



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 23
SAN JUAN DE ARAGÓN

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y SU RELACIÓN CON CALIDAD DE
VIDA Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 EN LA UMF NO. 44

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. OSCAR RICARDO RUBIO RUIZ



SAN JUAN DE ARAGON, CD.MX.

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y SU RELACION CON CALIDAD DE VIDA
Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2 EN LA UMF No. 44 DEL IMSS. CDMX.”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

El presente proyecto aprobado por el Comité de Investigación del Instituto
Mexicano del Seguro Social
Asignándole el número de Folio: **R-2016-3516-31**

**PRESENTA:
OSCAR RICARDO RUBIO RUIZ**

AUTORIZACION IMSS:

DR. HUMBERTO PEDRAZA MÉNDEZ
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD

**“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y SU RELACIÓN CON CALIDAD DE VIDA
Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2 EN LA UMF NO. 44.”**

**PRESENTA
OSCAR RICARDO RUBIO RUIZ**

AUTORIZACIONES



DR. EDGAR AVILA JIMENEZ
DIRECTOR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.44 IMSS



DRA MIRIAM RAMIREZ CORTEZ
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS



DRA. SANTA VEGA MENDOZA
INVESTIGADOR ASOCIADO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR UMF NO. 20

"ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y SU RELACIÓN CON CALIDAD DE VIDA Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UMF NO. 44"

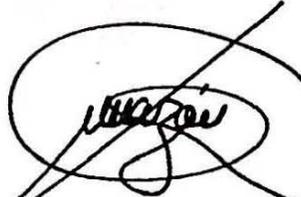
TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA

EN MEDICINA FAMILIAR

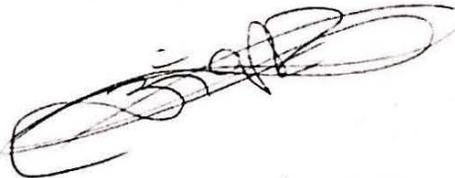
PRESENTA:

DR. OSCAR RICARDO RUBIO RUIZ

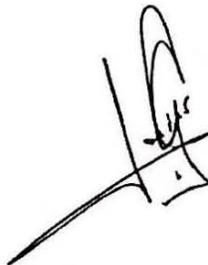
AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



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



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



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

ÍNDICE.

RESUMEN.....	7
ANTECEDENTES.....	8
JUSTIFICACION.....	22
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
PREGUNTA DE INVESTIGACION	24
OBJETIVO GENERAL.....	25
HIPOTESIS.....	26
METODOLOGIA.....	27
MATERIAL Y METODOS.....	29
ASPECTOS ÉTICOS.....	36
RESULTADOS	38
DISCUSIÓN.....	50
CONCLUSION.....	52
BIBLIOGRAFIA.....	56
ANEXOS.....	56

RESUMEN

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y SU RELACIÓN CON CALIDAD DE VIDA Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UMF NO. 44.

Oscar Ricardo Rubio Ruiz ¹ Dra. Santa Vega Mendoza ² Alumno del curso de especialización en medicina familiar para médicos generales del IMSS ¹. Médico Especialista en Medicina Familiar de la UMF 20 ².

Introducción: La Diabetes Mellitus tipo 2 representa en México un asunto de preocupación en salud pública. Su impacto físico y emocional a lo largo de la cronicidad deteriora la calidad de vida de las personas que la padecen.

Objetivo: Determinar la adherencia al tratamiento y su relación con calidad de vida y la funcionalidad familiar en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 en la UMF No. 44.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal, analítico, prospectivo en pacientes diabéticos de la UMF 44 de febrero-junio 2017. Se establecerá el perfil descriptivo de la percepción de la calidad de vida con la aplicación del cuestionario EuroQol-5D, para determinar la funcionalidad familiar se utilizara el cuestionario de APGAR Familiar y determinar la adherencia al tratamiento con Test de Morinsky-Green. Se utilizará estadística inferencial con OR IC al 95% y χ^2 considerando significancia estadística cuando $p \leq 0.05$. Estudio factible ya que se cuenta con residencia médica para formación en MEDICINA FAMILIAR y experiencia de los investigadores en múltiples estudios de investigación.

Resultados: se obtuvo una muestra de 210 personas en rango de edad de 25 a 89 años, se encontró que el grupo de edad con mayor distribución de frecuencia fue el de 65 a 80 años de edad en donde se encuentra que el sexo femenino tiene mejor adherencia al tratamiento respecto al sexo masculino, así mismo se ve el 65% se encuentra con adecuada función familiar y un grupo de mayores de 65 años con un 25% que se encuentran en una disfunción severa.

Conclusiones: se encuentra asociación entre la adherencia terapéutica y la funcionalidad familiar viéndose afectados en un grupo de mayores de 65 años lo cuales se encuentra relación estadística donde son personas que ya no tiene apoyo familiar cercano.

Palabras Claves: adherencia terapéutica, Diabetes Mellitus, Calidad de vida, Funcionalidad Familiar

INTRODUCCION

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2014 se estima que 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes mellitus (DM), frente a los 108 millones de 1980. La prevalencia mundial de la diabetes casi se ha duplicado desde ese año, pues ha pasado del 4,7% al 8,5% en la población adulta y su prevalencia ha sido favorecida en los países de ingresos bajos y medianos que en los de ingresos altos.^{1,2,3}

Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que el número de personas con diabetes en el mundo se ha incrementado de 30 millones en 1995 a 347 millones en la actualidad y se estima que para el 2030 habrá 366 millones.¹ Por lo anterior, la DM se considera un problema de salud pública cuyo impacto en términos económicos, sociales y en la calidad de vida, la convierte en una prioridad nacional.^{2,4}

En México, la población con DM es de 8 millones con una prevalencia nacional de 14.4 por ciento de este total, se estima que entre 90 y 95 por ciento de los afectados presentan dm2 y un 5 a 10 por ciento a otro tipo de diabetes. Actualmente se registran casos nuevos en personas cada vez más jóvenes e inclusive menores de 24 años. En promedio los hombres con DM mueren a una edad más temprana, 67 años contra 70 que viven las mujeres.²

La DM tipo 2 es una enfermedad en la que constantemente se están produciendo avances, tanto en el diagnóstico como en lo que se refiere a su manejo y tratamiento. Los cambios en los criterios diagnósticos, la comercialización de nuevos fármacos para el control glucémico y la continua publicación de nuevos estudios sobre la eficacia del control de los factores de riesgo.³

La DM es una enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce.^{2,4}

El término Diabetes Mellitus define alteraciones metabólicas de múltiples etiologías caracterizadas por hiperglucemia crónica y trastornos en el metabolismo de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas, resultado de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la misma o en ambas (OMS, 1999)^{2,4}

Para el diagnóstico de la DM se puede utilizar cualquiera de los siguientes criterios:

-síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia, pérdida de peso sin otra causa) + glucemia plasmática casual \geq 200 mg/dl, o bien

-glucemia plasmática en ayunas \geq 126 mg/dl, o bien

-glucemia plasmática a las 2 horas del test de tolerancia oral a la glucosa \geq 200 mg/dl.⁴

El tratamiento tiene como propósito aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por complicaciones.⁴

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y control de la DM, NOM-015-SSA2-1994, el tratamiento debe considerar el establecimiento de metas, manejo no farmacológico que incluye educación y automonitoreo, manejo farmacológico y la vigilancia de complicaciones.⁴

Manejo no farmacológico

Incluye:

- control de peso
- plan alimenticio

- educación del paciente y su familia
- automonitoreo
- grupos de ayuda

Manejo farmacológico

Los medicamentos que se utilizan para el control de la DM son sulfonilureas biguanidas, insulina o combinaciones de estos medicamentos. Asimismo se pueden utilizar los inhibidores de la alfa-glucosidasa, tiazolidinedionas y otros. ⁴

Adherencia al tratamiento

Es considerado como el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para asistir a citas programadas, tomar los medicamentos tal y como se indican, realizar los cambios en el estilo de vida recomendados y por último completar los estudios de laboratorio o pruebas solicitadas. ⁵

Numerosos estudios confirman que la mitad de los pacientes no sigue adecuadamente el tratamiento farmacológico y que menos del 30% cambia sus hábitos o estilo de vida. ⁵

La OMS considera la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de salud pública por lo cual es fundamental realizar estudios sobre adherencia al tratamiento, sobre todo en países en vías de desarrollo. La adherencia se define como “El grado en el que el comportamiento de una persona (como tomar el medicamento, seguir un régimen alimenticio y ejecutar cambios del modo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de atención médica” (OMS 2004). ^{5,6}

Adherencia da un aspecto activo de compromiso por parte del paciente y responsabiliza al médico para crear un contexto en el que el paciente entienda

mejor su problema de salud, las consecuencias de seguir un tratamiento, facilite la toma de decisiones compartidas y como resultado mejore la efectividad de los tratamientos farmacológicos.^{5,6}

Generalmente, la adherencia se estima como variable binaria: cumplidor/no cumplidor, adherencia/no adherencia, y los factores que la determinan se clasifican en 4 áreas:

1. Relación médico-paciente
2. El paciente y su entorno
3. La enfermedad
4. La terapéutica

La relación médico-paciente incluye la motivación que existe en el enfermo derivada de la relación con su médico tratante, la buena relación y, finalmente, la confianza en la obtención de un beneficio, hace a los pacientes iniciar y mantener un tratamiento.⁵

Respecto al factor ambiental, destacan las creencias de cada paciente, su entorno emocional, afectivo, su rol en la sociedad, el aislamiento, las creencias sociales o mitos de salud.⁵

En esta área se encuentran también las características sociodemográficas, nivel de conocimientos e inclusive el apoyo que recibe de su familia y de la sociedad con la cual convive.⁵

Deterioro cognoscitivo y estados alterados de ánimo, el deterioro sensorial, la pérdida de visión o audición que pueden condicionar que el paciente no procese de forma adecuada la información, que experimente un aprendizaje incorrecto, el tipo de enfermedades es a medida que aumenta la cronicidad el cumplimiento del tratamiento disminuye; la percepción de la gravedad también influye, es decir, si el

paciente cree que esa enfermedad es grave y pone en riesgo su vida cumple con mayor precisión el tratamiento y viceversa.

Si el paciente tiene mínimos síntomas de la enfermedad, habrá menos adherencia al tratamiento; cuando el tratamiento tiene fines preventivos sucede lo mismo.

Características de la terapéutica, un tratamiento corto y sencillo de seguir al paciente, el paciente tiene buena adherencia; esta disminuye cuando el tratamiento es prolongado como en las enfermedades crónicas.

La no adherencia al tratamiento tiene diversas clasificaciones, una de ellas es de acuerdo al periodo de seguimiento:

- Incumplimiento parcial: solo se adhiere en algunos momentos
- Incumplimiento esporádico: el individuo incumple de manera ocasional (ej. olvido)
- Incumplimiento secuencial: el tratamiento es abandonado con mejoría y con enfermedad lo restablece.
- Incumplimiento completo: el abandono es de forma indefinida.
- Cumplimiento de bata blanca: solo se adhiere cuando se acerca la visita al médico.⁵

Existen varios métodos para medir la no adherencia al tratamiento; sin embargo, actualmente no existe un método único para medirla, por lo que se deben de utilizar varios de ellos para recabar la mayor información posible ya que todos los métodos poseen carencias.^{5,6}

Métodos objetivos directos; se utilizan mediciones por técnicas de laboratorio en sangre o en orina del medicamento, son métodos objetivos y específicos y su utilidad se reduce por tener un alto costo e infraestructura.⁶

Métodos objetivos indirectos; estos valoran partir de las circunstancias que se relacionan con el grado de control de la enfermedad como ejemplo: recuento de tabletas, asistencia a citas programadas.⁶

Métodos subjetivos indirectos; son mediante cuestionarios, técnicas de entrevista el juicio del médico y la impresión clínica, mediante esta técnica se encuentran cuestionarios validados que analizan el grado de conocimiento de su enfermedad y esto es proporcional a la adherencia al tratamiento.⁶

Test de Morisky- Green es uno de los métodos subjetivos indirectos que cuentan con una previa validación con la finalidad de valorar actitudes acerca del tratamiento, fue creado por Morisky, Green y Levine, el 24 de enero de 1986. Inicialmente, valoraba la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos, sin embargo, en la actualidad, es usado para valorar el cumplimiento terapéutico de diferentes patologías crónicas. Consiste en una escala de cuatro preguntas, cada una de las cuales tiene una respuesta dicotómica (sí o no).⁷

Dicho test valora el cumplimiento y las actitudes de los pacientes en relación con el tratamiento de su enfermedad, con menor sensibilidad (64 %), aunque presenta una alta especificidad (79 %) y un alto valor predictivo positivo, es decir, si la persona manifiesta que no sigue una determinada pauta, es altamente probable que sea cierto.⁸

ELEMENTOS QUE FAVORECEN EL CUMPLIMIENTO.

- Tener buena relación médico-paciente.
- El nivel de educación para realizar explicaciones congruentes con términos coloquiales, tanto de la enfermedad como del tratamiento.
- Escribir todas las indicaciones en las recetas médicas para finalmente obtener la confianza de nuestro paciente.
- Elaborar un plan terapéutico lo menos complejo posible.

- Prescribir el menor número de medicamentos y la dosis mínima necesaria.
- Asociar la aplicación del medicamento con quehaceres de todos los días.
- Atender las características del paciente: Horario, ocupación, gustos, economía, apoyo familiar o social.
- Diseñar un plan educativo con objetivos claros, en caso de tratar de cambiar los hábitos o estilos de vida.
- Información adecuada a cada paciente sobre:
 - Factores de riesgo que le afecten.
 - Los medicamentos: Dosis, frecuencia, efectos secundarios posibles y qué hacer ante ellos.
 - Hábitos y estilos de vida a modificar.
 - Beneficios esperados con el tratamiento.
- Valorar a nuestro paciente desde el punto de vista global.
- Tener en cuenta al paciente de la tercera edad con comorbilidades y polifarmacia.⁵

Calidad de vida

Tradicionalmente la determinación del estado de salud o enfermedad se ha centrado en métodos objetivos basados en implementación de medidas como marcadores bioquímicos, fisiológicos y anatómicos o con el uso de indicadores epidemiológicos en donde existía un vacío instrumental para medirla calidad de vida o estado de salud individual en función a la definición de la salud planteada por la OMS.⁹

A pesar del uso de estas medidas epidemiológicas de morbimortalidad a partir de los años setenta surgen índices de calidad de vida y su mayor desarrollo fue en los años ochenta, y estos instrumentos en sus inicios miden el estado funcional de los paciente en enfermedades crónicas, actualmente estos índices permiten evaluar aspectos técnico médico relacionados con la atención del cuidado del paciente , representan un variable de resultado en diversos tipos de estudios y han

facilitado generar soporte psicológico y para el análisis de sobrevida de los pacientes.⁹

Su uso constituye una medida centrada en el paciente, la cual mide la opinión de éste respecto a su propia salud en las dimensiones física, psicológica y social. Por otro, se ha tomado como una de las variables finales para analizar la eficacia Y efectividad de las intervenciones médicas del personal de salud y de los programas institucionales.^{10, 11}

En la atención importante la medición de la calidad de vida es un reto importante, especialmente debido a las condiciones de medición: falta de tiempo, falta de espacios tranquilos, una gran variedad de pacientes con características sociodemográficas y enfermedades distintas.^{11,12}

EuroQol-5D (EQ-5D) se diseñó como un cuestionario sencillo que pudiera ser administrado en condiciones muy variadas de medición, pero que también facilitara la recopilación de datos en pacientes, y siendo de los pocos instrumentos validados para su uso en el idioma español y España uno de los primeros en adaptarlo y validarlo.¹³

El EQ-5D es un instrumento genérico de medición de calidad de vida relacionada con la salud que puede utilizarse en individuos sañoso grupos de pacientes de diferentes patologías. El propio individuo valora su estado de salud, por niveles de gravedad mediante un sistema descriptivo y luego con una escala visual análoga (EVA); el sistema descriptivo contiene cinco dimensiones de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y cada una de ellas tiene tres niveles de gravedad (sin problemas, algunos problemas y problemas graves.)¹³

Los niveles de gravedad se codifican con 1 si la respuesta (no tengo problemas), con 2 si la opción es (algunos problemas) y con un 3 si la respuesta es (muchos

problemas. Las combinaciones de los valores de todas las dimensiones generan números de 5 dígitos habiendo 243 combinaciones de estados de salud posibles y para calcular el valor de cualquier estado de salud primera se le asigna el valor al estado (11111 sin problemas en ningún constructo) y si el estado es diferente a este se resta el valor de una constante y si hay problemas en alguno de los constructo determinado de resta el valor correspondiente. ¹³

Funcionalidad familiar

La familia constituye el núcleo fundamental para el funcionamiento de nuestra sociedad. Es importante determinan la dinámica familiar, misma que puede ser transformadora de las actividades cotidianas del individuo, del país y del mundo entero. ¹⁴

La familia es una unidad con estructura y organización que interactúa con su medio ambiente, en un sistema social con subsistemas interpersonales definidos por uniones emocionales y responsabilidades comunes, sujeta a cambios que pueden afectar su estabilidad.

El consejo nacional de población (CONAPO) en el 2008 reporto que en México de los 103 .3 millones de habitantes de estos 8.2 millones de personas tienen 60 años y más; por lo que las proyecciones para el 2030 serán de 22.2 millones, este proceso de envejecimiento poblacional tiene múltiples repercusiones en el país , en ámbitos económicos y sociales, sector salud y en lo que nos compete en el contexto familiar , culturalmente el cuidado de grupo de población recae en la familia impactando la dinámica familiar.

Para conocer bien este núcleo tan importante se realizara por medio del estudio de la familia, basados en los fundamentos de la especialidad, necesariamente debe incluir los aspectos biológicos, psicológico y social en un ambiente ecológico,

lo cual debemos de tomar en cuenta para la determinación del proceso salud enfermedad a nivel individual y familiar.¹⁴

La dinámica familiar al estar condicionada por variables socioeconómicas y culturales debe entenderse como el proceso salud enfermedad que puede sufrir cambios en el ciclo vital de la familia, es por eso que como la misma enfermedad, diagnosticada en diferentes etapas del desarrollo, tiene distintas consecuencias en lo que respecta a la atención y tratamiento de los aspectos antes mencionados considerado el estado de función familiar.¹⁵

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. En cambio las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas.¹⁵

La importancia de identificar el papel de la familia en el proceso salud enfermedad sea incrementado notablemente, para conocer los factores que contribuyen a la vulnerabilidad de padecer enfermedades, de recibir la atención necesaria, de obtener una pronta recuperación y así identificar alteraciones somáticas y síntomas indicativos de disfunción familiar y poder llevar a cabo orientación otorgada por el médico familiar o en su caso la referencia oportuna y fundamentada con el terapeuta familiar.^{16,17}

Uno de los primeros instrumentos elaborado por el médico familiar Gabriel Smilkstein en 1978 publicó the family apgar (FAPGAR) con el propósito de diseñar un breve instrumento de tamizaje para uso diario en consultorios de medicina familiar, este obtiene datos que reflejan la situación funcional de la familia.¹⁶

Este instrumento se elabora con base a cinco elementos o constructos esenciales: Adaptabilidad; es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar.

Participación o compañerismo; es la implicación de miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.

Gradiente de recursos personales; es el desarrollo de la maduración física, emocional y autorrealización que alcanza gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.

Afectividad; es la relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia.

Recursos o resolución; es el compromiso de dedicar tiempo o atender necesidades físicas y emocionales de los miembros de la familia, implica compartir unos ingresos y espacios.¹⁶

Originalmente consta solamente de 5 reactivos, uno para cada constructo con una escala de calificación que incluye 3 categorías de respuesta casi siempre, algunas veces casi nunca con puntajes cero a tres y para su mejor estudio sufrió una última modificación incluyendo a los amigos en la red de apoyo debido que en los estudios del autor y del Dr. Cobb Cohen lo fundamental es contar con una persona a la cual se pueda recurrir en caso necesario, actualmente cada respuesta tiene un puntaje de 0 a 4 puntos de acuerdo a la siguiente calificación 0-nunca, 1-casi nunca, 2-algunas veces, 3-casi siempre y 4-siempre con una interpretación normal: 17 a 20 puntos disfunción leve: 16 a 13 puntos, disfunción moderada 12 a 10 puntos y disfunción severa menor o igual a 9.¹⁷

La validación del APGAR familiar se evaluó en múltiples investigaciones mostrando índices de correlación que oscilan entre 0.71 y 0.83 en alfa de Chronbach.¹⁷

En cuanto la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus 2 sobre su enfermedad:

En el 2007 se realizó el estudio Relación entre diabetes mellitus y calidad de vida en pacientes de Guadalajara Jalisco un estudio de trasversal en 208 pacientes de los cuales 89 son portadores de diabetes mellitus 2 con más de un año de diagnóstico y 119 pacientes no diabéticos que acudieron a la atención primaria mediante el instrumento EuroQol 5D (alfa de Cronbach de 76) se concluyó que la autopercepción de la calidad de vida no estuvo asociada al estado de ser diabético o no ni tampoco en relación a los hábitos saludables, la mala percepción de la calidad de vida está asociada a otros factores como la edad y la educación.¹⁸

En el 2009 se realizó el estudio Calidad de vida, salud y trabajo la relación con diabetes mellitus tipo 2 en Guadalajara Jalisco mediante un estudio trasversal a 238 pacientes el 61% mujeres con una edad media de 54 años de la muestra el 50% tiene diabetes mellitus 2 en donde se aplicó el instrumento EuroQol 5D (alfa de Cronbach de 0,87) por lo que concluyen los hombres diabéticos califican más baja su calidad de vida que la mujeres y los pacientes en estado civil viudez y contra con una remuneración económica tienen una mejor percepción de su calidad de vida.¹⁹

En el 2012 se realizó el estudio Comparación de prevalencias de duelo, depresión y calidad de vida asociados con la enfermedad entre pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados y controlados durante el 2012 realizado en la clínica de medicina familiar Dr. Ignacio Chavez mediante un estudio prospectivo trasversal se seleccionó 69 paciente controlados y 62 pacientes descontrolados con diabetes mellitus 2 mediante la herramienta laminas Coop-Wonca para calidad de vida en donde el resultado se ven más afectados los pacientes descontrolados

con mala calidad de vida solo se obtuvieron diferencias con significado estadístico en las dimensiones de cambios en el estado de salud.²⁰

En el 2013 se realiza el estudio Calidad de vida y satisfacción con el tratamiento de sujetos con diabetes tipo 2: resultado en España del estudio panorama se realizó el departamento de endocrinología y metabolismo del hospital Dr. Negrin en Madrid España, en donde por medio de un estudio observacional transversal que incluye pacientes diabéticos mayores de 40 años con determinaciones de hbA1c y mediante herramientas EQ-5d en el cual obtienen como resultado que los pacientes con un mal control glucémico presentan una peor calidad de vida ($p=0.007$).²¹

En cuanto la funcionalidad familiar en pacientes con diabetes mellitus 2 sobre su enfermedad:

El estudio Influencia de la Familia en el Control Metabólico de paciente diabético tipo 2 se realizó un estudio de tipo transversal y comparativo en 121 familias de diabético tipo 2 de los cuales 52 % son pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No 51 y el 47.2 % del Centro de Salud Comunitario la Aurora de la Secretaria de Salud en Guadalajara de Jalisco en donde se obtuvo mediante la herramienta de Apgar familiar se encontró que el 74.3 % ubica a su familia como funcional y el 78.8 de los familiares se consideran en el mismo rubro.²²

En el 2008 en estudio Funcionalidad y red de apoyo familiar en pacientes diabéticos tipo 2 servicio de endocrinología Iahula, Merida se realizó un estudio trasversal descriptivo 200 pacientes diabéticos tipo 2 por medio del cuestionario de Apgar familiar se encontró que 73 % se considera tener una familia funcional el 20 % con una disfunción moderada y 7% una disfunción grave por lo que concluye que los pacientes con cifras de glicemias más elevadas tenían mayor funcionalidad familiar.²³

En cuanto la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus 2 sobre su enfermedad:

En el 2014 un estudio de cumplimiento farmacológico de la diabetes tipo 2 en adultos mayores de departamento de enfermería chillan, chile se realizó un estudio transversal descriptivo en 90 pacientes diabéticos de 65 o más años, por medio del cuestionario Morisky-Green encontrando que el 51% no cumplen con el tratamiento farmacológico y el 49% cumplen con dicho tratamiento farmacológico un resultado no satisfactorio en este estudio, buscando relacionar el control metabólico con los paciente con adherencia a su tratamiento.²⁴

Justificación

Actualmente la diabetes mellitus tipo 2 es la enfermedad crónica la cual ha triplicado sus cifras, por lo que esta prevalencia desarrollo un aumento en el gasto público de salud tanto mundial como a nivel nacional

Considerando las estimaciones hechas para México sobre el costo anual de la atención de la diabetes, que sitúa el costo de atención por parte de los proveedores, en 707 dólares por persona por año, para 2012 se requirieron 3 872 millones de dólares para el manejo de la diabetes, lo que representa un incremento de 13% con relación a la cifra estimada para 2011. En el mundo, los gastos sanitarios por diabetes se han elevado a 465.000 millones de USD en 2011, lo cual equivale al 11% del gasto sanitario total.

En México la diabetes mellitus tipo 2 representa un problema de salud pública teniendo un impacto principalmente en la población de bajos recursos, en donde la calidad de vida determina las conductas alimentarias, de actividad física y los aspectos emocionales.

Un aspecto importante del control de todo padecimiento crónico degenerativo como lo es en la diabetes mellitus 2 son las modificaciones en los estilos de vida aprendidos, por lo que estar informado y conocer la enfermedad, conocer su control y así hacerlo participativo de su propia salud. Por lo que un proceso educativo, aunado a un régimen nutricional será evidente tener un impacto positivo en el control metabólico sobre todo cuando este involucra al paciente y su familia. Es fundamental implementar estrategias que disminuyan los costos en la atención de los pacientes diabéticos, que los fines económicos sean destinados y ocupados de manera adecuada, además crear pautas económicas que beneficien en primera instancia al paciente y a los diversos sistemas de salud.

La diabetes mellitus es la primera causa de muerte tanto en el ámbito nacional como en el IMSS y se estima que la tasa de mortalidad crece 3% por año. En el IMSS durante el 2003 la diabetes mellitus fue la segunda causa de consulta de medicina familiar. La diabetes mellitus requiere de un manejo integral, para reeducar al paciente que la padece e incidir de manera directa en el control metabólico, lo que mejorará en gran medida la esperanza de vida, permitiéndole a su vez tener una mejor calidad de vida.

Actualmente en Mexico debe de contar con herramientas de rápido tamizaje para valorar el apego al tratamiento para estudiar y comprender a la diabetes mellitus tipo 2, su relación con la funcionalidad familiar y calidad de vida, permite al médico especialista incidir en aspectos fundamentales de su formación y así mantener la viabilidad de la atención diaria del paciente en el aspecto familiar con afectación en la calidad de vida, y poder otorgar una atención integral.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La diabetes mellitus representa altos costos para el individuo, la sociedad y la mayoría de estos costos se derivan de varias complicaciones que se pueden reducir, aplazar e incluso prevenir si se controla la enfermedad, de lo contrario acorta la vida productiva del enfermo, reduce la calidad de su vida y la de su familia, situación que puede evitarse con los avances de la medicina y reduce los costos de la enfermedad, por lo cual se deberán utilizar algún tipo de tamizaje para identificar la calidad de vida y su funcionalidad familiar y si la relación que existe para el buen control de esta enfermedad.

Actualmente la UMF no. 44 cuenta con una población total de derechohabientes con diagnóstico de diabetes mellitus de 6294, por lo cual se realizara muestra a mas de 200 pacientes teniendo una factibilidad para este estudio.

por lo cual es de suma importancia para el médico especialista en medicina familiar conocer en nuestros pacientes con padecimientos crónicos como la diabetes mellitus 2 y su adherencia al tratamiento y conocer los principales aspectos que afectan en el manejo de esta enfermedad por lo cual el valorar el tipo de calidad de vida y su funcionalidad familiar son aspectos a considerar como principales detractores del buen control de la diabetes mellitus 2 en México por lo cual nos hacemos la siguiente pregunta de investigación.

¿CUÁL ES LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y SU RELACIÓN CON CALIDAD DE VIDA Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UMF NO. 44?

Objetivos:

Objetivo general

Determinar la adherencia al tratamiento y su relación con calidad de vida y la funcionalidad familiar en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 en la UMF No. 44.

Objetivo específico:

Identificar la frecuencia de adherencia terapéutica en el paciente diabético tipo 2.

Identificar la calidad de vida del paciente

Identificar la percepción de funcionalidad familiar en el paciente

Determinar la relación entre adherencia y calidad de vida

Determinar la relación entre adherencia y funcionalidad familiar

Hipótesis

Al ser un trabajo de investigación observacional, descriptivo y transversal no requiere de hipótesis.

Metodología.

Tipo de estudio: Observacional, Descriptivo y transversal.

Sitio donde se realizara el estudio; Se realizara la presente investigación en Unidad de Medicina Familiar (UMF) no. 44

Universo de la muestra: Los participantes en el estudio serán un total de 200 pacientes, muestra no probabilística y por conveniencia. El presente estudio se realizara en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus 2, de ambos sexos, turnos, se evaluará el grado de calidad de vida y el tipo de funcionalidad familiar. Los participantes deben cumplir con los criterios de inclusión y contestar los instrumentos en forma completa. Se les invitará a participar informándoles de manera clara sobre el estudio que se llevara a cabo: La autorización se recabará mediante un formato de consentimiento informado institucional. Posteriormente se requisita una ficha de identificación y posterior se le aplicara los instrumentos validados a nivel internacional, para evaluar la calidad de vida por medio del cuestionario EuroQol-5d con de 5 ítems de auto-aplicación y para evaluar funcionalidad familiar el instrumento APGAR Familiar mediante 5 ítems de auto-aplicación y la medición de adherencia al tratamiento a base del cuestionario Morinsky–Green en los cuales cada uno consta de consistencia y confiabilidad de constructo.

Periodo del estudio: Del 01 Noviembre del 2016 al 01 de noviembre del 2017.

Población de estudio: Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF 44.

Procedimiento para integrar la muestra: estudio que se realizara con la participación de 210 pacientes con el diagnostico de DM 2 de ambos sexos,

informándoles sobre el estudio que se llevara a cabo de forma clara. Se evaluara el grado de adherencia al tratamiento cumpliendo los criterios de selección e inclusión y contestara de forma completa. la información se recopilara mediante el formato de consentimiento informado institucional y los cuestionarios de autoaplicación Euro Qol 5d , APGAR y Morinsky-Green.

Procedimiento para recolectar la información.

Se realizar mediante una hoja de recolección de datos, en donde se incluye ficha de identificación y los instrumentos a investigar con sus respectivas variables de importancia para el estudio, mismo que se analizara en el programa de Excel y sistema SPSS 22

Análisis de datos

Se realizara estadística descriptiva, porcentajes y frecuencias absolutas para variables cuantitativas, así como medidas de tendencia central para variables cuantitativas, moda, mediana, promedio, desviación estándar, mínimos y máximos, se utilizara X² para la relación de variables y OR al 95% con error al 0.5 con una significancia $p=0.05$. Los datos se procesaran en el programa estadístico SPSS versión 22, presentándose los resultados en forma de tablas y gráficos

MATERIAL Y METODOS:

La funcionalidad familiar se conocerá con la aplicación del cuestionario APGAR familiar se evaluó en múltiples investigaciones Originalmente consta solamente de 5 reactivos, uno para cada constructo con una escala de calificación que incluye 3 categorías de respuesta casi siempre, algunas veces casi nunca con puntajes cero a tres, actualmente cada respuesta tiene un puntaje de 0 a 4 puntos de acuerdo a la siguiente calificación 0-nunca, 1-casi nunca, 2-algunas veces, 3-casi siempre y 4-siempre con una interpretación normal: 17 a 20 puntos disfunción leve: 16 a 13 puntos, disfunción moderada 12 a 10 puntos y disfunción severa menor o igual a 9. Mostrando índices de correlación que oscilan entre 0.71 y 0.83 en alpha de Chronbach.

La calidad de vida se conocerá con la aplicación El EQ-5D un instrumento genérico de medición de calidad de vida relacionada con la salud que puede utilizarse en individuos sanos o grupos de pacientes de diferentes patologías. El sistema descriptivo contiene cinco dimensiones de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y cada una de ellas tiene tres niveles de gravedad (sin problemas, algunos problemas y problemas graves.)

Los niveles de gravedad se codifican con 1 si la respuesta (no tengo problemas), con 2 si la opción es (algunos problemas) y con un 3 si la respuesta es (muchos problemas). Las combinaciones de los valores de todas las dimensiones generan números de 5 dígitos habiendo 243 combinaciones de estados de salud posibles y para calcular el valor de cualquier estado de salud primera se le asigna el valor al estado (11111 sin problemas en ningún constructo) y si el estado es diferente a este se resta el valor de una constante y si hay problemas en alguno de los constructo determinado de resta el valor correspondiente.

La adherencia al tratamiento se conocerá con Test de Morisky- Green es uno de los métodos subjetivos indirectos que cuentan con una previa validación con la finalidad de valorar actitudes acerca del tratamiento, fue creado por Morisky,

Green y Levine, el 24 de enero de 1986. Inicialmente, valoraba la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos, sin embargo, en la actualidad, es usado para valorar el cumplimiento terapéutico de diferentes patologías crónicas. Consiste en una escala de cuatro preguntas, cada una de las cuales tiene una respuesta dicotómica (sí o no).

Dicho test valora el cumplimiento y las actitudes de los pacientes en relación con el tratamiento de su enfermedad, con menor sensibilidad (64 %), aunque presenta una alta especificidad (79 %) y un alto valor predictivo positivo, es decir, si la persona manifiesta que no sigue una determinada pauta, es altamente probable que sea cierto.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Criterios de inclusión:

- Pacientes diabético tipo 2 adscrito en la UMF 44 de ambos turnos, 26 a 80 años de edad, ambos sexos.
- Pertenecientes a un núcleo familiar que acepte participar, sepan leer, escribir.
- Que acepte responder los instrumentos que se aplicaran en este estudio.
- Pacientes diabéticos con o sin comorbilidad y en cualquier tipo de evolución de la enfermedad.
- El paciente deberá contestar el instrumento del 100%.

Criterios de eliminación:

- Encuestas incompletas o mal llenadas y pacientes que posterior a contestar la encuesta decidan retirarse del estudio.
- Pacientes que no sepan leer y escribir.
- Paciente con patología psiquiátrica y/o psicológica.
- Mujeres embarazadas

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no acepten participar en el estudio.
- Pacientes que no estén adscritos a la UMF 44

Variables de estudio.

Definición de las variables:

- a) Variables independientes: Calidad de vida, Funcionalidad familiar Edad biológica, sexo, nivel socio económico, escolaridad, ocupación, estado civil. Tiempo de evolución de la diabetes mellitus, Presencia de comorbilidades
- b) Variables dependientes: adherencia terapéutica.

Variable: Calidad de vida

Definición conceptual: La Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida como “una percepción individual de uno acerca de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en que vive y en relación con sus metas, sus perspectivas, sus normas y preocupaciones

Definición operacional: Es una medida compuesta por el bienestar físico, mental y social, tal como lo percibe el paciente diabético mediante un instrumento de tipo genérico EuroQol-5D con 5 ítems que valora movilidad, cuidado personal actividades cotidianas, dolor malestar, ansiedad y depresión y mediante una escala visual análoga de su estado de salud valoraremos el tipo de calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Tipo: Cualitativa

Escala de medición: nominal politómica

Indicador: Los niveles de gravedad se codifican

1: no tengo problemas

2: alguno o moderados problemas

3: muchos problemas

Variable: Funcionalidad familiar

Definición conceptual: 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 la familia

Definición operacional: Es una medida para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado mediante el instrumento APGAR FAMILIAR mediante 5 ítems nos ayudara a determinar la disfuncionalidad familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Tipo: Cualitativa

Escala de medición: nominal politómica

Indicador:

Normal 17-20 puntos

Disfunción leve: 16-13 puntos

Disfunción moderada: 12-10 puntos

Disfunción severa: menor o igual a 9

Variable: Adherencia al tratamiento

Definición conceptual: Tomar la medicación de acuerdo a la dosificación y el programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo de tratamiento indicado

Definición operacional: Es una medida para evidenciar la forma en que una persona percibe la adherencia al tratamiento mediante el test de Morisky- Green

Tipo: Cualitativa

Escala de medición: dicotómica

Indicador: Si o No; con una de las preguntas el paciente indica no ya se considera falta de adherencia y en todos los cuatro rubros si cuenta con adherencia a tratamiento.

Variable: Diabetes mellitus

Definición conceptual: Enfermedad que incluye alteraciones metabólicas de los carbohidratos lípidos y proteínas se caracteriza por concentraciones elevadas de glucosa en sangre debido a la deficiencia parcial en la producción o acción de la insulina

Definición operacional: Se medirá mediante los datos acentuados en expedientes clínicos del sistema SIMF de UMF No 44

Tipo: Cuantitativa continua

Escala de medición: numérica por intervalos

Indicador:

70-110mg/dl

111-125mg/dl

126mgdl-140mg/dl

141mgdl- 199mg/dl

Mayor a 200mg/dl

Variable: Edad

Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento

Definición operacional: Se medirá mediante los datos acentuados en la ficha de identificación

Tipo: Cuantitativa continua

Escala de medición: numérica por intervalos.

Indicador: Años, meses.

Variable: Sexo

Definición conceptual: Condición orgánica que diferencia a los hombres de las mujeres

Definición operacional: Se medirá mediante los datos acentuados en la ficha de identificación

Tipo: Cualitativa

Escala de medición: nominal dicotómica

Indicador: Masculino, Femenino

Variable: Estado civil

Definición conceptual: Es el conjunto de cualidades o condiciones de una persona que producen consecuencias jurídicas y que se refieren a su posición dentro de una comunidad política.

Definición operacional: Se medirá mediante los datos acentuados en la ficha de identificación

Tipo: Cualitativa

Escala de medición: nominal politómica

Indicador: Soltero, casado, unión libre, viudo, divorciado.

Variable: Ocupación

Definición conceptual: Es el tipo o clase de trabajo principal que efectúa o efectuó una persona, independientemente de rama de actividad económica o de su categoría ocupacional

Definición operacional: Se medirá mediante los datos acentuados en la ficha de identificación.

Tipo: Cualitativa

Escala de medición: nominal politómica

Indicador: Labores del hogar, Trabajador en activo, Pensionado o jubilado, Desempleado

Variable: Escolaridad

Definición conceptual: Grado de estudio conjunto de estudios ejercidos durante su vida

Definición operacional: Se medirá mediante los datos acentuados en la ficha de identificación

Tipo: Cualitativa

Escala de medición: nominal politómica

Indicador: Nivel preescolar, primaria, secundaria, técnico, nivel medio, nivel superior, nivel posgrado

Recursos

Humano.

- Investigador responsable.
- investigador asociado
- pacientes diabéticos tipo 2

Financieros.

- Aportados por el investigador.

Impresos.

- Libros.
- Revistas.

Informáticos.

- Fuentes documentales médicas de la Web (PubMed, Google académico, Elsevier, Science Direct, Medigraphic)

Materiales.

- Un escritorio.
- Sillas
- Computadora de escritorio o portátil e Impresora.
- Memoria USB.
- Cuaderno, plumas, lápices, hojas blancas tamaño carta, tablas de apoyo de acrílico o madera para las hojas de encuestas, gomas, sacapuntas, calculadora.
- Bata blanca para el personal de la encuesta.
- Gafete de la institución en donde se realizará la encuesta.
- Encuestas del Test de Morinsky-Green, Test EQ 5D, test Apgar Familiar con hoja de datos personales del encuestado y de consentimiento informado.

Aspectos éticos

El presente estudio es factible ya que se diseñó de acuerdo a los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, contenida en la declaración de Helsinki en 1964 y su modificación en Hong Kong en 1989. Fue enmendada en Tokio, Japón en 1975 , y ratificada en la 58ª Asamblea General realizada en Seúl, Corea en octubre del año 2009, que corresponde al apartado II , Investigación Biomédica en terapéutica con humanos (Investigación Biomédica no Clínica). Así como los lineamientos nacionales en materia de investigación estipulados en el artículo 17 del reglamento de la ley General de Salud, así como el reglamento del Instituto Mexicano del Seguro Social. Institucional en materia de investigación.⁵⁹

Se apega a la ley general de salud y la normatividad del Instituto Mexicano del Seguro Social : artículo 3, que indica en los términos de esta ley en materia de salubridad general: fracción I, la organización, control y vigilancia de presencia de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el artículo 34 fracciones I, II, IV de ésta ley, fracción VII: La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud fracción IX, la coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos fracción XXVI (artículo 100 fracción V solo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias correspondientes fracción IV de la ley general de salud y deberá contar con consentimiento por escrito del sujeto en quién se realizará la entrevista).²⁵

Riesgo de la Investigación.

Se considera como riesgo la causa de que el participante perderá parte de su tiempo de espera en la consulta para realizar dicha encuesta.

Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en conjunto.

Directamente no existe beneficio para el participante sin embargo una vez finalizado el estudio se darán a conocer los resultados.

Confidencialidad.

El presente estudio se realizara utilizando nombres y números de afiliación de los participantes que quedaran estrictamente en manos del investigador responsable por lo que se recabaran los resultados en un registro independiente donde serán identificados únicamente con número de folio.

Condiciones en las cuales se solicita el consentimiento.

Sera solicitado por el personal de apoyo del investigador responsable y será totalmente ajeno al grupo de médicos que intervienen en la atención medica del participante.

Forma de selección.

Se realizara mediante un formato de consentimiento informado institucional, posteriormente se le aplicara el test Euroqol 5D que consta de 5 ítems para medir la calidad de vida, test Apgar familiar consta de 7 ítems para la medición de funcionalidad familiar y por último test de Morisky Green para la medición de adherencia al tratamiento mediante un muestreo no probabilístico de casos consecutivos por conveniencia.

RESULTADOS

Se evaluaron a 210 pacientes de la unidad de medicina familiar no.44, con una distribución de edad dividiéndose en dos grandes grupos mayores de 65 años con el 48% (101) y menores de 64 años con el 52% (109). En su mayoría de sexo femenino con el 69% (145) y sexo masculino con el 31 % (65), con un estado civil solteros del 14% (30), casados 48% (100) unión libre el 5% (10) viudez el 33% (70) de total de pacientes estudiados, en cuanto a sus redes apoyo los que viven con su pareja 17% (35), con sus hijos 24% (50), con otro familiar 2% (5) y solos 57% (120). Tabla 1.

Tabla 1.

<i>Datos generales</i>	<i>Frecuencia (n)</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
<i>Edad</i>		
Menores de 64	109	52
Mayores de 65	101	48
<i>Genero</i>		
Femenino	145	69
Masculino	65	31
<i>Estado civil</i>		
Soltero	30	14
Casado	100	48
Unión libre	10	5
Viudez	70	33

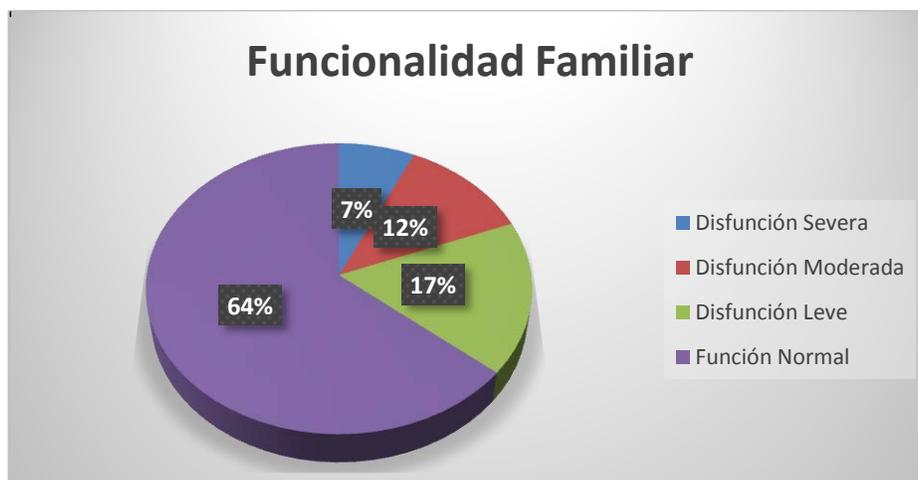
Redes de apoyo

Pareja	35	17
Hijos	50	24
Otro familiar	5	2
Solo	120	57

Se identificó su funcionalidad familiar a todos los pacientes, con una función normal en el 64 % de los pacientes, con disfunción familiar leve de 17 % en una disfunción familiar moderada del 12% y en disfunción familiar severa el 7% del total de los pacientes. Tabla 2.

Tabla 2.

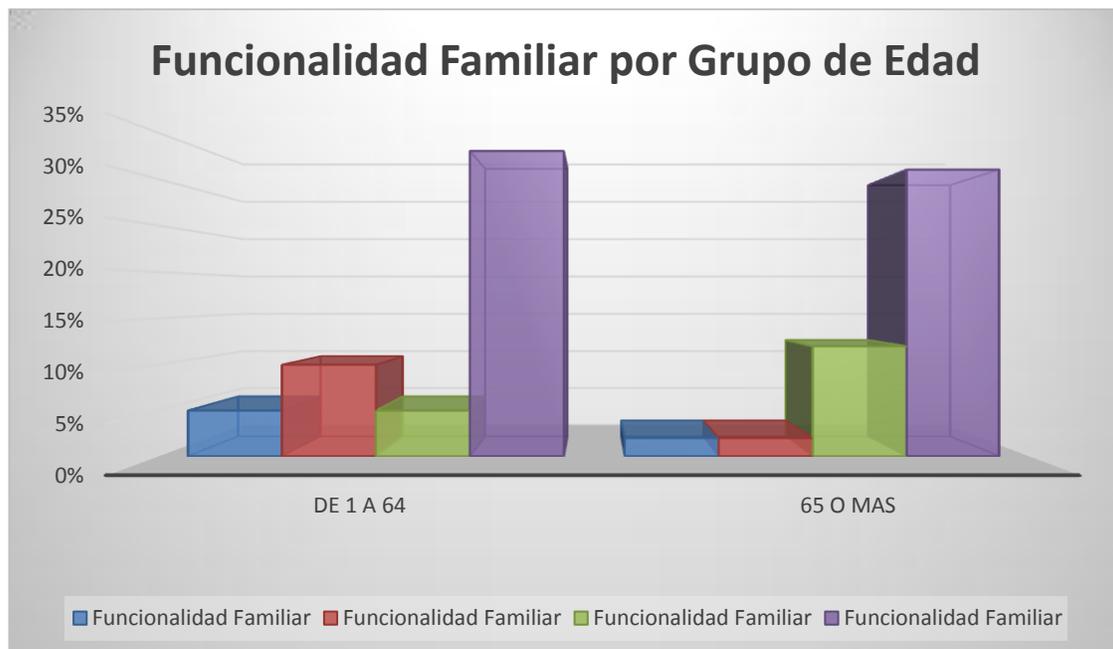
	Evaluación APGAR			
	Disfunción Severa	Disfunción Moderada	Disfunción Leve	Función Normal
Total	7%	12%	17%	64%



Se encontró por grupo de edad en menores de 65 años con un 33% de función normal un 5% disfunción leve y 10% disfunción moderada y el 5 % disfunción severa, en cuanto en el grupo de más de 65 años con una función normal del 31% y una disfunción leve del 4%, disfunción moderada del 2% y disfunción severa del 2%. Tabla 3.

Tabla. 3

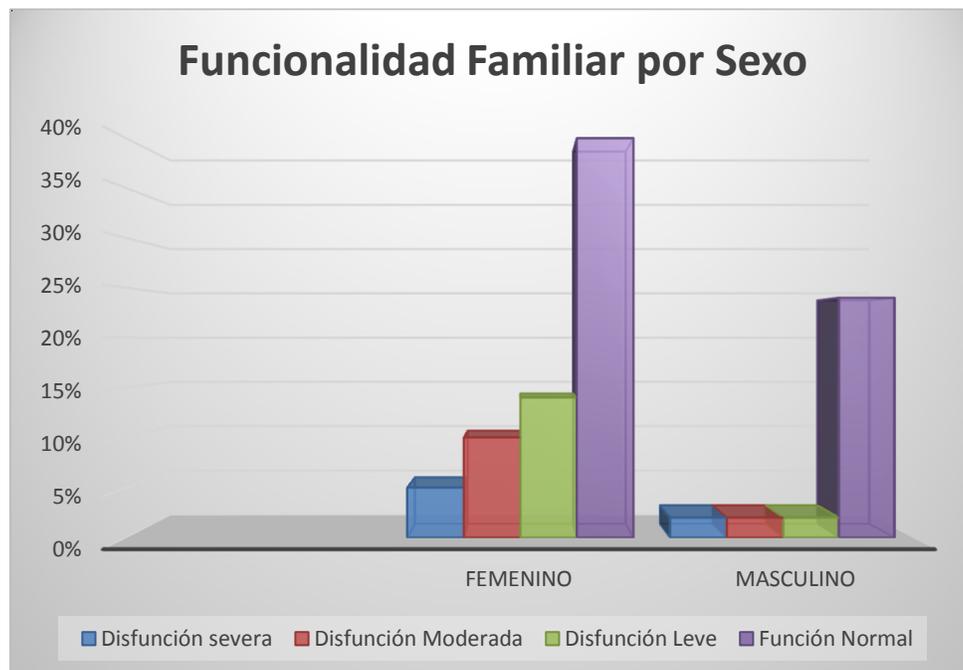
Grupos de edad	Funcionalidad Familiar			
	Disfunción Severa	Disfunción Moderada	Disfunción Leve	Función Normal
De 1 a 64	5%	10%	5%	33%
65 o mas	2%	2%	12%	31%



En cuanto la evaluación de función familiar relacionada en cuanto al sexo el sexo femenino el 40% con función normal, el 14% con disfunción leve, el 10% con disfunción moderada, el 5 % con disfunción severa y por parte del sexo masculino se presentó el 24% con función normal, el 2% con disfunción leve, el 2% con disfunción moderada y el 2% con disfunción severa. Tabla 4

Tabla 4.

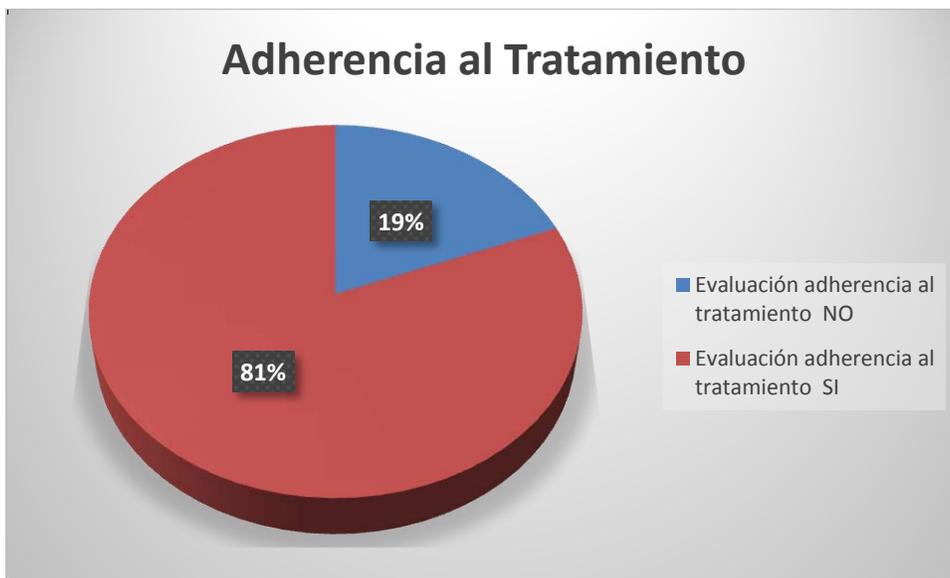
	Disfunción Severa	Disfunción Moderada	Disfunción Leve	Función Normal	Total
Femenino	5%	10%	14%	40%	69%
Masculino	2%	2%	2%	24%	31%
Total	7%	12%	17%	64%	100%



Se midió la adherencia al tratamiento obteniendo en total de los pacientes encontrando un 81% si adherencia a su tratamiento y el 19% no adherencia a su tratamiento. Tabla 5.

Tabla. 5

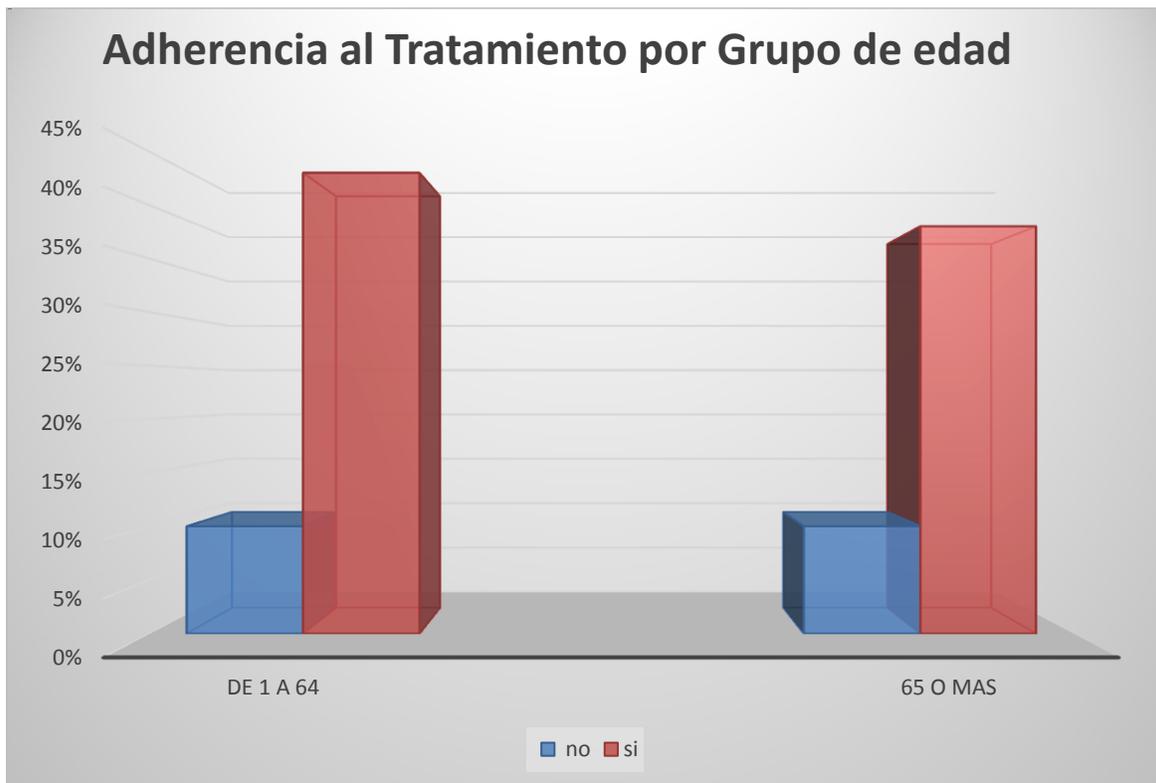
	Evaluación adherencia al tratamiento	
	NO	SI
Total	19%	81%



Se encontró que por grupo de edad en los menores de 64 años el 43% presentan si adherencia a su tratamiento y el 10% presenta no adherencia a su tratamiento y en el grupo de mayores de 65 años con un 38% con si adherencia a su tratamiento y un 10% con no adherencia a su tratamiento. Tabla 6.

Tabla 6.

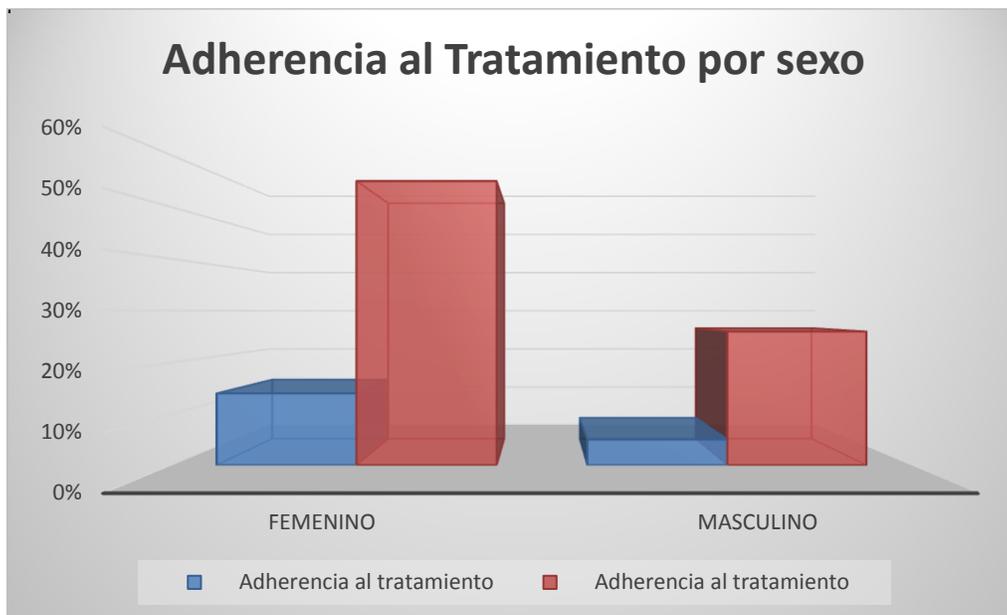
Grupo de edad	Evaluación adherencia al tratamiento		
	NO	SI	Total
De 1 a 64	10%	43%	52%
65 o mas	10%	38%	48%



En cuanto sexo se encontró que el sexo femenino, el 55% si presenta adherencia a su tratamiento y el 14% no presenta adherencia a su tratamiento y en el sexo masculino se presentó, 26% con si adherencia al tratamiento y el 5 % con no adherencia al tratamiento. Tabla 7.

Tabla 7

	Adherencia al tratamiento		Total
	NO	SI	
Femenino	14%	55%	69%
Masculino	5%	26%	31%



En los rangos de calidad de vida se llevó la medición en buena y mala calidad de vida en cual se encontró en el total de los pacientes el 43 % presentan una mala calidad de vida y el 57 % una buena calidad de vida. Tabla 8.

Tabla 8.

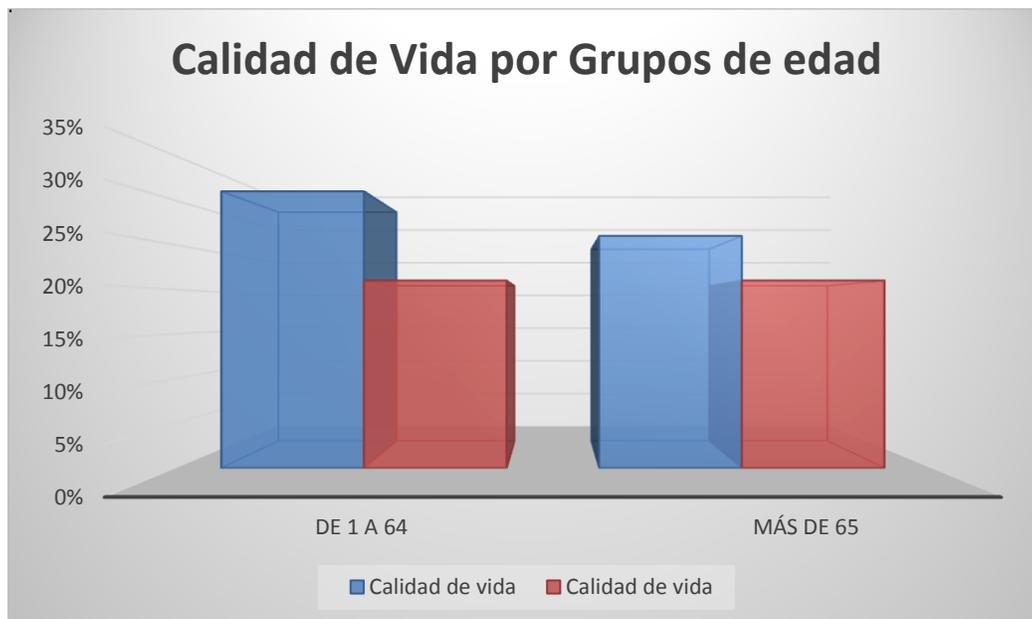
	Calidad de vida		Total
	Buena	Mala	
Total	57%	43%	100%



La calidad de vida encontrada en los grupos de edad como menores de 65 años con el 21% con una mala calidad de vida y el 31% con una buena calidad de vida y el grupo de mas de 65 años con un 22% con una mala calidad de vida y un 26% con una buena calidad de vida. Tabla 9.

Tabla 9.

Grupos de edad	Calidad de vida		Total
	Buena	Mala	
De 1 a 64	31%	21%	52%
Más de 65	26%	22%	48%
Total	57%	43%	100%



La calidad de vida que se encontró por sexo, femenino con un 33% mala calidad de vida y 36% con buena calidad de vida y en el sexo masculino con un 10 % con mala calidad de vida y un 21% con buena calidad de vida. Tabla 10.

Tabla 10.

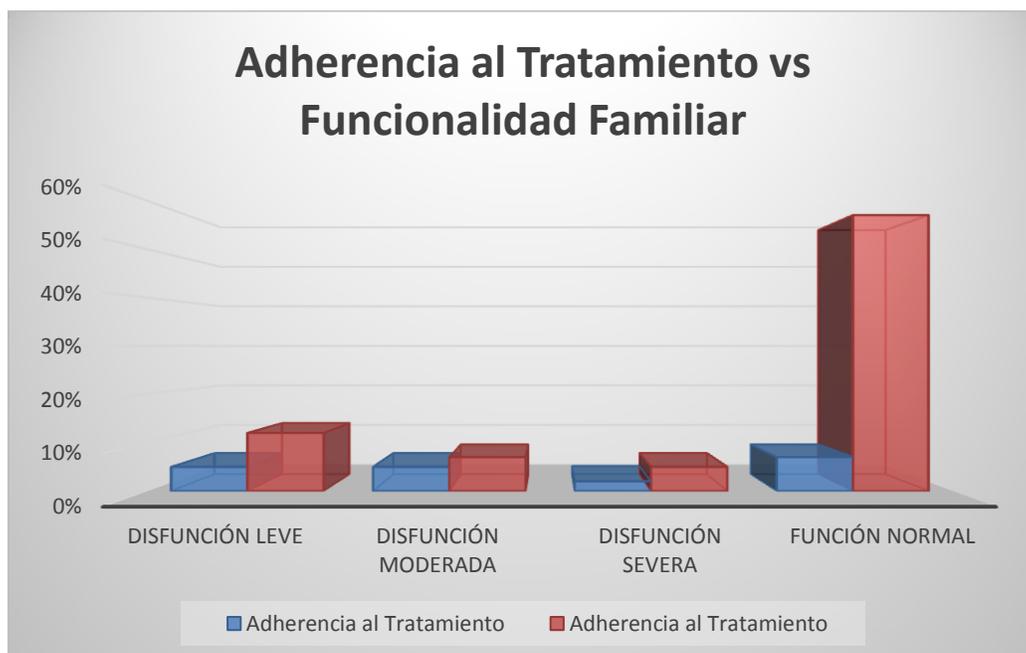
	CALIDAD DE VIDA		Total
	Buena	Mala	
Femenino	36%	33%	69%
Masculino	21%	10%	31%
Total	57%	43%	100%



Se presentó un comparativo para la evaluación de la calidad de vida con la adherencia al tratamiento encontrando en disfunción leve el 5 % si tiene adherencia y el 12% no presentan adherencia a su tratamiento, en la disfunción moderada el 5 % si tiene adherencia y el 7 % no tiene adherencia a su tratamiento, en la disfunción severa el 2 % si tiene adherencia y el 5% no presenta adherencia al tratamiento y por ultimo los pacientes con una función normal el 57% no presenta adherencia a su tratamiento y el 7% si presenta adherencia a su tratamiento. Tabla 11.

Tabla 11.

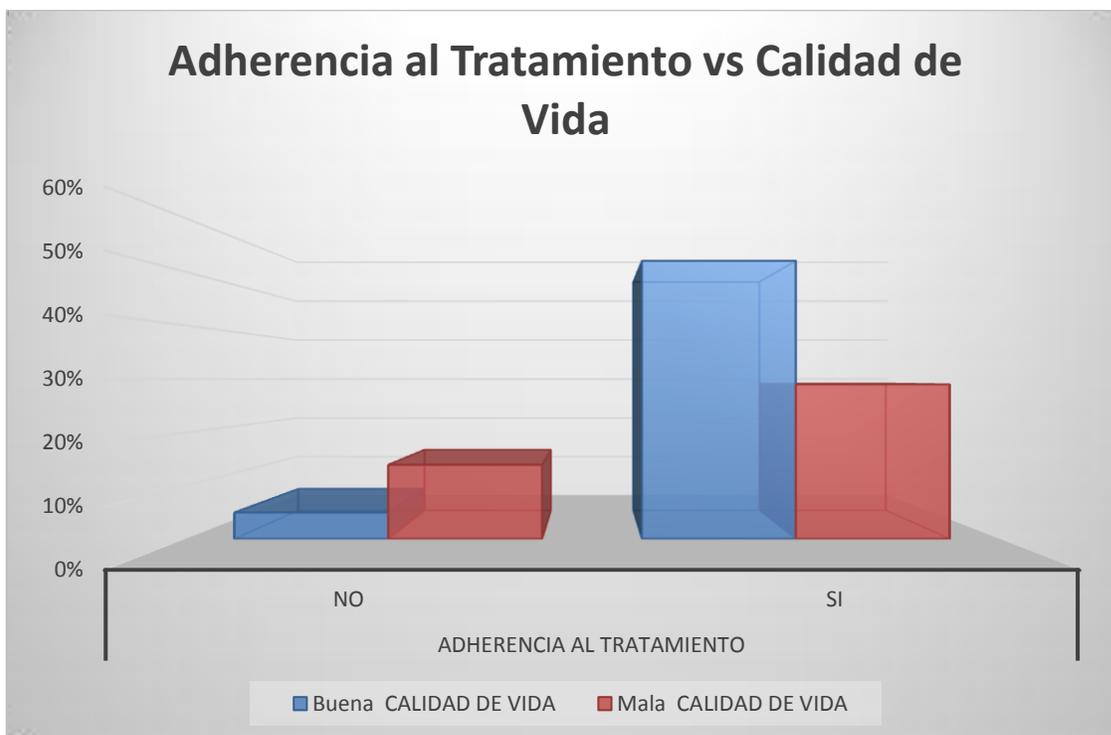
APGAR	Adherencia al Tratamiento		Total
	SI	NO	
Disfunción Leve	5%	12%	17%
Disfunción Moderada	5%	7%	12%
Disfunción Severa	2%	5%	7%
Función Normal	7%	57%	64%
Total	19%	81%	100%



En el comparativo de calidad de vida y adherencia al tratamiento encontramos a los pacientes con una buena calidad de vida el 5% no tiene adherencia y el 52% si tiene adherencia y en pacientes con mala calidad de vida, el 14% no presenta adherencia y el 29 % si presenta adherencia. Tabla 12.

Tabla 12.

CALIDAD DE VIDA	Adherencia al tratamiento		Total
	NO	SI	
Buena	5%	52%	57%
Mala	14%	29%	43%
Total	19%	81%	100%



DISCUSIÓN.

Mediante el presente estudio se obtuvo en cuanto la relación entre los pacientes con diabetes mellitus 2 y la funcionalidad familiar un 64 % se encuentran con una función normal y el 36% en un grado de disfunción familiar siendo el 17% en la disfunción leve la que más se presentó, siendo cifras muy similares las que presenta en el estudio influencia de la familia en el control metabólico de paciente diabético tipo 2 de la clínica No. 51 Guadalajara Jalisco ubicando el 74% en una función normal.

En cuanto la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus 2 se encontró una percepción de las pacientes del sexo femenino con un 33% ubicándolas con una mala calidad de vida, más alta en comparación con el sexo masculino en donde hay una diferencia entre el estudio calidad de vida, salud y trabajo la relación con diabetes mellitus 2 en Guadalajara Jalisco, donde el sexo masculino con diabetes mellitus 2 se ubican con una baja calidad de vida en comparación con el femenino.

Se encontró en la medición del cumplimiento del tratamiento en total de los paciente es estudiados el 81% si adherencia a su tratamiento y el 19% no adherencia al tratamiento ubicando al sexo femenino con un 55% con mejor cumplimiento de su tratamiento, cifras muy diferentes encontradas en el estudio cumplimiento del tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus de tipo 2 en adultos mayores, Chillan Chile donde no cumplieron con adherencia al tratamiento el 51% y el 49% con buena adherencia al tratamiento.

CONCLUSIONES.

Este estudio encontró que los pacientes de la UMF44 portadores de diabetes mellitus 2, en relación con la funcionalidad familiar, mantienen en un 64% funcionalidad normal, el 17% disfunción leve, 12% disfunción moderada y 7 % una disfunción severa.

Se encontró una razón de Pearson de 0.338 indicando que la funcionalidad familiar no está ligado a un grupo de edad y un $p= 0.644$ donde la funcionalidad familiar no está ligada al sexo, y en su relación de funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento encontramos una $p= 0.343$ en donde nos indica la adherencia al tratamiento no se encuentra ligada a la funcionalidad de la familia.

Este estudio en particular se buscó la relación entre los pacientes con diabetes mellitus 2 y su relación con la calidad de vida, pero como en este estudio y en otros se ha encontrado que el ser un paciente con diabetes mellitus no determina la calidad de vida.

Se encontró una razón de Pearson para la calidad de vida de $p= 0.0072$ que la calidad de vida no está ligada a un grupo de edad y una $p= 0.289$ donde la calidad de vida no está ligada al sexo y en su relación de la calidad de vida y adherencia al tratamiento se obtuvo un $p= 0.041$ la cual indica que los pacientes con mejor calidad de vida tiene mejor adherencia a su tratamiento.

La importancia de este estudio se encontró en las variables calidad de vida, funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento, así mismo en las variables estadísticas que nos dicen que una gran población no cuenta con redes apoyo y un grado de estudios bajo, que esto es una limitación para llevar una mejor calidad de vida y una mejor adherencia a su tratamiento.

BIBLIOGRAFIA.

1. Hernández AM, Gutiérrez JP, Reynoso NN, Diabetes Mellitus en México. El estudio de la epidemia. Salud pública de México 2013; 55 (2): 129-136.}
2. Jiménez CA, Aguilar SC, Rojas MR, Hernandez Am. Diabetes mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control. Salud pública México 2013, 55 (2): 137-143.
3. Informe Mundial sobre la diabetes. Word Health Organization. 2016; www.who.int/diabtes/global-treport.com
4. Zarate HM, Flores HJ. Manual de procedimientos Estandarizados Para Vigilancia Epidemiológica de la Diabetes mellitus 2. Direccion General de Epidemiologia. 2012; 1: 78.
5. Peralta ML, Carbajal PP. Adherencia a tratamiento. Rev Cent Dermatol Pascua 2008 ;17(3): 84-88.
6. Escandón NN, azocar B, Pérez C, Matus V. Adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2: su relación con la calidad de vida y depresión. Revista de psicoterapia. 2015: 26 (101): 125- 138.
7. Rodríguez M, García E, Amariles P, Rodríguez A, Faus M. Revisión de test de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica Atención primaria. 2010; 40(8): 413-417.
8. Herrera M, Morales J, Fernández M, Berrobianco E, Delgado A. Utilidad y validez de un instrumento basado en indicadores de la Nursing Outcomes Classification como ayuda al diagnóstico de pacientes crónicos de Atención Primaria con gestión ineficiente de la salud propia. 2011; 34(1): 51-61.

9. Tuesca MR. La Calidad de vida, su importancia y como medirla. Salud Uninorte 2005; 21:76-86
10. Figueroa SM, Cruz TJ, Ortiz AA, Lagunés EA, Jiménez LJ, Rodríguez MJ, Estilo de Vida y control metabólico en diabéticos del programa DiabetIMSS. Gaceta Médica de Mexico. 2014; 1 (50): 29-34.
11. Ríos CJ, Sanchez SP, Guerrero SV, Calidad de Vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Médica IMSS 2004. 42(2): 109-116.
12. Salazar EJ, Torres LT, Colunga RC, Angel GM. Calidad de vida salud y trabajo la relación con diabetes mellitus tipo 2. Revista de salud pública y nutrición. 2009; 10(3); www.medigraphic.com
13. Herdman M, Badia X, Berra S, El Euroqol-5d una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionado con la salud en atención primaria. Rev. Aten. Primaria. 2001; 28 (6): 425-429.
14. Mendoza SL, Soler HE, Sainz VL, Gil AI, Mendoza SH, Análisis de la Dinámica y funcionalidad Familiar en atención Primaria. Archivos en Medicina Familiar. 2006; 8(1): 27-32.
15. Zavala RM, Ríos GM, García MG, Rodríguez HC, Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica, CHIA Columbia. 2009; 9 (3): 257- 270.
16. Gomez CF, Irigoyen Ca, Ponce RE. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch Med Fam. 1999; 1(2): 45-57.

17. Suarez CM, Alcalá EM. Apgar Familiar: una herramienta para detectar disfunción Familiar, Rev. Med La paz. 2014; 20 (1): 53-57.
18. Hervas A, Zabaleta A.; De Miguel G, Beldarrain O, Diez J. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. An. Sist. Sanit. Navar. 2007; 30 (1): 45-52.
19. Salazar EJ, guerreo PJ, Colunga RC, Figueroa VN, Relación entre diabetes mellitus y calidad de vida en pacientes de Guadalajara, Jalisco. Año 2006-3007. Correo científico Medico Olguin 2009; 13(3). 1-4.
20. Molina IA, Acevedo GO; Yáñez SM, Dávila MR, Gonzalez PA. Comparación de las prevalencias de duelo, depresión y calidad de vida asociados con la enfermedad entre pacientes con diabetes mellitus tipo 2descontrolados y controlados. Revista Española Medico Quirúrgica. 2013; 18: 13-18.
21. De Pablos VP, Salguero Ce, Mato PJ, De Rivas OB, Garcia SR. Calidad de vida y satisfacción con el tratamiento de sujetos con diabetes tipo2. Resultado de España de estudio panorama. Endocrinología y nutrición 2014; 61(1):18-26.
22. Valadez Fi, Aldrete RM, Alfaro AN. Influencia de la Familia en el control metabólico del paciente diabético tipo 2. Salud Pública México. 1993, 35: 464-70.
23. Herrera DL, Quintero O, Hernandez M. Funcionalidad y red de apoyo familiar en pacientes diabéticos tipo 2. Servicio de endocrinología. Mérida academia, 2007, 6 (12): 62-72.
24. Alcaino DD, Bastias RN, Benavides CC, Cumplimiento del tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus de tipo 2 en adultos mayores: influencia de los factores familiares. Departamento Enfermería, Universidad del Bio Bio, Chillan Chile, Gerokomos 2014; 25: 9-12.

25. Declaración de HELSINKI éticos para la investigación médica en seres humanos. 52^a Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre del 2000. Nota de clarificación del párrafo 29, agregado por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002. Nota de clarificación del párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004. 59^a Asamblea General, Seúl, Corea. Octubre 2009.

25. Ley general de Salud y Normatividad del Instituto Mexicano del Seguro Social (artículo 3^o). Último párrafo DOF 27-04-2010.

ANEXOS



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y SU RELACIÓN CON CALIDAD DE VIDA Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UMF NO. 44.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	CD MX
Número de registro:	En tramite
Justificación y objetivo del estudio:	La diabetes mellitus 2 es una enfermedad que afecta hoy en día a una gran parte de la población y esta desarrolla comorbilidades que generan gasto económico familiar y en el sector salud; por lo que es importante valorar la adherencia en tratamiento la calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes con diabetes mellitus 2 y la relación y repercusión que existe entre ellas, siendo el objetivo de este estudio determinar la adherencia al tratamiento y su relación con calidad de vida y la funcionalidad familiar en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 en la UMF No. 44.
Procedimientos:	Se le pedirá que responda un cuestionario en el que le preguntaremos sobre: edad, sexo, lugar de nacimiento, estado civil, toxicomanías, comorbilidades previas, tipo de familia. Se aplicara encuestas para evaluar el la adherencia al tratamiento, calidad de vida y funcionalidad familiar con herramientas previamente validadas.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	No recibirá ningún beneficio directo al participar en este estudio Un posible beneficio de su participación en este estudio es que los resultados de los cuestionarios que le realizaremos proporcionaran información sobre cómo mejorar la adherencia al tratamiento relacionada con la funcionalidad familiar y calidad de vida. El conocer su estado de adherencia en relación con la calidad de vida que tiene y la funcionalidad familiar será un beneficio para usted.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	La publicación de los resultados se realizará respetando el anonimato de los participantes y se les entregara a los participantes resultados de manera confidencial en caso de solicitarlos.
Participación o retiro:	Si usted no desea participar no afectara su relación con el IMSS. Si en un principio usted desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento. El abandonar el estudio en el momento que quiera no modificara de ninguna manera los beneficios que usted tiene como paciente del IMSS.
Privacidad y confidencialidad:	La información que nos proporcione que pudiera ser utilizada para identificarlo/a será guardada de manera confidencial y por separado al igual que sus respuestas a los cuestionarios y los resultados de las encuestas para garantizar su privacidad.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	_____
Beneficios al término del estudio:	_____
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Oscar Ricardo Rubio Ruiz , Matricula 99353869 Tel: 57548420 Mail: rubiosca@gmail.com
Colaboradores:	Dra. Santa Vega Mendoza, Matricula 11660511, Tel: 55 87 44 2 ext. 15320 y 15368 Mail: drasantavega0473@yahoo.com.mx y santa.vega@imss.gob.mx
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo 1	_____ Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

anexoClave: 2810-009-013

ANEXO 1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO 2

Cuestionario Ficha de identificación

Lea detenidamente y marque con una cruz o según se pida, si tiene alguna duda, favor de acercarse al encuestador.

Por favor escriba su edad en años			
Sexo	Femenino		
	Masculino		
¿Qué escolaridad tiene?	Grado	Completo	Incompleto
	Primaria		
	Secundaria		
	Bachillerato		
	Superior		
	Posgrado		
¿Cuál es su Estado Civil?	Soltero		
	Casado		
	Unión libre		
	Viudo (a)		
¿Con quienes vive? Puede señalar más de una opción	Pareja		
	Hijos		
	Nietos		
	Otro familiar		
	Otra persona		
¿Qué enfermedades padece?	Diabetes		
	Hipertensión		
	Otra		
	(escriba cual?)		
¿Desde cuándo?	1 a 5 años		
	6 a 10 años		
	11 a 15 años		
	16 a 20 años		
	20 o más años		
¿Qué medicamentos toma para su control de la Diabetes Mellitus?	Metformina		
	Glibenclamida		
	Insulina		
	Otra		

¿Qué otras medidas utiliza para llevar su control adecuado de glucosa?	Dieta	
	Ejercicio	
	Preparados (te, jugo, licuados, etc.)	
	Otra (escriba cual?)	

ANEXO 3

CUESTIONARIO DE SALUD EUROQOL-5D PARA MEDIR CALIDAD DE VIDA

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mayor describa su estado de salud el día de HOY

Movilidad	
No tengo problemas para caminar	
Tengo algunos problemas para caminar	
Tengo que estar en cama	
Cuidado personal	
No tengo problemas con el cuidado personal	
Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme	
Soy incapaz de lavarme o vestirme	
Actividades cotidianas (p.ej., trabajar, estudiar, hacer las tareas domesticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)	
No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas	
Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	
Dolor o malestar	
No tengo dolor ni malestar	
Tengo moderado dolor o malestar	
Tengo mucho dolor o malestar	
Ansiedad depresión	
No estoy ansioso ni deprimido	
Estoy moderadamente ansioso o deprimido	
Estoy muy ansioso o deprimido	

ANEXO 4

Cuestionario APGAR FAMILIAR para la evaluación de la funcionalidad familiar dentro de la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPR E
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor					
Me satisface como compartimos en mi familia: 1. el tiempo para estar juntos 2. los espacios de la casa 3. el dinero					

ANEXO 5

Cuestionario de evaluación adherencia al tratamiento TEST DE MORISKY-GREEN

Pregunta	Si	No
¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento?		
¿Toma la medicación a la hora indicada?		
Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?		
Si alguna vez se sienta mal, ¿deja de tomar la medicación?		