



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

**RELACIÓN ENTRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 20**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA

DELGADILLO GUADARRAMA LINDA ROCIO

DIRECTOR DE TESIS

DR. MARIO ALBERTO HUERTA MANZANO

DIRECTORA METODOLÓGICA

DRA. SANTA VEGA MENDOZA



GENERACIÓN:
2021-2024

CIUDAD UNIVERSITARIA CD MÉXICO 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

DIRECTOR DE TESIS:



**DR. MARIO ALBERTO HUERTA MANZANO
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ADSCRITO EN LA UMF NO. 20 IMSS**

DIRECTORA METODOLÓGICA:



**DRA. SANTA VEGA MENDOZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR UMF NO. 20 IMSS.**

Vo. Bo.



DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA
MAESTRO EN EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORD. CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 IMSS.

Vo. Bo.



DRA. DANAÉ PÉREZ LÓPEZ
MÉDICA ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN DOCENCIA CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 IMSS

REGISTRO DE SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **3404**.
U MED FAMILIAR NUM 20

Registro COFEPRIS **18 CI 09 005 002**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 09 CEI 013 2018082**

FECHA **Martes, 02 de agosto de 2022**

Dr. MARIO ALBERTO HUERTA MANZANO

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **RELACIÓN ENTRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 20** 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-2022-3404-038

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

Mtro. Miguel Alfredo Zurita Muñoz
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3404

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DEDICATORIA

Al Mtro. Daniel Castellero por su amor, tiempo, paciencia, apoyo incondicional.

¡ Gracias !

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

PORQUE TODO LO QUE SE QUIERE DEBAJO DEL CIELO, TIENE SU TIEMPO Y HORA.

A MI ESPOSO

CUCHU!!! NO EXISTEN PALABRAS PARA AGRADECER TODO LO QUE HACES POR MI, GRACIAS POR TU AMOR INCONDICIONAL, TIEMPO, COMPRENSIÓN, PACIENCIA, TOLERAR MIS AUSENCIAS, POR TUS PALABRAS DE ALIENTO, SER MI PAÑO DE LAGRIMAS, MANO DERECHA, POR TOLERAR Y APOYAR TANTA OCURRENCIA QUE TENGO, PERO SOBRE TODO, POR NUNCA CORTARME LAS ALAS, AL CONTRARIO SER MI MOTOR, SOSTENERME E IMPULSARME DIA A DIA, GRACIAS POR TUS MUESTRAS DE CARIÑO INFINITAS Y POR AQUELLA SEMANA QUE NO DORMÍ POR TERMINAR ESTA TESIS... COMO SIEMPRE, ESTUVISTE AHÍ MANEJANDO PARA QUE PUDIERA DORMIR UNOS MINUTOS. SIEMPRE TE DIGO, CUANDO SEA GRANDE... PERO SABES? TODO ESFUERZO VALE LA PENA, LA LUZ SE COMIENZA A VER AL FINAL DEL CAMINO, PREPÁRATE QUE MILES DE KM NOS AGUARDAN, POR QUE NUESTRA AVENTURA ESTA POR COMENZAR!!!

A MI FAMILIA

POR MOTIVARME, SER MI MOTOR, EJEMPLO A SEGUIR DE NUNCA RENDIRME Y SIEMPRE LUCHAR POR MIS METAS.

A MI TUTOR DR. MANZANO HUERTA

POR COMPARTIR SUS CONOCIMIENTOS, TIEMPO Y PACIENCIA, SIN SU AYUDA, ESTO NO HUBIERA SIDO POSIBLE.

ÍNDICE

RESUMEN.

TÍTULO

| | |
|----------------------------------|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 10 |
| MARCO TEÓRICO..... | 12 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 25 |
| OBJETIVOS..... | 27 |
| HIPÓTESIS..... | 28 |
| SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS..... | 29 |
| RESULTADOS | 39 |
| DISCUSIÓN | 49 |
| CONCLUSIONES..... | 51 |
| RECOMENDACIONES | 52 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 53 |
| ANEXOS..... | 61 |

RESUMEN

RELACIÓN ENTRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA U.M.F. 20

DELGADILLO-GUADARRAMA LR¹, HUERTA-MANZANO MA², VEGA-MENDOZA S³.

1. Médico Residente de Medicina Familiar U.M.F. 20
2. Médico Familiar, U.M.F. 20
3. Médico Familiar, Profesor Titular del Curso de Especialización Medicina Familiar.

ANTECEDENTES. La Diabetes Mellitus tipo 2 es un problema de Salud Pública a nivel mundial, el apoyo familiar resulta un factor importante para la conservación de la salud, cuando uno de sus integrantes es afectado por alguna enfermedad, la funcionalidad del núcleo familiar se ve amenazada, por ello el éxito del tratamiento radica en la adherencia terapéutica. **OBJETIVO:** Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y el apego al tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la U.M.F. 20. **METODOLOGÍA:** Estudio transversal analítico, en 381 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No. 20, previo consentimiento informado, se aplicó una encuesta para obtención de datos sociodemográficos, Test FF-SIL para funcionalidad familiar y Test de Morisky Green para adherencia terapéutica. Se utilizó estadística descriptiva y bivariada. **RESULTADOS.** De 381 pacientes encuestados, 63.5% fueron mujeres, el grupo de edad que predominó fue mayores de 65 años en un 74%, escolaridad secundaria en 29.4%, el tiempo de evolución menor a 10 años en un 47.2%. Con respecto al nivel de adherencia terapéutica fue de 58.3%. Los pacientes con funcionalidad familiar representaron un 81.1%, moderadamente funcional 14.2%, disfuncional 3.7% y severamente disfuncional 1%. **CONCLUSIONES:** En esta investigación se pudo identificar que el nivel de adherencia terapéutica total tuvo relación con el grado de funcionalidad familiar funcional.

PALABRAS CLAVE: Adherencia terapéutica, Control glucémico, Diabetes Mellitus, Funcionalidad familiar, Test de Morisky-Green, Test FF-SIL

ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN FAMILY FUNCTIONALITY AND ADHERENCE TO PHARMACOLOGICAL TREATMENT IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS OF THE U.M.F. 20

DELGADILLO-GUADARRAMA LR¹, HUERTA-MANZANO MA², VEGA-MENDOZA S³.

1. Family Medicine Resident Physician U.M.F. 20
2. Family Physician, U.M.F. 20
3. Family Physician, Full Professor of the Family Medicine Specialization Course.

BACKGROUND. Type 2 Diabetes Mellitus is a worldwide Public Health problem, family support is an important factor for health conservation, when one of its members is affected by a disease, the functionality of the family nucleus is threatened, therefore, the success of treatment lies in therapeutic adherence. **OBJECTIVE:** To determine the relationship between family functionality and adherence to pharmacological treatment in patients with type 2 Diabetes Mellitus from UMF 20. **METHODOLOGY:** Analytical cross-sectional study, in 381 patients over 18 years of age with a diagnosis of type 2 Diabetes Mellitus from the Unit of Family Medicine No. 20, prior informed consent, a survey was applied to obtain sociodemographic data, the FF-SIL test for family functionality and the Morisky-Green Test for therapeutic adherence. Descriptive and bivariate statistics. **RESULTS.** Of 381 patients surveyed, 63.5% were women, the predominant age group was over 65 years in 74%, secondary education in 29.4%, the time of evolution that prevailed was less than 10 years in 47.2%. Regarding the level of therapeutic adherence, it was 58.3%. Patients with family functionality represented 81.1%, moderately functional 14.2%, dysfunctional 3.7%, severely dysfunctional 1%. **CONCLUSIONS:** In this investigation it was possible to identify that the level of total therapeutic adherence was related to the degree of functional family functionality.

KEY WORDS: Therapeutic adherence, Glycemic control, Diabetes Mellitus, Family functionality. Morisky–Green test, FF-SIL test.

INTRODUCCIÓN

En la última década, la Diabetes Mellitus es considerada un problema de Salud Pública, ya que se ha posicionado como una de las enfermedades crónicas no transmisibles con mayor prevalencia en el mundo, trayendo consigo, complicaciones y consecuencias que no solo afectan al enfermo, sino también al entorno familiar.

En México la Diabetes Mellitus tipo 2 ocupa el 3er lugar como causa de mortalidad, el segundo en frecuencia de consulta en Unidades de Medicina Familiar y el primero en consulta de especialidades en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Esta enfermedad ha ido en aumento en los últimos años y se estima que para el 2025 el número de personas con esta patología se duplicará.

Tiene una magnitud y trascendencia relevante en la vida del paciente, ya que es una enfermedad con un gran factor de predisposición hereditaria y con diversos factores ambientales, que muchos de ellos pueden ser modificables, su impacto dependerá de las múltiples complicaciones que presenten y transformen el entorno personal, laboral, familiar, social, emocional y que sumadas a las afecciones físicas repercuten en su salud.

Es indudable que no solo bastan acciones biológicas en el tratamiento del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2, pues el ser humano también tiene necesidades psicosociales que deben ser cubiertas, por ello la funcionalidad familiar se convierte en parte fundamental en este proceso, ya que si el paciente se siente aceptado y querido por su grupo familiar existe también, una mejor aceptación de la enfermedad, mejor adherencia al tratamiento y por consiguiente un mejor control glucémico.

Por eso debemos considerar que la familia juega un papel importante en la salud de cada uno de sus integrantes, si esta dinámica está afectada, tendremos repercusión en la recuperación de la salud o control terapéutico, por eso el lograr conocer la relación entre la funcionalidad familiar y su grado de adherencia terapéutica, es muy importante para nosotros como médicos familiares, ya que en caso de notar disfuncionalidad familiar, podemos implementar estrategias en nuestros consultorios, para lograr una mejor adherencia y control del paciente.

La tarea no resulta fácil, se debe lograr una sinergia de esfuerzos y el compromiso entre el vínculo familia-paciente con diabetes mellitus tipo 2 permitirán cumplir con su objetivo: mejorar el control del padecimiento y lograr la prevención o retraso, en la medida de lo posible, de las complicaciones propias de la enfermedad, con la consecuente repercusión en el impacto social y económico de la misma.

Esta investigación resulta factible ya que se cuenta con los recursos necesarios para su elaboración y no involucra ningún riesgo para el paciente. Su realización contribuirá a conocer y entender las causas que originan un inadecuado control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la U.M.F. 20 del IMSS Vallejo, Ciudad de México.

MARCO TEÓRICO

La Diabetes Mellitus es definida como una alteración metabólica por diferentes causas, se caracteriza por una hiperglucemia crónica que está relacionada con alteraciones en el metabolismo de hidratos de carbono, proteínas y grasas, que se producen como consecuencia de defectos en la secreción de insulina o de su acción, o de ambas cosas a la vez. (1)

Es una epidemia reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula que, a escala mundial, el número de personas con diabetes aumentó de 108 millones en 1980 a 422 millones en 2014. (2)

De acuerdo con las estadísticas del 2012, ocurrieron en el mundo 1.5 millones de defunciones como consecuencia directa de la diabetes. (3)

México se encuentra en la lista de los 10 países con el mayor número de personas que viven con diabetes. En el 2010 esta enfermedad causó cerca de 83 000 muertes en el país. (4)

De acuerdo a la encuesta de Ensanut 2018, la población mayor a 20 años con Diabetes, son 8.6 millones de personas, de las cuales 11.4% son mujeres, 10.3% hombres, las 5 entidades con porcentajes más altos: Campeche 14.0, Tamaulipas 12.8, Hidalgo 12.8, Ciudad de México 12.7 y Nuevo León 12.6. (5)

De acuerdo al INEGI, la Diabetes Mellitus se encuentra, dentro de las tres principales causas de muerte a nivel nacional, con un número total de defunciones de 99 733, 14.6%, por sexo los hombres ocupan el 3er lugar con 52 136 y las mujeres ocupan el 2do lugar con 47 429. (6)

De acuerdo a la comparación de las diferentes encuestas nacionales, el aumento de casos concuerda con la proyección realizada por Meza-Rodríguez y colaboradores, en la cual estiman que para el 2030, la prevalencia alcanzara de 12 a 18% y para el 2050 el 14 a 22%. (7)

Ante la magnitud de estas cifras, resulta importante lograr los objetivos terapéuticos planteados y evitar las graves complicaciones asociadas a esta enfermedad, motivo por el cual resulta importante lograr una adecuada adherencia terapéutica. (8)

La Diabetes Mellitus tipo 2, tiene un componente genético importante. (9)

→ Loci susceptibilidad.

Loci de susceptibilidad asociado a T2DM descubiertos con GWAS

| Gen | Región genética |
|----------|-----------------|
| KCNQ1 | 11p15.4 |
| TCF7L2 | 10q25.2 |
| KCNJ11 | 11p15.1 |
| IRS1 | 2q36.3 |
| MTNR1B | 11q14.3 |
| 1GF2BP2 | 3q27.2 |
| CDKN2A/B | 9p21.3 |
| HHEX | 10q23.33 |
| PPARG2 | 3p25.3 |

Dentro de los

→ Factores de estilo de vida.

- Sedentarismo (< 150 minutos de actividad física / semana)
- Inactividad física
- Tabaquismo
- Consumo de alcohol
- Sobrepeso
- Obesidad
- Perímetro cintura > 80cm en mujeres y > 90 cm en hombres.
- Acanthosis nigricans.
- Hipertensión arterial
- Triglicéridos > 150 mg/dL
- Colesterol HDL < 40 mg/dL
- Bajo peso al nacer (< 2.5kg)
- Macrosomía
- Familiares de primer grado con Diabetes Mellitus
- > 45 años de edad
- Mujeres con antecedente de: Síndrome de ovario poliquístico
- Diabetes Mellitus Gestacional en embarazo previo
- Nacimiento de producto de término con peso igual o mayor de 4 kg, o por arriba del percentil 90 de acuerdo a la edad gestacional. (10)

La presentación clínica, para la Diabetes Mellitus tipo 2, es más común en adultos (> 90%) y se caracteriza por hiperglucemia generalmente debido a la pérdida progresiva de secreción de insulina de la célula beta.

Los síntomas clásicos de hiperglucemia (poliuria, polidipsia, nicturia, visión borrosa y pérdida de peso). (11)

Los pacientes con Diabetes Mellitus desarrollan complicaciones a largo plazo, dentro de los factores para que estos aparezcan son la intensidad y duración de la hiperglucemia, así como otras comorbilidades relacionadas, como es la hipertensión arterial sistémica, dislipidemia, tabaquismo, sobrepeso, obesidad.

Estas complicaciones afectan a muchos de los órganos principales y las clasificamos en a) macrovasculares, pueden producir enfermedad cardíaca coronaria, cerebrovascular y vascular periférica. b) microvascular, incluyen retinopatía, nefropatía y neuropatía. (12)

De acuerdo a un estudio de prevalencia de complicaciones de Diabetes Mellitus en la Delegación norte de la Ciudad de México del IMSS, de un total de 71 893 sujetos, presentaron las siguientes complicaciones, cualquier alteración macrovascular en 4458, 6.2%, la enfermedad isquémica del corazón en 218, 0.3%, enfermedad cerebrovascular en 667, 0.9%, cualquier alteración microvascular n 23 015, 32%, retinopatía en 3264, 4.5%, ERC en 5563, 7.7%, pie diabético en 17 596, 24.4%. (13)

Para poder hablar de un control glucémico, es el nivel dentro del cual se ha demostrado que, al lograrlo, los pacientes tienen una menor incidencia de complicaciones propias de la enfermedad, así como una mejor calidad de vida.

De acuerdo a las guías ALAD 2019 refiere que las metas de control a) en pacientes en general con Hb A1c de < 7.0%; b) pacientes < 60 años, recién diagnóstico, sin comorbilidades de importancia con HbA1c 6.5%, c) Adulto mayor, deterioro funcional importante y/o comorbilidades que limitan expectativa de vida 8.0%. (14)

La glucosa capilar preprandial 80-130 mg/dL, postprandial < 180 mg/dL.

Metas para control clínico, IMC 18.5 y 25 kg/m². Si esto no resulta posible a mediano plazo, la persona con obesidad debe disminuir al menos un 10% de su peso corporal

en el primer año de tratamiento.

Perímetro cintura Hombres → < 94 cm Mujeres → < 90 cm.

La OMS define la adherencia terapéutica, como el grado de comportamiento de una persona, de tomar su medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida, que corresponda con las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria. (15)

La adherencia al tratamiento implica aceptar el diagnóstico correspondiente a la propia enfermedad, ya que esto lleva al enfermo al éxito y a un pronóstico favorable. (16)

Diversos estudios han demostrado que la adherencia terapéutica es mayor en los pacientes con una patología aguda, comparado con los pacientes con enfermedad crónica. (17)

Las enfermedades crónicas tienen una alta tasa de mortalidad a largo plazo, afecta a ambos sexos por igual, la falta de adherencia terapéutica sigue siendo un obstáculo para mejorar la salud y calidad de vida, también llevándonos a un alto costo sanitario asociado. (18)

Es importante conocer que el modelo de costos de atención médica, cada evento tendremos costos variables directos en recursos humanos, que puede ser de manera ambulatoria, materiales de curación y medicamentos, tanto en el área de urgencias y hospitalaria, laboratorio, cuidados intensivos, quirófano y laboratorio, imágenes diagnósticas. (19)

Dentro de los factores relacionados a la adherencia, podemos encontrar factores socioeconómicos como la pobreza, analfabetismo, bajo nivel educativo, desempleo, falta de redes de apoyo social, factores relacionados con el equipo sanitario, como son sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de enfermedades crónicas, consultas otras, poca capacidad del sistema para educar pacientes y proporcionar seguimiento, factores relacionados con la enfermedad son la discapacidad física, psicológica y social, los factores relacionados con el tratamiento es la complejidad del régimen médico y su duración, fracasos en tratamientos anteriores, los factores relacionados con el paciente, son el conocimiento, actitudes, creencias, percepciones y expectativas del paciente. (20)

Cuando el paciente tiene una falta de adherencia terapéutica a los medicamentos recetados, esta situación plantea un reto importante a la comunidad global, implica la falta de aceptación de un diagnóstico y su incidencia en el pronóstico; cuando el seguimiento de las instrucciones es negativo, el pronóstico empeora y los resultados pueden ser desfavorables. (21)

De manera regular los pacientes con Diabetes Mellitus no consiguen sus objetivos, dentro de las causas que existen, está la relacionada con un mal control como la falta de adherencia terapéutica por parte del paciente, en algunas ocasiones los pacientes no toman el fármaco prescrito y el personal sanitario no es consciente de las dificultades que se pueden llegar a tener en la administración de estos. Consideramos una mala adherencia el no tomar la dosis correcta, no respetar el horario, olvidar alguna toma, suspender el tratamiento antes del tiempo recomendado. La adherencia resulta importante para poder tener éxito en el tratamiento y de esta manera tener un impacto apreciable en el control glucémico y los resultados clínicos. (22)

De acuerdo a estudios, la identificación de los pacientes no adherentes y la intervención psicológica para controlar dicha conducta puede contribuir a mejorar el pronóstico de todos aquellos pacientes para los cuales su enfermedad resulta conflictiva (patologías crónicas, cardiopatías, cáncer, trasplantes, etc.), a mejorar el ambiente familiar dañado por situaciones de no adherencia y finalmente, a disminuir el enorme costo socioeconómico debido a sus consecuencias negativas. (23)

Más allá de un diagnóstico temprano y una terapéutica acorde y adecuada para los pacientes, resulta fundamental seguir las indicaciones médicas, asistencia a consultas médicas, el uso correcto de la medicación prescrita, modificación de los estilos de vida, evitar conductas contraindicadas, la normalización de los niveles de glucosa y prevención de complicaciones, para lograr un mantenimiento de la salud, ya que esta enfermedad acompaña al paciente desde el diagnóstico hasta su muerte, con periodos de mejoría y descompensación. (24)

Entre los factores relacionados al apego del tratamiento, se encuentra el apoyo familiar, especialmente de los hijos, pues cuando un miembro de la familia padece una enfermedad crónica, necesita el apoyo de algún miembro de la familia para el cumplimiento de sus citas, llevar una dieta adecuado y para el cumplimiento de la

ingesta farmacológica, en ocasiones la inasistencia a las citas médicas se debe a falta del acompañante del familiar. (25)

Resulta importante fomentar una intervención psicológica que apoye a los pacientes para que incrementen o mantengan su adherencia terapéutica, no sólo para aumentar su motivación, si no para lograr cambios conductuales efectivos. Se sugiere la entrevista motivacional como estrategia de apoyo a los pacientes, ya que fomenta una relación de respeto, apoyo y colaboración entre el proveedor del servicio (psicólogo) y los pacientes. Realizar este tipo de intervenciones beneficia a los pacientes para mantener la calidad de vida a la que tienen derecho. (26)

Ante el diagnóstico oportuno y una terapéutica adecuada, siempre es importante la adherencia a las indicaciones médicas en cuanto al uso correcto de medicamento, acudir a control mensual, modificación en el estilo de vida, evitar las conductas de riesgo y la incorporación a grupos de autoayuda.

La adherencia farmacológica está influenciada por múltiples factores que no sólo dependen del paciente, también involucran a los profesionales de la salud, el tipo de medicación y la disponibilidad de la misma, por eso es importante fortalecer los procesos del servicio que ayuden a optimizar la prescripción y disponibilidad de los medicamentos, para poder contribuir al mejor control de la enfermedad. (27)

Otra de las causas, los pacientes insatisfechos con la atención médica, tienen mayor posibilidad de no cumplir con los tratamientos y esto contribuye a la falta de adhesión, ya que pueden existir diferencias entre el modelo explicativo de la enfermedad que tiene el paciente y el que posee su médico. La factibilidad para acceder a las visitas obligatorias al médico va a depender de la estabilidad en el trabajo, cuanto menos precario resulta, mayor es la accesibilidad. (28)

La literatura describe varias formas de incumplimiento, puede ser intencional (cuando el paciente decide deliberadamente interrumpir el tratamiento), involuntario (olvido) o una combinación de ambos. El incumplimiento involuntario típicamente implica omitir dosis individuales de medicación, mientras que la no adherencia intencional puede consistir en retrasar o saltar dosis, en casos extremos, interrumpir por completo el tratamiento. (29)

Existen diversos instrumentos para medir la adherencia terapéutica, los cuales se dividen en:

- Métodos indirectos, a través de estos, se hace una determinación de la concentración del fármaco o su metabolito o biomarcador en una muestra biológica o la terapia directamente observada.
- Métodos directos, estos están basados en la entrevista clínica (incluye utilización de cuestionarios):
 - Cuestionario ARMS-e → Adherencia en paciente pluripatológicos.
 - Test de Batalla → Conocimiento del paciente sobre la enfermedad.
 - The Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ) → Creencias de los pacientes sobre la medicación y que pueden influir en la adherencia terapéutica.
 - Recuento de medicación sobrante.
 - Dispositivos electrónicos.
 - Análisis de registros de dispensación

Test de Morisky-Green.

Este método, se encuentra validado para diversas enfermedades crónicas, originalmente se desarrolló por Morisky-Green y Levine, para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con Hipertensión Arterial. Este cuestionario, consta de una serie de ocho preguntas de contraste con respuesta dicotómica (si/no), que refleja la conducta del paciente respecto al cumplimiento. Este cuestionario pretende valorar si el paciente adopta actitudes correctas con relación al tratamiento para su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. (30)

Presenta la ventaja de que proporciona información sobre el incumplimiento, se deben realizar las preguntas entremezcladas con la conversación y de forma cordial. (31)

Existen algunos estudios donde se ha utilizado este instrumento, como fue en Perú en 2010, utilizaron el Test de Morisky-Green para determinar adherencia al tratamiento farmacológico, además determinaron la presión arterial, con un total de pacientes 103, de los cuales 69.9% eran mujeres, 77.7% tenía un tiempo de enfermedad mayor de 3 años, 52.4% tenía primaria, 68% eran casados, 62.1% tenía presión arterial controlada, la adherencia fue de 37.9%, en donde concluyen que el Test de Morisky-Green es útil en la práctica diaria, ya que resulta fácil y rápido de aplicar, puede brindar grandes beneficios, consideran debe implementarse de manera rutinaria en la práctica diaria para identificar a los pacientes no adherentes y así reforzar su educación. (32)

En Zapopan Jalisco, México en la U.M.F. 171 IMSS, en 2017, se realizó un estudio en pacientes que sufrían Hipertensión Arterial Sistémica, utilizando el instrumento Morisky Green-Levine, para evaluar el cumplimiento de la medicación, con un total de 348 pacientes con hipertensión, de los cuales 32.47% eran del sexo masculino y 67.53% eran del sexo femenino. obtuvo 52.01% tuvo adecuada adherencia terapéutica y 47.99% no tuvo adherencia terapéutica. (33)

En Chiapas, México en una U.M.F. 24 IMSS en 2010, se realizó un estudio en pacientes diabéticos, utilizando el Test de Morisky-Green, para evaluar la adherencia a hipoglucemiantes en una muestra de 100 pacientes, con una edad promedio de 58.9, predominio del género femenino. Hasta el 80% de la población fue adherente. Concluyendo que la detección sistémica de la adherencia al tratamiento farmacológico se debe implementar en el primer nivel de atención, de esta forma se puede evitar en una parte complicaciones físicas, emocionales y económicas a corto y largo plazo de la diabetes. (34)

En España 2017, se realizó un estudio reclutando 58 pacientes diabéticos, predominio de varones (60.3%), la edad media de mujeres fue de 70.6 años, hombres (64.74%), concluyendo que el Test de Morisky-Green es una herramienta de utilidad para identificar pacientes en los que el control de la diabetes es más irregular. (35)

Familia, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, define a la familia como los miembros del hogar emparentados entre sí, por un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. Se considera a la familia como el grupo que en la mayoría

debe predominar dentro de la sociedad y que cada uno de los roles de cada uno de los integrantes está determinado según la estructura y conformación de esta. (36)

Funciones de la familia, todos los integrantes de la familia tienen ciertas tareas que deben realizar, dentro de ellas encontramos: (37)

- Socialización → Desarrollo biopsicosocial, herencia cultural, lo podemos interpretar como las tradiciones y leyes que la sociedad nos da para poder vivir dentro de ella, así como las normas y valores, que cada uno debe tener dentro de su formación.
- Afecto → Son los sentimientos y emociones que se forman dentro del grupo familiar, para cada uno de los miembros y su desarrollo psicológico personal.
- Cuidado → Es la cobertura de las necesidades físicas, materiales (casa, alimento, vestido) y de salud, de cada uno de los miembros.
- Estatus → Características sociales que son otorgadas por la familia, que los colocan dentro de una posición ante la sociedad.
- Reproducción → Provisión de nuevos miembros a la sociedad.
- Desarrollo y ejercicio de la sexualidad. Forma y manera en que se ejerce y desarrolla la sexualidad.

Estas funciones están estrechamente relacionadas, son interdependientes y se deben cumplir en la familia como conjunto y unidad; conforman la idea de que el grupo familiar es un sistema en el que ninguna de sus partes puede ser afectada sin que ocurran repercusiones en el resto del mismo. El conocimiento de estas funciones de la familia es de gran utilidad para determinar la integración familiar y facilitar el diagnóstico familiar.

La familia tiene patrones de interacción que definen la forma en que se estructuran y sociabilizaban con todos sus elementos de acuerdo con las funciones que

desempeñan, cuando con modificados, al afrontar alteraciones en el ciclo de vida, esto establece la funcionalidad familiar. (38)

Resulta importante que el paciente enfermo no perciba su enfermedad como una carga que provoque la pérdida de la estabilidad familiar, el acompañamiento de los integrantes es un factor que resulta importante para lograr la adherencia terapéutica. (39)

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conversión de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de la familia funcional o disfuncional.

Funcionalidad familiar, es la capacidad de lograr promover el desarrollo integral de sus miembros, la capacidad de enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Es importante conocer cómo los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar manifestado por el grado de satisfacción, respecto al cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar, como son, adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos. (40)

Dinámica familiar, son todas aquellas situaciones que ocurren en el interior de la familia, en la que todos y cada uno de los miembros están relacionados con los demás por lazos de parentesco, relación de afecto, comunicación, límites, jerarquías o roles, toma de decisiones, resolución de conflictos y las funciones asignadas a cada uno de sus miembros. (41)

Impacto de la familia en el cumplimiento del apego al tratamiento, en la actualidad la familia constituye la forma más simple de organización, en la que dos o más individuos se asocian para compartir metas y funciones.

Las redes de apoyo constituyen un espacio de relaciones interpersonales, donde el individuo tiene la oportunidad de dar y recibir recursos personales y sociales, a la vez que establece relaciones estrechas y profundas con los demás individuos, con los cuales mantiene coincidencia en la comunicación, además encuentra retroalimentación de sus actos, guía para su conducta, estímulo por los éxitos alcanzados y apoyo ante los fracasos experimentados. El apoyo social influye en la salud a través de la percepción que tiene un individuo en concreto sobre la

disponibilidad de ayuda de otras personas ante cualquier evento estresante que potencialmente pudiera ocurrir, o como resultado de la positiva vivencia de pertenencia a la red social a la que está integrado.

Es por ello que el apoyo afectivo resulta esencial, ya que permite acompañar al paciente en el curso de la enfermedad, evitando pensamientos de negatividad y baja autoestima, el estigma social causa un gran impacto en el paciente, es por ello que se siente rechazado y excluido de la sociedad, deteriorando su autoestima. (42)

El apoyo familiar resulta un factor importante para la conservación y fomento de la salud, cuando uno de sus integrantes es afectado por alguna enfermedad, la funcionalidad del núcleo familiar se ve amenazada, por ello el éxito del tratamiento radica en la adherencia terapéutica, es importante recalcar que ni las cuestiones económicas, el nivel académico o la edad actúan como limitantes para ello. Ante los retos, cambios y demandas que actualmente enfrenta una familia, diversos son los factores que generan situación de estrés o ansiedad en el sistema familiar. (43)

La buena funcionalidad familiar fomenta y preserva la salud del individuo, de esta manera está ligado la adherencia y buen apego a los cambios del estilo de vida, existe una relación estrecha observada que guarda la adherencia terapéutica con la familia, por eso resulta importante dirigir esfuerzos en materia de prevención, que refleje una estrategia para mejorar la calidad de vida del paciente. (44)

Existen diversos instrumentos para evaluar la funcionalidad familiar, como son: (45)

Cuestionario de funcionamiento familiar (Atri & Zetune, 1987) Conformado por 40 ítems y 6 factores; involucramiento afectivo funcional, involucramiento afectivo disfuncional, patrones de comunicación disfuncionales, patrones de comunicación funcionales, resolución de problemas, patrones de conducta $\alpha = 0.92$, varianza no reportada. Evalúa la percepción de un miembro de la familia sobre el funcionamiento familiar, con la finalidad de identificar áreas de conflicto.

Escala de evaluación de recursos familiares (FAD) (Epstein, Baldwin, & Bishop, 1983) 60 reactivos distribuidos en siete sub-escalas. Tiene un $\alpha = 0.70$ a 0.90 y una confiabilidad test-re-test de 0.66 a 0.76. Dimensiones del modelo McMaster.

Escala de evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar (FACES IV) (Olson,

FACES IV and the circumplex model: Validation study, 2011) Contiene 42 ítems: 21 para la escala de cohesión (tres factores: enmarañada, separada y balanceada) y 21 para la escala de flexibilidad (tres factores: caótica, rígida y balanceada. Los valores alfa de Cronbach oscilan entre 0.77 y 0.89. Evalúa la cohesión y flexibilidad familiar.

Escala de funcionamiento familiar (Palomar, 1999) 46 reactivos y 10 factores. La varianza explicada es de 53%. Sus índices de confiabilidad van de 0.52 a 0.94.

Percepción global del funcionamiento familiar.

El instrumento FF-SIL es un instrumento de funcionamiento familiar que mide el grado de funcionalidad familiar el cuestionario comprende 14 preguntas (dos por proceso relacional) que el paciente debe responder en términos de frecuencia (de 1 a 5), para calcular la puntuación obtenida por cada sujeto se asigna el valor 1 a la columna casi nunca, 2 a pocas veces, 3 para a veces, 4 a muchas veces y 5 a casi siempre, cuando se suman las puntuaciones se obtienen dos puntuaciones globales (mínimo 14, máximo 70). Está basado en siete variables o procesos relacionales: cohesión, armonía, roles, afectividad, comunicación, adaptabilidad y permeabilidad distribuidas de la siguiente manera: 1 y 8 cohesión, 2 y 13 armonía, 5 y 11 comunicación, 7 y 12 permeabilidad, 4 y 14 afectividad, 3 y 9 roles, 6 y 10 adaptabilidad. Tiene un alfa de Cronbach 0.779.

Existen algunos estudios que han utilizado este instrumento, como fue en Colombia en 2017, donde utilizaron el instrumento FF SIL, para conocer el grado de funcionalidad familiar y relaciones familiares en poblaciones escolares, llegando al resultado que las principales categorías que afectaban la funcionalidad familiar fueron la cohesión y armonía. (46)

En Mexicali, Baja California México en 2017, realizaron un estudio de funcionalidad familiar y depresión en adultos en la atención primaria, se realizó un estudio en 176 adultos, utilizando el test FF-SIL, obteniendo que el 43.2% de la población refiere tener familia funcional, 37.5% familia moderadamente funcional. (47)

En Villahermosa, Tabasco 2017, se realizó un estudio de adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en pacientes con enfermedades hematológicas, aplicando

escala de adherencia terapéutica y cuestionario de funcionamiento familiar FF-SIL, obteniendo funcionalidad familiar es mayor en el sexo masculino con 50.6%. (48)

De acuerdo a algunos estudios, la mayoría de los pacientes tienen una alta adherencia a tratamiento, está estrechamente relacionado con el grado de funcionalidad familiar, en un estudio realizado en población rural, los pacientes mal cumplidores tienen mayor disfunción familiar. (49)

Podemos concluir que el conocer fatídicamente acerca de los problemas iniciales que con llevan a esta patología crónico degenerativa, permite conocer de qué forma se podría intervenir para poder prevenir, de esta manera poder abordarlas desde un punto de vista médico, ya que el atender estas complicaciones repercute de manera importante tanto en la economía individual, en la de su familia, sistema de salud, economía del país, debido a costos médicos directos y a la pérdida productiva debido a complicaciones. (50)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Diabetes Mellitus es un problema de Salud Pública debido a su alta prevalencia y morbilidad, la cual ha ido incrementando en los últimos años.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), cada año en las Unidades de Medicina Familiar (U.M.F.) atiende a 2.7 millones de personas con diabetes. (52)

La Diabetes Mellitus afecta a un porcentaje cada vez mayor de la población, dentro de sus complicaciones más comunes se encuentran problemas cardiacos, accidentes cerebrovasculares, retinopatía diabética, nefropatía diabética pie diabético, neuropatía diabética, esto nos lleva a una disminución de la esperanza de vida y el envejecimiento progresivo de la población. (53)

Su importancia radica en la presencia de complicaciones microvasculares y macrovasculares, que nos pueden llevar a incapacidad o muerte, lo cual genera ocupar mayor presupuesto del gasto público en salud y generar un gasto de bolsillo.

El tratamiento de estos pacientes conlleva un elevado costo, de acuerdo a modelos de probabilidad de enfermedad, tratamiento, el costo promedio de la Diabetes Mellitus son 17,900 mdp. (54)

Con base al Programa Presupuestario E001 "Prevención y Control de Enfermedades Diagnóstico 2019" la Diabetes Mellitus tipo 2, tiene una tasa de incidencia de 269.23 casos nuevos por 100 000 derechohabientes y tasa de mortalidad 48.0 por 100 000 derechohabientes. (55)

De acuerdo al diagnóstico situacional de atención a la salud 2019 del IMSS defunciones por causas seleccionadas la Diabetes Mellitus 16.4, morbilidad por padecimientos no transmisibles Diabetes Mellitus no Insulinodependiente (Tipo 2), casos notificados 127, 819 tasa 269.23 por 100,000 derechohabientes adscritos a médico familiar, porcentaje 0.94%, mortalidad Diabetes Mellitus 22,785 tasa 48.0 por 100,000 derechohabientes adscritos a médico familiar 16.4%. (56)

Para el Instituto Mexicano del Seguro Social representa el 45.5% del total de egresos hospitalarios, esto nos hace suponer que gran parte de su presupuesto, se utiliza para esta causa. (57)

Existen diversas estrategias para lograr el control glucémico del paciente, con cambios en el estilo de vida, hábitos dietéticos y farmacológicos, pero aun así, existen pocos pacientes que logran mantener controlada su glucosa, estos pueden deberse al escaso conocimiento de la enfermedad por parte del paciente, mal apego farmacológico por olvido, no entender indicaciones, hipoglucemias, polifarmacia, falta de pericia del personal médico para manejar dosis de hipoglucemiantes, falta de abastecimiento de los medicamentos por parte de farmacia, la falta de atención familiar, que hacen que el paciente no lleve una dieta adecuada.

A través de cuestionarios que nos permiten evidenciar la adecuada o mala adherencia terapéutica, así como la funcionalidad familiar, con base a los resultados obtenidos, podemos implementar estrategias en nuestra consulta de medicina familiar, para poder mejorar la dinámica familiar y así disminuir las complicaciones, por lo que nos hacemos la siguiente **pregunta de investigación**:

¿Cuál es la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la U.M.F. 20?

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la U.M.F. 20.

Objetivos específicos:

- Describir datos sociodemográficos (edad, sexo, escolaridad, ocupación).
- Describir datos clínicos (tiempo de evolución de diabetes, complicaciones, control glucémico, comorbilidad).
- Identificar la funcionalidad familiar del paciente con Diabetes Mellitus mediante el test FF-SIL (funcional, moderadamente funcional, disfuncional, severamente disfuncional).
- Identificar la adherencia o no adherencia del paciente con diabetes mellitus tipo 2 en derechohabientes de la U.M.F. 20 Vallejo.
- Asociar la adherencia terapéutica con los datos sociodemográficos y clínicos.
- Asociar la funcionalidad familiar con los datos sociodemográficos y clínicos.

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS ALTERNA

- H1: Hay adherencia terapéutica en el paciente con diabetes mellitus tipo 2 cuando se tiene funcionalidad familiar.

HIPÓTESIS NULA

- H0: No hay adherencia terapéutica en el paciente con diabetes mellitus tipo 2 cuando se tiene disfunción familiar.

MATERIAL Y MÉTODOS

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo.

CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DE ESTUDIO:

Unidad de Medicina Familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Ciudad de México, considerada como primer nivel de atención, cuenta con 30 consultorios de medicina familiar, horario de 8:00-20:00 horas. Se encuentra ubicada en Calzada Vallejo No. 675, en la Colonia Magdalena de las Salinas, CP 07760, en la alcaldía Gustavo A. Madero, Ciudad de México.

POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Pacientes mayores de 18 años con Diabetes Mellitus tipo 2.

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO DE ESTUDIO:

Derechohabientes mayores de 18 años, con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar 20 Vallejo.

TIPO DE ESTUDIO:

Diseño: Transversal

Investigación: Observacional

Método de observación: Analítico.

Temporalidad: Prospectivo

PERIODO DEL ESTUDIO:

Junio-Julio 2022

FUENTE DE INFORMACIÓN:

Encuesta de aplicación de forma directa a los pacientes.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

1. Criterios de inclusión.

- Mayores de 18 años.
- Derechohabientes del IMSS.
- Adscritos a U.M.F. 20 Vallejo.
- Con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.
- Pacientes que cuenten con resultado de laboratorio de glucosa sérica en ayuno no mayor de 30 días al momento de realizar la encuesta o hemoglobina glucosilada no mayor a 3 meses.
- Que acepten participar en la investigación, firmando hoja de consentimiento informado.

2. Criterios de exclusión.

- Pacientes con complicaciones agudas de la Diabetes Mellitus tipo 2.
- Pacientes con trastornos mentales o neurológicos que dificulten realizar la encuesta.
- Pacientes embarazadas.
- Pacientes que no cuenten con resultados de laboratorio actualizados.

3. Criterios de eliminación.

- Pacientes que decidan retirarse del estudio por cualquier motivo.
- Pacientes que hayan perdido la seguridad social.
- Pacientes que no firmen consentimiento informado.
- Paciente que no responda completo los instrumentos aplicados.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Para poder determinar el tamaño de la muestra, se utilizó la fórmula para cálculo de la muestra de poblaciones finitas.

Tamaño de muestra:

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

$$n = \frac{(36261) * (1.96)^2 * (0.05) * (0.95)}{(0.05)^2 * (36261 - 1) + (1.96)^2 * (0.05) * (0.95)} = 381 \text{ pacientes}$$

Dónde:

N = Total de la población (Pacientes adscritos a la UMF 20, siendo 36261 al momento del estudio)

$Z\alpha$ = 1.96 al cuadrado (Si la seguridad es del 95%)

p = Proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)

q = $1 - p$ (en este caso $1 - 0.05 = 0.95$)

d = Precisión

Se determinó una n de 381 pacientes.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable dependiente: Adherencia terapéutica

Variable independiente: funcionamiento familiar, edad, sexo, escolaridad, ocupación, tiempo de evolución, complicaciones, comorbilidad, control glucémico.

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | TIPO DE VARIABLES | ESCALA DE MEDICIÓN | UNIDAD DE MEDICIÓN |
|--|---|---|-------------------|--------------------|--|
| ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO | Es la estrategia que permite que el paciente mantenga y logre cambios significativos en el comportamiento de su enfermedad y que mejoren su vida, a través de medicamentos. | Mediante el instrumento de adherencia terapéutica Test de Morisky de 8 preguntas se identifica el grado de adherencia: 8 puntos alta adherencia, 6-7 adherencia media, <6 puntos baja adherencia. | Cualitativo | Ordinal | 1. Alta adherencia 2. Adherencia media 3. Baja adherencia |
| FUNCIONALIDAD FAMILIAR | Es la capacidad del sistema familiar de enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. | Mediante el instrumento de FF-SIL de 14 preguntas, evaluaremos la dinámica interactiva y sistémica que se da entre miembros de una familia, decimos que es una: -Familia funcional: 57 a 70 pts. -Familia moderadamente funcional: 43 a 56 pts. -Familia disfuncional: 28 a 42 pts. -Familia severamente disfuncional: 14 a 27 pts. | Cualitativa | Ordinal | 1. Familia funcional 2. Familia moderadamente funcional 3. Familia disfuncional 4. Familia severamente disfuncional |

| | | | | | |
|----------------------------|--|---|--------------|----------|---|
| EDAD | Cantidad de años, meses y días cumplidos. | Se preguntará al paciente su edad al momento de la encuesta. | Cuantitativa | Discreta | 18, 19, 20, 21... |
| GÉNERO | Palabra que designa la condición orgánica, biológica, por la cual los seres vivos son hombres o mujeres. | Se preguntará al paciente hombre o mujer. | Cualitativa | Nominal | 1. Hombre 2. Mujer |
| ESCOLARIDAD | Nivel académico alcanzado. | Se preguntará al paciente el nivel académico alcanzado en el momento del estudio por pacientes con DM2 de la U.M.F. 20 del IMSS. | Cualitativa | Ordinal | 1. Ninguna 2. Primaria completa 3. Primaria incompleta 4. Secundaria completa 5. Secundaria incompleta 6. Preparatoria completa 7. Preparatoria incompleta 8. Profesional 9. Posgrado |
| OCUPACIÓN | Es la actividad que desempeña la persona cotidianamente como medio de subsistencia. | Se preguntará al paciente, la actividad que desempeñan cotidianamente como medio de subsistencia los pacientes con DM2 de la U.M.F. 20. | Cualitativa | Nominal | 1. Obrero 2. Técnico 3. Comerciante 4. Profesionista 5. Hogar 6. Desempleado 7. Jubilado 8. Estudiante 9. Otro |
| TIEMPO DE EVOLUCIÓN | Período cronológico medido en años desde el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 hasta el momento de la entrevista. | Se preguntará al paciente el tiempo transcurrido en años entre el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y el momento de la encuesta. | Cualitativa | Discreta | 1, 2, 3, 4... |
| COMPLICACIONES | Es el agravamiento de una enfermedad, que aparece espontáneamente | Se preguntará al paciente, la que registre el propio paciente en la | Cualitativa | Nominal | 1. Retinopatía diabética 2. Neuropatía diabética |

| | | | | | |
|--------------------------|---|---|-------------|-----------------------|---|
| | con una relación causal más o menos directa con el diagnóstico o tratamiento aplicado. | encuesta. | | | 3. Nefropatía diabética 4. Pie diabético 5. Enfermedad cardiovascular 6. Enfermedad cerebrovascular 7. Otro |
| COMORBILIDAD | Enfermedades que ocurren en una misma persona, pueden ocurrir al mismo tiempo. | Se preguntará al paciente el padecimiento de otras enfermedades que no sean originadas por la diabetes. | Cualitativa | Nominal politémica | 1.Hipertensión Arterial Crónica. 2. Insuficiencia Renal Crónica. 3.Obesidad. 4. Otro. |
| CONTROL GLUCÉMICO | Es el nivel glucémico dentro del cual se ha demostrado que, al lograrlo, los pacientes tienen una menor incidencia de complicaciones propias de la enfermedad, así como una mejor calidad de vida. Han sido establecidas por diversas organizaciones y son: Glucemia en ayuno 80-130 mg/dL | Se tomará en cuenta el último reporte de glucosa en ayuno o Hb A1c. Controlado: Aquellos pacientes que estén con una glucemia en ayuno entre 80-130 mg/dL. postprandial < 180 mg/dL. pacientes en general Hb A1c de < 7.0. Pacientes < 60 años, recién diagnóstico, sin comorbilidades de importancia HbA1c 6.5%, Adulto mayor, deterioro funcional importante y/o comorbilidades que limitan la expectativa de vida 8.0%. | Cualitativa | Nominal | 1.Controlado 2.Descontrolado |

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO PASADO

Se solicitó permiso a las autoridades correspondientes de la U.M.F. 20 Vallejo, para la realización del estudio. Se solicitó carta de no inconveniente, y evaluación del comité de Bioética e Investigación, al ser aceptado se procedió a realizar el estudio. Se acudió a la sala de espera de la U.M.F. 20, donde se seleccionaron pacientes de acuerdo a la edad y demás criterios de inclusión, adscritos a la U.M.F. 20 Vallejo, se les informó sobre el estudio, aceptando a participar se les integró al estudio, se otorgó consentimiento informado y posteriormente se brindó la encuesta que estaba integrada por datos sociodemográficos así como cuestionario FF-SIL para funcionamiento familiar y de Morisky-Green para adherencia terapéutica, al término el entrevistador anotó el reporte de glucemia o HbA1c. Se les dio las gracias a los participantes.

El instrumento utilizado.

Test de Morisky-Green Nos ayuda a conocer el grado de adherencia terapéutica del paciente, ya que resulta de gran importancia a la hora de evaluar la efectividad y seguridad de los tratamientos farmacológicos prescritos.

Esta prueba en su primera versión consta de cuatro preguntas de respuesta dicotómica sí o no para valorar las barreras para una correcta adherencia terapéutica.

Pretende valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad, se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. Las preguntas que se deben realizar entremezcladas con la conversación y de forma cordial. (58)

En el 2008 se publica una nueva versión del test con 8 preguntas (8-item-Morisky Medication Adherence Scale o MMAS-8), es desarrollada a partir de las cuatro preguntas originales. Los cuatro ítems adicionales hacen referencia al comportamiento relativo a la toma de medicación, especialmente, a la infrautilización, donde el puntaje se interpreta de la siguiente manera: (59)

| PUNTAJE | GRADO DE ADHERENCIA |
|-----------------|----------------------------|
| Puntuación 8: | Alta adherencia |
| Puntuación 6-7: | Adherencia media |
| Puntuación <6: | Baja adherencia |

Este instrumento cuenta con una Alfa de Cronbach= 0.82 y puede proporcionar una valiosa evaluación.

El test de Morisky original y sus posteriores versiones presentan ventajas respecto a otros cuestionarios, ya que se puede utilizar en diferentes patologías, poblaciones, países y resultan muy útiles en la investigación. (60)

El test FF-SIL es un instrumento validado en la década de los 90 para evaluar cualitativamente la función familiar. Test de funcionamiento familiar (FFSIL) es un instrumento construido por Máster en Psicología de Salud para evaluar cuantitativamente la funcionalidad familiar, el cual mide las variables de cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. (61)

Cada proceso relacional se define como:

Cohesión: Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.

Armonía: Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

Comunicación: Los miembros de la familia son capaces de transmitir experiencias de forma clara y directa.

Permeabilidad: Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

Afectividad: Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

Roles: Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

Adaptabilidad: Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

El cuestionario comprende 14 preguntas (dos por proceso relacional) que el paciente debe responder en términos de frecuencia (de 1 a 5). Se le da al paciente la opción de respuesta en una escala de Likert compuesta por cinco posibilidades que van desde casi nunca, hasta casi siempre marcando con una x la afirmación a como describe su familia en este momento. Para ello destina los ítems 1 y 8 para cohesión, 2 y 13 armonía, 3 y 9 para rol, 4 y 14 para afectividad, 5 y 11 para comunicación, 6 y 10 para adaptabilidad, 7 y 12 para permeabilidad. Para calcular la puntuación obtenida por cada sujeto se asigna el valor 1 a la columna casi nunca, 2 a pocas veces, 3 para a veces, 4 a muchas veces y 5 a casi siempre, cuando se suman las puntuaciones se obtienen dos puntuaciones globales (mínimo 14, máximo 70). Su calificación se establece a partir de la estimación de un puntaje que divide en proporciones la totalidad de los puntos obtenidos por cada paciente.

| PUNTAJE | GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR |
|----------------|--|
| 14 a 27 | Familia severamente disfuncional |
| 28 a 42 | Familia disfuncional |
| 43 a 56 | Familia moderadamente funcional |
| 57 a 70 | Familia funcional |

El cuestionario FF-SIL para estimar el funcionamiento familiar que previamente se validó con alfa de Cronbach ($\alpha = 0,779$) y prueba de mitades de Spearman Brown ($r=.825$). La prueba fue sometida en el año 1994 y en el 2000 a varios procedimientos que evidenciaron su confiabilidad y validez.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 26, para realizar el análisis univariado en relación al tipo de variable se utilizó estadística descriptiva medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas (media, desviación estándar y varianza) y proporciones, frecuencias y porcentajes para variables cualitativas y para el análisis se utilizó Chi cuadrada con significancia estadística $p \leq .05$.

RESULTADOS

Durante el tiempo de recolección de muestra de junio a julio del 2022, se entrevistaron un total de 381 derechohabientes de la U.M.F. No. 20 Vallejo, que cumplieron con los criterios de selección, realizándose un análisis estadístico con el programa SPSS arrojando los siguientes resultados:

En las variables sociodemográficas, se encontró que el 63.5% (n=242) fueron sexo femenino, adultos mayores de 60 años el 74% (n=282) con una edad media de 65.7 \pm 11.11 años, de escolaridad secundaria completa en el 29.4% (n=112) y con ocupación en el hogar en un 54.9% (n=209). Tabla 1.

Tabla 1. Variables sociodemográficas

| VARIABLE | n | % |
|-------------------------|----------|----------|
| Edad | | |
| Adulto joven | 3 | 0.8 |
| Adulto maduro | 96 | 25.2 |
| Adulto mayo | 282 | 74 |
| Sexo | | |
| Hombre | 139 | 36.5 |
| Mujer | 242 | 63.5 |
| Escolaridad | | |
| Ninguna | 25 | 6.6 |
| Primaria | 94 | 24.7 |
| Primaria incompleta | 44 | 11.5 |
| Secundaria | 112 | 29.4 |
| Secundaria incompleta | 14 | 3.7 |
| Preparatoria | 52 | 13.6 |
| Preparatoria incompleta | 7 | 1.8 |
| Profesional | 31 | 8.1 |
| Posgrado | 2 | 0.5 |
| Ocupación | | |
| Obrero | 6 | 1.6 |
| Técnico | 2 | 0.5 |
| Comerciante | 5 | 1.3 |
| Profesionista | 6 | 1.6 |
| Hogar | 209 | 54.9 |
| Desempleado | 2 | 0.5 |
| Jubilado | 86 | 22.6 |
| Empleado | 65 | 17.1 |

En cuanto a las variables clínicas, se encontró una media de tiempo de evolución de 13.17 ± 9.93 años, en un rango de 1 a 10 años del 47.2% (n=180); con una media de glucosa en ayuno 137.85 ± 53.97 mg/dl en un rango de 70-130 mg/dl del 60.4% (n=230); el 93.2% (n=355) no presentó alguna complicación de diabetes y el 35.2% (n=134) presentó hipertensión arterial como comorbilidad y el 60.4% (n=230) se encontraban controlados. Tabla 2.

Tabla 2. Variables clínicas

| VARIABLE | n | % |
|--|----------|----------|
| Años de evolución | | |
| 1-10 años | 180 | 47.2 |
| 11-20 años | 130 | 34.1 |
| 21-30 años | 53 | 13.9 |
| 31-40 años | 11 | 2.9 |
| 41-50 años | 6 | 1.6 |
| 51 a 60 años | 1 | 0.3 |
| Glucosa en ayuno | | |
| 63-69 | 4 | 1 |
| 70-130 | 230 | 60.4 |
| 131-484 | 147 | 38.6 |
| Complicaciones | | |
| Ninguna | 355 | 93.2 |
| Retinopatía diabética | 9 | 2.4 |
| Retinopatía diabética, enfermedad cardiovascular | 1 | 0.3 |
| Neuropatía diabética | 7 | 1.8 |
| Neuropatía diabética, pie diabético. | 2 | 0.5 |
| Nefropatía diabética | 1 | 0.3 |
| Pie diabético | 3 | 0.8 |
| Enfermedad cardiovascular | 3 | 0.8 |
| Comorbilidades | | |
| Ninguna | 103 | 27 |
| HAS | 135 | 35.4 |
| HAS/CaMa | 1 | 0.3 |
| HAS/VIH | 1 | 0.3 |
| HAS/Osteoporosis/AR | 1 | 0.3 |
| HAS/Hiperuricemia | 1 | 0.3 |
| HAS/IRC | 6 | 1.6 |
| HAS/Obesidad/IRC/Hipotiroidismo | 1 | 0.3 |
| HAS/Parkinson | 1 | 0.3 |
| HAS/AR | 1 | 0.3 |
| HAS/VPB | 1 | 0.3 |
| HAS/Obesidad | 49 | 12.9 |
| HAS/Obesidad/Bronquitis crónica | 1 | 0.3 |
| HAS/Obesidad/Hepatitis autoinmune | 1 | 0.3 |
| HAS/Obesidad/IVP | 1 | 0.3 |

| | | |
|--|-----|------|
| HAS/Obesidad/Hipotiroidismo/Apnea del sueño. | 1 | 0.3 |
| HAS/EPOC | 2 | 0.5 |
| HAS/IVP | 2 | 0.5 |
| HAS/Ca Prostata | 1 | 0.3 |
| HAS/Hipotiroidismo | 2 | 0.5 |
| CaMa | 1 | 0.3 |
| HPB | 2 | 0.5 |
| Mieloma Múltiple | 1 | 0.3 |
| Osteoporosis | 2 | 0.5 |
| Glaucoma | 2 | 0.5 |
| IRC | 2 | 0.5 |
| HAS/Obesidad/EPOC | 1 | 0.3 |
| IRC/Obesidad/Hipotiroidismo/AR | 1 | 0.3 |
| IRC/IVP | 1 | 0.3 |
| Epilepsia | 1 | 0.3 |
| AR | 3 | 0.8 |
| AR/Psoriasis | 1 | 0.3 |
| Migraña | 1 | 0.3 |
| Osteoartrosis | 1 | 0.3 |
| Obesidad | 35 | 9.2 |
| Obesidad/PTI/Hipertiroidismo | 1 | 0.3 |
| Obesidad/Hipertiroidismo | 1 | 0.3 |
| Obesidad/Osteoporosis/Glaucoma | 1 | 0.3 |
| Obesidad/Fibromialgia | 1 | 0.3 |
| Obesidad/EPOC | 2 | 0.5 |
| Obesidad/EPOC/HPB | 1 | 0.3 |
| Obesidad/Hipotiroidismo | 1 | 0.3 |
| Fibromialgia | 1 | 0.3 |
| EPOC | 2 | 0.5 |
| Hipotiroidismo | 2 | 0.5 |
| Control glucémico | | |
| Controlado | 230 | 60.4 |
| Descontrolado | 151 | 39.6 |

En cuanto a la Funcionalidad por medio del Test FF-SIL se encontró que el 81.1% (n=309) presentó una familia funcional. Tabla 3.

Tabla 3. Funcionalidad Familiar

| VARIABLE | n | % |
|----------------------------------|----------|----------|
| Funcionalidad familiar | | |
| Familia Funcional | 309 | 81.1 |
| Familia Moderadamente Funcional | 54 | 14.2 |
| Familia Disfuncional | 14 | 3.7 |
| Familia Severamente Disfuncional | 4 | 1.0 |

Por otra parte, en la adherencia aplicando el Test de Morisky-Green se observó que el 58.3% (n=221) presentó adherencia al tratamiento hipoglucemiante. Tabla 4.

Tabla 4. Adherencia Test Morisky-Green

| VARIABLE | n | % |
|-------------------|----------|----------|
| Adherencia | | |
| Si | 222 | 58.3 |
| No | 159 | 41.7 |

ANÁLISIS BIVARIADO

En el análisis bivariado de las variables sociodemográficas con la adherencia terapéutica se observó que el grupo de edad que predominó fue adulto mayor con una adherencia de 76.6 % (n=170), no adherencia de 70.4% (n=112), con una p de .356, el sexo que predominó fue femenino con una no adherencia 65.4% (n=104), adherencia en un 62.2% (n=138) con una p de .516, escolaridad secundaria completa adherencia en el 32.9% (n=73), no adherencia 24.5% (n=39) con una p de .409 , con ocupación en el hogar adherencia en un 55% (n=122), no adherencia 54.7% (n=87) con una p .480. Tabla 5.

Tabla 5. Adherencia terapéutica con variables sociodemográficas.

| VARIABLE | ADHERENCIA | | NO | | p |
|-------------------------|------------|------|-----|------|------|
| | n | % | n | % | |
| Edad | | | | | |
| Adulto joven | 2 | 0.9 | 1 | 0.6 | .356 |
| Adulto maduro | 50 | 22.5 | 46 | 28.9 | |
| Adulto mayor | 170 | 76.6 | 112 | 70.4 | |
| Sexo | | | | | |
| Hombre | 84 | 37.8 | 55 | 34.6 | .516 |
| Mujer | 138 | 62.2 | 104 | 65.4 | |
| Escolaridad | | | | | |
| Ninguna | 113 | 5.9 | 12 | 7.5 | .409 |
| Primaria | 51 | 23 | 43 | 27 | |
| Primaria incompleta | 25 | 11.3 | 19 | 11.9 | |
| Secundaria | 73 | 32.9 | 39 | 24.5 | |
| Secundaria incompleta | 5 | 2.3 | 9 | 5.7 | |
| Preparatoria | 29 | 13.1 | 23 | 14.5 | |
| Preparatoria incompleta | 4 | 1.8 | 3 | 1.9 | |
| Profesional | 20 | 9 | 11 | 6.9 | |
| Posgrado | 2 | 0.9 | 0 | 0 | |
| Ocupación | | | | | |
| Obrero | 3 | 1.4 | 3 | 1.9 | .480 |
| Técnico | 0 | 0 | 2 | 1.3 | |
| Comerciante | 1 | 0.5 | 4 | 2.5 | |
| Profesionista | 4 | 1.8 | 2 | 1.3 | |
| Hogar | 122 | 55 | 87 | 54.7 | |
| Desempleado | 1 | 0.5 | 1 | 0.6 | |
| Jubilado | 51 | 23 | 35 | 22 | |
| Empleado | 40 | 18 | 25 | 15.7 | |

En cuanto a la adherencia terapéutica en relación con las variables clínicas, se encontró que con el tiempo de evolución en un rango de 1 a 10 años el 44.1% (n=98) presenta adherencia terapéutica con una p de 0.513; en pacientes con glucosa en un rango de 70-130 mg/dl el 70.7% (n=157) presentaron adherencia con una p significativa de .000; el 95.5% (n=212) con una p de .099 no presentó alguna complicación de diabetes y el 38.3% (n=85) con una p .266 presentó hipertensión arterial como comorbilidad. Tabla 6.

Tabla 6. Adherencia terapéutica con variables clínicas.

| ADHERENCIA TERAPÉUTICA | | SI | | NO | | p |
|--|----------|-----------|----------|-----------|------|----------|
| VARIABLE | n | % | n | % | | |
| Tiempo de evolución | | | | | | |
| 1-10 años | 98 | 44.1 | 82 | 51.6 | .513 | |
| 11-20 años | 78 | 35.1 | 52 | 32.7 | | |
| 21-30 años | 35 | 15.8 | 18 | 11.3 | | |
| 31-40 años | 7 | 3.2 | 4 | 2.5 | | |
| 41-50 años | 4 | 1.8 | 2 | 1.3 | | |
| 51 a 60 años | 0 | 0 | 1 | 0.6 | | |
| Glucosa en ayuno | | | | | | |
| 63-69 | 2 | 0.9 | 2 | 1.3 | .000 | |
| 70-130 | 157 | 70.7 | 1.3 | 45.9 | | |
| 131-484 | 63 | 28.4 | 84 | 52.8 | | |
| Complicaciones | | | | | | |
| Ninguna | 212 | 95.5 | 143 | 89.9 | .099 | |
| Retinopatía diabética | 5 | 2.3 | 4 | 2.5 | | |
| Retinopatía diabética, enfermedad cardiovascular | 0 | 0 | 1 | 0.6 | | |
| Neuropatía diabética | 2 | 0.9 | 5 | 3.1 | | |
| Neuropatía diabética, pie diabético. | 0 | 0 | 2 | 1.3 | | |
| Nefropatía diabética | 1 | 0.5 | 0 | 0 | | |
| Pie diabético | 0 | 0 | 3 | 1.9 | | |
| Enfermedad cardiovascular | 2 | 0.9 | 1 | 0.6 | | |
| Comorbilidades | | | | | | |
| Ninguna | 54 | 24.3 | 49 | 30.8 | .266 | |
| HAS | 85 | 38.3 | 50 | 31.4 | | |
| HAS/CaMa | 1 | 0.5 | 0 | 0 | | |
| HAS/VIH | 1 | 0.5 | 0 | 0 | | |
| HAS/Osteoporosis/AR | 1 | 0.5 | 0 | 0 | | |
| HAS/Hiperuricemia | 1 | 0.5 | 0 | 0 | | |
| HAS/IRC | 1 | 0.5 | 5 | 3.1 | | |
| HAS/Obesidad/IRC/Hipotiroidismo | 1 | 0.5 | 0 | 0 | | |
| HAS/Parkinson | 1 | 0.5 | 0 | 0 | | |
| HAS/AR | 1 | 0.5 | 0 | 0 | | |
| HAS/VPB | 1 | 0.5 | 0 | 0 | | |
| HAS/Obesidad | 33 | 14.9 | 17 | 10.7 | | |
| HAS/Obesidad/Bronquitis crónica | 0 | 0 | 1 | 0.6 | | |
| HAS/Obesidad/Hepatitis autoinmune | 0 | 0 | 1 | 0.6 | | |
| HAS/Obesidad/IVP | 1 | 0.5 | 0 | 0 | | |
| HAS/Obesidad/Hipotiroidismo/Apnea del sueño. | 1 | 0.5 | 0 | 0 | | |
| HAS/EPOC | 1 | 0.5 | 1 | 0.6 | | |
| HAS/IVP | 0 | 0 | 2 | 1.3 | | |
| HAS/Ca Prostata | 0 | 0 | 1 | 0.6 | | |
| HAS/Hipotiroidismo | 1 | 0.5 | 1 | 0.6 | | |
| CaMa | 0 | 0 | 1 | 0.6 | | |
| HPB | 1 | 0.5 | 1 | 0.6 | | |
| Mieloma Múltiple | 1 | 0.5 | 0 | 0 | | |
| Osteoporosis | 2 | 0.9 | 0 | 0 | | |

| | | | | |
|--------------------------------|----|-----|----|------|
| Glaucoma | 2 | 0.9 | 0 | 0 |
| IRC | 0 | 0 | 2 | 1.3 |
| HAS/Obesidad/EPOC | 0 | 0 | 1 | 0.6 |
| IRC/Obesidad/Hipotiroidismo/AR | 1 | 0.5 | 0 | 0 |
| IRC/IVP | 0 | 0 | 1 | 0.6 |
| Epilepsia | 1 | 0.5 | 0 | 0 |
| AR | 1 | 0.5 | 2 | 1.3 |
| AR/Psoriasis | 0 | 0 | 1 | 0.6 |
| Migraña | 1 | 0.5 | 0 | 0 |
| Osteoartrosis | 0 | 0 | 1 | 0.6 |
| Obesidad | 18 | 8.1 | 17 | 10.7 |
| Obesidad/PTI/Hipertiroidismo | 1 | 0.5 | 0 | 0 |
| Obesidad/Hipertiroidismo | 1 | 0.5 | 0 | 0 |
| Obesidad/Osteoporosis/Glaucoma | 1 | 0.5 | 0 | 0 |
| Obesidad/Fibromialgia | 1 | 0.5 | 0 | 0 |
| Obesidad/EPOC | 2 | 0.9 | 0 | 0 |
| Obesidad/EPOC/HPB | 0 | 0 | 1 | 0.6 |
| Obesidad/Hipotiroidismo | 1 | 0.5 | 0 | 0 |
| Fibromialgia | 1 | 0.5 | 0 | 0 |
| EPOC | 1 | 0.5 | 1 | 0.6 |
| Hipotiroidismo | 0 | 0 | 2 | 1.3 |

En cuanto a la asociación entre la funcionalidad familiar y variables sociodemográficas se observó que los adultos mayores en 75,4% (n=233) poseen una familia funcional, en 74.1% (n=40) están en moderadamente funcional; el 50% (n=7) presentan una familia disfuncional y severamente disfuncional, estos últimos dos al igual que el adulto maduro con una p de .331. Así mismo, en el sexo se observó que las mujeres en 65% (n=201) presentan una familia funcional, el 53.7% (n=29), una familia moderadamente funcional, el 71.4% (n=10) familia disfuncional y el 50% (n= 2) severamente disfuncional, esta última igual que los hombres con una p de .355. En la escolaridad el grado que predominó fue secundaria, familia moderadamente funcional en un 31.5% (n=17), familia funcional en un 29.1% (n=90), familia disfuncional en un 28.6 % (n=4), familia severamente disfuncional en un 25 % (n=1) con una p de .771, ocupación hogar familia disfuncional 71.4% (n=10), familia funcional 55.7% (n=172), familia moderadamente funcional 50% (n=27) con una p de .17. Tabla 7.

Tabla 7. Funcionalidad con variables sociodemográficas.

| FUNCIONALIDAD FAMILIAR | | Funcional | | Modera funcional | | Disfuncional | | Sever. Disfuncional | | p |
|-------------------------------|----------|------------------|----------|-------------------------|----------|---------------------|----------|----------------------------|------|----------|
| VARIABLE | n | % | n | % | n | % | n | % | | |
| Edad | | | | | | | | | | |
| Adulto joven | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | .331 |
| Adulto maduro | 73 | 23.6 | 14 | 25.9 | 7 | 50 | 2 | 50 | | |
| Adulto mayo | 233 | 75.4 | 40 | 74.1 | 7 | 50 | 2 | 50 | | |
| Sexo | | | | | | | | | | |
| Hombre | 108 | 35 | 25 | 46.3 | 4 | 28.6 | 2 | 50 | .355 | |
| Mujer | 201 | 65 | 29 | 53.7 | 10 | 71.4 | 2 | 50 | | |
| Escolaridad | | | | | | | | | | |
| Ninguna | 17 | 5.5 | 6 | 11.1 | 2 | 14.3 | 0 | 0 | .771 | |
| Primaria | 73 | 23.6 | 14 | 25.9 | 6 | 42.9 | 1 | 25 | | |
| Primaria incompleta | 36 | 11.7 | 7 | 13 | 1 | 7.1 | 0 | 0 | | |
| Secundaria | 90 | 29.1 | 17 | 31.5 | 4 | 28.6 | 1 | 25 | | |
| Secundaria incompleta | 14 | 4.5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| Preparatoria | 42 | 13.6 | 7 | 13 | 1 | 7.1 | 2 | 50 | | |
| Preparatoria incompleta | 7 | 2.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| Profesional | 28 | 9.1 | 3 | 5.6 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| Posgrado | 2 | 0.6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| Ocupación | | | | | | | | | | |
| Obrero | 4 | 1.3 | 2 | 3.7 | 0 | 0 | 0 | 0 | .17 | |
| Técnico | 1 | 0.3 | 1 | 1.9 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| Comerciante | 4 | 1.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 25 | | |
| Profesionista | 5 | 1.6 | 1 | 1.9 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| Hogar | 172 | 55.7 | 27 | 50 | 10 | 71.4 | 0 | 0 | | |
| Desempleado | 2 | 0.6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| Jubilado | 72 | 23.3 | 13 | 24.1 | 1 | 7.1 | 0 | 0 | | |
| Empleado | 49 | 15.9 | 10 | 18.5 | 3 | 21.4 | 3 | 75 | | |

Por otra parte, en la asociación entre la funcionalidad familiar y variables clínicas se observó que el tiempo de evolución en un rango de 1 a 10 años poseen una familia severamente disfuncional en un 75% (n=3), familia disfuncional en un 50% (n=7), familia moderadamente funcional, en 48.1 (n=26), familia funcional 46.6% (n=14); en la glucosa en ayuno en un rango de 70 a 130 se observó poseen una familia severamente disfuncional en un 75% (n=3), familia funcional en un 62.1% (n=192), familia moderadamente funcional, en 55.6% (n=30), familia disfuncional 35.7% (n=5) con una p .482. Se observó que, al no presentar complicaciones, los pacientes presentan una familia funcional en el 93.2% (n=288) con una p significativa de .002. Así mismo, dentro de la comorbilidad de hipertensión arterial sistémica se presentó una familia funcional el 36.6% (n=113), familia moderadamente funcional en el 35.2%

(n=19), familia severamente disfuncional en el 25% (n=1), y familia disfuncional en el 14.3 % (n=2) con una p significativa de .000. Tabla 8.

Tabla 8. Funcionalidad con variables clínicas.

| FUNCIONALIDAD FAMILIAR VARIABLE | Funcional | | Modera funcional | | Disfuncional | | Sever. Disfuncional | | p | |
|--|-----------|------|------------------|------|--------------|------|---------------------|----|----------|----------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | | |
| Tiempo de evolución | | | | | | | | | | |
| 1-10 años | 144 | 46.6 | 26 | 48.1 | 7 | 50 | 3 | 75 | 1.0 | |
| 11-20 años | 106 | 34.3 | 18 | 33.3 | 5 | 35.7 | 1 | 25 | | |
| 21-30 años | 44 | 14.2 | 7 | 13 | 2 | 14.3 | 0 | 0 | | |
| 31-40 años | 9 | 2.9 | 2 | 3.7 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 41-50 años | 5 | 1.6 | 1 | 1.9 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 51 a 60 años | 1 | 0.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| Glucosa en ayuno | | | | | | | | | | |
| 63-69 | 3 | 1.0 | 1 | 1.9 | 0 | 0 | 0 | 0 | .48 2 | |
| 70-130 | 192 | 62.1 | 30 | 55.6 | 5 | 35.7 | 3 | 75 | | |
| 131-484 | 114 | 36.9 | 23 | 42.6 | 9 | 64.3 | 1 | 25 | | |
| Complicaciones | | | | | | | | | | |
| Ninguna | 288 | 93.2 | 51 | 94.4 | 13 | 92.9 | 3 | 75 | .00 2 | |
| Retinopatía diabética | 8 | 2.6 | 1 | 1.9 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| Retinopatía diabética, enfermedad cardiovascular | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 7.1 | 0 | 0 | | |
| Neuropatía diabética | 6 | 1.9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 25 | | |
| Neuropatía diabética, pie diabético. | 1 | 0.3 | 1 | 1.9 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| Nefropatía diabética | 1 | 0.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| Pie diabético | 2 | 0.6 | 1 | 1.9 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| Enfermedad cardiovascular | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| Comorbilidades | | | | | | | | | | |
| Ninguna | 88 | 28.5 | 13 | 24.1 | 2 | 14.3 | 0 | 0 | | .00 0 |
| HAS | 113 | 36.6 | 19 | 35.2 | 2 | 14.3 | 1 | 25 | | |
| HAS/CaMa | 1 | 0.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| HAS/VIH | 1 | 0.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| HAS/Osteoporosis/AR | 0 | 0 | 1 | 1.9 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| HAS/Hiperuricemia | 0 | 0 | 1 | 1.9 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| HAS/IRC | 4 | 1.3 | 2 | 3.7 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| HAS/Obesidad/IRC/Hipotiroidismo | 1 | 0.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| HAS/Parkinson | 1 | 0.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| HAS/AR | 1 | 0.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| HAS/VPB | 1 | 0.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| HAS/Obesidad | 42 | 13.6 | 5 | 9.3 | 2 | 14.3 | 1 | 25 | | |
| HAS/Obesidad/Bronquitis crónica | 1 | 0.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| HAS/Obesidad/Hepatitis autoinmune | 1 | 0.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| HAS/Obesidad/IVP | 1 | 0.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| HAS/Obesidad/Hipotiroidismo/Apnea del sueño. | 1 | 0.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| HAS/EPOC | 2 | 0.6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| HAS/IVP | 2 | 0.6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| HAS/Ca Prostata | 1 | 0.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| HAS/Hipotiroidismo | 2 | 0.6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| CaMa | 1 | 0.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| HPB | 0 | 0 | 2 | 3.7 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| Mieloma Múltiple | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 7.1 | 0 | 0 | | |
| Osteoporosis | 1 | 0.3 | 0 | 0 | 1 | 7.1 | 0 | 0 | | |
| Glaucoma | 1 | 0.3 | 1 | 1.9 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| IRC | 0 | 0 | 1 | 1.9 | 1 | 7.1 | 0 | 0 | | |
| HAS/Obesidad/EPOC | 0 | 0 | 1 | 1.9 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| IRC/Obesidad/Hipotiroidismo/AR | 1 | 0.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |

| | | | | | | | | |
|--------------------------------|----|-----|---|-----|---|------|---|----|
| IRC/IVP | 1 | 0.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Epilepsia | 1 | 0.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| AR | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| AR/Psoriasis | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 25 |
| Migraña | 1 | 0.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Osteoartrosis | 1 | 0.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Obesidad | 22 | 7.1 | 7 | 13 | 5 | 35.7 | 1 | 25 |
| Obesidad/PTI/Hipertiroidismo | 1 | 0.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Obesidad/Hipertiroidismo | 1 | 0.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Obesidad/Osteoporosis/Glaucoma | 1 | 0.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Obesidad/Fibromialgia | 0 | 0 | 1 | 1.9 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Obesidad/EPOC | 2 | 0.6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Obesidad/EPOC/HPB | 1 | 0.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Obesidad/Hipotiroidismo | 1 | 0.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Fibromialgia | 1 | 0.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| EPOC | 2 | 0.6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Hipotiroidismo | 2 | 0.6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

En la relación entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento farmacológico se observó que la familia funcional tuvo una adherencia en un 87.8% (n=195), mientras que la familia moderadamente funcional no tuvo adherencia en el 20.8% (n=33), así mismo, la familia disfuncional no presenta adherencia en un 5.7% (n=9) mientras que la familia severamente disfuncional no presenta adherencia en un 1.9% (n=3) con una p significativa de .001. Tabla 9.

Tabla 9. Relación entre Funcionalidad y Adherencia

| VARIABLE | ADHERENCIA | | NO | | p |
|----------------------------------|------------|------|-----|------|------|
| | n | % | n | % | |
| Familia Funcional | 195 | 87.8 | 114 | 71.7 | .001 |
| Familia Moderadamente Funcional | 21 | 9.5 | 33 | 20.8 | |
| Familia Disfuncional | 5 | 2.3 | 9 | 5.7 | |
| Familia Severamente Disfuncional | 1 | 0.5 | 3 | 1.9 | |

DISCUSIÓN

Diversas investigaciones se han centrado en evaluar la Funcionalidad Familiar en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, por las implicaciones biopsicosociales que esta patología tiene sobre el individuo, su familia y sociedad.

La adherencia terapéutica de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud se define como el grado de comportamiento de una persona, de tomar su medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida, que corresponda con las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria. La falta de adherencia terapéutica genera fracasos en los tratamientos lo que conlleva un mayor gasto sanitario.

En el presente estudio participaron 381 personas adultas con Diabetes Mellitus tipo 2, que acudieron a su cita de control mensual, en la U.M.F. No. 20 Vallejo, se estudió la relación entre la Funcionalidad Familiar y Adherencia al Tratamiento Farmacológico, de los cuales la mayoría fueron mujeres con un 63.5% (n=242) con una adherencia del 58.3% (n=222), en comparación a un estudio en Chiapas en la U.M.F. No. 24 del IMSS en el año 2010, en donde 100 pacientes que padecían Diabetes Mellitus tipo 2 se encontró que el 58.9% eran del sexo femenino y el 80% de la población estudiada tuvo adherencia terapéutica.

Para la Funcionalidad Familiar se utilizó la escala FF-SIL que evalúa la función de la familia de acuerdo a la dinámica de las relaciones internas según la perspectiva de uno de sus miembros, en esta investigación se encontró que los pacientes con Familias Funcionales tienen adherencia al tratamiento en un 87.8% (n=195) demostrando asociación estadísticamente significativa con una p de .001; esto se correlaciona con los hallazgos de Fernández, F. 2019 en su estudio de corte transversal con 102 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 donde se encontró una Funcionalidad Familiar del 63.7% y comprobaron que existe relación estadísticamente significativa entre una Familia Funcional y un adecuado control glucémico con una p de .048.

Lo que indica que los sistemas familiares funcionales son un pilar fundamental para que los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, tengan una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico, debido a su capacidad de afrontar los requerimientos que esta patología implica tanto en el ámbito grupal y social.

La proporción de Disfuncionalidad Familiar fue baja con Familia Disfuncional 3.7% (n=14) y Familia Severamente Disfuncional 1.0% (n= 4), resulta importante esta parte ya que es un factor de riesgo para adaptarse a una situación o crisis, cuando las demandas internas o ambientales lo exigen especialmente en las enfermedades crónicas, Lagos H. 2014, nos habla que personas con Diabetes Mellitus tipo 2 que forman parte de Familias Disfuncionales tienen mayor predisposición a presentar automanejo inadecuado en un 55.6% con una p de .000.

Para evaluar la adherencia al tratamiento se utilizó el Test de Morisky-Green, con lo cual se obtuvo que la adherencia al tratamiento fue de 58.3% (n=222), esto se corroboró con la glucosa en ayuno donde el 60.4% (n=230) tuvo valores de 70 a 130 mg/dL, de estos 381 pacientes la mayoría tenía escolaridad secundaria completa 29.4% (n= 112), dedicándose al hogar el 54.9% (n=209), el 74% (n=282) fueron mayores a 65 años. Esto nos sugiere que los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y su grado de adherencia al tratamiento, esta estrechamente relacionado con el control glucémico.

Con respecto a la no adherencia se presentó en un 71.7% (n=114) en Familia Funcional, Familia Moderadamente Funcional en un 20.8% (n= 33), Familia Disfuncional en un 5.7% (n= 9), Familia Severamente Disfuncional 1.9% (n= 3), de los pacientes no adherentes 52.8% (n=84) tuvieron valores en un rango de 131-484 mg/dL. Se debe resaltar el hecho de lograr una adherencia adecuada a los tratamientos es un trabajo multidimensional que involucra al paciente, su familia, al sistema de salud la sociedad, ya que esto va más allá de tomar medicamentos, ya que lo principal es el cambio del autocuidado que lleven hacia un estilo de vida saludable.

CONCLUSIONES

En esta investigación el nivel de adherencia terapéutica identificado tuvo relación con el grado de función familiar, en una muestra de 381 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

Los pacientes que mostraron niveles de adherencia terapéutica total fueron 222 que corresponde a un 58.3% de acuerdo con el Test de Morisky Green.

Los pacientes con Funcionalidad Familiar Funcional fueron 309 que corresponde al 81.1% de acuerdo con el Test de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL) aplicado. Los puntajes más bajos se dieron con los vectores o procesos relacionales de permeabilidad y adaptabilidad, los más altos en cohesión y armonía.

La distribución porcentual por género fue de 63.5% mujeres mayores a 65 años. La mayoría de los pacientes se dedicaban al hogar y de acuerdo con la escolaridad estudiaron hasta la secundaria completa.

El tiempo de haber sido diagnosticados como diabéticos con mayor frecuencia fue entre los 1 y 10 años.

Se podría decir que en este estudio de acuerdo con la información obtenida se cumplió con los objetivos trazados. Se determinó adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 mediante la aplicación del Test de Morisky Green y el Test de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL).

RECOMENDACIONES

La detección y evaluación conjunta así como sistemática, de la adherencia terapéutica y la funcionalidad familiar, deberían ser implementadas en la consulta externa de Medicina familiar, a través de escalas estandarizadas, como el Test de Morisky Green y el Test de percepción de Funcionamiento Familiar (FF-SIL); para de esta manera poder realizar acciones de intervención encaminadas a aprovechar los procesos relacionales de la funcionalidad familiar en el logro de una buena adherencia terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rozman C, Cardellach López F, von Domarus A, Valentí PF. Medicina interna. 19ª ed. Elsevier; 2020; 1031–8.
2. Keays R. Diabetes. Curr Anaesth Crit Care [Internet]. 2007 [citado el 26 de agosto 2021];18(2):69–75. Disponible en: <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/diabetes>
3. de la Salud OM. Informe mundial sobre la diabetes. 2016 [citado el 26 de agosto 2021]; Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254649>
4. de Información S de S. Instituto Nacional de Salud Pública [Internet]. Instituto Nacional de Salud Pública. [citado el 26 de agosto 2021]. Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/3652-diabetes-en-mexico.html>
5. Insp.mx. [citado el 26 de agosto 2021]. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
6. Comunicado de prensa núm. 61/21 27 de enero de 2021 página 1/4 comunicación social características de las defunciones registradas en México durante enero a agosto de 2020 [Internet]. Org.mx. [citado el 26 de agosto 2021]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodem/DefuncionesRegistradas2020_Pnles.pdf
7. Rojas-Martínez R, Basto-Abreu A, Aguilar-Salinas CA, Zárate-Rojas E, Villalpando S, Barrientos-Gutiérrez T. Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en México. Salud Publica Mex [Internet]. 2018;60(3):224–32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21149/8566>
8. Orozco-Beltrán D, Mata-Cases M, Artola S, Conthe P, Mediavilla J, Miranda C. Adherence of Type 2 Diabetes Mellitus approach: Current situation and possible solutions. Aten Primaria [Internet]. 2016;48(6):406–20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.09.001>
9. Wu Y, Ding Y, Tanaka Y, Zhang W. Risk factors contributing to type 2 diabetes and recent advances in the treatment and prevention. Int J Med Sci [Internet]. 2014;11(11):1185–200. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7150/ijms.10001>

10. DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. Gob.mx. [citado el 26 de agosto 2021]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5521405&fecha=03/05/2018
11. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 26 de agosto 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-initial-evaluation-of-diabetes-mellitus-in-adults/print?search=diabetes%20mellitus%202&source=sear>
12. Mediavilla Bravo JJ. Complicaciones de la diabetes mellitus. Diagnóstico y tratamiento. Semergen [Internet]. 2001;27(3):132–45. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1138-3593\(01\)73931-7](http://dx.doi.org/10.1016/s1138-3593(01)73931-7)
13. Ovalle-Luna OD, Jiménez-Martínez IA, Rascón-Pacheco RA, Gómez-Díaz RA, Valdez-González AL, Gamiochipi-Cano M, et al. Prevalencia de complicaciones de la diabetes y comorbilidades asociadas en medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. Gac Med Mex [Internet]. 2019;155(1):30–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24875/GMM.18004486>
14. Revistaalad.com. [citado el 26 de agosto 2021]. Disponible en: https://www.revistaalad.com/guias/5600AX191_guias_alad_2019.pdf
15. Paho.org. [citado el 26 de agosto 2021]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/41182/adherencia-largo-plazo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Salinas Cruz E, Nava Galán MG. Adherencia terapéutica. enfermería [Internet]. 2012;11(2):102–4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.37976/enfermeria.v11i2.139>
17. Khayyat SM, Mohamed MMA, Khayyat SMS, Hyat Alhazmi RS, Korani MF, Allugmani EB, et al. Association between medication adherence and quality of life of patients with diabetes and hypertension attending primary care clinics: a cross-sectional survey. Qual Life Res [Internet]. 2019;28(4):1053–61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-018-2060-8>
18. Conthe P. Márquez Contreras E, Aliaga Pérez A, Barragán García B, Fernández de Cano Martín MN, González Jurado M, et al. Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. Rev Clin Esp (Barc) [Internet]. 2014;214(6):336–44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2014.03.008>

19. Rodríguez Bolaños R de LÁ, Reynales Shigematsu LM, Jiménez Ruíz JA, Juárez Márquez SA, Hernández Ávila M. Costos directos de atención médica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en México: análisis de microcosteo. *Rev Panam Salud Publica*;28(6),dic 2010 [Internet]. 2010 [citado el 26 de agosto de 2021];1020:498920100012. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9602>
20. Peralta ML, Carbajal PP. Adherencia a tratamiento . *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2008;17(3):84-88.
21. Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, Rodríguez Miranda ÓA, Ortega Legaspi JM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta médica Grupo Ángeles* [Internet]. 2018 [citado el 26 de agosto 2021];16(3):226–32. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1870-72032018000300226&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
22. Adherencia terapéutica en personas con diabetes [Internet]. *Redgdps.org*. [citado el 18 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.redgdps.org/guia-de-diabetes-tipo-2-para-clinicos/36-adherencia-terapeutica-en-personas-con-diabetes-20180917>
23. Vista de Adherencia terapéutica: una asignatura pendiente en el campo de la psicología de la salud [Internet]. *Revistes.ub.edu*. [citado el 26 de agosto 2021]. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/9211/11777>
24. Quiroga Garza, Angélica, Intervención telefónica para promover la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos con síntomas de ansiedad y depresión. *Enseñanza e Investigación en Psicología* [Internet]. 2012;17(2):387-403. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29224159008>
25. Ortega MÁF. El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista Facultad Medicina*. [Internet]. 2004;47 (6): 251–4. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un046f.pdf>
26. García Cedillo I, Morales Antúnez BV. Eficacia de la entrevista motivacional para promover la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Univ Psychol* [Internet]. 2015;14(2):511. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/javeriana.upsy14-2.eemp>

27. Trejo-Bastidas NX, Eraso-Paredes JJ, Contreras-Martínez HJ. Adherencia farmacológica de pacientes con diabetes mellitus en un programa de nefroprotección: una responsabilidad compartida. *CES Med* [Internet]. 2020;34(1):3–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21615/cesmedicina.34.1.1>
28. Vidal, Victoria A., Azzollini, Susana C., Bail Pupko, Vera, Diabetes: importancia de la familia y el trabajo en la adhesión al tratamiento. *Anuario de Investigaciones* [Internet]. 2011;XVIII():323-330. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139947034>
29. Koech C, Oloo PAJ, Nguka DG. Factores que afectan el cumplimiento del tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 en seguimiento en moi teaching & hospital de referencia. *Jhmn* [Internet]. 4 de octubre de 2019 [citado el 21 de mayo de 2022];4(5):1 - 11. Disponible en: <https://www.iprjb.org/journals/index.php/JHMN/article/view/982>
30. Limaylla ML, Ramos NJ. Métodos indirectos de valoración del cumplimiento terapéutico. *Ciencia e investigación* [Internet]. 2017;19(2):95–101. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/ci.v19i2.13635>
31. Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus MJ. *Aten Primaria* [Internet]. 2008;40(8):413–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1157/13125407>
32. Carhuallanqui Rolando, Diestra-Cabrera Gabriela, Tang-Herrera Jessica, Málaga Germán. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Rev Med Hered* [Internet]. 2010 Oct [citado el 26 de agosto 2021] ; 21(4): 197-201. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2010000400005&lng=es.
33. Luna-Breceda U, del Rocío Haro-Vázquez S, Uriostegui-Espíritu LC, de Jesús Barajas-Gómez T, Rosas-Navarro DA. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan Jalisco, México. *Aten fam* [Internet]. 2017;24(3):116–20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.af.2017.07.004>

34. Zuart-Alvarado R, Ruiz Morales HJ, Vázquez –Castellanos JL, Martínez-Torres J, Linaldi-Yépez F. Adherencia a hipoglucemiantes en diabéticos de una unidad médica familiar del estado de Chiapas. *Respyn* [Internet]. 31 de diciembre de 2010 [citado 21 de mayo de 2022];11(4). Disponible en: <https://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/272>
35. Galiano NG, Martín L, Nieves EN, Parente BA, Solís RA, García Sánchez M, et al. *Revista Clínica Española* <https://www.revclinesp.es> D-014 -Diabetes y test de morisky-green: cumplimiento terapéutico y hemoglobina glicosilada [Internet]. *Revclinesp.es*. [citado el 26 de agosto 2021]. Disponible en: <https://www.revclinesp.es/es-congresos-xxxviii-congreso-nacional-sociedad-espanola-54-sesion-diabetes-3545-diabetes-y-test-de-morisky-green-41542-pdf>
36. Bronfman M. Como se vive se muere: familia, redes sociales y muerte infantil [Internet]. Cuernavaca, Morelos: Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinaria; 2000. Disponible en: <https://catalog.lib.uchicago.edu/vufind/Record/4661046>
37. II. Conceptos básicos para el estudio de las familias. *Archivos en Medicina Familiar* [Internet]. 2005;7(1):15-19. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50712789003>
38. Medellín Fontes MM, Rivera Heredia ME, López Peñaloza J, Kanán Cedeño MEG, Rodríguez-Orozco AR. Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Salud Ment (Mex)* [Internet]. 2012 [citado el 21 de mayo de 2022];35(2):147–54. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000200008
39. Sánchez- Cruz JF, Hipólito-Lóenzo A, Mugártegui-Sánchez SG, et al. Estrés y depresión asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Aten Fam*. 2016;23(2):43-47.
40. Moreno Méndez, Jaime Humberto, Chauta Rozo, Laura Camila, Funcionalidad familiar, conductas externalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá. *psicología. Avances de la disciplina* [Internet]. 2012;6(1):155-166. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225770006>

41. Luna M, Apolinar., Colegio Mexicano de Medicina Familiar. Familia: Introducción al estudio de sus elementos. México: Editores de Textos Mexicanos; 2008.
42. Quevedo Cruz LN del P, Sánchez Requín RL, Villalba Porras FK, Velásquez Carranza D. Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud. *Revista Enfermería Herediana* [Internet]. 30sep.2015 [citado el 26 de agosto de 2021];8(1):11. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/2536>
43. Arroyo RDM, Bonilla MMP, Trejo GL. Perspectiva familiar alrededor del paciente diabético. *Rev Neurol Neurocir Psiquiat*. 2005;38(2):63-68.
44. Becerra PEN, Villegas GC. Funcionalidad familiar en la adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial sistémica en primer nivel de atención. *Rev CONAMED*. 2021;26(2):57-67. doi:10.35366/100348.
45. García-Méndez M, Méndez-Sánchez M del P, Rivera-Aragón S, Peñaloza-Gómez R. Escala de funcionamiento familiar. Propiedades psicométricas modificadas en una muestra mexicana. *RIP* [Internet]. 30 de junio de 2017 [citado el 26 de agosto de 2021];10(1):19-28. Disponible en: <https://reviberopsicologia.iberu.edu.co/article/view/rip.10103>
46. Paternina Gonzalez DH, Universidad de Sucre, Pereira Peñate MM, Universidad de Sucre. Family function in schoolchildren with behavioral psychosocial risk in an educational institution in Sincelejo (Colombia). *Salud Uninorte* [Internet]. 2017;33(3):429–37. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14482/sun.33.3.10932>
47. Rodríguez García AEL, Haro Acosta ME, Martínez Fierro RE, Ayala Figueroa RI, Román Matus A. Funcionalidad familiar y depresión en adultos en la atención primaria. *Respyn. Revista de Salud Pública y Nutrición* [Internet]. 2017 [citado el 26 de agosto de 2021];16(4):20–3. Disponible en: <https://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/340>
48. Aguilar-Montejo Cynthia, Zapata-Vázquez Rosário, López-Ramón Concepción, Zurita-Zarracino Efraín. Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en pacientes con enfermedades hematológicas. *Horiz. sanitario* [revista en la Internet]. 2018 Dic [citado el 26 de agosto de 2021]

- ; 17(3): 235-240. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592018000300235&lng=es. <https://doi.org/10.19136/hs.a17n3.2007>.
49. Pérez MA, Leal HFJ, Picossi GS, Viedma FL, Fernández PC, Clavero ME. Cumplimiento farmacológico de los pacientes hipertensos en una zona rural; relación con la función familiar. *Medicina de Familia*, 2006; 1: 24-8.
50. World Health Organization, United Nations Framework Convention on Climate Change. Health and climate change: country profile 2021: Sao Tome and Principe. World Health Organization; 2021. [citado el 26 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341248>
51. Velasco-Contreras ME. Evolution of the type 2 diabetes mellitus epidemia in insured population at the IMSS. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2016;54(4):490–403.
52. Sitio Web “Acercando el IMSS al Ciudadano” [Internet]. Gob.mx. [citado el 26 de agosto de 2021]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/transparencia/programas-presupuestarios/ppe001>
53. International Diabetes Federation. IDF Diabetes atlas. Brussels: International Diabetes Federation, Executive Office; 2011.
54. Macías-Sánchez A, Villareal-Paez HJ. Sostenibilidad del gasto público: cobertura y financiamiento de enfermedades crónicas en México. *Ens Rev Econ* [Internet]. 2018 [citado el 26 de agosto de 2021];37(1):99–134. Disponible en: <http://ensayos.uanl.mx/index.php/ensayos/article/view/123>
55. Gob.mx. [citado el 26 de agosto de 2021]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/evaluaciones/dpm/ppe001/diag/E001-2019-Diagnostico.pdf>
56. Egresos Hospitalarios [Internet]. Gob.mx. [citado el 26 de agosto de 2021]. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_egresoshosp_gobmx.html
57. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* [Internet]. 1986 [citado

- el 26 de agosto de 2021];24(1):67–74. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3945130/>
58. Pagès-Puigdemont Neus, Valverde-Merino M. Isabel. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm* [Internet]. 2018 Sep [citado el 26 de agosto de 2021] ; 59(3): 163-172. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000300163&lng=es. Epub 19-Oct-2020. <https://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i3.7387>.
59. Tan X, Patel I, Chang J. Review of the four item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4) and eight item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). *Inov Pharm* [Internet]. 2014 [citado el 26 de agosto de 2021];5(3):1–8. Disponible en: <http://conservancy.umn.edu/handle/11299/171823>
60. Pérez B. Manual para la intervención en la salud familiar. 2015 [citado el 26 de agosto de 2021]; Disponible en: https://www.academia.edu/12372988/Manual_para_la_intervenci%C3%B3n_en_la_salud_familiar
61. Pérez Cárdenas Clara, Fernández Benítez Odalis de la Caridad. Evaluación de un programa de intervención familiar educativa. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2005 Abr [citado el 26 de agosto de 2021] ; 21(1-2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100024&lng=es.

ANEXOS:



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD (ANEXO 1)

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

| | |
|---|---|
| Nombre del estudio: | Relación entre la funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la UMF 20. |
| Patrocinador externo (si aplica): | No aplica |
| Lugar y fecha: | Unidad de Medicina Familiar No. 20. Ciudad de México a ____ de ____ del 2022. |
| Número de registro institucional: | R-2022-3404-038 |
| Justificación y objetivo del estudio: | La Diabetes Mellitus es considerada un problema de Salud Pública, ya que en la actualidad se encuentra un incremento en la incidencia de esta enfermedad. Es una enfermedad con un gran factor de predisposición hereditaria y con diversos factores ambientales, que muchos de ellos pueden ser modificables. La familia juega un papel importante en la salud de cada uno de sus integrantes, si esta dinámica está afectada, tendremos repercusión en la recuperación de la salud o control terapéutico. Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la de la UMF 20. |
| Procedimientos: | Al participar en este estudio solo contestará una encuesta sobre algunos datos sociodemográficos, aspectos de su familia y sobre su tratamiento para la diabetes. |
| Posibles riesgos y molestias: | El contestar la encuesta no le causara ningún dato a su persona, o a su algún problema con su atención médica, al contar con algunas preguntas relacionadas con su familia podría causarles incomodidad a las respuestas solicitadas. |
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: | La participación en el este estudio no tiene ningún beneficio económico, prioridad de consultas, estudios o medicamentos que no sea prescrito por su médico. El beneficio será a todas las personas que padecen diabetes y que se trate de mejorar su seguimiento de manejo llegando a controles adecuados y también identificar las alteraciones que se puedan tener con la familia y que los médicos tengan conocimiento para atención integral y mejorar su calidad de vida. |
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: | Si usted desea conocer sus resultados de este estudio, podrá solicitarlos a lo que se le otorgará un folio y una cita para poder proporcionárselos y solo se le dará el resultado de manera individual. Si se detecta alteraciones de su control de glucosa o alteración familiar que requiera atención por su médico se le orientar para sacar una cita y tener seguimiento por medico familiar. |
| Participación o retiro: | La participación es voluntaria, se puede retirar en cualquier momento que usted lo decida sin ninguna repercusión en su atención médica o servicio de esta unidad de atención. Al momento que se nos notifique su retiro su encuesta con los datos otorgados serán destruidos. |
| Privacidad y confidencialidad: | Todo dato o respuestas otorgadas serán manejados con confidencialidad por los investigados, nadie tendrá acceso a estos y en caso de realizar difusión de los resultados se hará de manera general sin que algún dato lo identifique dato |

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

Si acepto participar en el estudio.

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar en el estudio y que mis datos puedan ser utilizados para estudios futuros

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

Investigadora o Investigador Responsable: Dr. Huerta Manzano Mario Alberto
Médico especialista en Medicina Familiar. Matrícula: 98352533 Unidad de Medicina Familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Calzada Vallejo 675 Col.

Magdalena de las Salinas Ciudad de México Tel. 5555331100 Ext 15307 Correo electrónico: mariomanzanito89@gmail.com

Colaboradores:

Dra Vega Mendoza Santa
Médico especialista en Medicina Familiar. Matrícula: 11660511 Unidad de Medicina Familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social Calzada Vallejo 675 Col. Magdalena de las Salinas Ciudad de México Tel. 5555331100 Ext 15307. Correo electrónico: drasanta.vega0473@yahoo.com.mx y santa.vega@imss.gob.mx

Delgadillo Guadarrama Linda Rocío
Residente de Segundo Año en la Especialidad de Medicina Familiar Matrícula: 99357847 Unidad de Medicina Familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social Calzada Vallejo 675 Col. Magdalena de las Salinas Ciudad de México Tel. 5555331100 Ext 15307 Correo electrónico: ldgadarrama91@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del 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: comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2



GOBIERNO DE
MÉXICO



ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA
DISTRITO FEDERAL NORTE
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20
EDUCACIÓN

Ciudad de México, a 30 de Marzo de 2022

DR. MIGUEL ALFREDO ZURITA MUÑOZ
DIRECTOR DE LA U.M.F. No. 20

Por medio de la presente se solicita y de no haber inconveniente se permita a la médica residente de segundo año del Curso de Especialización en Medicina Familiar de esta unidad sede, DRA. DELGADILLO GUADARRAMA LINDA ROCIO; se le pueda permitir realizar el protocolo de investigación titulado: **RELACIÓN ENTRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UMF 20**; dicho proceso consiste en la revisión de expedientes electrónicos por medio del SIMF. Siendo su Director de Tesis el DR. MARIO ALBERTO HUERTA MANZANO, Médico Familiar adscrito a esta unidad, con matrícula 98352533.

En espera de respuesta a esta solicitud y sin más por el momento agradezco la atención y apoyo a nuestros alumnos.

ATENTAMENTE

IMSS
Gilberto Cruz Arteaga
Coord. Clínico de
Educación e Investigación
en Salud UMF 20

DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA 2417
COORD. CLÍNICO DE EDUC. E INVEST. EN SALUD
U.M.F. 20

DR. MARIO ALBERTO HUERTA MANZANO
MÉDICO FAMILIAR
INVESTIGADOR RESPONSABLE



Calleja Vallejo número 575, Col. Magdalena de las Salinas, Alcaldía Gustavo A. Madero, C.P. 07768, Teléfono del
Comisariado: 02-22-12-00, 15307



ANEXO 3



GOBIERNO DE
MÉXICO



ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA
DISTRITO FEDERAL NORTE
SECRETARÍA DE SALUD
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20
EDUCACIÓN

Ciudad de México, a 30 de Marzo de 2022

CARTA DE NO INCONVENIENTE

DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA
Coord. Clínico de Educ. e Invest. en Salud
U.M.F. 20

DRA. DR. MARIO ALBERTO HUERTA MANZANO

Médico Familiar
Investigador responsable

Por este medio autorizó sin ningún inconveniente que la médica residente de segundo año del Curso de Especialización en Medicina Familiar de esta unidad sede, **DRA. DELGADILLO GUADARRAMA LINDA ROCIO**; realizar la recolección de datos del protocolo de investigación titulado: **RELACIÓN ENTRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UMF 20.**

ATENTAMENTE.


DR. MIGUEL ALFREDO ZURITA MUÑOZ
DIRECTOR DE LA U.M.F. No. 20



Colonia Vallejo número 675, Col. Magdalena de las Salinas, Alcaldía Gustavo A. Madero, C.P. 07760, Teléfono del
Órgano: 53-33-11-90, 15307



ANEXO 4



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3404.
U MED FAMILIAR NUM 20

Registro COFEPRIS 18 CI 09 005 002

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 013 2018082

FECHA Martes, 02 de agosto de 2022

Dr. MARIO ALBERTO HUERTA MANZANO

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **RELACIÓN ENTRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 20** 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-2022-3404-038

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

Mtro. Miguel Alfredo Zurita Muñoz
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3404

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 VALLEJO

ANEXO 5

ENCUESTA PARA ESTABLECER LA RELACIÓN ENTRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 20

ANEXO. 1 CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

FOLIO: _____

FECHA: _____

A continuación lea las siguientes preguntas y marque con una X, la que mejor se relacione en su caso.

Sexo: 1.- Hombre () 2.- Mujer ()

Edad: _____ años

Escolaridad:

- | | | |
|-----------------------------|---------------------------|---------------------|
| 1.- Ninguna () | 4.- Secundaria () | 7.- Preparatoria |
| 2.- Primaria () | 5.- Secundaria incompleta | incompleta () |
| 3.- Primaria incompleta () | () | 8.- Profesional () |
| | 6.- Preparatoria () | 9.- Posgrado. () |

Ocupación:

- | | | |
|---------------------|-----------------------|--------------------|
| 1.- Obrero () | 4.- Profesionista () | 7.- Jubilado () |
| 2.- Técnico () | 5.- Hogar () | 8.- Estudiante () |
| 3.- Comerciante () | 6.- Desempleado () | 9.- Otros () |

Tiempo de evolución de su diabetes (meses / años): _____

Complicaciones:

- | | | |
|--------------------------------|------------------------------------|-------------------------|
| 1.- Retinopatía diabética. () | 4.- Pie diabetico (). | 7.- Otro ¿ Cual ? _____ |
| 2.- Nefropatía diabética. () | 5.- Enfermedad cardiovascular () | |
| 3.- Nefropatía diabética. () | 6.- Enfermedad cerebrovascular () | |

Comorbilidades:

- 1.- Hipertensión Arterial Crónica. (.) 3.- Obesidad. (.)
2.- Insuficiencia Renal Crónica. (.) 4.- Otro ¿ Cual ?. _____

Control glucémico:

Fecha: _____ **Glucosa:** _____ **Hemoglobina glucosilada:** _____

TEST DE MORISKY-GREEN

Lee con atención las siguientes preguntas y marca con una X, la que mejor se relacione en su caso.

| | | |
|---|----|----|
| 1.- ¿Olvida tomar su medicina algunas veces ? | Sí | No |
| 2.- Algunas veces las personas no se toman su medicina por razones diferentes al olvido. Piense en las dos semanas pasadas. ¿ Dejó de tomar su medicina algún día ? | Sí | No |
| 3.- ¿ Alguna vez ha tomado menos pastillas, o ha dejado de tomarlas sin decírselo al doctor por que se sentía peor cuando las tomaba ? | Sí | No |
| 4.- ¿ Cuando viaja o sale de casa olvida llevar sus medicinas algunas veces ? | Sí | No |
| 5.- ¿ Se tomó sus medicinas ayer ? | Sí | No |
| 6.- Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿ deja de tomar su medicina algunas veces ? | Sí | No |
| 7.- Tomar las medicinas todos los días es realmente incómodo para algunas personas, ¿ siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento ? | Sí | No |
| 8.- ¿ Con qué frecuencia le es difícil recordar que debe tomar sus medicinas ? Nunca/Raramente... De vez en cuando... A veces... Normalmente... Siempre... | | |

FF-SIL

Lea con atención las siguientes preguntas y de acuerdo a situaciones familiares que ha vivido, marque con una X, la que mejor se relacione en su caso.

| No. | SITUACIONES FAMILIARES | 1 CASI NUNCA | 2 POCAS VECES | 3 A VECES | 4 MUCHAS VECES | 5 CASI SIEMPRE |
|-----|---|--------------|---------------|-----------|----------------|----------------|
| 1 | De conjunto, se toman decisiones para cosas importantes de la familia. | | | | | |
| 2 | En mi casa predomina la armonía. | | | | | |
| 3 | En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades. | | | | | |
| 4 | Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida. | | | | | |
| 5 | Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa. | | | | | |
| 6 | Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos. | | | | | |
| 7 | Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles. | | | | | |
| 8 | Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás lo ayudan. | | | | | |
| 9 | Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado. | | | | | |
| 10 | Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones. | | | | | |

| | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|
| 11 | Podemos conservar 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 cariño que nos tenemos. | | | | | |

Gracias por su cooperación.