

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**DELEGACIÓN ESTATAL YUCATÁN**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 CAUCEL**

**TITULO**

**ASOCIACIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR, CONTROL  
GLÚCEMICO Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES  
DIABÉTICOS TIPO 2 EN LA UMF 04 DE VALLADOLID YUCATÁN.**

**AUTOR**

**M.C. FABIOLA CARRERA DIAZ**

**EN OPCIÓN AL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR**

**REGISTRO DE AUTORIZACIÓN: R-2019-3201-069**

**MÉRIDA, YUCATÁN 2022**





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.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



**Dictamen de Aprobado**

Comité Local de Investigación en Salud **3201**.  
H GRAL REGIONAL NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 31 050 062

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 31 CEI 002 2018073

FECHA **Lunes, 05 de agosto de 2019**

**Lic. FABIOLA CARRERA DIAZ**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **ASOCIACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR, CONTROL GLUCÉMICO Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 EN LA UMF 04 DE VALLADOLID, YUCATÁN**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2019-3201-069

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

  
**JAONTO HERRERA LEON**,  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3201

[Imprimir](#)

**IMSS**

SISTEMA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

**“ASOCIACION DE LA CALIDAD DE VIDA CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR,  
CONTROL GLUCEMICO Y LA AHDERENCIA AL TRATAMIENTO  
FARMACOLOGICO EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 EN LA UMF 04 DE  
VALLADOLID, YUCATAN”**

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

**PRESENTA**

**DRA. FABIOLA CARRERA DIAZ**

**AUTORIZACIONES**



**DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA  
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**

ASOCIACIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR, CONTROL  
GLÚCEMICO Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LOS PACIENTES  
DIABÉTICOS TIPO 2 EN LA UMF 04 DE VALLADOLID, YUCATÁN.

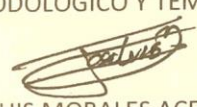
TESIS QUE SE PRESENTA EN OPCIÓN AL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR


PRESENTA

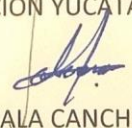
M.C. FABIOLA CARRERA DIAZ

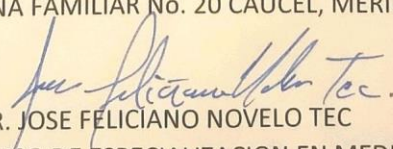
AUTORIZACIONES

  
DR. ULISES A. DE ASIS SOBRINO ALCOCER  
ASESOR METODOLÓGICO Y TEMÁTICO.

  
DR. JOSÉ LUIS MORALES ACEVES  
COORDINACIÓN AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD  
IMSS DELEGACIÓN YUCATÁN

  
DR JUAN FRANCISCO SÁNCHEZ CRUZ  
COORDINADOR AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
IMSS DELEGACIÓN YUCATÁN

  
DR ALVAR AYALA CANCHE  
COORDINADOR CLÍNICO DE INVESTIGACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 CAUCEL, MÉRIDA, YUCATÁN  
MAT. 99331961 CP 4951403

  
DR. JOSÉ FELICIANO NOVELO TEC  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
C.P. 3270106  
MAT. 10634673  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA  
MÉDICOS GENERALES DEL IMSS UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 CAUCEL, MÉRIDA,  
YUCATÁN.

MÉRIDA, YUCATÁN

2022

## INDICE

MARCO TEORICO .....	2
JUSTIFICACIÓN .....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	8
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	9
OBJETIVO GENERAL .....	9
Objetivos Específicos .....	9
HIPÓTESIS GENERAL .....	9
Hipótesis específicas:.....	9
MATERIALES Y MÉTODOS.....	10
Diseño de estudio .....	10
Tipo de estudio .....	10
Universo de estudio.....	10
Población de estudio .....	10
Tamaño de la muestra.....	10
Tipo de muestreo.....	11
Criterios de inclusión .....	11
Criterios de exclusión .....	11
Criterios de eliminación.....	11
Variables de Estudio .....	12
METODOLOGÍA.....	14
Análisis estadísticos.....	14
Recursos.....	14
Factibilidad, Originalidad y Trascendencia .....	15
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	15
RESULTADOS .....	16
DISCUSIÓN .....	20
CONCLUSIONES.....	22
BIBLIOGRAFÍA .....	23
A N E X O S .....	27

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN.** La calidad de vida es resultante de la interacción que tiene el sujeto en su contexto, con la propia personalidad, la cultura, como concibe la enfermedad, el apoyo social o las redes con que cuenta, los aspectos laborales, la etapa de la vida en que se encuentre y aquellos factores socioeconómicos que rodean a una persona que ha sido diagnosticada con alguna enfermedad.

La Diabetes Mellitus tipo 2 con un buen control influye en la calidad de vida del paciente, esto motiva un apego al tratamiento farmacológico y por consiguiente una cadena de factores que involucran un adecuado control y por ende una buena calidad de vida

**OBJETIVO GENERAL.** Determinar la asociación de la calidad de vida con la funcionalidad familiar, control glucémico y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos tipo 2 en la UMF 04 de Valladolid, Yucatán

**MATERIALES Y MÉTODOS.** Se realizó un estudio analítico, observacional, transversal y prolectivo, con una muestra de 83 diabéticos que acudieron a consulta externa de la UMF 04 de Valladolid, Yucatán, mayores de 18 años de edad, con más de 5 años de evolución, posterior a la firma del consentimiento informado se aplicaron vía telefónica las evaluaciones GENCAT, FF-SIL, MORISKY-GREEN y se revisaron los expedientes electrónicos para recabar los valores de HbA1c.

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO.** Se llevó a cabo en el programa SPSS, Para las variables cualitativas se realizó el cálculo de frecuencias y porcentajes. Para determinar las asociaciones y correlaciones se usó la prueba de Chí cuadrada y regresión logística.

**RESULTADOS.** Se encontró predominio del género femenino, escolaridad secundaria, ocupación ama de casa. Con relación a la calidad de vida predominó la buena calidad de vida, con funcionalidad familiar, con control glucémico y con adherencia al tratamiento. Se encontró asociación significativa de la calidad de vida con control glucémico ( $p=0.001$ ) y con la adherencia al tratamiento farmacológico ( $p=0.050$ ) pero no con la funcionalidad familiar ( $p=0.220$ ).

**CONCLUSIONES.** La calidad de vida en los pacientes diabéticos evaluados se asocia al control glucémico y adherencia al tratamiento farmacológico no así con la funcionalidad familiar.

**PALABRAS CLAVE.** Calidad de vida, funcionalidad familiar, adherencia al tratamiento.

## **MARCO TEORICO**

La diabetes mellitus es una grave 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.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, hasta el 30 de octubre de 2018, se cuentan con los siguientes datos con respecto a la diabetes mellitus tipo 2. El número de personas con diabetes ha aumentado de 108 millones en 1980 a 422 millones en 2014. La prevalencia mundial de la diabetes en adultos mayores de 18 años ha aumentado del 4,7% en 1980 al 8,5% en 2014. La prevalencia de la diabetes ha aumentado con mayor rapidez en los países de ingresos medianos y bajos.

La diabetes mellitus es una importante causa de ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de los miembros inferiores. Se estima que en 2015 la diabetes fue la causa directa de 1,6 millones de muertes. Aproximadamente la mitad de las muertes atribuibles a la hiperglucemia tienen lugar antes de los 70 años de edad. Según proyecciones de la OMS, la diabetes mellitus será la séptima causa de mortalidad en 2030. <sup>1</sup>

Según las estimaciones, 442 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones de 1980. Se prevé que para el año 2040 esta cifra habrá aumentado hasta alcanzar los 642 millones de afectados. 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. Ello supone también un incremento en los factores de riesgo como el sobrepeso o la obesidad. En la última década, la prevalencia de la diabetes ha aumentado más de prisa en los países de ingresos bajos y medianos que en los ingresos altos

En 2012, la diabetes provocó 1,5 millones de muertes. Un nivel de glucosa en la sangre superior al deseable provocó otros 2,2 millones de muertes, al incrementar los riesgos de enfermedades cardiovasculares y de otro tipo. Un 43% de estos 3,7 millones de muertes ocurren en personas con menos de 70 años. El porcentaje de muertes atribuibles a una glicemia elevada o a la diabetes en personas menores de 70 años de edad es superior en los países de ingresos bajos y medios que en los de ingresos altos. <sup>2</sup>

La diabetes mellitus tipo 2 es la que se observa comúnmente en adultos mayores, pero se observa cada vez más en niños, adolescentes y adultos jóvenes por el incremento en los niveles de obesidad, sedentarismo y una dieta inadecuada.

Tanto la diabetes mellitus tipo 1 como en el tipo 2, diversos factores ambientales y genéticos pueden resultar en la pérdida progresiva de la función y/o la masa de células beta que se manifiesta clínicamente como hiperglicemia. Una vez que la hiperglicemia aparece, los pacientes con cualquier forma de diabetes se encuentran en riesgo de desarrollar las mismas complicaciones crónicas, aunque las tasas de progresión pueden diferir.<sup>3</sup>



Para el año 2014 la Federación Mexicana de diabetes determinó que existen 4 millones de personas con este padecimiento en nuestro país. Los estados de mayor prevalencia son: la Ciudad de México, Nuevo León, Veracruz, Durango y San Luis Potosí. Esto representó un gasto importante de 3,430 millones de dólares (68,600,000 millones de pesos) al año en su atención y en el manejo de las complicaciones.

Se estima que, en nuestro país, de cada 11 adultos vive con diabetes, de esta cifra, las personas con diabetes mellitus tipo 2, tienen una edad entre 40 a 59 años. De éstos, 5% no tienen un diagnóstico y el 77% viven en estados con ingresos medios y bajos, originando, a su vez, 548 millones de dólares del gasto sanitario en el 2012. <sup>4</sup>

El padecer esta entidad aumenta el riesgo de presentar complicaciones como: cardiopatía y accidente vascular cerebral en un 50%, la neuropatía que, combinada con la reducción de los flujos sanguíneos, incrementa el riesgo de úlceras en los pies, y amputación en sus últimas instancias, afectando a un 50% de los pacientes; la retinopatía diabética afecta en un período de 15 años al 2% de los pacientes, ocasionando ceguera, y un 10% sufre solo deterioro visual, mientras que la insuficiencia renal afecta de un 10 al 20% de los pacientes. <sup>5</sup>

En Yucatán la diabetes mellitus tipo 2 es un problema emergente, de rezago y de magnitud catastrófica para los servicios en los tres niveles de atención. <sup>6</sup>

La diabetes mellitus tipo 2 es la más común entre las diabetes (de 90 a 95%). Es una enfermedad sistémica, crónica y en sus primeras etapas asintomática, y se manifiesta comúnmente por: hiperglucemia crónica que conduce a dislipidemia, hiperaminoacidemia, resistencia a la insulina e hiperinsulinemia. <sup>7</sup>

En México como problema de salud pública es una de las patologías que generan mayor discapacidad y mortalidad. Se trata de una enfermedad no transmisible que implica una despreocupación prioritaria de la política en salud.

Es más frecuente en la población en general que en la población indígena; más en el medio urbano que en el rural; su registro es mayor en mujeres y emerge de manera importante entre adultos jóvenes en edad productiva.

La región del sureste mexicano, que cuenta con una alta presencia de maya hablantes, es la que viene registrando un aumento sostenido en la detección y mortalidad de diabetes mellitus tipo 2, particularmente en los estados de Campeche y Yucatán. <sup>8</sup>

## Calidad de Vida

Señala Arostegui que la expresión calidad de vida aparece en los debates públicos en tono al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana, y es durante la década de los años cincuenta y comienzos de los sesenta, cuando con el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad surge la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, así las ciencias sociales inician el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos, que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población.<sup>9</sup>

Algunas indagaciones se han realizado desde el campo de la salud, con trabajos que abordan problemáticas específicas relacionadas con la nutrición, la malnutrición, la desnutrición y dinámicas socio-económicas, que directa e indirectamente se relacionan con la calidad de vida, por ejemplo, Alzate aborda la buena alimentación y la nutrición como un elemento básico de bienestar, considerado como una necesidad fundamental del ser humano; así entendida, la satisfacción nutricional es estimada como uno de los elementos primordiales en la calidad de vida.<sup>10</sup>

La Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida como “La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de su cultura y del sistema de valores en los que vive, tomando en cuenta sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes. Está influido por la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y su relación con el entorno”.<sup>11</sup>

En una persona que vive con diabetes es necesario favorecer, mejorar, estructurar y mantener su calidad de vida, haciendo énfasis en las áreas en las que se puede ver afectada. Por lo tanto, se requiere de un trabajo de equipo en el que participan diferentes profesionales de la salud, el paciente y su familia. Además, es indispensable desarrollar y/o fortalecer la empatía, la responsabilidad, la cooperación y la comunicación entre todos los involucrados.

Si hay descontrol en la enfermedad se produce deterioro físico, constante y progresivo. En ciertos casos esto puede generar dificultad para que el paciente realice sus actividades cotidianas. Esto a su vez, puede contribuir a exacerbar factores de riesgo como el sedentarismo, tabaquismo, obesidad o sobrepeso y problemas cardiovasculares.<sup>12</sup>

La salud mental y estabilidad emocional se pueden ver afectadas desde el momento del diagnóstico ya que el paciente se enfrenta a una crisis que implica un cúmulo de pensamientos, emociones, sensaciones e interrogantes que generan un impacto en diversos ámbitos de su vida. Esta crisis surge debido a varias razones: dificultad para aceptar la enfermedad, resistencia al cambio de ciertas conductas que son parte indispensable del tratamiento, que se perciba poco eficaz ante el tratamiento o que se presenten problemas de estrés psicológico, ansiedad y depresión.

Aproximadamente, 30% de las personas que viven con diabetes presentan síntomas depresivos clínicamente significativos y el 12% al 18% tienen un trastorno depresivo mayor.<sup>13</sup>

La relación con familiares, amigos y cuidadores primarios se puede ver afectada por las posibles complicaciones y los cambios necesarios en el estilo de vida. Pueden aparecer desacuerdos o discusiones que lleven al desgaste físico, económico y emocional.<sup>14</sup>

Si bien existen múltiples definiciones de lo que esta expresión significa, como se ha señalado, en la mayoría de los casos se contemplan dos variables para su diagnóstico: la pobreza y el bienestar. Éstas se refieren a las condiciones materiales y las necesidades básicas (que dependen de la ciudad o el territorio que se habita) para el primer caso; y al disfrute o acceso a bienes y servicios colectivos como salud, educación y recreación. (relacionados con patrones impuestos por la cultura) para el segundo. Si bien estas variables pueden ser medidas cuantitativamente a través de indicadores, es la percepción cualitativa la que se privilegia.<sup>15</sup>

El instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS), como una organización de la Administración pública de la Generalitat de Cataluña, en su objetivo de la Mejora de la Calidad de los servicios sociales (salud), y con la colaboración del Instituto de Integración de la Comunidad (INICO) de la Universidad de Salamanca, ha trabajado para el desarrollo de la escala de valoración de la calidad de vida GENCAT, enmarcada dentro del Plan de Mejora de la Calidad en Cataluña, que es innovador para el desarrollo y evaluación de los servicios sociales (salud) en un contexto internacional.

La escala GENCAT presenta un conjunto de aspectos observables de distintas áreas que conforman la calidad de vida de una persona y que pueden ser objeto de planes de apoyo personalizados por distintos tipos de servicios sociales. Teniendo en cuenta la distinción realizada en los últimos años entre aspectos objetivos y subjetivos, así como la débil concordancia encontrada entre ellos (Arostegui, 2002; Gomez,2005; Janssen, Schuengel y Stolk, 2005; Olson y Schoeber, 1993; Perry, Felce y Lowe,2000; Perry y Felce, 2005; Schalock y Felce,2004; Verdugo, Arias y Gomez,2006) este instrumento permite la evaluación objetiva de la calidad de vida proporcionando indicadores sensibles al diseño ambiental y de programas por parte de las organizaciones y servicios.

La construcción y validación de la Escala GENCAT se ha llevado a cabo a partir del modelo multidimensional propuesto por Schalock y Verdugo (2002/2003). De este modo, la escala proporciona puntuaciones válidas y fiables para las ocho dimensiones: Bienestar emocional (BE), Bienestar físico (BI), Bienestar material (BM), Autodeterminación (AU), Desarrollo personal (DP), Inclusión social (IS), Relaciones interpersonales (RI) y Derechos (DE), así como un índice global de calidad de vida.<sup>16</sup>

## **FAMILIA**

El hombre es un ser social que ha sobrevivido, a lo largo de su historia, a través de su pertenencia a diferentes grupos sociales, de los cuales la familia ha sido el ambiente más importante en el que ha evolucionado, por lo que es tan añeja como la propia humanidad: Es la más antigua de las instituciones sociales humanas y según Ralph Linton, sobrevivirá mientras exista nuestra especie.<sup>17</sup>

La familia ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época, lo cual hace augurar que la familiar persistirá debido a que constituye la mejor unidad humana para sociedades rápidamente cambiantes. Cuanta mayor flexibilidad y adaptabilidad requiera la sociedad de sus miembros, más significativa será la familia como matriz del desarrollo psicosocial.<sup>18</sup>

### **Funcionalidad Familiar**

El funcionamiento familiar es la capacidad que tiene la familia para satisfacer las necesidades de sus miembros y adaptarse a las situaciones de cambio. La familia se considera funcional cuando es capaz de propiciar la solución a los problemas, de modo que estos no lleguen a afectar a la satisfacción de las necesidades de sus miembros. Igualmente, una familia funcional es aquella capaz de realizar un tránsito armónico de una etapa a otra de su ciclo vital. Para ello debe mantener su organización, desarrollar los procesos familiares, realizar las actividades de la vida diaria y mantener un entorno seguro y protector.

La organización familiar es adecuada cuando los roles familiares están bien distribuidos y desempeñados. Existen reglas familiares que regulan dicha organización y son bien aceptadas y cuando sus miembros mantienen un buen patrón de comunicaciones y relaciones entre ellos.

Los procesos familiares conforman un conjunto de acciones o actividades organizadas, destinadas a favorecer el desarrollo de la familia y atender a las necesidades de sus miembros. Duvall (1971, 1985), se refiere a las tareas de desarrollo de la familia, considerando que son aquellas destinadas a mantener un hogar independiente y seguro; conseguir formas satisfactorias; mantener un sistema adecuado de comunicación intelectual y emocional; establecer relaciones constructivas con los parientes; interactuar con la comunidad; desarrollar competencias para tener y criar hijos; adoptar una filosofía adecuada frente a la vida.<sup>19</sup>

La funcionalidad familiar o disfunción familiar caracterizada por la pérdida o disminución de los papeles de los integrantes de la misma, hace que la familia como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad se convierte en un medio que puede incidir favorable o desfavorablemente en el proceso salud enfermedad.<sup>20</sup>

El FF-SIL es un instrumento construido por un grupo de Master de Psicología de la Salud en Cuba, se refiere a un test de funcionamiento familiar que mide el grado de funcionalidad basado en siete variables: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad.

Sirve para identificar y profundizar en los aspectos que tienen mayor incidencia en el inadecuado funcionamiento familiar, como son: comunicación familiar, distribución de roles, solución de problemas y el afecto familiar. Este instrumento cubre de forma adecuada la funcionalidad familiar.<sup>21</sup>

### **Familia Funcional**

Son familias cuyas relaciones e interacciones hacen su eficacia sea aceptable y armónica. Las familias que son funcionales son familias donde los roles de todos los miembros están establecidos sin que existan puntos críticos de debilidades asumidas y sin ostentar posiciones de primacía, artificial y asumida, por ninguno de los miembros; y donde todos laboran, trabajan y contribuyen igualmente con entusiasmo por el bienestar colectivo.<sup>22</sup>

### **Familia Disfuncional**

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes. Dentro de una familia disfuncional existe una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada uno de sus miembros. La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía.<sup>23</sup>

## **JUSTIFICACIÓN**

Se ha identificado que los pacientes diabéticos tipo 2 sufren descontrol, recaídas y desinterés en su tratamiento integral, esto con relación a factores como disfunciones familiares que a su vez afectan en el control glucémico y la adherencia al tratamiento farmacológico y en la calidad de vida del paciente. Es de gran importancia establecer la repercusión de la funcionalidad familiar en la adherencia al tratamiento, y el adecuado control de la diabetes mellitus, siendo determinante para disminuir así las complicaciones secundarias y las comorbilidades.

A los pacientes que colaboraron en esta investigación se les proporcionó información sobre su funcionalidad familiar, consejería para mejorar su calidad de vida, así como su adherencia al tratamiento,<sup>23</sup> para así contar con un mejor panorama para su control integral en el manejo de su enfermedad.

La realización de este proyecto, arrojó resultados de interés para beneficio de la derechohabiente de la UMF 04 de Valladolid Yucatán, toda vez que las estadísticas obtenidas en su desarrollo podrán utilizarse con relación a la mejora de la adherencia al tratamiento y control glucémico de los pacientes, pudiéndose emplear también para diseñar programas de mejora en estos temas.

En la UMF 04 de Valladolid Yucatán, hay vacío de información sobre esta temática, así como ausencia de las evidencias con relación a las cifras asociadas con el control glucémico de los pacientes, la probable disfunción familiar, así como de la calidad de vida de los mismos; por lo que fue meritorio realizar este estudio exploratorio para que con los resultados obtenidos se puedan emprender medidas de acción para el mejoramiento del entorno de los pacientes diabéticos y sus familias.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

México ocupa el noveno lugar mundial en la prevalencia de diabetes y para el 2025 se proyecta que ocupará el séptimo lugar, la diabetes mellitus, es la tercera causa de mortalidad general desde 1997 y la primera causa de mortalidad en los grupos de 45 a 65 años de edad. Menciona el investigador Adolfo Andrade Cetto.<sup>24</sup>

La perspectiva futura, según José Salazar et. al., señala que se mantendrá esa tendencia, incrementando en prevalencia e incidencia la enfermedad, teniendo en cuenta que los pacientes viven en promedio 20 años con la enfermedad, la cual, con el transcurso del tiempo y el inadecuado control metabólico, ocasiona estragos a la salud física y con ello, disminuye considerablemente la calidad de vida del individuo.<sup>25</sup>

A partir del diagnóstico de la diabetes, se genera en el paciente un proceso psicológico hacia la aceptación de la enfermedad, así como en la adherencia al tratamiento, que no necesariamente es igual en todas las personas, lo que puede llevar a mantener una percepción favorable o no sobre su salud y vida.

La falta de adherencia al tratamiento en el contexto de enfermedades crónicas, en este caso diabetes mellitus tipo 2 es considerada como un gran problema de salud pública en México. La dificultad de los pacientes para cumplir con las indicaciones medicas repercute en gran medida en los costes del sector sanitario.

En los países desarrollados, la adherencia a los tratamientos de largo plazo en la población general es de alrededor de 50%, siendo menor en los países en desarrollo.

La evidencia disponible indica entre apenas el 30% al 50% de los pacientes no sigue correctamente la prescripción médica y más del 70% toman dosis menores de las indicadas por su médico tratante.

Cabe resaltar la importancia de la compatibilidad entre las demandas de la enfermedad y la funcionalidad familiar; una familia desunida encuentra mucho más difícil el control de las enfermedades, lo cual teóricamente influye en el apego al tratamiento y de manera general con la calidad de vida, sin embargo, en la UMF 04 de Valladolid Yucatán, no se cuenta con estudios que documenten esta asociación, por lo cual, se plantea la siguiente pregunta de investigación.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Existe asociación de la calidad de vida con la funcionalidad familiar, control glucémico y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos tipo 2 en la UMF 04 de Valladolid, Yucatán?

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la asociación de la calidad de vida con la funcionalidad familiar, control glucémico y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos tipo 2 en la UMF 04 de Valladolid, Yucatán

### **Objetivos Específicos**

- Determinar variables sociodemográficas de la población estudiada (sexo, edad, ocupación, estado civil)
- Determinar la calidad de vida en los pacientes diabéticos tipo 2
- Determinar la funcionalidad familiar en pacientes diabéticos tipo 2
- Determinar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos tipo 2
- Determinar la asociación entre la calidad de vida con la funcionalidad familiar en pacientes diabéticos tipo 2
- Determinar la asociación entre la calidad de vida con la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos tipo 2
- Determinar la asociación entre calidad de vida con el control glucémico de los pacientes diabéticos tipo 2

## **HIPÓTESIS GENERAL**

Existe asociación entre la calidad de vida y la funcionalidad familiar, control glucémico y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos tipo 2 en la UMF 04 de Valladolid, Yucatán.

### **Hipótesis específicas:**

- Existe asociación entre la calidad de vida y la funcionalidad familiar en pacientes diabéticos tipo 2 en la UMF 04 de Valladolid, Yucatán.
- Existe asociación entre la calidad de vida y el control glucémico en pacientes diabéticos tipo 2 en la UMF 04 de Valladolid, Yucatán.

- Existe asociación entre la calidad de vida y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos tipo 2 en la UMF 04 de Valladolid, Yucatán.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

### **Diseño de estudio**

Transversal

### **Tipo de estudio**

Se trata de un estudio analítico, observacional, transversal y prolectivo

### **Universo de estudio**

Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo2 en la UMF 04 en Valladolid, Yucatán.

### **Población de estudio**

Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 con 5 a 15 años de evolución de la enfermedad que acudieron a la consulta externa de medicina familiar en la UMF 04 en Valladolid, Yucatán durante los meses de marzo a junio del año 2020.

### **Tamaño de la muestra**

El cálculo de muestra se basó en los resultados del estudio de Adriana Ocaña Patiño realizado en 2018,<sup>26</sup> indicando la calidad de vida en pacientes diabéticos un 67%. Se empleó para el cálculo el programa Ene 3.0, con la técnica de estimación de una proporción para la ocurrencia de un evento determinado en población infinita con precisión del 11%, con un nivel de confianza de 95% de forma bilateral, con porcentaje de abandono del 5% y asumiendo que la proporción esperada del evento, falta de apego al tratamiento es del 67% resultando en 79 individuos.



**Tipo de muestreo**

Muestreo no probabilístico por conveniencia consecutivo, hasta alcanzar el tamaño de muestra propuesto.

**Criterios de inclusión**

- Pacientes diabéticos tipo 2 en la UMF 04 de Valladolid, Yucatán
- Pacientes diabéticos tipo 2 con 5 a 15 años de evolución
- Mayores de 18 años con diabetes mellitus tipo 2
- Independientemente de su género
- Que sepan leer y escribir
- Que firmen el documento de su consentimiento informado

**Criterios de exclusión**

- Pacientes embarazadas durante la realización de la investigación
- Comorbilidades severas (Insuficiencia renal crónica en etapas terminales, cáncer de cualquier tipo, retinopatía severa)

**Criterios de eliminación**

- Pacientes con instrumentos de llenado incompletos
- Pacientes que no cuentan con estudios de HbA1c en los 3 meses previos a la aplicación de las encuestas.

## Variables de Estudio

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	CLASIFICACIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta el momento actual	Se tomó el reportado por el paciente	Cuantitativa	De razón continua	Número de años
<b>Género</b>	Características biológicas que denotan la condición de masculino o femenino	Se tomó el reportado por el paciente	Cualitativa	Nominal dicotómica	Femenino Masculino
<b>Ocupación</b>	Actividad, empleo, trabajo referido a lo que se dedica	Se tomó el reportado por el paciente	Cualitativa	Nominal Policotómica	Ama de casa Obrero Comerciante Profesional jubilado
<b>Estado Civil</b>	Situación estable o permanente en la que se encuentra una persona física en relación con sus circunstancias personales y con la legislación	Se tomó el reportado por el paciente	Cualitativa	Nominal policotómica	Soltero Casado Unión libre Viudo (a)
<b>Escolaridad</b>	Grado máximo de estudios	Se tomó el reportado por el paciente	Cualitativa	Ordinal policotómica	Ninguno Primaria Secundaria Bachillerato licenciatura

<b>Calidad de Vida</b>	Conjunto de condiciones que contribuyen al bienestar de los individuos y a la realización de sus potencialidades en la vida social	Se calculó por medio de encuesta GENCAT Donde se realizan sumatorias de las 8 áreas estudiadas y posterior ubicar resultado en el cuadro de percentiles, tomando en cuenta resultado mayor de 45 buena calidad de Vida. Menor de 45 mala calidad de vida	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Buena Mala
<b>Adherencia al Tratamiento</b>	Es el grado en que una persona sigue las prescripciones (cumplimiento) farmacológicas según lo indicado	Se determinó por medio del test Morisky Green. Con la secuencia No, Si, No, No para indicar adherencia y las que difieren de la secuencia No,Si,No,No sin adherencia	Cualitativa	Nominal dicotómica	Con adherencia Sin adherencia
<b>Funcionalidad Familiar</b>	Es la capacidad del individuo para enfrenar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa	Se calculó por la encuesta FF SIL con puntaje de 70 a 43 es funcional. Con puntaje de 14 a 42 se considera disfuncional	Cualitativa	Nominal dicotómica	Funcional Disfuncional
<b>Control Glucémico</b>	Todas las medidas que facilitan mantener los valores de la glucemia dentro del límite normal	Se tomó en cuenta la HbA1c menor de 7% para controlado y mayor de 7% para descontrolado	Cuantitativa	Nominal dicotómica	Controlado Descontrolado

## **METODOLOGÍA**

1. Previa autorización del proyecto por el comité local de investigación 3201, se solicitó permiso a las autoridades directivas de la UMF 04 de Valladolid Yucatán para la aplicación de las encuestas GENCAT (anexo 1) a los pacientes diabéticos tipo 2, aplicación del test FF-SIL (anexo 2), aplicación del test MORISKY GREEN (anexo 3), hoja de recolección de datos (anexo 4) y revisión de expediente electrónico para búsqueda de valores de HbA1c.
2. Se acudió a la UMF 04 de Valladolid Yucatán en horario de consulta en el periodo de marzo a junio de 2020, en sala de espera, bajo medidas de protección y sana distancia debido a pandemia se localizaron a los pacientes diabéticos tipo 2 que cumplieron con los criterios de inclusión y que aceptaron participar en el estudio previa lectura y firma del documento de consentimiento informado (anexo 5). Otorgando número telefónico para continuidad de su entrevista.
3. Los valores glucémicos que se utilizaron fueron los últimos que se registraron en el expediente electrónico referidos en hojas de control o en notas médicas.

### **Análisis estadísticos**

El análisis estadístico se llevó a cabo en el programa SPSS. Los resultados se expusieron en tablas. Para las variables cualitativas se realizó el cálculo de frecuencias y porcentajes, para las variables cuantitativas se usó la prueba de chi cuadrada con una significancia estadística de  $p < 0.5$ , también se empleó la prueba de regresión logística.

### **Recursos**

#### **Recursos Humanos**

Se contó con un investigador quien aplicó las encuestas y realizó las mediciones. Un asesor temático y metodológico que supervisó todas las actividades.

En este proyecto se utilizaron recursos humanos de la UMF 04 de Valladolid Yucatán previa capacitación para la aplicación de los instrumentos de medición, pacientes diabéticos tipo 2 de más de 5 a 15 años de evolución que acudieron a su atención en la consulta externa de medicina familiar, siempre y cuando se obtuviera su consentimiento de participar en la encuesta realizada y de acuerdo a los principios éticos básicos.

### **Recursos Materiales**

Se utilizaron para la recolección de datos, encuestas impresas en hojas tamaño carta, utilizando equipo personal, computadora portátil, impresora y papelería de oficina, como hojas blancas, bolígrafos, teléfono de oficina y teléfono móvil.

### **Recursos Financieros**

Estuvieron a cargo del investigador principal, asumiendo todos los gastos que requirió el estudio.

### **Factibilidad, Originalidad y Trascendencia**

El proyecto fue factible para desarrollarse en el lapso planeado, toda vez que en el IMSS existen los registros, los expedientes y pacientes disponibles, para el llenado de las bases de datos que sirvieron en el análisis.

El proyecto fue original, dado que, en Valladolid, Yucatán la información con relación a asociaciones de la función familiar con la calidad de vida, controles glucémicos y adherencia al tratamiento farmacológico no se ha estudiado en esta población, siendo un problema de salud frecuente y con complicaciones que pueden prevenirse con una detección y tratamiento oportunos.

El proyecto fue trascendente ya que se relacionó con un problema de salud muy prevalente en la derechohabencia y los resultados se podrán considerar como indicadores actuales del impacto del manejo integral de este problema y servir de base para nuevos estudios de investigación.

### **Presentación de Resultados**

Los resultados se presentaron en forma de tablas y gráficas.

### **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Esta investigación cumple con las consideraciones emitidas en el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki, promulgada en 1964 y su última revisión en la 64ª Asamblea General de Fortaleza, Brasil, en octubre del 2013; y las pautas internacionales para la investigación médica relacionada a seres humanos adoptada por la Organización Mundial de la Salud y el Consejo de Organizaciones Internacionales con Seres Humanos.

La investigación que se presenta se basa en dos principios:

El principio de beneficencia; considerando la dimensión de la garantía de no explotación, en la cual se manifiesta que al participar en un estudio de investigación no se deberá de colocar a las personas en una desventaja o exponerlas a situaciones para las que no han sido preparadas.

El respeto de la dignidad humana; la cual no será vulnerada, empleando la técnica de revisión de expediente y estudios de laboratorio realizados con anterioridad y actuales, entrevista con consentimiento informado y se realizará protección de los datos, la información a recolectar será exclusivamente con carácter general y no afectará a la dignidad de los participantes. Estas técnicas son aceptables pues los riesgos para la participación son en verdad mínimos, además de que en ningún momento se viola el derecho de la intimidad.

La ley general de salud (1984) en su título quinto, investigación para la salud, capítulo único, artículo 100, nos dice que la investigación deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifiquen la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y el desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.

El proyecto cumple con las normas establecidas en México por la Ley General de Salud. En el “Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud”, en su Título 2°. Capítulo 1°, Artículo 17, Fracción II, este proyecto se considera como “estudio sin riesgo”, ya que no se modificará ninguna variable ni se realizará intervención en los pacientes, simplemente se aplicarán encuestas. Se define como un estudio con diseño analítico, observacional, transversal y prolectivo, basado en la entrevista a pacientes diabéticos sin intervención experimental, además se obtuvo previamente el consentimiento informado.

La investigación realizada en seres humanos debe distinguirse de la práctica de la medicina, la salud pública y otras formas de atención de la salud cuya finalidad es contribuir directamente a la salud de las personas o comunidades. De acuerdo con el Capítulo I, disposiciones comunes de esta misma ley, se protegerá en todo momento la privacidad del individuo sujeto de la investigación.

## **RESULTADOS**

Se integró una muestra de 83 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 durante el periodo de marzo a junio de 2020.

Con una edad promedio de 55.47 años, con un mínimo de 30 y un máximo de 78 años.

## Variables Sociodemográficas

La muestra tuvo un predominio de pacientes femeninas, un estado civil donde predomina el ser casado, en la escolaridad destacó el nivel de secundaria y una mayor incidencia en la ocupación “ama de casa”, como se puede observar en la tabla 1.

**Tabla 1. Variables sociodemográficas de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en la UMF 04 Valladolid Yucatán.**

VARIABLE	FRECUENCIA	%
<b>GENERO</b>		
Femenino	69	<b>83.1</b>
Masculino	14	16.9
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Soltero	1	1.2
Casado	75	<b>90.4</b>
Unión libre	4	4.8
Viudo	3	3.6
<b>ESCOLARIDAD</b>		
Analfabeta	7	8.4
Primaria	34	41
Secundaria	35	<b>42.2</b>
Preparatoria	7	8.4
<b>OCUPACION</b>		
Ama de casa	49	<b>59</b>
Obrero	16	19.3
Comerciante	6	7.2
Profesional	4	4.8
Pensionado	8	9.6

**%= porcentaje**

## Variables relacionadas en el estudio

Como se puede apreciar en la tabla 2 a continuación, los resultados encontrados en la investigación demostraron que en la muestra estudiada fue mayor el porcentaje de pacientes con una buena calidad de vida, con funcionalidad familiar de tipo funcional, sin adherencia al tratamiento, con respecto al control glucémico predominó el controlado.

**Tabla2. Frecuencias y porcentajes de las variables relacionadas en el estudio.**

VARIABLE	FRECUENCIA	%
<b>CALIDAD DE VIDA</b>		
Buena	44	<b>53</b>
Mala	39	47
<b>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</b>		
Funcional	77	<b>92.8</b>
Disfuncional	6	7.2
<b>ADHERENCIA AL TRATAMIENTO</b>		
Con adherencia	37	44.6
Sin adherencia	46	<b>55.4</b>
<b>CONTROL GLUCÉMICO</b>		
Controlado	58	<b>69.9</b>
Descontrolado	25	30.1

Se realizó el análisis bivariado para determinar cuáles de las variables sociodemográficas y las implicadas en el estudio, se asociaron con la calidad de vida, encontrando que solo adherencia al tratamiento y el control glucémico fueron significativas, como se puede ver en la tabla 3.

**Tabla 3. Análisis bivariado de los factores relacionados con la calidad de vida**

Variable	<i>p</i> *
Edad	.483
Género	.130
Ocupación	.200
Estado civil	.293
Escolaridad	.202
Adherencia al tratamiento farmacológico	<b>.001</b>
Control glucémico	<b>.001</b>
Funcionalidad Familiar	.487

*p*\*= Significancia de la prueba Chi Cuadrada.



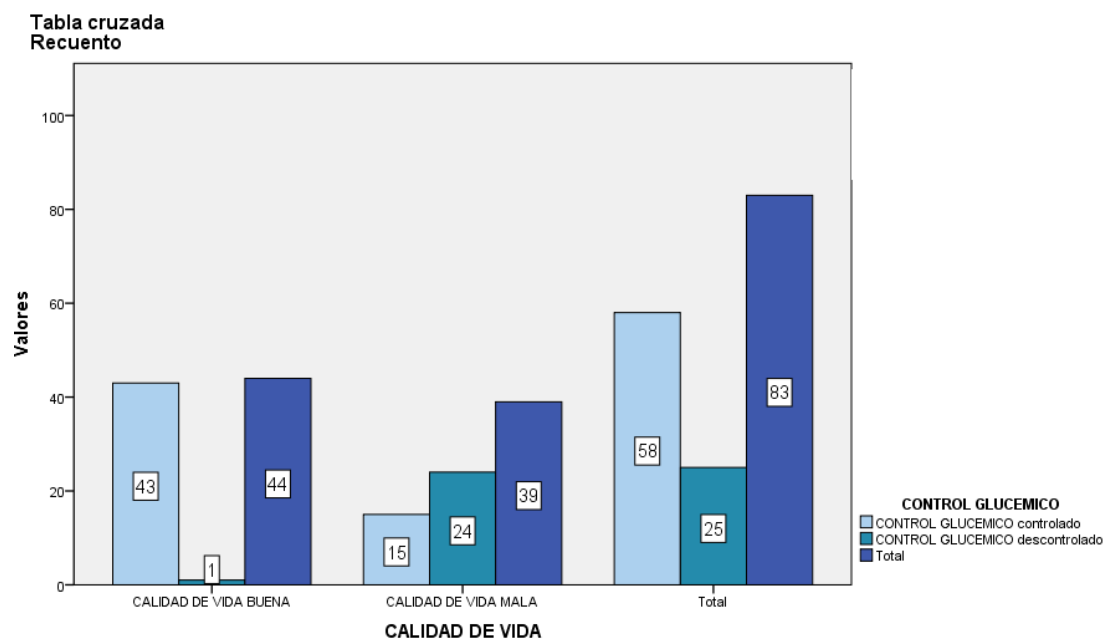
Con las variables de adherencia al tratamiento, control glucémico y funcionalidad familiar se realizó un modelo de regresión logística encontrando que solo el control glucémico se asoció a la calidad de vida. Ver tabla 4.

**Tabla 4. Regresión logística de las variables independientes con la Calidad de vida en pacientes diabéticos tipo 2 de la UMF 04 Valladolid Yucatán**

Variables	Exp (B)	Nivel de significancia
Adherencia al tratamiento	3.314	0.050
Control glucémico	38.440	0.001
Función familiar	2.591	0.220

Se encontró una proporcionalidad entre la buena calidad de vida con el control glucémico. Se destacan 43 individuos de la muestra con control asociada a la buena calidad de vida. Ver Gráfico 1.

Gráfico 1. Asociación calidad de vida con control glucémico.



## DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó con 83 pacientes diabéticos tipo 2, a los que se les aplicaron los parámetros de medición GENCAT para análisis de la calidad de vida, así como seguimiento de HbA1c para seguimiento de controles glucémicos.

Se observó una población femenina, casada, con nivel escolar medio básico, que se dedica a las labores del hogar como ama de casa, observando una media de 44 con un porcentaje de 53%, que el instrumento de medición GENCAT indica que se presenta una calidad de vida buena.

En este estudio se presentó un predominio del sexo femenino y casada, lo cual es similar al comportamiento reportado en el estudio que habla de la percepción de la calidad de vida en pacientes diabéticos tipo 2 realizado por Bautista Rodríguez LM en Colombia en 2015.<sup>27</sup>

Un estudio realizado por De los Ríos Castillo José Lauro en 2003 para la revista médica del IMSS, reportó que el deterioro o mala calidad de vida está relacionado con el mal control glucémico y la falta de apego al tratamiento<sup>28</sup>, caso contrario a lo encontrado, en esta investigación ya que la buena calidad de vida se asoció con un buen control glucémico y la adherencia al tratamiento farmacológico, resultado similar fue reportado en el año 2012 por Gómez-Aguilar et. al. con una muestra de 45 personas en una población de San José Tecoh, Yucatán.<sup>29</sup> Estos resultados demuestran que los pacientes que se adhieren a su tratamiento farmacológico, logran un mejor control glucémico y por lo tanto una mejor calidad de vida al tener menos complicaciones tanto agudas como crónicas de la diabetes.

No se encontró asociación entre calidad de vida y la funcionalidad familiar, a pesar de que un 92,8%, presentó buena funcionalidad familiar, estos resultados son diferentes a lo reportado por Pérez Ana Victoria que estudió en 2014 una población diabética, encontrando asociación entre la calidad de vida y la funcionalidad familiar<sup>30</sup>, la falta de asociación entre calidad de vida y funcionalidad familiar también ha sido reportada por Jiménez-Benavides el 2005 al estudiar la funcionalidad familiar en pacientes diabéticos, encontrando que la función familiar no está relacionada con el control glucémico y no repercute en la calidad de vida,<sup>31</sup> lo cual indica que el hecho de tener funcionalidad familiar no necesariamente garantiza una buena calidad de vida en vista de que este es un concepto que engloba otros elementos que deben sumarse para hacer sentir a la persona que su vida tiene calidad, es de hacerse notar que este estudio se realizó durante el contexto del primer año de la pandemia por Covid 19, con las restricciones de movilidad por la cuarentena, con el temor a los contagios, reducción de las interacciones sociales, lo cual pudo afectar fuertemente la percepción de los pacientes en relación a su calidad de vida, como lo ha reportado Guzmán-Muñoz Eduardo en el 2021, en su estudio sobre el impacto de la calidad

de vida en adultos jóvenes dentro del contexto de pandemia por Covid 19, encontró deterioro en la vitalidad, fusión social, rol emocional y salud mental.<sup>32</sup>

Las limitaciones de este estudio tienen que ver con la selección de los integrantes del estudio debido a que en el periodo contemplado para su ingreso se volvieron pacientes de riesgo al presentarse la pandemia de SARS COV 2, ya que se redujeron el número de consultas al igual que la asistencia presencial de pacientes diabéticos, así como el tiempo de permanencia de los pacientes en la unidad de medicina familiar, por lo que se adaptaron los tiempos y vías de realización de las encuestas, modificando la estructura planeada al iniciar esta investigación.

Otro elemento de consideración es el tiempo de realización de la encuesta GENCAT para la calidad de vida, ya que por ser amplia en sus apartados tiene una ocupación de tiempo de 15 a 20 minutos lo cual hizo que se dividieran los tiempos en dos sesiones telefónicas para la aplicación de los otros instrumentos de medición.

Hay que reconocer que el vínculo entre la calidad de vida y las otras variables estudiadas en esta investigación es complejo y no necesariamente tienden a ser lineales, lo cual permite contemplar otras hipótesis alternas, ya que los pacientes si no desean introducir cambios en su estilo de vida (ejercicio, alimentación balanceada, adherencia al tratamiento , así como aspectos relacionados en la funcionalidad de su familia) serán condicionantes en algún momento para influir en la variabilidad de los valores del control glucémico.

El problema de las enfermedades crónicas representa una preocupación prioritaria, la diabetes mellitus tipo 2 representa repercusiones epidemiológicas, sociales y emocionales, es una de las principales causas de muerte y tienen efectos significativos para la persona enferma, familia, sistemas de salud y de la sociedad. La evaluación de la calidad de vida al ser un resultado a corto y largo plazo de la adherencia al tratamiento farmacológico y el adecuado control glucémico debiera convertirse en parte de la promoción y prevención de la salud, para demostrar que la calidad de vida percibida en el momento, puede ser mejorada con las acciones necesarias que ayuden al control de la diabetes u otras comorbilidades asociadas.

Hay que recordar que las personas con padecimientos crónicos como la diabetes mellitus, podrán sentirse saludables, cuando presenten equilibrio físico y psicológico, aprendan a convivir con su padecimiento y se integren con su familia, comunidad y sociedad.

## **CONCLUSIONES**

En los pacientes con diabetes de la UMF4 Valladolid, Yucatán se encontró asociación entre la adherencia al tratamiento y el control glucémico con la calidad de vida, pero no así con la funcionalidad familiar.

No se encontró asociación de la calidad de vida con la funcionalidad familiar, independientemente de esta haya presentado una tendencia de tipo funcional.

## **RECOMENDACIONES**

Este estudio permite pensar en mejorar y aportar una visión dirigida a la promoción de los estilos de vida ya que al ser un conjunto de decisiones que pueden afectar o beneficiar a la salud, se espera que constituya un factor favorable en el paciente con diabetes mellitus tipo 2, sobre todo en los casos en que es parte de una estrategia educativa de la atención médica, por tanto, el nivel educativo es primordial con uso del lenguaje de forma sencillo y amigable, sin importar la edad, ocupación, estado civil o género.

Teniendo en cuenta que son muy pocos estudios realizados en nuestro medio, queda un camino abierto para la realización de más estudios en esta población y en todo el estado de Yucatán.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mathers Colin, Loncar Dejan. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med. [Internet] noviembre 2006 [citado 30 julio 2021]; 3(11): e442. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442>
2. Aguilar Carlos. Epidemiología de la Diabetes Mellitus tipo2 en Latinoamérica. Asociación Latinoamericana de Diabetes. Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia [Internet] 2019 [ citado 30 julio 2021]; Cap1 (4-5). Disponible en [https://www.revistaalad.com/guias/5600AX191\\_guias\\_alad\\_2019.pdf](https://www.revistaalad.com/guias/5600AX191_guias_alad_2019.pdf)
3. American Diabetes Asociación. Standards of Medical Care in Diabetes 2018 Abridge for Primary Care Providers. Clinical diabetes: a publication of the American Diabetes Association, Digital [Internet] Enero 2018 [citado 30 Julio 2021]; 36 (1), 14-37. Disponible en: <https://doi.org/10.2337/CD17-0119>
4. Rojas-Martínez Rosalba, Basto-Abreu Ana, Aguilar-Salinas Carlos, Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en México. Salud Publica Mex [Internet] 2018 [citado 30 julio 2021]; 60:224-232. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/8566>
5. Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, Instituto Mexicano del Seguro Social. [Internet] 2018. [citado 30 julio 2021]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/718GER.pdf>
6. Lerín-Piñón Sergio, Recursos institucionales para diabéticos maya hablantes de Tizimín (Yucatán). Carencias y logros en los Grupos de Ayuda Mutua (gam). Revista Pueblos y Fronteras Digital [Internet].2017; [citado el 30 julio 2021];12(23):68-89. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2017.23.288>
7. Expert Committee on the Diagnosis a Classification of Diabetes Mellitus. Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes care, [Internet] Enero 2003. [citado 30 Julio 2021]; 26 suppl 1. S5-S20. Disponible en: <https://doi.org/10.2337/DIACARE.26.2007.S5>
8. Montesi Laura. La diabetes como metáfora de vulnerabilidad. El caso de los ikojts de Oaxaca. Pyf [Internet]. 1 de junio de 2017 [citado 29 de julio de 2021];12(23):46-7. Disponible en: <http://www.pueblosyfronteras.unam.mx/index.php/index.php/pyf/article/view/287>
9. Torres-Tovar Carlos. Calidad de vida: realidad y percepción. Revista Bitácora Urbano Territorial [Internet]. 2010; [citado 30 julio 2021]; 17 (2): 7-12. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74816991001>
10. Alzate Patricia. Políticas de salud, alimentación y nutrición. Boletín epidemiológico de Antioquia, [internet] 1997; [citado 30 julio 2021]; vol. 22, No. 4. Disponible en: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v36n3a02>

11. Rodrigo-Arizmendi Dennisse. Calidad de vida y Diabetes, Boletín CAIPaDi. [Internet] 2015; [citado 30 julio de 2021]; Disponible en: <http://innsz.mx/opencms/contenido/departamentos/CAIPaDi/boletines/boeltinSeptiembre2015.html>
12. Sánchez Pedro, Barrios Santiago, Guerrero Verónica, Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. [Internet] 2004; [citado 30 julio 2021] 42(2):109-116; Disponible en: <https://www.medographic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=1977>
13. Oviedo-Gómez María Teresa, Reidl-Martínez Lucy María, Predictores psicológicos individuales de la calidad de vida en diabetes tipo 2. Revista Mexicana de Psicología [Internet]. 2007; [citado 30 julio 2021] 24 (1): 31-42. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243020635005>
14. Robles Rebeca, Cortázar Jaqueline, Sánchez-Sosa Juan José. Evaluación de la calidad de vida en diabetes mellitus tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL. [internet] 2003; [citado 30 julio 2021] 15: 247-252. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72715215>
15. Chacón Rosa M. La dimensión cualitativa en la definición de indicadores de calidad de vida urbana. Caracas: Departamento de Planificación Urbana, Universidad Simón Bolívar. [Internet] 2005; [consultado 30 julio 2021]; Disponible en: [http://hm.unq.edu.ar/archivos\\_hm/GL\\_ICVU.pdf](http://hm.unq.edu.ar/archivos_hm/GL_ICVU.pdf)
16. Verduzco Miguel, Arias Benito, Gómez Laura. ESCALA GENCAT. Manual de la Aplicación de la escala GENCAT de Calidad de Vida. ISBN 9788439379287. Institut Català d'Assistència i Serveis Socials. Discapacitats Catalunya –Condicion socials Avaluació 2. Qualitat de vida Catalunya – Mesurament [internet] 2008; [citado 30 julio 2021] 364.65(467.1). Disponible en: [https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/113074/INICO\\_VerdugoAlonsoMA\\_GENCAT2.pdf?sequence=3](https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/113074/INICO_VerdugoAlonsoMA_GENCAT2.pdf?sequence=3)
17. Minuchin Salvador. Familias y Terapia Familiar. la Ciudad Condal, [internet] España: Editorial Gedisa; 1979. [citado 30 julio 2021] Disponible en: <https://www.cphbidean.net/wp-content/uploads/2017/11/Salvador-Minuchin-Familias-y-terapia-familiar.pdf>
18. Huerta José Luis. Medicina Familiar. La familia en el proceso de salud. Ed 1ª ALFIL; 2005.
19. Dunker José. Los Vínculos Familiares: Una Psicopatología De Las Relaciones Familiares. Ed 1ª El Cid Editor, 2002.
20. Pagola-Pérez María Del Pilar. Asociación entre funcionalidad familiar con un diagnóstico oncológico. Universidad Veracruzana, Veracruz México [Internet]; 2010. Disponible en: <https://cdigital.uv.mx/handle/123456789/36131>
21. Ortega Veitía Teresa, Cuesta Freijomil Dolores de la, Días Retureta Caridad. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. Rev cubana Enfermer [Internet]. Diciembre 1999 [citado 2021 Jul 24]; 15(3): 164-168. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03191999000300005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191999000300005&lng=es).

22. Rosales Jesús. Claves para contar con una familia funcional. [Blog]. Enfoque de la Familia, [Internet] 2016. [citado 24 de julio 2021] Disponible en: <<https://www.enfoquealafamilia.com/matrimonio/claves-para-contar-con-una-familia-funcional/>>
23. Ruíz Teresa. Las familias disfuncionales y su relación con la conducta. Universidad Nacional Del Chimborazo. Riobamba Ecuador [Internet]. 2014 [citado 26 de julio 2021]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/1265>
24. Andrade Adolfo, México ocupa el 9° lugar mundial en diabetes. Boletín UNAM, [Internet] 2019. [citado el 24 de julio 2021] Disponible en: [https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2019\\_305.html](https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2019_305.html)
25. Salazar-Estrada José, Torres-López Teresa, Colunga-Rodríguez Cecilia, Calidad de vida, salud y trabajo, la relación con diabetes mellitus tipo 2. RESPYN [Internet]. 10 de octubre de 2009; 10(3). [citado 10 de junio 2021]; Disponible en: <https://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/241>
26. Ocaña Adriana. Asociación de la calidad de vida con el control metabólico del paciente con diabetes mellitus tipo 2 del primer nivel de atención. Universidad Nacional Autónoma de México; [Internet]2019. [citado 20 julio 2021] Disponible en: [https://tesiunam.dgb.unam.mx/F/E8Y7LPUNT7R86R2SQ37N44AV2UAKEPBG3XVM2AX8CS9BUHN B2M-38804?func=full-set-set&set\\_number=101555&set\\_entry=000001&format=999](https://tesiunam.dgb.unam.mx/F/E8Y7LPUNT7R86R2SQ37N44AV2UAKEPBG3XVM2AX8CS9BUHN B2M-38804?func=full-set-set&set_number=101555&set_entry=000001&format=999)
27. Bautista-Rodríguez Luz Marina, Zambrano-Plata Gloria Esperanza. La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo [Internet]. 2015; 17 (1): 131-148. [citado 23 julio 2021] Disponible: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145233516009>
28. Castillo José Lauro, Sosa Juan José, Santiago Pedro, Sustaita Verónica. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Médica del IMSS. [Internet] 2004;42(2):109-116. [citado 21 julio 2021] Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=81520>
29. Gómez-Aguilar Patricia, Ávila-Sansores Grever, Candila-Celis Julia. Estilo de vida y control metabólico en personas con diabetes tipo 2, Yucatán, México. Rev Enferm IMSS. [Internet] 2012;20(3):123-129. [citado 02 julio 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2012/eim123b.pdf>
30. Pérez-Aguirre Ana, Pérez-Sánchez Brenda. Calidad de vida y funcionamiento familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 consultorio 15 UMF No. 75 IMSS. [Estado de México]: Universidad Autónoma del Estado de México; [Internet] 2014; [citado 30 junio 2021] Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/123456789/14515>
31. Jiménez-Benavides Alberto. (2005), "Función familiar: Control de diabetes mellitus tipo 2". Revista de Salud Pública y Nutrición, [Nuevo León; México]: Universidad Autónoma de Nuevo León [internet]2005. edición especial N° 8. [citado 28 julio 2021]. Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/>

32. Concha-Toro Marcela del Carmen, Rodríguez-Garcés Carlos, Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. *Theoria* [Internet]. 2010; [citado 36 julio 2021] 19 (1): 41-50. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29916956004>



# **A N E X O S**

ANEXO 1

## GENCAT. Escala de Calidad de vida

### Instrucciones

A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que está evaluando. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describa a dicha persona y no deje ninguna cuestión en blanco.

<b>BIENESTAR EMOCIONAL</b>		Siempre o casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1	Se muestra satisfecho con su vida presente.	4	3	2	1
2	Presenta síntomas de depresión.	1	2	3	4
3	Está alegre y de buen humor.	4	3	2	1
4	Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.	1	2	3	4
5	Presenta síntomas de ansiedad.	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho consigo mismo.	4	3	2	1
7	Tiene problemas de comportamiento.	1	2	3	4
8	Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.	4	3	2	1
<b>Puntuación directa TOTAL</b> _____					

<b>RELACIONES INTERPERSONALES</b>		Siempre o casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas.	4	3	2	1
10	Mantiene con su familia la relación que desea.	4	3	2	1
11	Se queja de la falta de amigos estables.	1	2	3	4
12	Valora negativamente sus relaciones de amistad.	1	2	3	4
13	Manifiesta sentirse infravalorado por su familia.	1	2	3	4
14	Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja.	1	2	3	4
15	Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo.	4	3	2	1
16	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.	4	3	2	1
17	La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya.	1	2	3	4
18	Tiene una vida sexual satisfactoria.	4	3	2	1
<b>Puntuación directa TOTAL</b> _____					
<p><b>ÍTEM 15:</b> si la persona no tiene trabajo, valore su relación con los compañeros del centro.</p> <p><b>ÍTEM 17:</b> tienen discapacidad, son personas mayores, fueron o son drogodependientes, tienen problemas de salud mental, etc.</p>					

<b>BIENESTAR MATERIAL</b>		Siempre o casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
19	El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores, oscuridad, escasa ventilación, desperfectos, inaccesibilidad...).	1	2	3	4
20	El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad.	4	3	2	1
21	Dispone de los bienes materiales que necesita.	4	3	2	1
22	Se muestra descontento con el lugar donde vive.	1	2	3	4
23	El lugar donde vive está limpio.	4	3	2	1
24	Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas.	4	3	2	1
25	Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos.	1	2	3	4
26	El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades.	4	3	2	1
<b>Puntuación directa TOTAL</b> _____					
<p><b>ÍTEM 20:</b> si la persona no tiene trabajo, valore la seguridad del centro.</p>					

<b>DESARROLLO PERSONAL</b>		Siempre o casi siempre	Algunas veces	Nunca o casi nunca	
27	Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentan.	1	2	3	4
28	Tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet, teléfono móvil, etc.).	4	3	2	1
29	El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades.	4	3	2	1
30	Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean.	1	2	3	4
31	Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable.	4	3	2	1
32	El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas.	4	3	2	1
33	Participa en la elaboración de su programa individual.	4	3	2	1
34	Se muestra desmotivado en su trabajo.	1	2	3	4
<b>Puntuación directa TOTAL</b> _____					
<p><b>ÍTEM 29, 31 y 34:</b> si la persona no tiene trabajo, valore respectivamente si las actividades que realiza en el centro le permiten aprender habilidades nuevas, si realiza esas actividades de forma competente y responsable, y si se muestra desmotivado cuando las realiza.</p>					

<b>BIENESTAR FÍSICO</b>		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
35	Tiene problemas de sueño.	1	2	3	4
36	Dispone de ayudas técnicas si las necesita.	4	3	2	1
37	Sus hábitos de alimentación son saludables.	4	3	2	1
38	Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.	4	3	2	1
39	Tiene un buen aseo personal.	4	3	2	1
40	En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma.	4	3	2	1
41	Sus problemas de salud le producen dolor y malestar.	1	2	3	4
42	Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.).	1	2	3	4

**Puntuación directa TOTAL** \_\_\_\_\_

**ITEM 36:** si no necesita ayudas técnicas, valore si dispondría de ellas en el caso de que llegara a necesitarlas.  
**ITEM 39:** se le pregunta si la persona va aseada o no, no importa que realice el aseo personal por sí misma o que cuente con apoyos para realizarlo.  
**ITEM 40:** si la persona no toma ninguna medicación, marque la opción que considere más adecuada si la tomara. Se refiere a si se revisa la adecuación de la medicación periódicamente.  
**ITEM 41:** si la persona no tiene problemas de salud, marque "Nunca o Casi nunca".

<b>AUTODETERMINACIÓN</b>		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
43	Tiene metas, objetivos e intereses personales.	4	3	2	1
44	Elige cómo pasar su tiempo libre.	4	3	2	1
45	En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias.	4	3	2	1
46	Defiende sus ideas y opiniones.	4	3	2	1
47	Otras personas deciden sobre su vida personal.	1	2	3	4
48	Otras personas deciden cómo gastar su dinero.	1	2	3	4
49	Otras personas deciden la hora a la que se acuesta.	1	2	3	4
50	Organiza su propia vida.	4	3	2	1
51	Elige con quién vivir.	4	3	2	1

**Puntuación directa TOTAL** \_\_\_\_\_

**ITEMS 43, 44 y 50:** en el caso de personas con drogodependencias, valore si sus metas, objetivos e intereses son adecuados, si elige actividades adecuadas para pasar su tiempo libre y si organiza su propia vida de forma adecuada. "Adecuado" hace referencia a que no tenga relación con el consumo de drogas.

<b>INCLUSIÓN SOCIAL</b>		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
52	Utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, teatros, museos, bibliotecas...).	4	3	2	1
53	Su familia le apoya cuando lo necesita.	4	3	2	1
54	Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social.	1	2	3	4
55	Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad.	1	2	3	4
56	Sus amigos le apoyan cuando lo necesita.	4	3	2	1
57	El servicio al que acude fomenta su participación en diversas actividades en la comunidad.	4	3	2	1
58	Sus amigos se limitan a los que asisten al mismo servicio.	1	2	3	4
59	Es rechazado o discriminado por los demás.	1	2	3	4
<b>Puntuación directa TOTAL</b> _____					

<b>DERECHOS</b>		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
60	Su familia vulnera su intimidad (lee su correspondencia, entra sin llamar a la puerta...).	1	2	3	4
61	En su entorno es tratado con respeto.	4	3	2	1
62	Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano.	4	3	2	1
63	Muestra dificultades para defender sus derechos cuando éstos son violados.	1	2	3	4
64	En el servicio al que acude se respeta su intimidad.	4	3	2	1
65	En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad.	4	3	2	1
66	Tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, valores, etc.).	1	2	3	4
67	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos (confidencialidad, información sobre sus derechos como usuario...).	4	3	2	1
68	El servicio respeta la privacidad de la información.	4	3	2	1
69	Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos.	1	2	3	4
<b>Puntuación directa TOTAL</b> _____					

**Número de identificación:**

**Nombre y apellidos**

**Informante**

**Fecha de aplicación**

**Baremo usado**

- A** Baremo para la muestra general
- B** Baremo para personas mayores (a partir de 50 años)
- C** Baremo para personas con discapacidad intelectual
- D** Baremo para personas de otros colectivos (personas con drogodependencias, VIH, SIDA, discapacidad física y problemas de salud mental)

**Sección 1a. Escala de Calidad de vida GENCAT**

1. Introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones
2. Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles
3. Introducir el Índice de Calidad de vida

Dimensiones de Calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones
Bienestar emocional			
Relaciones interpersonales			
Bienestar material			
Desarrollo personal			
Bienestar físico			
Autodeterminación			
Inclusión social			
Derechos			
Puntuación estándar TOTAL (suma)			
<b>ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b> (Puntuación estándar compuesta)			
<b>Percentil del Índice de Calidad de vida</b>			

**Sección 1b. Perfil de Calidad de vida**

Rodee la puntuación estándar de cada dimensión y del Índice de Calidad de vida. Después una los círculos de las dimensiones con una línea para formar el perfil.

Percentil	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	>130	99
95	15	15	15	15	15	15	15	15	122-130	95
90	14	14	14	14	14	14	14	14	118-121	90
85	13	13	13	13	13	13	13	13	114-117	85
80									112-113	80
75	12	12	12	12	12	12	12	12	110-111	75
70									108-109	70
65	11	11	11	11	11	11	11	11	106-107	65
60									104-105	60
55									102-103	55
50	10	10	10	10	10	10	10	10	100-101	50
45									98-99	45
40									96-97	40
35	9	9	9	9	9	9	9	9	94-95	35
30									92-93	30
25	8	8	8	8	8	8	8	8	89-91	25
20									86-88	20
15	7	7	7	7	7	7	7	7	84-85	15
10	6	6	6	6	6	6	6	6	79-83	10
5	5	5	5	5	5	5	5	5	68-78	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<68	1

ANEXO 2. TEST FF-SIL

	CASI NUNCA	POCAS VECES	A VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
	1	2	3	4	5
1. SE TOMAN DECISIONES PARA COSAS IMPORTANTES DE LA FAMILIA.					
2. EN MI CASA PREDOMINA LA ARMONIA.					
3. EN MI FAMILIA CADA UNO CUMPLE RESPONSABILIDADES.					
4. LAS MANIFESTACIONES DE CARÍÑO FORMAN PARTE DE NUESTRA VIDA COTIDIANA.					
5. NOS EXPRESAMOS SIN INSINUACIONES, DE FORMA CLARA Y DIRECTA.					
6. PODEMOS ACEPTAR LOS DEFECTOS DE LOS DEMAS Y SOBRELLEARNOS.					
7. TOMAMOS EN CONSIDERACIÓN LAS EXPERIENCIAS DE OTRAS FAMILIAS ANTE SITUACIONES DIFERENTES.					
8. CUANDO ALGUIEN DE LA FAMILIA TIENE UN PROBLEMA, LOS DEMAS AYUDAN.					
9. SE DISTRIBUYEN LAS TAREAS DE FORMA QUE NADIE ESTE SOBRECARGADO.					
10. LAS COSTUMBRES FAMILIARES PUEDEN MODIFICARSE ANTE DETERMINADAS SITUACIONES					
11. PODEMOS CONVERSAR DIVERSOS TEMAS SIN TEMOR.					
12. ANTE UNA SITUACIÓN FAMILIAR DIFÍCIL SOMOS CAPACES DE BUSCAR AYUDA EN OTRAS PERSONAS.					
13. LOS INTERESES Y NECESIDADES DE CADA CUAL SON RESPETADOS POR EL NÚCLEO FAMILIAR.					
14. NOS DEMOSTRAMOS EL CARINO QUE NOS TENEMOS					

ANEXO 3. TEST DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO DE MORISKY GREEN

CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SEGÚN CONSIDERE, MARQUE CON UNA (X).

- |  |        |        |
|--|--------|--------|
| 1.- ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?           | SI ( ) | NO ( ) |
| 2.- ¿Toma los medicamentos a la hora indicada?                 | SI ( ) | NO ( ) |
| 3.- Cuando se encuentra bien ¿deja alguna vez de tomarlos?     | SI ( ) | NO ( ) |
| 4.- Si alguna vez le sientan mal ¿Deja de tomar la medicación? | SI ( ) | NO ( ) |

Será considerado como adherencia la secuencia NO/SI/NO/NO



ANEXO 4.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN EN YUCATÁN

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 CAUCEL

MÉRIDA YUCATÁN.

FECHA: **HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

NOMBRE:

EDAD:

SEXO: FEMENINO ( ) MASCULINO ( )

ESCOLARIDAD:

NINGUNA( ) PRIMARIA( ) SECUNDARIA( ) BACHILLERATO( ) LICENCIATURA( )

ESTADO CIVIL:

SOLTERO (a) ( ), CASADO (a)( ), VIUDO (a) ( ), UNIÓN LIBRE ( )

OCUPACIÓN:

AMA DE CASA( ) OBRERO( ) COMERCIANTE( ) PROFESIONISTA( ) PENSIONADO( ).

ANEXO 5

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</b>
<b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN EN ADULTOS</b>	
<b>Nombre del estudio:</b>	Asociación entre calidad de vida con funcionalidad familiar, control glucémico, y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabético tipo 2 en la UMF 04. Valladolid Yucatán.
<b>Patrocinador externo (si aplica):</b>	N/A
<b>Lugar y fecha:</b>	Valladolid Yucatán marzo 2020
<b>Número de registro:</b>	
<b>Justificación y objetivo del estudio:</b>	Proyecto de investigación realizado por la falta de información en relación con la asociación entre la calidad de vida con la funcionalidad familiar, control glucémico, y su adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabético tipo 2 en la UMF 04. Se realiza con el objetivo de determinar la asociación entre la calidad de vida con la función familiar, control glucémico, y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabético tipo 2 en la UMF 04.
<b>Procedimientos:</b>	Aplicación de encuestas correspondientes a las variables del estudio, encuesta GENCAT para valoración de la calidad de vida, encuesta FF SIL para valoración de la funcionalidad familiar, MORISKY GREEN para valoración de la adherencia al tratamiento
<b>Posibles riesgos y molestias:</b>	Inconformidad por el tiempo de resolución en la aplicación de los test
<b>Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:</b>	Conocer su estado de la calidad de vida con funcionalidad familiar, adherencia al tratamiento y controles glucémicos.
<b>Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:</b>	El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento
<b>Participación o retiro:</b>	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.
<b>Privacidad y confidencialidad:</b>	El investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.
En caso de colección de material biológico (si aplica)	
<input type="checkbox"/>	No autorizo que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Sí autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Sí autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<b>Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):</b>	
<b>Beneficios al término del estudio:</b>	Conocer su estado de calidad de vida asociados con la funcionalidad familiar, adherencia al tratamiento farmacológico, controles glucémicos
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
<b>Investigador Responsable:</b>	M.C. Fabiola Carrera Díaz
<b>Colaboradores:</b>	M en E. Ulises A. Sobrino Alcocer
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: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>	
Nombre y firma	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio Clave: 2810-009-013	