



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSTGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADEMICA:

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1 CON MEDICINA FAMILIAR
ZACATECAS, ZAC.**

***“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA
RELACIONADA CON LA SALUD DEL DIABÉTICO TIPO 2”***

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ERIKA CAMPOS JIMÉNEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

“Funcionalidad Familiar y Calidad de Vida Relacionada con la Salud del Diabético tipo 2”

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

ERIKA CAMPOS JIMÉNEZ

AUTORIZACIONES:

DRA. MA. DEL CARMEN FRAIRE GALINDO

ASESOR CLÍNICO DE TESIS

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 1
ZACATECAS, ZAC.

DR. EDUARDO MARTINEZ CALDERA

ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 55
FRESNILLO, ZACATECAS

DR. JOSÉ ARMANDO PÉREZ RAMÍREZ

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INV. EN SALUD
DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 1
ZACATECAS, ZACATECAS

**“Funcionalidad Familiar y Calidad de Vida Relacionada con la Salud del Diabético
tipo 2”**

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

ERIKA CAMPOS JIMÉNEZ

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

INDICE GENERAL

| | |
|---------------------------------|----|
| 1. Marco teórico | 5 |
| 2. Planteamiento del problema | 28 |
| 3. Justificación | 30 |
| 4. Objetivo de la investigación | 32 |
| 4.1 Objetivo general | 32 |
| 4.2 Objetivos específicos | 32 |
| 5. Metodología | 33 |
| 5.1 Material y Métodos | 33 |
| 5.2 Diseño Metodológico | 33 |
| 5.2.1 Tipo de estudio | 33 |
| 5.2.2 Población | 33 |
| 5.2.3 Lugar | 33 |
| 5.2.4 Tiempo | 33 |
| 5.3 Muestreo | 33 |
| 5.3.1 Tipo de Muestra | 33 |
| 5.3.2 Tamaño de Muestra | 34 |
| 5.4 Criterios de Selección | 35 |
| 5.4.1 Criterios de Inclusión | 35 |
| 5.4.2 Criterios de Exclusión | 35 |
| 5.4.3 Criterios de Eliminación | 35 |
| 5.5 Variables de Estudio | 36 |
| 5.5.1 Variable Dependiente | 36 |

| | |
|--|----|
| 5.5.2 Variable Independiente | 36 |
| 5.6 Definición Operacional de las Variables | 37 |
| 6. Procedimiento para recopilar la información | 39 |
| 7. Consideraciones Éticas | 40 |
| 8. Análisis Estadístico | 40 |
| 9. Resultados | 41 |
| 10. Discusión | 43 |
| 11. Conclusiones | 45 |
| 12. Referencias Bibliográficas | 46 |
| 13. Anexos | 49 |
| 13.1 Tablas y Gráficas | 49 |
| 13.2 Instrumento de Recolección de Datos | 59 |
| 13.2 Instrumentos de Medición | 61 |
| 13.3 Consentimiento Informado | 64 |

1. MARCO TEÓRICO

FAMILIA

El hombre es un ser social que ha sobrevivido, a lo largo de la historia, a través de su pertenencia a diferentes grupos sociales, de los cuales la familia ha sido el ambiente mas importante ⁽¹⁾ es por ello que, la familia es la institución social más antigua de la humanidad y sobrevivirá mientras exista nuestra especie.

Para el Papa León XIII (1818-1903), la Familia es “una sociedad de extensión limitada pero con sus propios derechos y deberes y totalmente independiente al estado”

La OMS comprende como parte de la familia a los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.

El Diccionario de la Lengua Española dice que “la familia es el grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje ⁽²⁾

El censo canadiense (1964) define a la familia como “esposo y esposa con o sin hijos; o padre y madre solo con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo” ⁽³⁾

Para Frederic Le Play y Proudhon ⁽⁴⁾, la familia es “la célula básica de la sociedad”. En ella sus miembros mantienen relaciones directas, y comparten sentimientos, circunstancias, condiciones de vida y aspiraciones, además; existe el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza.

En el Censo Estadounidense (1987) se defina a la familia como “cualquier grupo de individuos que viven juntos y relacionados entre si por lazos sanguíneos, de matrimonio o adopción. ⁽⁵⁾

La teoría de sistemas referida por Steinglass, define a la familia como una unidad organizada, integrada por elementos (individuos) y subunidades (padres, hijos, etc.), que conviven unos con otros en una relación consistente y duradera. Cada una de las partes esta

dotada de cierta autonomía sujeta a sus propias leyes internas, característica que permite distinguirlas entre sí. ⁽⁶⁾

CICLO VITAL FAMILIAR

El desarrollo familiar esta constituido por varias etapas de transición predecibles en las cuales existen diferentes expectativas, necesidades y fenómenos que pueden afectar la salud de sus miembros. ⁽⁷⁾

Según Kornblit ⁽⁸⁾, el ciclo vital de la familia explica la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales por las que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros.

Para Ackerman ⁽⁹⁾, la familia es la unidad básica de la enfermedad y la salud, ya que las relaciones entre la personalidad del individuo y los procesos de dinámica del grupo y de la vida en familia constituyen un eslabón esencial en la cadena de causalidad en los estados de enfermedad y salud.

Fases del ciclo vital familiar (Según Evelyn Duvall)

1. Constitutiva

- a) Preliminar.- Constituida por el noviazgo cuya duración es indefinida.
- b) Recién casados.- Sin hijos, termina con el nacimiento del primer hijo.

2. Procreativa

- a) Expansión.- Inicia con el nacimiento del primer hijo y termina cuando este cumple 2.5 años de edad.
- b) Consolidación y apertura.- Inicia con la socialización secundaria del hijo mayor de 6 años y termina con el hijo adolescente que se separa de los padres.

3. Dispersión

- a) Inicia con la salida del hogar del primer hijo y termina con la separación del último de los hijos.

4. Final

a) **Independencia.** Cónyuges nuevamente solos hasta el final de la actividad laboral de la pareja por jubilación o retiro.

b) **Disolución**

- Vejez de la pareja, hasta la muerte del cónyuge
- Viudez, hasta la muerte del miembro restante.

FUNCIONES DE LA FAMILIA (Según Maslow)

1. **Fisiológicas:** Reproducción.
2. **Seguridad:** Orden, normas para guiar los propios actos y sentirse protegido de temores y amenazas.
3. **Sociales:** Amor, afecto, sentimientos de pertenencia y contacto humano.
4. **Estima:** Respeto de uno mismo, logros, obtención del respeto de los demás.
5. **Realización personal:** Satisfacción de la capacidad personal (necesidad de superación, realización del potencial propio, etc.)

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital familiar y las crisis por las que atraviesa. El buen o mal funcionamiento es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de las enfermedades entre sus miembros, lo cual depende de la influencia positiva o negativa de la dinámica familiar (conjunto de fuerzas físicas, emocionales e intelectuales, así como; actividades de crecimiento, organización, comunicación y dotación). ⁽⁷⁾

FAMILIA FUNCIONAL

Es toda familia con la capacidad de cumplir eficazmente con las funciones familiares.

FAMILIA DISFUNCIONAL

Es aquella familia que no cumple con sus funciones, y en caso de hacerlo, lo realiza en forma ineficaz.

EVENTOS CRÍTICOS FAMILIARES

La familia enfrenta constantemente situaciones críticas inducidas por los cambios biopsicosociales en uno o varios miembros a través de los diversos estímulos provenientes del medio en el que esta incluida ⁽⁷⁾.

Una **crisis** es cualquier evento traumático, personal o interpersonal dentro o fuera de la familia que conduce a un estado de alteración y que requiere una respuesta adaptativa de la misma ⁽⁷⁾.

CRISIS FAMILIAR

Es un evento de la vida, presente y pasado que ocasiona cambios en la funcionalidad de los miembros de la familia ⁽¹⁰⁾.

TIPOS DE CRISIS FAMILIARES

1. Crisis Normativas

También llamadas evolutivas o intrasistemicas, estas se relacionan con las etapas del ciclo vital familiar y son definidas como situaciones planeadas, esperadas o que forman parte de la evolución de la vida familiar. Se refieren a las transiciones y cambios que obligadamente se suscitan dentro de la familia ⁽⁷⁾.

a) Etapa constitutiva

Matrimonio, dependencia económica o afectiva de la pareja de sus familias de origen, cónyuges adolescentes, problemas de adaptación sexual; diferencias socioculturales, intelectuales, económicas educativas y religiosas de la pareja.

b) Etapa procreativa

Embarazo, diferentes expectativas sobre el embarazo, nacimiento del primer hijo, dificultad para asumir el rol parental, familia con hijos lactantes y preescolares, adolescencia, ingreso y adaptación escolar de los hijos, hijo único, nacimiento de otros

hijos, familia numerosa, sobreprotección o rechazo a los hijos, crecimiento y desarrollo de los hijos etc.

c) Etapa de dispersión

Separación de los hijos por causas escolares y/o laborales, independencia y matrimonio de los hijos etc.

d) Etapa final

Padres nuevamente solos, síndrome del nido vacío, jubilación o retiro, climaterio, muerte de uno de los cónyuges, viudez, etc.

2. Crisis Paranormativas

Son experiencias adversas e inesperadas. Suelen asociarse con grandes periodos de disfunción familiar ⁽⁷⁾.

a) Familiares

Abandono o huida del hogar, relaciones sexuales prematrimoniales, embarazo prematrimonial o no deseado, matrimonio no planeado, experiencias sexuales traumáticas, conflictos conyugales, separación y/o divorcio. Rivalidad entre hermanos, problemas con la familia de origen, incorporación de otras personas a la familia por adopción o por la llegada de un padrastro, hermanastro o miembros de la familia extensa. Expulsión de la escuela.

b) Enfermedades o accidentes

Abortos, esterilidad o infertilidad, complicaciones del embarazo parto o puerperio, infecciones de transmisión sexual, traumatismos y lesiones, pérdida de funciones corporales, enfermedades, hospitalizaciones, amputaciones, invalidez o muerte de cualquier miembro de la familia, toxicomanías, suicidio.

c) Económicas

Cambios bruscos en el nivel socioeconómico, problemas económicos graves, deudas, hipotecas, etc.

d) Laborales

Cambios de puesto u horario de trabajo, huelgas, pérdida del empleo, desempleo prolongado.

e) Legales

Conductas delictivas, juicios, actividades criminales, pérdida de la libertad.

f) Ambientales

Emigración, cambios de residencia, desastres naturales (terremotos, inundaciones) o provocados (terrorismo, guerras).

FACES III (*Escala de Medición de Adaptabilidad y Cohesión Familiar*)

Es un instrumento creado por Olson y cols, que cuenta con el respaldo de 25 años de investigación y más de 700 publicaciones científicas.

La escala proporciona un aceptable acercamiento a la evaluación de la cohesión y adaptabilidad (flexibilidad) familiar; consta de 20 preguntas (ítems), los puntajes obtenidos clasifican a las familias en tres categorías: balanceadas, en rango medio y extremas, estas ultimas han mostrado mayor riesgo de disfunción. El formulario se aplica en adultos que sepan leer y escribir. ⁽¹¹⁾

Mendoza Solís ⁽¹²⁾ evaluó la dinámica familiar mediante la escala de medición FACES III, la cual fue aplicada en 103 familias de pacientes diabéticos tipo 2, cuyos resultados mostraron que el 41 % pertenecía a familias balanceadas en las cuales, predominó la comunicación directa en un 65% y los límites fueron claros en un 64%; mientras que en las familias de rango medio (43%) la comunicación se mostró enmascarada y; desplazada en las familias extremas (16%), en tanto que, los límites fueron difusos y rígidos respectivamente.

La manera en que los factores de estrés afectan a las familias y, las diversas formas en que éstas afrontan los daños a la salud, pueden favorecer el riesgo de disfunción. De tal suerte que, el manejo de la disfunción y el de los problemas de salud relacionados, debe ser

mediante una intervención terapéutica multidisciplinaria. ⁽⁷⁾

La presencia de una enfermedad en alguno de los miembros de la familia, ya sea aguda, crónica o terminal, puede ocasionar problemas en su funcionamiento y su composición; generando una crisis, dada la desorganización y el impacto que se produce en cada uno de sus miembros. Para adaptarse a esta nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permiten continuar su funcionamiento, de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar. ⁽¹³⁾

Los cambios que se producen en las familias en relación con la enfermedad están dados por las propias características familiares, tales como su etapa del ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de solidez de la familia, el nivel socioeconómico, la función que cubra la enfermedad para ese grupo en específico, la historia familiar, etc. ⁽¹³⁾.

El paciente con una enfermedad que tiende a la cronicidad o que se convierte en terminal, “es considerado como un individuo diferente”, ya sea por el tipo de expectativas, por las nuevas necesidades de cuidados y alimentación, por su aspecto físico, por su autoestima, por su capacidad de trabajo, etc. Estas situaciones en un momento dado, afectan el tipo de relación interpersonal con los miembros de la familia y sus conocidos, pudiendo evolucionar lentamente hasta el deterioro irreversible. ⁽¹³⁾

La condición de cronicidad puede evolucionar a situaciones de estrés crónico en el sistema familiar que no sólo impactan en su funcionamiento, sino también en la evolución de la propia enfermedad, ya que; durante todo el proceso de enfermedad, la familia sufre al igual que el paciente y esto puede generar cambios catastróficos dentro del seno familiar. ⁽¹³⁾

Sin duda, la funcionalidad de la familia es un factor que influye en la asistencia del enfermo y las variables facilitadoras son el afecto, el apoyo mutuo y la participación que otorga la red familiar; situación que Rodríguez Abrego y colaboradores ⁽¹⁴⁾ confirmaron al estudiar mediante la escala de Holmes a 226 pacientes con insuficiencia renal crónica, cuyos resultados revelaron que el solo el 51 % de las familias participó en la asistencia de los

pacientes, y de estos; el 41 % (47 pacientes) pertenecía a una familia disfuncional.

En el caso de una familia disfuncional, Méndez López ⁽¹⁵⁾, concluye que, existe asociación entre la disfunción familiar y el grado de control en el paciente diabético tipo 2, ya que a través de un estudio de 300 pacientes diabéticos tipo 2 se evaluó la funcionalidad familiar con el Apgar familiar; el nivel de control de la enfermedad tomando como indicador, las cifras de glucemia en ayunas, colesterol total, triglicéridos y tensión arterial en una sola variable compleja. Así mismo, se analizó edad, sexo y grado de conocimientos sobre la enfermedad. Los resultados arrojaron que el 36 % (47 pacientes) del grupo identificado con funcionalidad familiar (44%), mostró parámetros glucémicos dentro de los límites de control, mientras que sólo el 13 pacientes (8 %) del 56 % de los sujetos pertenecientes a familias disfuncionales tuvieron cifras de glicemia en límites normales.

Por lo anterior, no debemos olvidar que los enfermos y sus familiares viven la experiencia compartida del padecimiento, y además juntos pueden abrir nuevas vetas a explorar en el campo de la experiencia del padecimiento. ⁽¹⁶⁾

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD:

Según Bowling ⁽¹⁷⁾, el estado de salud es referido como calidad de vida, y para limitar su operacionalización en los estudios de investigación, la calidad de vida es referida como Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). Frecuentemente es definida en los estudios publicados desde una perspectiva funcionalista de la sociedad, lo cual se relaciona con la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria y el cumplimiento con las obligaciones de sus roles. Tradicionalmente, ha sido enfocada negativamente, en términos de incapacidades y por lo tanto medida de esta forma (por ejemplo, con actividades de la vida diaria y con escalas de funcionalidad física y de sus roles).

Tomando en cuenta estas definiciones, la CVRS se define así como los niveles óptimos de funcionalidad mental, física, social y de rol (por ejemplo, laboral, parental, etc.), incluyendo las relaciones y percepciones de salud, capacidad, satisfacción y bienestar con la vida. Además, existen factores no biológicos que pueden tener influencia o mediar en la recuperación incluyen expectativas del paciente, autoestima, autodominio, motivación,

afrontamiento, adherencia a la terapia, estado socioeconómico, disponibilidad de atención a la salud, redes sociales de apoyo, creencias culturales y conductas de salud del individuo. ⁽¹⁸⁾

La OMS en relación a investigación internacional de CVRS (Stratorius 1993), ha estipulado una definición de calidad de vida, la cual, también toma en cuenta la percepción individual y la relación con el ambiente: “La calidad de vida es definida como la percepción del individuo de su posición en la vida dentro del contexto cultural y del sistema de valores en que vive y en relación con sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.

La calidad de vida relacionada con la salud incluye todos aquellos elementos que forman parte integral de la persona; mismos que se incluyen en las siguientes dimensiones ⁽¹⁹⁾:

1. Función física – Capacidad de realizar las actividades físicas diarias, desplazamiento y cuidado personal
2. Función Psicológica – Sensación de bienestar: sufrimiento psicológico, bienestar emocional, afecto, ansiedad y depresión
3. Función social – Participación en actividades y relaciones sociales. Funcionamiento en las actividades sociales habituales con la familia, los amigos y los vecinos
4. Rol – Participación y realización de los roles sociales habituales, como trabajar, llevar a cabo tareas domésticas, cuidar de los niños, ir a la escuela y/o participar en actividades comunitarias
5. Síntomas – Experiencia subjetiva, sensación o apariencia de funcionalismo anormal, que generalmente es indicativo de una afección o enfermedad
6. Función Cognitiva – Habilidad y capacidad para razonar, pensar, concentrarse y recordar
7. Percepción – Impresión subjetiva del estado de salud actual de la salud o previo, resistencia a la enfermedad y preocupación por la salud futura

Según Duran, ⁽²⁰⁾ los adultos hasta de 64 años de edad en ambos sexos, se concentran con mayor frecuencia en las siguientes tres dimensiones: salud general, función social y salud mental; en el grupo de 65 a 74 años de edad lo hace en la función social y salud mental; y en mayores de 75 años, en salud mental. Por lo que el propósito fundamental de la utilización y medición de la CVRS consiste en proporcionar una evaluación más comprensiva, integral y

válida del estado de salud de un individuo o grupo, y una valoración más precisa de los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de la atención médica.

Enfocándonos a los diabéticos, que son nuestra población de interés, Medina Martín ⁽²¹⁾ sustenta que los pacientes con DM presentan una peor CVRS específicamente en las dimensiones físicas, ya que cuentan con factores de riesgo como la hipertensión arterial, la obesidad y un mal control glucémico, sin embargo; el nivel de afectación en la función social y en la salud mental, es bajo; situación que es compartida por Gôz ⁽²²⁾ quien aplicó el cuestionario SF 36 en 66 pacientes diabéticos tipo 2, los cuales mostraron un buen nivel funcional en estas dos áreas incluyendo las personas que viven solas.

Por su parte, Cárdenas Villarreal ⁽²³⁾ considera que la calidad de vida se ve afectada debido a que el tipo de tratamiento al que se someten es de por vida, además de las complicaciones. Por esta razón estudió la calidad de vida en 137 pacientes diabéticos tipo 2, de menos de 10 años de haber sido diagnosticados, mayores de 25 años de edad, de ambos sexos, con capacidad oral articulada y registrados en el programa de diabetes mellitus de una unidad de medicina familiar del IMSS a los cuales se les aplicó el instrumento de calidad de vida en diabetes (1988), el cual se enfoca a la satisfacción del diabético en relación al tratamiento. Los resultados arrojaron que el tiempo de padecer la enfermedad no influyó en la percepción de calidad de vida, al igual que la edad; en cuanto al género, los hombres reportaron mejor calidad de vida, (con una media de 65-62, respectivamente, $p = 0.03$), pero las mujeres manifestaron mayor satisfacción en el tratamiento (media 73 – 68, $p = 0.03$), además se observó que aquellos pacientes con tratamiento de dieta y ejercicio refirieron una mayor satisfacción que quienes realizaban otro tipo de tratamiento ($p = 0.02$).

El impacto de determinadas enfermedades en los pacientes no debería ser medido únicamente mediante la cuantificación de parámetros clínicos objetivos como la morbi-mortalidad. Hervas ⁽²⁴⁾ aplicó en forma comparativa las escalas de medición de calidad de vida relacionada con la salud, SF-36 y EQ-5D en población general y mayor de 65 años de edad, comparada con población diabética, y fue evidente la tendencia de los diabéticos a presentar resultados inferiores en la percepción de calidad de vida, donde los rubros con mayor daño, resultaron ser en un 76.6 % “ la salud física” para el SF-36 y “ansiedad/depresión” en un 43 % para el EQ-5D.

Es importante recordar que el paciente diabético muestra cierto grado de depresión independientemente del nivel de afectación física ⁽²⁵⁾, es decir; el simple hecho de saberse diabético le crea ansiedad y depresión.

Partiendo de los datos anteriores, y tomando en cuenta que, la depresión afecta el control glucémico y la calidad de vida, Paile – Hyvarinen ⁽²⁶⁾ estudio la posibilidad de tratar la depresión en el paciente diabético, mediante el uso de paroxetina a dosis de 20 mg/día en pacientes de 50 a 70 años de edad con depresión leve, sin embargo los resultados mostraron que no hubo beneficio ya que, el efecto antidepresivo es mínimo y de corta duración.

García Pérez ⁽²⁷⁾, realizó un estudio en 270 pacientes diabéticos e hipertensos con el fin de identificar factores predictores de la calidad de vida relacionados con la salud evaluando las variables: edad (70 ± 10 años), género (75.9% mujeres), antecedentes personales, dinámica familiar (Test de Apgar familiar), redes de apoyo social (Escala de Duke-UNC), calidad de vida (Perfil de Salud de Nottingham-PSN), nivel de estudios (bajo en el 94%), estado civil (casado 60%), estado metabólico (glucosa basal media 169.9 mg/dl), presión arterial sistólica media 140.6 mmHg, presión arterial diastólica media 75.4 mmHg. En relación a estas variables; se concluyó que un modelo de paciente con peor calidad de vida cuenta con las siguientes características: género femenino, con bajo nivel de estudios, sedentaria, con antecedentes de cardiopatía isquémica y proteinuria, y con escaso apoyo social afectivo. Por si fuera poco; este tipo de pacientes manifestaron una peor calidad de vida auto percibida.

La percepción de la calidad de vida en el paciente con enfermedad crónica se va deteriorando conforme se compromete la salud física y se exacerba cuando se afecta la salud mental, siendo la depresión; la alteración psicológica mas frecuente en este tipo de pacientes; de tal forma que una baja calidad de vida asociada a depresión se relaciona con una mayor comorbilidad así como al incremento en la frecuencia de hospitalizaciones, es por ello que, resulta ser una necesidad orientar al paciente para reconocer los síntomas de la depresión y combatirla oportunamente. ⁽²⁸⁾

El impacto físico y emocional a lo largo del proceso de la cronicidad en el paciente diabético, muestra un deterioro en la calidad de vida. De los Ríos Castillo y colaboradores ⁽²⁹⁾ buscaron identificar y tipificar las posibles peculiaridades funcionales de la enfermedad, al estudiar a 100 pacientes diabéticos. El deterioro de la calidad de vida se midió con la escala de calidad de vida relacionada con la salud (ESCAVIRS), en su versión validada y estandarizada al español. Las variables comprendidas fueron; el tiempo de evolución de la DM, así como algunos aspectos sociodemográficos como la edad, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación. Los resultados revelaron que en el 49 % el tiempo de evolución de la DM fué > 5 años y que el 43 % cursó con algún grado de deterioro en su calidad de vida en las áreas evaluadas, de las que sobresalen: las áreas de interacción con el equipo de salud, la disfunción sexual y los aspectos emocionales y físicos. El 36 % mostró un deterioro severo en la relación medico-paciente, aunque cabe mencionar que, el nivel educativo bajo de los pacientes (49 % primaria completa) con DM2 se ha correlacionado significativamente con la falta de apego al tratamiento médico, por lo que; el éxito o fracaso del tratamiento no sólo depende de la eficacia de los métodos sino de la forma como los pacientes siguen las indicaciones medicas, aunque también es cierto que, dentro del ajuste al tratamiento, los pacientes pasan por diversos periodos de tensión emocional al someterse a restricciones dietéticas y físicas, que traen consigo serias repercusiones emocionales y sociales, y por lo tanto; alteraciones en la calidad de vida relacionada con la salud. Dentro del área sexual, el 29 % presento disfunción sexual severa; mientras que, en el área psicosocial, integrada por reactivos que evalúan aspectos emocionales tales como ansiedad, depresión, temores, preocupaciones, autoconcepto y algunos aspectos de interacción social, el 60 % de los sujetos no mostró deterioro mientras que en el 15 % fue severo.

Los pacientes con mayor riesgo de deterioro son aquellos con más de cinco años de evolución de la DM2, nivel educativo bajo y edad mayor de 50 años. Se concluye que el grado de deterioro de la calidad de vida en este tipo de pacientes es progresiva y está asociada a la evolución degenerativa de la enfermedad.

Sin embargo, el nivel sociocultural puede servir de soporte al paciente diabético, ayudándolo a mejorar su percepción de calidad de vida, ⁽³⁰⁾; es por ello que, el grupo de autoayuda en el control de la Diabetes Mellitus influye positivamente; a través de diversas acciones, fomenta en los usuarios el sentido de responsabilidad de su enfermedad, y a su vez los prevé de aptitudes para reconocer la enfermedad, situación que repercute de manera favorable en los

factores de riesgo. ⁽³¹⁾.

Esta demostrado que las complicaciones micro o macrovasculares propias de la enfermedad contribuyen a disminuir la calidad de vida, un ejemplo claro son las alteraciones visuales, de las que destaca, el edema macular en el diabético tipo 2, este tipo de pacientes perciben su calidad de vida muy por debajo de otras patologías visuales tales como, la retinopatía en el diabético tipo 1, los pacientes con glaucoma y los que cuentan con cataratas. ⁽³²⁾

Otra complicación, que también afecta la calidad de vida del diabético, es la disfunción eréctil en el varón, situación que a su vez ocasiona disfunción conyugal y por supuesto, aumenta la ansiedad y la depresión. ⁽³³⁾

Es de especial interés, comentar que, los factores de riesgo relacionados estrechamente con el descontrol metabólico es la obesidad exógena y los malos hábitos alimenticios, situación; a la que se une la falta de interés por parte de los diabéticos por conocer su enfermedad, ⁽³⁴⁾ De tal forma que es necesario una educación participativa, mediante la promoción de un nuevo estilo de vida, con el fin de disminuir el riesgo de posibles complicaciones. ⁽³⁵⁾

En base a lo anterior, Quirantes Hernández ⁽³⁶⁾ analizó las características, complicaciones, mortalidad y estilo de vida de 1,390 diabéticos durante 1 año, 154 (11,1 %) del tipo 1 y 1,236 (88,9 %) del tipo 2, con el fin de identificar los factores que contribuyen al fracaso en el manejo medico, para lo cual se llevó a cabo el programa "Mejorar la Calidad de la Vida del Diabético" cuya estructura se basa en la interrelación del nivel primario de salud y el secundario, mientras que su dinámica lo hace en la aplicación de lo se que denominó "Las 7 Leyes del Éxito del Paciente Diabético", las cuales van encaminadas a cambiar inadecuados estilos de vida que conllevarían a mejorar su calidad de vida y consisten en: 1) Asistencia mensual a las plenarias de instrucción diabetológica, 2) Asistencia trimestral a la consulta médica, 3) Asistencia mensual al podólogo, 4) Asistencia semestral al estomatólogo, 5) Alcanzar y/o mantener el peso ideal, 6) Practicar sistemáticamente ejercicios físicos de acuerdo con la edad y 7) No fumar. Los resultados evidenciaron que el 59.5 % no asisten a podología, el 57.3 % no asisten al estomatólogo, el 55.8 % llevan vida sedentaria, el 26.8 % no cuenta con educación diabetológica, además, el 24.3 % son fumadores y por si fuera poco; el 17.8 % no asisten a consulta médica. Aunado a ello; la comorbilidad se reporto de la

siguiente manera: Hipertensión arterial en el 35.2 %, sobrepeso en el 31.1 %, cardiopatía isquémica en el 19.4 %, Infarto cardíaco 4.3 %, accidente

cerebrovascular 3.2 %, mal perforante plantar 3.2 %, amputados 2.1 %, ceguera 1.6 % e insuficiencia renal crónica 1.5 %; los ingresos hospitalarios se reportaron en un 4.1 % y los fallecidos 3.2 %. Se concluye que el estilo de vida de la población diabética puede ser modificado favorablemente, aplicando un sistema de prevención sencilla y económica por parte de los médicos y enfermeras de la atención de salud primaria con la asesoría y el apoyo del nivel de atención secundario. Ello conllevaría a una razonable disminución de la mortalidad, las complicaciones y los costos que se derivan de esta enfermedad.

Finalmente podemos asumir que la medida de la CVRS puede ayudar en la comunicación médico-paciente, facilitando la identificación de problemas de salud, físicos, mentales o sociales no detectados en la evaluación clínica convencional, y mejorar el seguimiento y control de los pacientes. (Badia Llach X)

ESCALA DE MEDICION SF - 36

El cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS).⁽³⁷⁾ Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos, para comparar la carga de diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales.⁽³⁸⁾ Sus propiedades psicométricas, han sido evaluadas en más de 400 artículos convirtiéndolo en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS.⁽³⁹⁾ La mayoría de los autores concluyen que la encuesta FS-36 cumple en forma satisfactoria con todos los supuestos de validez y confiabilidad.^(40, 41)

Contenido del SF-36

El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 8 escalas de medición: Función física, Función de rol, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. ⁽⁴²⁾ desglosadas en 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. El cuestionario final cubre 8 escalas, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento ⁽⁴³⁾

Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36. ⁽⁴³⁾

Hay 2 versiones del cuestionario en cuanto al período recordatorio: la «estándar» (4 semanas) y la «aguda» (1 semana). El cuestionario está dirigido a personas de ≥ 14 años de edad y preferentemente debe ser autoadministrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal o telefónica. ⁽⁴³⁾

Para su evaluación, se han propuesto 2 formas diferentes de puntuación. ⁽⁴⁴⁾

a) El Rand Group estableció una graduación de las respuestas para cada tema desde 0 a 100. No todas las respuestas tienen el mismo valor, ya que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta, Por ejemplo pregunta de 3 categorías se puntúan 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntúan 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100. Luego, los puntajes de los ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas. Los temas y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayores sean, mejor estado de salud. Los ítems no respondidos no se consideran.

b) El Health Institute otorga diferentes valores, específicos a cada respuesta, utilizando un software.

DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus es una enfermedad sistémica, crónica degenerativa de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales. Se caracteriza por hiperglucemia crónica, debida a la deficiente producción o acción de la insulina secretada por el páncreas, afectando el metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas. ^(43,45)

Epidemiología:

Los cambios en la morbilidad y la mortalidad de la diabetes observados a nivel nacional e internacional han mostrado un proceso de transición epidemiológica resultante de los cambios que ocurren en los procesos económico, político y social.

La diabetes afecta actualmente a más de 194 millones de personas en el mundo y se espera que alcance los 333 millones en 2025. La mayoría de los casos se presentan en países en vías de desarrollo. ⁽⁴⁶⁾

En México, a partir de la década de los 60 la diabetes se ubica dentro de las primeras 20 causas de mortalidad general y desde hace dos décadas dentro de las primeras diez. En el año 2000 ocupó el tercer lugar como causa de mortalidad, manteniéndose así hasta el 2003 con 59,912 defunciones, con una tasa de 56.8 por 100,000 habitantes, sin embargo para el 2004 llegó el 2do lugar con 62,243 defunciones y una tasa de 59. ⁽⁴⁶⁾

La morbilidad en México para el 2005 alcanzó el 10^o lugar a nivel mundial ⁽⁴⁷⁾ con una prevalencia nacional de 10.7% en personas entre 20 y 69 años de edad; de este gran total, 2 millones de personas no han sido diagnosticadas. ^(46. 48)

En el estado de Zacatecas, la diabetes mellitus ocupa los primeros lugares de morbimortalidad con tendencia al aumento. Para el año 2000 su prevalencia fue del 9 % en adultos de 20 - 69 años de edad ⁽⁴⁹⁾

Factores de riesgo:

Es muy importante tener en mente todos los factores de riesgo que en un momento dado son desencadenantes de diabetes tipo 2. Cuantos más factores de riesgo se presenten en una

misma persona, más estará en riesgo de desarrollar diabetes ⁽⁵⁰⁾

No modificables:

- Herencia: Ciertos grupos étnicos parecen especialmente expuestos a desarrollar diabetes, como por ejemplo los indios americanos, las comunidades de las islas del Pacífico, las poblaciones del sur de Asia, los aborígenes australianos, los afro-americanos y los hispanos. Se estima que las personas que tienen un hermano o un familiar con diabetes tipo 2 corre un riesgo de un 40% de desarrollar diabetes a lo largo de su vida. Respecto a la enfermedad entre gemelos monocigóticos la concordancia del 60 al 100%.
- Edad: Antes de los 30 años de edad son pocos los pacientes con diabetes tipo 2, pero a manera que incrementa la edad, también incrementan los pacientes con diabetes tipo 2. El promedio de edad al momento del diagnóstico de diabetes tipo 2 es mas bajo en grupos raciales (hispanos, entre otros), que tienen una alta carga genética para el desarrollo de diabetes.
- Sexo: A pesar de las inconsistencias en lo estudios, los datos nacionales indican que la frecuencia de los pacientes diagnosticados con diabetes tipo 2 después de los 20 años de edad es similar entre mujeres y hombres de raza blanca no hispanos, (4.5 % y 5.2% respectivamente), pero es mucho mayor en las mujeres mexico-americanas (10.9%), que en los hombres mexico- americanos (7.7%).
- Raza: Las personas de origen hispano tienen de 2 a 3 veces mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 que las personas de origen caucásico.

Factores de riesgo modificables:

- Obesidad: Alrededor de un 80% de los pacientes con diabetes tipo 2 son obesos. El riesgo de desarrollar diabetes aumenta de forma progresiva tanto en varones como en mujeres a medida que aumenta el grado de sobrepeso, fenómeno debido, al menos en parte, a la disminución de la sensibilidad a la insulina a medida que el peso se incrementa.

Las personas con una historia familiar de diabetes se hacen más resistentes a la acción de la insulina a medida que aumenta el peso corporal

El mayor riesgo de diabetes se asocia a la obesidad central o troncal en la que la grasa se deposita a nivel subcutáneo e intraabdominal, se puede evaluar con una simple medición de la circunferencia a nivel de la cintura. En hombres no debe ser mayor a 102 cm y en mujeres no mayor de 88 cm.

- Sedentarismo: La realización de ejercicio (caminar a paso rápido de 30 a 45 minutos) 3 veces por semana esta asociado con grandes reducciones en el riesgo del desarrollo de diabetes tipo 2.

El efecto protector del ejercicio puede ser en la prevención de la resistencia a la acción de la insulina, y produciendo una mejor acción de la insulina en los tejidos muscular, adiposo y hepático.

- Dieta: La ingesta de calorías y los componentes de la alimentación tales como hidratos de carbono y grasas son factores que influyen en el incremento de peso y desarrollo de diabetes tipo 2. Una alimentación alta en grasas esta asociada a obesidad y a una distribución alterada de la grasa en el cuerpo.

- Tabaquismo: Se ha demostrado que el fumar condiciona poca acción de la insulina en los tejidos muscular, gras y hepático, además las personas que fuman tienen elevación del colesterol LDL, que a su vez, es un factor de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2.

- Urbanización: Los cambios en el estilo de vida en grupos de población susceptibles, pueden incrementar el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. La urbanización es relacionada a ciertos cambios en el estilo de vida, como son la alimentación y la actividad física, que traen como consecuencia un incremento en la obesidad.

- Alteraciones metabólicas:

- a) Pre diabetes: Estudios recientes en diferentes países ha demostrado que en grupos de pacientes con pre diabetes se puede retardar o prevenir la progresión a diabetes tipo 2. La Asociación Americana de Diabetes recomienda que todas las personas con pre diabetes, con sobrepeso y edad mayor de 45 años, deben ser considerados candidatos para prevención de diabetes, igual que personas menores de 45 años de edad, con sobrepeso, pre diabetes y otros factores de riesgo.

b) Resistencia a la Acción de la Insulina: Sin lugar a dudas la resistencia a la acción de la insulina es el elemento central que habrá que tomarse en cuenta en toda persona como parte de los factores de riesgo no sólo para diabetes tipo 2 sino en general como elemento de riesgo para las enfermedades cardiovasculares.

c) Embarazo: Hay una relación directa entre el número de embarazos con la probabilidad de desarrollar diabetes mellitus tipo 2; a mayor número de embarazos mayor probabilidad de desarrollar diabetes. Además, la mujer que presenta diabetes gestacional y que normaliza su glucosa después del embarazo tiene un riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 de aproximadamente 5 a 10% cada año, en otras palabras 5 a 10 pacientes que tuvieron diabetes gestacional, después del parto cada año presentarán diabetes.

Clasificación:

Clasificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la Prevención y Control de la Diabetes ⁽⁴⁵⁾:

- Diabetes Tipo 1
 - a. Diabetes Inmunomediada
 - b. Diabetes Idiopática
- Diabetes Tipo 2
- Otros Tipos
- Diabetes Gestacional (DMG)

Clasificación CIE – 10 ^a ⁽⁴⁸⁾:

- E10 Insulinodependiente
- E11 No Insulinodependiente con o sin obesidad de comienzo en la madurez.
- E12 Diabetes con desnutrición insulinodependiente o no insulinodependiente.
- E13 Otras diabetes
- E14 No especificada.

Diabetes tipo 1. (DM1): Este tipo de diabetes sucede cuando el páncreas secreta poca o nula cantidad de insulina. Generalmente aparece antes de los 30 años de edad, y las personas que la padecen requieren de insulina en su tratamiento. Ocupa un 10 % del total de casos de diabetes. ^(45,47)

Diabetes tipo 2. (DM2): Es el resultado de una resistencia periférica a los efectos biológicos de la insulina o bien, a una disfunción secretora de la célula beta. Aparece en personas que padecen obesidad y/o tienen el antecedente de diabetes en la familia. La DM2 representa el 90% de todos los casos de diabetes. ^(45,47)

Diagnostico:

Criterios diagnósticos en la D.M. (1997) ⁽⁴⁷⁾:

- Sintomatología (poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso sin otra causa, fatiga, visión borrosa, disfunción eréctil en los hombres) mas glucemia plasmática casual ≥ 200 mg/dl, ò
- Glucemia plasmática en ayunas ≥ 126 mg/dl ò
- Glucemia plasmática a las 2 horas del test de tolerancia oral a la glucosa ≥ 200 mg/dl.

| Categoría Diagnostica | Glicemia basal | Glucemia azar | Glucemia tras SOG |
|----------------------------------|------------------|----------------------------------|-------------------|
| Normal | < 110 mg/dl | ----- | < 140 mg/dl |
| Tolerancia alterada a la glucosa | ----- | ----- | 140 – 199 mg/dl |
| Glucemia basal alterada | 110 – 126 mg/dl | ----- | ----- |
| Diabetes | ≥ 126 mg/dl | ≥ 200 con sintomatología | ≥ 200 |

Tratamiento:

El tratamiento tiene como objetivo aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por complicaciones. ⁽⁴⁷⁾

- Manejo no farmacológico: Incluye el control de peso, plan alimenticio, educación del paciente y su familia, automonitoreo y grupos de ayuda.
- Manejo farmacológico: Los medicamentos utilizados son del tipo de sulfonilureas, biguanidas, insulina o combinaciones de estos medicamentos. También pueden ser utilizados los inhibidores de la alfa-glucosidasa, tiazolidinedionas y otros.
- Vigilancia de complicaciones: La frecuencia de las consultas depende de las metas del tratamiento, de los ajustes al mismo, así como de la evolución de la enfermedad. La revisión del paciente deberá incluir el examen de los ojos, función renal, cardiovascular así como del estado neurológico en la búsqueda y prevención de complicaciones.
- Referencia al 2do nivel: Ante la falta de cumplimiento de las metas a pesar del tratamiento farmacológico, por falta de respuesta al tratamiento o por complicaciones agudas y crónicas. ⁽⁴⁷⁾

Duran Varela ⁽⁵¹⁾ se interesó en el cumplimiento del tratamiento en el paciente diabético, por lo que realizó un estudio de 150 pacientes, 10 fueron eliminados (6.6%) porque no se pudo localizar su domicilio. La edad promedio fue de 60 ± 9 años; el índice de masa corporal tuvo un promedio de $30.1 \text{ kg/m}^2 \pm 6$ en los pacientes sin apego y de 29.6 ± 5 en los pacientes con apego. La práctica del ejercicio físico durante una hora dos o tres veces por semana la efectuó el 44.5%, y fue la caminata el ejercicio más frecuente; 98% afirmó que entendía perfectamente las indicaciones de su médico y dijo tener una buena relación con éste. El apego al tratamiento farmacológico correspondió a 54%. De los 140 pacientes, 69 (49.2%) que se apegaban al tratamiento usaban plantas medicinales, sustituyendo así al medicamento o disminuyendo la dosis de éste. El control metabólico en ambos grupos fue inadecuado, con una media de hemoglobina glucosilada $>10\%$. Los factores de riesgo con una relación estadísticamente significativa para no apegarse al tratamiento fueron la

escolaridad de primaria completa o menor (RM 2.8, IC 95% 1.14 - 6.8; $p=0.02$) y la falta de información sobre su enfermedad (RM 1.97, IC 95% 0.97-3.98; $p=0.05$) En este estudio se mostró una falta de apego al tratamiento de 46%, Tanto los pacientes apegados como los no apegados se encontraban descontrolados metabólicamente en >10% en ambos grupos. Un factor que pudo haber contribuido a este hecho fue la obesidad que padecían ambos grupos, aunado a la falta de apego a la dieta y al ejercicio, variables que podrían estar relacionadas con el desconocimiento de la enfermedad y que serían motivo de una segunda investigación, aunque en este estudio 44% refirió caminar una hora o más tres veces a la semana, y ésta sería una variable sujeta a comprobación. El 49% tomaba plantas medicinales, sin que esto fuera significativo para el apego al tratamiento farmacológico o al control metabólico; la escolaridad y el desconocimiento de la enfermedad fueron las variables estadísticamente significativas para la falta de apego al tratamiento farmacológico, y esto concuerda con lo notificado por otros autores al estudiar enfermedades crónicas.⁶⁻⁸ Sería de suma importancia evaluar los métodos de enseñanza que se imparten en las unidades médicas donde se atiende a pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2; sobre todo si se considera que esta enfermedad es crónica, y que requiere un control adecuado –con el fin de evitar complicaciones graves a corto y a largo plazo, en el cual intervienen múltiples disciplinas, sobre todo educativas, y no sólo el apego al tratamiento farmacológico, como se demostró en este estudio.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes Mellitus es una entidad patológica de interés mundial, ya que resulta preocupante el rápido aumento en el número de pacientes que padecen esta enfermedad así como el desarrollo de complicaciones a edades cada vez más tempranas y por supuesto, el gran impacto sobre los recursos humanos y económicos.

Según la OMS, los gastos médicos de una persona con diabetes son dos a cinco veces más altos que los de una persona sin esta enfermedad.

Se calcula que 25% de las naciones del mundo no han desarrollado un plan específico para la atención de la diabetes dentro de los planes nacionales de salud, a pesar de que los gastos invertidos para esta enfermedad podrían reducirse de modo importante mediante la inversión en prevención, particularmente en detección precoz para evitar la aparición de complicaciones causadas por diabetes. Las acciones tempranas que se tomen en el desarrollo de la enfermedad son más benéficas en términos de calidad de vida y más efectivas en cuanto a costo, específicamente si esta acción puede prevenir hospitalizaciones.

La baja en la productividad (resultado de discapacidades, ausencia por enfermedad, retiro prematuro o muerte prematura) contribuye en los costos indirectos de la diabetes.

En nuestro país, en los últimos años se ha enfatizado en la educación para la salud del paciente y sus familiares dándose a conocer las medidas higiénico-dietéticas y medicamentosas a través de los grupos de autoayuda, con el fin de lograr una mejor calidad de vida para el diabético; sin embargo no se ha logrado un verdadero impacto.

Es importante señalar que, no solo se compromete el estilo de vida de quien la padece, sino también del resto de la familia al compartir la experiencia de padecer una enfermedad crónica, uno viviendo la enfermedad y otro ejerciendo el rol de cuidador, esto sin dejar de lado el costo psicosocial, mismo que se manifiesta mediante estrés, dolor y ansiedad.

Un individuo con diabetes generalmente se dirige a su familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud; la respuesta que le brinden influirá positiva o

negativamente sobre su conducta terapéutica y, por lo tanto, en el control de la enfermedad. Sin embargo; las reacciones de la familia ante la presencia de una enfermedad dependerán básicamente del tipo de familia, cultura, educación y desarrollo, así como de las ideas sobre la salud frente a esta enfermedad en específico y su tratamiento.

Como educadores en salud se debe fomentar la participación de la familia en el cuidado del diabético tipo 2, ya que frecuentemente las interacciones familiares intervienen de alguna manera en la conducta terapéutica del paciente.

Es por eso que surge la siguiente pregunta:

¿Que influencia tiene la funcionalidad familiar en la calidad de vida relacionada con la salud del diabético tipo 2?

3. JUSTIFICACION

Epidemiológica: La Diabetes Mellitus es un problema de gran *magnitud* a nivel mundial, ya que afecta actualmente a más de 194 millones de personas en el mundo y se espera que alcance los 333 millones en 2025. La mayoría de los casos se presentan en países en vías de desarrollo. ⁽⁴⁶⁾

En los últimos 20 años, por lo menos en México, la mortalidad por esta causa incrementó de 20 a casi 50 defunciones por cien mil personas y se estima que para el año 2025 podría llegar a triplicarse el número de casos ⁽⁵²⁾.

La *trascendencia* de este problema radica en los cambios en el estilo de vida de quienes la padecen, por la consecuente pérdida de años de vida productiva y años de vida potencial debido a la incapacidad y la muerte, esto sin mencionar el estrés, el dolor y la ansiedad que llega a presentar el paciente, situación que en un momento dado puede alterar la dinámica de la familia e influir en la salud del diabético.

El presente estudio se realiza para conocer la influencia de la dinámica familiar en la calidad de vida relacionada con la salud del diabético ya que las acciones tempranas que se tomen en el desarrollo de la enfermedad son más benéficas en términos de calidad de vida y más efectivas en cuanto a costo, específicamente si esta acción puede prevenir hospitalizaciones.

Se cree que los pacientes de mayor *vulnerabilidad* a las complicaciones, en muchas de las ocasiones son pacientes que viven en un ambiente familiar disfuncional; de tal forma que, la *factibilidad* para una mejor calidad de vida será mayor a medida que se pueda mejorar el ambiente familiar.

Administrativa: En el caso de consulta externa, (tanto en instituciones públicas como las privadas) la principal causa de demanda es la diabetes mellitus. Para el año 2004, en promedio el IMSS otorgo 29.5 consultas diarias por consultorio, en la Secretaría de Salud fueron 14.9 consultas, en el ISSSTE 16.8, 17.2 en el IMSS–Oportunidades, 12.4 en PEMEX y 7.3 en los servicios que otorga la Secretaría de la Defensa Nacional ⁽⁵²⁾.

Referente a la atención hospitalaria, la diabetes constituye el 20 % del total de ingresos, con un mayor número de días de estancia. Para el 2004, en el ISSSTE la diabetes fue la 5^a causa de estancia hospitalaria, con un gasto de 219 millones de pesos, que se traducen en, 40 millones de pesos en medicamentos y estudios, 200 millones por hemodiálisis y casi 205 mil días de incapacidad. En el mismo año el IMSS destinó aproximadamente 15 mil pesos para la atención de cada uno de sus derechohabientes con diabetes ⁽⁵²⁾.

Política: La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que entre el 4 y 5% de los presupuestos de salud gubernamentales se gastan en las enfermedades relacionadas con la diabetes, solventando desde los asuntos de bajo costo como las consultas de primer nivel y la visita de los pacientes a los hospitales hasta los asuntos de costo elevado como largas estadías de los pacientes en los hospitales para el tratamiento de complicaciones ⁽⁵³⁾.

El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) de nuestro país estima el gasto anual por diabetes en 317 millones de dólares (más de 3 mil millones de pesos), cuya distribución corresponde al 4.7% del gasto público para la Secretaría de Salud (38 millones de dólares), y 6.5% del gasto para IMSS e ISSSTE (103 millones de dólares) ⁽⁵²⁾.

4. OBJETIVOS

4.1 General

- Evaluar la asociación de la funcionalidad familiar en la calidad de vida relacionada con la salud del diabético tipo 2.

4.2 Específicos

- Evaluar la funcionalidad familiar.
- Medir la calidad de vida relacionada con la salud del diabético tipo 2.
- Identificar la funcionalidad familiar en sus aspectos de cohesión y adaptabilidad.
- Identificar características sociodemográficas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación).

5. METODOLOGIA

5.1 Material y métodos

5.2 Diseño metodológico

5.2.1 Tipo de estudio

- Observacional
- Descriptivo
- Transversal
- Prospectivo

5.2.2 Población de estudio

El universo de trabajo esta conformado por 7,275 pacientes adscritos a la UMF No 9 de Concepción del Oro Zacatecas, de los cuales 533 cuentan con diagnóstico de Diabetes Mellitus; registrados en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (Sistema de Información Medico Operativo), 15 son diabéticos tipo 1 y 498 son tipo 2.

5.2.3 Lugar

Unidad de Medicina Familiar No 9 de Concepción del Oro Zacatecas.

5.2.4 Tiempo

Del 06 de Junio al 15 de Agosto del 2008

5.3 Muestreo

5.3.1 Tipo de muestra

Muestreo probabilístico aleatorizado simple.

5.3.2 Tamaño de la Muestra

Se determino mediante la siguiente formula para poblaci3n infinita:

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

Donde:

n = Tama1o de la muestra que se requiere

Z = Distancia de la media de valor de significaci3n propuesta

Valor de Z = 1.96

p = Proporci3n de observaciones que se espera obtener en una categor3a

Valor de p = 0.09

q = Es la contraparte del porcentaje de observaciones en una categor3a

Valor de q = 1 – p (complementario) = 0.91

d = Precisi3n o magnitud de error que estamos dispuestos a aceptar

Valor de d = 0.05

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.09) (0.91)}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.0819)}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{0.31462704}{0.0025} = 125.85$$

“El tama1o de la muestra es de 126 pacientes”

5.4 Criterios de Selección

5.4.1 Criterios de Inclusión

- Personas de ambos sexos adscritos a UMF No 9.
- Personas adscritas a la unidad que se encuentren vigentes.
- Personas de 30 a 65 años de edad.
- Personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 de 5 años y más de evolución.
- Personas sin complicaciones por Diabetes Mellitus.
- Personas que acepten participar en el estudio.

5.4.2 Criterios de Exclusión

- Personas con antecedente de eventos cardiovasculares y/o cerebro vasculares así como sus secuelas.
- Personas con Parkinson.
- Personas con Tuberculosis pulmonar.
- Personas con SIDA – VIH +,
- Personas con cáncer.
- Personas con alteraciones mentales mayores.
- Personas que no acepten participar en el estudio.

5.4.3 Criterios de eliminación

- Cuestionarios incompletos.

5.5 Variables

5.5.1 Variable Dependiente

- Calidad de vida relacionada con la salud del diabético tipo 2.

5.5.2 Variables Independientes

- Funcionalidad familiar
- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Escolaridad
- Ocupación
- Comorbilidad (Hipertensión arterial sistémica, Dislipidemias, Artritis reumatoide, Enfermedades tiroideas,
- Glucemia
- Cronicidad de la enfermedad

5.6 Definición Operacional de variables

| Variable | Definición Conceptual | Definición Operativa | Tipo de variable | Escala de medición | Categoría |
|---|---|--|---------------------|--------------------|---|
| Funcionalidad familiar | Es la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital familiar y las crisis por las que atraviesa. | Función familiar obtenida mediante la aplicación del FACES III, el cual consta de 20 ítems, y estudia los aspectos de cohesión y adaptabilidad | Cualitativa | Politómica | No relacionada Relacionada Rígida Flexible Semirelacionada Aglutinada Estructurada Caótica |
| Calidad de vida relacionada con la salud | Es la capacidad de mantener niveles óptimos de funcionalidad mental, física, social y de rol. | Calidad de vida obtenida mediante la aplicación del SF-36, el cual consta de 36 ítems, que califica la función física, el rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental | Cualitativa | Dicotómica | Mejor Calidad de vida Peor calidad de vida |
| Edad | Intervalo de tiempo calculado en días meses y años, entre la fecha de nacimiento y la fecha actual. | Años cumplidos al momento de la entrevista | Cuantitativa | Discreta | En años |
| Sexo | Clasificación de hombre y mujer teniendo en cuenta las características fenotípicas | Condición determinada por observación | Cualitativa Nominal | Dicotómica | Hombre Mujer |
| Estado civil | Calidad de un individuo en orden a sus relaciones de familia en cuanto a le confiere o le impone determinados derechos y obligaciones civiles | De acuerdo a la condición civil en el momento de la encuesta | Cualitativa Nominal | Politómica | Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre |

| Variable | Definición Conceptual | Definición Operativa | Tipo de variable | Escala de medición | Categoría |
|-----------------|--|--|-------------------------|---------------------------|--|
| Escolaridad | Tiempo en el que la persona acude a la escuela o cualquier tipo de enseñanza, grado más alto completado. | Grado educativo mas alto al momento de la encuesta | Cualitativo Ordinal | Politómica | Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Técnica Preparatoria incompleta Preparatoria completa Licenciatura completa |
| Ocupación | Conjunto de actividades y obligaciones que desempeña un individuo en su trabajo | Actividades o funciones que desempeña al momento de la entrevista | Cualitativa Nominal | Politómica | Hogar Obrero Empleado Profesionista Jubilado Desempleado |
| Glucemia | Cifra de glucosa en ayunas | Glucosa mas reciente reportada por laboratorio en los últimos tres meses | Cualitativa Nominal | Dicotómica | Control Descontrol |

6. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Una vez que se autorizó el protocolo de estudio por el Comité Local de Investigación del Hospital General de Zona No. 1 "Dr. Emilio Varela Lujan" del IMSS en Zacatecas, Zacatecas; se obtuvo el listado generado por el registro epidemiológico de enfermedades crónico degenerativas del sistema de vigilancia epidemiológica (Sistema de Información Médico Operativo) del IMSS y se seleccionaron a los participantes mediante un muestreo probabilístico aleatorizado simple, utilizando el programa estadístico Epi Info 6.04. Una vez identificados se les solicitó autorización mediante carta de consentimiento informado. Previa información, motivación y capacitación sobre la importancia de realizar este estudio y sobre el llenado de dicho instrumento de recolección de datos.

Se capturó la información mediante 2 instrumentos: un cuestionario estructurado, autoadministrado; el SF-36 con un total de 36 preguntas cerradas apropiadas para identificar la calidad de vida, indaga la función física, el rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental, obteniéndose un puntaje de 0 a 100 para establecer la calidad de vida en una escala de tipo nominal; y para establecer el diagnóstico de funcionalidad familiar se aplicó el FACES III el cual es un instrumento que consta de 20 preguntas cada una de opción múltiple y que nos permite evaluar la cohesión y la adaptabilidad de la familia en una escala de tipo nominal. Dichos instrumentos se responden en un tiempo aproximado de 20 minutos por la persona entrevistada.

Los criterios de selección, pacientes diabéticos tipo 2 de ambos sexos, de 30 a 65 años de edad, con cronicidad de \geq 5 años, sin complicaciones por diabetes mellitus, adscritos y vigentes a UMF No 9. Se excluirán a aquellos pacientes que presenten cualquiera de las siguientes características: antecedente de eventos cardiovasculares y/o cerebrovasculares así como sus secuelas, Parkinson, tuberculosis pulmonar, SIDA – VIH +, cáncer y alteraciones mentales mayores.

El tamaño de la muestra se determinó mediante la fórmula de estimación de proporciones de una población infinita, de acuerdo a los siguientes supuestos, 0.09% de prevalencia de diabetes mellitus en el estado de Zacatecas, precisión del 0.05% y nivel de confianza del 95%; la muestra requerida fue de 126 diabéticos. El muestreo será probabilístico.

La variable dependiente analizada fue la calidad de vida relacionada con la salud en una

escala nominal. Se obtuvo información de variables independientes: funcionalidad familiar, sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, comorbilidad y cronicidad.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se tomaron en consideración aspectos éticos contemplados en la declaración de Helsinki y sus modificaciones hasta la de Edimburgo, Escocia en el 2003 y la de Tokio Japón del 2004. Así como la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos.

8. ANALISIS ESTADÍSTICO

Se elaboró una base de datos en SPSS v.15.

Para variables cuantitativas, medidas de frecuencia, media y desviación estándar y para variables cualitativas o categóricas, medidas de frecuencia simple y chi cuadrada (X^2). Con un nivel de significancia menor de 0.05 o un índice de confianza del 95%.

9. RESULTADOS

Se encuestaron a 126 pacientes diabéticos tipo 2, para identificar la Calidad de vida relacionada con la Salud, el promedio de edad fué de 56.53 ± 6.99 años, con rangos de edad de 33 a 65 años. Predominó el sexo femenino con el 52.4%; el 24.6% de este genero presentó peor calidad de vida, en comparación al sexo masculino que fué del 19% (Tabla y grafica No. 1).

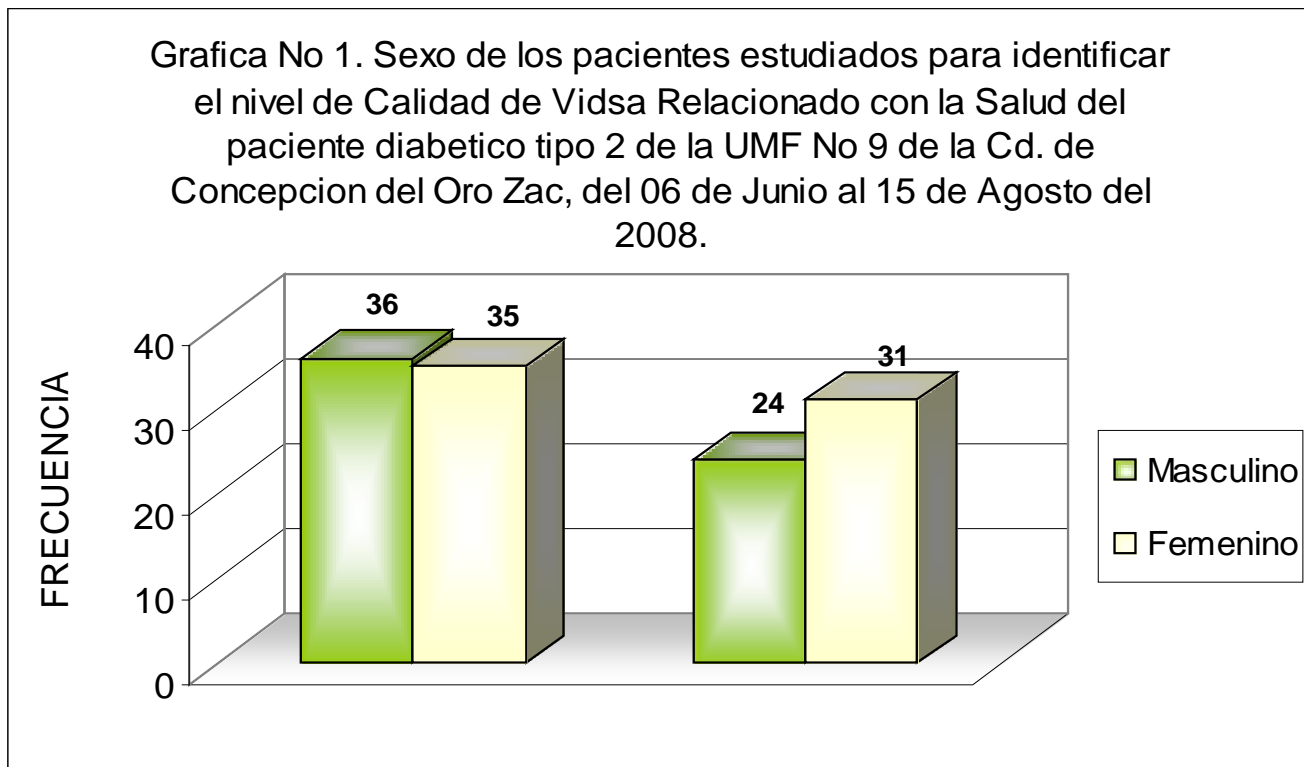
Tabla No 1 Sexo de los pacientes diabéticos tipo 2 encuestados para identificar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en la UMF No 9 Concepción del Oro; Zac. Junio - Agosto 2008.

| Sexo | Mejor calidad de vida | | Peor calidad de vida | |
|-----------|-----------------------|------|----------------------|------|
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| Masculino | 36 | 28.6 | 24 | 19 |
| Femenino | 35 | 27.8 | 31 | 24.6 |
| Total | 71 | 56.4 | 55 | 43.6 |

Fuente: Encuesta directa.

f = Frecuencia

% = Porcentaje



Fuente: Encuesta directa.

Los grupos de edad que predominaron fueron de 51 a 57 y de 58 a 65 años de edad con el 42 y 22.1% respectivamente, en donde se encontró peor calidad de vida relacionada con la salud (Tabla y grafica No. 2).

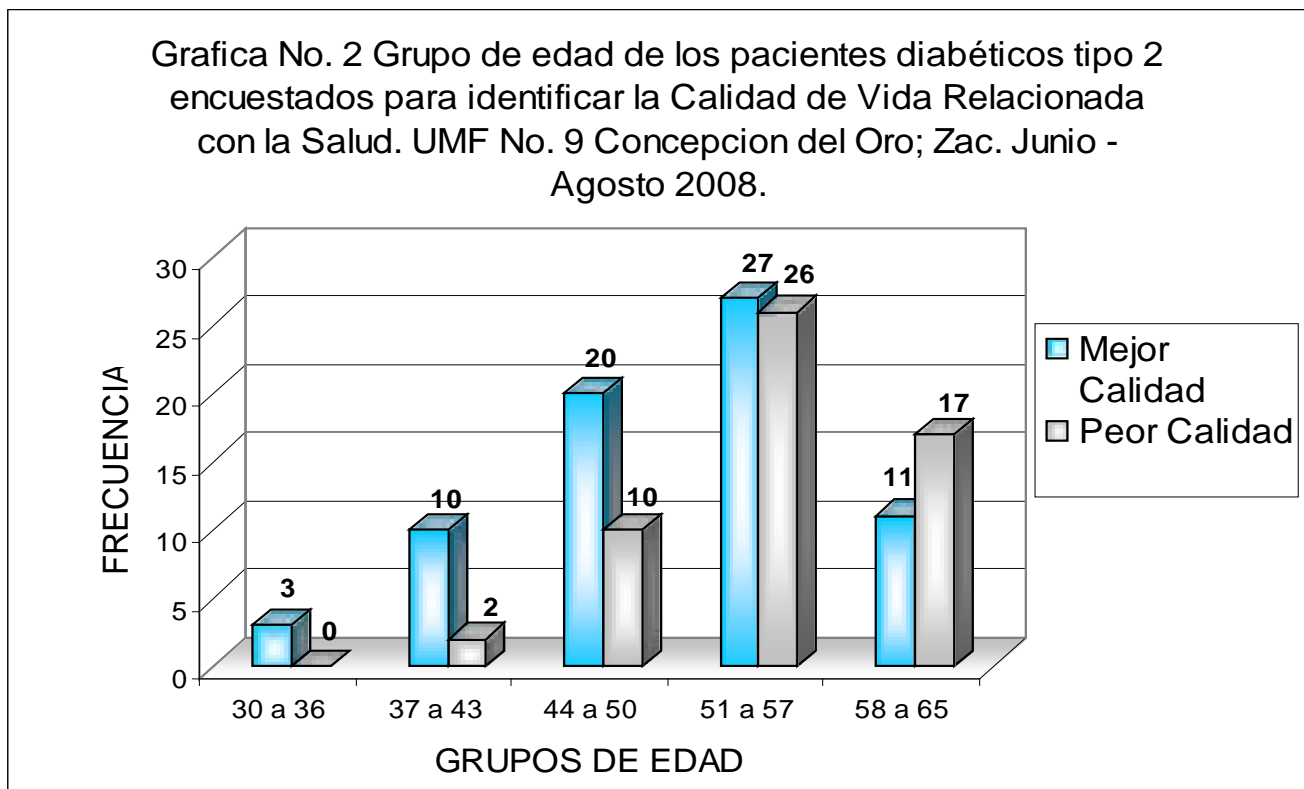
Tabla No 2 Grupos de edad de los pacientes diabéticos tipo 2 encuestados para identificar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en la UMF No 9 Concepción del Oro; Zac. Junio - Agosto 2008.

| Grupos de edad en años | Mejor Calidad de vida | | Peor calidad de vida | |
|------------------------|-----------------------|------|----------------------|------|
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| 30 a 36 | 3 | 2.3 | 0 | 0 |
| 37 a 43 | 10 | 8 | 2 | 1.5 |
| 44 a 50 | 20 | 16 | 10 | 8 |
| 51 a 57 | 27 | 21.4 | 26 | 20.6 |
| 58 a 65 | 11 | 8.7 | 17 | 13.4 |
| Total | 71 | 56.4 | 55 | 43.6 |

Fuente: Encuesta directa.

f = Frecuencia

% = Porcentaje



Fuente: Encuesta directa.

El estado civil que predominó fueron los casados con el 88%, del cual el 38% presentó peor calidad de vida (Tabla y grafica No 3).

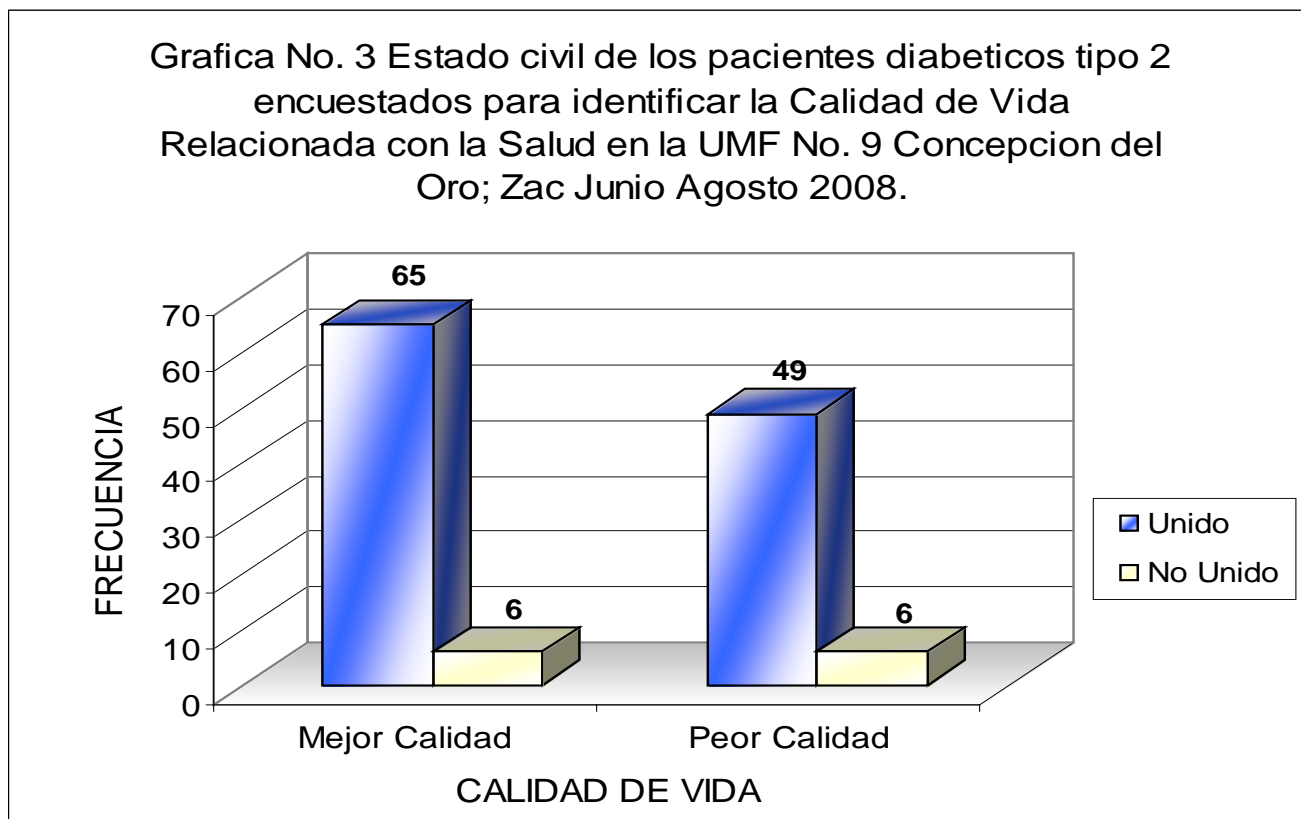
Tabla No 3 Estado Civil de los pacientes diabéticos tipo 2 encuestados para identificar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en la UMF No 9 Concepción del Oro; Zac. Junio - Agosto 2008.

| Estado civil | Mejor calidad de vida | | Peor calidad de vida | |
|--------------|-----------------------|-------------|----------------------|-------------|
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| Soltero | 4 | 3.2 | 0 | 0 |
| Casado | 63 | 50 | 48 | 38 |
| Viudo | 2 | 1.6 | 4 | 3.2 |
| Divorciado | 0 | 0 | 3 | 1.6 |
| Unión Libre | 2 | 1.6 | 1 | 0.8 |
| Total | 71 | 56.4 | 55 | 43.6 |

Fuente: Encuesta directa.

f = Frecuencia

% = Porcentaje



Fuente: Encuesta directa.

La baja escolaridad fué del 72.2% tomando como punto de corte la secundaria incompleta o menos, encontrando que es en este nivel escolar donde se encontró la peor calidad de vida tal como se observa en la tabla y grafica 4.

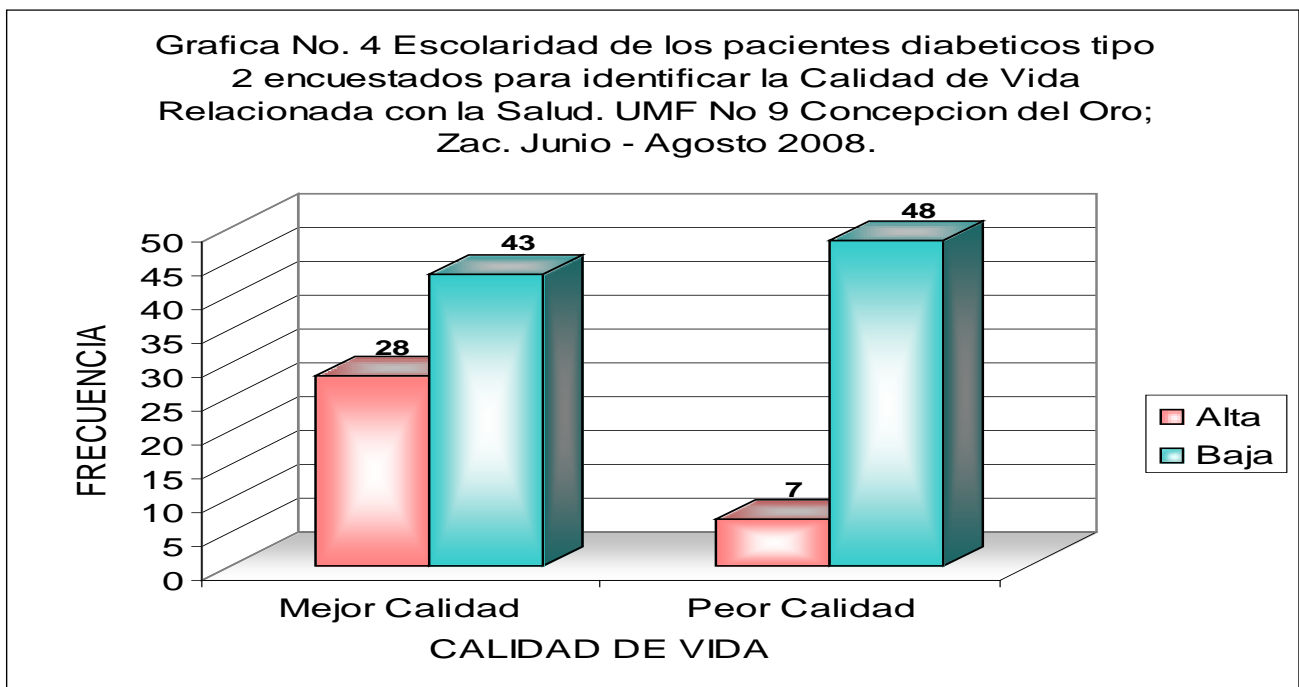
Tabla No 4 Escolaridad de los pacientes diabéticos tipo 2 encuestados para identificar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en la UMF No 9 Concepción del Oro; Zac. Junio - Agosto 2008.

| Escolaridad | Mejor calidad de vida | | Peor calidad de vida | |
|-------------------------|-----------------------|------|----------------------|------|
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| Analfabeta | 5 | 4 | 1 | 0.8 |
| Primaria incompleta | 18 | 14.3 | 22 | 17.5 |
| Primaria completa | 17 | 13.5 | 22 | 17.5 |
| Secundaria incompleta | 3 | 2.3 | 3 | 2.3 |
| Secundaria completa | 11 | 8.8 | 5 | 4 |
| Técnica completa | 4 | 3.1 | 0 | 0 |
| Preparatoria incompleta | 16 | 0.8 | 0 | 0 |
| Preparatoria completa | 6 | 4.8 | 0 | 0 |
| Licenciatura Incompleta | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Licenciatura completa | 6 | 4.8 | 2 | 1.5 |
| Total | 71 | 56.4 | 55 | 43.6 |

Fuente: Encuesta directa

f = Frecuencia

% = Porcentaje



Fuente: Encuesta directa.

La ocupación que predominó fué el hogar con el 42.9%, del cual; el 20.7% presentó peor calidad de vida. (Tabla y grafica No. 5).

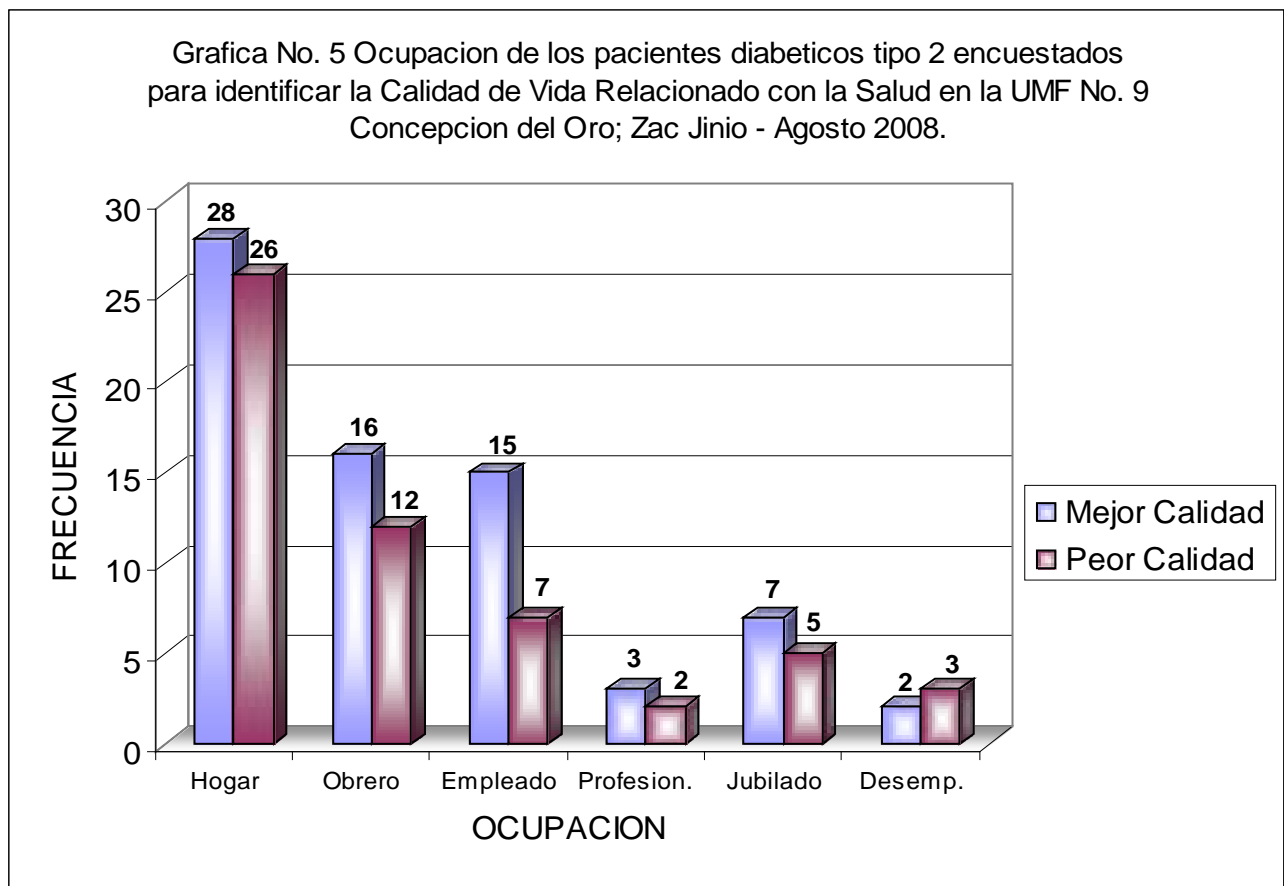
Tabla No 5 Ocupación de los pacientes diabéticos tipo 2 encuestados para identificar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en la UMF No 9 Concepción del Oro; Zac. Junio - Agosto 2008.

| Ocupación | Mejor calidad de vida | | Peor calidad de vida | |
|---------------|-----------------------|------|----------------------|------|
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| Hogar | 28 | 22.2 | 26 | 20.7 |
| Obrero | 16 | 12.8 | 12 | 9.5 |
| Empleado | 15 | 12 | 7 | 5.6 |
| Profesionista | 3 | 2.3 | 2 | 1.5 |
| Jubilado | 7 | 5.6 | 5 | 4 |
| Desempleado | 2 | 1.5 | 3 | 2.3 |
| Total | 71 | 56.4 | 55 | 43.6 |

Fuente: Encuesta directa

f = Frecuencia

% = Porcentaje



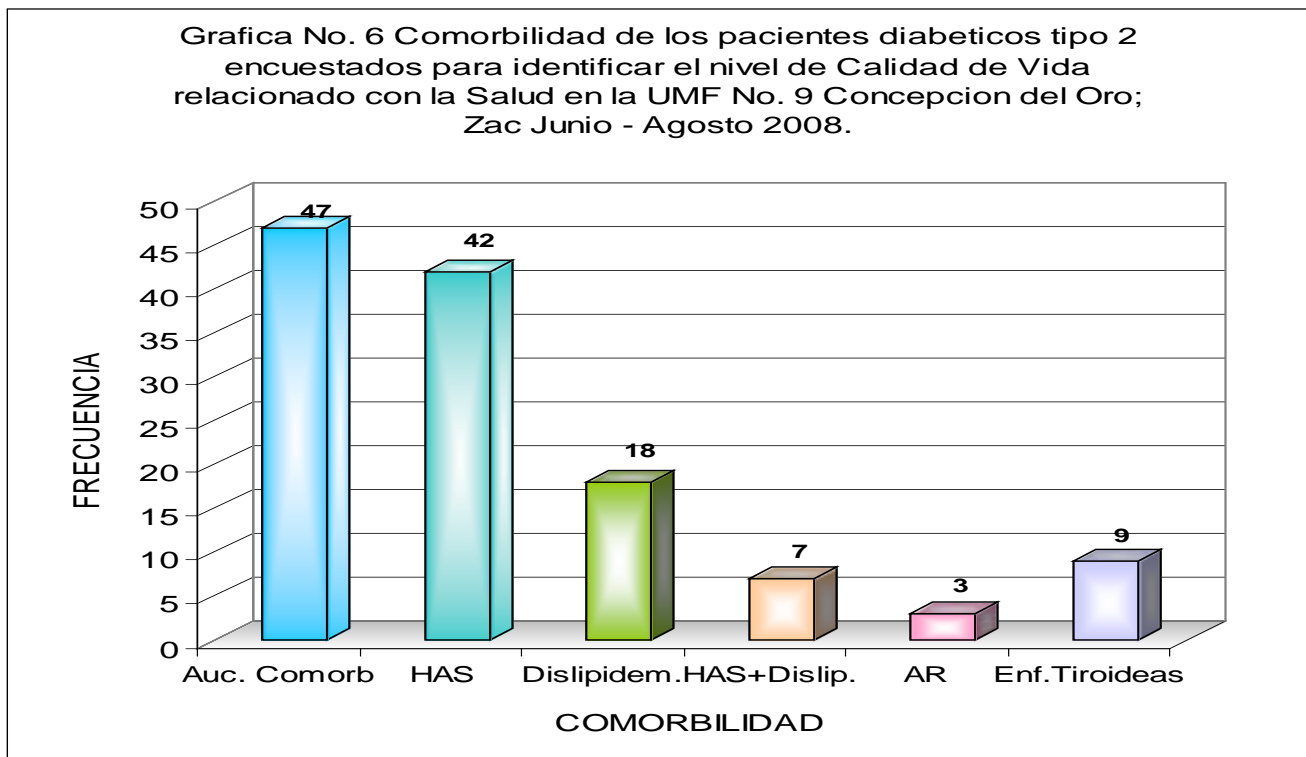
Fuente: Encuesta directa.

La ausencia de comorbilidad predominó con el 37.3%, sin embargo la enfermedad con mayor frecuencia fué la hipertensión arterial con el 33.5%, en la cual se presentó la peor calidad de vida tal como se observa en la tabla y grafica No. 6.

Tabla No 6 Comorbilidad en los pacientes diabéticos tipo 2 encuestados para identificar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en la UMF No 9 Concepción del Oro; Zac. Junio - Agosto 2008.

| Escolaridad | Mejor calidad de vida | | Peor calidad de vida | |
|------------------------------|-----------------------|------|----------------------|------|
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| Hipertensión Arterial | 16 | 12.8 | 26 | 20.7 |
| Dislipidemias | 6 | 4.8 | 12 | 9.5 |
| Hipertensión y dislipidemias | 5 | 4 | 2 | 1.5 |
| Artritis Reumatoide | 0 | 0 | 3 | 2.3 |
| Enfermedades tiroideas | 2 | 1.5 | 7 | 5.6 |
| Ausencia de otras patologías | 42 | 33.3 | 5 | 4 |
| Total | 71 | 56.4 | 55 | 43.6 |

Fuente: Encuesta directa
f = Frecuencia
 % = Porcentaje



Fuente: Encuesta directa.

La glucemia de los pacientes con diabetes tipo 2 que predominó fué la descompensada con un 47.6%, del cual el 27 % presentó peor calidad de vida. (Tabla y grafica No. 7).

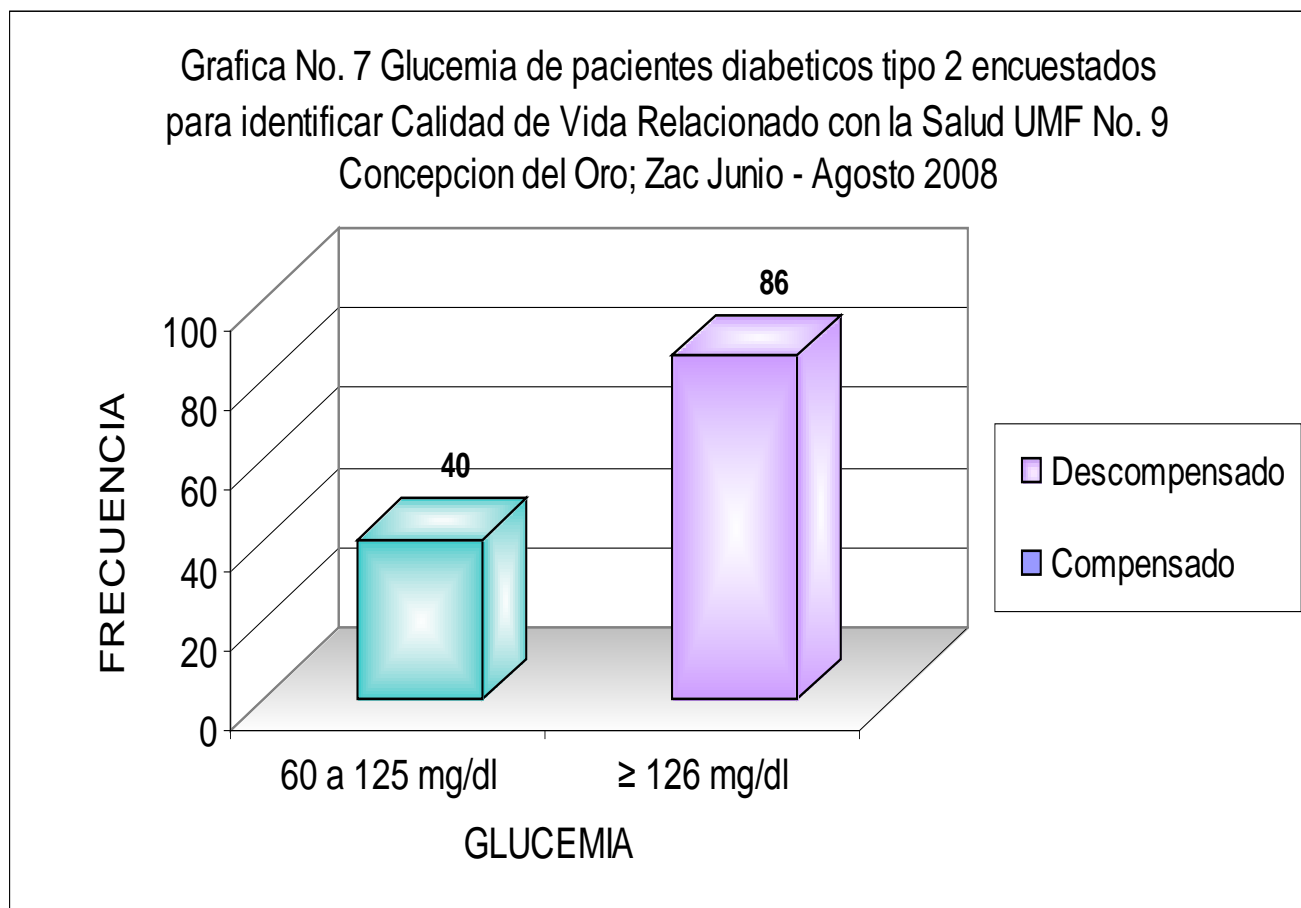
Tabla No 7 Control Glucémico en los pacientes diabéticos tipo 2 encuestados para identificar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en la UMF No 9 Concepción del Oro; Zac. Junio - Agosto 2008.

| Control Glucémico | Mejor calidad de vida | | Peor calidad de vida | |
|-----------------------------------|-----------------------|------|----------------------|------|
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| Compensado (60 a 125 mg/dl) | 27 | 35.8 | 13 | 16.6 |
| Descompensado (\leq 126 mg/dl) | 44 | 20.6 | 34 | 27 |
| Total | 71 | 56.4 | 55 | 43.6 |

Fuente: Encuesta directa, laboratorio clínico.

f = Frecuencia

% = Porcentaje



Fuente: Encuesta directa.

Laboratorio clínico.

La cohesión familiar que predominó fué la no relacionada con un 45.3%, del cual el 30.2% presentó peor calidad de vida. (Tabla y grafica No. 8).

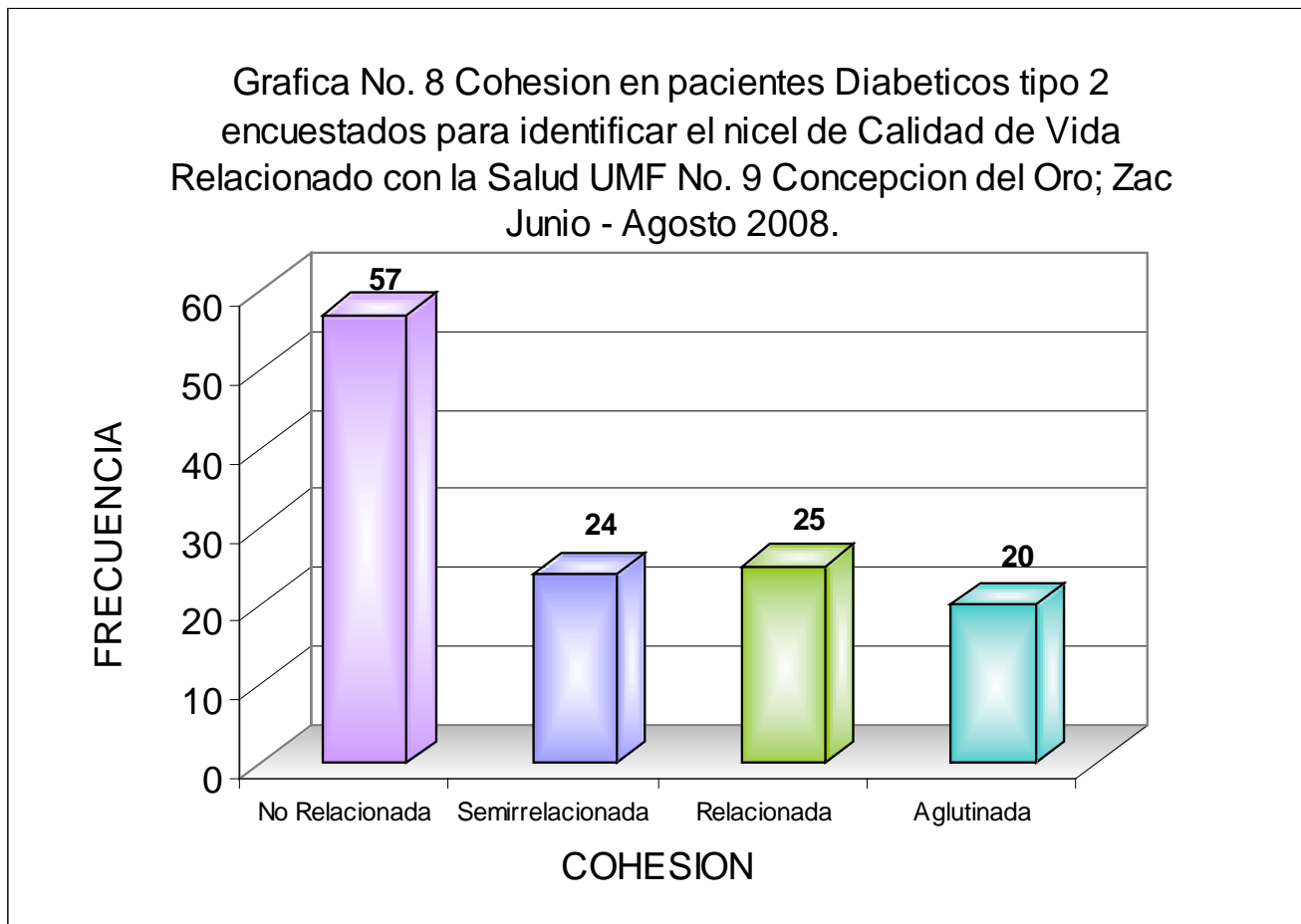
Tabla No 8 Cohesión familiar en los pacientes diabéticos tipo 2 encuestados para identificar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en la UMF No 9 Concepción del Oro; Zac. Junio - Agosto 2008.

| Cohesión | Mejor calidad de vida | | Peor calidad de vida | |
|------------------|-----------------------|------|----------------------|------|
| | f | % | f | % |
| No relacionada | 19 | 15.1 | 38 | 30.2 |
| Semirrelacionada | 17 | 13.5 | 7 | 5.5 |
| Relacionada | 17 | 13.5 | 8 | 6.4 |
| Aglutinada | 18 | 14.3 | 2 | 1.5 |
| Total | 71 | 56.4 | 55 | 43.6 |

Fuente: Encuesta directa

f = Frecuencia

% = Porcentaje



Fuente: Encuesta directa.

La adaptabilidad familiar que predominó en los pacientes diabéticos tipo 2, fué la estructurada con un 42%, seguida de la rígida con un 38.3% ambas con un porcentaje de peor calidad de vida del 14.2 y 23.9 % respectivamente (Tabla y grafica No. 9).

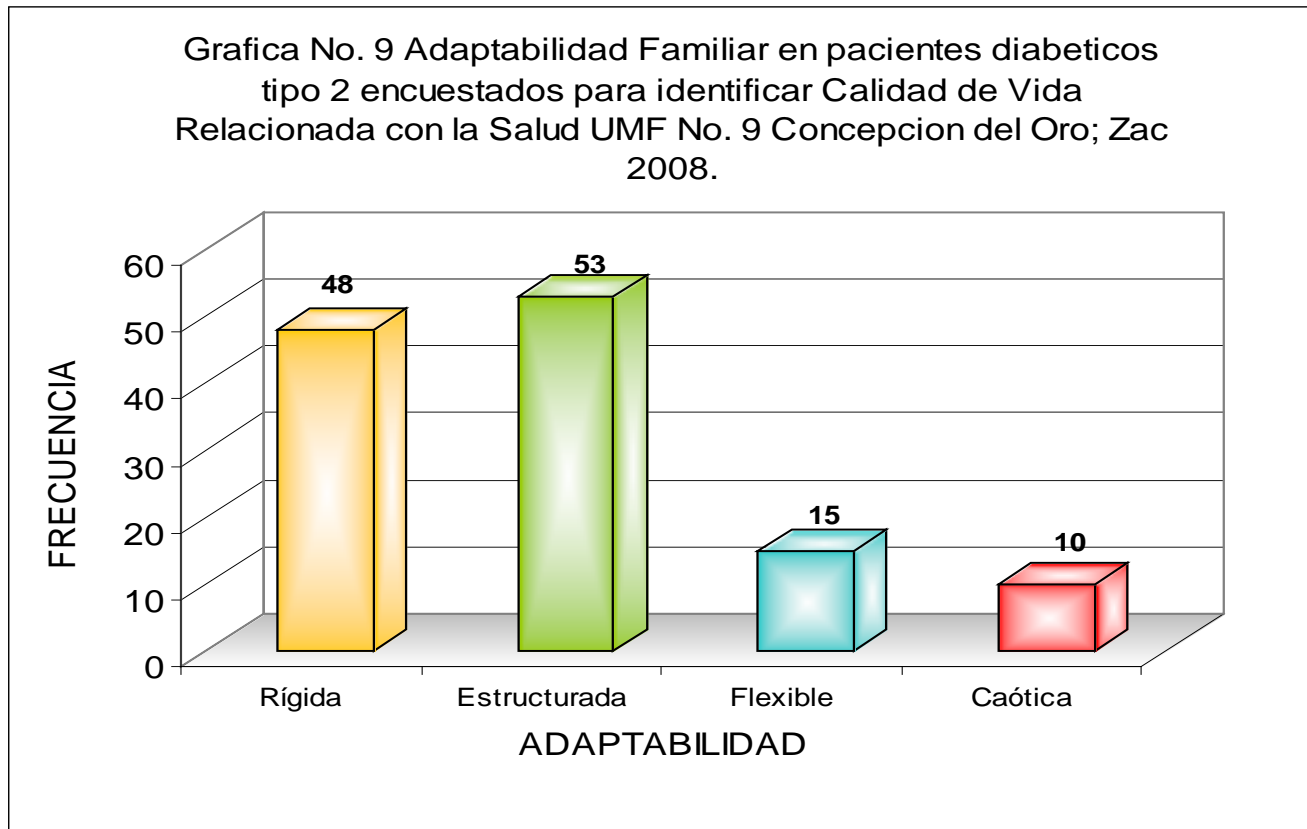
Tabla No 9 Adaptabilidad familiar en los pacientes diabéticos tipo 2 encuestados para identificar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en la UMF No 9 Concepción del Oro; Zac. Junio - Agosto 2008.

| Adaptabilidad | Mejor calidad de vida | | Peor calidad de vida | |
|---------------|-----------------------|------|----------------------|------|
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| Rígida | 18 | 14.4 | 30 | 23.9 |
| Estructurada | 35 | 27.8 | 18 | 14.2 |
| Flexible | 9 | 7.1 | 6 | 4.7 |
| Caótica | 9 | 7.1 | 1 | 0.8 |
| Total | 71 | 56.4 | 55 | 43.6 |

Fuente: Encuesta directa

f = Frecuencia

% = Porcentaje



Fuente: Encuesta directa.

Relativo al análisis comparativo entre la variable dependiente Calidad de Vida Relacionada con la Salud y variables independientes, se encontró, en la comorbilidad un OR de 14.48, valor de $p < 0.000$ (IC 5.15-40.72), la escolaridad con un OR de 4.46, valor de $p < 0.009$ (IC 1.77-11.25), la cohesión familiar con un OR de 2.45, valor de $p < 0.01$ (IC de 1.15-5.20), los años de evolución con un OR de 2.71, con valor de $p < 0.01$ (IC de 1.22-6.01), la funcionalidad familiar con un OR de 2.10, con valor de $p < 0.04$ (IC de 1.15-4.30), la adaptabilidad familiar con un OR de 1.67, con valor de $p < 0.16$ (IC de 0.80-3.48), la glicemia con un OR 1.98, con un valor de $p < 0.08$ (0.90-4.34), , la ocupación con un OR de 1.48, con valor de $p < 0.27$ (IC 0.72-3.04), el sexo con un OR de 1.32, valor de $p < 0.40$ (IC de 0.65-2.69) y el estado civil con un OR de 1.32, con un valor de $p < 0.64$ (IC 0.40-4.36). Tabla No 10.

Tabla 10. Características de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 entrevistados para identificar calidad de vida relacionado con la salud en la UMF No. 9 Concepción del Oro, Zac. Junio - Agosto 2008.

| | Peor calidad de vida * n= 55 | Mejor calidad de vida * n= 71 | OR ¥ | p ** |
|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-------|--------------------|
| Comorbilidad | | | | |
| Sin comorbilidad | 5 | 42 | | |
| Con comorbilidad | 50 | 29 | 14.48 | 0.000 (5.15-40.72) |
| Escolaridad | | | | |
| Alta | 7 | 28 | | |
| Baja | 48 | 43 | 4.46 | 0.009 (1.77-11.25) |
| Cohesión Familiar * | | | | |
| Adecuada | 15 | 34 | | |
| Inadecuada | 40 | 37 | 2.45 | 0.01 (1.15-5.20) |
| Años de evolución | | | | |
| 5 a 9 años | 33 | 57 | | |
| ≥ 10 años | 22 | 14 | 2.71 | 0.01 (1.22-6.01) |
| Funcionalidad familiar * | | | | |
| Funcional | 24 | 44 | | |
| Disfuncional | 31 | 27 | 2.10 | 0.04 (1.02-4.30) |
| Adaptabilidad Familiar * | | | | |
| Adecuada | 24 | 44 | | |
| Inadecuada | 31 | 27 | 2.10 | 0.04 (1.02-4.30) |
| Glicemia | | | | |
| Compensada | 13 | 27 | | |
| Descompensada | 42 | 44 | 1.98 | 0.08 (0.90-4.34) |
| Ocupación | | | | |
| Remunerada | 21 | 34 | | |
| No remunerada | 34 | 37 | 1.48 | 0.27 (0.72 a 3.04) |
| Sexo | | | | |
| Masculino | 24 | 36 | | |
| Femenino | 31 | 35 | 1.32 | 0.40 (0.65-2.69) |
| Estado civil | | | | |
| Unido | 6 | 6 | | |
| No unido | 65 | 49 | 1.32 | 0.64 (0.40 a 4.36) |

Fuente: Encuesta directa

* Cuestionario sobre calidad de vida relacionado con la salud (SF-36)

** Funcionalidad familiar (FACES III)

*** Significancia estadística

¥ Razón de Momios

10. DISCUSIÓN

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica degenerativa que tiene efectos sobre la calidad de vida de las personas que la padecen; ya que los comportamientos, creencias y emociones derivadas de esta condición crónica, modulan en gran medida el impacto que tendrá sobre la calidad de vida del paciente.

La calidad de vida es una percepción subjetiva, que denota el grado de satisfacción, y el sentimiento de bienestar personal, además posee componentes objetivos al relacionar indicadores biológicos, psicológicos comportamentales y sociales.

En el presente estudio, se observa una calidad de vida relacionada con la salud, bastante deteriorada, obteniéndose puntajes bajos en prácticamente la mitad de los encuestados.

Se cumplió el objetivo general al identificar la asociación entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2; es decir, entre mayor funcionalidad familiar, mejor calidad de vida, esto; al comparar los resultados obtenidos con los de la población con peor calidad de vida, (relación: 34.9% n= 44 – 21.4% n= 27). Lo anterior es semejante a la descripción que realizó Mendoza Solís ⁽¹²⁾, en familias balanceadas, donde de igual manera la funcionalidad familiar se muestra como un factor protector ante la calidad de vida. Sin embargo, es importante señalar que la funcionalidad familiar, en su aspecto de adaptabilidad, predomina sobre la cohesión ante una mejor calidad de vida, en una relación de 34.9% n= 44 – 26.9 n= 34.

Aspectos sociodemográficos como la edad (44 – 65 años), sexo (femenino), escolaridad (baja), estado civil (no unido) y ocupación (no remunerada) (Cárdenas Villarreal ⁽²³⁾; De los Ríos Castillo y cols⁽²⁹⁾) condicionan un mayor riesgo para disminuir la calidad de vida relacionada con la salud, al observar las siguientes cifras: 42% n = 53, 24.6% n= 31, 4.7 n = 6, 35.7% n = 45 , 26.9% n = 34 respectivamente.

La calidad de vida de los pacientes diabéticos depende también de las características de la enfermedad, tales como cronicidad, comorbilidad y control glucémico; es decir, diabéticos con mas de 10 años de evolución, presencia de comorbilidad (HAS, Dislipidemias, enfermedades tiroideas y/o artritis reumatoide) y descompensación glucémica, (Medina Martín; 2006⁽²¹⁾); tienen mayor riesgo de cursar con peor calidad de vida, en comparación a los que no cuentan con estas características (relación 71.1 – 23.8, 39.6 – 3.9 y 33.3 – 10.3 respectivamente).

11. CONCLUSIONES

Finalmente, en el presente estudio, se concluye que la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes diabéticos tipo 2, se encuentra deteriorada, especialmente en la población que reúne las siguientes características: femenino de 44 a 65 años de edad, con estado civil no unido, escolaridad baja, ocupación no remunerada, presencia de comorbilidad, estado glucémico descompensado, cronicidad de la enfermedad \geq a 10 años y disfunción familiar.

Los programas de salud, podrían incidir favorablemente en la calidad de vida de estos pacientes, mediante la adquisición de conocimientos acerca de la enfermedad y la consolidación de hábitos y estilos de vida, que favorezcan sus actuales condiciones de salud.

13. ANEXOS

Anexo 1. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

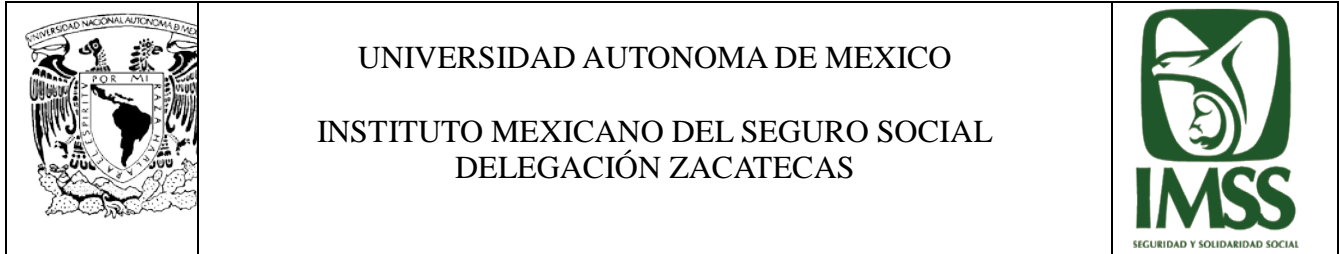
Anexo 2. CUESTIONARIO SF-36 EVALUACION DE LA CVRS

Anexo 3. FACES III EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Anexo 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Anexo 1

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS



TITULO DEL PROTOCOLO

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DEL DIABÉTICO TIPO 2”

OBJETIVO:

EVALUAR LA ASOCIACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DEL DIABÉTICO TIPO 2.

INVESTIGADOR RESPONSABLE: DRA. ERIKA CAMPOS JIMENEZ

ZACATECAS; ZAC. MARZO DEL 2009.



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ZACATECAS



OBJETIVO DEL ESTUDIO:

EVALUAR LA ASOCIACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DEL DIABÉTICO TIPO 2.

INSTRUCCIONES

El presente cuestionario consta de 67 preguntas enumeradas con números arábigos. Lea cuidadosamente cada pregunta y conteste cada una de ellas **ANOTANDO O TACHANDO** la respuesta que considere correcta de acuerdo a su caso particular.

FOLIO: _____ FECHA: _____
Día Mes Año

| DATOS DE IDENTIFICACIÓN: | | | | | | |
|---|------------|----------|------------|----|--------------|------------|
| ¿Cuál es su nombre completo? _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-left: 100px;"> Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s) </div> | | | | | | |
| Número de Afiliación _____ / _____ | | | | | | |
| Consultorio y turno pertenece Consultorio _____ Turno: _____ | | | | | | |
| DATOS GENERALES: | | | | | | |
| 1.- ¿Cuál es su edad? _____ años | | | | | | |
| 2.- ¿Cuál es su sexo? 1. Masculino _____ 2.- Femenino _____ | | | | | | |
| 3.- ¿Cuál es su Estado Civil? 1.Soltero: _____ 2.Casado: _____ 3.Viudo _____ 4.Divorciado: _____ 5.Unión Libre: _____ | | | | | | |
| 4. ¿Cuál es su ocupación? 1.Hogar _____ 2.Obrero _____ 3.Empleado _____ 4.Profesionista _____ 5.Jubilado _____ 6.Desempleado _____ | | | | | | |
| 5.- ¿Cuál es su escolaridad? | | | | | | |
| | | Completa | Incompleta | | Completa | Incompleta |
| 1. | Analfabeta | | | 7. | Preparatoria | 8. |
| 2. | Primaria | | 3. | 9. | Licenciatura | |
| 4. | Secundaria | | 5. | | | |
| 6. | Técnica | | | | | |
| ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: ¿PADECE USTED DE ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES? | | | | | | |
| 6.- ¿Presión Alta? 1. SI _____ 2. NO _____ | | | | | | |
| 7.- ¿Colesterol y/o triglicéridos elevados? 1. SI _____ 2. NO _____ | | | | | | |
| 8.- ¿Enfermedades tiroideas? 1. SI _____ 2. NO _____ | | | | | | |
| 9.- ¿Artritis Reumatoide? 1. SI _____ 2. NO _____ | | | | | | |
| CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA DIABETES | | | | | | |
| 10.- ¿Hace cuanto tiempo se conoce diabético (a)? _____ años | | | | | | |
| EXAMENES DE LABORATORIO: PARA SER APORTADOS POR EL ENCUESTADOR Y/O ENTREVISTADO | | | | | | |
| 11.- Favor de anotar resultados de glucosa más reciente: _____ mg/dl. | | | | | | |

Anexo 2

INSTRUMENTOS DE MEDICION

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

12.- En general, usted diría que su salud es:

1. Excelente ____ 2. Muy buena ____ 3. Buena ____ 4. Regular ____ 5. Mala ____

13.- ¿Como diaria que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1. Mucho mejor ahora que hace un año ____ 2. Algo mejor ahora que hace un año ____

3. Más o menos igual que hace un año ____ 4. Algo peor ahora que hace un año ____

5. Mucho peor ahora que hace un año ____

14.- Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores? 1. Mucho ____ 2. Un poco ____ 3. Nada ____

15. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora? 1. Mucho ____ 2. Un poco ____

3. No me limita ____

16.- Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

1. Si, me limita mucho ____ 2. Si, me limita un poco ____ 3. No, no me limita nada ____

17.- Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

1. Si, me limita mucho ____ 2. Si, me limita un poco ____ 3. No, no me limita nada ____

18.- Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

1. Si, me limita mucho ____ 2. Si, me limita un poco ____ 3. No, no me limita nada ____

19.- Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse? 1. Mucho ____ 2. Poco ____

3. No limita ____

20.- Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

1. Si, me limita mucho ____ 2. Si, me limita un poco ____ 3. No, no me limita nada ____

21.- Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

1. Si, me limita mucho ____ 2. Si, me limita un poco ____ 3. No, no me limita nada ____

22. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

1. Si, me limita mucho ____ 2. Si, me limita un poco ____ 3. No, no me limita nada ____

23. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por si mismo?

1. Si, me limita mucho ____ 2. Si, me limita un poco ____ 3. No, no me limita nada ____

24.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? 1. Si ____ 2. No ____

25.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de su salud física?

1. Si ____ 2. No ____

26.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? 1. Si ____ 2. No ____

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó mas de lo normal) a causa de su salud física? 1. Si ____ 2. No ____

28.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades

cotidianas, a causa de un problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)? 1. Si ____ 2. No ____

29.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de un problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)? 1. Si ____ 2. No ____

30.- Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de un problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)? 1. Si ____ 2. No ____

31.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta que punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas? 1. Nada ____ 2. Un poco ____ 3. Regular ____

4. Bastante ____ 5. Mucho ____

32.- ¿Tuvo algo de dolor en alguna parte del cuerpo durante las ultimas 4 semanas? 1. No ninguno ____ 2. Si, muy poco ____ 3. Si, un poco ____ 4. Si, moderado 5. Si, mucho ____

6 Si, muchísimo ____

33.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta que punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1. Nada ____ 2. Un poco ____ 3. Regular ____ 4. Bastante ____ 5. Mucho ____

34.- Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1.Siempre ____ 2.Casi siempre ____ 3.Muchas veces ____ 4.Algunas veces ____

5.Solo alguna vez ____ 6.Nunca ____

35.- Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1. Siempre ____ 2.Casi siempre ____ 3. Muchas veces ____ 4. Algunas veces ____

5. Solo alguna vez ____ 6.Nunca ____

36.- Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que no podía animarse?

1. Siempre ____ 2.Casi siempre ____ 3.Muchas veces ____ 4. Algunas veces ____

5. Solo alguna vez ____ 6. Nunca ____

37.- Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1. Siempre ____ 2.Casi siempre ____ 3.Muchas veces ____ 4.Algunas veces ____

5. Solo alguna vez ____ 6. Nunca ____

38.- Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1. Siempre ____ 2.Casi siempre ____ 3. Muchas veces ____ 4.Algunas veces ____

5. Solo alguna vez ____ 6.Nunca ____

39.- Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1. Siempre ____ 2.Casi siempre ____ 3. Muchas veces ____ 4.Algunas veces ____

5. Solo alguna vez ____ 6.Nunca ____

40.- Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?

1. Siempre ____ 2.Casi siempre ____ 3.Muchas veces ____ 4.Algunas veces ____

5. Solo alguna vez ____ 6. Nunca ____

41.- Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió feliz? 1. Siempre ____ 2.Casi siempre ____

3.Muchas veces ____ 4.Algunas veces ____ 5.Solo alguna vez ____ 6.Nunca ____

42.- Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?

1. Siempre ___ 2.Casi siempre ___ 3.Muchas veces ___ 4.Algunas veces ___
5. Solo alguna vez ___ 6.Nunca ___

43.- Durante las 4 últimas semanas, ¿con que frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1. Siempre ___ 2.Casi siempre ___ 3.Alguna vez ___ 4.Solo alguna vez ___ 5.Nunca ___

44.- Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas. 1. Totalmente cierta ___ 2.Bastante cierta ___ 3.No lo sé ___ 4.Bastante falsa ___ 5.Totalmente falsa ___

45.- Estoy tan sano como cualquiera. 1. Totalmente cierta ___ 2.Bastante cierta ___ 3.No lo sé ___ 4.Bastante falsa ___ 5.Totalmente falsa ___

46.- Creo que mi salud va a empeorar. 1. Totalmente cierta ___ 2.Bastante cierta ___ 3.No lo sé ___ 4.Bastante falsa ___ 5.Totalmente falsa ___

47.- Mi salud es excelente.

1. Totalmente cierta ___ 2.Bastante cierta ___ 3. No lo sé ___ 4.Bastante falsa ___ 5.Totalmente falsa ___

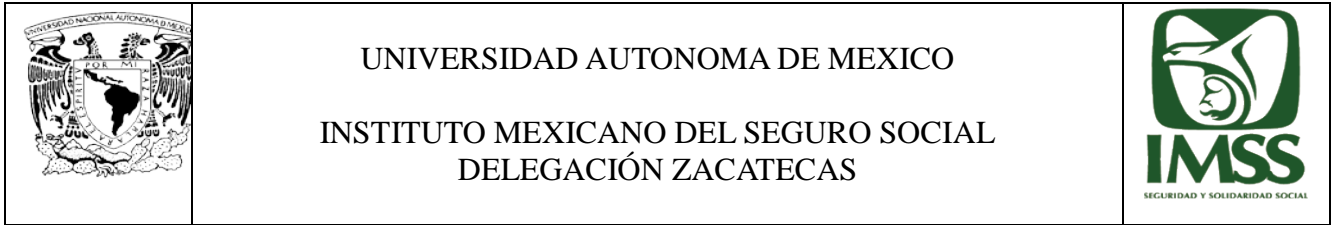
Anexo 3 **FACES III: EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

Describe a su familia: 1. Nunca 2. Casi Nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

- 48.- Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si.
- 49.- En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
- 50.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
- 51.- Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
- 52.- Nos gusta vivir solo con los familiares mas cercanos
- 53.- Cualquier miembros de la familia puede tomar la autoridad
- 54.- Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia
- 55.- Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas
- 56.- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
- 57.- Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos
- 58.- Nos sentimos muy unidos
- 59.- En nuestra familia los hijos toman las decisiones
- 60.- Cuando se toma una decisión importante, toda la familia esta presente
- 61.- En nuestra familia las reglas cambian
- 62.- Con facilidad podemos planear actividades en familia
- 63.- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros
- 64.- Consultamos unos con otros para tomar decisiones
- 65.- En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad
- 66.- La unión familiar es muy importante
- 67.- Es difícil decir quien hace las labores del hogar

Nombre del Entrevistador: _____

Anexo 4



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado **“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DEL DIABÉTICO TIPO 2”** registrado ante el Comité Local de Investigación en salud, del Hospital General de Zona # 1 del IMSS en Zacatecas, Zacatecas.

El objetivo del estudio es evaluar la asociación de la funcionalidad familiar en la calidad de vida relacionada con la salud del diabético tipo 2 en la UMF No 9 de Concepción del Oro Zacatecas.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en dar respuesta al instrumento de recolección de la información y aceptar entrar al estudio comprometiéndome a responder en forma verídica a las preguntas que se me realicen.

Declaro que se me ha informado que mi participación en el estudio será con toda discreción, seriedad, responsabilidad y confidencialidad por el personal que lo realice y con el beneficio de brindar un mejor servicio en salud.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El investigador principal me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones y publicaciones que deriven de este estudio. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Dra. Erika Campos Jiménez.

Matricula IMSS 99340846

Para cualquier duda e información, favor de comunicarse al teléfono 492 92 2 48 92 de 12:00 a 19:00 hr y a cualquier hora del día al numero 492 12 50 915 con la Dra. Erika Campos Jiménez. De igual manera, para cualquier duda o aclaración me permito proporcionarle el teléfono del Dr. José Armando Pérez Ramírez, Secretario del Comité Local de Investigación 33-01 en el H.G.Z. No 1 De Zacatecas, Zac de lunes a viernes de 8:00 a 16:00 hr al numero telefónico 492 92 63 73 extensión 4113.

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma del testigo

12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Linton R. La historia natural de la familia. Barcelona Península, 1978: 5 – 29.
2. Diccionario de la Lengua Española. 19ª ed. Madrid España, 1970: 1345.
3. Elkin F. The Family in Canada. Ottawa. The Vanier Institute of the family, 1964: 178 – 179.
4. Michel A. Sociología de la familia y del matrimonio. Barcelona, Península, 1974: 166 – 167.
5. Wiley J. Social and family behavior. Pennsylvania, 1987: 171 – 182
6. Gómez Clavelina FJ, et al. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación familiar. Arch Med. Fam. 1999; 1(2): 45 – 47.
7. Huerta González J. L. La Familia en el proceso Salud – Enfermedad, Medicina Familiar, 2005: 34– 54, 72 – 103 y 153 – 160.
8. Kornblit A. Somática familiar. Gedisa. Barcelona 1984: 234 -235.
9. Ackerman NW. Diagnostico y tratamiento de las relaciones familiares, Hormè, Buenos Aires 1982: 1126 – 1128.
10. Smilkstein G. The family in crisis. Behavioral science in family practice. Appleton-Century Crofts, 1980: 18 – 24.
11. Olson DH, Gorall DM. Circumplex Model of Marital and Family Systems. Chapter 19 In: Normal Family Processes: Growing Diversity and Complexity. Edited by Froma Walsh. 3a ed. Guilford Press. New York. 2003; 514-547.
12. Mendoza Solís M. A. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria, Archivos en Medicina Familiar, México 2006; 8(1): 27-32.
13. Fernández Ortega M. A., Impacto de la enfermedad en la familia, Fac. Med. UNAM 2004; 47 (6): 252 – 254.
14. Rodríguez Abrego Gabriela et. al. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica, Rev. Med. IMSS 2004; 42 (2): 97 – 102.
15. Méndez López D.M. et. al. Disfunción familiar y DM tipo 2. Rev. Med. IMSS; Septiembre 2003, 2(4):281-284.
16. Tejada Tabayas L.M. Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento. Salus cum propositum vital Enero – Marzo 2006; 1(7): 156 – 164.
17. Bowling A. Measuring Disease. Ed, Open University Press, Philadelphia USA 2001: 5-7.
18. Bullinger M, Alonso J, Apolone G, Leplege A, Sullivan M, Wood-Dauphinee S, et al. Translating health status questionnaires and evaluating their quality: the IQOLA Project approach. International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol. 1998; 51: 913-23.
19. Misrachi C. et. al. Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Dental de Chile, 2005; 96 (2): 28-35.
20. Duran Arenas L. et. al Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el Formato Corto 36, Salud pública de México, ISSN 0036-3634 2004; 46,(4): 306-315.
21. Medina Martín F.J. et. al. Diabetes mellitus tipo 2 y calidad de vida relacionada con la salud: resultados del Estudio Hortera, An. Med. Interna (Madrid) Print ISSN 0212-7199 2006; 23(8): 118 – 120.
22. Gôz F. Effects of the diabetic patients' perceived social support on their quality-of-life. [J Clin Nurs.](#) 2007 Jul;16 (7):1353-1360.

23. Cárdenas Villarreal V. M. et. al. Calidad de Vida del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2. *UAML México* 2005; 8(3):351-357.
24. Hervás A. Et. Al. Health Related Quality of life in patients with diabetes mellitus type 2, *An. Sist. Sanit. Navar.* 2007; 30(1): 45 – 52.
25. Adili F. Diabetic patients: Psychological aspects, [Ann N Y Acad Sci.](#) 2006 Nov;1084:329-49.
26. Paile – Hyvarinen M. et. al. Quality of life and metabolic status in mildly depressed patients with type 2 diabetes treated with paroxetine: A double-blind randomised placebo controlled 6-month trial. [BMC Fam Pract.](#) 2007 Jun 15; 8 (1):34.
27. García Pérez A.M, et. al. Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, *Medicina de Familia (And)* 2001; 2: 29-34
28. Lew S.Q., Quality of life and psychological issues in peritoneal dialysis patients, [Semin Dial.](#) 2005 Mar-Apr; 18 (2):119-23.
29. De los Ríos Castillo J.L. et. al. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *IMSS* 2004; 42 (2): 109-116.
30. Göz F. Effects of the diabetic patients' perceived social support on their quality-of-life. [J Clin Nurs.](#) 2007 Jul;16 (7):1353-1360.
31. Peralta Olvera J. et. Cols. La influencia del grupo de autoayuda de pacientes diabéticos en el control de su enfermedad, *Horizonte Sanitario*, Enero – Abril 2007; 6 (1): 39 – 49.
32. [Hariprasad S.M.](#) et. al. Vision-Related Quality of Life in Patients with Diabetic Macular Edema, *Br J Ophthalmol* 2007; 21(6): 1584 – 1589.
33. De Berardis G. et. al. Longitudinal Assessment of Quality of Life in Patients With Type 2 Diabetes and Self-Reported Erectile Dysfunction, *Diabetes Care* 2005;28:2637-2643.
34. Benegas J.R. Relationship between obesity, hypertension and diabetes, and health-related quality of life among the elderly. [Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.](#) 2007 Jun; 14 (3):456-62.
35. Cabrera Pivaral C.E. Efectos de una intervención educativa sobre los niveles plasmáticos de LDL colesterol en diabéticos tipo 2, *Salud Publica de México* 2001; 43 (6): 556 -562.
36. Quirantes Hernández A. et. al. La calidad del paciente diabético. *Cubana Med. Gen. Integr* 2000; 16 (1): 50 – 56.
37. Ware JE Jr, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide. Boston: New England Medical Center; 1993: 1698 – 1702.
38. Ware JE. SF-36 health survey update. *Spine.* 2000; 25:3130-9.
39. Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ.* 2002;324:1417
40. Zúñiga AM, Carrillo JGT, Fos PJ, Gandek B, Medina MRM. Evaluación del estado de salud con la encuesta F-36. Resultados preliminares en México. *Salud Publica Mex* 1999; 41: 110-118.
41. Vilagut G, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 Español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.* [online]. 2005; 19(2): 135-150.
42. Velarde Jurado E. et. al. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida, *Salud Publica Mex.* 2002; 44: 448 – 463.
43. Barquera Cervera S. et. al. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA México, Noviembre de 2005: 1 – 7
44. Alonso J, et al, Versión española del SF-36 Health Survey, *Med Clin, Barcelona* 1995; 104: 771-6.

45. Norma Oficial Mexicana, Para la Prevención tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2, NOM-015-SSA-1994, Proyecto de Modificación 2003.
46. Atlas de la Diabetes. Federación Internacional de Diabetes (FID), 2001.
www.eatlas.idf.org
47. Zarate Herreman M. et. al. Manual para la Vigilancia Epidemiológica de la Diabetes Mellitus Tipo 2, 2005: 1 – 40.
48. Diabetes y Enfermedades cardiovasculares: Es el momento de actuar, FID 2001
<http://www.who.int/ncd/diaAwareness>
49. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) Gobierno del Estado de Zacatecas 2004.
50. Instituto Nacional de salud Publica, Noviembre 2005.
51. Duran – Varela BR at cols. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnostico de Diabetes Mellitus tipo 2, Salud Pública de México, Mayo – Junio 2001; 43(3):233-36.
52. Arredondo Economic consequences of epidemiological changes in diabetes in middle income countries: the mexican case. Diabetes Care 2004; 27: 1.
53. Federación Internacional de Diabetes (FID) 2004.