



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SONORA
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE
INSTITUCIONAL
COORDINACIÓN AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1**

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA
TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 42
DE ÁLAMOS, SONORA”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:

DRA. KARINA LIZET CORTÉS AGUILAR



Ciudad Obregón, Sonora Febrero de 2020



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.

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NÚMERO 42 DE ÁLAMOS, SONORA”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. KARINA LIZET CORTÉS AGUILAR

AUTORIZACIONES:

DR. CESAR CARBALLO DOMÍNGUEZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
CIUDAD OBREGON SONORA.

DRA. LAURA ILEANA MINJAREZ ROBLES

ASESORA DE TESIS
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1.

DRA. CASANDRA BARRIOS OLÁN

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1.

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NÚMERO 42 DE ÁLAMOS, SONORA”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DRA. KARINA LIZET CORTÉS AGUILAR

AUTORIZACIONES:

DR. PORFIRIO PEÑA ORTEGA

COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACIÓN SONORA

DRA. BENITA ROSARIO URBAN REYES

COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN SONORA

DRA. LUCIA ALVAREZ BASTIDAS

COORDINADOR AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN SONORA

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NÚMERO 42 DE ÁLAMOS, SONORA”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. KARINA LIZET CORTÉS AGUILAR

AUTORIZACIONES:

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

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

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



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2604 con número de registro 17 CI 26 030 083 ante COFEPRIS

UNIDAD FAMILIAR RUP 37, SONORA

FECHA 10/10/2017

DR. KARINA LIZET CORTÉS AGUILAR

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

"Funcionalidad familiar y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar número 42 de Álamos, Sonora"

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, 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 U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2017-2604-51

ATENTAMENTE

DR. (A). ALEJANDRA TORRES CAMPA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2604

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INDICE

Contenido	Páginas
Resumen.	7
Marco Teórico.	8
Planteamiento del Problema.	12
Justificación.	13
Objetivo general.	14
Hipótesis.	15
Material y métodos.	16
Resultados.	24
Discusión.	29
Conclusión y recomendaciones.	30
Bibliografía.	31
Anexos.	36

II. Resumen

“Funcionalidad familiar y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar número 42 de Álamos, Sonora”

CORTÉS AGUILAR K¹, MINJAREZ ROBLES LAURA² Médico General y alumna del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS. ² Médico Familiar Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar número1 Ciudad Obregón Sonora.

Introducción: La diabetes mellitus tipo 2 es enfermedad crónica degenerativa que afecta a 90% de los diabéticos del mundo y es considerado un problema de salud pública, su prevalencia ha aumentado debido al mal control que llevan los pacientes sobre su enfermedad. La no adherencia terapéutica tiene efectos a corto plazo como la hiperglucemia, también a largo plazo tales como pie diabético, retinopatía y falla renal.

Objetivo: Determinar la asociación entre funcionalidad familiar y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2, en la Unidad de Medicina Familiar número 42 en Álamos, Sonora.

Material y Métodos: Es un estudio observacional, analítico, prospectivo y transversal, integrado por pacientes en control de diabetes, seleccionados a través de un muestreo no probabilístico por casos consecutivos. Se aplicó un instrumento validado para valor funcionalidad familiar, adherencia al tratamiento y para medir nivel socioeconómico. El análisis estadístico se realizó mediante frecuencia y porcentajes, para la asociación de las variables, chi cuadrada e IC 95%, en SPSS.

Resultados: Se analizó una muestra de 295 pacientes, de los cuales 79% (233) fueron mujeres y 21% (62) fueron hombres. El 78% (229) pertenecían a familias funcionales y 45% (66) con adherencia terapéutica. Obteniendo una RM de 0.973, con un IC 95% que va de 0.562 a 1.684 y una $p= 0.51$.

Conclusiones: No se encontró asociación entre funcionalidad familiar y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2.

Palabras clave: Diabetes Mellitus tipo 2, Adherencia Terapéutica, Funcionalidad Familiar.

III. Marco teórico

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica degenerativa con características epidémicas y se le considera un problema de salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud “es una epidemia que representa una pesada carga para todas las sociedades del mundo” en el año 2014, 422 millones de personas padecían de diabetes. En 2012 alrededor de 1,5 millones de defunciones en todo el mundo fueron por diabetes, además de 2,2 millones de muertes producidas por enfermedades cardiovasculares y renales asociadas a hiperglicemia.^{1,2}

En los próximos 10 años se espera que, la mortalidad por enfermedades crónicas aumente en un 17%, en especial por la Diabetes Mellitus tipo 2 que se incrementará en más de un 80%. (Organización Panamericana de Salud, 2014). En México es la primera causa de mortalidad hospitalaria, el segundo motivo de consulta de padecimientos crónico degenerativos en primer nivel de atención médica y una causa importante de ceguera, amputaciones e insuficiencia renal. Su prevalencia en adultos mayores de 20 años de edad se ha ido incrementando desde 6.7% en 1993 a 7.5% en el año 2000, esperando que para el año 2025 llegue a 12.3%.³

La familia es la forma más simple de organización en la que sus integrantes se asocian para compartir proyectos, metas comunes y diferentes funciones. Las funciones de la familia comprenden aspectos afectivos, de socialización, cuidado de la salud, de la reproducción y económicos, todo esto fomentando la libre relación entre los miembros.⁴

La familia desde una perspectiva psicosocial es un sistema al que pertenece un individuo, que mantiene una organización interna que lo diferencia de otros de su mismo nivel. Los valores y actitudes son transmitidos a las generaciones futura, dando a los individuos un sentido de historia y continuidad.⁵

En el proceso de adaptación de la familias, no son inmunes a los cambios sociales, por lo que las cargas de trabajo y las responsabilidades aumentan en algunas etapas por las que atraviesan como el nacimiento de un hijo, la atención

de familiares enfermos con una ruptura conyugal entre otras; por lo que se concibe a la familia como un conjunto de personas que viajan juntos en el tiempo, que tendrán tareas y dificultades en su desarrollo evolutivo.⁶

En las familias que tienen un conocimiento limitado sobre la diabetes, también “es escaso el control glucémico” considerando la disfunción familiar un factor de riesgo para un inadecuado control glucémico. Además, los pacientes que pertenecen a grupos familiares con funcionalidad moderada o disfunción severa presentan mayor probabilidad de sufrir descompensaciones por lo tanto, se infiere que el funcionamiento familiar es vital en la adhesión al tratamiento de enfermedades crónicas, es indispensable para la prevención y disminución de la aparición de las complicaciones crónicas, teniendo gran repercusión en la vida de cada miembro del grupo familiar.⁷

La escala de evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) Es un modelo circunflejo que se desarrolló en el año 1985, siendo la tercera versión de esta serie. Olson, Rusell y Sprenkle (1980). Define la cohesión “como los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía personal que experimentan” y la Adaptabilidad como “La habilidad del sistema familiar para cambiar sus estructuras de poder, relaciones de roles y reglas de relación en respuesta al estrés situacional y evolutivo”.⁸

El FACES III, es un test que se compone de 20 ítems en total, en los cuales se incluyen cada uno de los conceptos relacionados a las variables adaptabilidad y cohesión, los ítems pares están desarrollados para evaluar la adaptabilidad (10 ítems) y los impares para evaluar la cohesión (10 ítems), valorando así la percepción que el individuo posee de su familia en formal real. La escala incluye dos ítems para cada uno de los cinco conceptos asociados tanto a cohesión como adaptabilidad.^{8,9}

El resultado obtenido al emplear FACES III establece cuatro tipos de familia que dependen del puntaje obtenido en adaptabilidad. La familia puede ser caótica, flexible, estructurada y rígida, siendo en los extremos (caótica y rígida) catalogados como disfuncionales y los medios (flexible y estructurado) como los que permiten la funcionalidad y adaptación de la familia a los cambios, ya sean

producidos por una situación específica (estresante) o de acuerdo a la etapa que transcurren durante el ciclo vital familiar.^{9,10}

De acuerdo a la variable cohesión posee al igual que la adaptabilidad cuatro niveles: no relacionada, semi-relacionada, relacionada y aglutinada. Los extremos (no relacionada y aglutinada) son vistos como no balanceados, y los niveles intermedios (semi-relacionada y relacionada) van a otorgar a la familia relaciones sanas entre sus miembros.¹¹

La Adherencia es el grado en que el comportamiento de una persona, el tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida. En los países desarrollados, el promedio de adherencia a los tratamientos a largo plazo solo el 50%, siendo incluso menor en los países en vías de desarrollo, lo que denota la falta de logros de las metas de los programas en los que se busca fomentar dicha adherencia.¹²

La falta de adherencia es un problema prioritario de salud, al cual se ha dedicado mayor atención en los factores relacionados con la adherencia al tratamiento, nivel de conocimiento sobre la enfermedad, habilidades de autocuidado y afrontamiento, autoeficacia, percepción de síntomas, estrés y apoyo social. La mitad de la población diabética mundial se encuentra sin diagnosticar. Se calcula que la población con DM2 consume entre un 4% a 15% del gasto sanitario global y que un paciente diabético consume de 2 a 6 veces más recursos directos que los individuos de similar edad y sexo con otras enfermedades crónicas¹³

Medir el cumplimiento terapéutico es difícil, ya que no existe un método exclusivo para realizarlo, como son los métodos directos e indirectos y además hay múltiples factores que lo condicionan. El problema es más grande en países en vías de desarrollo, dada la escasez de recursos y la falta de equidad en el acceso a la atención de la salud. Se estima que en general, para los padecimientos crónicos un 20-50% de los pacientes no toma sus medicamentos como está prescrito.¹⁴

La no adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus tipo 2 es un problema complejo, la polifarmacia es un factor común a la baja adherencia. Otro factor es la frecuencia de la dosificación para cada fármaco: a mayor dosificación menor será la adherencia. Los pacientes que toman múltiples medicamentos, cada uno

con patrón diferente de dosificación, pueden confundirse y olvidar tomarlos. La vía de administración también puede influir en la adhesión, Las formas orales tiene mayor adherencia.¹⁵

El instrumento de evaluación Escala de adherencia al tratamiento farmacológico es el test de Morisky-Green, se incluyen ocho preguntas, las cuales siete son dicotómicas y una en escala de Likert. La adherencia se determinó de acuerdo a su puntuación, clasificando como adherentes a los pacientes con 8 puntos y no adherentes con puntajes menores a 8. La consistencia interna de esta escala cuantificada con alfa de Cronbach fue de 0,646.¹⁶

En un estudio realizado por Gómez Huelgas R, Díez-Espino consideraron que debe de realizarse una valoración global del anciano, desde una perspectiva biopsicosocial. La estrategia terapéutica en el anciano con diabetes tipo 2 debe individualizarse y consensuarse con el paciente y sus cuidadores, para evitar consecuencias graves en esta población.¹⁷

En un estudio realizado por Aguilar-Rivera t, González-López AM, Pérez-Rosete A, en 2014 determinaron que el predominó el apego a tratamiento en pacientes con familias funcionales, familias balanceadas y autoestima media alta, observando que a mejor funcionalidad familiar y mayor nivel de autoestima más apego al tratamiento.¹⁸

Alcaíno-Díaz DE, Bastías-Rivas NC, Benavides-Contreras CA, Figueroa-Fuentealba DC, Luengo-Martínez CE. En el 2014, determinaron que el cumplimiento de tratamiento tiene asociación estadísticamente significativa con la estructura familiar, la disfunción familiar, el sexo masculino, la presencia de apoyo dela pareja y el apoyo social. La mayoría de los pacientes se encontraban en el niel alto o medio.¹⁹

IV. Planteamiento del problema

La diabetes es una enfermedad crónica, que en su etapa inicial no produce síntomas y cuando se detecta tardíamente y no se trata adecuadamente ocasiona complicaciones como ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, amputación de miembros inferiores y muerte prematura. En México la edad promedio de las personas que murieron por diabetes en 2010 fue de 66.7 años, lo que sugiere una reducción de 10 años.

La adherencia o no al tratamiento depende de varios factores como los socioeconómicos, los relacionados con el tratamiento, relacionados con el paciente, los relacionados con la enfermedad, los relacionados con el equipo de atención médica.

Las estrategias de prevención están dirigidas tanto a la población en general como a la población de alto riesgo, van encaminadas a modificar estilos de vida, como tener un régimen adecuado de alimentación, realizar actividad física, dejar de fumar, etc. Para realizar estas acciones es de vital importancia el apoyo familiar, sentirse aceptado, amado, confiar en el resto de sus integrantes o en alguno en especial, se debe propiciar un ambiente adecuado, reduciendo el estrés y ayudando a mejorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico.

Es por ello que nos interesa conocer: **¿Cuál es la asociación entre funcionalidad familiar y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar número 42 de Álamos, Sonora?**

V. Justificación

La realización del presente estudio de investigación cobra relevancia debido a la gran prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 esto identificado en la población derechohabiente adscrita a la Unidad de Medicina Familiar número 42 de Álamos, Sonora.

En dicha institución no se ha realizado ningún estudio relacionado con esta temática, con esto se tendrá información adecuada y veraz que ayude a planificar estrategias desde diferentes perspectivas, principalmente desde su núcleo familiar y social.

La adherencia deficiente a los tratamientos y/o recomendaciones sanitarias constituyen un problema mundial, en los países desarrollados existe una media del 50% de incumplimiento al tratamiento farmacológico en enfermedades crónicas. Se estima que para la adherencia a las recomendaciones como modificación de los estilos de vida es aún peor.

Lemstra M, Blackburn D, Crawley A, Fung R. en el año 2012, concluyeron como resultado de un metanálisis acerca de los costes de la no adherencia, que mejorar el cumplimiento de los tratamientos salvaría más vidas que aumentar los esfuerzos en terapias innovadoras.²⁰

Resulta paradójico que año tras año se emplee tiempo y recursos económicos en mejorar la eficacia y seguridad de los medicamentos, al igual que en efectuar protocolos de atención, sin embargo, los recursos que se proponen para el hecho de si el paciente los toma o no son muy escasos.

VI. Objetivo

Determinar la asociación entre funcionalidad familiar y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2, en la Unidad de Medicina Familiar número 42 en Álamos, Sonora.

VII. Hipótesis

Hipótesis de trabajo

H1: Existe asociación fuerte entre funcionalidad familiar y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en la Unidad de Medicina Familiar número 42 en Álamos, Sonora.

Hipótesis nula

H0: Existe asociación débil entre funcionalidad familiar y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en la Unidad de Medicina Familiar número 42 en Álamos, Sonora.

VIII. Material y Métodos

8.1. Características del lugar

Este estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar número 42, ubicada en calle Rosales número 79, colonia centro, Álamos, Sonora.

8.2. Diseño y tipo de estudio

- Tipo de investigación. Epidemiológico.
- Diseño y tipo de estudio. Se trata de un estudio observacional, analítico, prospectivo y transversal.
- Lugar del estudio. Unidad de Medicina Familiar número 42, ubicada en Álamos, Sonora.
- Periodo. Noviembre de 2017 a Julio de 2018.
- Población de estudio. Pacientes con diabetes mellitus tipo 2, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 42, de Álamos, Sonora.
- **7.3. Definición y Clasificación de las variables.**

VARIABLE DEPENDIENTE				
VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADORES
Funcionalidad Familiar	La funcionalidad familiar es el conjunto de funciones a lo largo de las diferentes etapas de desarrollo de la familia, comprende aspectos afectivos, de socialización, de cuidado de la salud, de la reproducción y económicos, conforme a las normas de la	Se aplicó test de Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III).	Cualitativa Nominal	Cuatro tipos de familia dependiendo del puntaje obtenido en Adaptabilidad: 1.Familia Caótica 2.Familia Flexible 3. Familia Estructurada 4.Familia Rígida Cuatro tipos de familia dependiendo del puntaje obtenido en Cohesión:

	sociedad en la cual se desarrolla.			1.Familia No-Relacionada 2. Familia Semi-Relacionada 3. Familia Relacionada 4. Familia Aglutinada
Adherencia Terapéutica	El apego terapéutico es el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador sanitario	Se aplicó el test de Morisky- Green1.Si obtiene 8 puntos: Con adherencia terapéutica. 2.Si obtiene menos de 8 puntos: No adherente	Cualitativa Dicotómica	1. Con adherencia terapéutica. 2. Sin adherencia terapéutica.

VARIABLE INDEPENDIENTE				
VARIABLE	DEFICINION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADORES
Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo	Se interrogó sobre la fecha de nacimiento para determinar edad en años	Cuantitativa Discreta	Años cumplidos a la fecha de la entrevista.
Género	Constitución orgánica que distingue macho y hembra	Se determinó por las características físicas para hombre o mujer	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.Masculino 2.Femenino
Escolaridad	Último grado al que la persona acudió a la escuela o a cualquier centro de enseñanza	Se preguntó sobre último grado cursado.	Cualitativa Ordinal	1.Primaria 2.Secundaria 3.Preaprotoria 4.Licenciatura
Estado civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que	Se preguntó sobre el estado civil actual.	Cualitativa Nominal Politómica	1.Soltero. 2.Casado. 3.Unión libre. 4.Separado.

	hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.			5.Divorciado. 6.Viudo.
Ocupación	Es la acción y efecto de ocupar u ocuparse. El término proviene del latín occupatio, se utiliza como sinónimo de trabajo, oficio, empleo y actividad. El trabajo o actividad que impide emplear el tiempo en otra cosa.	Se identificó si actualmente se dedica al hogar o si tiene alguna otra actividad laboral.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.Ama de casa 2. Actividad laboral.
Nivel socioeconómico por método de Graffar	Método para estratificar la población a partir de las siguientes cinco variables: profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de los padres, fuente de ingreso y alojamiento, aspecto del barrio (vivienda). Este método permite evaluar las potencialidades que tiene la población para cubrir sus necesidades y para el desarrollo de sus	Se aplicó el método de Graffar: A partir de la suma de las variables se identifican cinco estratos:	Cualitativa Ordinal	Clasificación: 1.Estrato Alto de 4 a 6 puntos 2.Estrato Medio Alto de 7 a 9 puntos 3.Estrato Medio Bajo de 10 a 12 puntos 4.Estrato Obrero de 13 a 16 puntos 5.Estrato Marginal de 17 a 20 puntos.

	capacidades.			
Tiempo de evolución de Diabetes Mellitus tipo 2.	Cambio de condición, desde el diagnóstico de la enfermedad	Se preguntó sobre años transcurridos desde su diagnóstico	Cuantitativa discreta	Años
Tipo de tratamiento	Condición particular sobre el tipo de medicación otorgada.	Se preguntó al paciente el tipo de tratamiento al momento de la entrevista.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.- Tratamiento oral. 2.- Tratamiento con insulina.
Tiempo de uso con Insulina	Tiempo que ha transcurrido desde el inicio del uso de insulina hasta el día de hoy.	Se preguntó cuántos años han transcurridos desde el inicio de uso de insulina.	Cuantitativa discreta	Años

8.4. Universo o población de estudio

Se realizará un estudio analítico de corte transversal en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar número 42 de Álamos.

8.5. Tamaño de la muestra

$$N = \frac{(Z\alpha)^2 (p) (q)}{\delta^2}$$

δ = descriptivo

$$\pm 3\% = 0.03$$

$$Z\alpha = 1.96$$

En donde:

N = tamaño que se requiere de la muestra.

p = proporción de sujetos portadores del fenómeno de estudio.

q = 1-p (complementario sujeto que no tiene variable en estudio).

δ = precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar.

Z_{α} = distancia de la media de valor de significación propuesto. Se obtiene de tablas de distribución normal de probabilidades y habitualmente se utiliza un valor α de 0.05 al que le corresponde un valor Z de 1.96.

N= lo que buscamos (tamaño de muestra)

p= es 40.0 esto es igual a 0.4

p= 0.4

q= 1-p esto es igual 1-0.4= 0.6

q=0.6

$$N = \frac{(1.64)^2 (0.4) (0.6)}{(0.05)^2}$$

$$N = \frac{(2.68) (0.24)}{0.0025}$$

$$N = \frac{0.64}{0.0025}$$

$$N = 256 + 15\%$$

$$N = 295.$$

8.6. Criterios de Selección

Criterios de Inclusión:

- Pacientes con diabetes mellitus tipo 2, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 42 de Álamos, Sonora.
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado.
- Pacientes de edad mayor o igual a 18 años.
- Pacientes viviendo en compañía y bajo el mismo techo de por lo menos una persona, que aceptó participar en el estudio.
- Pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, en un periodo mayor o igual a 1 año.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con alguna alteración cognitiva o mental que impide comprender

los instrumentos.

- Pacientes con problemas de comprensión y/o expresión idiomática que impide la comunicación.
- Pacientes que no reciben tratamiento farmacológico.

Criterios de Eliminación:

- Pacientes con encuestas ilegibles y llenado incompleto.

8.7. Tipo de muestreo

No probabilístico, por casos consecutivos.

8.8. Descripción general del estudio

Posterior a la autorización del comité de investigación, se realizó un estudio observacional, analítico, prospectivo y transversal, de la funcionalidad familiar y la asociación con el apego terapéutico en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, de la Unidad de Medicina Familiar número 42 de Álamos, Sonora.

Una vez aceptado por el comité CLIEIS, se pidió autorización a los directivos de la Unidad de Medicina Familiar número 42 de Álamos Sonora, para iniciar con el estudio y aplicación de los instrumentos. Se seleccionaron pacientes derechohabientes que cumplieron con los criterios de selección para el estudio. Al salir de su consulta con el médico familiar, se les explicó el estudio a realizar “su finalidad, los beneficios que recibirán al participar, la información de resultados y confidencialidad” A los que aceptaron ser evaluados, se les otorgó una carta de consentimiento informado que posterior a su lectura lo firmaron.

Se llenó hoja de registro con su nombre, edad, género, escolaridad, ocupación y nivel socioeconómico, además un número de teléfono para comunicarnos de ser necesario.

Se recolectaron los datos necesarios para evaluar la funcionalidad familiar se aplicó el test Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III). El cual es un test de auto aplicación, de fácil interpretación, tiene un alto nivel de confiabilidad. Se compone de 20 ítems en total, en los cuales incluyen cada uno de los conceptos relacionados a las variables adaptabilidad y cohesión, los

ítems pares están desarrollados para evaluar la adaptabilidad (10 ítems) y lo impares para evaluar la Cohesión (10 ítems) valorando así la percepción que el individuo posee de su familia en forma real. La escala incluye dos ítems para cada uno de los cinco conceptos asociados tanto a cohesión como adaptabilidad.

El resultado obtenido al emplear FACES III establece cuatro tipos de familias que dependen del puntaje obtenido en adaptabilidad, pueden ser caótica, flexible, estructurada y rígida, siendo los extremos (caótica y rígida) catalogados como disfuncionales y los medios (flexible y estructurado) como los que permiten la funcionalidad y adaptación de la familia a los cambios, ya sean producidos por una situación específica o de acuerdo a la etapa que transcurren durante el ciclo vital familiar.

De acuerdo a la variable Cohesión posee al igual que la adaptabilidad cuatro niveles: no relacionada, semi relacionada, relacionada y aglutinada. Los niveles de los extremos (no relacionada y aglutinada) son vistos como no balanceados y los niveles intermedios (semi relacionada y relacionada) van a otorgar a la familia relaciones sanas entre sus miembros.

Se evaluará la adherencia terapéutica con el test de Morisky-Green, en el cual se incluyen ocho preguntas, las cuales siete son dicotómicas y una en escala de Likert. La adherencia se determinó de acuerdo a su puntuación, clasificando como adherentes a los pacientes con 8 puntos y no adherentes con puntajes menores a 8. La consistencia interna de esta escala cuantificada con alfa de Cronbach fue de 0,646.

Los resultados obtenidos de los instrumentos aplicados, se plasmaron en la hoja de recolección de datos, para posteriormente exponer los resultados.

8.9. Análisis de datos.

El análisis se realizó mediante frecuencias y proporciones así como medidas de tendencia central, χ^2 para obtener el grado de significancia y razón de momios con IC al 95%. Se representó por medio de gráficas y tablas. Los resultados de la información proporcionada por las encuestas se analizaron en el programa SPSS 20.

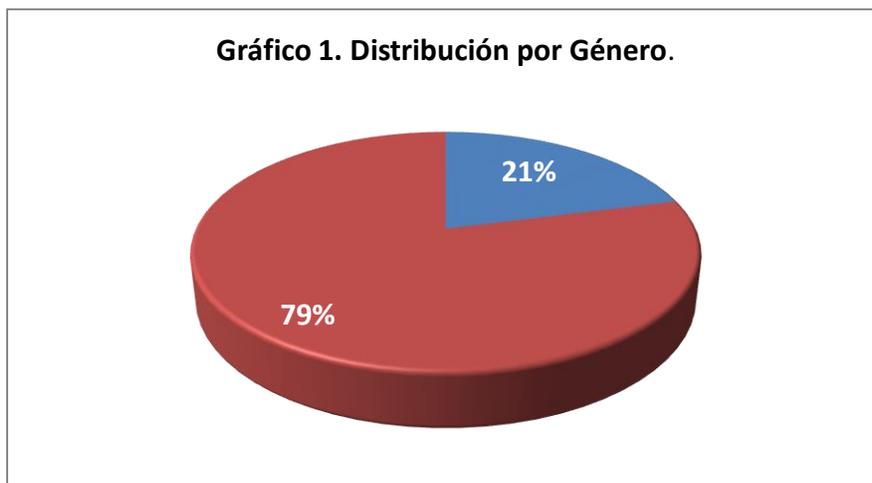
8.10. Aspectos éticos

Este estudio se realizó con apego a las normas éticas e institucionales vigentes en materia de investigación científica respetando la dignidad y derechos de los pacientes en estudio, se elaboró una hoja de consentimiento informado donde los pacientes firmaron autorizando su participación en el estudio. Se cumplió con los códigos éticos establecidos en la declaración de Helsinki de 1964, en su versión enmendada de 2004 y en las normas mexicanas basándose en el comunicado del 26 de enero de 1962 del diario oficial de la SSA. Este proyecto se apegó a lo establecido por el comité de investigación local y coordinación de educación e investigación médica del instituto Mexicano del Seguro Social y lo propuesto en materia de investigación en salud.^{21, 22}

Este estudio es una investigación sin riesgo, ya que los instrumentos utilizados fueron encuestas, clasificación I según el riesgo del estudio.

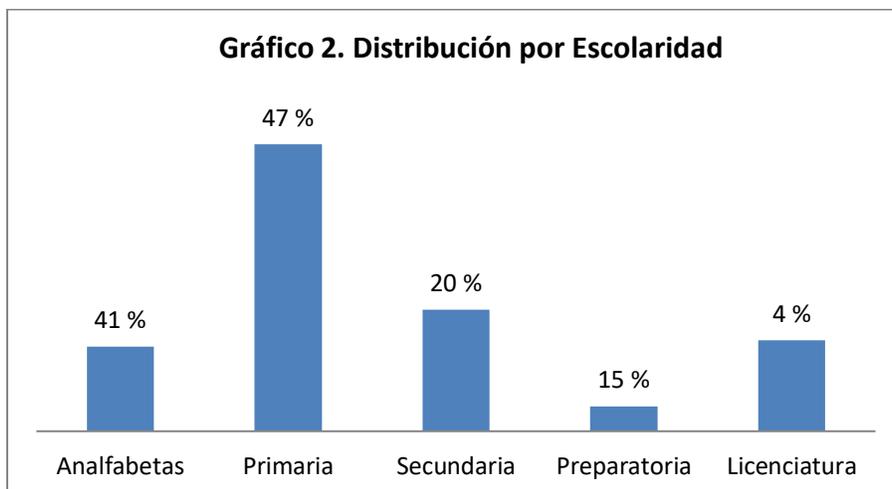
IX. Resultados.

Se analizó una muestra de 295 pacientes, de los cuales 79% (233) fueron mujeres y 21% (62) fueron hombres.



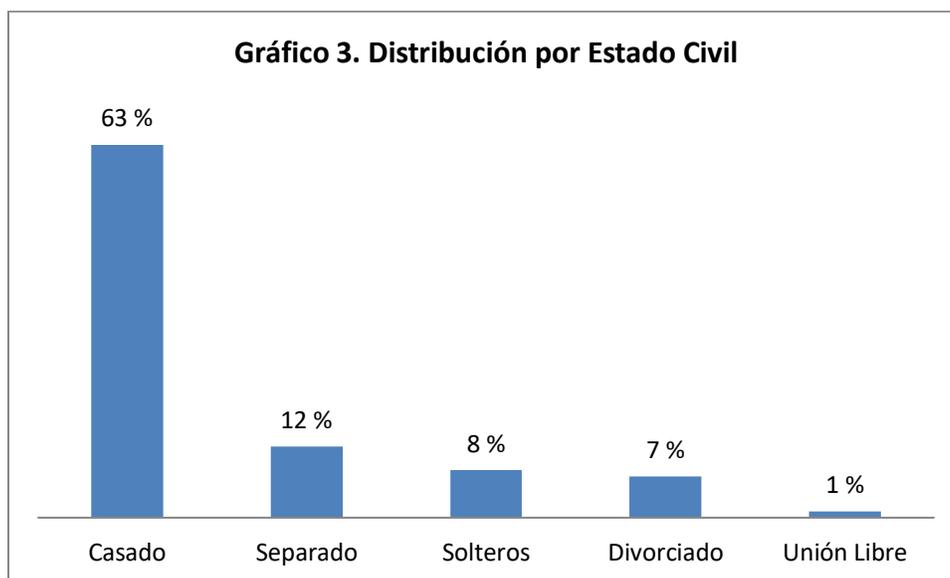
Fuente: Hoja de Recolección de datos.

En relación con la escolaridad se encontró 47% (139) con primaria, 20% (59) secundaria, 15% (44) preparatoria, 4% (12) licenciatura y 14% (41) analfabetas.



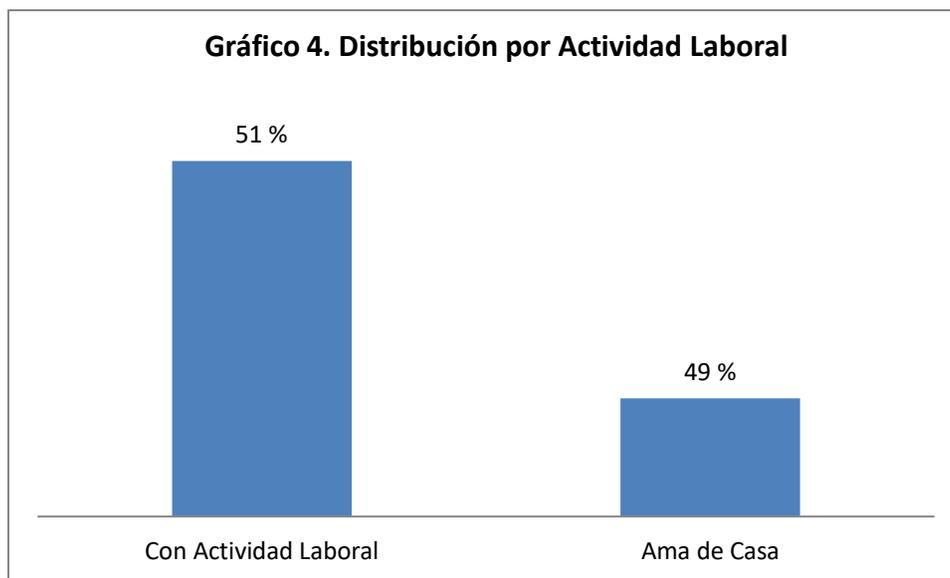
Fuente: Hoja de Recolección de datos.

En relación al estado civil, los pacientes casados fueron los que mayormente predominaron en 63% (188), 12% (37) separados, 9% (26) solteros, 8% (24) divorciados, 7% (19) unión libre, 1% (1) viudo.



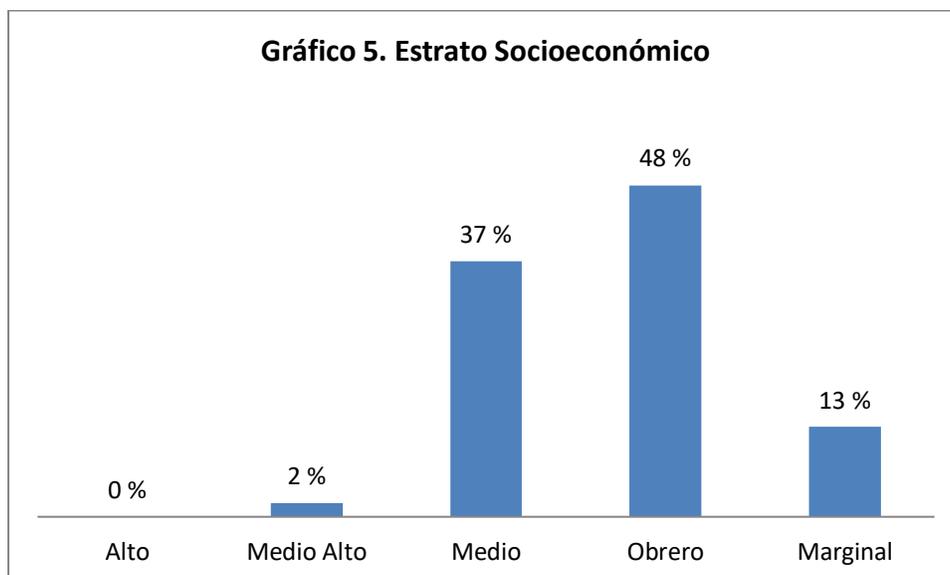
Fuente: Hoja de Recolección de datos.

En ocupación 49% (146) tiene actividad laboral y 51% (149) no tiene ninguna actividad laboral.



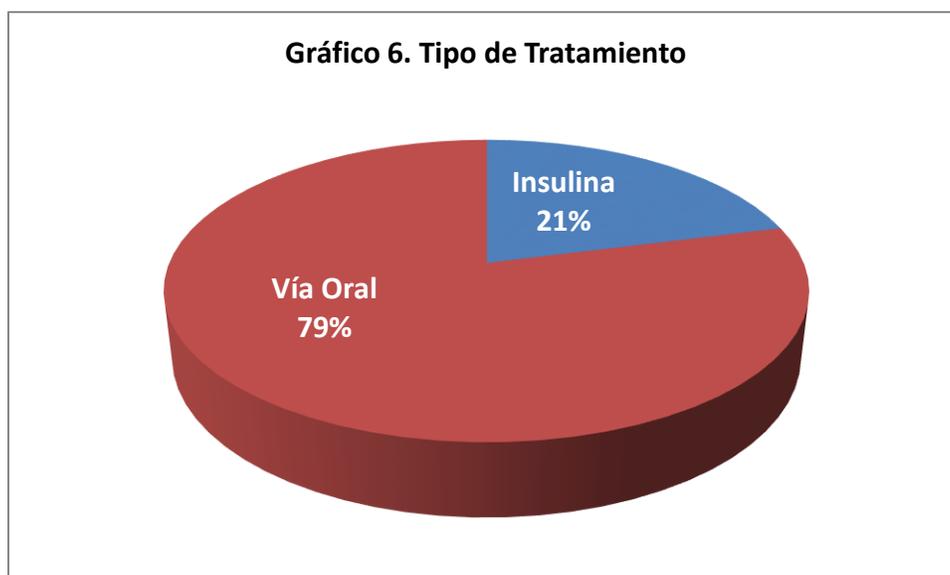
Fuente: Hoja de Recolección de datos.

Con respecto a nivel socioeconómico corresponden a 2% (5) medio alto, 37% (108) nivel medio bajo, 48% (143) obreros, 13% (39) marginal.



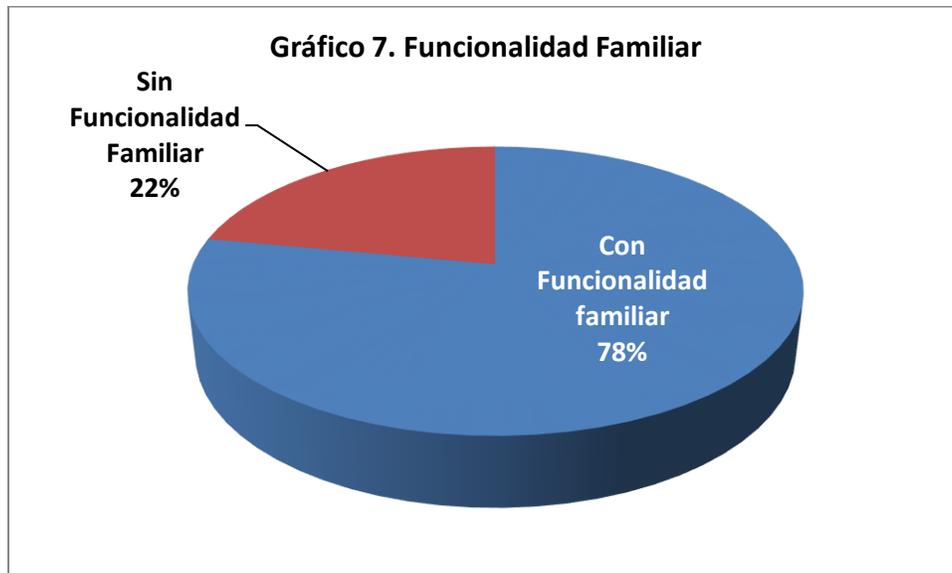
Fuente: Hoja de Recolección de datos.

El 21% (62) tenían tratamiento solo con insulina y 79% (233) tratamiento vía oral o combinado.



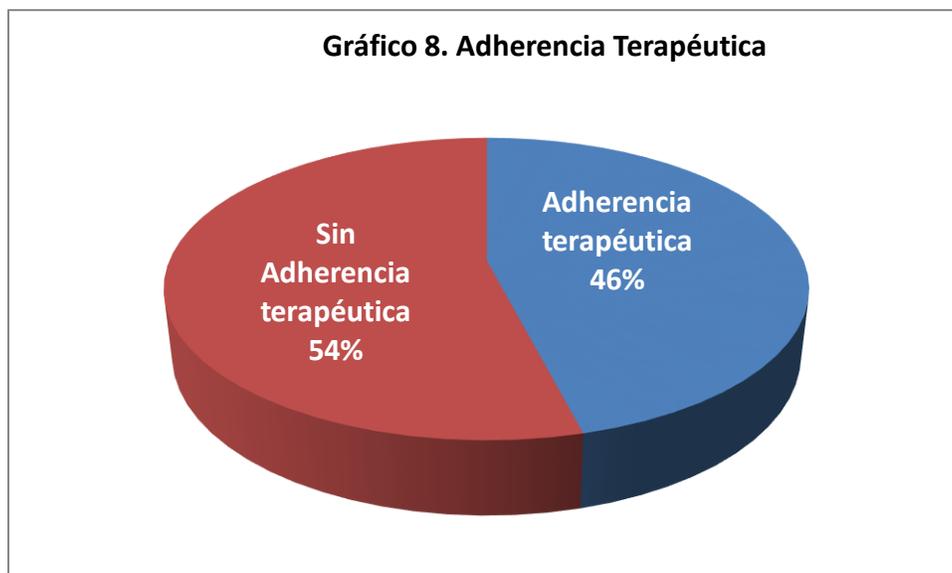
Fuente: Hoja de Recolección de datos.

Respecto a la funcionalidad familiar el 78% (229) fueron familias funcionales y 22% (66) fueron disfuncionales.



Fuente: Hoja de Recolección de datos.

Presentaron adherencia terapéutica en 46% (137) y 54% (158) fueron sin adherencia terapéutica.



Fuente: Hoja de Recolección de datos

De los 229 casos de familias funcionales 47% (106) presentaron adherencia terapéutica y 53% (123) sin adherencia terapéutica. Obteniendo una RM de 0.973, con un IC 95% que va de 0.562 a 1.684 y una $p= 0.51$. De acuerdo a los casos sin adherencia terapéutica, del total de los 158 casos 78% (123) tuvieron funcionalidad familiar y 22% (35) tuvieron disfunción familiar. (Tabla 1)

Tabla 1 Asociación entre Funcionalidad familiar y Adherencia Terapéutica en pacientes con Diabetes Tipo 2 de la UMF 42					
	Con Adherencia Terapéutica	Sin Adherencia Terapéutica	RM	IC 95 %	P
Con funcionalidad Familiar	106	123	0.973	0.562 a 1.684	0.51
Sin funcionalidad Familiar	31	35			

Fuente Hoja de Recolección de Datos

X. Discusión

En este estudio se encontró que no existe asociación entre funcionalidad familiar y adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2, de nuestra población. Caso que coincide con el realizado por Bello Escamilla y Cols. en 2017, en el cual no se encontró relación entre apoyo familiar y adherencia al tratamiento farmacológico.²³

Se observó que adherencia terapéutica corresponde al 46% de los casos, resultados que coinciden con el estudio realizado por Ramos Rangel y Cols. en 2017, el cual reporta que el 37% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 cumplen con las recomendaciones terapéuticas en ambos el resultados fue menor al 50% que es similar a la media reportada por la literatura.²⁴

Un aspecto a destacar es el instrumento para evaluar la adherencia terapéutica, Morisky-Green, en su versión más extensa, dividió drásticamente a los pacientes en sin adherencia terapéutica o con adherencia terapéutica. Para estudios posteriores se sugiere utilizar un instrumento que evalúe niveles de adherencia para tener información más específica.

XI. Conclusiones y recomendaciones.

La funcionalidad familiar no fue determinante para tener una adecuada adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 de nuestra población, por lo que se debe dar más valor y utilizar los recursos para el trabajo multidisciplinario, tomando un papel primordial el paciente y su familia. Caso que coincide con el estudio realizado por Mar García y Cols. en 2017, en el cual se recomienda colaborar con un equipo multidisciplinario de salud.²⁵

De igual manera buscar otros factores que influyan para tener adecuada adherencia terapéutica y con ello disminuir el riesgo de complicaciones a corto y largo plazo. Estrategias para reforzar el conocimiento de la enfermedad por parte del paciente, como lo expuesto por Pascacio Vera y Cols. en 2016, el nivel de conocimiento de la enfermedad es determinante para la adherencia al tratamiento.²⁶

No se tiene antecedente de la funcionalidad familiar antes del diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, por lo que no se puede valorar si por tener la enfermedad cambió su funcionalidad familiar para ahora ser funcional o disfuncional.

Considerar la relación médico-paciente para propiciar la confianza del paciente y de su familia, para poder identificar los recursos con los cuenta, para mejorar su adherencia terapéutica.

Se recomienda implementar la evaluación de adherencia terapéutica en la consulta de medicina familiar a través de un instrumento que evalúe niveles de adherencia para tener información más específica.

XIII. Referencias Bibliográficas.

1.- Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial Sobre la Diabetes: Resumen de Orientación. [Internet]. México: OMS; 2016, [Consultado Abril del 2019]. Disponible en; www.who.int/diabetes/global-report/es/

2.-Rydén L, Grant PJ, Anker SD, Berne C, Cosentino F, Danchini N, et al. Asociación Europea para el estudio de diabetes. Guía de práctica clínica de la ESC sobre diabetes, prediabetes y enfermedad cardiovascular, en colaboración con la European Association for the Study of Diabetes. RevEspCardiol. [En línea]. 2014 [Consultado el 05 de Julio de 2017]; 67(2) 67 (2)[136e1-56]. Disponible en: www.revespcardiol.org/es/guia-practica-clinica-esc-sobre/articulo/90267575/

3.- Martín-Timón I, Sevillano-Collantes C, Segura-Galindo A, Del Cañizo-Gómez FJ. Type 2 diabetes and cardiovascular disease: have all risk factors the same strength? World J Diabetes. [En línea]. 2014 [Consultado el 03 Julio 2017]; 5(4) [444-470]. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4127581/

4.- Anzures-Carro RL, Chávez-Aguilar V, García Peña MC, Pons Álvarez ON. Medicina Familiar. 2ª ed. México: Corinter; 2013.

5.- Huerta-González JL, Medicina Familiar, la familia en el proceso salud-enfermedad. México: Alfil; 2007.

6.- Oliva-Gómez EE. Villa-Guardiola VJ. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. Justicia Juris. [En línea]. 2014 [Consultado el 08 de Julio de 2017]; 10(1) [11-20]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>

7.- Moratto-Vásquez NS, Zapata-Posada JJ, Messenger T. Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido

entre los años 2002 a 2015. Rev Ces Psicología. [En línea]. 2015 [consultado el 04 de agosto 2017]; 8(2)[103-121] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4235/423542417006.pdf>

8.- Schmidt V, Barreyro JP, Maglio AL. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? Escritos Psicología. [En línea]. 2010 [Consultado el 03 Julio 2017] 3(2) [30-36]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092010000100004

10.- Universidad Autónoma de Aguascalientes, Miranda-Ochoa J. Cohesión y adaptabilidad familiar como factor predictivo en pacientes diabéticos controlados contra no controlados del grupo DIABETIMSS del grupo de la UMF #1. [Tesis en línea]. UAA; 2015, [Consultado el 03 de Julio de 2017]. Disponible en: <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/123456789/360>

11.- Bazo-Alvarez JC, Bazo-Alvarez OA, Aguila J, Peralta F, Mormontoy W, Bennett IM. Propiedades psicométricas de la escala de funcionalidad familiar faces-III: un estudio en adolescentes peruanos. Rev Peruana MedExperimental y Salud Pública. [En línea]. 2016 [Consultado el 03 de Julio 2017] 33(3) [462-474]. Disponible en: www.redalyc.org/pdf/363/36346798010.pdf

12.- Alarcón-Luna NS, Rizo-Baeza MM, Cortés-Castell E, Cadena-Santos F. Autocuidado y adherencia terapéutica en diabetes desde una perspectiva del paciente. Waxapa [En línea]. 2012 [Consultado el 03 de Julio de 2017]; 2(7) [7-87]. Disponible en: http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_waxapa/pdf/Waxapa_07.pdf

13.- Universidad Nacional de Colombia, Rincón-Romero MK, Torres-Contreras C, Corredor-Pardo KA. Autoeficacia y adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2 [Tesis en línea]. Colombia: Universidad Nacional de

Colombia; 2016, [Consultado el 03 Julio 2017]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/55613/1/1098674553.2016.pdf>

14.- Bertoldo P, Ascar G, Campana Y, Martín T, Moretti M, Tiscornia L. Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas. Rev Cubana Farmacia. [En línea]. 2013 [Consultado el 08 de Julio de 2017]; 47(4) [468-474]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152013000400006

15.- Pisano-González MM, González-Pisano A. La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. EnfermClin. [En línea]. 2014 [Consultado el 07 de Julio de 2017]; 24(1) [1-98]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-la-modificacion-los-habitos-adherencia-S1130862113001757>

16.- Valencia-Monsalvez F, Mendoza-Parra S, Luengo-Machuca L. Evaluación de la escala de Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. Rev Perú MedExp Salud Pública.[En línea]. 2017 [Consultado el 08 de Agosto de 2017]; 34(2) [245-249]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342017000200012&script=sci_abstract

17.- Gómez-Huelgas R, Díez-Espino J, Formiga F, Lafita-Tejedo J, Rodríguez-Mañas L, González-Sarmiento E, et al. Tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente anciano. MedClin. [En línea]. 2013 [Consultado el 03 de Julio de 2017]; 140(3) [97-144]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-pdf-S0025775312008524>

18.- Aguilar-Rivera T, González-López AM, Pérez-Rosete A. Funcionalidad familiar y apego al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben terapia sustitutiva con diálisis peritoneal. Aten Familiar. [En línea] 2014. [Consultado el 08 de Julio de 2017]; 21(2) [33-65]. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-funcionalidad-familiar-apego-al-tratamiento-S1405887116300141>

19.- Alcaíno-Díaz DE, Bastías-Rivas NC, Benavides-Contreras CA, Figueroa-Fuentealba DC, Luengo-Martínez CE. Cumplimiento del tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus de tipo 2 en adultos mayores: influencia de los factores familiares. Gerokomos. [en línea]. 2014 [Consultado el 08 de Julio de 2017]; 25(1) [9-12]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n1/comunicacion2.pdf>

20.- Lemstra M, Blackburn D, Crawley A, Fung R. Proportion and risk indicators of nonadherence to statin therapy: a meta-analysis. Can J Cardiol. [En línea] 2012. [Consultado el 08 de Julio de 2017]; 28(5) [574-580]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22884278>

21.- Secretaria de Salud. Reglamento de la ley general de salud en materia de Investigación para la salud. [En línea] [Consultado el 16 agosto de 2017] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

22.- Conamed. Declaración de helsinki de la Asociación Médica Mundial. [En línea]. México: SSA; [Consultado el 15 de Agosto de 2017]; Disponible en: <http://www.conicyt.cl/fondecyt/files/2012/10/Declaraci%C3%B3n-de-Helsinki-de-la-Asociaci%C3%B3n-M%C3%A9dica-Mundial.pdf>

23.- Bello-Escamilla N, Montoya-Cáceres PA. Adherence to drug treatment in older adults with type 2 diabetes and its associated factors. Gerokomos [Internet]. 2017 [citado 2019 Mayo 2019]; 28(2) [73-77]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2017000200073&script=sci_abstract&tlng=en

24.- Ramos-Rangel Y, Morejón-Suárez R, Gómez-Valdivia M, Reina-Suárez M, Rangel-Díaz C, Cabrera-Macías Y. Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. RevFinlay [Internet]. 2017 [Consultado el 12 mayo de

2019]; 7 (2) [89-98]. Disponible en:
<http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/474/1578>

25.- Mar-García J, Peñarrieta-de Córdoba I, León-Hernández R, Gutiérrez-Gómez T, Banda-González O, Rangel-Torres S. et al. Relationship between self-management and family functionality perception among persons with type 2 diabetes mellitus. *Enferm. Univ* [Internet]. 2017 [Consultado en Mayo 2019];14(3) [155-161]. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000300155

26.- Pascacio-Vera, GD, Ascencio-Zarazua, GE, Cruz-León, A, Guzmán-Priego, CG. Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud en Tabasco*. [Internet]. 2016 [Consultado en mayo de 2019];22(1-2) [23-31]. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48749482004>

XIV. Anexos

Instrumentos de recolección de datos.

Escala de Cohesión Familiar FASES III

Nombre de la persona encuestada	
Fecha	

Instrucciones

A continuación usted deberá seleccionar una de las opciones que se le presentarán a continuación. Deberá marcar con una **X** la opción que más se acerque a su respuesta.

Nº	Pregunta	Casi Nunca o Nunca	De vez en cuando	A veces	Muchas Veces	Casi Siempre o Siempre
1	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si.					
2	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.					
5	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.					
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con otras personas que no son de nuestra familia.					
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas.					
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
11	Nos sentimos muy unidos.					

12	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.					
13	Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo no falta nadie					
14	En nuestra familia las reglas cambian.					
15	Con facilidad podemos planear actividades en la familia.					
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
18	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.					
19	La unión familiar es muy importante.					
20	Es difícil decir quien hace las labores del hogar.					

TEST DE MORISKY-GREEN

TEST DE MORISKY-GREEN 8 items		SI (0)	NO (1)
1. ¿Se olvida de tomar alguna vez la medicina para la diabetes mellitus?			
2. A algunas personas se les pasa tomarse sus medicinas por otras razones y no un simple olvido. Si recuerda las últimas dos semanas ¿Hubo algún día en el que se le olvidó tomar la medicina para diabetes mellitus?			
3. Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decírselo a su médico porque se sentía peor al tomarla ?			
4. Cuando viaja o está fuera del hogar, ¿Se le olvida llevar la medicina para la diabetes mellitus ?			
5. ¿Tomó la medicina para su diabetes mellitus ayer ?			
6. Cuando siente que su diabetes mellitus está bajo control ¿Deja a veces de tomar su medicina?			
7. Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas. ¿Se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su diabetes mellitus?			
8. ¿Con que frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas?	Nunca/casi nunca Rara vez Algunas veces Habitualmente Siempre	1 0.75 0.5 0.25 0	



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"Funcionalidad familiar y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar número 42 de Álamos, Sonora"
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar número 42, Álamos, Sonora. Periodo de Noviembre 2017 a Agosto 2018.
Número de registro:	Pendiente.
Justificación y objetivo del estudio:	El presente estudio tiene como objetivo determinar la asociación entre funcionalidad familiar y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2, en la unidad de medicina familiar número 42 en Álamos, Sonora.
Procedimientos:	Aplicación de cuestionarios a la población en estudio para determinar la asociación entre funcionalidad familiar y apego terapéutico.
Posibles riesgos y molestias:	ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	El beneficio que alcanzaré será que el médico responsable tenga conocimiento sobre la asociación entre funcionalidad familiar y apego terapéutico, para poder dar un manejo integral al paciente y a su familia.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se informará al paciente/acompañante el resultado del estudio, se analizarán los resultados. Se me ha explicado que con los resultados de esta investigación se podrán adoptar acciones adecuadas para beneficio de mi salud.
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi relación con el instituto o con el departamento.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable me ha asegurado que no se me identificará en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

No aplica

Beneficios al término del estudio:

El investigador responsable se ha comprometido en informarme acerca de alternativas a mi actual tratamiento en caso de ser necesario

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

Investigador Responsable:

Investigador Responsable principal: Dra. Karina Lizet Cortés Aguilar. Mat 99276615. Correo: Karrinyo.win@gmail.com

Colaboradores:

Investigador colaborador principal: Dra. Laura Ileana Minjarez Robles. Mat 99274104, Correo: Laura.minjarez@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013