



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

POSGRADO

**PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA TERCERA COHORTE**

**MODALIDAD DE TITULACIÓN PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN**

Tema: “FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA
TERAPÉUTICA FARMACOLÓGICA DE PACIENTES DIABÉTICOS
TIPO 2 DE UNA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD”

Requisito Previo Para Optar Por El Título De Especialista en Medicina
Familiar y Comunitaria

Autora: Md. Salvador Bonilla Ivonne Alexandra

Director: Md. Esp. Paucar Llapapasca Sixto Duberli

Ambato – Ecuador

2022

APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud.

El Tribunal receptor del Trabajo de Titulación presidido por la Médica Noemí Roció Andrade Albán, Especialista, e integrado por las señoras: Doctora García Macías Carmina Alexandra, Especialista, y Doctor Morales Solís Jorge Marcelo, Especialista, designados por la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, para receptor el Trabajo de Titulación con el tema: **“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA FARMACOLÓGICA DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 DE UNA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD”**, elaborado y presentado por el señorita Médica, Ivonne Alexandra Salvador Bonilla, para optar por el Grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Titulación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la Universidad Técnica de Ambato.

Md. Noemí Roció Andrade Albán, Esp.

Presidente del tribunal

Dra. García Macías Carmina Alexandra, Esp.

Miembro del tribunal

Dr. Morales Solís Jorge Marcelo, Esp.

Miembro del tribunal

AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Titulación presentado con el tema: “FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA FARMACOLÓGICA DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 DE UNA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD”, le corresponde exclusivamente al: Md. Ivonne Alexandra Salvador Bonilla, Autor bajo la Dirección del Md. Esp. Sixto Duberli Paucar Llapapasca director del Trabajo de Investigación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.

Md. Ivonne Alexandra Salvador Bonilla

CI:1804125787

AUTORA

Md. Esp. Sixto Duberli Paucar Llapapasca

CI:17506156864

DIRECTOR

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Titulación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi Trabajo de Titulación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad Técnica de Ambato.

Md. Ivonne Alexandra Salvador Bonilla

CI:1804125787

AUTORA

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

POSGRADOS

PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y

COMUNITARIA TERCERA COHORTE

INFORMACIÓN GENERAL

Tema: “FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA FARMACOLÓGICA DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 DE UNA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD”

AUTORA: Md. Ivonne Alexandra Salvador Bonilla

Grado académico: Medica

Correo electrónico: isalvador5787@uta.edu.ec

DIRECTOR: Md. Esp. Sixto Duberli Paucar Llapapasca

Grado académico: Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Correo electrónico: sd.paucar@uta.edu.ec

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

- Ciencias clínicas orientadas a Diabetes.

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

Contenido

PORTADA	i
AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS	vi
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE FIGURAS.....	x
AGRADECIMIENTO	xi
DEDICATORIA	xii
RESUMEN	xiii
CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA	2
1.1. Tema	2
1.2. Planteamiento del problema	2
1.2.1. Contextualización	2
1.2.2. Análisis crítico	4
1.2.3. Prognosis.....	5
1.2.4. Formulación del problema	5
1.2.5. Interrogantes (subproblemas)	5
1.2.6. Delimitación del problema de investigación.....	5
1.3. Justificación.....	6
1.4. Objetivos	7
1.4.1. Objetivo General	7
1.4.2. Objetivos Específicos	7
CAPÍTULO 2. MARCO TEORICO	8
2.1. Antecedentes Investigativos	8
2.2. Fundamentación Filosófica	9
2.3. Fundamentación Legal	9
2.4. Categorías Fundamentales.....	11
2.4.1. Fundamentación Teórica.....	11
2.5. Hipótesis.....	25

2.6. Señalamiento de Variables	25
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA	27
3.1. Modalidad básica de la investigación.....	27
3.2. Nivel o tipo de investigación.....	27
3.3. Población y muestra	27
3.3.1. Población	27
3.3.3. Criterios de inclusión	28
3.3.4. Criterios de exclusión.....	29
3.4. Operacionalización de variables.....	30
3.5. Plan de Recolección de información.....	32
Análisis de fiabilidad del test de evaluación de la adherencia terapéutica.....	36
3.6. Plan de procesamiento y análisis de la información.....	38
CAPÍTULO 4. ANALISIS INTRERPRETACIÓN DE RESULTADOS DISCUSIÓN	39
4.1. Características Sociodemográficas de los Diabéticos Tipo 2 en la unidad de atención primaria, 2020.....	39
4.1.4. Adherencia terapéutica de los pacientes diabéticos.....	41
4.2. Comprobación de la hipótesis	42
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	46
5.1. Conclusiones	46
5.2. Recomendaciones.....	47
CAPÍTULO 6. PROPUESTA.....	48
6.1. Datos Informativos.....	48
6.2. Antecedentes de la propuesta	48
6.3. Justificación.....	49
6.4. Objetivos	49
6.4.1. Objetivo General.....	49
6.4.2. Objetivos Específicos	49
6.5. Análisis de factibilidad.....	49
6.6. Fundamentación	50
6.7. Modelo operativo	51
6.8. Administración	56
6.9. Previsión de la evaluación.....	57
BIBLIOGRAFÍA	58

ANEXOS	65
Anexo 1	65
Funcionamiento Familiar (FF-SIL)	65
Anexo 2	66
Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica	66
Anexo 3	67
Consentimiento informado	67

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Variable Independiente: Funcionalidad Familiar.....	30
Tabla 2: Variable Dependiente: Adherencia Terapéutica Farmacológica	31
Tabla 3. Resumen del procesamiento de los casos	33
Tabla 4. Estadísticos de fiabilidad	33
Tabla 5. Estadísticos de los elementos	34
Tabla 6. Estadísticos total-elemento	35
Tabla 7. Resumen del procesamiento de los casos	36
Tabla 8. Estadísticos de fiabilidad	37
Tabla 9. Estadísticos de los elementos	37
Tabla 10. Estadísticos total-elemento	37
Tabla 11. Distribución según las características sociodemográficas del paciente	39
Tabla 12: Tiempo de evolución	41
Tabla 15. Análisis correlacional de los resultados de los test	42
Tabla 16. Tabla de contingencia Adherencia Terapéutica + FF- SIL	43
Tabla 17. Pruebas de Chi-cuadrado	43
Tabla 18. Modelo operativo	52

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Categorías fundamentales	11
Figura 2. Distribución según sexo del paciente. Diabéticos Tipo 2.....	39
Figura 3. Adherencia terapéutica farmacológica de los pacientes diabéticos.....	41
Figura 4: Test FF.SIL de los pacientes diabéticos Tipo 2.....	42
Figura 5. Administración	56
Figura 6. Evaluación	57

AGRADECIMIENTO

A Dios, a mi familia; a la Unidad de Posgrados de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato, quienes me brindaron la oportunidad de continuar con mi formación académica y acceder a una Especialización Médica holística e integral.

Además, quiero agradecer a mis docentes y asesores claves fundamentales en este proceso quienes aportaron con conocimientos sólidos en cada etapa de formación, y con su profesionalismo supieron guiarme con éxito para culminar mi posgrado y tesis.

DEDICATORIA

A mis padres Ivo Salvador y Nancy Bonilla, por su ejemplo constante de compromiso, entrega y responsabilidad. Gracias por su apoyo incondicional en los momentos más críticos y por no perder nunca la fe y esperanza.

A mi hermano quien nunca dejo de confiar en mí, y brindarme su tiempo y hombro en los instantes en que las fuerzas parecían desaparecer.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSGRADO EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
TERCER COHORTE

TEMA: “FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA FARMACOLÓGICA DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 DE UNA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD”

AUTOR: Md. Ivonne Alexandra Salvador Bonilla

TUTORA: Dr. Sixto Duberli Paucar Lapapaca

FECHA: Noviembre 2021

RESUMEN

Con frecuencia, los pacientes diabéticos no alcanzan los objetivos de control propuestos, una de las principales causas en la no adherencia terapéutica farmacológica, que en ocasiones está ligado a la falta de control en la familia que determina el interés por tomar la medicación prescrita. En tal virtud el objetivo de la investigación es determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica farmacológica de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. La metodología de la investigación es cuantitativa, descriptiva y de campo. La muestra son los 60 pacientes con diabetes, a quienes se aplicó el Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL y el Test de Morisky Green. Los resultados obtenidos son: el grupo etario más representativo es el de 56 a 64 años con un 30% seguido del grupo entre 48 y 55 años con un 23%. El 70% de pacientes diabéticos tiene instrucción primaria, el 8,3 % de las familias son funcionales, mientras que es 91,9% presenta algún grado de disfuncionalidad, siendo las moderadamente funcionales las que prevalecen con el 53,3 % seguidas de las disfuncionales con el 30%. El 51,7% es incumplidor al tratamiento y el 48,3 % es adherente al tratamiento farmacológico, existiendo una relación entre la funcionalidad y la adherencia terapéutica farmacológica de los pacientes diabéticos tipo 2 (chi cuadrado de 14,630 superior a la de la tabla de distribución 7,8147, con grados de libertad de 3 y un nivel de significancia del 0,05) Se desarrolla como propuesta una estrategia de intervención para la participación de la familia en la adherencia terapéutica farmacológica de pacientes diabéticos Tipo 2 de una unidad de primer nivel de atención.

Palabras clave: Funcionalidad familiar, adherencia terapéutica.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSGRADO EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
TERCER COHORTE

THEME: “FAMILY FUNCTIONALITY AND PHARMACOLOGICAL THERAPEUTIC ADHERENCE OF TYPE 2 DIABETIC OF A PRIMARY HEALTH CARE UNIT “

AUTHOR: Md. Ivonne Alexandra Salvador Bonilla

DIRECTOR: Dr. Sixto Duberli Paucar Lapasca

DATE: Noviembre 2021

ABSTRACT

Frequently, diabetic patients do not achieve the proposed control objectives, one of the main causes of non-adherence to pharmacological treatment, which is sometimes linked to the lack of control in the family that determines the interest in taking the prescribed medication. In this virtue, the objective of the research is to determine the relationship between the Family functionality and pharmacological therapeutic adherence of patients with type 2 diabetes mellitus. The research methodology is quantitative, field, descriptive. The sample consists of 60 patients with diabetes, to whom the Family Functioning Questionnaire FF-SIL and the Morisky Green Test were applied. The resultados obtained are: the most representative age group is that of 56 to 64 years with 30% followed by the group between 48 and 55 years with 23%. 70% of diabetic patients have primary education, The 8,3% of the families are functional, while 91,9% present some degree of dysfunction, being moderately funcional those that prevail with 53,3% followed by dysfunctional with 30%, 51,7% are noncompliant with treatment and 48,3% adhere to pharmacological treatment. There is a relationship between functionality and drug adherence in tipo 2 diabetic patients (chi square Of 14.630 hidher than in the distribution table 7.8147, whit degress of freedom of 3 and a significance leve lof 0,05). An intervention strategy is developed as a proposal for the participation of the family in the pharmacological therapeutic adherence of Type 2 diabetic patients from a first level care unit.

Keywords: Family functionality, therapeutic adherence

INTRODUCCIÓN

La adherencia es el componente integral para la implementación de enfoques farmacológicos y no farmacológicos, y juega un papel esencial en el manejo efectivo de las enfermedades a largo plazo. Sin embargo, la falta de adherencia a la medicación es un problema común en pacientes con enfermedades crónicas.

Los estudios han demostrado que la adherencia a la medicación es generalmente mayor en pacientes con una enfermedad aguda, en comparación con pacientes con enfermedades crónicas (1). La adherencia a los medicamentos es de alrededor del 50% en el mundo desarrollado y se espera que sea menor en el mundo en desarrollo

La diabetes se está propagando a un ritmo alarmante a nivel mundial y en nuestro país Ecuador, por lo que es necesario tomar medidas drásticas hacia su manejo y mejorar la adherencia a la medicación entre la población diabética, al privar al paciente de conseguir excelentes resultados e incrementar la probabilidad del fracaso terapéutico, causando complicaciones que sitúan en riesgo su salud. (2)

Por lo tanto cabe considerar que la familia es la fuente de apoyo primordial además de soporte en situaciones de angustia y difíciles propias de la enfermedad, la noticia del diagnóstico de diabetes en algún integrante de la familia provoca una serie de cambios en el sistema familiar que requiere de un proceso de interacción entre el paciente y el resto de integrantes del círculo para lograr superar esta crisis familiar, por ende el apoyo familiar es fundamental, mismo que además impulsará a toda la familia a mantener un estilo de vida saludable, mejorando sus hábitos alimenticios, realizando ejercicio es también que es una oportunidad para mantenerse unidos y fortalecer lazos. (2)

En relación a la problemática expuesta en el Ecuador, se dispone de información limitada sobre la evaluación de la adherencia al fármaco con la calidad de vida de los pacientes con diabetes, tanto por los limitados recursos existentes en el país en el área de investigación en salud como la crisis que vive el sector en la salud a raíz de la pandemia. El presente estudio se realizó para evaluar funcionalidad familiar y adherencia terapéutica farmacológica de pacientes diabéticos tipo 2 de una unidad de primer nivel de atención.

CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA

1.1. Tema

Funcionalidad familiar y adherencia terapéutica farmacológica de pacientes diabéticos Tipo 2 de una unidad de primer nivel de atención.

1.2. Planteamiento del problema

1.2.1. Contextualización

Hasta el día de hoy la Diabetes Mellitus Tipo 2 está en aumento. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2014, 422 millones de personas tenían diabetes, mientras que la prevalencia mundial en adultos se ha duplicado, pasando del 4,7% al 8,5%. Se estima que la séptima causa de muerte para el 2030 será la diabetes (3).

La incidencia de diabetes mellitus está aumentando año tras año, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos (4). Alrededor de 422 millones de personas en todo el mundo, y 60 millones en Europa, tienen diabetes.1 La diabetes tipo 2 representa el 90% de todos estos casos, y se considera una importante enfermedad del estilo de vida.1 En 2017, hubo aprox. 462 millones de pacientes con diabetes tipo 2 en todo el mundo, lo que representa el 6,28% de la población mundial (5). La diabetes será la séptima causa más común de muerte para el año 2030, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (6).

En el continente americano hay 62 millones de personas con diabetes, lo que supone 1 de cada 12 habitantes; tendencia con mayor prevalencia en América del Norte y el Caribe, donde constituye la cuarta causa de muerte. Para el 2040 esa cifra llegará a 110 millones (7). A nivel mundial, la funcionalidad familiar es un problema de salud familiar que se reconoce cada vez más debido a su asociación con una amplia gama de resultados del tratamiento de la diabetes (8).

En el Ecuador, hay escasez de investigación sobre el papel del funcionamiento familiar en la adherencia a la medicación y el control glucémico en pacientes diabéticos La evaluación de la brecha en el conocimiento sobre el funcionamiento familiar de los ecuatorianos diabéticos es esencial para desentrañar los efectos del funcionamiento

familiar saludable y no saludable sobre la adherencia a la medicación y los posibles riesgos en la salud.

En Ecuador, la prevalencia de diabetes es de 7,3%. (1) La diabetes fue la segunda causa de mortalidad en mujeres y la tercera en hombres entre 2016 y 2017 según datos del Instituto de Estadísticas y Censos (INEC), y el número de fallecidos por diabetes creció en un 51% en 10 años (9).

De acuerdo con esta condición, la OMS, en el Día mundial de la Diabetes 2018-2109, planteó el tema “La Diabetes concierne a cada familia”, en el que se destaca la necesidad del apoyo de la familia al paciente diabético, y uno de sus objetivos es promocionar el papel de la familia “en la gestión, atención, prevención y educación de la condición” (10).

La familia tiene patrones de interacción que definen la forma en que se estructuran y sociabilizan con todos sus elementos de acuerdo con las funciones que desempeñan. Estos son modificados al afrontar alteraciones en el ciclo de vida, lo que establece la funcionalidad familiar (11).

La funcionalidad familiar es el sostén más importante de un paciente diabético, pues faculta la disposición de comunicar y resolver problemas, además de fomentar la cooperación entre los miembros para sobre llevar las crisis que estén atravesando. Por el contrario, una familia disfuncional puede favorecer la no adherencia terapéutica.

Según Balcázar et al. (2017), quienes realizaron un estudio con 60 pacientes con diabetes para identificar la relación entre Funcionalidad Familiar y adherencia terapéutica, la relación entre estos elementos es moderada de tipo positivo, lo que implica que, a mayor funcionamiento familiar percibido, mayor adherencia al tratamiento (12).

El riesgo de no adherencia es 1,35 veces mayor si los pacientes no reciben apoyo emocional que si lo reciben. La relación entre apoyo emocional y adherencia es mayor en estudios que utilizan autoinformes de adherencia que en estudios que no utilizan autoinformes. Las probabilidades de adherencia son 2,35 veces mayores con mayores niveles de apoyo social. El riesgo de no adherencia es 1,53 veces mayor entre los pacientes con bajo apoyo social. El apoyo social tiene un mayor efecto sobre la

adherencia en los estudios que requieren más de un régimen para que los pacientes se adhieran que en los estudios que sólo requieren un régimen (13).

En el Centro de Salud de San Buenaventura esta enfermedad se encuentra como tercera causa de morbilidad, y en el periodo de enero a junio del 2019 se han presentado 38 casos nuevos.

1.2.2. Análisis crítico

La Diabetes Mellitus Tipo 2, como lo demuestran las estadísticas a nivel mundial, es una amenaza progresiva para la salud y tiene una tasa alta de fracaso del tratamiento, por lo cual es esencial buscar estrategias que disminuyan sus daños.

Al ser la adherencia terapéutica un aspecto elemental para lograr las metas terapéuticas, y de esta forma disminuir las complicaciones a largo plazo de la diabetes mal controlada, debe ser fortalecida. Esto se logra trabajando en los diversos factores que influyen en el problema sin dejar de lado el papel que juega la familia.

Una familia funcional es vital para dotar a sus integrantes de los instrumentos y mecanismos necesarios para superar las dificultades que atraviesa, una de las cuales es la pérdida de la salud concomitante al diagnóstico y tratamiento de Diabetes, el cual genera en los pacientes un sin número de cambios en su estilo de vida. Por ende, se reconoce a la familia como el eje fundamental para lograr una mejor y mayor adherencia terapéutica.

La no adherencia a los medicamentos es de gran interés para los médicos de familia porque es casi imposible brindar una atención de alta calidad al paciente mientras se mantienen los costos al mínimo cuando los pacientes no usan sus medicamentos según lo prescrito. La no adherencia del paciente es uno de los comportamientos relacionados con la salud mejor documentados pero menos comprendidos (14).

Los factores relacionados con la enfermedad, el tratamiento, el paciente, el médico y el entorno de la práctica se han identificado como determinantes o factores de riesgo (15). Muchos pacientes deciden no tomar con frecuencia la medicación, por la influencia de ciertas personas, que no le dan importancia a la enfermedad y la falta de comprensión de los miembros de una familia en brindar apoyo a la persona que padece de diabetes.

1.2.3. Prognosis

La funcionalidad familiar junto con la adherencia terapéutica farmacológica, son los cimientos primordiales por valorar en el total de pacientes diabéticos tipo 2. Esto se debe a que la familia funcional es el soporte del paciente, pues le proporciona las herramientas para superar la crisis y mejorar la adherencia terapéutica, reduciendo a su vez las complicaciones y la mortalidad.

El reto fundamental de los profesionales de la salud con los pacientes diabéticos es realizar un enfoque holístico que incorpore el círculo familiar y reconozca los problemas que yacen en la base de la familia, y que puedan afectar la adherencia terapéutica.

1.2.4. Formulación del problema

¿La funcionalidad familiar se relaciona con la adherencia terapéutica farmacológica de pacientes diabéticos tipo 2 en una unidad de salud de atención primaria?

1.2.5. Interrogantes (subproblemas)

- ¿Cuál es el nivel de funcionalidad de las familias de pacientes diabéticos tipo 2?
- ¿Cuál es el nivel de adherencia terapéutica farmacológica en los pacientes diabéticos tipo 2?
- ¿Existe relación entre funcionalidad familiar y adherencia terapéutica farmacológica de los pacientes diabéticos tipo 2?

1.2.6. Delimitación del problema de investigación

Líneas de Investigación

Prioridades en salud del Ministerio de Salud Pública

Endocrinas

Líneas de investigación de ciencias de la salud UTA

Ciencias clínicas orientadas a Diabetes.

Líneas de investigación para la Atención Primaria

Enfermedades metabólicas.

Sublínea

No adherencia al tratamiento.

De Contenido: Diabetes Mellitus tipo 2, Funcionalidad Familiar, Adherencia Terapéutica

Campo: Epidemiología, Salud Pública

Área: Medicina Familiar

Según Tiempo:

Lugar: Centro de Salud de San Buenaventura

Personas: Adultos diabéticos tipo 2

1.3. Justificación

La Diabetes Mellitus tipo 2 es una patología no trasmisible de crónica evolución que acrecienta su prevalencia cada año y forma parte de una de las primeras fuentes de morbimortalidad a nivel mundial. Por ende, constituye un gran problema de salud pública que requiere de tácticas y estrategias inmediatas y factibles para reducir su prevalencia y, sobre todo, incidencia.

Frente a un diagnóstico de Diabetes tipo 2 el paciente y su familia confrontan una crisis que les exige efectuar cambios en su estilo de vida tanto a nivel personal como familiar. Ante esto, es imprescindible una adecuada funcionalidad familiar que contribuya a traspasar y superar esta crisis. Como ya se dijo antes, la familia es el principal soporte y facilita un ambiente propicio que genera un adecuado cumplimiento de los objetivos terapéuticos.

La trascendencia de este proyecto investigativo radica en identificar las familias disfuncionales de los pacientes diabéticos tipo 2 con las que se puede trabajar mediante clubs de apoyo familiar y programas de educación diabetológica. Estos últimos pueden proporcionar herramientas con las que se lograría una adecuada resolución de las dificultades que enfrenta el núcleo familiar, a fin de conseguir el apoyo que necesita el paciente diabético y mejorar su adherencia terapéutica

La no adherencia terapéutica implica a un sin número de complicaciones que van desde hospitalizaciones, discapacidades y muerte, las cuales producen un impacto gradual y permanente en el estado de salud de las naciones, en tanto aumentan los costos del sistema de salud. Por tal razón, es vital vigilarla y desarrollar conductas que enriquezcan la adherencia, gracias a lo cual se busca recobrar la salud global desde una orientación integral centrado en el paciente diabético.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

- Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica farmacológica de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del centro de Salud de San Buenaventura.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Identificar el tipo de funcionalidad familiar de los pacientes diabéticos tipo 2.
- Establecer la adherencia terapéutica farmacológica en los pacientes diabéticos tipo 2.
- Relacionar la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica farmacológica de los pacientes diabéticos tipo 2.

CAPÍTULO 2. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes Investigativos

La adherencia terapéutica en pacientes diabéticos y su relación con la funcionalidad familiar es un tema que tiene varios estudios previos en Ecuador, Latinoamérica y a nivel mundial. Sin embargo, la provincia de Cotopaxi no cuenta con un estudio de estas características.

Ávila et al. (2013) realizaron un estudio sobre la asociación del control glicémico con el apoyo familiar y el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes tipo 2. Dicha investigación asegura que “los resultados confirman la importancia del apoyo familiar en el control glicémico del paciente con DM2 que favorezca la modificación y permanencia de estilos de vida saludables” (16).

León (2015) en su tesis de Funcionalidad Familiar con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital ISSS Sonsonate en el que participaron 192 diabéticos, los resultados arrojaron que el 85% de los pacientes estaban cumpliendo con el tratamiento prescrito por su médico, mientras que el 83% de los pacientes estudiados pertenecían a una familia funcional, lo cual asocia significativamente la Funcionalidad Familiar y el control glicémico (17).

Siendo así, Zenteno (2015) realizó un estudio con 120 pacientes adultos mayores, llegando a la conclusión de que, a mayor funcionalidad familiar, mayor adherencia al tratamiento y control glucémico (18). Al mismo tiempo, el proyecto de investigación sobre el tema ‘Funcionalidad Familiar y Adherencia al tratamiento de Diabetes mellitus tipo 2 en pacientes del Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa en año 2017’, el cual contó con 194 participantes, concluyó la existencia de la relación entre el adecuado funcionamiento familiar y adherencia terapéutica (19). Por otra parte, Lagos Méndez señala que “la familia contribuye al fomento de conductas relacionadas con el Automanejo, sobre todo en el cambio de percepción con respecto al padecimiento” (20).

Un estudio de Cruz-Márquez AE et al. (21) estima que la falta de adherencia terapéutica en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) está dentro del 30-51%. El apoyo familiar refuerza los sentimientos de control personal y juega un papel

primordial en el bienestar general. El propósito de este estudio es determinar la tipología familiar y la adherencia farmacológica asociada al apoyo familiar en pacientes con DM2 de la Unidad de Medicina Familiar # 27 (UMF 27) de Tijuana, México. La metodología de estudio es descriptiva transversal en 156 pacientes con DM2 mediante muestreo no probabilístico por cuotas. Las variables cuantitativas se expresaron con media y desviación estándar; Se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. En el análisis bivariado se utilizó la prueba de Chi-Cuadrado y la prueba t de Student. Se encontró incumplimiento terapéutico en un alto porcentaje de pacientes (40%), el grupo de edad más frecuente fue entre 50-60 años (65%). Se demostró una alta frecuencia de apoyo familiar (62%). Se identificó una asociación entre el apoyo familiar y la composición familiar ($p < 0.01$). La asociación entre adherencia terapéutica y apoyo familiar no fue significativa ($p = 0,4$) Conclusión: No se encontró asociación estadísticamente significativa entre apoyo familiar y adherencia terapéutica. La baja adherencia que existe en los pacientes con DM2 en la UMF 27 nos muestra la enorme tarea como médicos de primer contacto en la educación y mantenimiento de la salud del paciente.

2.2. Fundamentación Filosófica

Esta investigación se apoya el Paradigma Positivista Lógico. Este postula que es factible conocer empíricamente una realidad objetiva por medio de métodos cuantitativos, edificando modelos que posibiliten predecir y demostrar fenómenos semejantes. Se acoge el método de estudio analítico, que busca la interrelación de variables para proponer opciones de solución. Pretendemos aproximarnos al entendimiento de las realidades comunitarias y familiares a través de la observación de la funcionalidad familiar, la cual, a su vez, se relaciona e influye en la adherencia terapéutica farmacológica en los pacientes diabéticos tipo 2. La meta no es solo determinar las familias disfuncionales y la adherencia terapéutica, sino comprender la génesis del problema para actuar sobre él.

2.3. Fundamentación Legal

En el años 2008 la Constitución de la República del Ecuador, estipula en la séptima Artículo 32, que “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación,

la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir” (22). Además, señala que “El estado garantizara el derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional ” (22).

Otros artículos concernientes al tema son los siguientes:

En el artículo 360.- “El sistema garantizara, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulara los diferentes niveles de atención, y promoverá la complementariedad con las medidas ancestrales y alternativas” (22).

En el artículo 361.- “El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector” (22).

La Ley Orgánica de Salud en el capítulo II, artículo 6, numeral 5, señala “Es responsabilidad del Ministerio regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, atención integral y rehabilitación de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información” (23)

2.4. Categorías Fundamentales

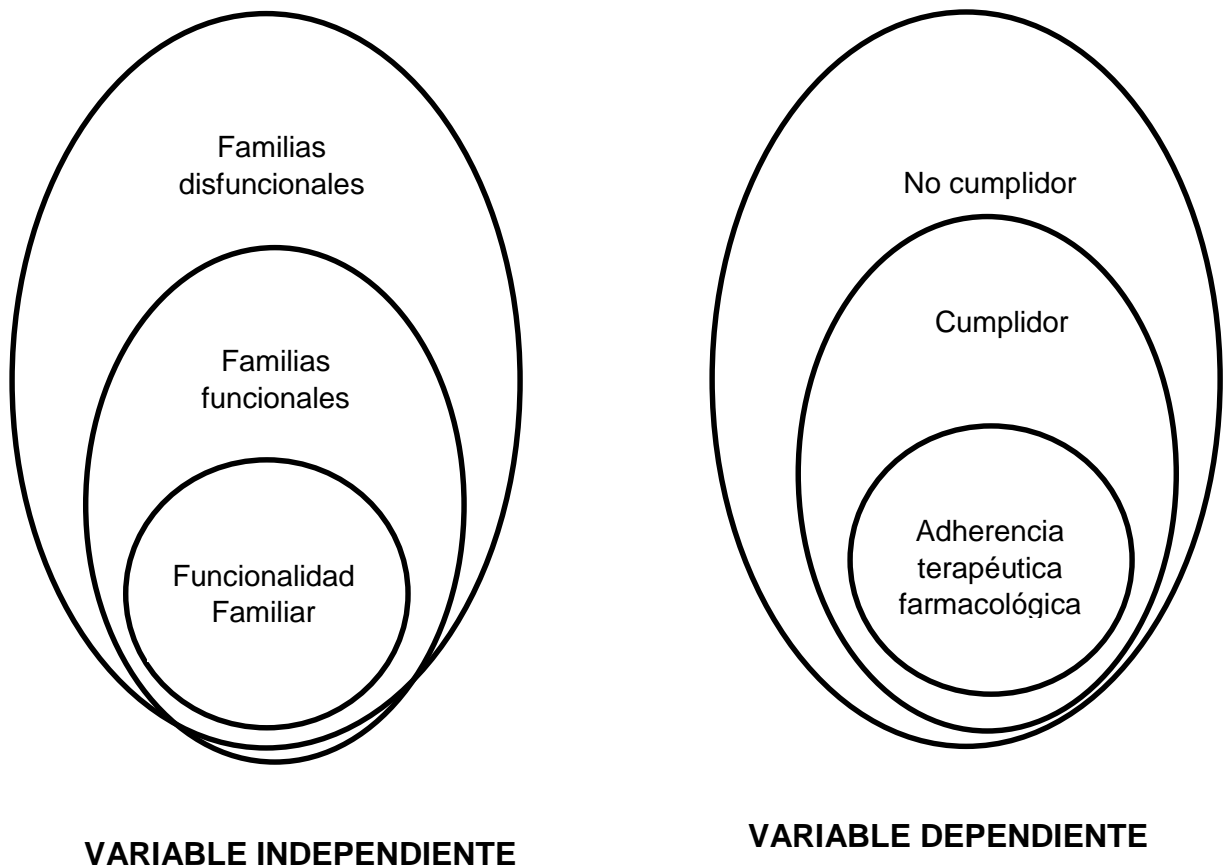


Figura 1. Categorías fundamentales

Fuente: Ivonne Alexandra Salvador

2.4.1. Fundamentación Teórica

Diabetes mellitus tipo 2

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) define a la Diabetes como una enfermedad cuya atención debe potenciar la reducción del riesgo multifactorialmente. Además, presenta a la educación, la autogestión y el apoyo como pilares básicos para reducir complicaciones a largo plazo (24).

Por su parte, la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) la describe como un desorden metabólico de etiologías múltiples, determinado por hiperglucemia crónica con daños en el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas, todo esto como resultado del fallo en la secreción o la acción de la insulina (25).

La diabetes mellitus es una de las patologías más antiguas conocidas por el hombre. Es una condición de salud de por vida que requiere cuidado personal y afecta el estado funcional, el bienestar y el bienestar de las víctimas y tiene un impacto relevante en su calidad de vida vinculada con la salud. Como una enfermedad metabólica crónica que requiere cuidados complejos, el cuidado óptimo de la diabetes implica un sistema familiar funcional que involucra a miembros de la familia, amigos y otras personas importantes (26).

Factores de Riesgo para desarrollar Diabetes tipo 2

- Existencia de diabetes tipo 2 en familiares de primer y segundo grado.
- Antecedentes de diabetes gestacional.
- Hijos con un peso al nacimiento mayor de 4 kg.
- Índice de masa corporal igual o mayor a 25kg/m.
- Perímetro de cintura mayor a 80 cm en el sexo femenino y mayor a 94 cm en el sexo masculino.
- Sedentarismo
- Presión Arterial elevada
- Niveles de triglicéridos mayores o iguales a 250 mg/dl
- HDL menos a 35 mg/dl
- Síndrome de ovario poliquístico.
- Baja escolaridad
- Edad igual o mayor a 45 años (27).

Genética y Fisiopatología de Diabetes Mellitus tipo 2

Genética

El riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en las personas con sus dos progenitores diabéticos es del 40%. También existe una resistencia a la insulina en familiares de primer grado de personas diabéticas (28).

Se ha identificado un número importante de genes que participan en la génesis de la enfermedad (más de 70 genes), el más relevante de los cuales es la variante del gen 2. De igual forma, se han determinado en los genes del conducto de potasio de las células B, (los que codifican el receptor gama activado), el transportador de zinc que altera el desarrollo función y secreción de la insulina (28).

Fisiopatología

La Diabetes Tipo 2 es una patología heterogénea y multifactorial en la que intervienen factores genéticos y ambientales que favorecer el desarrollo del sobrepeso, la obesidad y la resistencia a la insulina (29).

A medida que progresa la resistencia insulínica y por ende la hiperinsulinemia que la compensa, empiezan a fallar los islotes de Langerhans, con lo que el estado hiperglucémico no se puede mantener. Es ahí cuando se presenta la intolerancia a la glucosa y se produce un cese completo de las funciones de las células B, las cuales dejan de producir insulina y ocasionan una hiperglucemia mantenida (28).

Actualmente se conocen 8 mecanismos encargados de desencadenar la diabetes mellitus tipo 2 (octeto ominoso). Sin embargo, esta lista sigue en aumento y está sujeta a modificaciones. (19)

Estos mecanismos son:

1. Disminución del efecto incretina en el intestino (mayor secreción de insulina después de ingerir glucosa oral frente a la administración intravenosa).
2. Secreción de insulina alterada.
3. Aumento de la producción de glucosa en el hígado.
4. Incremento de reabsorción de glucosa a nivel renal.
5. Reducida captación de glucosa en los músculos.

6. Elevada lipólisis.
7. Disfunción de neurotransmisores a nivel de sistema nervioso central.
8. Incremento en la producción de glucagón por las células alfa del páncreas (24).

Clasificación de la Diabetes

Se clasifica en estas categorías principales:

- **Diabetes tipo 1:** por destrucción autoinmune de las células B.
- **Diabetes tipo 2:** por pérdida gradual de la secreción de células B de insulina, se asocia a resistencia a la insulina.
- **Diabetes gestacional:** diabetes que no fue evidente antes de la gestación y se diagnostica en el embarazo en el segundo o tercer trimestre.
- **Otros tipos específicos de diabetes:** Diabetes neonatal, MODY, diabetes inducida por sustancias químicas, enfermedades del páncreas exocrino). (24).

Criterios diagnósticos de Diabetes tipo 2

1. Glucosa en ayunas de plasma venoso igual o mayor a 126mg/dl, la misma que debe ser confirmada en una segunda ocasión.
2. Glucosa al azar en plasma venoso igual o mayor a 200mg/dl, que se acompañe de síntomas clínicos de diabetes como pérdida de peso sin explicación, poliuria, polidipsia, polifagia.
3. Un valor mayor o igual a 200 mg/dl posterior a una carga de 75 gramos de glucosa, medida en plasma venoso y dos horas después de la carga.
4. Hemoglobina glicosilada igual o mayor a 6,5% (24).

TRATAMIENTO

Tratamiento no farmacológico

Educación y apoyo para autocontrol. – Es proporcionada al paciente al momento del diagnóstico, anualmente o cuando surgen complicaciones de las herramientas, conocimientos, habilidades y capacidades para el autocuidado. Esto se favorece al trabajar con grupos de apoyo para incorporar las necesidades y experiencias de las personas con diabetes (24).

Terapia nutricional. – Debe ser individualizada para cada paciente, ya que no existe una dieta estándar. Este debe participar activamente en la planificación de su tratamiento nutricional junto con el equipo médico interdisciplinario. La dieta de un diabético debe ser facilitada por una nutricionista con experiencia en este tipo de pacientes (24).

Entre las recomendaciones de la ADA se encuentran:

- Una ingesta disminuida de carbohidratos, la cual aporta con mejores resultados para el control de la glicemia, junto con una dieta individualizar para cada paciente de acuerdo con sus necesidades. Además, se recomienda el consumo de carbohidratos que contengan un alto contenido de fibra como legumbres, granos enteros, frutas, entre otros (24).
- Los pacientes diabéticos y prediabéticos deben reducir el consumo de bebidas y alimentos con azúcar.
- La ingesta de proteínas no debe ser ajustada, ya que no existe suficiente evidencia a menos que esté presente una enfermedad renal. En ciertas investigaciones se concluye que se puede aumentar la ingesta de proteínas para saciar al paciente diabético tipo 2 (24).
- Se recomienda el consumo de grasas monoinsaturadas y poliinsaturadas. A pesar de que la evidencia no es cuestionable, se debe consumir pescado, nueces y demás alimentos ricos en ácidos omega 3 (24).
- No se debe exceder de una bebida por día para las mujeres y dos bebidas para los hombres (24).
- Se debe restringir el consumo de sal a menos 2,300 mg al día (24).

Actividad física. - Los pacientes con diabetes tipo 2 deben realizar ejercicio aeróbico de moderada o vigorosa intensidad por un tiempo de 150 a 300 minutos semanales. Esta actividad debe distribuirse en un mínimo de tres días, separados por no más de 48 horas de una rutina a la otra (24). (21)(21)

Dejar de fumar. - Se debe recomendar a todos los fumadores dejar el cigarrillo, incluso si fuera electrónico (24).

Tratamiento farmacológico

El Ministerio de Salud Pública, en su guía de Práctica Clínica de Diabetes tipo 2, recomienda iniciar con dosis bajas de Metformina asociada a cambios en estilos de vida. Esto es indicado siempre y cuando no excitan contraindicaciones tales como la cetoacidosis, coma hiperosmolar, hipersensibilidad, falla renal, enfermedad con riesgo de acidosis láctica; y se considera conveniente aumentar progresivamente la dosis (máxima dosis 2550mg) (27).

El segundo escalón en caso de no existir control, es decir hemoglobina glicosilada mayor a 8, es la asociación de dos antidiabéticos orales. Siendo esto una sulfonilurea, se debe considerar que en pacientes mayores de 65 años no se debe utilizar la glibenclamida por riesgo de hipoglicemia (27).

En caso de tener una hemoglobina glicosilada mayor a 9% después de tres meses de tratamiento con dos antidiabéticos orales y a dosis máximas, se debe referir al paciente a el segundo nivel para manejo por el endocrinólogo y utilización de insulina NPH a una dosis de 0,10-0,30 UI/kg/día subcutáneo, hora sueño, esta debe ser titulada hasta llegara metas terapéuticas (27).

El tratamiento de la diabetes tipo 2 se basa en la regularizar los niveles de glucosa y la prevención de complicaciones (30). Esto se puede lograr mediante cambios en el estilo de vida, la administración de hipoglucemiantes orales y / o inyecciones de insulina y el autocuidado (31). El control metabólico estricto y la capacidad de autocuidado pueden mejorar los resultados del tratamiento de la diabetes y reducen considerablemente el riesgo de complicaciones. La participación en el proceso de tratamiento ayuda a los pacientes a controlar conscientemente su salud. Alcanzar

niveles normales de glucosa en sangre solo es posible cuando los pacientes se adhieren a las recomendaciones de tratamiento (32).

Adherencia terapéutica

En el informe de adherencia a los tratamientos a largo plazo de la OMS se define a la adherencia terapéutica como “El grado en que el comportamiento de una persona- tomar medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponden con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”

La Adherencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la medida en que el comportamiento de una persona: tomar medicamentos, seguir dietas y / o realizar cambios en el estilo de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas por un proveedor de atención médica. Esto es a través de la aceptación de un papel activo en el cuidado de la salud (15).

La adherencia a la medicación es un factor crítico para la salud y el bienestar continuos de los pacientes con enfermedades crónicas. La adherencia implica la aceptación por parte del paciente de las recomendaciones de tratamiento a las que se llegó, a través de la toma de decisiones compartida. Mejorar la adherencia a la medicación ha sido la principal preocupación de los médicos a nivel mundial. La adherencia al tratamiento está influenciada por una serie de factores, algunos de los cuales son modificables (33).

Se debe realizar una diferencia clara entre adherencia y cumplimiento que radica principalmente en que la adherencia incluye un consenso del paciente con los profesionales de salud en las medidas y recomendaciones emitidas.

La adherencia está constituida por varias conductas

- Programa mantenido de tratamiento
- Citas para seguimiento
- Uso adecuado de la medicación indicada
- Cambios de estilos de vida

- Obviar comportamientos no indicados
- Realización de exámenes de control.

La cooperación del paciente con los profesionales de la salud, o el cumplimiento, juega un papel importante en el tratamiento de la diabetes tipo 2. Una mejor adherencia al tratamiento favorece un mejor control de la diabetes y contribuye a la prevención de complicaciones tanto tempranas (hipo e hiperglucemia) como a largo plazo (retinopatía, nefropatía, neuropatía, angiopatía, síndrome del pie diabético) (6).

Factores que influyen en la adherencia terapéutica

Según la OMS existen 5 grupos de factores que influyen en la adherencia.

- 1. Factores socioeconómicos.** – Los factores que interviene en la adherencia son: nivel socioeconómico bajo, analfabetismo, baja escolaridad, la falta de empleo, inestabilidad, ausencia de redes de apoyo, la falta de acceso a los centros de salud, el coste elevado de ciertos fármacos, las creencias culturales, populares y la disfunción familiar (22)
- 2. Factores relacionados con la enfermedad.** - Son las demandas propias de la enfermedad que encara el paciente, y entre estos determinantes se encuentran las discapacidades, los síntomas, gravedad, celeridad de las enfermedad y disponibilidad de medicamentos. (22)
- 3. Factores asociados con el sistema de asistencia sanitaria.** – Una adecuada relación médico paciente favorece la adhesión terapéutica, sin embargo, existen factores que influyen negativamente en esta relación; entre ellos: falta de personal capacitado en el seguimiento de enfermedades crónicas, saturación laboral, tiempo reducido de consultas, limitado tiempo para educar al paciente e involucrar a la comunidad, desconocimiento del personal de salud sobre adherencia. (22)
- 4. Factores vinculados con el paciente.** – Entre ellos tenemos el conocimiento, percepción, actitud y expectativas del paciente, además de confianza en el medico, la salud mental del paciente y el deseo de control. (22)

- 5. Factores relacionados con el tratamiento.** – Los más importantes son: el tiempo que dura el tratamiento, las modificaciones en el tratamiento, la dificultad de administración de ciertos fármacos, los efectos adversos de los medicamentos. (22).

No adherencia al tratamiento

Los datos de la literatura indican que tan solo el 50% de los pacientes sometidos a tratamiento crónico se adhieren al protocolo prescrito en el primer año de tratamiento (34). En el grupo de diabéticos polacos, solo el 65,1% se adhiere al tratamiento prescrito y menos de la mitad se adhiere completamente al mismo. las recomendaciones para el autocontrol de la glucosa en sangre basadas en las pautas de la Asociación Estadounidense de Diabetes (35). La no adherencia al tratamiento de la diabetes puede implicar dieta, ejercicio, estilo de vida, uso de sustancias, medicación, visitas de seguimiento y autocontrol. La literatura describe varias formas de incumplimiento Puede ser intencional (cuando el paciente decide deliberadamente interrumpir el tratamiento), involuntario (por ejemplo, por olvido) o una combinación de ambos. El incumplimiento involuntario típicamente implica omitir dosis individuales de medicación, mientras que la no adherencia intencional puede consistir en retrasar o saltar dosis y, en casos extremos, interrumpir por completo el tratamiento (36).

La no adherencia al tratamiento a menudo resulta en un deterioro de la salud y conlleva importantes efectos económicos negativos debido a costos de tratamiento resultantes de rehospitalizaciones, ausencia del trabajo, tratamiento a largo plazo de complicaciones cada vez más graves y, en última instancia, muerte. Por lo tanto, según la OMS, las mejoras en la efectividad de las intervenciones para impulsar la adherencia pueden tener un impacto superior en la salud de la población que avances en el tratamiento. Por lo tanto, se requiere un mejor entendimiento de los mecanismos detrás de la no adherencia (6).

Apoyo social y familiar

El apoyo social se define como "recursos e interacciones proporcionados por otros que pueden ser útiles para ayudar a una persona a afrontar un problema". El apoyo social estructural es la cuantificación del número de relaciones de apoyo que tiene un individuo. El apoyo social funcional evalúa el apoyo social en términos de las funciones que aporta, incluido el apoyo emocional y material. Cuanto mayor sea el puntaje de apoyo social funcional, mejor será el apoyo de la familia la adherencia (37).

6. La determinación de la relación entre el apoyo familiar / social y la adherencia podría permitir al médico de familia mejorar las operaciones familiares que mejorarían la adherencia. Esto es más cierto en el contexto africano, donde el sistema de familia ampliada todavía está operativo y puede utilizarse para mejorar la atención al paciente(37).
7. La adherencia se ha medido de varias formas diferentes, incluidos recuentos de pastillas, datos de farmacia, análisis de sangre u orina, dispensadores de medicamentos electrónicos e informes verbales de cumplimiento. Los enfoques de autoinforme estandarizados han demostrado ser métodos eficientes y efectivos para determinar la medicación (37)
8. El apoyo social en general, y la disponibilidad de ayuda de familiares o amigos, se asocia positivamente con la adherencia a la medicación.¹⁰ Se ha desarrollado una literatura vasta y creciente que vincula varias formas de apoyo social con la hipertensión, a menudo incluso sugiriendo una relación causal entre el apoyo social y adherencia.¹⁵ Existe una sorprendente coherencia en los efectos de apoyo social-adherencia. Estos efectos sugieren que el camino del apoyo social a la salud probablemente pasa por la adherencia del paciente (38)

Adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2

En los países desarrollados los pacientes con enfermedades crónicas entre ellas la diabetes tiene un cumplimiento terapéutico entre el 50 -57%, en los países en vías de desarrollo el porcentaje es menor (39).

En un estudio retrospectivo realizado en la Cienfuegos Cuba tiene como resultados solo 37 de paciente diabéticos tipo dos cumple con las sugerencias terapéuticas, las conductas adherentes fueron superiores en los dos primeros años (40).

Por consiguiente, es importante conocer cuáles son los factores más comunes que limitan una adecuada adherencia terapéutica en los pacientes diabéticos que son los siguientes: Dificultad del tratamiento (complejidad en la vía de administración), temor a los efectos secundarios, escasez de conocimiento, falta de conciencia de la enfermedad, deterioro cognitivo, escaso apoyo familiar, inconvenientes socioeconómicos, mala relación médico paciente (41).

Varios estudios han observado disparidades demográficas con respecto a la adherencia a la medicación, pero existe una necesidad explorar la relación entre la estructura y el funcionamiento de las variables familiares y sus resultado (33). El concepto de familia es muy notable para el resultado del manejo de enfermedades crónicas. Algunas características familiares se han relacionado con un proceso de enfermedad crónica deficiente. El apoyo social es un factor importante en el funcionamiento inmunológico, endocrino y cardiovascular; recuperación de enfermedades y lesiones; y mantenimiento de la salud (33).

Tácticas para mejorar e incrementar la adherencia

El profesional de salud primero debe identificar cual es la causa de la falta de adherencia, una vez identificado debe obviar realizar juicios de valor y criticar la conducta, y procurar guiar, enseñar cuales son las áreas en las que debe trabajar, los dos problemas habituales son (41,42):

- **Falta de Motivación.** – Es fundamental conocer los sectores donde se maneja el paciente (situación familiar, laboral y social), para tener una visión holística; sin olvidar mantener una comunicación intercambio de información bidireccional.

La herramienta que se utiliza es entrevistas motivacionales, además se deben proponer objetivos realizables y medibles en un tiempo prudente. Se debe incluir a la familia y favorecer el acercamiento a los clubs de diabéticos (41).

- **Escasez de conocimiento.** – Se debe evaluar el nivel de conocimiento mediante cuestionarios específicos para localizar el espacio donde trabajar y mejorar (41).

Familia

Los seres humanos son seres sociales cuya salud está fuertemente influenciada por factores ambientales socio-familiares, especialmente interacciones familiares, comunicación, relaciones y funcionalidad (8).

La familia ha sido reconocida durante mucho tiempo como una unidad natural de atención en la sociedad y su dinamismo facilita el proceso de atención, como la adherencia a la medicación entre los pacientes diabéticos (8).

La familia se define en el contexto del paciente índice como un grupo de personas conectadas biológicamente, legalmente o por elección con un paciente de quienes el paciente espera razonablemente una medida de apoyo en forma de comida, refugio, finanzas y nutrición emocional, compartiendo un pasado, un presente y un futuro, incluidos todos los que contribuyen a la cultura familiar. (8).

Es un conjunto de individuos que viven bajo el mismo techo y participan de lazos de consanguinidad, parentesco, convivencia y cariño, organizados en roles que se encuentran influenciados por la sociedad y refleja el nivel de desarrollo y las bases de un crecimiento social adecuado (43)

Los estudios de investigación han demostrado que la diabetes mellitus es una enfermedad familiar y que los problemas de salud de la familia están interrelacionados. Para lograr efectos positivos de la familia en el resultado de la atención de la diabetes, la familia debe ser funcional para satisfacer las demandas de atención de los miembros de la familia diabética (8).

De manera que su funcionamiento es sistémico, como un sistema abierto interconectado con la sociedad, dando como resultado uno de los más significativos sistemas que favorecen y benefician la salud y afinan la calidad de vida, comprendiéndose como sistema al conjunto de sujetos elementos y principios interrelacionados entre sí para lograr un fin común (43).

La familia es un sistema abierto en constante interacción con los entornos históricos, sociales, económicos y culturales; no es una unidad homogénea en su conformación, lo que indica que no todos se integran de la misma forma. El estudio de la tipología familiar implica identificar con qué elementos se integra. El término apoyo se define como el conjunto de acciones físicas y psicoafectivas necesarias para mejorar una situación específica. Sus beneficios afectan positivamente los sentimientos de autoestima de una persona, ayudándola a sentirse amada y valorada, reforzando los sentimientos de control personal, que juega un papel importante en el bienestar general (21).

Funcionalidad Familiar

Se ha informado que numerosos factores familiares influyen en el manejo de la diabetes mellitus en entornos ambulatorios. Entre estos factores se está el nivel de funcionamiento familiar. La función familiar se define como la percepción del proceder de los miembros de la familia en relación con las decisiones diarias sobre el cuidado de la diabetes y sus interacciones psicofísicas (8).

La función familiar, por tanto, está directamente asociada con el grado en que el paciente diabético percibe cómo sus necesidades en el cuidado diario de la diabetes son satisfechas por los miembros de la familia y está relacionada con la evaluación cognitivo-afectiva y las interacciones físicas con los componentes de los servicios de atención como la adherencia a la medicación y control glucémico. Existe evidencia clínica y epidemiológica de que la función familiar puede tener efectos beneficiosos o perjudiciales sobre el resultado de la diabetes y el clima socio-físico de la familia se ha relacionado con la adherencia a la medicación y el control de la glucosa en sangre (8).

El funcionamiento familiar a menudo se entiende como un precursor del autocuidado efectivo en la población con enfermedades crónicas. Muchas intervenciones educativas fracasan porque no se han tenido en cuenta los contextos familiares y sociales en los que el individuo con una enfermedad crónica como la diabetes debe realizar el autocuidado. Para lograr resultados de enseñanza eficaces para el paciente, la familia debe formar parte del plan de enseñanza. La participación de los miembros de la familia puede ser una fuente importante de apoyo en el futuro para el paciente

mientras trabaja en el cambio de comportamiento. Lo anterior no se puede lograr si una familia es disfuncional. El funcionamiento familiar se define como la medida en que una familia opera como una unidad para hacer frente a los factores estresantes. A la luz del número excesivamente grande de pacientes que no se adhieren a la práctica médica, el apoyo práctico es un objetivo potencialmente importante de las intervenciones para reducir los costos de atención médica y mejorar la salud (33).

Existen varias herramientas para la estimación de la función familiar en el punto de atención, y cada una de las herramientas tiene diversos grados de complejidad y formas de medición. Se han utilizado diferentes escalas en diversas poblaciones globales y dentro de ellas, y la funcionalidad familiar percibida se centró en las peculiaridades que caracterizaban las interacciones, relaciones y comunicación interpersonales. Existe el Modelo McMaster de Funcionamiento Familiar (MMFF) -Dispositivo de Evaluación Familiar (FAD), Evaluación global del funcionamiento relacional (GARF); Escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar (FACES); APGAR familiar; Índice de funcionamiento familiar (FFI); Cuestionario de funcionamiento familiar (FFQ); y Escala de entorno familiar (FES) (8).

Una familia es disfuncional cuando coexiste una nula interacción familiar caracterizada por una incapacidad para palpar, admitir y recubrir las necesidades de cada miembro del grupo familiar, son incapaces de afrontar cambios, donde los roles funciones y jerarquías no se están establecidas, creando conflictos y desequilibrios entre sus integrantes (44).

Factores de riesgo de disfuncionalidad familiar

La familia en los tiempos actuales atraviesa múltiples dificultades en relación a formación y educación de sus integrantes que conllevan a crisis familiares. Hay varios factores de riesgo tanto internos como externos que causan conflictos y afectan la autoridad que influye negativamente en la comunicación en el hogar. (45)

Factores de Riesgo Internos

- Divorcio
- Mala comunicación

- Falta de empatía
- Exceso de control
- Ausencia de tiempo compartido
- Patrones familiares de consumo de sustancias
- Familia numerosa
- Falta de vínculo entre padre e hijos
- Perdida del rol de los padres

Factores de Riesgos Externos

- Perdida de trabajo
- Adicciones
- Migración de padres
- Perdida de estatus social
- Falta de oportunidades laborales
- Situaciones de accidentes naturales
- Pobreza
- Accidentes
- Enfermedades de alto compromiso con la vida
- Discapacidades
- Muerte prematura respecto al ciclo

2.5. Hipótesis

H₁

La funcionalidad familiar SI se relaciona con la adherencia terapéutica farmacológica de los pacientes diabéticos tipo 2 del centro de salud de San Buenaventura

H₀

La funcionalidad familiar NO se relaciona con la adherencia terapéutica farmacológica de los pacientes diabéticos tipo 2 del centro de salud de San Buenaventura

2.6. Señalamiento de Variables

Variable Independiente: Funcionalidad Familiar

Variable Dependiente: Adherencia Terapéutica

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

3.1. Modalidad básica de la investigación

El enfoque es cuantitativo debido a que sigue una serie de pasos que parte de una idea principal limitada y concreta que encamina a objetivos que conducen a una revisión bibliográfica de donde se obtienen hipótesis; en este caso se explica cómo afecta la funcionalidad familiar en la adherencia terapéutica de los pacientes diabéticos para entender cuál es la categoría más afectada en la funcionalidad familiar que limita la adherencia terapéutica (46).

Es una investigación observacional, que nos permitirá tener una aproximación directa con el problema en estudio, entre la asociación de la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica de los pacientes diabéticos tipo 2 que se sustentará con una investigación bibliográfica documental.

3.2. Nivel o tipo de investigación

Es un estudio descriptivo porque se busca especificar las características de cada variable, de diseño no experimental trasversal, porque no modifico variables que se estudiaron tal cual se den las condiciones, es decir, no se va intervenir ni modificar a la funcionalidad familiar ni la adherencia terapéutica; con alcance interrelacional que permitió expresar el grado de relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica de los pacientes diabéticos tipo 2 en una población definida y en un tiempo estimado.

3.3. Población y muestra

3.3.1. Población

Se trabajó con los pacientes diabéticos tipo 2, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, se tomara como población a todos los individuos del centro de salud de San Buenaventura que acuden a la consulta externa a control de su patología

3.3.2 Muestra

La muestra será el subgrupo de interés del que se recolectará los datos; será tomada por un muestreo no probabilístico, para determinar su tamaño se utilizará un nivel de

confianza de 95% y un error muestral de 0,05% con la fórmula para la variable cuantitativa. (34)(34)

$$Z^2 P Q N$$

Muestra =

$$(N-1) E^2 + Z^2 P Q$$

N= Población 70

Z= 95% entonces, 95% entre 2= 47,5% entre 100 = 0,475 = Z = 1,96

E= 5%, entonces, 5% entre 100 = 0,05

P= 50%, entonces, 50% entre 100 = 0,5

Q= 50%, entonces, 50% entre 100 = 0,5

$$1,96^2 (0,5) (0,5) (70)$$

Muestra = $\frac{\quad}{\quad}$

$$(70-1) 0,05^2 + 1,96^2 (0,5) (0,5)$$

Muestra = 60

La muestra de estudio son los 60 pacientes con diabetes.

3.3.3. Criterios de inclusión

- Pacientes mayores o iguales a 30 años en adelante con diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus tipo 2.
- Paciente Diabéticos tipos 2 que asistan a control al Centro de Salud de San Buenaventura
- Paciente con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 mayor a 6 meses de evolución.
- Pacientes Diabéticos Tipo 2 que convivan en un grupo familiar
- Pacientes Diabéticos Tipo 2 que aceptaron voluntariamente y con absoluta libertad participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado

3.3.4. Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 1, diabetes gestacional
- Pacientes Diabéticos Tipo 2 con algún tipo de discapacidad mental o dificultades para la comprensión del instrumento evaluador
- Paciente que su estado de salud no le permita participar en esta Investigación.

3.4. Operacionalización de variables

Tabla 1: **Variable Independiente:** Funcionalidad Familiar

Variable	Definición	Categorías y valores	Indicadores	Ítems
Funcionalidad familiar	Capacidad de adaptación familiar para afrontar y resolver crisis	<p>Funcional 70 a 57 pts.</p> <p>Moderadamente funcional 56 A 43 pts.</p> <p>Disfuncional 42 a 28 pts.</p> <p>Severamente disfuncional 27 a 14 pts.</p>	<p>Cohesión</p> <p>Armonía</p> <p>Comunicación</p> <p>Permeabilidad</p> <p>Afectividad</p> <p>Roles</p> <p>Adaptabilidad</p>	<p>1 - 8</p> <p>2 -13</p> <p>5 - 11</p> <p>7 - 12</p> <p>4 - 14</p> <p>3 - 9</p> <p>6 -10</p>

Tabla 2: **Variable Dependiente:** Adherencia Terapéutica Farmacológica

Variable	Definición	Categorías y valores	Ítems
Adherencia Terapéutica Farmacológica	Cumplimiento y constancia en la toma de la medicación de acuerdo con el esquema propuesto	Cumplidor NO, SI, NO, NO Incumplidor Si, NO, SI, SI	1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos? 2. ¿Toma los fármacos a la hora indicada? 3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos? 4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?

3.5. Plan de Recolección de información

Se recogió la información de los pacientes diabéticos que asistan a su control al centro de salud con cita anticipadamente asignadas posterior a la firma del consentimiento informado, además se complementara la recolección mediante visitas domiciliarias que serán previamente comunicadas por medio de llamada telefónica los días lunes miércoles y viernes; se visitara a tres personas por día en distintos horarios de 10 AM a 12 del día y en la tarde de 16:00 a 18:00 debido a muchos paciente en horas de la mañana no se encuentran en sus hogares, porque salen a trabajar

Se recopilará datos antropométricos de peso, talla, índice de masa corporal, presión arterial, además reportes de laboratorio de glucosa, al igual que los resultados del cuestionario de Funcionalidad Familiar y el test de Morisky Green

Para la variable independiente se utilizó el Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL (Anexo 1) que es un instrumento que evalúa las 7 categorías del funcionamiento familiar a través de 14 realidades que puede o no atravesar una familia. Concerniendo 2 realidades a cada categoría (1 y 8, cohesión, 2 y 13 armonía, 5 y 11 comunicación, 7 y 12 permeabilidad, 4 y 14 afectividad, 3 y 9 roles, 6 y 10 adaptabilidad) (47)

Cada realidad tiene respuestas cuantitativas que se miden por medio de una escala de 5 puntos: Casi nunca 1 punto, Pocas veces 2 puntos, A veces 3 puntos, Muchas veces 4 puntos, Casi siempre 5 puntos (48).

El resultado se obtiene de la suma de los puntos, y así definir el funcionamiento familiar (Familia funcional entre 57 y 70 puntos, familia moderadamente funcional entre 43 y 56 puntos, familia disfuncional entre 42 y 28 puntos y finamente familia severamente disfuncional entre 14 y 27 puntos (48).

Para la variable dependiente se manejará el Test de Morisky Green (Anexo 2). Es uno cuestionarios estandarizados y validados es la escala de Morisky- Esta medida ha demostrado tener una confiabilidad adecuada, así como un buen criterio y validez discriminativa (49). La escala de Morisky es fácil de usar y tiene una sensibilidad entre el 72% y el 84% para detectar una mala adherencia. Esta escala se ha utilizado en varias poblaciones de estudio diferentes y ha demostrado de manera consistente suficiente consistencia interna $\alpha = 0.61$ (13). Es un cuestionario validado para diversas

enfermedades crónicas como: diabetes, hipertensión arterial, dislipidemia, enfermedades cardiovasculares, párkinson. Consta de cuatro preguntas dicotómicas SI o NO que valoran los obstáculos que impiden una adecuada adherencia terapéutica (50)

Se desea valorar si el paciente tiene actitudes correctas en relación con el tratamiento para su patología; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Se estimó un paciente adherente al tratamiento si responde acertadamente a las cuatro preguntas (No/Sí/No/ No) (51).

Análisis de fiabilidad del instrumento de funcionamiento familiar

Para el análisis de fiabilidad se utilizó el denominado alfa de Cronbach aplicado a un grupo seleccionado de la muestra, obteniéndose el valor de 0,973 a un grupo de 30 usuarios que acudieron al centro de salud, no se excluyeron ninguno de los participantes como se observa en la tabla 1 y 2.

Tabla 3. Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	30	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Tabla 4. Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,973	14

La media obtenida para el cálculo de la fiabilidad la ubica en un valor medio en la mayor parte de preguntas que establecer la relación adecuada entre las preguntas y su escala de respuesta que determina que es instrumento adecuado para la evaluación del funcionamiento familiar.

Tabla 5. Estadísticos de los elementos

	Media	Desviación típica	N
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.	2,9333	,73968	30
2. En mi casa predomina la armonía	2,9333	,73968	30
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.	3,1333	,86037	30
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.	2,9667	,99943	30
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.	3,0000	,94686	30
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.	3,1333	,97320	30
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.	3,0667	,98027	30
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.	3,0333	,92786	30
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.	3,0000	,98261	30
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.	3,0667	,86834	30
11. Podemos conversar diversos temas sin temor	3,0000	,87099	30
	Media	Desviación típica	N
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.	2,9667	,80872	30

13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.	3,0000	,83045	30
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos	3,0667	,63968	30

En la tabla 4 se representa la escala del alfa de Cronbach de cada pregunta del test que se ubica sobre el valor de 0,9 que define su fiabilidad en el desarrollo de la investigación.

Tabla 6. Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.	39,3667	100,585	,696	,974
2. En mi casa predomina la armonía	39,3667	99,344	,785	,972
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.	39,1667	96,902	,816	,972
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.	39,3333	92,230	,950	,969
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.	39,3000	94,493	,873	,971
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.	39,1667	93,868	,883	,970
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.	39,2333	93,289	,909	,970
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.	39,2667	94,340	,902	,970

9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.	39,3000	93,734	,881	,970
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.	39,2333	97,151	,792	,972
11. Podemos conversar diversos temas sin temor	39,3000	96,907	,804	,972
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.	39,3333	97,816	,812	,972
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.	39,3000	96,562	,870	,971
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos	39,2333	101,013	,781	,973

Análisis de fiabilidad del test de evaluación de la adherencia terapéutica

La fiabilidad del test de adherencia terapéutica es de 0,910, el cual presenta un valor adecuado que establece que es adecuado el test en el análisis de la variable, aplicándose a cuatro preguntas que forman parte del instrumento.

Tabla 7. Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	30	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Tabla 8. Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,910	4

La usar una escala nominal los valores oscilan entre 1 y 2, por lo cual la media es común que define la relación entre los ítems del test.

Tabla 9. Estadísticos de los elementos

	Media	Desviación típica	N
1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	1,5333	,50742	30
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	1,4667	,50742	30
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	1,4333	,50401	30
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	1,4333	,50401	30

El alfa de Cronbach se mantiene en valor entre 0,849 a 0,937 que establece que cada ítem es adecuado en el desarrollo de investigación y es útil en el conocimiento del problema presentado.

Tabla 10. Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	4,3333	1,885	,775	,891
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	4,4000	2,041	,637	,937
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	4,4333	1,771	,893	,849
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	4,4333	1,771	,893	,849

3.6. Plan de procesamiento y análisis de la información

Para el procesamiento y análisis de la información de datos se aplicó el siguiente procedimiento:

1. Se recogieron la información de los test aplicados a la muestra seleccionada, a través de encuestas de manera personal, previa aclaración de lo que se realizara y firma de consentimiento informado
2. Los datos recogidos se procesaron en el programa IBM Spss 20 en el cual cada pregunta fue representada por cada persona encuesta a través de ambas pruebas.
3. Luego se diseñaron las tablas de frecuencias y porcentajes de las pruebas aplicadas a los encuestados.
4. Con la información se definieron los rasgos para establecer el funcionamiento familiar y la adherencia según las recomendaciones de cada test presente en los anexos 1 y 2.
5. Los datos obtenidos se analizaron e interpretaron evidenciándose el resultado de mayor significancia.
6. Los datos se correlacionaron según los índices definidos de Pearson de los cuales se establecieron los niveles de relación de significancia según lo mencionado por Hernández-Sampieri:
 - 0.90 = Correlación negativa muy fuerte.
 - 0.75 = Correlación negativa considerable.
 - 0.50 = Correlación negativa media.
 - 0.25 = Correlación negativa débil.
 - 0.10 = Correlación negativa muy débil.
 - 0.00 = No hay correlación alguna entre las variables.
 - +0.10 = Correlación positiva muy débil.
 - +0.25 = Correlación positiva débil.
 - +0.50 = Correlación positiva media.
 - +0.75 = Correlación positiva considerable.
 - +0.90 = Correlación positiva muy fuerte.
 - +1.00 = Correlación positiva perfecta

CAPÍTULO 4. ANALISIS INTRERPRETACIÓN DE RESULTADOS

DISCUSIÓN

4.1. Características Sociodemográficas de los diabéticos tipo 2 en la unidad de atención primaria, 2021.

4.1.1. Distribución según sexo del paciente

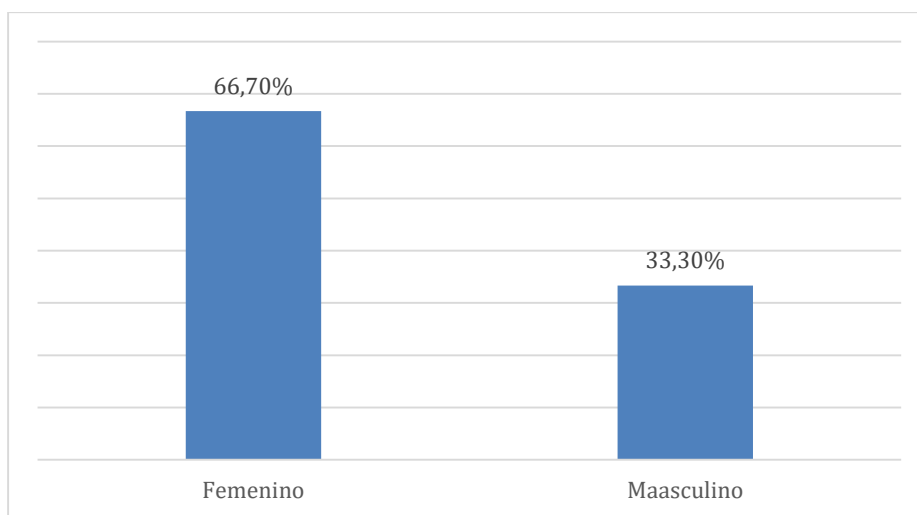


Figura 2. Distribución según sexo del paciente. Diabéticos Tipo 2

Elaborado: Ivonne Salvador Fuente: Cuestionario

En la figura 2 se evidencia que el sexo más afectado es el femenino con un 66,7%, mientras que el masculino tiene un 33,3%

4.1.2. Distribución según las características sociodemográficas de los pacientes diabéticos Tipo 2 de la unidad de atención primaria, 2021.

Tabla 11. Distribución según las características sociodemográficas de los pacientes diabéticos tipo de 2.

Características sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Edad	<= 38	1	1,7
	39 - 47	4	6,7
	48 - 55	14	23,3
	56 - 64	18	30
	65 - 73	11	18,3
	74 - 81	10	16,7
	82 - 90	2	3,3

Grado de instrucción	Alfabetización	2	3,3	3,3
	Bachiller	10	16,7	20
	Primaria	42	70	90
	Superior	6	10	100
	Total	60	100	
Etnia	Mestizo	60	100	100
Estado Civil	Casada/o	42	70	70
	Divorciada	5	8,3	78,3
	Soltero/a	5	8,3	86,7
	Unión libre	3	5	91,7
	Viuda/o	5	8,3	100
Ocupación	Abogado	1	1,7	1,7
	Agricultora	11	18,3	20
	Albañil	1	1,7	21,7
	Arquitecto	1	1,7	23,3
	Carpintero	1	1,7	25
	Chofer	2	3,3	28,3
	Comerciante	6	10	38,3
	Contadora	1	1,7	40
	Costurera	1	1,7	41,7
	Estudiante	2	3,3	45
	Jubilado chofer	1	1,7	46,7
	Jubilado docente	1	1,7	48,3
	Quehaceres domésticos	30	50	98,3
	Técnico electricista	1	1,7	100

Elaborado: Ivonne Salvador Fuente: Cuestionario

En la tabla 11 se evidencia que el grupo etario más representativo es el 56 a 64 años con un 30% seguido del grupo entre 48 y 55 años con un 23%, el grupo con menor porcentaje es el menor a 38 años con 1,7 %. El nivel de instrucción que prevalece es el Primario llegando al 70%

En la población en estudio la ocupación encontrada fue del 50% en los quehaceres domésticos, el 18,3% en la agricultora, el 10% es comerciante, el 3,3% estudiante.

El estado civil que predominó con un 70% es el de casado, el 8,3% fueron los viudos divorciados y solteros respectivamente, el 5% vive en unión libre con su pareja.

4.1.3. Evolución de la enfermedad de los pacientes diabéticos tipo 2 de la unidad de atención primaria, 2021.

Tabla 12: Tiempo de evolución

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	<= 2	5	8,3
	3 - 8	38	63,3
	9 - 14	12	20,0
	15 - 20	5	8,3
	Total	60	100,0

Elaborado: Ivonne Salvador Fuente: Cuestionario

El 63,3% tienen entre 3 a 8 años de evolución de la enfermedad, el 20% entre 9 a 14 años, el 8,3% de 15 a 20 años y el 8,3% es menor de 2 años.

4.1.4. Adherencia terapéutica farmacológica de los pacientes diabéticos tipo 2 de la unidad de atención primaria, 2021.

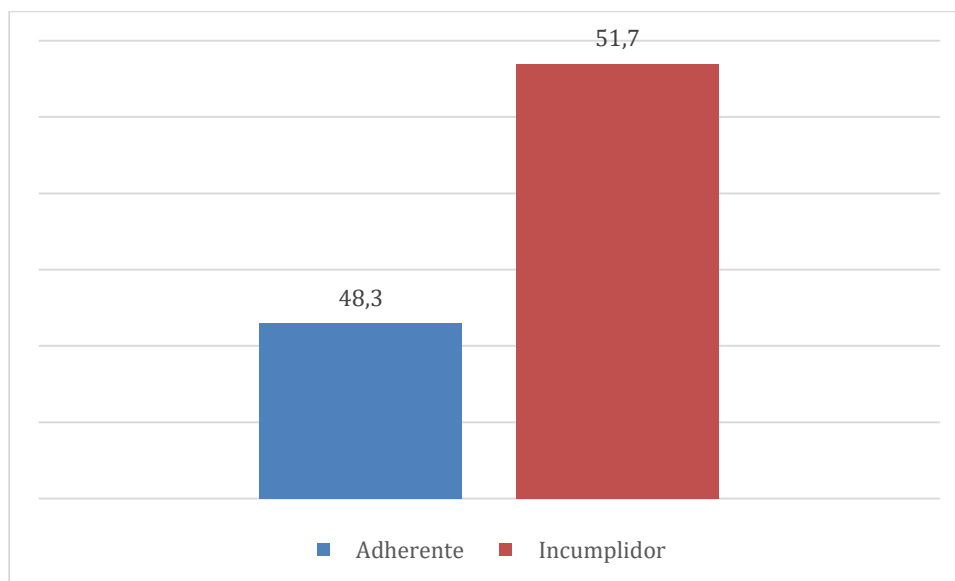


Figura 3. Adherencia terapéutica farmacológica de los pacientes diabéticos

Elaborado: Ivonne Salvador Fuente: Test de Morisky

Del 100% de la población evaluada, el 51,7% es incumplidor al tratamiento y el 48,3 % es adherente al tratamiento farmacológico.

4.1.5. Test FF-SIL del paciente diabéticos tipo 2 de la unidad de atención primaria, 2021.

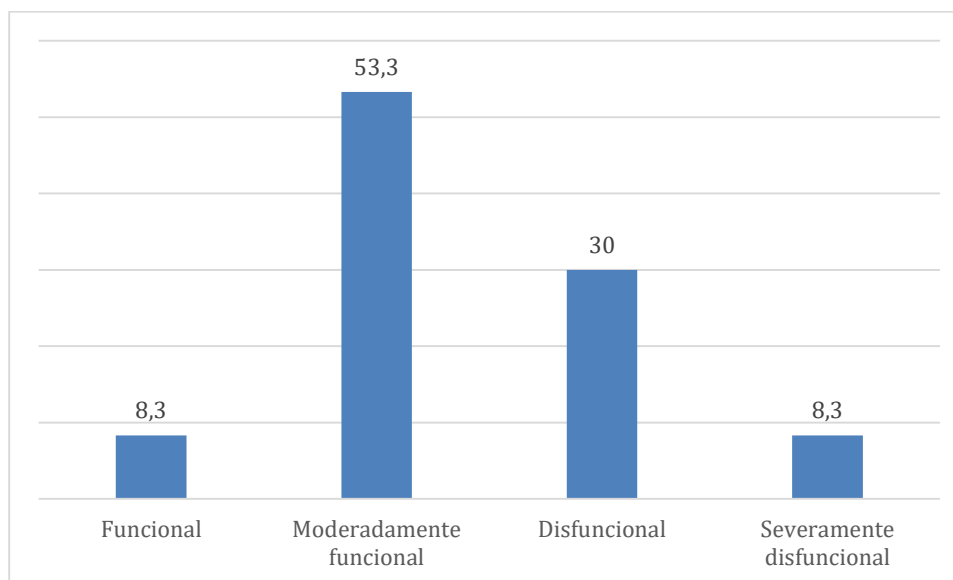


Figura 4. Test de Funcionalidad Familiar

Elaborado: Ivonne Salvador Fuente: Test de Funcionalidad Familiar

De la población en estudio solo el 8,3 % de las familias son funcionales, mientras que es 91,9% presenta algún grado de disfuncionalidad, siendo las moderadamente funcionales las que prevalecen con el 53,3 % seguidas de las disfuncionales con el 30%

4.2. Comprobación de la hipótesis

4.2.1. Análisis correlacional

El desarrollo del análisis correlacional demuestra una relación entre los test aplicados, aunque la relación significativa se acerca a los valores de media, se establece que la relación significativa es positiva media al acerca al índice superior de 0,50.

Tabla 13 Análisis correlacional de los resultados de los test

		FF-SIL
Adherencia	Correlación de Pearson	,5**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	60

Elaborado: Ivonne Salvador

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

4.2.2 Verificación de la Hipótesis

Para la verificación de la hipótesis se aplicó el denominado chi cuadrado, por lo cual se correlacionan los resultados de test adherencia y de funcionamiento familiar. Obteniéndose las frecuencias esperadas y los grados de libertad.

Tabla 14. Tabla de contingencia Adherencia Terapéutica + FF- SIL

			FF-SIL				Total
			Severamente disfuncional	Disfuncional	Moderadamente funcional	Funcional	
Adherencia	Incumplidor	Frecuencia observada	5	13	13	0	31
		Frecuencia esperada	2,6	9,3	16,5	2,6	31
	Adherente	Frecuencia observada	0	5	19	5	29
		Frecuencia esperada	2,4	8,7	15,5	2,4	29
Total	Frecuencia observada	5	18	32	5	60	
	Frecuencia esperada	5	18	32	5	60	

Elaborado: Ivonne Salvador Fuente: Cuestionarios

Tabla 15. Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral) P value
Chi-cuadrado de Pearson	14,630 ^a	3	,002
Razón de verosimilitudes	18,611	3	,000
Asociación lineal por lineal	14,236	1	,000
N de casos válidos	60		

Elaborado: Ivonne Salvador Fuente: Tabla de contingencia

Regla de decisión

La H1 se comprueba porque se obtiene un valor de 14,630 mayor a la de la tabla de distribución 7,8147, con grados de libertad de 3 y un nivel de significancia del 0,05. En

conclusión: “La funcionalidad familiar SI se relaciona con la adherencia terapéutica farmacológica de los pacientes diabéticos tipo 2 del centro de salud de San Buenaventura”.

Discusión

En el estudio los datos sociodemográficos demuestran que el sexo femenino predomina frente al masculino, la edad que más afecta se encuentra esta entre los 48 y 55 años siendo el total de la población mestiza, datos que coinciden con los reportados en estudios previos realizados en Colombia país vecino donde el porcentaje de mujeres afectadas es del 60% y un 96% de mestizos.(52).

En relación al grado de instrucción en la población estudiada, los resultados demuestran que el 70% culminó la instrucción primaria, en contraste con el 10% que realizó estudios superiores, los casados son el estado civil predominante con 70% Resultados afines a otro donde el 65.6% culminó la instrucción primaria y 60 son casados.(53)(40).

La adherencia terapéutica farmacológica es el cumplimiento en su totalidad por parte del paciente del tratamiento instaurado, una no adherencia mantiene altos niveles de morbimortalidad con secuelas a nivel individual familiar económico y social, los datos arrojados en la investigación es que el 51,7% es un paciente incumplidor en la toma de su medicación; apoyando lo mostrado se evidencia, un estudio en Ecuador que valoró la falta de adherencia para antidiabéticos, encontró porcentaje de superior al 50%.(53)

Con la referente a la funcionalidad familiar se observó que el 53,3 % de familiar son moderadamente funcionales y el 38,3 % disfuncionales a severamente disfuncionales, datos que se asemejan al estudio de en la ciudad de México donde se encontró que el 52,4 % tiene una funcionalidad familiar balanceada, y el 47,6% tiene un sistema familiar problemático.(54)

En tal sentido, en nuestros resultados, demuestran que a funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica según la correlación de Pearson tienen una relación significativa media, es decir, que las relaciones en el hogar influyen en el cumplimiento de su tratamiento, si las familias tiene una buena funcionalidad los pacientes están más comprometidos por la motivación e interés de sus parientes, por la mayor responsabilidad

que tienen con su salud, también las evidencias finales calculadas en ambos instrumentos, determinándose que se comprueba la hipótesis h1 que demuestra la asociación entre las variables de investigación.

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

El nivel de funcionalidad familiar de los pacientes diabéticos tipo 2 es moderado en la mitad de la muestra evaluada, que establece la presencia de conflictos en las relaciones familiares, también una tercera parte convive con una familia disfuncional y se consideran un limitado grupo con familias funcionales con unión, apoyo y comunicación.

La adherencia terapéutica farmacológica en los pacientes diabéticos tipo 2 es deficiente, más de la mitad incumple con el tratamiento tanto porque llegan a olvidarse a veces o dejando de consumir sus medicamentos cuando se sienten mejor o les sientan mal el mismo, sin recomendaciones y un análisis del personal médico.

Existe una relación significativa positiva entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica, lo que indica que las malas relaciones familiares influyen en el no cumplimiento de su tratamiento, si las familias tienen una buena funcionalidad los pacientes están más comprometidos y motivación por el interés de sus parientes en cumplir con su esquema terapéutico

5.2. Recomendaciones

Implementar talleres de capacitación dirigidos a las familias para desarrollar el compromiso y apoyo mutuo a los pacientes diabéticos tipo 2, así promover la responsabilidad por la adherencia terapéutica según las indicaciones dadas por el personal de salud, incorporándose el compromiso por una atención de calidad en salud.

Fomentar familiares responsables para el cumplimiento de los tratamientos, que fortalezcan la adherencia terapéutica, es decir, que un miembro del hogar se encargue de controlar la utilización del tratamiento y los problemas que pueden presentar para comunicarlos a los profesionales de salud.

Diseñar una propuesta basada en los resultados obtenidos de los test aplicados que establecen la influencia de la familia en la adherencia terapéutica farmacológica, que determinan la necesidad de definir estrategias motivacionales que ayuden a fortalecer el compromiso de los miembros de la familia en los tratamientos farmacológicos.

CAPÍTULO 6. PROPUESTA

6.1. Datos Informativos

Título de la propuesta

Estrategia de intervención para la participación de la familia en la adherencia terapéutica farmacológica de pacientes diabéticos Tipo 2 de una unidad de atención primaria de salud.

Responsables

Autor: Md. Ivonne Alexandra Salvador Bonilla

C.I. 1804125787

Dirección: Parroquia Santa Rosa

Teléfono: 0981958440

Email: isalvador5787@uta.edu.ec

Tutor: Md. Esp. Sixto Duberli Paucar Lapapasca

6.2. Antecedentes de la propuesta

Los datos sociodemográficos de la población se resumen de la siguiente manera:

El grupo etario más representativo es el 56 a 64 años con un 30% seguido del grupo entre 48 y 55 años con un 23%, el grupo con menor porcentaje es el menor a 38 años con 1,7%. El 70% de pacientes diabéticos tiene instrucción primaria, seguido por el 16,7% que son bachilleres, el 10% ha logrado culminar sus estudios superiores y el 3,3% en etapa de alfabetización. (55)

Con relación a la funcionalidad familiar el 53,3 % son familias moderadamente funcionales y el 30% son familias con disfuncionalidad y severamente disfuncionales. El 51,7% es incumplidor al tratamiento y el 48,3 % es adherente en la muestra evaluada. (56)

6.3. Justificación

La estrategia de abordaje planteada en la presente propuesta tiene como propósito mejorar la participación de la familia en la adherencia terapéutica farmacológica de los pacientes diabéticos tipo 2. La intervención será de carácter educativo y afectivo, primero para llegar a los pacientes con diabetes tipo 2 y el segundo para conseguir el compromiso de la familia en el seguimiento del plan terapéutico de estos; junto con la participación del médico en la motivación para continuar con el tratamiento indicado según las pautas médicas.

Los beneficiarios de la propuesta es que los pacientes con diabetes y sus familias contarán con actividades que les ayudaran a conocer acerca de la importancia de adherencia terapéutica farmacológica, que influirá en la mejora de su calidad de vida y en el fortalecimiento de la comunicación y las relaciones familiares como acciones esenciales para el funcionamiento familiar.

6.4. Objetivos

6.4.1. Objetivo General

Diseñar una estrategia de intervención para la participación de la familia en la adherencia terapéutica farmacológica de pacientes diabéticos Tipo 2 de una unidad de primer nivel de atención.

6.4.2. Objetivos Específicos

Planificar las actividades de intervención educativo afectivo para la participación de la familia en la adherencia terapéutica farmacológica de pacientes diabéticos Tipo 2.

Implementar actividades de sensibilización dirigidas a las familias acerca de la importancia de la adherencia terapéutica farmacológica de pacientes diabéticos Tipo 2.

Diseñar materiales educativos para la familia acerca de la adherencia terapéutica farmacológica de pacientes diabéticos Tipo 2

6.5. Análisis de factibilidad

La presente propuesta cuenta con el apoyo de las autoridades del centro de salud para su desarrollo, con la finalidad de obtener resultados. Adicionalmente, existen los recursos

para su implementación en el marco de la mejora de la adherencia terapéutica, por lo cual se puede aplicar sin problemas y con el apoyo logístico para acudir a la comunidad si se requiere.

Es factible porque se cuenta con la información necesaria para proceder al diseño de las actividades, existen estudios previos que sirven de ejemplo para construir las actividades y aplicarlas con el apoyo del personal de salud durante el tiempo requerido para su diseño final.

6.6. Fundamentación

Estrategia de intervención de adherencia terapéutica

Las intervenciones efectivas que tienen la posibilidad de acrecentar la adherencia a la medicación pueden mejorar los resultados clínicos en los pacientes (57). La intervención se centra en especificar la dosificación del medicamento, efectos secundarios y tiempo de uso, así como las medidas para superar algunos de los retos identificados, incluidas las dosis olvidadas, los tipos de alimentos, la ingesta de calorías, el momento adecuado de uso del medicamento en relación con las comidas, restricción de azúcares, y almacenamiento de alimentos, especialmente frutas.

También se puede hacer hincapié en priorizar la actividad física tolerable. La intervención proporcionada complementa con un material de recurso educativo diseñado expresamente para los pacientes, como una forma de orientación para las recomendaciones dietéticas y la actividad física dirigida también a los miembros de una familia. El material de referencia contenía básicamente los consejos necesarios sobre los tipos preferibles de alimentos, frutas y verduras, así como las formas más útiles de actividad física para los pacientes con diabetes, como caminar a paso ligero. En las citas médicas se recomienda al menos una o dos veces por mes, reforzar la importancia de las conductas de adherencia positiva para lograr un mejor resultado terapéutico. También brindar consejos / recomendaciones de asesoramiento acerca de la adherencia, pero con un trabajo personalizado directamente con la familia (58).

Tipos de intervenciones

Las intervenciones se catalogan en afectivas, educativas y conductuales. También se utilizaron dos categorías adicionales:

Educativo: Intervenciones pedagógicas, verbales o escritas, con énfasis en el conocimiento diseñadas para transmitir información. Las estrategias específicas incluían la instrucción individualizada y en grupo, uso de elementos escritos y audiovisuales, enviados por correo e instrucciones telefónicas.

Comportamiento: Intervenciones diseñadas para cambiar el incumplimiento al encaminar, dar forma o fortalecer patrones de comportamiento específicos. Esto incluyó estrategias como actividades de práctica y desarrollo de habilidades, modelado de comportamiento, modificaciones o confección de paquetes y dosis, recompensas y recordatorios por teléfono.

Afectivo: estrategias que intentaron influir en la adherencia a través de revisión a emociones sentimientos, relaciones y apoyos sociales. Se incluyeron apoyo grupal y visitas domiciliarias de apoyo.

Económicas: intervenciones que se centran en temas económicos o vinculados con los precios de medicamentos.

Multifacético: intervenciones que tenían elementos que podrían clasificarse en más de una de las anteriores categorías (59).

Las técnicas clave de la terapia incluyen la resolución de problemas de medicación, el intercambio de información, la exploración de la ambivalencia y las creencias desafiantes. En teoría, estas técnicas amplifican los beneficios personalmente relevantes del tratamiento, modifican las creencias sobre la enfermedad y el tratamiento y resuelven la ambivalencia hacia la toma de medicamentos (57).

6.7. Modelo operativo

Para el modelo operativo se plantean las siguientes actividades que ayudaran a la solución de la problemática.

<p>Sensibilización a las familias</p>	<p>Programar actividades de sensibilización y asesoría a las familias para fomentar la adherencia terapéutica y mejorar las relaciones en el hogar.</p>	<p>Planificar Establecer las actividades de sensibilización según un diagnóstico de necesidades y el tipo de asesoría psicológica que ayude a la mejora de las relaciones familiares. Diseño del plan operativo de cada taller y las jornadas de asesoría psicológica.</p> <p>Implementar Implementación de 3 talleres de concientización sobre adherencia terapéutica. Jornada mensual de asesoría psicológica para enriquecer las relaciones familiares. Emitir invitaciones a los pacientes y sus familias a los talleres que se llevaran a cabo. Convocar a los participantes según las fechas establecidas Desarrollar los talleres en los cuales se traten los contenidos acerca de la importancia de la adherencia terapéutica y los riesgos de no respetar el tratamiento.</p> <p>Asesoría</p>	<p>25 días para el diagnóstico 10 días para la organización de las actividades.</p> <p>Los talleres durarán 10 horas y se implementarán en tres meses.</p>	<p>Investigadora Personal de salud de apoyo</p>	<p>El 80% de pacientes participan en los talleres y se informan acerca de la adherencia terapéutica.</p> <p>El 50% de las familias participan en las jornadas de asesoría.</p> <p>El 30% de las familias acrecentará sus relaciones familiares.</p>
---------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>En las jornadas de asesoría se convocará a las familias para trabajar actividades y dinámicas que mejoren las relaciones familiares a través de juegos de socialización que ayuden a comprender la importancia de las buenas relaciones familiares y la revalorización de cada miembro de un hogar.</p> <p>Evaluar</p> <p>Las actividades se evaluarán de manera permanente y cuando se culminen en el periodo establecido en los cronogramas.</p>	<p>Las asesorías se desarrollarán dos o tres veces en un mes por un periodo de seis meses.</p> <p>Permanente</p>		
Diseño de materiales educativos	Elaborar materiales educativos para presentar recomendaciones acerca de la adherencia con la finalidad de fortalecer los tratamientos y la calidad de los pacientes con diabetes.	<p>Elaboración</p> <p>Se diseñará un tríptico con recomendaciones de la adherencia, dirigido a pacientes diabéticos.</p> <p>Se diseñará un tríptico con recomendaciones dirigidos las familias y las actitudes para apoyar al control de los tratamientos.</p>	40 días para el diseño y validar la información de los trípticos.	Investigadora Personal de salud de apoyo	<p>El 60% de los pacientes se forma sobre la adherencia.</p> <p>El 50% de las familias comprenden acerca de su participación en la</p>

		Entrega Se entrega los trípticos durante la atención médica en el Centro de Salud y en los hogares.	Durante seis meses se entregará los materiales y se explicará a los pacientes sus contenidos.		adherencia al tratamiento de la diabetes.
Evaluación y seguimiento de la propuesta	Evaluar las actividades con el fin de establecer los logros obtenidos y definir el nivel de adherencia en un estudio comparativo pretest y postest	Diseñar instrumentos de valoración para seguimiento de la propuesta como: Encuesta Entrevista Test Fotografías Videos.	De manera permanente	Investigadora Personal de salud de apoyo	El 95% de actividades han sido evaluadas y respaldadas con información y respaldo fotográfico.

6.8. Administración

La intervención es proporcionada por la investigadora con base en la experiencia de práctica profesional previa y el conocimiento clínico en el manejo de la diabetes, mientras que el personal del centro de salud desarrollara el monitoreo del progreso del estudio y el proceso de intervención.



Figura 3. Administración

6.9. Previsión de la evaluación

Para asegurar el cumplimiento del modelo operativo, al tiempo que se garantiza el ingreso inmediato y consistente de los datos recopilados se implementará herramientas de investigación cuantitativa y cualitativa para conocer opiniones específicas acerca del desarrollo de la presente propuesta.

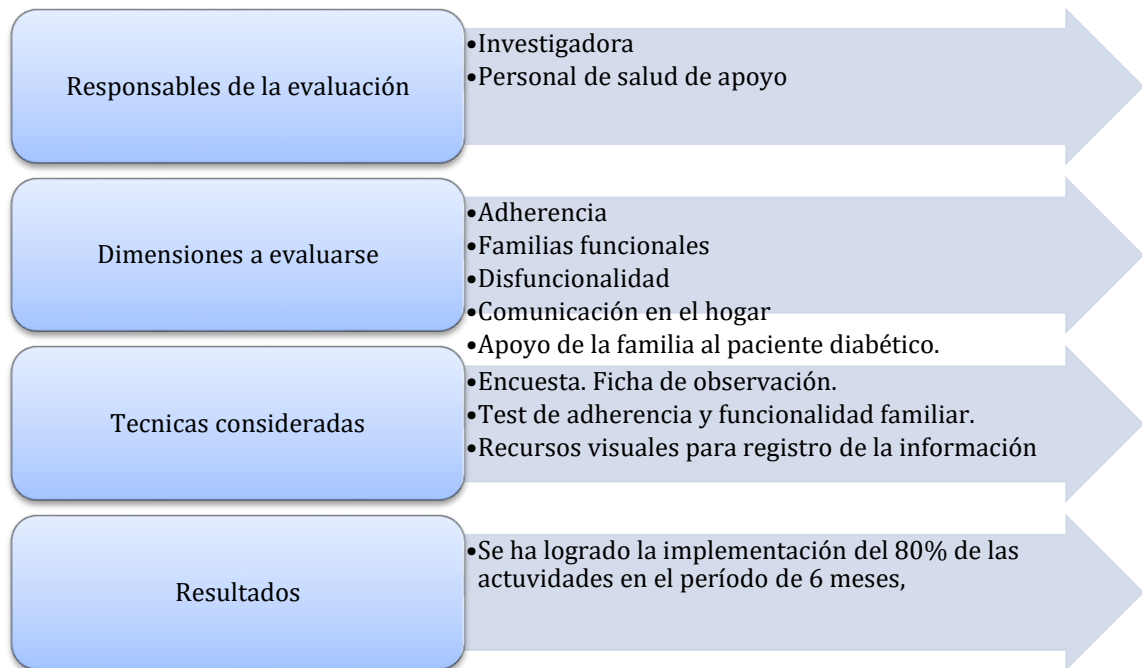


Figura 4. Evaluación

BIBLIOGRAFÍA

1. Khayyat SM, Mohamed MMA, Khayyat SMS, Hyat Alhazmi RS, Korani MF, Allugmani EB, et al. Association between medication adherence and quality of life of patients with diabetes and hypertension attending primary care clinics: a cross-sectional survey. *Qual life Res an Int J Qual life Asp Treat care Rehabil*. 2019 Apr;28(4):1053–61.
2. Majeed A, Rehman M, Hussain I, Imran I, Saleem MU, Saeed H, et al. The impact of treatment adherence on quality of life among type 2 diabetes mellitus patients – findings from a cross-sectional study. *Patient Prefer Adherence*. 2021;15:475–81.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre la diabetes. Vol. 1. Catalogación por la Biblioteca de la OMS; 2016.
4. Organización Mundial de la Salud. Global Report on Diabetes. Vol. 978, Organización Mundial de la Salud (OMS). 2017. 6–86 p.
5. Khan MAB, Hashim MJ, King JK, Govender RD, Mustafa H, Al Kaabi J. Epidemiology of Type 2 Diabetes - Global Burden of Disease and Forecasted Trends. *J Epidemiol Glob Health*. 2020 Mar;10(1):107–11.
6. Świątoniowska-Lonc N, Tański W, Polański J, Jankowska-Polańska B, Mazur G. Psychosocial Determinants of Treatment Adherence in Patients with Type 2 Diabetes – A Review. *Diabetes, Metab Syndr Obes Targets Ther*. 2021;Volume 14:2701–15.
7. Organización Panamericana de la Salud. Diabetes en las Américas. Temas clave. 2012;2:2–3.
8. Iloh GP, Collins P, Amadi A. Family functionality, medication adherence, and blood glucose control among ambulatory type 2 diabetic patients in a primary care clinic in Nigeria. *Int J Heal Allied Sci*. 2018;7(1):23.
9. INEC. Diabetes, segunda causa de muerte después de las enfermedades isquémicas del corazón. *Infografía*. 2017;2016.

10. Federación Internacional de Diabetes. La diabetes concierne a cada familia. Sala prensa. 2019;
11. Fontes MMM, Heredia MER, Peñaloza JL, Cedeño MEGK, Rodríguez-Orozco AR. Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Salud Ment.* 2012;35(2):147–54.
12. Balcázar P, Gurrola GM, Moysén-Chimal A, Estrada-Laredo E, Garay JC, Villaveces MC. Funcionamiento familiar, apoyo social y adherencia terapéutica en personas con diabetes 2. *II Congr Virtual Int Psicol.* 2018;1(1).
13. Ofoli J, Dankyau M, Sule J, Lass D. Relationship Between Family and Social Support and Adherence To treatment among outpatient hypertensives in an urban hospital. *Niger J Fam Pract.* 2017;8(1):45–52.
14. Juan J, Cerda O, Herrera DS, Adrián Ó, Miranda R, Manuel J, et al. Adherencia terapéutica : un problema de atención médica. 2018;(3):226–32.
15. Hernández I et al. Adherencia al tratamiento en los pacientes de consulta externa de los centros de salud de Quito. *Metrociencias.* 2018;26(593):7–11.
16. Ávila-Jiménez L, Cerón O. D, Ramos-Hernández RI, Velázquez L. L. Asociación del control glicémico con el apoyo familiar y el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes tipo 2. *Rev Med Chil.* 2013;141(2):173–80.
17. Mojica CCL. Funcionalidad Familiar En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 En Hospital Isss Sonsonate. *Univ El Salvador.* 2015;1:1–18.
18. Zenteno M, Garcia G, Garcia Solano B. Influencia del funcionamiento familiar en la adherencia al tratamiento terapéutico y el control glucémico de adultos y adultos mayores con diabetes tipo 2. *Diabetes Care* [Internet]. 2015;22(6):1239–45. Available from: <http://care.diabetesjournals.org/cgi/doi/10.2337/dc11-2103>
19. Condori S, Cruz G. Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2, pacientes Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa - 2017. *Universidad Nacional de San Agustín - UNSA;* 2018.
20. Lagos-Méndez H, Flores-Rodríguez N. Funcionalidad familiar y automanejo de

- pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el Hospital de Puente Piedra-Lima. *Cuid y salud Kawsayninchis*. 2019;1(2):85–92.
21. Cruz-Marquez A, Bermudez-Villalpando, VI Antunez-Ruiz V. Family Typology and Pharmacological Adherence Associated with Family Support in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Tijuana, Mexico. *J Fam Med*. 2020;7(6).
 22. Asamblea Constituyente del Ecuador. Constitución del Ecuador. *Regist Of*. 2008;(20 de Octubre):173.
 23. Ley Orgánica de Salud del Ecuador. Registro Oficial Suplemento 423 de 22-dic.-2006. Última modificación: 18-dic.-2015. 2015;13.
 24. American Diabetes Association. Summary of Revisions: Standards of Medical Care in Diabetes-2021. *Diabetes Care*. 2021 Jan;44(Suppl 1):S4–6.
 25. Asociación Latinoamericana de Diabetes. Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia. *Rev la ALAD*. 2019;118–118.
 26. Fatusin A, Agboola S, Bello IS. Relationship between family support and quality of life of type-2 diabetes mellitus patients attending family medicine clinic, federal medical centre, Ido-Ekiti. The role of physical exercise in the management of depression among adult depressive patients. 2016;(January).
 27. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Diabetes mellitus tipo 2. Guía de Práctica Clínica (GPC). Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización; 2017. 32–40 p.
 28. Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson L, Loscalzo J. Harrison. *Principios de Medicina Interna*. Decimonove. México D.F: Editorial McGraw-Hill Interamericana; 2016.
 29. Artola Menéndez S, Mata Cases M, Ezkurra Loiola P, Navarro Pérez J, Martín González E. Consenso para la insulinización en diabetes mellitus tipo 2 de la redGDPS. *Diabetes Práctica* [Internet]. 2017;08(4):1–24. Available from: <http://www.redgdps.org/consenso-insulinizacion-dm2-redgdps>

30. McKenzie AL, Athinarayanan SJ, McCue JJ, Adams RN, Keyes M, McCarter JP, et al. Type 2 Diabetes Prevention Focused on Normalization of Glycemia: A Two-Year Pilot Study. *Nutrients*. 2021 Feb;13(3).
31. Association AD. 1. Improving Care and Promoting Health in Populations: Standards of Medical Care in Diabetes-2021. *Diabetes Care*. 2021 Jan;44(Suppl 1):S7–14.
32. Patel S, Abreu M, Tumyan A, Adams-Huet B, Li X, Lingvay I. Effect of medication adherence on clinical outcomes in type 2 diabetes: analysis of the SIMPLE study. *BMJ open diabetes Res care*. 2019;7(1):e000761.
33. Abayomi A, Kehinde FM, Olusegun EO, Olayide TE. Family Functioning and Adherence to Medication: A Study of Hypertensive in a Tertiary Hospital, South Western Nigeria. *CHRISMED J Heal Res*. 2018;5(3):2–4.
34. Bosworth HB, Fortmann SP, Kuntz J, Zullig LL, Mendys P, Safford M, et al. Recommendations for Providers on Person-Centered Approaches to Assess and Improve Medication Adherence. *J Gen Intern Med*. 2017 Jan;32(1):93–100.
35. Rokicka D, Wróbel M, Szymborska-Kajaneck A, Bożek A, Strojek K. Assessment of compliance to self monitoring of blood glucose in type 2 diabetic patients and level of implementation of Polish Diabetes Association Recommendation for general practitioners. *Clin Diabetol*. 2018;7(3):129–35.
36. Koech C, Nguka G, Oloo PAJ. Factors affecting treatment compliance among type 2 diabetes patients on follow-up at moi teaching & referral hospital. *J Heal Med Nurs*. 2019;4(5):1–11.
37. López-Romero LA, Romero-Guevara SL, Parra DI, Rojas-Sánchez LZ. Adherencia al Tratamiento: Concepto y Medición. *Hacia la promoción la salud*. 2016;21(1):117–37.
38. Cedeño-Ugalde MA, Figueroa-Cañarte FM, Zambrano-Barre JR, Romero-Castro C V., Arias-Nazareno C V., Santos-Andrade EA. Apoyo familiar en la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis. *Dominio las Ciencias*. 2018;5(1):54.

39. Organización Mundial de la Salud (OMS). Diabetes infographic. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2017;1–2.
40. Ramos Y, Roilán R, Suárez M, Gómez M, María V, Reina E, et al. Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Therapeutic Adherence in Patients with Diabetes Mellitus Type 2. 2021;5–11.
41. González C, Mendoza L. Adherencia al tratamiento en la diabetes. Factores que influyen y estrategias para mejorar. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado. 2016;12(18):1054–6.
42. Orozco-Beltrán D, Mata-Cases M, Artola S, Conthe P, Mediavilla J, Miranda C. Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. Atención Primaria. 2016;48(6):406–20.
43. Vargas Murga H. Tipo de familia y ansiedad y depresi³n. Rev Medica Hered. 2014;25(2):57.
44. Pérez Lo Presti A, Reinoza M. El educador y la familia disfuncional. Educere. 2011;15(52):629–34.
45. redGDPS. Adherencia terapéutica en personas con diabetes. redGDPS [Internet]. 2018;220–5. Available from: <http://www.redgdps.org/36-adherencia-terapeutica-en-personas-con-diabetes-20180917>
46. Henández Sampieri H, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. México D.F: McGRAW-HILL / Interamericana editores, S.A. DE C.V; 2014.
47. Fuentes Aguilar AP, Merino Escobar JM. Validación de un instrumento funcionalidad de familiar. Ajayu Departamanto Psicol la Univ Católica Boliv. 2016;14:247–83.
48. Rosales-Córdova NC, Garrido-Pérez SMG, Carrillo-Ponte F. Funcionalidad familiar y afrontamiento en pacientes con incapacidad permanente en una Unidad Médica Familiar. Horiz Sanit. 2017;16(2):127–37.
49. Valencia-Monsalvez F, Mendoza-Parra S, Luengo-Machuca L. Evaluation of Morisky medication adherence scale (MMAS-8) in older adults of a primary health

- care center in Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017;34(2):245–9.
50. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino I. Methods to assess medication adherence. *Ars Pharm*. 2018;59(3):163–72.
 51. Rodríguez Chamorro MÁ, García-Jiménez E, Busquets Gil A, Rodríguez Chamorro A, Pérez Merino EM, Faus Dáder MJ, et al. Herramientas para identificar el incumplimiento farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria. *Pharm Care Espana*. 2009;11(4):183–91.
 52. Trejo-Bastidas NX, Eraso-Paredes JJ, Contreras-Martínez HJ. Adherencia farmacológica de pacientes con diabetes mellitus en un programa de nefroprotección: una responsabilidad compartida. *CES Med*. 2020;34(1):3–13.
 53. Ramos-Mejía JL, Robles V, Robles V, Suquinagua J, Suquinagua J, Terán C, et al. Factores para la adherencia terapéutica en personas con hipertensión y diabetes. *Facsalud-Unemi*. 2019;2(3):25–33.
 54. Romero R, Morales C, Moreno M, Cárdenas M. Relación entre funcionamiento familiar y grado de lesión de pie en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. 2021;28(3):173–8.
 55. Ramos Rangel Y, Morejón Suárez R, Gómez Valdivia M, Elena Reina Suárez M, Rangel Díaz C, Cabrera Macías Y. Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 Therapeutic Adherence in Patients with Diabetes Mellitus Type 2. *Rev Finlay* [Internet]. 2017;7:89–98. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v7n2/rf04207.pdf>
 56. Between R, Functioning F. Relación entre funcionamiento familiar y grado de lesión de pie en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. 2021;28(3):173–8.
 57. Gray R, Bressington D, Ivanecka A, Hardy S, Jones M, Schulz M, et al. Is adherence therapy an effective adjunct treatment for patients with schizophrenia spectrum disorders? A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2017;16(1).
 58. Ipingbemi AEp intervention in treatment non-adherence and associated direct

costs of management among ambulatory patients with type 2 diabetes in southwestern N, Erhun WO, Adisa R. Pharmacist-led intervention in treatment non-adherence and associated direct costs of management among ambulatory patients with type 2 diabetes in southwestern Nigeria. BMC Health Serv Res. 2021;21(1):1000.

59. Sapkota S, Brien J-AE, Greenfield JR, Aslani P. A Systematic Review of Interventions Addressing Adherence to Anti-Diabetic Medications in Patients with Type 2 Diabetes--Components of Interventions. PLoS One. 2015;10(6):e0128581.

ANEXOS

Anexo 1

Funcionamiento Familiar (FF-SIL)

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
En mi casa predomina la armonía					
En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.					
Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.					
Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.					
Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
Podemos conversar diversos temas sin temor					
Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

Anexo 2

Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica

Test de Morisky-Green-Levine

Edad: **Sexo:** **Ocupación:** **Nivel de educación:**

Estado civil: **Años de evolución:** **Etnia:**

Marque con una X su situación en particular.

	SI	NO
¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?		
¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?		
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?		
Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?		

Anexo 3

Consentimiento informado



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD COORDINACIÓN DE POSGRADOS

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio de investigación, es dirigido por el Md.Esp. Sixto Paucar y es realizada por Ivonne Alexandra Salvador estudiante de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

El Objetivo de la presente investigación es Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica farmacológica de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del centro de Salud de San Buenaventura

Estimado Paciente, antes de empezar su participación, Ud. Debe saber y entender cada uno de las próximas secciones:

Información del estudio

Riesgos del estudio. - Debido a que no se encuentra ningún agente que pueda perjudicar su estado de ánimo o causar deterioro físico, se garantiza la protección a su salud

Seguro por daños por incapacidad o muerte. - El estudio no requiere de la toma de muestras biológicas (sangre, heces, orina) las herramientas para la recolección de datos son un cuestionario y un test por tal motivo en el procedimiento de recolección datos no causa incapacidad o muerte.

Beneficios. - Los datos obtenidos gracias a su intervención, serán de gran utilidad y beneficio para la comunidad de San Buenaventura puesto podremos determinar las

acciones a seguir para generar una adherencia terapéutica y laborar un programa de seguimiento y control de los pacientes diabéticos y sus familias.

Confidencialidad. - Todos los datos recolectados serán de uso exclusivo para el presente trabajo de investigación, guardando completa confidencialidad, lo que avala su integridad.

Participación. - Su participación es libre y opcional. Es importante manifestar también que Ud. es libre de abandonar la investigación en el instante que usted lo decida, sin ningún impedimento.

Publicaciones. – En caso de realizarse una publicación científica no se mostrará su identidad.

Responsabilidad del Investigador. Guardar la confidencialidad de la información recopilada, que está vinculada con la beneficencia y no maleficencia, respetar el principio bioético de autonomía, acatando los criterios de Helsinki, proteger el derecho del paciente a ser informado de los resultados de la investigación.

Responsabilidades del participante. - La participación en este estudio no genera responsabilidad alguna, por parte del participante, una vez leído y firmado el consentimiento informado.

Preguntas. - Si tiene alguna pregunta referente a la investigación, favor comunicarse al 0981958440 o al correo ivonchis_1088@hotmail.com perteneciente a Ivonne Alexandra Salvador Bonilla

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

Yo, _____, con CI _____, declaro haber conocido en detalle los enlaces del presente documento, por el cual expreso mi voluntad de participar en el estudio titulado Funcionalidad familiar y adherencia terapéutica farmacológica de pacientes diabéticos Tipo 2 de una unidad de atención primaria de salud

Autorizo a la persona investigadora a ocupar la información con fines académicos y de ser el caso para la divulgación científica con la metodología manifiestas en este documento, respetando las reglas bioéticas y amparo de identidad.

FIRMA