



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado



Tesis

*Apoyo Familiar y su Relación con la Adherencia al
Tratamiento en un Integrante con Diabetes Tipo 2*

Presenta:

L.E. Belen Tlatelpa Romero

Para Obtener el Grado de
Maestra en Enfermería

Junio 2016



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado



Tesis

*Apoyo Familiar y su Relación con la Adherencia al
Tratamiento en un Integrante con Diabetes Tipo 2*

Presenta:

L.E. Belen Tlatelpa Romero

Director de Tesis:

MCE.: María Dolores Martínez González

Junio 2016

Tesis: Apoyo Familiar y su Relación con la Adherencia al Tratamiento en un
Integrante con Diabetes Tipo 2

Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional

MCE. María Dolores Martínez González
Presidente

MCE.: Ma. Araceli García López
Secretario

MCE. Yara Gracia Veronica
Vocal

MCE. Brenda Reséndiz Maldonado
Vocal

MCE. María Dolores Martínez González
Director de Tesis

MCE. María de la Luz P. Bonilla Luis
Directora

MCE. Graciela Arrijo Morales
Secretaria de Investigación y
Estudios de Posgrado

Dedicatorias

A las personas con DT2 y sus familiares que participaron en este estudio les estoy profundamente agradecida, por que colaboraron de la manera más sincera.

A mi profesión por existir ya que sin este gremio tan noble y dedicado a servir a los demás con un cuidado de calidad y humano, prestado a las personas, no tiene precio y más aún cuando es devuelto con un “gracias” es realmente satisfactorio. Por qué día a día prestan lo mejor de sí mismos.

Agradecimientos

A Dios

Por permitirme estar en la maestría en enfermería que ha sido uno de mis grandes sueños y saber que con la ayuda de Dios lo voy a lograr, me da motivación.

A mi familia

Por qué siempre me acompaño en las buenas y en las malas, estuvo apoyándome en cada momento, desvelándose junto a mí aportándome sus opiniones, cuando se los pedía.

A mis amigos

Por conocer a compañeras, maravillosas en el salón de clase de la generación 2014-2016, que estuvimos en las buenas y en las malas juntos apoyándonos en lo que más necesitáramos.

A los directivos, maestros y compañeros de la Facultad de Enfermería de la BUAP

A mis maestros y directivos que siempre estuvieron hay para darnos ese conocimiento necesario, y más allá del conocimiento, que adquirimos con todos ellos me siento profundamente agradecida.

Al director de tesis y Co-Tutor

Porque con sus aportaciones, tiempo y dedicación me guio e instruyo en el camino, de una manera profesional le estoy enteramente agradecida así como mi co-tutor el DCE. Erick Alberto Landeros Olvera.

Resumen

Candidato para obtener el Grado de Maestra en Enfermería **Belén Tlatelpa Romero**

Fecha de Graduación Julio 2016

Universidad Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad Facultad de Enfermería

Título del Estudio Apoyo familiar y su Relación con la Adherencia al Tratamiento en u Integrante con Diabetes Tipo 2

Numero de Paginas 45

Introducción: La enfermedad de la diabetes se ha convertido en un padecimiento que trae consigo infinidad de problemas para la salud, es decir, las complicaciones que se van presentando a lo largo de la vida, desde que se inicia con la enfermedad, ante esta situación, altos costos son los que una familia tiene que mantener para que la persona con DT2, pueda mantener un control de la glucosa en sangre en los niveles adecuados, sin embargo, muchas veces la familia pasa por alto el tratamiento del integrante con DT2, por lo que se hace necesario que la familia incluya el apoyo familiar con la adherencia al tratamiento. **Propósito:** Conocer la relación entre el Apoyo Familiar para mejorar la adherencia al tratamiento con un Integrante con DT2. **Metodología:** Estudio tipo cuantitativo descriptivo, correlacional y de corte transversal, realizado en 130 personas con DT2 y su respectivo familiar mayor de 18 años, a quienes se les aplico el instrumento apoyo familiar a la persona con DT2 (AFPDT2) y características psicométricas de la escala de adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2-versión III (EATDM-III[®]). **Resultados:** La edad promedio de las personas con DT2, fue de 50 años el 54.61% fueron mujeres, en cuanto a nivel escolar predomino primaria con el 46.2 %, el coeficiente de confiabilidad de los instrumentos fue de 0.93, en cuanto al análisis descriptivo de la prueba de Kolmogorov-Smirnov del instrumento de apoyo familiar a la persona con DT2 con una media de 63.70 DE= 43.96 con un valor máximo de 67 y un valor mínimo de 26 en cuanto al apoyo familiar se registró que es apoyo familiar medio, con un 43.8 %. **Conclusiones:** existe una relación significativa en el apoyo familiar en relación a la adherencia al tratamiento, lo que sugiere que se vea a la familia en contexto no solo a la persona con DT2, para un mejor control del padecimiento así como minimizar las complicaciones.

Firma del director de tesis _____

Tabla de Contenido

Capítulo I	Página
Introducción	1
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Propósito	5
1.3 Marco de Referencia	5
1.4 Estudios Relacionados	7
1.5 Definición Operacional	12
1.5.1 Apoyo familiar	12
1.5.2 Adherencia al tratamiento	13
1.6 Objetivo	13
1.6.1 Objetivo general	13
1.6.2 Objetivos específicos	13
Capítulo II	
Metodología	14
2.1 Diseño del Estudio	14
2.2 Población	14
2.3 Muestreo y Muestra	14
2.4 Criterios de Selección.	15
2.4.1 Criterios de inclusión.	15
2.4.2 Criterios de exclusión.	15
2.4.3 Criterios de eliminación.	15

2.5 Instrumentos	15
2.5.1 Apoyo Familiar a la Persona con DT2 (AFPDT2).	15
2.5.2 Escala de Adherencia al Tratamiento de la DT2 (EATDM-iii [®]).	16
2.6 Procedimiento	17
2.7 Ética del Estudio	18
2.8 Plan de Análisis Estadístico	19
Capítulo III	
Resultados	20
3.1 Progresión del Diseño	20
3.2 Confiabilidad de los Instrumentos	20
3.3 Prueba de Normalidad	21
3.4 Análisis Descriptivo de las Variables de Estudio	21
3.5 Resultados de Objetivos	23
3.5.1 Características de la población de estudio	23
3.5.2 Tipo de apoyo familiar de las familias del integrante con DT2	24
3.5.3 Adherencia al tratamiento terapéutico de la DT2 en una institución de salud de primer nivel de atención.	24
3.5.4 Correlación de apoyo familiar con la adherencia al tratamiento en las personas con DT2.	25
3.6 Análisis de Regresión Lineal entre Adherencia al Tratamiento y Apoyo Familiar.	27

Capítulo VI	
Discusión	28
4.1 Conclusiones	32
4.2 Recomendaciones	33
Referencias	34
Apéndices	
A. Consentimiento Informado para el Familiar.	39
B. Consentimiento Informado para la Persona con DT2	40
C. Instrumento de Apoyo Familiar a la Persona con Diabetes Tipo 2 (AFPDT2), Figueroa, Alfaro, Centeno, Cabrera (2003).	41
D. Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus II, versión III (EATDM – III ©), Villalobos Pérez, Araya Cuadra (2006)	43

Lista de Tablas

	Pág.
1 Coeficiente de confiabilidad de la escala de efectividad en el Apoyo familiar y la escala de adherencia al tratamiento en DT2 versión III.	20
2 Análisis descriptivo y Prueba Kolmogorov-Smirnov del instrumento apoyo familiar a la persona con DT2 y de la escala de adherencia al tratamiento terapéutico en DT2 versión-III.	22
3 Características sociodemográficas de las personas con DT2.	23
4 Tipo de apoyo familiar de las familias del integrante con DT2.	24
5 Adherencia al tratamiento terapéutico de las personas con DT2.	24
6 Matriz de correlación r de Pearson del apoyo familiar y la adherencia al tratamiento de la DT2.	26

Lista de Figuras

	Pág.
1 Prueba de normalidad.	21
2 Grafica de dispersión del apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en personas con DT2.	27

Capítulo I

Introducción

1.1 Planteamiento del Problema

Aproximadamente en el mundo hay más de 366 millones de personas con el padecimiento de la diabetes tipo 2 (DT2), en el 2012 fallecieron aproximadamente 1,5 millones de personas a consecuencias del exceso de glucosa en la sangre, más del 80% de las muertes por DT2 se registran en países de ingresos bajos y medios, según proyecciones la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014).

En América Latina, la situación no es diferente, por ejemplo en México, de 1998 al 2012 se ha observado una tendencia hacia el incremento en un 4.7%, pasando a una tasa de morbilidad de 342.1 a 358.2 casos por cada 100 mil habitantes, específicamente en el año 2012, se reportaron 418,797 pacientes diagnosticados con DT2 (lo cual representa el 0.4% de la población mexicana). Cabe señalar que el comportamiento que presenta esta patología va en incremento, si la tendencia permanece igual, se espera para el año 2030 halla un aumento del 37.8% en el número de casos y 23.9% en la tasa de morbilidad(Boletín Epidemiológico de la Secretaria de Salud, 2014).

La DT2 se define como un conjunto de trastornos metabólicos que afecta a diferentes órganos y tejidos, este padecimiento es causado por la baja producción de la hormona insulina, secretada por las células β de los islotes de Langerhans del páncreas o por su inadecuado uso en el organismo, mismo que repercute en el metabolismo de los hidratos de

carbono, lípidos y proteínas, con el paso del tiempo va dañando gravemente muchos órganos y sistemas cayendo en complicaciones severas (Hernández, Gutiérrez y Reynoso, 2013).

Ahora bien la DT2 se ha convertido en la primera causa de mortalidad en Puebla, la cual se encuentra posicionado, en el noveno lugar a nivel nacional, al registrarse alrededor de 30 mil muertes cada año de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2011), quién reportó que la tasa de mortalidad en Puebla es de 75.2 % por cada 100 mil habitantes, sólo precedida por Distrito Federal con el 72%.

De acuerdo al Boletín Epidemiológico a la semana No. 22 del año 2014, se muestra la cantidad de 5,858 personas registradas con DT2 mientras que en el mismo periodo del año 2015 se han registrado 5,913 si la tendencia continua se prevé que al finalizar el año 2015 el número de casos será en un 5.5%, mayor que el año 2014. En el mismo orden de ideas, las complicaciones de la DT2 surgen cuando no se tiene un control adecuado de glucosa en sangre de manera que, con el paso del tiempo esto puede causar problemas en el cuerpo, tales como riñones, nervios, pies y ojos, así como también aumenta el riesgo de tener enfermedades cardiovasculares, trastornos óseos, otras complicaciones a largo plazo incluyen problemas de la piel, aparato digestivo, disfunción sexual, boca y dientes, sin duda las complicaciones macrovasculares que se comentan anteriormente, son consecuencia de una falta de apego al tratamiento (Fabian, García y Cobo, 2010).

Con lo anterior toma relevancia que la persona con DT2 sea apoyado por la familia para llevar adecuadamente la adherencia al tratamiento y así poder disminuir los riesgos a desarrollar.

Por lo tanto adherencia al tratamiento es definida como parte del comportamiento humano implicado en la salud y expresión de la responsabilidad de los individuos sobre el

cuidado y mantenimiento de la misma, la persona es quien ejecuta o no el consumo de medicamentos así como otras indicaciones terapéuticas a seguir como por ejemplo dieta, practicar ejercicio físico entre otros (Ávila, Cerón, Ramos y Velázquez, 2013).

Las personas con DT2 se encuentran todos los días ante sus propias necesidades, buscando el apoyo y consejo de la familia para sobrellevar el padecimiento, se debe considerar que la respuesta de los integrantes familiares influirá positiva o negativamente, sobre la conducta terapéutica del paciente (Jiménez, Gómez y Alanís, 2011).

Por lo tanto es necesario que la familia se integre en el apoyo de la adherencia al tratamiento del integrante con DT2, dado que este constituye una base fundamental en donde el integrante pueda sentirse seguro, si bien el núcleo familiar es considerado el entorno más cercano e importante en la vida de una persona, en conjunto a la realización de diferentes actividades culturales, recreativas y de esparcimiento que son dominios que contribuyen significativamente al control del integrante con DT2 (Troncoso, Delgado y Villalobos, 2013).

Asimismo, la familia es considerada pieza nuclear de las leyes e instituciones capaces de brindar apoyo comunal en medio de los cambios con la intención de reducir las complicaciones, por lo que se hace necesario la concientización de los integrantes que conforman la familia, que de alguna manera pueden apoyar en el control adecuado de su tratamiento; por lo que la OMS (2014), menciona la efectividad que presenta el apoyo familiar, enfatizando el desarrollo de los miembros que la integran y a la consecución de estilos de vida saludables para tener un bienestar físico y mental.

La dinámica de interrelación que se establece entre la familia y el integrante con DT2, es uno de los tantos factores determinantes para el control adecuado de la glucosa, de modo que el medio familiar idóneo debe aumentar el interés por la enfermedad, reducir el

estrés así como mejorar el tratamiento integral, de tal manera que los miembros de la familia compartan hábitos y costumbres provocando modificaciones favorables que repercuten en el integrante con DT2 (Antuña, 2014).

Enfatizando en la adherencia al tratamiento del integrante con DT2, requiere de una alianza entre familia y los profesionales de enfermería, la cual debe estar enfocada en fomentar y asumir responsabilidades en cuanto al cuidado, con la finalidad de mantener los niveles de glucosa en sangre dentro de los parámetros normales, mediante las actividades modificadas de la conducta del cuidado de la DT2, como es la adherencia al tratamiento, la dieta y el ejercicio, así como la toma de glucosa en sangre (Jiménez, Gómez y Alanís, 2011).

Por dichas razones, es necesario que enfermería como disciplina reconozca a la familia como punto de apoyo para el bienestar del integrante con DT2 de modo que si no se trabaja en conjunto con el paciente y la familia, el estilo de vida se ve afectada y esto puede originar severas complicaciones como las mencionadas anteriormente, pudiendo llegar a la muerte. Resulta pertinente que enfermería reconozca aquellos integrantes dentro de la familia que puedan contribuir en el apoyo positivo y directamente en la adherencia al tratamiento y así llegar a un bienestar físico mental del integrante con DT2 (Alcaíno, et al, 2014).

De acuerdo a la revisión de la literatura los trabajos de investigación publicados han mostrado diseños descriptivos Maberry y Obsborn (2012); Quiróz y Villalobos (2007), correlacionales, Alcaíno et al. (2014), comparativos, exploratorios, estos estudios muestran contradicciones en los hallazgos por cuestiones metodológicas, asimismo, se ha estudiado en poblaciones latinoamericanas, así como, en diferentes regiones del norte del país, sin embargo, en el Estado de Puebla existe escasa información que evidencia como participa la

familia en el apoyo del control terapéutico de la enfermedad de la persona con DT2. Dado lo anterior, el propósito de la presente investigación es conocer la relación entre el apoyo familiar en relación a la adherencia al tratamiento en un integrante con DT2. Esto permitirá identificar tempranamente aspectos del apoyo familiar que repercuten en el cumplimiento del tratamiento terapéutico, por consiguiente, el control de la enfermedad, facilitando así el posterior desarrollo de estrategias o intervenciones de enfermería que mejoren la calidad de vida de la persona con DT2 (Salinas y Nava, 2012).

En el marco de este contexto se despliega la siguiente pregunta de investigación, ¿Cuál es la relación que existe entre el Apoyo Familiar en la Adherencia al Tratamiento con un Integrante con DT2?

1.2. Propósito

El propósito de este estudio fue determinar la relación entre el Apoyo Familiar en la Adherencia al Tratamiento con un Integrante con DT2.

1.3. Marco de Referencia

La DT2 se define como un trastorno metabólico que se caracteriza por hiperglucemia en el contexto de resistencia a la insulina y falta relativa de esta.

La Fisiopatología de la DT2 tiene un componente genético muy importante que altera la secreción de la insulina a través de regeneración deficiente de las células beta, resistencia a la insulina o ambas. Si a lo anterior se suman algunos factores ambientales como obesidad, sedentarismo, tabaquismo y estrés, se presentará intolerancia a la glucosa o bien un estado prediabético y finalmente se desarrollará la DT2 (Hernández, Gutiérrez y Reynoso, 2013).

En la fisiopatología de la DT2 se conjugan varios defectos para determinar finalmente la hiperglicemia. El primero de ellos es la insulinoresistencia a nivel de hígado, músculo liso y tejido adiposo; se habla de resistencia periférica a la insulina a la que se produce en el

músculo estriado, donde disminuye la captación y metabolismo de la glucosa; y de resistencia central a la insulina a la que se desarrolla en el hígado, donde aumenta la producción de glucosa determinando la hiperglicemia de ayuno. Lo anterior estimula la producción de insulina en las células beta, pero cuando éstas no pueden producir la cantidad de hormona suficiente para contrarrestar esta insulinoresistencia aparece la hiperglicemia, indica la presencia de un descontrol, que puede ser relativo, en la secreción de insulina. Así mismo, otro defecto que favorece el desarrollo de DT2 es la disminución del efecto de la incretina en conjunto con el aumento de la secreción de glucagón en el período postprandial, lo que se ha podido comprobar sólo en algunos pacientes, porque la producción y desaparición de estas sustancias es relativamente rápida. Cuando la hiperglicemia se mantiene, aunque sea en nivel moderado, se produce glicolipototoxicidad sobre la célula beta, lo que altera la secreción de insulina y aumenta la resistencia a esta hormona a nivel hepático y muscular; por lo tanto la falta de tratamiento apropiado favorece la evolución progresiva de la DT2 (Asociación Americana de Diabetes, 2015).

En relación a la adherencia al tratamiento es definida como la conducta del paciente que coincide con la prescripción médica, en términos de tomar los medicamentos, seguir la dieta, así como realizar ejercicio de 30 minutos al día (Troncoso, Delgado y Villalobos, 2013) por lo que se refiere, a la transformación de malos hábitos alimenticios, incorporación a la actividad física, cumplimiento de la medicación, considerando que la adherencia al tratamiento es importante para evaluar la evolución clínica, ya que una alianza terapéutica del paciente es necesaria para la contribución al éxito del tratamiento (Ortiz, Gatica y Gómez, 2011).

En el mismo orden de ideas, apoyo familiar es definido como grupo de personas emparentadas ya sea que compartan lazos consanguíneos entre sí o no los tengan, que viven

juntas, con capacidad de mantener los lazos de unidad mediante la protección, auxilio o favor, satisfaciendo las necesidades de cuidados que requiere el integrante con DT2 (Rodríguez y Guerrero, 2015).

Por consiguiente, el apoyo familiar es primordial cuando existe la presencia de alguna enfermedad que perturba la salud y bienestar del integrante con alguna patología en este caso DT2, por lo tanto, el apoyo familiar implica hábitos y costumbres que modificados facilitarán una mejor salud como lo es la dieta, ejercicio y tratamiento farmacológico los cuales serán vertidos como buena control de la DT2, evitando o minimizando complicaciones futuras (Rodríguez y Guerrero, 2015).

1.4 Estudios Relacionados

En esta sección se mostrarán los estudios que están relacionados con la variables apoyo familiar y apego al tratamiento de los cuales unos serán directamente relacionados así como indirectamente relacionados respecto a las variables de interés.

Ávila, Cerón, Ramos y Velázquez (2013), realizaron un estudio de tipo cuantitativo, analítico de corte transversal, la muestra estuvo integrada por 81 sujetos con DT2. El objetivo fue evaluar la asociación del control glicémico con el apoyo familiar y el nivel de conocimientos en pacientes con DT2. El hallazgo principal que se encontró fue que los pacientes con DT2 que contaban con un apoyo familiar medio, tuvieron una OR= 3.08 con un IC= 1.03– 9.22 con una $p = .043$ por lo tanto es significativo, lo cual quiere decir que los participantes con un apoyo familiar medio tienen tres veces más riesgo de tener una glucosa en sangre no controlada que los sujetos con alto apoyo familiar.

Hara, Y., et al., (2012), realizó un estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal, incluyó una muestra de 143 hombres y mujeres inmigrantes de Corea con DT2 entre 30 y 80 años de edad. El propósito del estudio fue evaluar el apoyo familiar con respecto a la

glucosa proveniente de la dieta de los inmigrantes coreanos. Los hallazgos se asociaron a la medición de las dos variables la HbA1c y el apoyo familiar. Se hayó que la edad, género, número de años con el padecimiento, el número de medicamentos, el índice de masa corporal, el apoyo familiar y la dieta, juntos explicaron aproximadamente el 79% del total de la varianza dentro de la HbA1c ($R^2 = 0.191$, $F(6, 136) p = 5.34$, $p < .0001$). Concluyeron que el impacto positivo del apoyo familiar sobre el resultado de la glucosa fue significativamente más fuerte en hombres ($B = -.516$) que en mujeres ($B = -.038$) con una $p = .027$ significativo.

Mayberry y Osborn (2012), realizaron un estudio de tipo cuantitativo, con enfoque de método mixto, la muestra estuvo integrada por 61 participantes con DT2. El objetivo fue explorar la relación entre el apoyo familiar, el conocimiento de la enfermedad, la adherencia al tratamiento y el control de la hemoglobina glucosilada. En cuanto a los hallazgos la evaluación del apoyo familiar fue comparado con la Ude Mann Whitney ($U = 263.5$, $p = .05$) con una $n = 61$ y la escala de apoyo registro (2.2 ± 0.7) con un rango de (1 - 4.2) en comparación con la escala de no apoyo (2.0 ± 0.7) con un rango de (1 - 3.5) fue notable, que miembros de la familia no apoyaran con un apropiado comportamiento hacia el padecimiento por lo que se refleja en la no adherencia al tratamiento ($r = .44$, $p = .001$), el cual está asociado a un alto índice de HbA1c > 8.5 ($r = .29$, $p = .03$). Concluyeron que el inadecuado apoyo por parte de los integrantes de la familia se encuentra asociado a la no adherencia al tratamiento de la DT2.

Huerta (2011), realizó un estudio de tipo cuantitativo descriptivo, transversal. La muestra estuvo integrada por 108 adultos mayores con DT2 de 60 años en adelante, el propósito fue medir los factores personales de edad y sexo con la adherencia al tratamiento terapéutico. El 60.2% fueron mujeres, el 58.5% eran analfabetas; el 76.3% pertenecían a

familias nucleares y el 94.9% son de nivel socioeconómico bajo. El 51.7% tuvo funcionamiento familiar bajo; la mayoría mostró baja adherencia al tratamiento en seis de sus factores (33.1%, 41.5%). Se encontró que la familia se asocia de manera significativa a la adherencia al tratamiento terapéutico ($r = 0.185, p = 0.022$).

White, Smith, Hevey y O'Dowd (2009), realizó un estudio de tipo cuantitativo descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo integrada por 153 personas con DT2. El propósito de este estudio fue examinar la relación que existe entre los factores psicológicos, sociales y de apoyo familiar, en relación a los resultados de HbA1c en personas con DT2. Se utilizó la U de Mann-Whitney y pruebas *t* student, donde fue comparado el apoyo familiar y la HbA1c ($p = -0.30, P < .05$), los factores medidos en porcentajes fueron la dieta (71.1 %), genético (52.3 %), el envejecimiento (50.4 %), y la conducta propia (49 %). Para los miembros de la familia las causas de la diabetes estaban de acuerdo o muy de acuerdo, difieren ligeramente en la dieta (81 %), genético (53.7 %), envejecimiento (48.5 %), y el estrés (40 %). Existía sólo una causa (casualidad o mala suerte) donde había una diferencia significativa entre miembros de la familia de aquellos en el adecuado y inadecuado control, ($t = 2.376, df = 65, p = .02$). Sin embargo, el conocimiento de la enfermedad que existe en los miembros de la familia fue significativo de acuerdo con la U de Mann-Whitney ($U = 567.5, p < .05$). Significativamente más de los que respondieron ($n = 53 [71.6\%]$) los cuales eran miembros de la familia quienes están en un buen control de su diabetes ($\chi^2 = 6.27, df = 1, p = .012$). De acuerdo con el coeficiente de correlación de Spearman, entre las variables de adherencia al tratamiento fue de ($p = .44, p < .001$) que estuvo asociada con la HbA1c ($p = .03$). Concluyeron, que tiene relevancia, el incluir a los miembros de la familia en los acuerdos y la educación sobre el manejo de la DT2, para un mejor control de la misma.

Alcaino, et al. (2014), realizaron un estudio correlacional transversal, en 90 personas con DT2; el propósito fue determinar la relación entre los factores familiares y el cumplimiento del tratamiento farmacológico de la DT2. En relación, a la adherencia al tratamiento de las personas con DT2 y la estructura familiar, existe una relación estadísticamente significativa entre las variables de estudio ($r = .58, p = .032$). Concluyeron que el cumplimiento del tratamiento tiene asociación estadísticamente significativa con la estructura familiar ($r = .67, p = .043$), la disfunción familiar ($r = .53, p = .005$) y el apoyo social ($r = .62, p = .006$). Villalobos, Quirós, León y Brenes (2007), realizaron un estudio cuantitativo de tipo explicativo, en 350 participantes, con el propósito de determinar la comparación de factores como dieta, control médico y organización apoyo familiar, vinculados a la adherencia al tratamiento en personas con DT2, los resultados de la comparación, indicaron diferencias estadísticamente significativas ($r = .208, p < .05$) entre los factores dieta, control médico, organización y apoyo familiar.

Concha y Rodríguez (2010), realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo transversal en 118 personas con DT2, compensados y descompensados, el rango de edad fue de 55 a 64 años siendo el género predominante el femenino con el 69.5%, el 74.6% tiene menos de 9 años de estudio. El 70.5% presentó apoyo familiar adecuado y el 18.5% apoyo familiar moderado a severo. El 83.7% se encontraba descompensado al momento del estudio y el 16.3% estaba compensado. Obtuvieron que el apoyo familiar se asocia significativamente con la descompensación ($X^2 = 15.626, p < .0001$), siendo más susceptibles de descompensarse aquellos sujetos que provienen de familias con apoyo moderado a severo. De igual manera el sexo se asoció significativamente a los episodios de descompensación ($X^2 = 4.752, p < .029$), siendo las mujeres quienes mayormente se descompensan (65.9%).

Watanabe, et al. (2010), realizaron una investigación de tipo cuantitativa en relación a la familia y el control glucémico y nutricional en 112 adultos con DT2 que oscilarán entre 40 años a más. En referencia al tiempo de evolución de la enfermedad fue de 62.9 años. Encontraron que los pacientes que mostrarán elementos de adherencia al tratamiento terapéutico, como el apoyo de su familia generando menos niveles de HbA1c estadísticamente significativos ($p < .05$). Así mismo el género femenino mostró un mejor control de la glucemia que aquellos que no tenía apoyo familiar ($p < .05$); pacientes que apreciaron los consejos de su familia obteniendo como resultado mejores niveles de HbA1c que los que no lo hicieron ($X = 6.88 \pm .22\%$ vs $X = 7.43 \pm .23\%$).

Cabrera, Castillo y Domínguez (2009), realizaron un estudio cuantitativo de tipo explicativo en 672 personas. El propósito del estudio fue conocer el estilo de vida de las personas con DT2 y la adherencia al tratamiento, así como la frecuencia del desconocimiento de padecer DT2. Los resultados obtenidos arrojaron que los antecedentes médicos, dieta, actividad física y medicamentos consumidos son deficientes y que el incumplimiento terapéutico es de un 48% en los hombres y 28% en mujeres ($p = .008$), el porcentaje de personas que sigue el tratamiento regular es bajo, sobre todo en varones.

Choi (2009), realizó un estudio de tipo cuantitativo, evaluó la influencia del apoyo familiar en la dieta de adultos con DT2 de 30 a 80 años. La media de edad fue de 60.4 años y 6.78 años corresponden al tiempo con el padecimiento; la media de HbA1c fue de 7.59%. La edad, género y número de años con la DT2, aspectos de la adherencia al tratamiento terapéutico así como el soporte familiar para la dieta se asociaron con el control de HbA1c ($p < .001$). Además, el género masculino presentó una asociación significativa con la intervención familiar en la dieta y la disminución de la HbA1c que el género femenino ($R^2 = 4.85$; $F = 1,135$; $p < .02$).

De Lima y Silva (2014), realizaron un estudio de tipo cualitativo en el que participaron 26 personas con DT2, con el propósito de conocer cómo las personas evalúan la participación familiar en el proceso de cuidado de su salud, el análisis de contenido de las entrevistas emergieron tres estructuras temáticas: 1) Reconocimiento de la importancia de la familia en los cuidados con la diabetes, 2) Responsabilizando a la familia por la no adherencia a prácticas saludables y 3) Recibiendo ganancias secundarias de la enfermedad: sintiéndose cuidado en el seno familiar. Concluyeron que la familia es percibida por las personas con DT2 como un fuerte apoyo y de estímulo a la adherencia a prácticas saludables, lo que favorece el control de la enfermedad.

Santos, Alves, Oliveira, Pimentel, De Souza, y Zanetti (2012), realizaron un estudio cualitativo de tipo etnográfico, con una muestra de 41 personas con DT2 con el objetivo de identificar las representaciones sociales de personas con DT2 con respecto al apoyo familiar percibido en relación al tratamiento. Los resultados proyectaron la identificación de tres categorías: a) El apoyo familiar está presente en el cotidiano de la persona con DT2; b) La familia no siempre apoya a la persona con DT2 en sus necesidades; c) La propia persona con DT2 toma la responsabilidad de despertar el apoyo familiar. Los participantes destacan que el apoyo familiar como factor relevante para el tratamiento.

1.5 Definición Operacional

Los términos definidos en este apartado muestran las variables de estudio, las cuales se abordan en la presente investigación, apoyo familiar respaldada por Valadez, Alfaro, Centeno y Cabrera, (2003), así como adherencia al tratamiento respaldado por Villalobos, Quirós, León y Brenes, (2007).

1.5.1 Apoyo familiar, acción que se ejerce entre un grupo de personas emparentadas con lazos consanguíneos o sin ellos, para organizarse, administrarse e integrarse entre sí,

tienen un objetivo en común que es el de la supervivencia, reorganizar los valores primarios y prioritarios con el fin de adaptarse a las demandas de los miembros de la familia así como el entorno físico social (Valadez, Alfaro, Centeno y Cabrera, 2003).

Este concepto será medido por el instrumento Apoyo familiar en la persona con DT2.

1.5.2 Adherencia al tratamiento, Procedimiento aplicado por un paciente con DT2 para aceptar el tratamiento (Apoyo Familiar, Organización y Apoyo Comunal, Ejercicio Físico, Control Médico, Higiene y Autocuidado, Dieta y la Valoración de la Condición Física) todo ello para el control del padecimiento crónico (Villalobos, Quirós, León y Brenes, 2007).

Este concepto será medido por el instrumento Características Psicométricas de la Escala de Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo ii-versión iii (EATDM-iii[©]).

1.6. Objetivo

1.6.1 Objetivo general.

Determinar la relación de apoyo familiar con adherencia al tratamiento con un integrante con DT2.

1.6.2 Objetivos específicos.

Determinar las características sociodemográficas de la muestra de estudio.

Determinar el tipo de apoyo familiar del integrante con DT2.

Determinar el nivel de adherencia al tratamiento en el integrante con DT2.

Establecer la relación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en sus diferentes dimensiones.

Determinar la variabilidad del apoyo familiar con la adherencia al tratamiento en un integrante con DT2.

Capítulo II

Metodología

En el presente capítulo se describe el diseño del estudio, población, muestreo y muestra, instrumentos utilizados, el procedimiento para la recolección de datos, consideraciones éticas y las estrategias de análisis.

2.1 Diseño del Estudio

El diseño del presente estudio fue cuantitativo descriptivo, correlacional y de corte transversal (Polit y Beck, 2012).

2.2 Población

Las personas de interés estuvieron conformadas por hombres y mujeres, diagnosticados con DT2, que asistieron al Hospital General de Huejotzingo, perteneciente a la Secretaría de Salud, ubicado en el Estado de Puebla.

2.3 Muestreo y Muestra

El muestreo será no probabilístico por conveniencia, para determinar el tamaño de la muestra el método que se utilizará será la técnica estadística llamada análisis de potencia, con un nivel de significancia estadística (α) $<.05$, la magnitud del efecto de la población de $.30$, una potencia o poder ($1-\beta$) de $.90$ y para amortiguar el efecto de atrición, se añadió a la muestra 10% , por lo que se obtuvo como resultado un tamaño muestral de 130 individuos con su respectivo familiar. La relación de pacientes con DT2 fue obtenido por el registro de personas adscritas a la unidad de salud.

2.4 Criterios de Selección

2.4.2 Criterios de inclusión.

Personas con diagnóstico de DT2 de cualquier género hombre y mujer en el rango de edad de 40 a 69 años, que se encontraron en pleno uso de sus facultades mentales, que estaban en tratamiento médico, que se encuentre acompañados por un familiar mayor de 18 años, que estén inscritas al Hospital General de Huejotzingo perteneciente a la Secretaría de salud, que asistan a consultas regulares de cada mes con el médico familiar, así como hayan aceptado y firmado el consentimiento informado.

2.4.3 Criterios de exclusión.

A personas del sexo femenino diagnosticadas con DT2 que se encontraran en periodo de gestación, que pudieran haber encontrado en estado inconveniente como hipoglucemia o hiperglucemia o con algún deterioro cognitivo, o bien que no pudiera encontrarse en la disposición de participar en la presente investigación.

2.4.4 Criterios de eliminación.

Se eliminaron los cuestionarios que no estuvieron debidamente contestados, que tuvieron respuestas dobles, que en un momento dado el participante por cualquier circunstancia desee abandonar el estudio.

2.5. Instrumentos

Para la medición de las variables se utilizó dos instrumentos a) “Apoyo Familiar a la Persona con DT2 (AFPDT2)”, b) Características Psicométricas de la Escala de Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2-versión III (EATDM2-III[®]).

El primer instrumento llamado “Apoyo Familiar a la Persona con DMT2”, fue realizado por los investigadores Valadez, Alfaro, Centeno y Cabrera (2003, Apéndice C), está constituido por 24 ítems que exploran cuatro subescalas: a) conocimiento sobre medidas de

control de DT2 (1,2,3,12,15,20); b) conocimiento sobre complicaciones de DT2 (13,14,16,21,22,23); c) actitudes hacia el enfermo con DT2 (6,9,10,18,19,24); d) actitudes hacia las medidas de control de DT2 (4,5,7,8,11,17); el método de patrón es de escala de puntos sumativos, las cuales van del 1 al 5 con escala tipo liker con patrones de respuesta de 1 al 5 algunos de los ítems puntúan de manera inversa. Los puntos de corte; El apoyo familiar global es clasificado en las categorías apoyo familiar bajo con una puntuación entre 51 y 119; apoyo familiar medio con una puntuación entre 120 y 187; y apoyo familiar alto, con una puntuación entre 188 y 255. Se ha reportado coeficiente de confiabilidad de 0.93, en las poblaciones del norte de México.

El segundo instrumento es llamado “Características Psicométricas de la Escala de Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo II-versión III (EATDM-iii[®])”, realizado por Villalobos, Quirós, León y Brenes, (Apéndice D, 2007) el cual cuenta con siete subescalas: a) apoyo familiar (34,35), b) organización y apoyo comunal (31-32, 45-51, 54), c) ejercicio físico (13-17, 20-23), d) control médico (24-30), e) higiene y autocuidado (9, 11-12, 52-53,55), f) dieta (1-8,10), g) valoración de la condición física (18-19), consta de 55 ítems. La escala de auto aplicación ofrece cinco opciones de respuesta tipo Likert de la siguiente manera: La situación no ocurre (0), La situación ocurre aproximadamente entre el 1% y el 33% de las ocasiones (1), La situación ocurre aproximadamente entre el 34% y el 66% de las ocasiones (2), La situación ocurre aproximadamente entre el 67% y el 99% de las ocasiones (3), La situación ocurre siempre, en el 100% de las ocasiones (4). Los ítems de cada factor se indizan, se suma el total de puntos de cada escalamiento, se le divide por el máximo de opciones Likert que tiene la variable y se multiplica por 100. El índice arroja un valor entre 0 y 100. Los puntajes próximos a 100 indican un autoreporte más cercano a pautas de adherencia esperadas, para una vida saludable en personas con DT2. Se ha

reportado un nivel de confiabilidad de 0.87, ha sido validada en diversas partes de Latinoamérica.

2.6 Procedimiento de la Selección y Recolección de la Información

Para realizar la presente investigación se solicitó en primer momento, la autorización, así como aprobación por el Comité de Ética de la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (FE-BUAP). Se llevó a cabo las correcciones oportunas, posteriormente, se solicitó el permiso al Hospital General de Huejotzingo, para realizar la prueba final, una vez que se autorizó se procedió a la recolección de los datos en dicha unidad, la cual consistió en un plazo de 27 días hábiles en horario matutino de ocho a 18 horas, la aplicación de los instrumentos fue a 130 sujetos de estudio que reunieron los criterios de selección.

Se invitó a participar en el presente estudio, se dio a conocer el propósito y los objetivos del estudio; así mismo, se les dio entrega del consentimiento informado (Apéndice A y B), una vez leído y comprendido, se procedió a dar su consentimiento, aceptado y firmado, posteriormente se les invitó a pasar al consultorio asignado por las autoridades de dicha unidad, con la finalidad de que se sintieran en confianza y se pudo llevar a cabo la aplicación de los instrumentos.

La investigadora procedió a entregar el primer instrumento de medición llamado “Apoyo Familiar a la Persona con Diabetes Mellitus Tipo 2 (AFPDM2)” (Apéndice C) que fue llenado por el familiar y el segundo instrumento llamado “Características Psicométricas de la Escala de Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo II-versión III (EATDM-iii©)” (Apéndice D) el cual la investigadora leyó a la persona con DT2 los reactivos y anotó la respuesta que el entrevistado seleccionó a cada pregunta.

El tiempo aproximado de llenado de los instrumentos fue de 20 a 30 minutos, se les hizo hincapié en que si existió alguna duda, por favor se hiciera saber a la investigadora para que pudiera resolverla, así como en el momento de la recolección de la información se recordó sobre las generalidades de la investigación, la confidencialidad de la información, el anonimato, la participación voluntaria. Finalizado el proceso se agradeció la participación de la persona con DT2 y su familiar.

2.7. Ética del Estudio

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, en la cual se establece la garantía del derecho a la protección de la misma, entendiendo que la investigación para la salud es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general. Con Base al Artículo 14, Fracción VII y VIII, el proyecto recibió la aprobación del Comité de Ética de la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

En lo que respecta al Capítulo I, Artículo 13, fue necesario una adaptación a los principios científicos y éticos que garantizaron el respeto a la dignidad y protección de los derechos de los participantes, fue asegurada la confidencialidad de la información proporcionada. De esta manera también se hizo presente el Artículo 14, Fracción V, VII del 2015 así como el Artículo 20 y 21, Fracciones I, II, IV, VII, y VIII; se realizó el formato escrito para la solicitud del consentimiento informado dirigido a la persona que participo en la investigación, el cual fue expuesto claramente el propósito de la investigación de acuerdo a la Fracción I.

Se brindó la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta o aclaración relacionada a la investigación, así como fue destacada la protección a su privacidad donde las respuestas que se brindaron, no fue vinculada con su identidad y los resultados no serán utilizados en perjuicio de los participantes de acuerdo al Artículo 21, Fracción VII.

Este estudio se consideró como de riesgo mínimo para los participantes de acuerdo con el Capítulo I, Artículo 17, Fracción II. Para dar cumplimiento del Artículo 14, Fracción VI, la investigación se realizó y dirigió por el autor del estudio con asesoría de tutor con Maestría en Enfermería.

2.8 Plan de Análisis Estadístico

La información fue capturada en el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21. Se utilizaron medidas de tendencia central para describir las características de la muestra y las variables de interés.

La confiabilidad del instrumento fue obtenida mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Las variables continuas fueron sometidas a la prueba de Kolmogorov-Smirnov, así como el objetivo fue la identificación de la pertenencia a utilizar estadística paramétrica, la curva presentó una distribución normal de las variables, por el cual se decidió utilizar el estadístico de correlación de Pearson. Los resultados se presentan en tablas.

Capítulo III

Resultados

Este capítulo presenta los resultados estadísticos en el siguiente orden: a) Progresión del diseño b) Confiabilidad de los instrumentos c) Prueba de normalidad d) Análisis descriptivo de las variables de estudio e) Resultados de objetivos.

3.1 Progresión del Diseño

Ingresaron al estudio 130 participantes, de las cuales fueron aleatorizadas 130 por cumplir los criterios de inclusión, se seleccionaron 130 de acuerdo al cálculo de muestra y a la atrición, completaron el proyecto 130 sujetos, ningún sujeto fue eliminado debido a que completaron el cuestionario así como continuaron con el proyecto.

3.2 Confiabilidad de los Instrumentos

Tabla 1

Coefficiente de confiabilidad de la escala de efectividad en el apoyo familiar y la escala de adherencia al tratamiento en DT2 versión III.

Escala	No. de Reactivos	Alfa de Cronbach
Escala de Apoyo Familiar a la Persona con DT2	24	0.87
Escala de Características Psicométricas de la Escala de Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo II- versión III	55	0.93

Nota: E - AFPDM2, EATDM-III. Puebla, 2016

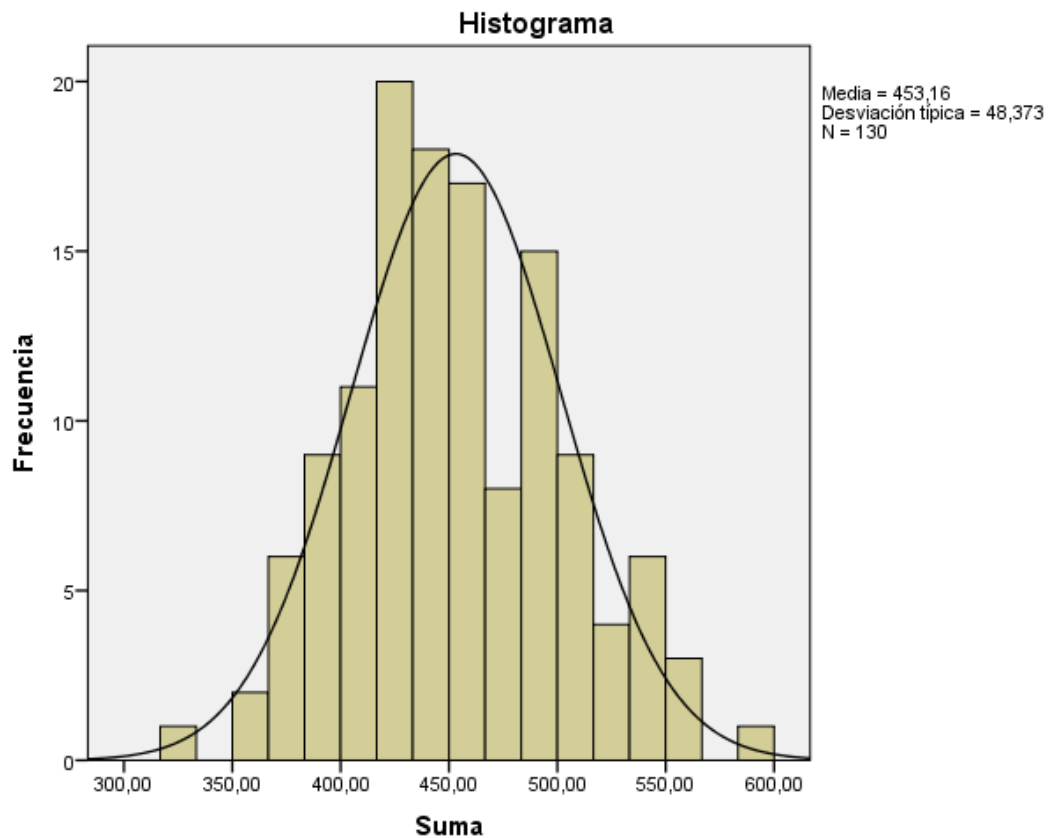
n= 130

Los resultados obtenidos en ambos instrumentos simbolizan de acuerdo a Polit y Beck (2012), que se está midiendo el concepto de estudio y por lo tanto los instrumentos son confiables.

3.3 Prueba de Normalidad

Se muestra la curva de normalidad donde se añadieron las variables de estudio, para determinar si el tipo de correlación a utilizar, en este caso fue normal por lo tanto se utilizó estadística paramétrica.

Figura 1. Curva de normalidad.



3.4 Análisis Descriptivo de las Variables de Estudio

Con respecto a la determinación de la distribución de los datos de los valores obtenidos en las dimensiones de la escala de apoyo familiar y adherencia al tratamiento en DT2 versión

III, se convirtieron en índices de cero a 100 para poder procesarlos estadísticamente y realizar el análisis descriptivo y la prueba de Kolmogorov - Smirnov.

Tabla 2

Análisis descriptivo y Prueba Kolmogorov-Smirnov del instrumento apoyo familiar a la persona con DT2 y de la escala de adherencia al tratamiento terapéutico en DT2 versión-III.

Variables	\bar{X}	DE	Valor Máximo	Valor Mínimo	K-S	Valor de p
Apoyo Familiar	63.70	43.96	67	26	.654	.212
Conocimiento sobre medidas de control de DT2	32.33	13.42	43	17	.387	.432
Conocimiento sobre complicaciones de DT2	43.21	19.27	52	28	.984	.001
Actitudes hacia el enfermo con DT2	52.51	11.21	97	45	.364	.006
Actitudes hacia las medidas de control de DT2	46.86	19.23	63	56	.756	.298
Adherencia al Tratamiento DT2	56.64	6.04	73.03	40.91	.200	.082
Apoyo familiar	56.66	8.67	81.25	33.33	.011	.97
Organización y apoyo social o comunal	47.26	13.31	75	12.50	.002	.804
Ejercicio físico	53.20	9.88	83.33	27.78	.019	.280
Control medico	69.13	10.67	95.83	37.50	.001	.275
Higiene y autocuidado	60.51	13.08	83.33	25	.000	.780
Dieta	53.96	11.21	105	30	.201	.740
Valoración de la condición física	55.76	19.44	100	0	.000	.802

Nota: Apoyo Familiar a la Persona con DT2 (AFPDT2), Características Psicométricas de la Escala de Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2-versión III EATDM-III. Puebla, 2016 n=130

El instrumento características psicométricas de la escala de adherencia al tratamiento de la DT2 versión-III mostró una media de 56.64 (DE = 6.04) el factor control médico fue el más alto de 69.13 (DE = 10.67) seguido por la escala de apoyo familiar con 63.70 (DE = 43.76). En relación a la prueba Kolmogorov – Smirnov los dos instrumentos generales

mostraron una distribución normal ($p > .05$), el cual se decide utilizar estadística paramétrica para el análisis inferencial.

3.5 Resultados de Objetivos

3.5.1 Características de la población de estudio.

Para caracterizar a la población de estudio con DT2, se utilizó la primera parte llamada ficha de identificación tomada de la escala de adherencia al tratamiento en DT2, versión III (Villalobos, Quiroz, León y Brenes, 2007).

Tabla 3

Características sociodemográficas de las personas con DT2

Características	F	%
Sexo		
Mujer	71	54.61
Hombre	59	45.38
Nivel Educativo		
Primaria	55	42.3
Secundaria	60	46.2
Universidad	15	11.5
Estado civil		
Soltero	5	3.8
Casado	69	51.3
Viudo	37	28.5
Unión libre	19	14.6

Nota: ficha de identificación tomada de la escala de adherencia al tratamiento en DT2, versión III. Puebla, 2016

n = 130

De acuerdo con la tabla 3 que muestra las características sociodemográficas en cuanto al género predomino “mujer” 54.61% ($f= 71$) a nivel educativo fue “secundaria” 42.3% ($f= 60$) y estado civil “casado” 51.3% ($f= 69$).

3.5.2 Tipo de apoyo familiar del integrante con DT2.

Tabla 4

Tipo de apoyo familiar de las familias del integrante con DT2.

Apoyo Familiar	<i>f</i>	%
Alto	28	21.53
Medio	57	43.8
Bajo	45	34.6

Nota: Apoyo Familiar a la Persona con DT2 (AFPDM2), Puebla, 2016

n=130

En la tabla 4 se observa que el tipo de apoyo familiar predominó “Medio” seguido de “Bajo” al sumarlos estos dos dan un total de 78.4% y solo el restante corresponde al apoyo familiar alto.

3.5.3 Adherencia al tratamiento terapéutico de la DT2 en una institución de salud de primer nivel de atención.

Tabla 5

Adherencia al tratamiento terapéutico de las personas con DT2

Nivel de Adherencia	Factor													
	Apoyo familiar		Organización y apoyo comunal		Ejercicio Físico		Control Médico		Higiene y Autocuidado		Dieta		Valoración condición física	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Alto	21	16.1	13	10	35	26.9	87	66.9	72	55.3	28	21.5	27	20.7
Medio	64	49.2	77	59.2	62	47.6	36	27.6	34	26.1	39	30	48	36.9
Bajo	45	34.6	40	30.7	33	25.3	7	5.3	24	18.4	63	48.4	55	42.3

Nota: Características Psicométricas de la Escala de Adherencia al Tratamiento de DT2 versión III (EATDM-III[®])

n= 130

Aquí se observa que en el instrumento de Apoyo Familiar a la persona con DT2, que se muestra en la tabla 4, arrojó un apoyo familiar medio 43.8% ($f= 57$), al igual que en el presente instrumento Características Psicométricas de la Escala de Adherencia al Tratamiento de DT2 versión III en el factor apoyo familiar 49.2% ($f= 64$) el nivel fue medio, cabe desatacar que este apoyo familiar beneficia en gran parte al control médico 66.9% ($f= 87$), sin embargo, en el factor más bajo lo presento la dieta con 48.4% ($f=63$).

3.5.4 Correlación de apoyo familiar con la adherencia al tratamiento en las personas con DT2.

Para conocer si la relación entre las variables de estudio se diseñó una matriz de correlación de r de Pearson de acuerdo a la distribución de los datos.

Tabla 6

Matriz de correlación r de Pearson del apoyo familiar y la adherencia al tratamiento de la DT2

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Dieta	1											
2. Higiene y autocuidado	.169 .055	1										
3. Valoración de la condición física	-.033 .706	-.045 .608	1									
4. Ejercicio físico	.248 .004	.147 .094	.054 .540	1								
5. Control médico	.079 .372	-.020 .825	.104 .039	-.028 .753	1							
6. Organización y apoyo social o comunal	.234 .007	.200 .022	.036 .684	.382 .000	.027 .758	1						
7. Adherencia al Tratamiento DT2	.449 .000	.530 .000	.482 .000	.544 .000	.279 .001	.636 .000	1					
8. Apoyo Familiar	.170 .041	.398 .054	.834 .009	.878 .008	.971 .327	.545 .009	.786 .008	1				
9. Conocimiento sobre medidas de control de DT2	-.032 .433	-.012 .914	.060 .121	.026 .822	.934 .365	.343 .989	.021 .867	.176 .056	1			
10. Conocimiento sobre complicaciones de DT2	-.065 .682	.210 .890	-.092 .628	.455 .760	-.876 .906	.219 .909	-.125 .167	.023 .980	.545 .031	1		
11. Actitudes hacia el enfermo con DT2	-.211 .981	-.354 .919	-.434 .676	.569 .349	.121 .329	-.476 .680	-.380 .059	-.319 .086	.340 .702	.166 .911	1	
12. Actitudes hacia las medidas de control de DT2	.230 .078	.426 .124	-.214 .675	.589 .989	.149 .565	-.150 .342	.920 .832	.236 .210	.256 .092	.034 .092	.133 .481	1

Nota: Características Psicométricas de la Escala de Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2-versión III (EATDM-III[®]) y Apoyo Familiar a la Persona con DT2

* $p < .05$, dos colas.

n=130

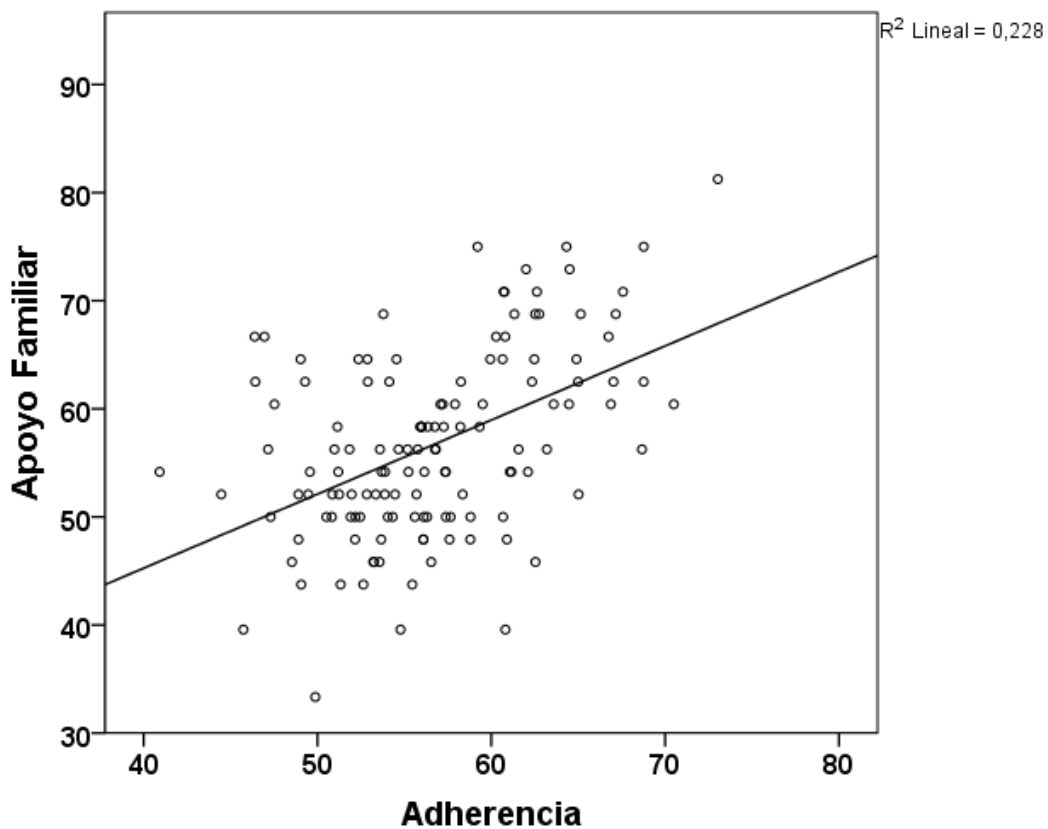
En lo correspondiente de la matriz de correlación r de Pearson entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento de la DT2, los resultados mostraron una correlación positiva del apoyo familiar con respecto a la adherencia al tratamiento ($r = .370, p = .007$), así como los factores del instrumento de apoyo familiar, que se pueden apreciar en la tabla 7.

3.6 Análisis de Regresión Lineal entre Adherencia al Tratamiento y Apoyo Familiar

A mayor apoyo familiar mayor es la adherencia al tratamiento como se muestra en el estadístico inferencial de las variables de estudio, contenidas en la gráfica de dispersión.

(Figura 2)

Figura 2. Gráfica de dispersión del apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en personas con DT2.



Capítulo IV

Discusión

El estudio tuvo como objetivo general determinar la relación de apoyo familiar con adherencia al tratamiento en un integrante con DT2, de una institución de salud de primer nivel de atención a través de marco teórico fundamentado en este protocolo.

Los principales hallazgos fueron: a) las características sociodemográficas de la muestra de estudio así como el tipo de apoyo familiar del integrante con DT2, b) El nivel de adherencia al tratamiento en el integrante con DT2, d) La relación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en sus diferentes dimensiones, e) la determinación de la variabilidad del apoyo familiar con la adherencia al tratamiento en un integrante con DT2.

a) Al caracterizar sociodemográficamente a la muestra de estudio, se obtuvo una edad promedio menor a los 50 años, lo cual coincide con los estudios de Ávila et al. (2013), Mayberry y Osborn (2012), Concha y Rodríguez (2010), Choi (2009), al encontrar similitud en los resultados así como datos que se validan por la OMS (2014) al referir que la DT2 se está presentando en edad joven, lo cual al paso del tiempo va generar altos costos al sector salud, debido a que los tratamientos se prolongan, aun mas cuando llega a presentarse complicaciones futuras como la retinopatía, nefropatía, cardiopatías, amputaciones, entre otras, debido a la falta de Adherencia al Tratamiento, por lo demás, afecta la vida productiva del integrante con DT2 incluso puede ocasionar ausentismo e incapacidades que perjudican al mismo; adicionalmente al entorno productivo de la sociedad.

Se encontró además, que un alto porcentaje de la muestra de estudio pertenece al género femenino, la mayoría son mujeres casadas que cumplen diversas funciones como amas de casa, rol de madres, rol de esposas, activas en el sector productivo, entre otras actividades, dado que el exceso pueden llegar a causar estrés, mala nutrición, falta de ejercicio, entre otras varias acciones que se consideran necesarias para el control de las personas con DT2. Resultado que concuerda con el de Huerta (2011), Concha y Rodríguez (2010), Choi (2009), Hara, Y., et al. (2012), aquello da la apertura de inferir que en la población de Huejotzingo, la mayoría es del género femenino al mismo tiempo el más afectado por la DT2 ya que muchas veces, se encuentran al mando del núcleo familiar, sin una pareja en quien pudiera apoyarse, esto es porque en poblaciones rurales los varones parten de su lugar de origen en busca de oportunidades de trabajo, o bien, emigran al extranjero por una mejor economía, como se publica en INEGI (2013), no obstante Watanabe (2010) y Cabrera, Castillo y Domínguez (2009), encontraron que las mujeres tienen un mejor control de glicemia en sangre asociado al Apoyo Familiar alto.

b) Con respecto a la relación del tipo de Apoyo Familiar, se halló que existe un puntaje medio a bajo, en concordancia con el porcentaje del apoyo familiar, comparándolo con los datos de Concha y Rodríguez (2010) y Valadez, Alfaro, Centeno y Cabrera (2003), del mismo modo que se encontró que las familias no tienen los conocimientos sobre las medidas de control DT2; sin embargo los conocimientos sobre las complicaciones de DT2 presentan niveles altos de acuerdo a los resultados, puede ser porque han vivido o tenido una experiencia cercana, a todo esto, cuanto más tiempo se tiene con la enfermedad mayor son los conocimientos que se adquieren, no dejando de lado que las personas con DT2, son quienes tienen que ver por su medicación, nutrición, ejercicio, higiene, entre otras; por lo

que se sugeriría a los profesionales de la salud realizar programas que vayan enfocados a la concientización del padecimiento así como de sus complicaciones , a los familiares a entender todo lo referente a la DT2, así como la importancia del Apoyo Familiar, adicionalmente mencionar la promoción a la salud, prevención de la enfermedad y diagnóstico temprano y precoz de la DT2, establecidos en la Norma Oficial Mexicana 015 SSA (2010), todo esto con un lenguaje de fácil comprensión.

c) De acuerdo con la Adherencia al Tratamiento de la DT2, de las personas encuestadas, se encontró que esta fue baja en relación a los factores psicológicos y ambientales; los cuales son detallados a continuación: el factor, organización y apoyo comunal, apoyo familiar, ejercicio físico y dieta presentan un nivel bajo; esto podría deberse a que las diversas actividades como lo son el trabajo, diversos roles que se desempeñan, limitan en ocasiones poder seguir con el tratamiento adecuado, lo que conlleva a tener un descontrol de la enfermedad, adicionalmente puede llevar a complicaciones como la retinopatía, nefropatía, cardiopatías, amputaciones; en cuanto a los factores, control médico, higiene y autocuidado presentaron nivel medio. Los resultados referentes a la Adherencia al Tratamiento se mostraron con un nivel medio, ello puede corresponder a que las personas deben asistir a una institución de salud para el chequeo mensual de la DT2. Estos resultados, difieren con los de Huerta (2011) y Alcalino (2014) quien encontró en su estudio seis de los factores de la Adherencia al Tratamiento, con puntajes en general bajos, esto podría ser por que el estudio fue tomado directamente en la comunidad, con acceso limitado a los servicios de salud, asimismo, bajo nivel socioeconómico así como educativo, mientras que De Lima y Silva (2014), encontró relación significativa entre la Adherencia al Tratamiento y el Apoyo Familiar, aquello

puede deberse a que los integrantes del entorno familiar influyen directamente e indirectamente en la persona con DT2.

d) En cuanto a la correlación del Apoyo Familiar con la Adherencia al Tratamiento en sus diferentes dimensiones, se encontró una relación favorable, entre ambas variables, resultados contradictorios de los hallazgos de Concha y Rodríguez (2010) Maberry y Osborn (2012) y Watanabe, et al. (2010), dado que estos no encontraron relación significativa, de manera que el inadecuado Apoyo Familiar, por parte de los integrantes familiares, se encuentra asociado a la no Adherencia al Tratamiento, debido a que en el factor “conocimientos sobre las medidas de control de la DT2” resultan significativas, de tal manera que los “conocimiento sobre las complicaciones”, y las “actitudes hacia la persona con DT2”, como se encuentran en el estudio de Quiroz y Villalobos (2007) y Valadez, Alfaro, Centeno, Cabrera (2003), lo que hace suponer que las personas con DT2 se encuentran en constante interacción con su entorno, involucrándose en otros ambientes, mismos que anteriormente no pertenecían, hasta el punto de buscar un origen en donde apoyarse para sobrellevar el padecimiento de la mejor manera.

e) Con respecto, a la varianza del Apoyo Familiar con la Adherencia al Tratamiento en un integrante con DT2, se encontró que el grado de acercamiento de los valores resultan incluyentes como lo hallaron White, Smith, Hevey y O'Dowd (2009), Quiroz y Villalobos (2007), Watanabe (2010); mostrando un mejor control en la Adherencia al Tratamiento, aquellos que presentan un porcentaje alto en el Apoyo Familiar, los cuales fueron minoría, esto puede deberse, a que las personas con DT2 presentan un Apoyo Familiar alto, como resultado, las hace más seguras, así como comprendidas en su padecimiento; por lo tanto, se atienden en los factores implicados en la Adherencia al Tratamiento, para tener un buen

control de la enfermedad; Por lo que se hace hincapié que enfermería no solo vea a la persona con DT2, como responsable de su enfermedad, sino mirar a toda la familia, con ese apoyo necesario para el control, adecuado del integrante con DT2.

4.1 Conclusiones

Existe una relación significativa entre el apoyo familiar con la adherencia al tratamiento, a mayor apoyo familiar mayor adherencia al tratamiento y en caso contrario el resultado es el opuesto, lo que sugiere que se vea a la familia en contexto y no solo la persona con DT2, ya que el apoyo familiar es el escenario natural y cotidiano de promoción a la salud, es decir los familiares se hacen incluyentes dentro de la adherencia al tratamiento del integrante con DT2, de modo que se establezca diferentes formas de abordaje familiar, que permitan comprender los procesos del padecimiento, encontrados intrínsecamente adheridos al apoyo familiar que pueden aportar beneficios, por ejemplo; la persona con DT2 se sienta comprendida e importante para su familia, a su vez facilita la adherencia a un régimen terapéutico así como dietético, adicional a esto ser partícipe en actividades recreativas, por otro lado la implementación de acciones saludables como toma de glucosa periódicamente, el comer sanamente, realizar ejercicio, mantener un control del peso corporal, tomar o aplicarse los medicamentos en el horario que corresponda, simultáneamente aprender a prevenir o bien minimizar posibles complicaciones. Lo dicho hasta aquí supone que, no se dejen de lado al integrante con el padecimiento, y así se pueda alcanzar la adherencia al tratamiento para un equilibrio de la glucosa en sangre.

4.2 Recomendaciones

- Indagar en investigación cualitativa en relación a como los integrantes que conforman la familia perciben el padecimiento de la DT2.
- Profundizar en el estudio de las variables apoyo familiar como adherencia al tratamiento en un a investigación de método mixto así como cualitativa como cuantitativa.
- Incluir dentro de las variables indicadores fisiológicos como: HbA1c, triglicéridos, colesterol, glicemia en ayunas, de tal manera que proporcionen información adicional acerca del estado metabólico del individuo.
- Diseñar e implementar intervenciones de enfermería que puedan incluir en discursos educativos de salud, enfocado a las variables de estudio, apoyo familiar en la adherencia al tratamiento.
- Realizar estudios longitudinales para conocer cómo se comporta el apoyo familiar en relación a la adherencia al tratamiento.
- Implementar estudios de tipo en intervención de manera multidisciplinaria para comprobar más eficaz el comportamiento de las variables de estudio.

Referencias

- Antuña, A. (2014). Clínica Diabetológica. Diabetes y la familia. Recuperado de http://www.clinidiabet.com/es/infodiabetes/salud_emocional/08.htm
- Alcaíno, D. E., Bastías, N., Contreras, C. A., Figueroa, D. C., & Martínez, C. E. (2014). Cumplimiento del tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus de tipo 2 en adultos mayores. *Influencia de los factores familiares*. 25(1) 9-12
- Ávila, J. L.; Cerón, O. D.; Ramos, H. R. I. & Velázquez, L. L. (2013). Asociación del control glicémico con el apoyo familiar y el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista médica de Chile*. 14(1) 173-180
- Asociación Americana de Diabetes (2014). Standards of Medical Care in Diabetes 2014. *Diabetes Care* (36)1 11-S66. DOI: 10.2337/dc 14-S014
- Cabrera, F. Castillo, S., & Domínguez, C.R. (2009). Estilo de Vida y Apego al Tratamiento en Personas con Diabetes Mellitus tipo 2. *Nutrición y Salud*. 17(002), 229-241. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/291/299117207.pdf>
- Choi, S. E. (2009) Diet-Specific Family Support and Glucose Control among Korean Immigrants with Type 2. *Diabetes Education*. 35(6) 978-985. DOI: 10.1177/0145721709349220
- Concha, M. C., & Rodríguez, C. R. (2010). Funcionalidad Familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. *Departamento de Ciencias Sociales, Facultad de Educación y Humanidades, Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile*. 19(1) 41-50

- De Lima, A., & Silva, S. (2014) How people with diabetes evaluate participation of their family in their health care. *Investigation Education Nursing*, 32(2) 260-269
- Fabiá, M. G., García, M. C., & Cobo, C., (2010). Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la diabetes y comorbilidades. *Revista médica de Chile*. 26(2) 100-108.
- Hernández, A. M., Gutiérrez, J. P. & Reynoso, N. N. (2013). Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. *Revista Salud Pública Mexicana*. 5(2) 129-136.
- Hara Y., Iwashita S., Kouzabu I., Chizuko I., Okada A., Tajiri Y., Nakayama H., Kato T., Nishida K., Ogata Y., Omori H., Morinaga T., Yamaguchi M., Nakao M., Tsuboi K., Breugelmans R. & Ishihara Y., (2012) Diabetes Family Behavior Checklist (DFBC) for assessing the relationship between Type 2 diabetes mellitus patients and their families with respect to adherence to treatment regimen. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2(1) 39-47
- Huerta, M. V. (2011). Funcionamiento Familiar y Adherencia al Tratamiento Terapéutico de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en Adultos Mayores. (Tesis de maestría inédita). Benemérita Universidad Autónoma de Puebla Facultad de Enfermería.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2011). Mortalidad, Recuperado de <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/defunciones.aspx>
- Jiménez, B., Gómez, S., & Alanís, N. (2011). Función Familiar, Control de diabetes mellitus tipo 2 en pacientes adultos. *Revista Atención Primaria*. 8(4) 134-139

- Mayberry, L. S. & Osborn, C. Y. (2012). Family Support, Medication Adherence, and Glycemic control Among Adults with Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. (35)1239-1245. DOI: 10.2337/dc 11-2103
- Organización Mundial de la Salud (2014). Diabetes. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- Ortiz, M., Gatica, A., & Gómez, D. (2011). Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Terapia Psicológica*, 29(1) 5-11
- Polit, F.D. & Beck, (2012). Nursing Research. Generating and Assesing Evidence for Nursing Practice. 9na Ed. Harcoved – August 16, 11.
- Rodríguez, M., & Guerrero, J. (2015). Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. *Rev. Paraninfo Digital* (3)6 1-7. Recuperado de <http://www.index-f.com/para/n6/sumario.php>
- Salinas, C. E. & Nava, G. M. G. (2012). Adherencia terapéutica. *Revista Enfermería Neurológica*. (11)2 102-104.
- Santos, M., Alves, R., Oliveira, V., Pimentel, C., De Souza, C., & Zanetti, M. (2012). Social representations of people with diabetes regarding their perception of family support for the treatment. Department of Psychology and Education of the Faculty of Philosophy, Science and Letters of Ribeirão Preto, University of São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brazil

- Secretaria de Salud (2014). Boletín Epidemiológico Diabetes Mellitus Tipo 2. Primer Trimestre 2014. Subsecretaria de previsión y promoción a la Salud. Dirección General de Epidemiología. Dirección Adjunta de Epidemiología. *Dirección de Información Epidemiológica*. Recuperado de:
http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/bol_diabetes/dm2_boll_2014.pdf
- Secretaria de Salud (2014). Boletín Epidemiológico Diabetes Mellitus tipo 2 Primer Trimestre 2014. Dirección General de Epidemiología, 4-6
- Secretaria de Salud (2014). Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título segundo, de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos. Recuperado de
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Troncoso, C., Delgado, D., & Villalobos, C. (2013). Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 22(1) 09-13
- Valadez, I., Alfaro, N., Centeno, G., & Cabrera, C. (2003) Diseño de un Instrumento para evaluar Apoyo Familiar a la Persona con Diabetes Mellitus Tipo 2. *Investigación en Salud*, 2 (3). Recuperado de [http://. www.redalyc.org/pdf/142/14250305.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/142/14250305.pdf)
- Villalobos, A. Quirós, D., León G. & Brenes J. C. (2007). Factores Involucrados en la Adhesión al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo II, en una muestra de pacientes diabéticos de la zona norte de Costa Rica: un estudio psicométrico. *Revista Diversitas: perspectivas en Psicología* 3(1) 25-36.

Watanabe K., Kurose T., Kitatani N., Yabe D., Hishizawa M., Hyo T., & Sein Y. (2010).

The Role of family Nutritional Support in Japanese Patients with type 2 Diabetes

Mellitus. *Journal Internal Medicine*. (49) 983-989, DOI:

10.2169/internalmedicine.49.3230

White P., Smith S., Hevey D. & O'Dowd, T., (2009) Understanding type 2 diabetes:

including the family member's perspective. *Diabetes Education*. 35(8) 10-7



Apéndice A

**Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Maestría en Enfermería**



Consentimiento Informado para el Familiar

Por este conducto se le invita a participar en la investigación “Apoyo Familiar y su relación con la Adherencia al Tratamiento con un Integrante con Diabetes Tipo 2”, siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

El objetivo de la investigación es conocer la relación que tiene el apoyo familiar en el apego al tratamiento con un integrante con Diabetes Tipo 2. La investigadora me ha informado que mi participación en esta investigación es totalmente voluntaria, y puedo elegir participar o no hacerlo sin ninguna consecuencia negativa. Puedo cambiar de decisión más tarde, es decir retractarme y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes y no se presentara ninguna consecuencia negativa hacia mi familiar.

La información que brinde a este proyecto se mantendrá anónima y confidencial al igual que mi identidad. No representa riesgo, beneficio u obtención económica por participar en él, he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado(a) y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

Firma del familiar _____

Firma del entrevistador _____

Fecha y hora _____



Apéndice B

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Maestría en Enfermería



Consentimiento Informado para la Persona con DT2

Por este conducto se le invita a participar en la investigación “Apoyo Familiar y su relación con la Adherencia al Tratamiento con un Integrante con Diabetes Tipo 2”, siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

El objetivo de la investigación es conocer la relación que tiene el apoyo familiar en el apego al tratamiento con un integrante con Diabetes Tipo 2. La investigadora me ha informado que mi participación en esta investigación es totalmente voluntaria, y puedo elegir participar o no hacerlo sin ninguna consecuencia negativa. Puedo cambiar de decisión más tarde, es decir retractarme y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes y no se presentara ninguna consecuencia negativa hacia mi persona.

La información que brinde a este proyecto se mantendrá anónima y confidencial al igual que mi identidad. No representa riesgo, beneficio u obtención económica por participar en él, he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado(a) y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

Firma del participante _____

Firma del entrevistador _____

Fecha y hora _____



Apéndice C
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Maestría en Enfermería



Instrumento de Apoyo Familiar a la Persona con Diabetes Tipo 2 (AFPDT2)

Autores: Figueroa, Alfaro, Centeno, Cabrera (2003).

El presente documento es un instrumento para evaluar el Apoyo Familiar al Integrante con Diabetes Tipo 2”.

Respuestas: a=Siempre b=Casi siempre c=Ocasionalmente d=Rara vez e=Nunca					
	a	b	c	d	e
1. La persona con DT2 descontrolada llega a tener gangrena en los pies	5	4	3	2	1
2. La persona con DT2 debe en su casa medirse la azúcar en la sangre	5	4	3	2	1
3. Son comunes las infecciones en las personas con DT2	5	4	3	2	1
4. La preparación de los alimentos de la persona con DT2 es realizada por					
a) La persona con DT2	1	2	3	4	5
b) El cónyuge	5	4	3	2	1
c) La hija/o mayor	5	4	3	2	1
d) Otra persona	1	2	3	4	5
5. La administración de la medicina a la persona con DT2 es realizada por					
a) La persona con DT2	1	2	3	4	5
b) El cónyuge	5	4	3	2	1
6. Usted está de acuerdo que para mantenerse en control la persona con DT2 tiene que:					
a) Tomar sus medicinas	5	4	3	2	1
b) Llevar su dieta	5	4	3	2	1
c) Hacer ejercicio	5	4	3	2	1
d) Cuidar sus pies	5	4	3	2	1
e) Cuidar sus dientes	5	4	3	2	1
7. Le ayuda a su familiar con DT2 a entender las indicaciones de su médico	5	4	3	2	1
8. Cuando su familiar enfermo come más alimentos de los indicados usted					
a) Le recuerda el riesgo	5	4	3	2	1
b) Le retira los alimentos	1	2	3	4	5
c) Insiste tratando de convencerlo	5	4	3	2	1
d) Insiste amenazando	1	2	3	4	5
e) No dice nada	1	2	3	4	5
9. Se da usted cuenta cuando a su familiar se le olvida tomar su medicina	5	4	3	2	1
10. Considera que es problema preparar la dieta de su familiar con DT2					
a) Porque no sabe	5	4	3	2	1
b) Porque no le gusta	5	4	3	2	1
c) Porque le quita tiempo	5	4	3	2	1
d) Porque cuesta mucho dinero	5	4	3	2	1

a=Siempre b=Casi siempre c=Ocasionalmente d=Rara vez e=Nunca	a	b	c	d	e
11. Qué hace usted cuando su familiar con DT2 suspende el medicamento sin indicación médica					
a) Le recuerda	5	4	3	2	1
b) Le insiste tratando de convencerlo	5	4	3	2	1
c) Le lleva la medicina	5	4	3	2	1
d) Lo regaña	1	2	3	4	5
e) Nada	1	2	3	4	5
12. Pregunta al médico sobre las diferentes combinaciones de alimentos para su familiar	5	4	3	2	1
13. Considera necesario que la persona con DT2 acuda al dentista	5	4	3	2	1
14. Motiva a su familiar con DT2 a hacer ejercicio (caminar)	5	4	3	2	1
15. El ejercicio físico baja los niveles de azúcar en sangre	5	4	3	2	1
16. A las personas con DT2 puede bajárseles el azúcar	5	4	3	2	1
17. El azúcar en la sangre debe medirse antes de los alimentos	5	4	3	2	1
18. Procura tenerle a su familiar con DT2 los alimentos que requiere a sus horas	5	4	3	2	1
19. Cuando la persona con DT2 tiene cita con el médico para su control usted					
a) Lo acompaña	5	4	3	2	1
b) Le recuerda su cita	5	4	3	2	1
c) Está al tanto de las indicaciones	5	4	3	2	1
d) No se da cuenta	1	2	3	4	5
20. Conoce la dosis de medicamento que debe tomar su familiar con DT2	5	4	3	2	1
21. Platica con el médico acerca de la enfermedad y de las indicaciones que le dieron a su familiar con DT2	5	4	3	2	1
22. ¿Su familiar con DT2 toma alguna otra cosa para su control a parte del medicamento?					
a) Tes	1	2	3	4	5
b) Homeopatía	1	2	3	4	5
c) Remedios caseros	1	2	3	4	5
23. Considera necesario para el cuidado de los pies de la persona con DT2					
a) El uso de calzado adecuado	5	4	3	2	1
b) El uso de talcos	5	4	3	2	1
c) El recorte adecuado de uñas	5	4	3	2	1
d) Que evite golpearse	5	4	3	2	1
24. Su familiar con DT2 se encuentra en la casa solo	5	4	3	2	1

Instrumento de Apoyo Familiar a la Persona con Diabetes Tipo 2 (AFPDT2)

Autores: Figueroa, Alfaro, Centeno, Cabrera (2003).

No. Subescalas	No. Variables	Variables
1. conocimiento sobre medidas de control de DT2	6	1,2,3,12,15,20
2.) conocimiento sobre complicaciones de DT2	6	13,14,16,21,22,23
3. actitudes hacia el enfermo con DT2	6	6,9,10,18,19,24
4. actitudes hacia las medidas de control de DT2	6	4,5,7,8,11,17



Apéndice D
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Maestría en Enfermería



Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Tipo II, versión III
(EATDT – III ©)

Autores: Villalobos, Quirós, León y Brenes (2007)

Este instrumento tiene como objetivo evaluar el nivel de adherencia que tienen las personas con diagnóstico de DT2. La información recopilada será confidencial.

I parte

Ficha de identificación

Marque con una X dentro del paréntesis, el ítem correspondiente a su condición actual.

Sexo

- (1) Mujer
- (2) Hombre

Edad en años Cumplidos: _____

Nivel educativo (Por favor marque el último nivel educativo alcanzado, ya sea que lo haya concluido o no):

- (1) Primaria
- (2) Secundaria
- (3) Universidad

Estado civil

- (1) Soltero (a)
- (2) Casado (a)
- (3) Viudo (a)
- (4) Unión libre

II parte. Instrucciones

Abajo se le presentan una serie de situaciones, las cuales están relacionadas con la diabetes tipo II. Por favor señale para cada situación la cantidad de ocasiones en que se presenta la misma. Las columnas numeradas se deben leer de la siguiente forma:

0: Nunca lo hago

1: Casi nunca lo hago (entre el 1% y el 33% de las ocasiones).

2: Lo hago regularmente (entre el 34% y el 66% de las ocasiones).

3: Casi siempre lo hago (entre el 67% y el 99% de las ocasiones).

4: Siempre lo hago (el 100% de las ocasiones).

Por ejemplo, si para usted el Evitar consumir pan dulce ocurre casi siempre, es decir lo hace casi todos los días entonces usted deberá haber marcado de la siguiente forma:

Opciones				
0	1	2	3	4

Solo debe marcar una opción.

Situación	opciones				
	0	1	2	3	4
1.-Evito consumir pan dulce					
2.- Evito consumir postres dulces					
3.- Evito consumir golosinas o confites dulces					
4.- Evito consumir leche entera o cualquier derivado de los lácteos					
5.- Evito consumir carne con grasa					
6.- Evito cocinar con manteca vegetal o animal					
7.- Evito consumir bebidas alcohólicas					
8.- Evito utilizar condimentos y salsas al cocinar					
9.- Utilizo sustituto de azúcar					
10.- Evito consumir comidas muy saladas					
11.- Equilibro mi dieta cuando consumo más de un grupo alimenticio					
12.-Consumo frutas al menos una vez al día					
13.- Consumo ocho vasos de agua diarios					
14.- Camino para sentirme mejor					
15.- Realizo algún juego con mis hijos o nietos					
16.- Consumo alimentos antes de realizar ejercicio					
17.- Tengo un horario fijo para realizar ejercicio					
18.- Sufro de menos cansancio cuando realizo alguna actividad física					
19.- Me siento menos triste o decaído cuando realizo una actividad física					
20.- Mejoro mi condición física cuando realizo alguna actividad física					
21.- Siento mejores resultados en el tratamiento después del ejercicio					
22.- Realizo paseos cortos durante el día					
23.- Mantengo un control de mi peso dentro de lo ideal para mi edad y estatura					
24.-Visit a su médico en caso de alguna complicación					
25.- Asisto puntualmente a las citas de control de diabetes					
26.- Asisto al laboratorio para realizar las pruebas respectivas					

Situación	opciones				
	0	1	2	3	4
28.- Me realizo la glucemia cuando el médico lo solicita					
29.- Recibo los medicamentos el mismo día de la cita					
30.- Tengo accesibilidad para ir a traer medicamentos al centro de salud					
31.- Existe personal capacitado en la comunidad para tomar los niveles glucemia					
32.- Existe personal capacitado que brinde atención inmediata en caso de alguna complicación relacionada con la diabetes mellitus					
33.- Mi familia conoce lo que es la diabetes mellitus					
34.- Mi familia permite que prepare mis alimentos aparte del de los demás					
35.- Mis familiares me facilitan los alimentos que necesito para la dieta especial					
36.- Mis familiares están pendientes de mis medicamentos durante el día					
37.- Mis familiares colaboran con los implementos de uso personal especiales (zapatos, limas para uñas)					
38.- Recibo estímulos verbales de parte de mis familiares para que no abandone el tratamiento					
39.- Recibo premios o recompensas de parte de mis familiares para que no abandone el tratamiento					
40.- Mis familiares me instan en la práctica de alguna actividad recreativa					
41.- Mis familiares me instan a la práctica de algún deporte					
42.- Mis familiares me ayudan en el secado de mis pies					
43.- Mis familiares están pendientes de que no pierda las citas de control de la diabetes					
44.- Mis familiares están pendientes de que el baño u otros lugares de la casa se encuentren limpios y desinfectados					
45.- Se realiza en la comunidad charlas educativas acerca de la diabetes con el fin de informar a las personas					
46.- Se organizan en grupos para la práctica de algún deporte en la comunidad donde vive					
47.- Se realizan actividades recreativas en la comunidad donde vive					
48.- La comunidad se organiza para la realización de actividades como la compra de medicamentos especiales para la diabetes					
49.- La comunidad se organiza para la realización de actividades como la compra de instrumentos de control de glucemia					
50.- Asisto a charlas brindadas por miembros del área de salud de mi comunidad					
51.- Participo en actividades deportivas organizadas en mi comunidad					
52.- Me preocupo de estar al tanto de mi cuidado personal como diabético					
53.- Después del baño seco mis pies					
54.- Asisto a algún lugar (hospital, clínica) para que me limen las uñas de manera adecuada					
55.- Me he preocupado por saber cómo debo tomar los medicamentos para la diabetes					

No. Subescalas	No. Variables	Variables
1. Apoyo Familiar	12	33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44
2 Organización y Apoyo Comunal	10	31,32,45,46,47,48,49,50,51, 54,
3 Ejercicio Físico	9	13,14,15,16,17, 20,21,22,23
4. Control Médico	7	24,25,26,27,28,29,30
5 Higiene y Autocuidado	6	9, 11,12, 52,53,55
6. Dieta	9	1,2,3,4,5,6,7,8,10
7.) Valoración de la Condición Física	2	18-19