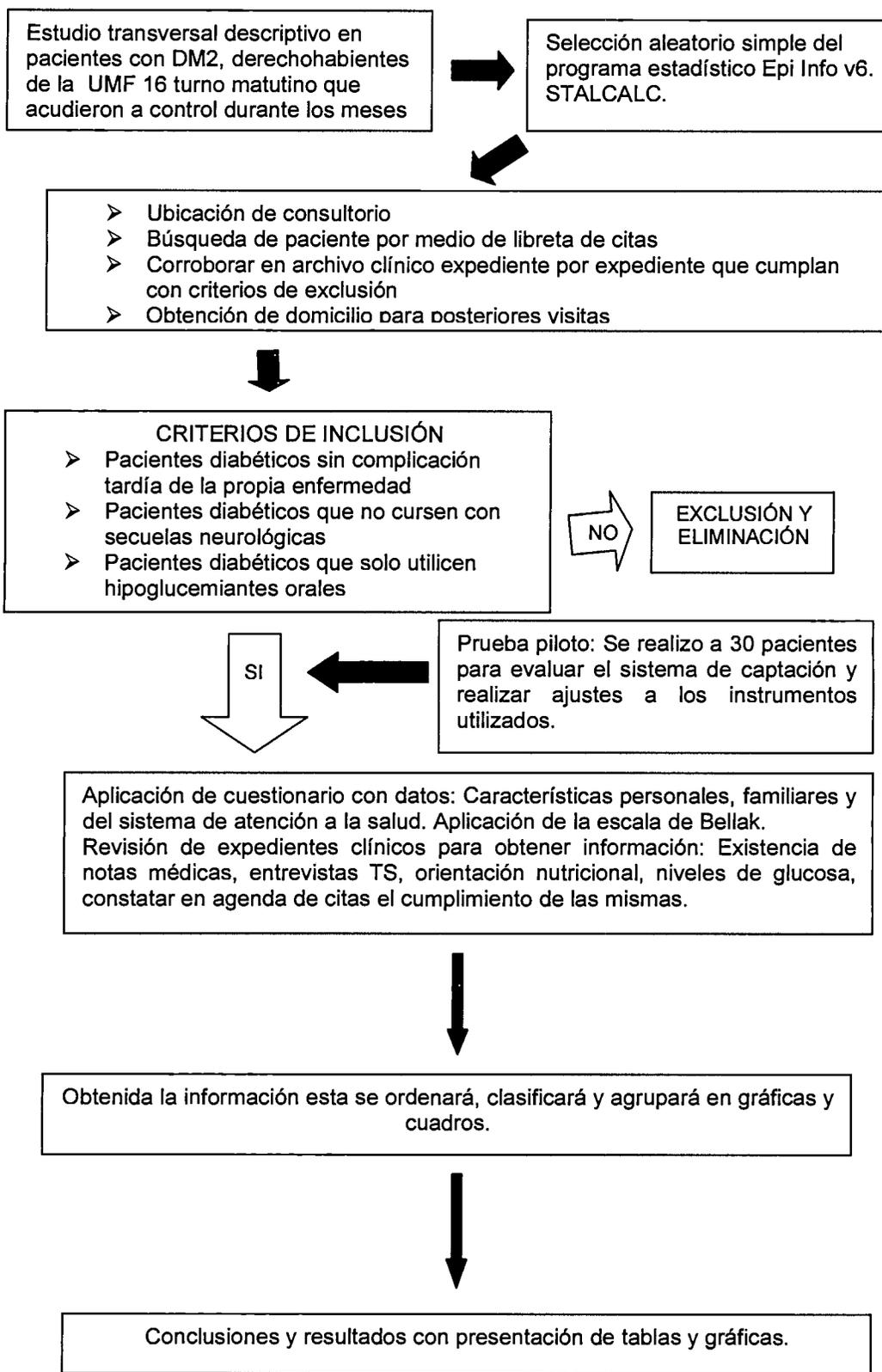
III.2 Consideraciones éticas

El presente estudio se apega a los principios enunciados de Helsinki de 1964 y su modificación en Tokio de 1975 y su enmienda en 1983 con relación a los trabajos de investigación biomédica con sujetos humanos ya que de acuerdo a la norma oficial de investigación se sujeta a su reglamentación ética por lo que solo se requiere el consentimiento informado de los participantes garantizando la confidencialidad de los resultados, así como la utilización de los mismos solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio.

III.3 Análisis estadístico

Se realizó estadística descriptiva por medio de medidas de tendencia central (media), de dispersión (desviación estándar y rango), frecuencias y cuadros.

III.4 Material y métodos



IV. RESULTADOS

De los 40 pacientes estudiados 65% fueron mujeres, el grupo etareo que predomino fue de 50 - 54 y 65 - 69 años con 18% cada uno, la media de edad fue de 59 años. 75% casados, 13% viudos, 8% soltero, unión libre y separado 3% respectivamente. 55% con rol de esposo (a), 31% rol parenteral, 4% abuelo y 2% hijo. (Cuadro IV.1, IV.2 y IV.3).

El 47% de los pacientes presento respuesta psicológica normal ante la enfermedad, 65% fueron mujeres. Los trastornos emotivos según la escala de Bellak como respuesta ante la enfermedad 28% de los pacientes desarrollo temor, síntomas y actitudes que lo limitan para llevar a cabo su vida social y ocupacional (invalidez), 70% de ellos son hombres; 23% presentan evasión de la enfermedad expresándola con exceso de actividades y alegrías falsas 81% de ellos son hombres; 3% presento depresión reactiva (Figura IV.1).

El 48% de los pacientes, reciben apoyo por parte de los familiares 68% son mujeres; 48% tienen solidaridad familiar, 63% son mujeres (Cuadro IV.5 y Figura IV. 2).

En 40% se cumple prescripción médica, 69% son mujeres, al 15% se proporciona atención por el departamento de nutrición. Trabajo Social otorga atención al 93% de ellos y 95% de los pacientes esta de acuerdo con la disponibilidad de los servicios (Figura IV.3).

El 20% lleva tratamiento establecido para la enfermedad (Figura IV.4). La glucosa de los pacientes se encontró en los siguientes niveles : menos de 126 mg/dl 20% de ellos, presentando una respuesta patológica ante la enfermedad el 75%, siendo esta una reacción de evasión ante la enfermedad con un promedio de 7 años de evolución. De 126-200 mg/dl 43% y más de 200 mg/dl 37%, de estos el 50%

presento una respuesta emotiva normal ante el padecimiento (Cuadro IV.5, Figura IV.5).

Se encontró que no hubo diferencia significativa entre los diferentes factores para el tratamiento con $P < 0.05$.

Cuadro IV.1 Pirámide poblacional por grupo etareo y sexo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF No. 16

Edad	SEXO				Total	
	Hombre		Mujer			
	Núm	%	Núm	%	Núm	%
30 – 34	1	7.14	3	11.5	4	10
35 – 39						
40 - 44	1	7.14	2	7.7	3	7.5
45 – 49			2	7.7	2	5
50 – 54	1	7.14	6	23.1	7	17.5
55 – 59	1	7.14	4	15.4	5	12.5
60 – 64	1	7.14	2	7.7	3	7.5
65 – 69	5	35.7	2	7.7	7	17.5
70 – 74			3	11.5	3	7.5
75 – 79	3	21.42	2	7.7	5	12.5
+ 80	1	7.14			1	2.5
Total	14	100	26	100	40	100

Fuente: SIMO

Cuadro IV.2 Estado civil de la población de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF No. 16

Estado Civil	Núm.	%
Soltero	3	7.5
Casado	30	75
Viudo	5	12.5
Unión libre	1	2.5
Separado	1	2.5
Total	40	100

n=40

Fuente: Encuesta UMF No. 16 1998

Cuadro IV.3 Rol familiar de la población de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF No. 16

Rol familiar	Núm.	%
Padre	5	12.5
Madre	7	17.5
Esposo	10	25
Esposa	12	30
Hijo	2	5
Abuelo	4	10
Total	40	100

n=40

Fuente: Encuesta UMF No. 16 1998

Cuadro IV.4 Participación de la familia (apoyo y solidaridad) por sexo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF No. 16

Sexo	Participación familiar	
	Apoyo	Solidaridad
Masculino	32%	37%
Femenino	68%	63%
Total	100%	100%

n=40

Fuente: Encuesta UMF No. 16 1998

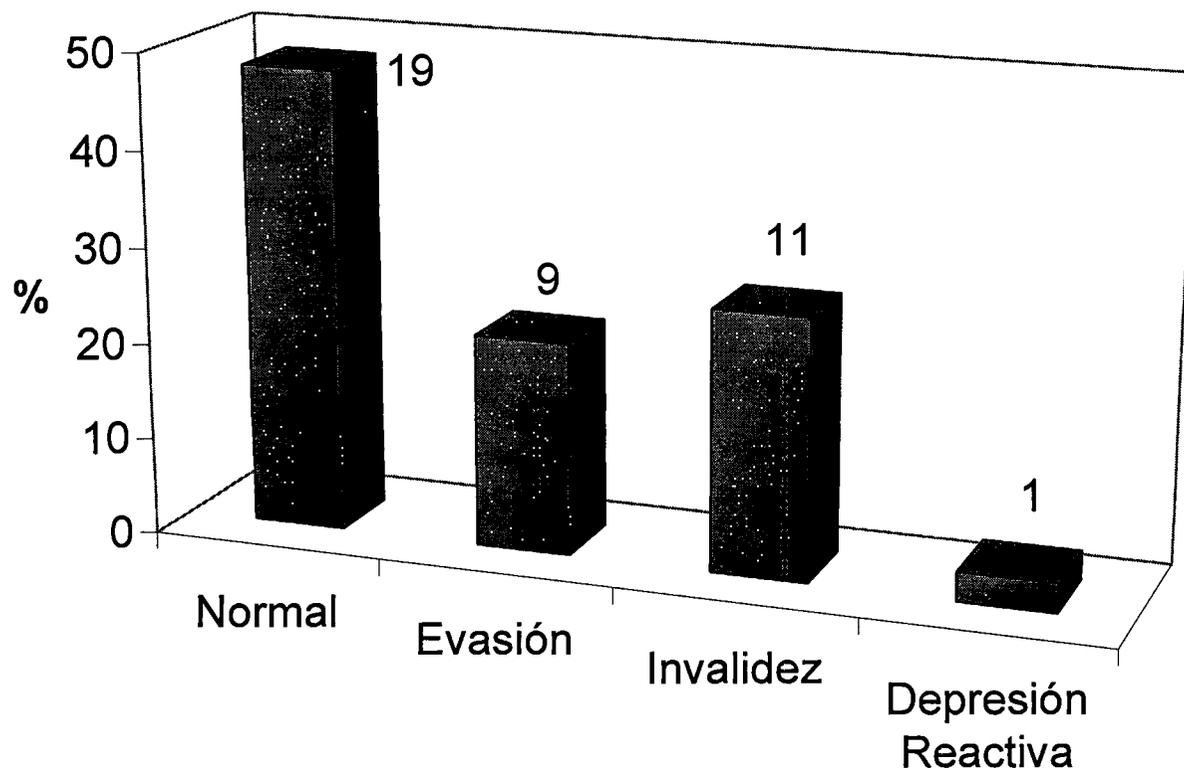
Cuadro IV.5 Factores personales y niveles de glucosa según respuesta emotiva escala de Bellak en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF No. 16

Factores personales	Niveles de glucosa %			Total
	< 126 mg/dl	126 – 200 mg/dl	+ 200 mg/dl	
Normal	7 (3)	18 (7)	22 (9)	47 (19)
Evasión	5 (2)	10 (4)	7.5 (3)	23 (9)
Depresión reactiva	3 (1)			3 (1)
Invalidez	5 (2)	15 (6)	7.5 (3)	28 (11)
Total	20 (8)	43 (17)	37 (15)	100 (40)

n=40

Fuente: Encuesta UMF No. 16 1998

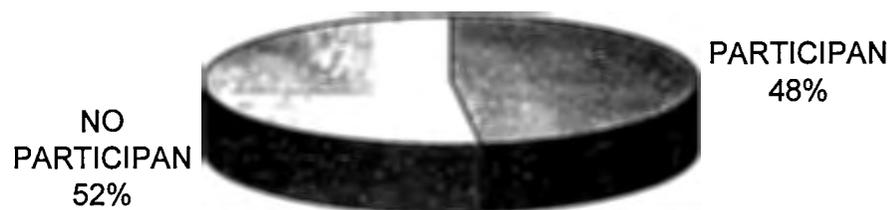
Figura No. IV.1 Respuesta ante la enfermedad de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF No.16 según escala de Bellak



n=40

Fuente: Encuesta UMF No. 16 1998

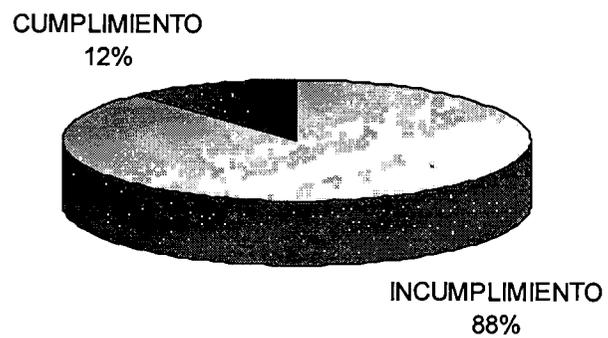
Figura IV.2 Participación familiar de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF No. 16



n=40

Fuente: Encuesta UMF No. 16 1998

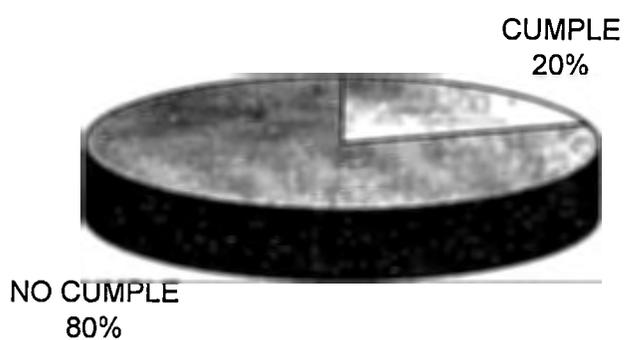
Figura No. IV.3 Cumplimiento de los servicios de salud en la atención de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la UMF No. 16



n=40

Fuente: Encuesta UMF No. 16 1998

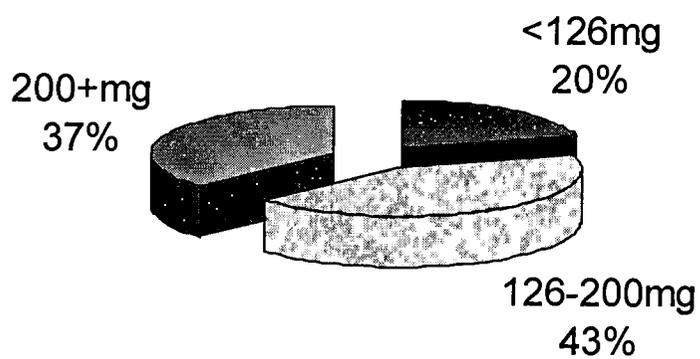
Figura No. IV.4 Cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes con diabetes mellitus tipo de la UMF No. 16



n=40

Fuente: Encuesta UMF No. 16 1998

Figura No. IV.5 Niveles de glucosa de la población de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF N0.16



n=40

Fuente: Encuesta UMF No. 16 1998

V. DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio indican que los factores personales, familiares y del sector salud están asociados con el cumplimiento o incumplimiento del tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Esta relación fue evaluada en 40 pacientes diabéticos seleccionada de manera aleatoria minimizando la posibilidad de que se pueda sesgar los resultados del estudio.

La diabetes mellitus es un padecimiento crónico-degenerativo, la atención médica y el control de este padecimiento, implica no solo la disponibilidad y organización de los servicios y la calidad de atención, sino también el impacto que genera sobre el propio enfermo y sus familiares.

Ya que para la mayoría de la gente el trauma inicial resultante del diagnóstico es seguido por un proceso que podría llamarse de "organización". En este estudio se encontró un 47% con respuesta psicológica normal ante la enfermedad siendo un 65% mujeres. Del 53% restante, 28% desarrollo temor, síntomas y actitudes que lo limitan para llevar su vida social y ocupacional (el temor a la muerte, el perder alguna parte de su cuerpo, sentirse de alguna forma más susceptible a ser lastimado físicamente), 70% hombres; 23% evasión de la enfermedad expresándola con exceso de actividades y alegrías falsas (refiriendo no tener tiempo por ocupaciones no especificadas), 81% hombres. Homedes (1994) reporto en un estudio de 114 pacientes diabéticos: trastornos de depresión mayor, trastorno de ansiedad, agarofobia y fobia simple.

El significado que para el paciente tiene su enfermedad, poco a poco sufre cambios. Su inicial angustia difusa, se substituye por un concepto más personalizado, el aprender a vivir con su enfermedad y lograr llegar a la aceptación lleva tiempo. Sin embargo hay otros pacientes para quienes el saber que tienen una enfermedad y su consecuente incapacidad trae consigo una organización patológica de ideación distorsionada que en ocasiones es favorable, tomando medidas

especiales propias para su cuidado.

En el presente estudio los pacientes que se encontraron con cifras de glucosa <126 mg/dl, el 75% presento una respuesta patológica ante la enfermedad, en tanto que aquellos con cifras >126 mg/dl, el 50% presento una respuesta emotiva normal ante el padecimiento. Siendo esta una reacción de evasión ante la enfermedad con un promedio de 7 años de evolución.

Un fenómeno de toda psicopatología y aliado de los padecimientos orgánicos es la ganancia secundaria. El 56% de los pacientes que recibieron participación familiar en el manejo de su enfermedad presentaron cifras de glucosa < 126 mg/dl y el 42% cifras >126 mg/dl. Cardenas (1994) demostró que el 74.3% ubican a su familia como funcional para el control metabólico de la diabetes, ya que el lograr la atención de los demás, el eludir responsabilidades, el control sobre la familia y los medios que se emplean para explotar la enfermedad, trae consigo una ventaja para el paciente, retardando inconscientemente la recuperación.

Influyen los factores familiares de apoyo como lo menciona la literatura, no siendo así con la solidaridad donde se podría esperar también mejor control.

Cayuelas (1993) reporta que en los países desarrollados un 60% no cumple con su tratamiento, en nuestro estudio encontramos que el 80% no cumple y el 20% si cumple con el tratamiento de la diabetes mellitus.

Estos resultados son relativos, ya que si tomamos en cuenta que en los países desarrollados se cuenta con más infraestructura y los programas de atención médica quizás sean más estrictos, es un porcentaje muy alto, no tratando con esto de disculpar que nosotros nos encontremos un 80% de incumplimiento en comparación, por ser un país subdesarrollado, sin embargo esto no es un obstáculo para sentirse derrotado o con disminución del interés por continuar con nuestros programas de atención médica para los padecimientos crónico-degenerativos al contrario es un reto para lo cual hay que continuar exhaustivamente tratando de que

nuestra población se encuentre en mejor control metabólico y con esto mejore su calidad y esperanza de vida.

Del 15% que recibe atención por parte del departamento de nutrición el 33% se encuentran sus cifras de glucosa metabolitamente aceptables, del 93% que recibieron atención satisfactoria por parte de trabajo social, el 53% esta con cifras de glucosa < 126 mg/dl.

En este estudio encontramos como lo indica la literatura que son varios los factores que intervienen en el tratamiento de la diabetes mellitus. Sin embargo difieren los resultados de la literatura en nuestra población, ya que en ella no predomina ningún factor sobre otro, encontrando cifras similares relacionadas con glicemias en pacientes con respuesta emotiva normal y patológica ante la enfermedad, así como también el que reciban participación familiar en su tratamiento y la atención por parte de los servicios de salud sea satisfactoria o no.

Quizá como se menciona anteriormente los mecanismos que los pacientes toman o adoptan influyen de manera muy personalizada en el control del padecimiento. Y habría que buscar la manera de educarnos desde la infancia para concientizarnos de que se debe procurar el tener una mejor calidad de vida, independientemente de las adversidades que se presentan en el transcurso de la vida. Ya que de alguna forma la diabetes mellitus es un padecimiento en el cual se debe de llevar un control metabólico, como quizá cualquier otro padecimiento.

VI. CONCLUSIONES

Este estudio muestra que los factores personales, familiares y del sector salud influyen en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Sin importar el tiempo de evolución, antecedentes del padecimiento en familia y rol que desempeñe el paciente en la misma.

No predominando algún factor sobre otro para que este se cumpla o no. Pero si considerar el que es necesario intensificar estrategias educativas y que la participación multidisciplinaria, en estos casos de padecimientos crónicos degenerativos, se estandarice o se llegue a un acuerdo en común para que de alguna forma se trabaje más en equipo y los logros sean más evidentes.

VII. PROPUESTAS

La DM 2 es consecuencia de la interacción de factores genéticos y ambientales, jugando el estilo de vida un papel muy importante en el cual se incluyen conductas y preferencias relacionadas con el tipo de la alimentación, actividad física, consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, responsabilidad para la salud, actividades recreativas, relaciones interpersonales, practicas sexuales, actividades laborales y patrones de consumo.

La identificación de estos componentes es fundamental para proporcionar consejería individual o familiar de manera adecuada y oportuna.

La educación continua de los pacientes diabéticos y sus familiares es básico para conseguir un tratamiento adecuado que estimule el autocuidado, dando responsabilidades al enfermo donde se modifiquen las actitudes para reforzar las acciones de apoyo del núcleo familiar relacionadas con la salud en el diabético.

Todo esto se logra creando un programa educativo para grupos de diabéticos, siendo esta prioritaria, ya que los beneficios se reflejaran en una mejora atención, mejor calidad de vida, integración social para el enfermo y para la economía.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

Acha J. 1993. Mejoría metabólica de la diabetes mellitus mediante el seguimiento de normas escritas de autocontrol. *Atención Primaria*. 12(8):475 – 478.

Bellak L y Small L. Psicoterapia breve y de emergencia. Pax – México. 251 – 267.

Bueno J, Marco M, Leal A, Orozco D y Mina J. 1993. Estudio de validación de una escala de educación diabetológica en atención primaria. *Atención Primaria*. 11(7):344 – 348.

Calvo J y Lima E. 2001. Objetivos y estrategias terapéuticas en la diabetes mellitus tipo 2. *An Med Interna*. 18(7):381 – 388.

Cayuelas F, Morales E y Navarro J. 1993. Cumplimiento del tratamiento farmacológico de larga duración: la receta como vía de educación sanitaria. *Atención primaria*. 11(4):182 – 184.

Diabetes Mellitus. Clin. Med. Nort Am. 72(6)

Guía diagnóstico – Terapéutica. 1997. *Diabetes Mellitus tipo 2*. Rev Med IMSS. 3(5):353 – 368.

De Los Ríos C, Sánchez S y Cols. 2004. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Med IMSS*. 42(2):182 – 184.

Duran M, Rivera C y Cols. 2001 Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *S P M*. 43(3):233 – 236.

Gagliardino J y Cols. 2001. Evaluación de la calidad de la asistencia al paciente diabético en América Latina. *Rev Panam Salud Pub*. 10(5):309 – 317.

García R, Suárez R y Mateo O. 1997. Comunicación y educación interactiva en salud y su aplicación al control del paciente diabético. *Rev Panam Salud.* 2(1):32 – 36.

González M y León P. 2002. Perspectivas en el tratamiento de la diabetes mellitus. *Rev Med Hosp Gral de Méx SS.* 65(3):173 – 177.

Homedes N y Ugalde A. 1994. ¿Qué sabemos del cumplimiento de los tratamientos médicos en el tercer mundo? *Bol of Saint Panam.* 116(6):421 – 505.

Hunt M et al. 1998. How Patients Adapt Diabetes Self-Care Recommendations in Everyday Life. *The journal of family practice.* 46(3):207 – 212.

López J, Araiza C y Munguia C. 2003. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Salud Pública de Méx.* 45(4):259 – 268.

Llanes R. 2002. Nuevas evidencias en el manejo de la diabetes mellitus tipo 2. *MEDIFAM.* 12(9):85 – 92.

Méndez L, Gómez L y Cols. 2004. Disfunción Familiar y control del paciente diabético tipo 2. *Rev Med IMSS.* 42(4):281 – 284.

Olmedo H, Campos G y Ortega A. 1998. Falta de adherencia al tratamiento en el enfermo diabético: un problema de salud pública. *Rev Fac Med UNAM.* 41(2):76 – 79

Peter T, Peter J y Allan M. 1997. Motivación and glycemc control in DM. *Journal psychosomatic Research* Marz. 11(4):307 – 314.

Robles L y Cols. 1995. Las fuentes de apoyo de los individuos con diabétes en una zona marginal de Guadalajara, México. *S P M.* 7(3):187 – 195.

Rodríguez M y Guerrero J. 1997. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. Rev Salud Pública Méx. 39(1):1 – 8.

Rodríguez M, Magdaleno T y Cols. 1993. Factores de los médicos familiares asociados al control glucémico de sus pacientes con diabetes mellitus. Gaceta Med Méx. 139(2):112 – 117.

Selli L y Cols. 2005. Técnicas educacionales en el tratamiento de la diabetes. Cad Saúde Pública. 21(5):1366 – 1372.

Valadez I, Aldrete M y Alfaro N. 1993. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo 2. S P M. 35(5):464 – 469.

Valadez I y Aldrete G.1990. La familia como unidad de autoatención. Rev Asoc Méd de Jalisco. 19:15 – 17.

Vázquez F y Cols. 1994. Aspectos psicosociales de la diabétes Mellitus. Rev Med IMSS. 32(3):267 – 270.

William T. 1996. Treatment of type II diabetes. Postgraduate medicine. 99(3):109 – 119.

IX.1 ANEXO I

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 16.
"DR. ARTURO GUERRERO ORTIZ"
DELEGACION ESTATAL QUERETARO

CUESTIONARIO

Nombre: _____

Edad: Sexo: M F Consultorio:

Dirección:

- 1.- ¿Actualmente desempeña una actividad fuera del hogar? SI NO Cual:
- 2.- ¿A que dedica su tiempo libre?
- 3.- ¿Pertenece a algún club u organización sociocultural? SI NO Cual:
- 4.- ¿Desde cuando es diabético? (años)
- 5.- ¿Qué sintió por primera vez cuando le dijeron que era diabético?
- 6.- ¿Siente que en el último mes se irrita con facilidad? SI NO Porque:
- 7.- ¿Con frecuencia se siente triste o solo? SI NO
- 8.- ¿Qué sabe usted de la Diabétes?
- 9.- ¿Conoce a otras personas que padezcan diabétes? SI NO
 - a) que ha escuchado acerca de como controlan su diabétes:
 - b) Ud que opina de eso:
- 10.- ¿Necesita ayuda de los demás? SI NO De que forma:
- 11.- ¿Acude con frecuencia con su médico? SI NO
- 12.- ¿Porque motivos deja de asistir a su consulta?
- 13.- ¿Sigue las indicaciones del médico? SI NO
- 14.- ¿Se considera ud. una paciente bien controlada?
- 15.- ¿Que espera ud. de la vida?
- 16.- ¿Se preocupa su familia por su tratamiento? SI NO De que forma:
- 17.- ¿Qué tanto interviene su familia en su tratamiento? Mucho Poco Nada
- 18.- ¿Su familia lo acompaña a su consulta? SI NO

- 19.- ¿Quién prepara los alimentos?
- 20.- ¿Comparte su familia la misma alimentación? SI NO
- 21.- ¿Su familia le recuerda la proporción de los alimentos? SI NO
- 22.- ¿Su familia realiza ejercicio junto con ud? SI NO
- 23.- ¿Le recuerdan que tiene que realizar ejercicio?
- 24.- ¿Le recuerdan el horario al que debe de tomar su medicamento? SI NO
- 25.- ¿Le recuerdan la cantidad de medicamento a tomar? SI NO
- 26.- ¿Su médico la envió con la dietista? SI NO
- 27.- ¿Sabe la cantidad de alimento que ud. puede ingerir? SI NO Cuanto:
- 28.- ¿Tiene a la vista su dieta? SI NO Porque:
- 29.- ¿Como distribuye su alimento? _____
- 30.- ¿Su médico le indico la realización de ejercicio? SI NO
- 31.- ¿Usted realiza ejercicio? SI NO
Que tipo: Caminata Bicicleta Otros
- 32.- ¿Cuanto tiempo y con que frecuencia? _____
- 33.- ¿La indicación de su medicamento es clara y precisa? SI NO
- 34.- ¿Su médico le indica y especifica el horario de administración de su medicamento? SI NO
- 35.- ¿Qué medicamento toma? _____ Dosis y distribución: _____
- 36.- ¿Su médico la envió a trabajo social? SI NO
Acudió: SI NO
- 37.- ¿El servicio de dietología le dio por escrito su dieta? SI NO
- 38.- ¿El horario de atención médica es accesible? SI NO
- 39.- ¿Tiene dificultad de acceso a su UMF? SI NO
- 40.- ¿Existe disponibilidad y cumplimiento de horarios? SI NO
- 41.- ¿Tiene dificultad de horario de atención por su trabajo? SI NO

IX.2 ANEXO II

ESCALA DE BELLAK

- 1.- **Reacción normal:** preocupación aproximadamente proporcional al grado real de la enfermedad ó incapacidad.
- 2.- **Reacción de evasión:** se expresa en una negación de la enfermedad y se maneja en una desobediencia a seguir las instrucciones del médico.
- 3.- **Depresión reactiva:** que puede prologarse e implica hipocondría
- 4.- **Invalidez psicológica:** cualquier paciente que físicamente es capaz de funcionar tanto social como ocupacionalmente desarrolla temores, síntomas o actitudes que lo incapacitan.

IX.3 ANEXO III

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Querétaro, Qro. A ___ de _____ de _____.

Por medio del presente documento acepto participar con el trabajo de investigación de la Dra. Patricia Silva Salgado cuyo nombre es MOTIVOS QUE INFLUYEN EN EL TRATAMIENTO DE LA DM TIPO 2 y contestare a la encuesta que se me aplique, teniendo conocimiento de que dicha información es de carácter confidencial y de que solo se usara con fines de datos estadísticos para este trabajo y así mismo servirá para futuras investigaciones. Y si decido abandonar el estudio no se afectaran mis derechos como usuario del IMSS.

PACIENTE

INVESTIGADOR