



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL CENTRAL

“DR. IGNACIO MORONES PRIETO”

**CARACTERÍSTICAS FAMILIARES QUE INFLUYEN EN EL APEGO
TERAPÉUTICO EN PACIENTES DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA
INTEGRADA DEL HOSPITAL CENTRAL “DR. IGNACIO MORONES PRIETO”**

TESINA QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTEGRADA

PRESENTA:

DRA. IVONNE ANGELICA GONZALEZ LOEZA

ASESORES:

DR. MARCO VINICIO GONZÁLEZ RUBIO

DR. JOSÉ LUIS HUERTA GONZÁLEZ

San Luis Potosí, S. L. P. Marzo del 2009

CARACTERISTICAS FAMILIARES QUE INFLUYEN EN EL APEGO TERAPEUTICO EN
PACIENTES DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTEGRADA DEL
HOSPITAL CENTRAL" IGNACIO MORONES PRIETO"

PRESENTA:

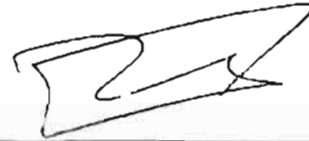
DRA. IVONNE ANGELICA GONZALEZ LOEZA

ASESORES:

DR. JOSE LUIS HUERTA GONZALEZ

Jefe de Consulta Externa

Coordinador de la Especialidad en Medicina Integrada



DR. MARCO VINICIO GONZALEZ RUBIO

Jefe la División de Consulta Externa y Urgencias



DR. GUILLERMO STEVENS AMARO

Jefe de Postgrado de la Facultad

de Medicina de la UASLP



DR. CARLOS G. ALONSO RIVERA

Subdirector de Enseñanza e Investigación

del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto"



DR. MARCO VINICIO GONZÁLEZ RUBIO

Jefe de la División de Consulta Externa

y Urgencias



DR. JOSÉ LUIS HUERTA GONZÁLEZ

Coordinador de la Especialidad en

Medicina Integrada



AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por haberme dado la vida, porque
en tus manos estoy y me has permitido
finalizar esta meta.
Gracias Señor.

A mi Mami Blanca Loeza:

Pues eres mi motor, con tu ejemplo de fortaleza,
de lucha, de amor; por que todo lo que hago es
por ti y para ambas, por que este paso lo dimos
juntas una vez más y así seguiremos hasta que
Dios quiera. Bendita Seas.

A quienes ahora desde el Cielo me cuidan,
me guían y sé que siguen confiando y pidiendo por
mí y porque me impulsan a seguir; por su eterno
Apoyo y Amor que me dieron y dan
Papá Lupe y segunda Mamá Raquel... Gracias.

A mis Hermanos Carlos, Yus, Yin, mis sobrinos
Sami y Carlitos; por su amor y por que confían
en mí.

A ustedes amigas, quienes aquí son las hermanas
que nunca tuve, por su apoyo, solidaridad, amistad,
consejos, paciencia, conocimientos y su cariño...
Blanquita, Erika y Marthita.

A mis asesores Dr. Vinicio y Dr. Huerta por su valiosa colaboración.

INDICE

1. ANTECEDENTES	5
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
3. JUSTIFICACION	12
4. OBJETIVOS	13
5. HIPOTESIS	14
6. METODOLOGIA	15
7. RESULTADOS	20
8. DISCUSION	24
9. CONCLUSIONES	25
10. ANEXOS	27
11. BIBLIOGRAFIA.....	29

ANTECEDENTES

La familia es la más antigua institución social humana y es el ambiente más importante en el que el hombre ha evolucionado. La Familia ha sido motivo de estudio de las más diversas disciplinas; sin embargo, hasta épocas recientes la medicina se ha propuesto estudiarla sistemática y científicamente, debido al enfoque ecológico con el que se ha visto al proceso salud-enfermedad, en el que el individuo deja de ser analizado como un ente biológico y cobran interés otros factores, en los que se incluye la familia.¹

En la actualidad se entiende que la mejor protección al individuo deriva de la mejor atención al grupo social en que vive.

Para comprender el proceso salud-enfermedad, es fundamental partir del hecho de que para el médico, la unidad mínima de estudio debe ser la familia, la cual se ha convertido en un complejo sistema, fuente de salud y enfermedad para sus propios integrantes; sin embargo, en medicina la unidad de tratamiento ha sido tradicionalmente la que conforman el paciente y su médico; por ello no es frecuente que el proceso salud-enfermedad se entienda en función de la unidad familiar.¹

Es importante saber que la familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, y que toda familia tiene características que son indispensables para conocer el grado de funcionalidad familiar; la importancia de conocer estas características radica en el fenómeno que presenta la familia como fuente de salud o enfermedad. Los factores más destacados relacionados a la funcionalidad familiar son: comunicación directa y límites claros.²

El enfoque para evaluar a la familia como sistema integral se apoya más en las relaciones interpersonales que en la suma de los estados de salud de los miembros que la conforman, ya que la visión integral del proceso salud-enfermedad identifica al paciente, no como un ente aislado, sino como un elemento dentro del contexto social que es su familia, en donde la interacción de factores biopsicosociales resulta definitiva. No obstante, la familia no sólo es el ambiente más importante en el que ocurre y se resuelve la enfermedad, sino también un excelente recurso para mantener y preservar ese derecho esencial del hombre y la sociedad que es la salud.¹

Cuando un Integrante de la familia presenta enfermedad, demanda un gran apoyo familiar, pero con mucha frecuencia las personas que conviven con él no tienen conciencia de su importante papel en ese sentido.³

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en algún miembro de la familia puede representar un cambio radical tanto en su funcionamiento como en su composición. Podría considerarse como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros.

Para adaptarse a esta nueva situación de enfermedad, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permite seguir funcionando, de tal manera que, en caso de una enfermedad se generan cambios en las interacciones familiares que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar. En caso de una enfermedad crónica el paciente es etiquetado como "diferente", por las nuevas necesidades de cuidados y alimentación.^{3,4}

El manejo de las enfermedades crónicas incluye medidas de tratamiento farmacológico, ejercicio, dejar de fumar, dieta, suspender el consumo de bebidas alcohólicas y adherirse a los regímenes de medicamentos que con frecuencia son complejos, por lo que su control adecuado depende del apego que se logre a las diferentes acciones prescritas.^{3,5} La adherencia es un problema en toda práctica; hasta 50% de los enfermos no logra una adherencia plena y 33% nunca toma sus medicamentos. La familia juega un papel trascendental en el logro de los objetivos, se debe platicar con ellos y buscar su apoyo, para el cambio en la alimentación o ritmo de vida y los familiares pueden ayudar a lograrlo.

Se define apego al tratamiento como la conducta del paciente que coincide con la prescripción médica, en términos de tomar los medicamentos, seguir las dietas o transformar su estilo de vida.⁶ Sin embargo, ya que se requiere la adopción permanente de estas acciones, el entorno familiar se puede modificar desfavorablemente, de manera que dicho apego se vincula de forma directa con el apoyo que los familiares otorgan al enfermo como compra de alimentos permitidos y adecuados, administración de medicamento, participación en el ejercicio, así como la participación en programas de educación sobre la patología.⁷

El control adecuado para aumentar la esperanza y calidad de vida en muchos casos no se lleva a cabo y los familiares cercanos hacen muy poco o nada para que se realice.^{5,6}

La supresión en la dieta habitual de algunos alimentos y condimentos, la práctica del ejercicio cotidiano y la ingesta diaria de medicamentos es lo que se requiere para mejorar el resultado en el control de las enfermedades. Este es el objetivo de la Medicina Integrada que es la Especialidad de primer contacto enfocada al manejo integral de enfermedades de mayor incidencia y prevalencia, con alto nivel

de calidad técnica e interpersonal y mediante actividades de prevención y promoción de la salud. Objetivo difícil de lograr sin una participación convencida de los pacientes y sus familiares, ya que implican modificaciones del estilo de vida que no pueden lograrse sin la participación conjunta de la familia.⁵

Una adecuada información, así como favorecer la detección precoz de complicaciones y otros problemas de salud asociados, reducir el estrés y dar confianza a los pacientes y familiares, garantiza una mayor adhesión al tratamiento.⁶

De esta forma, en el paciente diabético descontrolado que acude a consulta de Medicina Integrada, deben considerarse los aspectos relacionados con el entorno familiar, ya que los mismos, al ejercer una influencia significativa sobre el apego al tratamiento podrían ser una de las causas de la falla terapéutica.⁶

INSTRUMENTOS DE MEDICION:

FACES III.- (Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales) es un instrumento creado por Olson y cols. que cuenta con el respaldo de 25 años de investigación y más de 700 publicaciones científicas, basado conceptualmente en el Modelo Circunflejo de los Sistemas maritales y familiares. No mide directamente la funcionalidad de las familias, sino el grado de las dimensiones cohesión y adaptabilidad; la comunicación es la tercera dimensión del modelo. Es un instrumento de autoaplicación que evalúa las dos principales funciones a través de 20 reactivos (10 para adaptabilidad y 10 para cohesión). Cuenta con una escala que incluye cinco opciones: Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Casi siempre y Siempre; con valores del 1 a 5. Se aplica a mayores de 10 años y se debe contestar en cuanto a la forma en que el entrevistado considera que su familia reacciona en forma habitual, no de la manera en que considera que debería hacerlo. La calificación en Cohesión es igual a la suma de los ítems nones y la de Adaptabilidad de los ítems pares. Posteriormente se buscan las calificaciones en las amplitudes de Clase:

COHESION		ADAPTABILIDAD	
No relacionada	10-34	Rígida	10-19
Semirrelacionada	35-45	Estructurada	20-24
Relacionada	41-45	Flexible	25-28
Aglutinada	46-50	Caótica	29-50

La combinación de ambas escalas permite clasificar a las Familias en 16 posibles tipos.^{1,9}

MARCO TEORICO

El manejo de la Enfermedad incluye medidas de tratamiento farmacológico, ejercicio, dejar de fumar, dieta, suspender el consumo de bebidas alcohólicas y adherirse a los regímenes de medicamentos que con frecuencia son complejos.¹⁰

Tres aspectos son fundamentales en la búsqueda del control:

1. La respuesta biológica a la prescripción.
2. El tipo de prescripción realizada por el personal de salud.
3. El apego a la prescripción medica por parte del paciente.

Aun cuando se sabe que la prescripción (entendida como la indicación proporcionada por el profesional de la salud) es fundamental en la búsqueda del control metabólico, esto no es suficiente, ya que la participación del paciente y su núcleo familiar tienen un papel protagónico en el apego al tratamiento prescrito.¹¹

El plan de manejo debe plantearse como una alianza terapéutica entre el paciente, su familia, el medico y los integrantes del equipo médico.¹²

El apego del tratamiento desempeña un papel central en el manejo de cualquier enfermedad, aunque para alcanzar el éxito clínico en enfermedades crónicas, sólo se logra el 50%. Se define como apego al tratamiento a la conducta del paciente, que coincide con la prescripción médica, en términos de tomar medicamentos, seguir la dieta o transformar el estilo de vida.

La falta de cumplimiento de las prescripciones de medicamentos es muy frecuente, lo cual disminuye los beneficios y puede inducir a errores en la evaluación de la eficacia de los diferentes tipos de tratamiento. El cumplimiento del tratamiento exógeno implica que el paciente se comprometa a llevar a cabo las indicaciones. Sin embargo, las tasas típicas de cumplimiento son de aproximadamente 50%.

Los factores de riesgo para el no apego terapéutico son los relacionados con el paciente, la enfermedad, el medico tratante, el lugar donde se prescribe el

tratamiento y el medicamento en sí: costo, forma de administración y obtención del mismo. Igualmente se han relacionado los siguientes factores de riesgo para el cumplimiento: desconocimiento de la enfermedad, desconfianza de la capacidad del médico, duración de la consulta menor de cinco minutos, falta de comprensión de las indicaciones medicas, nivel de escolaridad, estado civil, intolerancia a los medicamentos, uso de plantas o productos de origen animal a los que se atribuyen propiedades medicinales.¹³

Con total apego a la prescripción farmacológica, la probabilidad de control es de 27% y sin apego de 10%.

La adherencia terapéutica es el comportamiento apropiado del pacientes que en ultima instancia validará la prescripción médica haciéndola eficaz. Por el contrario, la inadecuada adherencia terapéutica es el principal factor de desestabilización e ingreso hospitalario.

FACTORES ASOCIADOS AL NIVEL DE ADHERENCIA:

- Dependiente del paciente: Conocimiento del tratamiento y de la enfermedad, dificultad subjetiva para considerarse "enfermo", olvido, estar lejos de casa, ocupaciones y cambios en la rutina diaria. Otras razones comprenden trastornos psiquiátricos (depresión o abuso de sustancias).
- Dependiente del tratamiento: Cantidad de medicamentos y frecuencia de la administración, incertidumbre sobre la eficacia del tratamiento, falta de conocimiento en cuanto a las consecuencias del mal apego terapéutico, complejidad del régimen (cuando es por corto tiempo, es posible mejorar el apego terapéutico, proporcionando instrucciones claras e información acerca de efectos secundarios del medicamento).

La ausencia de información adecuada, genera problemas de apego. Por el contrario, cuando se ve a los medicamentos como símbolo de cura, se confía también en el médico y mejora la adherencia.

El hecho de que los tratamientos no siempre sean eficaces puede ocurrir por problemas de apego o inadecuada absorción y que a veces, produzcan daños colaterales que obligan a suspenderlos.

- Dependiente de la atención sanitaria: satisfacción del paciente desde el punto de vista afectivo en la relación establecida con los profesionales de salud y alta satisfacción con el servicio farmacéutico.¹⁴

Si bien los factores que afectan el apego son múltiples, uno de gran importancia tiene que ver con las relaciones entre pacientes y personal médico, ya que la escasa comunicación médico-paciente provoca abandono del tratamiento.

En general los médicos no explican a sus pacientes los motivos de sus decisiones ni lo que sucede en su cuerpo con los medicamentos, sólo se les exige el apego y se les “regaña” si fallan. En la mayoría de los casos no creen necesario dar ninguna explicación, limitándose a prescribir el medicamento, por lo que muchos pacientes asumen un papel pasivo y “desobediente”, engañando al médico respecto de sus conductas por temor a ser “regañados”.¹⁵

La entrevista médica es una oportunidad para influir en la conducta del enfermo en el apego terapéutico, entre otras funciones. Una comunicación eficaz entre el médico, el paciente y la familia, suelen mejorar los resultados finales en la salud.

El interés por el estudio sistemático y científico de la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad, con el cual el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo.

La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro, haciendo que funcione bien o mal como unidad. La Funcionalidad Familiar es la Capacidad del Sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.¹

Actualmente se reconoce la existencia de varias fuentes potenciales de apoyo en la atención a la enfermedad. Algunos estudios destacan el papel preponderante de la familia e incluso afirman que la mayoría de los enfermos crónicos recibe y prefiere los cuidados y el apoyo de esta fuente más que cualquier otra.¹⁶ La incorporación de la familia al tratamiento es deseable y facilita el alcance de las metas del tratamiento.^{17,18}

El paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia y a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia terapéutica.¹⁶

Es necesario que todo paciente 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.^{16,19}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México y a nivel estatal, se observa una gran cantidad de problemas relacionados con la salud, a consecuencia de la disfunción familiar. En la Consulta Externa del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", una de las causas más frecuentemente mencionadas por los pacientes del descontrol de sus enfermedades, era la presencia de eventos críticos familiares, lo cual dio lugar a mi interés por conocer las características familiares y su relación con el apego terapéutico, por lo que se realiza la siguiente pregunta:

¿Influye la funcionalidad y el tipo de familia en el apego al tratamiento en pacientes de la Consulta Externa de Medicina Integrada del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto"?

JUSTIFICACION

Son pocos los estudios realizados en el ámbito nacional sobre apego terapéutico, el cual implica grandes erogaciones económicas, ya que más del 10% de los ingresos hospitalarios se deben a esta causa. Los factores de riesgo para la falta de apego terapéutico son los relacionados con el paciente, la enfermedad, el médico tratante, el lugar donde se prescribe el tratamiento y el medicamento en si.

Es necesario enfatizar al paciente la aceptación de su padecimiento e identificar los trastornos afectivos y de ansiedad que ello implica, ya que su manejo adecuado también se asocia con una mejoría en la calidad de vida y en el apego terapéutico.⁶

En el apego terapéutico influyen diferentes condiciones sociodemográficas, además de las relacionadas con el entorno familiar y se asume que el apoyo familiar es el factor más relevante en esta situación.⁵

Por las razones mencionadas, considero importante identificar en el paciente de la Consulta Externa de Medicina Integrada, las características del apego terapéutico y su correlación con las características familiares, considerando que el éxito del tratamiento depende fundamentalmente del mencionado apego. Por ello, es necesario determinar cuáles son las características familiares involucradas para que el paciente se apegue al manejo. En este contexto, los resultados de este trabajo mostrarán la importancia que tiene el apoyo familiar.⁵

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Mostrar la influencia que las Características de la Familia, tales como funcionalidad y tipo, ejercen sobre el apego terapéutico.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Determinar la asociación entre funcionalidad familiar y apego a tratamiento.
2. Identificar los tipos familiares a los que pertenecen los pacientes con adecuado apego al tratamiento.

HIPÓTESIS

El paciente que cuenta con una Familia Funcional tiene mejor Apego Terapéutico.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio observacional, prospectivo, transversal y prolectivo, por muestreo intencional. Se seleccionaron pacientes de la Consulta Externa de Medicina Integrada del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto". El método de recolección de datos se realizó de la aplicación de la Encuesta FACES III;¹ el cual es respondido por el paciente y un familiar acompañante. Se aplicó en una sólo ocasión y se verificó que fueran contestadas todas las preguntas.

Se consideraron como pacientes con apego al tratamiento a quienes siguieron las indicaciones terapéuticas prescritas por el médico tratante y por lo tanto se encontraban en control adecuado de su enfermedad.

DISEÑO DEL ESTUDIO: Tipo de Investigación: Observacional

Tipo de Diseño: Transversal, prospectivo

Características del Estudio: Descriptivo y analítico

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Pacientes que acuda a la Consulta Externa de Medicina Integrada ó cualquier familiar que acompañe al paciente y que sea mayor de edad.
- Ambos géneros
- Que acepten participar en el protocolo

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Pacientes con deficiencia mental
- Pacientes que no acepten participar

VARIABLES:

1. FUNCIONALIDAD FAMILIAR: Variable de orden, dicotómica, definida como:

Disfuncional: puntaje de cohesión 10 a 34 y adaptabilidad 29 a 50; o puntaje de cohesión 46 a 50 y adaptabilidad 10 a 19

Funcional: puntaje de cohesión 35 a 45 y adaptabilidad 20 a 28 medida con la escala de evaluación FACES III; expresada en 16 posibles tipos de Familia:

- Caóticamente Disgregada (CD)
- Caóticamente Semirrelacionada (CS)
- Caóticamente Relacionada (CR)
- Caóticamente Aglutinada (CA)
- Flexiblemente Disgregada (FD)
- Flexiblemente Semirrelacionada (Funcional) (FS)
- Flexiblemente Relacionada (Funcional) (FR)
- Flexiblemente Aglutinada (FA)
- Estructuralmente Disgregada (ED)
- Estructuralmente Semirrelacionada (Funcional) (ES)
- Estructuralmente Relacionada (Funcional) (ER)
- Estructuralmente Aglutinada (EA)
- Rígidamente Disgregada (RD)
- Rígidamente Semirrelacionada (RS)
- Rígidamente Relacionada (RR)
- Rígidamente Aglutinada (RA)

2. TIPOLOGIA FAMILIAR.- Variable de Nombre definida como Clasificación de la Familia desde una gran diversidad de puntos de vista. Expresada según su conformación por los siguientes parámetros:

- **COMPOSICION:**
 - Familia Nuclear: Se conforma por la pareja con o sin hijos que viven bajo el mismo techo.
 - Familia Seminuclear: Conformada con un sólo padre.
 - Familia Extensa: Familia nuclear que va a vivir con la familia de origen de uno de los cónyuges.
 - Familia Semiextensa: Familia nuclear con la que viven uno o varios miembros de la familia de origen de uno de los cónyuges.
 - Familia Compuesta: En la que viven además otros miembros sin nexos consanguíneos.

- **DESARROLLO: Según hábitos, costumbres y patrones de comportamiento.**
 - Moderna: La mujer realiza trabajos remunerados fuera del hogar, paralelamente descende el número de hijos y la estructura familiar es más democrática y variada.
 - Tradicional: Actúa como una unidad productiva, formada por el padre, la madre y sus hijos; tiene un carácter patriarcal, considera al hombre como proveedor del sustento.
 - Primitiva.- La mujer asume la conducción cuidando a los niños y conservando el orden. Se conoce con el nombre de matriarcado, actúa como jefe el más fuerte.

- **OCUPACION DEL JEFE DE FAMILIA:**
 - Campesino: Proporciona y produce en el campo todos los productos que necesita para vivir como el alimento y es autosuficiente.
 - Profesionista: El jefe de familia tiene un título (técnico, universitario, etc.)
 - Obrero: El jefe de familia realiza trabajos no especializados o trabaja como ayudante en algunos oficios.
 - Otro: Cualquier otra ocupación

- **DEMOGRAFIA:**
 - Urbana: Tienen las siguientes características:
 - Menos número de miembros
 - Reglas familiares más flexibles
 - Roles de actividades específicos
 - Mayor desapego a la familia
 - Menos responsabilidades dentro del núcleo familiar.
 - Rural: Cumplen con las siguientes características:
 - Mayor apego a la familia
 - Familias más extensas, no sólo hijos, sino además abuelos, tíos, etc.
 - Reglas familiares muy marcadas
 - Todos juegan un rol dentro de la familia
 - Mayor cooperación en las labores propias de la familia
 - **COMPLICACIONES DEL DESARROLLO FAMILIAR:**
 - Interrumpida: Ocurre por la separación o divorcio de los padres.
 - Contraída: Se da por la muerte de uno de sus miembros.
 - Reconstruida: Conformada por una pareja en la que uno de los cónyuges o ambos han tenido una unión previa con o sin hijos, independientemente de los hijos que conciban juntos.
3. **APEGO TERAPEUTICO:** Variable nominal, dicotómica, definida como la conducta del paciente que coincide con la prescripción médica y el control o no control del paciente; expresada en Si o No.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

GENERO: Variable cuantitativa, nominal, dicotómica, expresada según fenotipo en Femenino o Masculino.

EDAD: Variable cuantitativa de intervalo, expresada en años cumplidos.

CALCULO DE LA MUESTRA:

Se utilizó el programa estadístico EPI6 utilizando la fórmula para cálculo de muestra para estudios transversales analíticos, tomando en cuenta un error alfa de 0.05, un error beta de 0.20 y una diferencia de 40%. Esto nos da un número de 54 encuestas, 27 en pacientes con buen apego y 27 en pacientes con mal apego.

ANÁLISIS:

Se realizó un análisis descriptivo utilizando medidas de tendencia central.

El análisis analítico se realizó para las variables de nombre u orden mediante la prueba de Chi cuadrada.

RESULTADOS

Se integraron al estudio 54 Familias de pacientes de la consulta externa de Medicina Integrada del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto". No se excluyeron pacientes. Se muestran los resultados de las variables clasificadas en Control y No control (con apego o sin apego terapéutico). El análisis estadístico muestra que en el presente estudio no hubo diferencia significativa de ninguna variable; con 95% de Intervalo de Confianza.

En relación a los Resultados del FACES III se encontró lo siguiente:

Tabla I Muestra que la Funcionalidad Familiar de la población estudiada no es mayor influencia para el Apego Terapéutico.

Paciente	FAMILIA		Total
	FUNCIONAL	DISFUNCIONAL	
CONTROLADO	6	22	28
NO CONTROLADO	11	15	26
Total	17	37	54

X^2 $p= 0.0988$

El mayor grado de apego terapéutico se observó en familias disfuncionales

Grafico I Es mayor el número de Familias Disfuncionales (37) que el de Familias Funcionales (17).

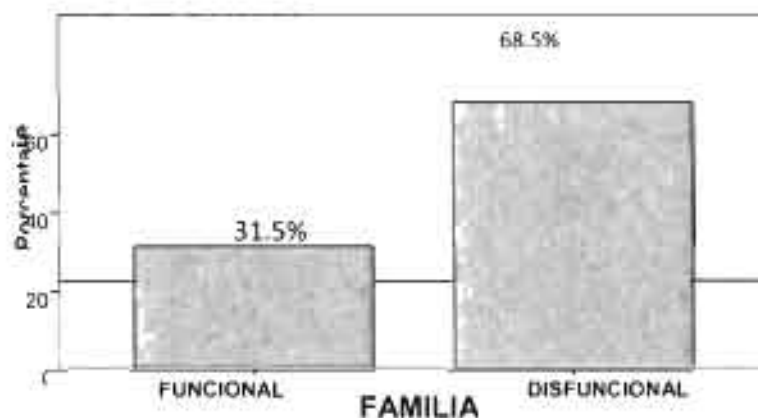


Tabla II Muestra que el 51.9% de los pacientes incluidos presentan apego terapéutico.

	Frecuencia	Porcentaje
CONTROLADO	28	51.9
NO CONTROLADO	26	48.1
Total	54	100.0

En cuanto a puntaje para Cohesión predominaron las Familias Disgregadas. Por puntuación de adaptabilidad, las Familias Caóticas. Tipificando la combinación de ambas, las Familias Caóticamente Disgregadas. **Tablas III y IV**

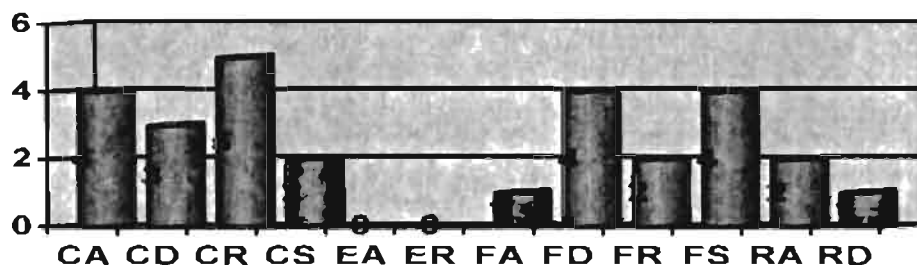
Tabla III TIPO DE FAMILIA SEGUN COHESION

	Frecuencia	Porcentaje
DISGREGADA	16	29.6
SEMIRELACIONADA	14	25.9
RELACIONADA	14	25.9
AGLUTINADA	10	18.5
Total	54	100.0

Tabla IV TIPO DE FAMILIA SEGÚN ADAPTABILIDAD

	Frecuencia	Porcentaje
RIGIDA	4	7.4
ESTRUCTURADA	4	7.4
FLEXIBLE	21	38.9
CAOTICA	25	46.3
Total	54	100.0

Grafico II Muestra que el Mayor grado de Apego terapéutico se observó en Familias Caóticamente Relacionadas según FACES III, la cual pertenece a Familia Disfuncional.



Al analizar la Tipología Familiar a la que pertenecen los pacientes con Apego Terapéutico se encontró:

Tabla V Muestra predominio de Familias Nucleares.

PACIENTE	SEGÚN COMPOSICION					Total
	NUCLEAR	SEMI NUCLEAR	EXTENSA	SEMI EXTENSA	COMPUESTA	
CONTROLADO	16	6	2	3	1	28
NO CONTROLADO	17	8	0	1	0	26
Total	33	14	2	4	1	54

Tabla VI Las Familias Tradicionales se encuentran en mayor numero.

PACIENTE	SEGÚN DESARROLLO			Total
	MODERNA	TRADICIONAL	PRIMITIVA	
CONTROLADO	5	20	3	28
NO CONTROLADO	2	18	6	26
Total	7	38	9	54

Tabla VII En las Familias según la ocupación del jefe de familia predomina el rubro de otras, que comprende diversas ocupaciones como velador, herrero, cerrajero, pensionado, comerciante, etc.

PACIENTE	SEGÚN OCUPACION				Total
	CAMPESINO	PROFESIONISTA	OBRERO	OTRO	
CONTROLADO	4	1	8	15	28
NO CONTROLADO	5	1	4	16	26
Total	9	2	12	31	54

Tabla VIII Es mayor el numero de pacientes con apego terapéutico de zona urbana.

PACIENTE	CONTROLADO NO CONTROLADO	SEGÚN DEMOGRAFIA		Total
		URBANO	RURAL	
		20	8	28
		15	11	26
Total		35	19	54

Tabla IX

PACIENTE	SEGÚN COMPLICACIONES DEL DESARROLLO				Total
	SIN COMPLICACIONES	INTERRUMPIDA	CONTRAIDA	RECONSTRUIDA	
CONTROLADO	20	5	1	2	28
NO CONTROLADO	17	8	0	1	26
Total	37	13	1	3	54

El promedio de edad fue de 52.8; y en cuanto a género la mayor proporción fue en el Femenino, con porcentaje de 81.5%.

PACIENTE	CONTROLADO NO CONTROLADO	GENERO		Total
		FEMENINO	MASCULINO	
		23	5	28
		21	5	26
Total		44	10	54

X^2 $p=0.17$

DISCUSION

En este estudio no hubo variables significativas, no se prueba la Hipótesis por lo tanto es nula; ya que predominó el Apego Terapéutico en Pacientes con Familia Disfuncional; debido a que se estudiaron familias y no pacientes, los cuales debieron integrarse en estudio de casos y controles con igual número de pacientes en cada grupo. Por lo tanto, en la población estudiada no influyen las Características Familiares en el apego terapéutico; es más la conciencia de la enfermedad (probablemente el miedo o temor a que se complique la enfermedad, sin importar el conocimiento de la misma y un objetivo particular del control de enfermedad) lo que produce apego al tratamiento. Hubo diferencia en cuanto al género ya que es más común que las mujeres acudan a los servicios de salud en general.

Se encontró predominio de familias nucleares, integradas, tradicionales, urbanas y empleadas, resultados similares a lo reportado por la literatura sobre estudios de la dinámica familiar en zonas urbanas.

Considero que se deben incluir instrumentos para evaluar el nivel de conciencia sobre la enfermedad y la actitud de los pacientes hacia el tratamiento, pues se observó mal apego al manejo farmacológico y estos aspectos pueden influir en forma negativa en una calidad de vida.

En el presente estudio se consideró paciente con apego terapéutico a quien se encontraba en control en el momento de aplicar la encuesta FACES III, por lo que no es un método confiable para medir el mismo. No se puede negar que el método empleado para la medición del apego siempre estará sujeto a cuestionamientos y siempre existirá la posibilidad de uno mejor. Se requiere seguir investigando en este sentido pues las alteraciones en la dinámica familiar desempeñan un papel importante en el control de los pacientes con enfermedades crónicas.

Es probable que existan otros factores, principalmente de orden psicológico, que influyan en el cumplimiento, como pudiera ser el acatamiento de una orden médica, el miedo a la enfermedad o el impacto que realmente produce la relación medico-paciente.

CONCLUSIONES

La medición de la funcionalidad familiar permitió identificar su dinámica a través de la satisfacción o insatisfacción del entrevistado con su vida familiar, así como conocer la percepción del funcionamiento a fin de determinar si la familia es una influencia en el grado de control.

Con los resultados de esta investigación es difícil demostrar que las características familiares estudiadas influyan en el Apego Terapéutico, pero sí es evidente que el éxito del tratamiento depende fundamentalmente de dicho apego. Por ello es necesario desarrollar estrategias dirigidas a determinar cuáles son los factores involucrados para que el paciente se apegue al manejo y en este contexto, es importante el apoyo familiar.

A fin de ayudar a mejorar el Apego Terapéutico, el Especialista en Medicina Integrada tiene dentro de sus competencias el trabajar con los pacientes y sus familiares para llegar a acuerdos sobre los objetivos del tratamiento, proporcionar información del régimen, asegurar la comprensión utilizando el método de retroalimentación, asesorar sobre la importancia del apego terapéutico y la forma de organizar la toma de medicamentos. Debe además, reforzar la vigilancia por el propio paciente y su familia, proporcionar una atención más conveniente, prescribir un régimen de dosificación simple para todos los medicamentos, sugerir formas para ayudar a recordar que se tomen las dosis, cumplir con las citas y proporcionar medios para simplificar la dosificación. También puede incluir apoyo social por familiares y amigos y proporcionar recompensas y reconocimientos a los esfuerzos del paciente para seguir el régimen.

En pacientes con mal apego al tratamiento dietético deben considerarse las visitas frecuentes, evitar cambios radicales en sus hábitos alimentarios, establecer metas de cambio a corto plazo. La educación y orientación alimentaria en el paciente y sus familiares son necesarias para mejorar los resultados del tratamiento nutricional.

La familia juega un papel trascendental en el logro de los objetivos, se debe platicar con ellos y buscar su apoyo, por que muchos de los cambios pueden ser en la alimentación o ritmo de vida y los familiares pueden ayudar a lograrlo.

En ausencia de apego terapéutico la probabilidad de control está presente en un bajo porcentaje. Se sabe que los pacientes no siempre siguen las

recomendaciones a las medidas preventivas, en algunas ocasiones debido a la falta de información en relación con el riesgo que significa la enfermedad. En consecuencia, la contribución del equipo de salud para mejorar el control de la enfermedad, consiste en el ejercicio pleno del papel educativo y asistencial sobre el núcleo familiar del paciente.

El aspecto emocional y la convivencia adecuada con la familia influyen en la conducta, interés o motivación para que un paciente sienta la necesidad y deseos de vivir y esto lo lleve a un mejor control de su enfermedad.

ANEXOS:

FACES III

Olson DH, Portner J. Lavee Y (Minnesota University)

Versión en español: Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A. (Universidad Nacional Autónoma de México)

1	2	3	4	5
NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE

Describe su familia:

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

Marcar con X el tipo de familia:

Según su composición:				
Nuclear	Seminuclear	Extensa	Semiextensa	Compuesta

Según su Desarrollo (hábitos, costumbres y patrones de comportamiento):		
Moderna	Tradicional	Primitiva

Según Ocupación Jefe de Familia:			
Campesino	Profesionista	Obrero	Otro

Según Demografía:	
Urbana	Rural

Según complicaciones del Desarrollo Familiar:		
Interrumpida	Contraída	Reconstruida

Paciente con Apego Terapéutico:	
SI	NO

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Huerta-González: Medicina Familiar: La Familia en el Proceso Salud-Enfermedad; Alfil Méx., 2005.
- ² Mendoza-Solís: Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Archivos en Medicina Familiar, Méx., v8 n1, 2006:27-32.
- ³ Infomed: El Cuidado Familiar del Hipertenso; Saludparalavida.sld.cu.
- ⁴ Fernández-Ortega: El impacto de la Enfermedad en la familia. Atención Familiar, Méx., V11 n1, Enero/Febrero 2004:6-9.
- ⁵ Morin-Reyes, Rodríguez-Moron: Apoyo Familiar en el Apego al Tratamiento de la Hipertensión Arterial Esencial. Salud Publica de México v43 n4, Julio/ Agosto 2001.
- ⁶ Chisholm: Apego al Tratamiento Farmacológico en pacientes con Diagnostico de Diabetes Mellitus tipo 2. Salud Publica de México; v43 n3, Mayo/Junio 2001:336-339.
- ⁷ Trief, Wade, Britton, Weinstock: A prospective Analysis of Marital Relationship Factors and Quality of Life in Diabetes. Diabetes Care v25 n7, July 2002: 1154-1158.
- ⁸ Pastor-Rodríguez: Predictores de adherencia al Tratamiento en niños con Diabetes Mellitus tipo 1. Enfermería Clínica; v17 n6, 2007:331-3.
- ⁹ Gómez-Clavelina, Ponce-Rosas, Irigoyen-Coria: Faces III: Reaches and limitations, Atención Familiar, Méx., v12 n1, Enero/Febrero 2005:10-11.
- ¹⁰ Pignone, MD, MPH, McPhee: Estudio del paciente y conservación de la Salud. Diagnostico Clínico y Tratamiento, Méx Cap 1,2007: 1-3.
- ¹¹ Villareal-Ríos, Paredes-Chaparro, Martínez-González, Galindo-Rodríguez, Vargas-Daza, Garza-Elizondo: Control de los Pacientes con Diabetes tratados solo con esquema farmacológico. Rev Med Inst Méx Seguro Soc; v44 n4, 2006:303-308.
- ¹² Bayer: Abordaje Inicial del Paciente Diabético. El Control de la Diabetes es la propia Vida; v1 n1, 2002:10-13.
- ¹³ Medrano-Ortiz, González-Ávila, Aguilar-Mejía: Apego al Tratamiento Hormonal Sustitutivo-Supresivo en Pacientes con Cáncer Tiroideo. Rev Med IMSS; v42 n1, 2004:31-35.

¹⁴ Megret-Despaigne, Castillo-Villares, Duverger-González: Adherencia Terapéutica en Pacientes Ambulatorios con Insuficiencia Cardíaca. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com, 2006.

¹⁵ Herrera, Campero, Caballero, Kendall: Relationship between physicians and HIV patients: influence on adherence and quality of life. Rev Saude Publica; v42 n2, 2008:249-55.

¹⁶ Méndez-López, Gómez-López, García-Ruiz, Pérez-López, Navarrete-Escobar: Disfunción Familiar y Control del Paciente Diabético tipo 2. Rev. Med IMSS; v42 n4, 2004:281-284.

¹⁷ Metas del Tratamiento. Como mejorar el Apego al Tratamiento Dietético: Medicina Interna de México; v21, Suplemento, 2005:S5-S15.

¹⁸ López-Salazar: Calidad de vida en pacientes psicóticos externos. Alcmeon. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica; a 16, v14 n2, Noviembre 2007:65-75.

¹⁹ Recomendaciones generales dirigidas a los pacientes para mejorar la relación con su médico durante la consulta: Revista CONAMED, v12 n3; Julio- septiembre 2007:26-29.