



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE PUEBLA**

FACULTAD DE MEDICINA

TESIS DE MAESTRÍA

**“RELACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON
LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES DEL ISSSTEP, EN EL PERIODO DE AGOSTO DE 2021 A
FEBRERO DE 2022”**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

**PRESENTA:
DR. SERGIO BUSTAMANTE ESPINOZA**

**DIRECTORA EXPERTA:
DRA en C. LIS ROSALES BÁEZ
CATEDRÁTICO DE LA FACULTAD DE MEDICINA**

**CO-DIRECTOR METODOLÓGICO:
M.C. CARLOS MUÑOZ GUARNEROS
CATEDRÁTICO DE LA FACULTAD DE MEDICINA**

PUEBLA, PUEBLA, FEBRERO DE 2022

RESUMEN

Antecedentes: La diabetes mellitus tiene un impacto significativamente negativo en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes adultos mayores, ya sea directamente o por sus complicaciones. La evaluación de la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus es importante porque puede ayudar a monitorear las pautas de tratamiento para evitar consecuencias graves.

Objetivo: Determinar la relación entre apoyo social y funcionalidad familiar con las dimensiones de la calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en el Hospital de Especialidades del ISSSTEP, en el periodo de agosto de 2021 a febrero de 2022.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal en el Hospital de Especialidades del ISSSTEP, en el periodo de agosto de 2021 a febrero de 2022. Se incluyeron adultos mayores que decidieron participar de manera voluntaria, de ambos géneros, con diagnóstico confirmado de diabetes mellitus tipo 2. Se excluyeron adultos mayores que aun aceptando participar en el estudio no firmaron el consentimiento informado. Se eliminaron encuestas con datos incompletos de los instrumentos de medición. Por medio de un muestreo no probabilístico se incluyeron 69 pacientes. Se aplicó una entrevista con escalas de medición, los datos fueron procesados en el programa estadístico IBM SPSS para realizar estadística descriptiva por medio de frecuencias absolutas, porcentajes y gráficos de barras. Para la estadística inferencial, con la finalidad de cuantificar la asociación de las variables, se aplicó el estadístico chi cuadrado, con un nivel de significancia de 0.05.

Resultados: Predominó el sexo femenino (53.6%), la edad de 71 a 75 años (29.0%), estado civil de casado (73.9%), escolaridad de primaria (72.5%), tiempo de evolución 16 años y más (37.7%), el apoyo social adecuado (76.8%), disfunción familiar moderada (36.2%), calidad de vida buena (79.7%), el apoyo social tuvo correlación significativa con la funcionalidad familiar ($r=0.749$, $p=0.000$), salud general ($r= -0.272$, $p=0.024$), vitalidad ($r= -0.245$, $p=0.043$), score sumario físico ($r= -0.271$, $p=0.024$), y con la calidad de vida ($r=0.491$, $p=0.000$). La

funcionalidad familiar se correlacionó significativamente con apoyo social ($r=0.749$, $p=0.000$), rol físico ($r= -0.241$, $p=0.046$), salud general ($r= -0.395$, $p=0.001$), score sumario físico ($r= -0.393$, $p=0.001$), y calidad de vida ($r=0.564$, $p=0.000$).

Conclusiones: El apoyo social guarda una correlación significativa con la funcionalidad familiar, salud general, vitalidad, score sumario físico, y con la calidad de vida. La funcionalidad familiar se correlacionó significativamente con apoyo social, rol físico, salud general, score sumario físico, y calidad de vida.

1.- ANTECEDENTES

1.1.- ANTECEDENTES GENERALES:

La diabetes mellitus es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia resultante de defectos en la secreción, acción o ambas de la insulina. Es una de las enfermedades crónicas más comunes en casi todos los países y continúa aumentando en número e importancia, ya que el estilo de vida cambiante conduce a la inactividad física y aumenta la obesidad. Según el informe de la Federación Internacional de Diabéticos (FID), se estimó que 424.9 millones de personas en todo el mundo tenían diabetes en 2017 y se espera que superen los 628.6 millones para 2045. ⁽¹⁾

La mayoría de las personas afectadas por la diabetes tienen más de 65 años. Se proyecta que para el 2030, las personas de 65 años o más constituirán más del 20 % de la población de EE. UU., y la prevalencia de diabetes aumentará al 19.6 % en comparación con el 12.4 % en 2000 entre estas personas. Con estos cambios, la prevalencia de diabetes aumentará más en los adultos mayores (65 años o más) que en los menores de 65 años. ⁽²⁾

Los médicos a menudo confían en el control médico y el autocontrol de los propios pacientes para gestionar el control de la diabetes. Las investigaciones indican que la buena salud de los diabéticos puede no ser sostenible porque los factores psicosociales dificultan las mejores prácticas de autocontrol de la diabetes. Al investigar los factores más relevantes para el autocontrol de la diabetes mellitus tipo 2, se ha encontrado que el apoyo social puede contribuir al manejo exitoso de la enfermedad. Se ha demostrado que se relaciona positivamente con el cambio de comportamiento de salud en el manejo de enfermedades crónicas, particularmente en el campo de la diabetes. Las personas que interactuaban frecuentemente con otros diabéticos mostraban niveles más bajos de HbA1c (hemoglobina glucosilada, una medida del control glucémico) que aquellas que carecían de apoyo social. Además, las personas obtienen mejores resultados con la diabetes cuando participan en programas de educación para el autocontrol de la diabetes que combinan estrategias conductuales y psicosociales (p. ej., apoyo

social). Por lo tanto, las estrategias que promuevan el autocontrol de la diabetes deben incluir apoyo social. ⁽³⁾

La evaluación de resultados convencional para la diabetes mellitus se basa en indicadores de laboratorio, principalmente hemoglobina glicosilada (HbA1c) y complicaciones. Sin embargo, la confianza exclusiva en los resultados clínicos no refleja necesariamente la percepción del paciente sobre su salud. Los regímenes de manejo que requieren cambios en el estilo de vida y el comportamiento pueden influir en el funcionamiento diario y el bienestar general.

Por lo tanto, la calidad de vida se utiliza cada vez más como indicador de resultados junto con los biomarcadores tradicionales. Las pautas para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 enfatizan que uno de los objetivos principales es mejorar la calidad de vida. Los estudios muestran que la calidad de vida se asocia con la duración de la diabetes, la edad, el sexo, las complicaciones diabéticas, las enfermedades concomitantes y la gravedad de la enfermedad misma.

Los pacientes con diabetes, como aquellos con muchas otras enfermedades crónicas, están menos preocupados por biomarcadores clínicos como HbA1c, presión arterial o niveles de lípidos, y más preocupados por cómo la enfermedad afectará sus vidas en varios dominios. Estos dominios incluyen la función física y social, la salud emocional y mental, la carga de la enfermedad y el estigma que conlleva, y cómo el tratamiento afectará su vida diaria. ⁽⁴⁾

El diagnóstico de diabetes mellitus se refleja directamente en el contexto de la Calidad de Vida del individuo y de su grupo familiar, requiriendo apoyo efectivo en acciones que promuevan la educación en salud. ⁽⁵⁾ El diagnóstico de diabetes se ha descrito como una carga psicológica de por vida para la persona y su familia. La diabetes es una enfermedad crónica, exigente, que requiere un control diario y una estricta adherencia a la medicación, la dieta y el ejercicio. El incumplimiento de estos regímenes puede conducir a niveles de azúcar en sangre descontrolados y complicaciones como ceguera, insuficiencia renal, amputación de piernas y neuropatía. La literatura muestra que el apoyo social juega un papel fundamental en los pacientes con diabetes y puede contribuir al manejo exitoso de la

enfermedad. El apoyo social ayuda al control de la diabetes y brinda apoyo para los cambios físicos y dietéticos necesarios. El apoyo familiar ha sido identificado como la principal fuente de apoyo y juega un papel esencial en los cambios de estilo de vida y control de la diabetes. ⁽⁶⁾

Hace tiempo que se reconoce que el apoyo social para el autocontrol de la diabetes es una parte necesaria e importante del cuidado continuo de la diabetes y de vivir con esta afección crónica. El apoyo social se define ampliamente como el intercambio de recursos entre al menos dos personas con el fin de aumentar el bienestar del receptor. Los tipos de apoyo social comúnmente definidos incluyen apoyo emocional, instrumental, informativo y de evaluación. ⁽⁷⁾

Las redes sociales y un buen apoyo social se asocian con un mejor funcionamiento, menos problemas psicosociales y un mejor autocontrol de la diabetes en personas con diabetes. Se ha demostrado que el apoyo social está relacionado positivamente con el cambio de comportamiento de salud en el manejo de enfermedades crónicas, particularmente en el campo de la diabetes. ⁽⁸⁾

Los factores de automanejo y cuidado de la diabetes ocurren casi en su totalidad en el hogar de los pacientes en el contexto del entorno familiar. Por lo tanto, involucrar a la familia en las intervenciones de diabetes, la educación y las mejoras a largo plazo en el autocontrol con una descripción clara de los roles y la participación de los miembros de la familia podría tener un gran potencial para la adherencia al control de la diabetes. Sin embargo, el conocimiento teórico sobre la teoría familiar y la educación basada en la familia parece faltar entre los educadores en diabetes, lo que enfatiza la importancia de que los proveedores de atención médica y los investigadores amplíen su conocimiento sobre cómo integrar la evaluación del funcionamiento y la dinámica familiar en los estudios relacionados con la diabetes. práctica clínica con un impacto potencial en la práctica clínica con un impacto potencial en los resultados de los pacientes. ⁽⁹⁾

1.2.- ANTECEDENTES ESPECÍFICOS:

El apoyo social se refiere a la provisión de recursos de una red social: psicológicos (p. ej., expresiones de comodidad y cuidado), sociales (p. ej., actividades sociales compartidas), materiales (p. ej., apoyo financiero) o informativos (p. ej., consejos). En las personas que viven con diabetes, varios tipos de apoyo social (p. ej., consultas grupales, apoyo de pares, apoyo de familiares y amigos y grupos sociales) están asociados con un mejor conocimiento de la diabetes y conductas de autocuidado. ⁽¹⁰⁾

El apoyo social, un concepto multidimensional que hace referencia al apoyo que un paciente percibe y recibe de su red social, como familiares y amigos, suele medirse en tres dimensiones. El primero es el apoyo objetivo, también conocido como apoyo práctico o visible, que incluye la asistencia material directa de la red social de conexiones sociales estables (es decir, familiares, amigos, colegas, etc.) y conexiones inestables (es decir, grupos de apoyo informales, etc.). adelante). El segundo es el apoyo subjetivo, que se refiere a la experiencia emocional y subjetiva de ser respetado, apoyado y comprendido. La tercera dimensión es el grado de utilización del apoyo social, incluido el acceso y la aceptación de varios aspectos del apoyo y los intentos de buscar apoyo de familiares, parientes, amigos, colegas y una comunidad más amplia. ⁽¹¹⁾ La percepción de apoyo social puede verse influenciada por características sociodemográficas y socioculturales, incluida la raza y el origen étnico. ⁽¹²⁾

Mecanismos del apoyo social en la salud

Para explicar cómo las redes sociales pueden impactar en la salud se han propuesto varios mecanismos. Los miembros de la red pueden brindar apoyo informativo, práctico o emocional. Otro mecanismo se refiere al papel de las redes sociales en la navegación de los pacientes hacia los recursos (individuos, grupos, organizaciones y recursos en línea). La navegación se refiere a identificar y conectarse con los recursos existentes relevantes que están disponibles en una red, como información y soporte. Desde la perspectiva del individuo, el acceso al

apoyo social puede caracterizarse como capital social. Se puede acceder a este capital social a través de lazos débiles, por ejemplo, a través de la organización comunitaria o profesionales relevantes en la red más amplia de alguien. Otro mecanismo es el contagio: la difusión de comportamientos, conocimientos y actitudes en poblaciones influenciadas por las redes sociales. Esto se ha sugerido para explicar el impacto de estar integrado en un grupo o población, como una familia, una organización comunitaria o un vecindario. Los mecanismos psicológicos como la imitación de comportamientos exitosos, el modelado de roles, la comparación social y el intercambio de recursos pueden explicar el efecto del contagio. Además de la influencia social de los miembros de la red, también existe un mecanismo de selección: los miembros de la red se seleccionan en función de la similitud entre una persona y los miembros potenciales de la red. Ambos mecanismos (contagio y selección) dan como resultado una mayor homogeneidad en las redes y crean una interacción entre la composición y el contenido de la red. En otras palabras, las redes de apoyo social pueden influir en el contenido y la fuerza de las capacidades de autogestión, mientras que estas capacidades también pueden influir en la red de apoyo. ⁽¹³⁾

Evaluación del apoyo social

La escala del Estudio de Desenlaces Médicos de Apoyo Social (MOS). El cuestionario consta de 20 ítems. La Encuesta de apoyo social de MOS mide cuatro subescalas de apoyo social, a saber, "apoyo emocional/informativo", "apoyo tangible", "interacción social positiva" y "apoyo afectivo". Las subescalas contienen de 3 a 8 preguntas cada una. Uno de los ítems de la Encuesta de Apoyo Social MOS también indaga sobre el número de personas que el encuestado considera como fuente de apoyo. La puntuación total es un rango de 19 a 95 y luego se convierte a una puntuación de 0 a 100. La versión en inglés mostró una buena confiabilidad ($\alpha = 0.91$). ⁽¹⁴⁾

Funcionalidad familiar

El funcionamiento general de la familia se refiere al entorno social familiar, que incluye cohesión (es decir, el grado de compromiso, ayuda y apoyo que los miembros de la familia se brindan unos a otros), expresividad (es decir, el grado en que se anima a los miembros de la familia a expresar directamente sus sentimientos) y conflicto (es decir, cantidad de ira y conflicto expresados abiertamente entre los miembros de la familia). Investigaciones anteriores sugieren vínculos integrales entre estos indicadores del funcionamiento familiar y la adaptación a la diabetes, el control glucémico y la calidad de vida. ⁽¹⁵⁾

El apoyo familiar se puede realizar optimizando las funciones familiares para ayudar a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 a adaptarse y adherirse a las acciones de autocuidado a través de cuatro dimensiones, es decir, dimensión empática (emocional), dimensión de estímulo (recompensa), dimensión facilitadora (instrumental), y dimensión participativa (participación). Sin embargo, el hecho demuestra que sólo algunas familias cuentan con un apoyo efectivo en el enfrentamiento de los problemas de familiares con enfermedades crónicas. Esto está en línea con la investigación realizada por Luthfa que examinó el apoyo familiar para pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Los resultados informaron que de 56 familiares encuestados, el 32.1% tenía un apoyo alto y el 67.9% tenía un apoyo bajo. ⁽¹⁶⁾

La evidencia también sugiere que el apoyo familiar mejora el control de la diabetes en adultos mayores con problemas cognitivos. En el Estudio de salud y jubilación (HRS) de más de 1000 personas con diabetes autoinformada de 50 años o más, los encuestados en el cuartil más bajo de puntajes cognitivos con bajos niveles de apoyo social tenían niveles de hemoglobina A1c (HbA1c) significativamente más altos que los del cuartil más alto de cognición o aquellos con alto apoyo social. Es importante destacar que los niveles más altos de apoyo familiar mejoraron esta asociación entre el deterioro cognitivo y el control glucémico. ⁽¹⁷⁾

Modelo teórico

El modelo circunplejo del funcionamiento familiar describe los objetivos generales de una familia, incluido un proceso exitoso de realización de tareas, el desarrollo

de todos los miembros de la familia y la provisión de seguridad y cohesión suficiente para mantener a la familia como una unidad. La Medida de evaluación familiar (FAM) se desarrolla a partir del modelo y es un instrumento de autoinforme no específico de la enfermedad que proporciona indicadores cuantitativos de las fortalezas y debilidades del funcionamiento familiar. Éstos se expresan mediante la evaluación que hace el encuestado del proceso y la interrelación de los seis dominios de Cumplimiento de Tareas, a saber: Desempeño de roles (disposición para asumir y llevar a cabo los roles asignados) Comunicación (logro de comprensión mutua), Expresión afectiva (contenido, intensidad y momento de los sentimientos involucrados), Involucramiento (grado y calidad del cuidado mutuo de las necesidades emocionales y de seguridad y respeto de la autonomía de cada uno), Control (el proceso de influencia incluyendo la persuasión y la presión), Valores y Normas (reglas familiares y la flexibilidad para miembros de la familia para determinar sus propias actitudes y comportamiento).⁽¹⁸⁾

Evaluación de la funcionalidad familiar

El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global.⁽¹⁹⁾ La escala utiliza cinco parámetros para determinar el grado de funcionalidad familiar:

- Adaptación: capacidad del individuo para adaptarse a los cambios que puedan ocurrir en situaciones de crisis.
- Participación: actividades del individuo para formar parte de las responsabilidades y toma de decisiones, confiriéndole un cierto grado de participación a cada miembro.
- Crecimiento: adquisición de una maduración física, emocional y autorrealización de cada componente de la familia.
- Afecto: constituye la relación afectiva entre los componentes de la familia
- Recursos: determinación que un individuo realiza en cuestión de tiempo, espacio y dinero con los miembros de la familia.⁽²⁰⁾

Consta de cinco ítems tipo Likert (0 = casi nunca, 1 = algunas veces y 2 = casi siempre). Los puntos de corte son los siguientes: familia funcional: 7-10 puntos; familia con disfunción leve: 4-6 puntos; y familia disfuncional grave: 0-3 puntos. ⁽²¹⁾

Calidad de vida

La calidad de vida es una medida subjetiva ya que muchas de sus dimensiones no pueden medirse directamente porque está relacionada con el impacto percibido por las personas sobre su vida. Siempre se intenta cuantificar las consecuencias y la autopercepción de la enfermedad. Se sabe que los diabéticos tipo 2 tienen una calidad de vida más baja y más sintomatología depresiva que aquellos sin diabetes mellitus tipo 2. Esta patología se acompaña de una marcada reducción en la calidad de vida del paciente y conduce a más años de vida ajustados por discapacidad que la mayoría de las enfermedades. Los efectos de la diabetes mellitus tipo 2 incluyen daño a largo plazo, disfunción y falla de varios órganos. ⁽²²⁾

Es bien sabido que la diabetes per se provoca un grave deterioro de la calidad de vida general. Los resultados son similares en todo el mundo, variando en el grado de influencia. Lo más importante es que hay estudios que implementan la baja calidad de vida, la ansiedad y la depresión de las personas que aún no tienen un diagnóstico oficial de diabetes pero que tienen un alto riesgo de padecerla. Por lo tanto, los médicos deben saber que los pacientes de alto riesgo en un estado prediabético pueden tener una calidad de vida disminuida y depresión, una dimensión de la salud que no debe ignorarse. ⁽²³⁾

Se ha demostrado que múltiples factores modifican la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2; los factores más destacados incluyen la presencia de angustia por la diabetes, la adherencia a la medicación, la sintomatología de la depresión, la mayor duración de la diabetes, el uso de insulina, el estado civil y las comorbilidades, entre otros. ⁽²⁴⁾

El género femenino y la mayor edad se asociaron con peores puntajes compuestos físicos. La enfermedad musculoesquelética se asoció con peores puntajes compuestos mentales. Por otro lado, un mayor número de complicaciones diabéticas se asoció con peores puntajes para los puntajes

compuestos físicos y mentales. El hecho de que la mayoría de los pacientes se presenten tarde con complicaciones llama la atención para establecer políticas que ayuden a diagnosticar la diabetes mellitus antes y prevenir las complicaciones asociadas, mejorando en última instancia la calidad de vida relacionada con la salud entre los pacientes con diabetes mellitus. ⁽²⁵⁾

Medir la calidad de vida en una población es esencial para evaluar la carga de enfermedades y lesiones prevenibles y proporcionar percepciones valiosas sobre las relaciones entre la calidad de vida y los factores de riesgo. También ayuda a identificar subgrupos con un bienestar percibido comparativamente pobre y permite medidas directas para mejorar sus resultados y evitar consecuencias más graves. La principal razón para usar intervenciones de calidad de vida es asegurar que las decisiones y evaluaciones de atención se concentren en el paciente y no en la enfermedad. En la práctica clínica, las medidas de calidad de vida se pueden usar junto con algunos tipos de evaluación para brindar información valiosa que puede identificar áreas que influyen en un individuo y ayudar al médico a tomar las mejores decisiones de atención médica. ⁽²⁶⁾

Muchos instrumentos que se utilizan para la evaluación de la calidad de vida en pacientes diabéticos adultos están desarrollados para uso general con diferentes tipos de pacientes y pueden no ser adecuados para evaluar las necesidades y experiencias específicas de los pacientes diabéticos. Una revisión previa de la literatura de Speight et al. clasifica las escalas “específicas” y “genéricas”: las medidas “genéricas”, como SF-12 o EQ-3D, son métodos generalizados para medir algunos aspectos de la calidad de vida en diferentes poblaciones: permiten una evaluación confiable y son las medidas de elección con fines científicos y clínicos cuando se pretende comparar diferentes poblaciones. No obstante, dada su naturaleza, pueden sufrir limitaciones en su capacidad para evaluar aspectos críticos relacionados con cuestiones específicas de la diabetes. Las medidas específicas, por otro lado, que se desarrollan dentro de un marco que comprende las especificidades de una determinada enfermedad, son más adecuadas para abordar los aspectos específicos, las cargas y el impacto que tiene una

determinada enfermedad en el estilo de vida y la calidad de vida de una persona.

(27)

Instrumentos para la evaluación de la calidad de vida

Si bien ha habido un aumento en el uso de medidas de resultado para evaluar la calidad de vida, no hay consenso con respecto a las herramientas más apropiadas para usar. Es importante identificar dichas herramientas en el marco de la práctica clínica diaria. Las herramientas que se han utilizado previamente en estudios que evalúan la diabetes y la calidad de vida varían en términos de validez, confiabilidad, capacidad de respuesta y viabilidad. Sería útil estandarizar el proceso de notificación para permitir que los médicos tomen decisiones de tratamiento informadas. (28)

La encuesta de calidad de vida relacionada con la salud Short Form-36 versión 2 (SF-36v2) es un instrumento bien establecido de 36 ítems que se ha utilizado en muchos estudios clínicos y epidemiológicos para evaluar la calidad de vida de los sujetos en general. el mundo. Aunque consta de solo 36 ítems que pueden completarse en 5 a 10 minutos, en ciertos estudios podría considerarse demasiado largo. La encuesta de salud SF-12 versión 2 (SF-12v2) se desarrolló en los Estados Unidos como una alternativa más corta al SF-36v2. Representa un subconjunto de elementos del SF-36v2 que captura adecuadamente la variación en la calidad de vida medida por el SF-36v2 y puede usarse en estudios a gran escala donde los investigadores están interesados en la salud estados que pueden tener diferentes efectos en los resultados generales de salud física y mental. (29)

El SF-12v2 es una versión abreviada del SF-36. Similar al SF-36, consta de ítems que evalúan ocho subescalas pertenecientes a la calidad de vida, a saber, limitaciones de rol por restricciones físicas (RP), funcionamiento físico (PF), dolor corporal (BP), salud general comparada con otras (GH), vitalidad (VT), funcionamiento social (SF), limitaciones de rol debido a problemas emocionales (RE) y salud mental (MH). Las respuestas a las preguntas sobre GH, BP y MH se codificaron de forma inversa para corresponder con la dirección de las

puntuaciones de resumen. Las puntuaciones de los elementos de PF, RP, RE y MH se combinaron y transformaron en una puntuación Z (rango de 0 a 100) para crear escalas respectivas utilizando métodos de estudios previos. El score sumario físico (PCS12) se calculó combinando y normalizando las escalas RP, GH, BP y PF, mientras que el score sumario mental (MCS12) se calculó combinando y normalizando las escalas RE, MH, RE, SF y VT. Las puntuaciones resumidas normalizadas se generan a partir de los elementos de cada componente. Los puntajes van de 0 a 100, donde los puntajes más altos indican una mejor salud. ⁽³⁰⁾

Estudios previos

El estudio de Azmoude et al. informó una relación negativa significativa entre la función familiar y la calidad de vida en mujeres diabéticas y no diabéticas. Esto significa que, el buen funcionamiento familiar se asocia con resultados positivos para la calidad de vida. Por el contrario, la disfunción familiar seguirá a una mala calidad de vida. La no satisfacción de las necesidades de los miembros de la familia en diversos campos, podría llevar a afectar la salud física, emocional y social. Se han realizado pocos estudios sobre la relación entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas, pero en general, la evidencia indica que el buen funcionamiento y el adecuado apoyo de las familias provoca una mejor recuperación y pocas complicaciones de los pacientes diabéticos. ⁽³¹⁾

De acuerdo a Jia et al. los adultos que han experimentado un entorno familiar desfavorable pueden tener poca resiliencia mental. Esta influencia negativa continúa funcionando en su vida posterior y disminuiría su calidad de vida, especialmente bajo cierta adversidad o estrés, como tener diabetes. ⁽³²⁾

Los resultados de Amelia et al. indican una relación entre el apoyo familiar y la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. La familia es la principal fuente de apoyo. El apoyo brindado se ve desde 4 dimensiones, a saber, la dimensión emocional, las dimensiones de apreciación, la dimensión instrumental y la dimensión de información. Los pacientes que se encuentran en el entorno familiar y prestan atención a los familiares podrán sentirse seguros y confortados

que motivarán a realizar el autocuidado. Los sentimientos de comodidad y seguridad que surgen en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 aparecerán debido al apoyo emocional, de recompensa, instrumental e informativo de la familia. Esta condición evitará la aparición de estrés y reducirá la ansiedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. ⁽³³⁾

El mayor valor de relación lo mostró el estudio de Antari et al. que afirmaron que existe una relación significativa entre el apoyo familiar y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (p-valor = 0.000). Mientras que los resultados de la investigación de Yusra establecieron que existía una relación entre el apoyo familiar y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (valor p = 0.001, r = 0.703). ⁽³⁴⁾

2.- JUSTIFICACIÓN

Como sabemos, la diabetes mellitus es una enfermedad crónica degenerativa con gran impacto en la salud pública; considerada como una patología que día a día va en aumento, relacionada con el síndrome metabólico y de alguna u otra manera ha afectado de manera negativa la funcionalidad familiar, así como la calidad de vida, sin embargo no se ha estudiado la correlación de la calidad de vida, apoyo social y funcionamiento familiar en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, por lo que se realiza este tipo de estudio de investigación para resolver dicha interrogante.

Es fundamental implementar estrategias que disminuyan los costos en la atención de los pacientes diabéticos, que los fines económicos sean destinados y ocupados de manera adecuada, además crear pautas económicas que beneficien en primera instancia al paciente y a los diversos sistemas de salud.

Considerando las estimaciones hechas para México sobre el costo anual de la atención de la diabetes, que sitúa el costo de atención por parte de los proveedores, en 907 dólares por persona por año, para 2016 se requirieron 3 872 millones de dólares para el manejo de la diabetes en México.

El apoyo social y funcionalidad familiar con las dimensiones de la calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 tiene su fundamento en un marco biopsicológico, socio-económico y cultural, teniendo en cuenta valores positivos y negativos que afecta la vida, la función social y la percepción de los seres humanos.

El presente estudio de investigación nos permitirá explicar la magnitud de la enfermedad y por su puesto la implicación en el aspecto socio-cultural, ya que se establecerán estrategias de índole preventiva, con enfoque en el aspecto de la calidad de vida y funcionamiento familiar.

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 requieren una mayor atención y cuidado para mantener controlados sus niveles de glicemia y por ende disminuir en gran medida las complicaciones ocasionadas por esta enfermedad, por ello la familia ocupa un lugar fundamental para lograr este objetivo, ya que ésta es una unidad con estructura y organización que interactúa con el medio ambiente y brinda apoyo importante para mantener y mejorar la salud y por ende la calidad de vida de la persona que la integra. Además, es un recurso de apoyo básico para el adulto mayor debido a que con la prolongación de la vida se crean nuevos roles entre los miembros de la familia; en este caso el adulto mayor participa y se relaciona con los integrantes estableciendo nuevos roles para atender las necesidades que el adulto mayor requiera ante el proceso de envejecimiento de tal manera que se mantenga o mejore la calidad de vida.

En personas con diabetes la familia ha sido estudiada escasamente desde el punto de vista de la funcionalidad familiar en el adulto mayor. Por otro lado, algunos estudios reportan que la calidad de vida oscila entre mala y regular y que el deterioro de la calidad de vida se presenta cuando las condiciones de funcionalidad y autonomía, limitan la realización de actividades de la vida diaria y se agravan cuando se tiene depresión, ansiedad o se sienten maltratados por sus familiares. Es importante ya que la funcionalidad familiar puede afectar la calidad de vida de las personas con diabetes mellitus tipo 2 por las características propias de cada familia y el apoyo que los integrantes brinden a las personas que padecen esta enfermedad.

Pregunta:

¿Existirá relación entre apoyo social y funcionalidad familiar con las dimensiones de la calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en el Hospital de Especialidades del ISSSTEP, en el periodo de agosto de 2021 a febrero de 2022?

4.- HIPOTESIS CIENTÍFICA

HIPÓTESIS DE TRABAJO O DE ESTUDIO (HA):

“Existe relación entre apoyo social y funcionalidad familiar con las dimensiones de la calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en el Hospital de Especialidades del ISSSTEP”

HIPÓTESIS NULA (H0):

“No existe relación entre apoyo social y funcionalidad familiar con las dimensiones de la calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en el Hospital de Especialidades del ISSSTEP”

5.- OBJETIVOS

5.1.- OBJETIVO GENERAL:

Determinar la relación entre apoyo social y funcionalidad familiar con las dimensiones de la calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en el Hospital de Especialidades del ISSSTEP, en el periodo de agosto de 2021 a febrero de 2022.

5.2.- OBJETIVOS PARTICULARES:

Describir las siguientes variables sociodemográficas:

Tiempo de evolución de la diabetes mellitus tipo 2.

Sexo.

Edad.

Estado civil.

Describir el apoyo social en los adultos mayores en estudio.

Describir la funcionalidad familiar en los adultos mayores en estudio.

Evaluar las dimensiones de la calidad de vida SF-12v2.

Asociar el apoyo social y la funcionalidad familiar con las dimensiones de la calidad de vida SF-12 v2.

6.- MATERIAL Y MÉTODOS

6.1. TIPO DE ESTUDIO: descriptivo analítico.

6.1.1.- CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO:

Por la intervención de la tesista: el estudio es observacional.

Por el propósito del estudio: el estudio es de asociación de variables.

Por el tiempo o planificación de la toma de datos: el estudio es prospectivo.

Por el número de veces en que mide la variable de estudio: el estudio es transversal.

Por el número de lugares o centros donde se recolectan la muestra: el estudio es unicéntrico.

Por el número de muestras o poblaciones: el estudio es homodémico o de una sola muestra.

6.2. UBICACIÓN ESPACIO-TEMPORAL:

Espacio: el presente trabajo de investigación se llevará a cabo en el Hospital de Especialidades del ISSSTEP.

Tiempo: de agosto de 2021 a febrero de 2022.

6.3. ESTRATEGIA DE TRABAJO:

Luego de ser evaluado y aceptado el presente protocolo por el centro de salud sede del mismo se realizó la siguiente estrategia de trabajo:

1. Se identificaron a todos los pacientes adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y de ellos se obtuvo la muestra para el estudio de acuerdo a los criterios de inclusión, exclusión y eliminación.
2. A través de la hoja de recolección de datos y del interrogatorio a pacientes adultos mayores que conformaron el marco muestral se obtuvieron los datos de las variables de interés.
3. Los datos recolectados de los instrumentos de medición se vaciaron en una hoja de Excel para posteriormente pasar a una matriz de datos en el paquete estadístico SPSS versión 25 de IBM.

4. Se realizó la elaboración del reporte final con los resultados obtenidos, discusión y conclusiones.

8.4. MUESTREO:

8.4.1. DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN.

La unidad de población del presente estudio estuvo conformada con cada paciente adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2.

8.4.2. SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

Se seleccionó de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

8.4.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO.

8.4.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Adultos mayores que decidieron participar en el estudio de manera voluntaria.

Adultos mayores de ambos géneros.

Adultos mayores con diagnóstico confirmado de diabetes mellitus tipo 2.

8.4.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Adultos mayores que aun aceptando participar en el estudio no firmaron el consentimiento informado.

6.4.3.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Encuestas con datos incompletos de los instrumentos de medición.

6.4.4. DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO.

El muestreo fue no probabilístico, los pacientes fueron captados uno tras otro sin ceguedad. El tamaño de la muestra fue de 69 pacientes.

6.5.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo de variable y escala | Indicadores |
|------------------------|---|---|--|--|
| Diabetes Mellitus | Es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce | Diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 a través de estudios de hemoglobina glicosilada (HbA1c) | Variab le numérica o cuantitativa y se medirá en escala de razón | Normal: nivel de HbA1c es menor al 5,7%. Prediabetes: entre 5,7 a 6,4%. Diabetes: por encima del 6,5%. |
| Edad | Número de años que el paciente refiere haber cumplido desde su nacimiento hasta el día en que se diagnosticó con Tuberculosis | Se considerará como los años registrados por el adulto mayor al momento del examen médico | Es una variable numérica y se medirá en escala de razón | En años cumplidos |
| Sexo | Características fenotípicas del individuo que lo identifican como hombre o mujer | Sexo reportado por los adultos mayores al momento de la entrevista | Es una variable categórica o cualitativa y se medirá en escala nominal | Masculino/femenino |
| Estado civil | Es una condición particular que caracteriza a una persona sobre sus vínculos de unión con personas de otro sexo o de su mismo sexo. | El estado civil reportado por los adultos mayores al momento de la entrevista | Es una variable categórica o cualitativa y se medirá en escala nominal | Solteros, casados, divorciados, unión libre, viudos |
| Tiempo de evolución de | Tiempo transcurrido en años | Años registrados por el adulto mayor al | Es una variable numérica o | En años cumplidos |

| | | | | |
|-----------------------------------|---|---|--|--|
| la diabetes mellitus tipo 2 | a partir de la fecha del diagnóstico de la enfermedad. | momento del examen médico | cuantitativa y se medirá en escala de razón | |
| Apoyo social | Son las relaciones sociales o número de personas a las que puede recurrir el individuo para recibir ayuda emocional, o económica (por ejemplo familia, amigos) | Resultados de las puntuaciones de la aplicación de la escala MOS | Es una variable categórica o cualitativa y se medirá en escala nominal | Apoyo emocional. Ayuda material. Relaciones sociales de ocio y distracción. Apoyo afectivo. |
| Funcionalidad familiar | Conjunto de fenómenos, que se presentan en el núcleo familiar en los que la adaptación, la participación, el afecto y los recursos, son adecuados para resolver adversidades | Resultados que resulten al aplicar la encuesta de APGAR familiar | Es una variable categórica o cualitativa y se medirá en escala nominal | Familia muy funcional. Familia. Moderadamente disfuncional. Familia con grave disfunción. |
| Dimensiones de la calidad de vida | El SF-12v2 incluye 8 dimensiones que miden conceptos de salud, como la función física (grado que la salud limita las actividades físicas), función social (grado de salud física y emocional que afectan la vida social habitual), rol físico (grado donde la salud | Resultados de las puntuaciones (SF-12v2) de las dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud mental, salud general, vitalidad, función social y rol emocional | Es una variable categórica o cualitativa y se medirá en escala nominal | Puntuaciones por encima o por debajo de 50 significan, respectivamente, tener mejor o peor calidad de vida |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | física interfiere en el trabajo y las actividades diarias), rol emocional (grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias), salud mental (salud mental general), vitalidad (sentimiento de energía y vitalidad), dolor corporal (intensidad del dolor) y salud general (valoración personal de la salud) | | | |
|--|--|--|--|--|

6.6.- MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se encuentra en el apartado ANEXOS.

6.7. TÉCNICA Y PROCEDIMIENTOS

Técnicas y procedimientos para recolectar la información:

Se empleó una matriz de datos en Excel como instrumento de recolección y consolidación de información de los datos provenientes de los instrumentos de medición, apoyo social, funcionalidad familiar y las dimensiones de la calidad de vida, ya anotados en los objetivos del presente estudio.

Se utilizó el método de homogenización que consiste en obtener un banco de datos preliminar computarizados que contuvieron de forma separada toda la información original de las variables en estudio, a partir de la cual se realizaron las depuraciones y re-categorizaciones. Para estos fines se utilizaron también los listados de las variables y sus categorías. Una vez que se homogeneizaron los datos se obtuvo el banco de dichos datos definitivo con la información requerida para satisfacer los objetivos de este trabajo.

Técnicas y procedimientos para el análisis de la información:

Los datos fueron digitados a una base de datos creada en Excel 2010 para Windows 10 con las variables definidas. Posteriormente los datos se procesaron empleando el paquete estadístico Statistical Package of Social Sciences (SPSS) versión 25 de IBM para Windows.

6.8. ANÁLISIS DE DATOS:

Se aplicó estadística descriptiva y estadística inferencial. Para estadística descriptiva, se presentaron frecuencias absolutas, porcentajes y gráficos de barras.

Para la estadística inferencial, con la finalidad de cuantificar la asociación de las variables, se aplicó el estadístico chi cuadrado, la cual se calculó en función de un nivel de significancia de 0.05, y un intervalo de confianza del 95%, por medio del programa SPSS 25 (Statistical Package for the Social Sciences).

7. BIOÉTICA

En el estudio se respetaron los aspectos bioéticos, además de la firma del consentimiento informado se respetó el anonimato, no se divulgó la información además de:

Beneficencia: Es la acción y efecto de hacer el bien a los demás el cual permitirá identificar y definir la asociación de la calidad de vida con el deterioro cognitivo y la depresión de los adultos mayores.

No maleficencia: Se actuará evitando cualquier daño físico, mental y/o moral respetando a todo adulto mayor encuestado.

Autonomía: Todos los adultos mayores decidirán si desean formar parte del estudio después de haber recibido la información necesaria.

Justicia: A Todos los adultos mayores se les considerará por igual, sin diferencia de raza, creencia y condición social.

Se tuvo confidencialidad en el manejo de los datos y se respetaron los principios establecidos por la Ley General de Salud.

La investigación se ajustó a los lineamientos de la ley general de salud de México, promulgada en 1986, y las convenciones de Helsinki y Tokio respecto a la confidencialidad de los participantes en el estudio. Se firmó la hoja del consentimiento informado.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y Fecha: _____

Por medio del presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

“Relación entre apoyo social y funcionalidad familiar con las dimensiones de la calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en el Hospital de Especialidades del ISSSTEP, en el periodo de agosto de 2021 a febrero de 2022”

El objetivo del estudio es:

Determinar la relación entre apoyo social y funcionalidad familiar con las dimensiones de la calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus

tipo 2, atendidos en el Hospital de Especialidades del ISSSTEP, en el periodo de agosto de 2021 a febrero de 2022.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en aceptar que me aplique los cuestionarios de calidad de vida, apoyo social y funcionalidad familiar.

Declaro que se me ha informado sobre los posibles riesgos, inconveniente, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

El tesista responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier pregunta y aclarar cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

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

El investigador responsable me ha dado la seguridad de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Si fuera necesario para beneficio de los pacientes se les canalizará con un profesional de la salud para su atención de acuerdo al tipo de padecimiento del adulto mayor.

Nombre y firma del paciente:

.....

Nombre, firma y matricula del investigador responsable:

.....

Testigos:

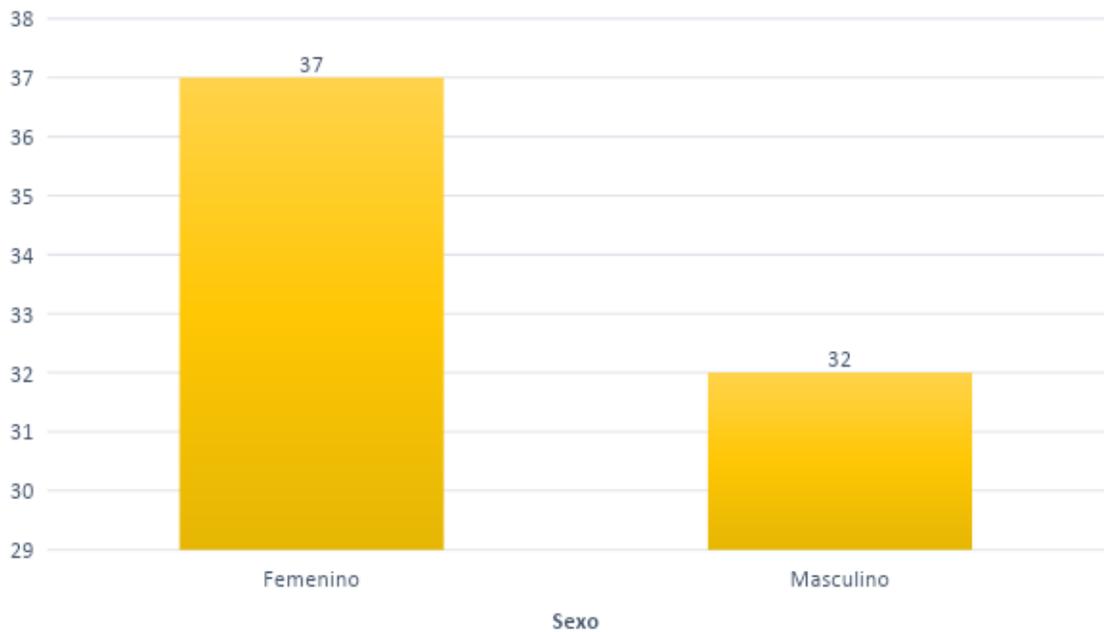
.....

8. RESULTADOS

Cuadro 1: Distribución por sexo

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| Femenino | 37 | 53.6 |
| Masculino | 32 | 46.4 |
| Total | 69 | 100.0 |

Gráfica 1: Distribución por sexo

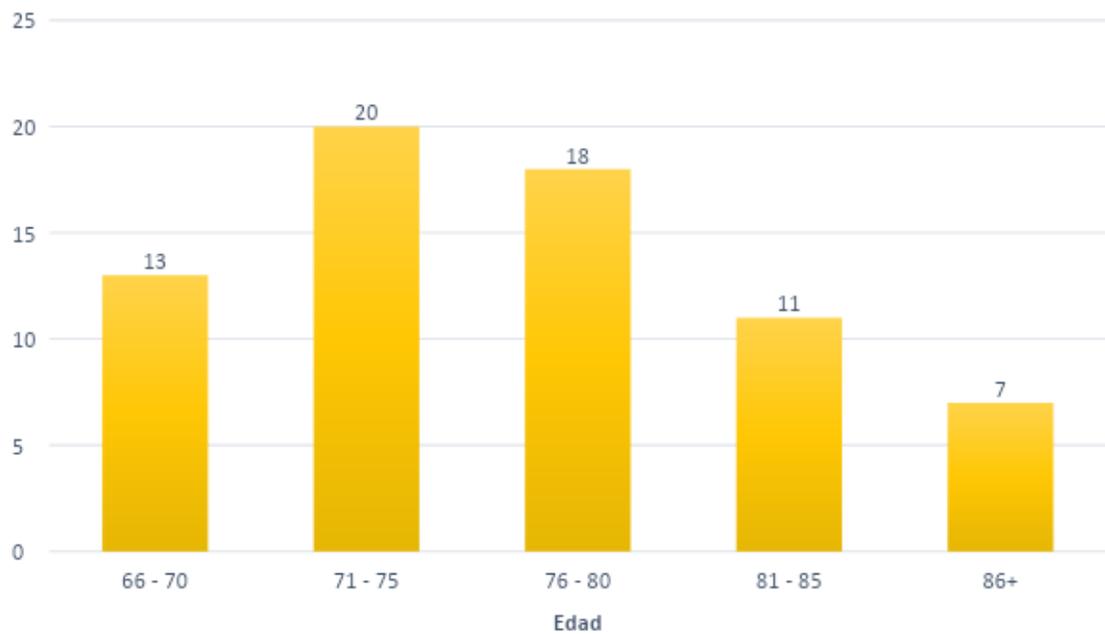


El sexo más frecuente fue el femenino representando el 53.6%, mientras que el masculino representó el 46.4%

Cuadro 2: Distribución por edad

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---------|------------|------------|
| 66 - 70 | 13 | 18.8 |
| 71 - 75 | 20 | 29.0 |
| 76 - 80 | 18 | 26.1 |
| 81 - 85 | 11 | 15.9 |
| 86+ | 7 | 10.1 |
| Total | 69 | 100.0 |

Gráfica 2: Distribución por edad

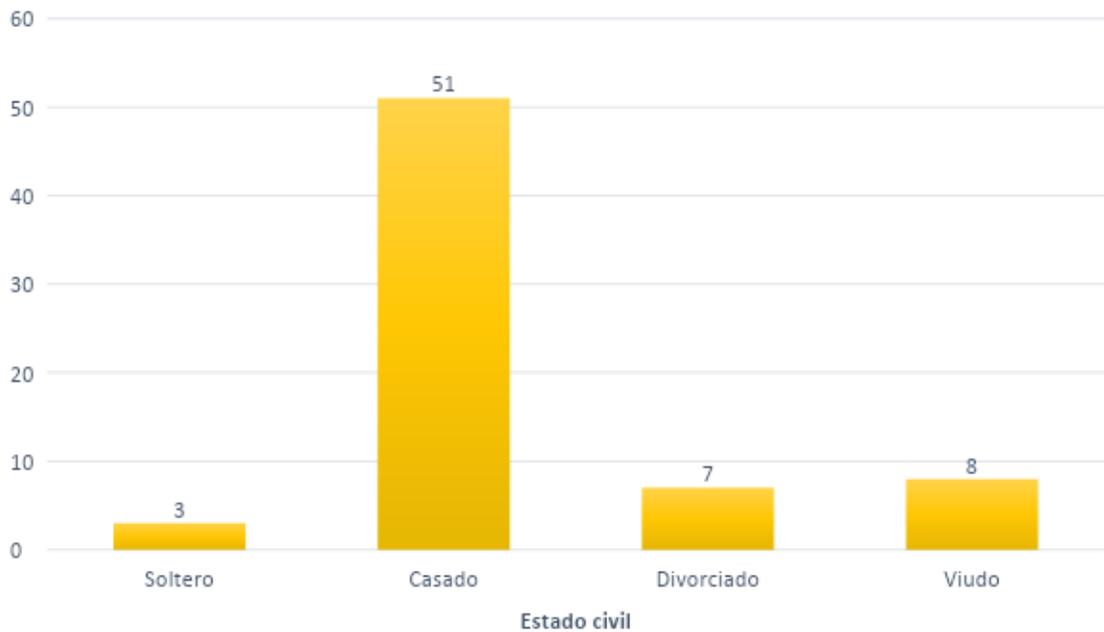


La edad predominante fue 71 a 75 años con el 29.0%, seguido de 76 a 80 años con el 26.1%, 66 a 70 con el 18.8%, 81 a 85 años con el 15.9%, y por último 86 años y más con el 10.1%.

Cuadro 3: Distribución por estado civil

| | Frecuencia | Porcentaje |
|------------|------------|------------|
| Soltero | 3 | 4.3 |
| Casado | 51 | 73.9 |
| Divorciado | 7 | 10.1 |
| Viudo | 8 | 11.6 |
| Total | 69 | 100.0 |

Gráfica 3: Distribución por estado civil

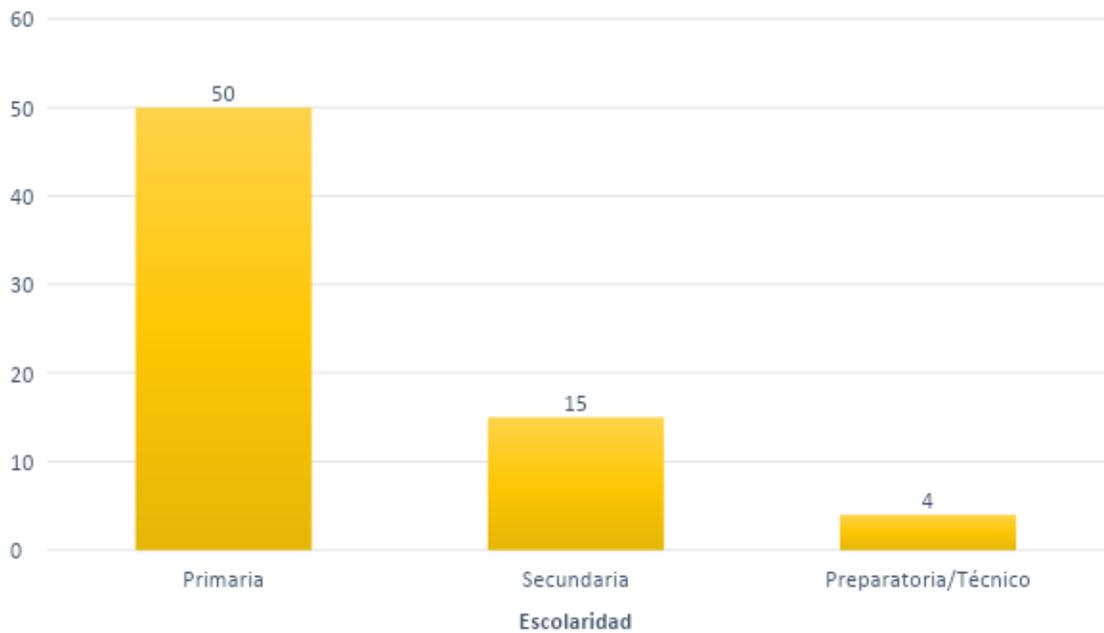


El estado civil más prevalente fue casado con el 73.9%, seguido de viudo con el 11.6%, divorciado con el 10.1% y por último soltero con el 4.3%.

Cuadro 4: Distribución por escolaridad

| | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------|------------|------------|
| Primaria | 50 | 72.5 |
| Secundaria | 15 | 21.7 |
| Preparatoria/Técnico | 4 | 5.8 |
| Total | 69 | 100.0 |

Gráfica 4: Distribución por escolaridad

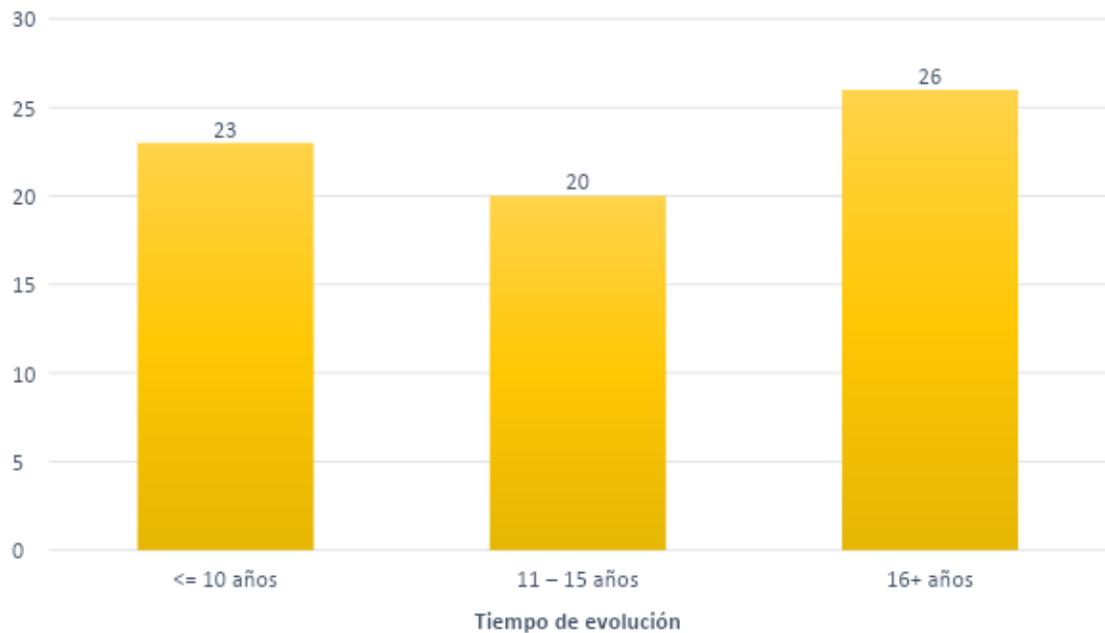


La escolaridad más frecuente fue primaria con el 72.5%, seguido de secundaria con el 21.7% y por último preparatoria/técnico con el 5.8%.

Cuadro 5: Distribución por tiempo de evolución

| | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| <= 10 años | 23 | 33.3 |
| 11 – 15 años | 20 | 29.0 |
| 16+ años | 26 | 37.7 |
| Total | 69 | 100.0 |

Gráfica 5: Distribución por tiempo de evolución



El tiempo de evolución predominante fue 16 años y más con el 37.7%, seguido de menor o igual a 10 años con el 33.3%, y por último 11 a 15 años con el 29.0%.

Cuadro 6: Estadísticos descriptivos de la Escala MOS

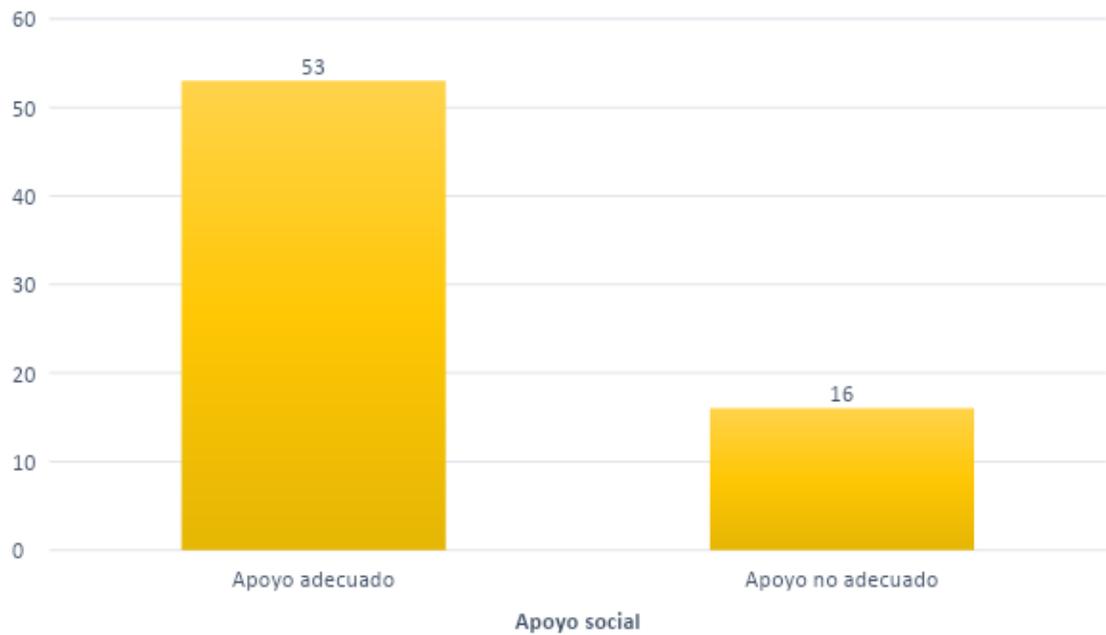
| | N | Mínimo | Máximo | Media | Desviación estándar |
|--------------------------------|----|--------|--------|-------|---------------------|
| Puntaje de apoyo emocional | 69 | 8 | 40 | 29.19 | 8.17 |
| Puntaje de ayuda material | 69 | 5 | 20 | 13.19 | 3.79 |
| Puntaje de relaciones sociales | 69 | 4 | 20 | 14.65 | 4.05 |
| Puntaje de apoyo afectivo | 69 | 3 | 15 | 11.46 | 2.85 |
| Puntaje total MOS | 69 | 32 | 92 | 68.49 | 14.97 |

Los puntajes de las subescalas del cuestionario MOS se presentaron en forma descendiente: Apoyo emocional (29.19 ± 8.17), seguido de Relaciones sociales (14.65 ± 4.05), Ayuda material (13.19 ± 3.79), y Apoyo afectivo (11.46 ± 2.85). el puntaje total de la escala MOS tuvo una media de 68.49 ± 14.97 .

Cuadro 7: Distribución por apoyo social

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------|------------|------------|
| Apoyo adecuado | 53 | 76.8 |
| Apoyo no adecuado | 16 | 23.2 |
| Total | 69 | 100.0 |

Gráfica 6: Distribución por apoyo social

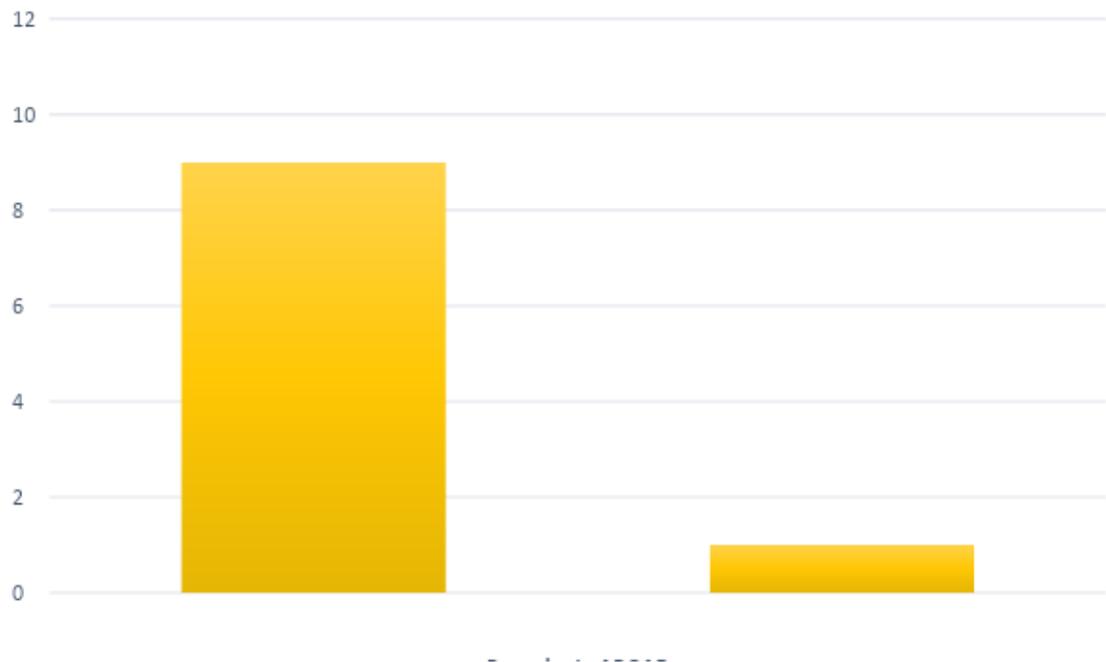


El apoyo social mayormente fue percibido como Adecuado en el 76.8%, mientras que fue No adecuado en el 23.2%.

Cuadro 8: Estadísticos descriptivos de APGAR familiar

| | N | Mínimo | Máximo | Media | Desviación estándar |
|---------------------------|----|--------|--------|-------|---------------------|
| Puntaje de APGAR familiar | 69 | 0 | 10 | 5.52 | 2.78 |

Gráfica 7: Estadísticos descriptivos de APGAR familiar

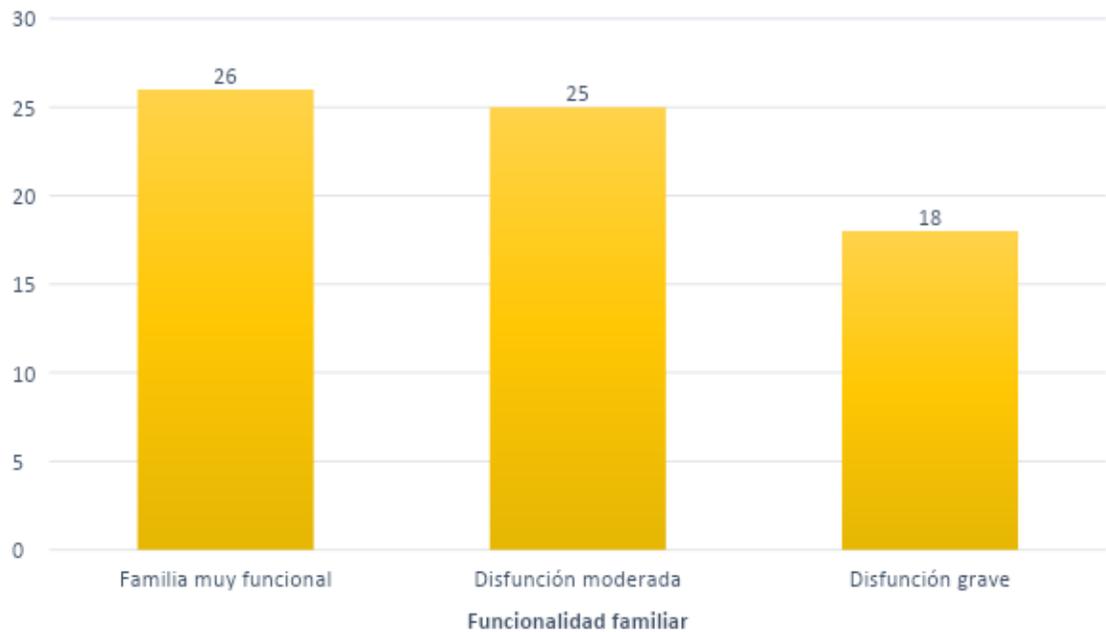


El puntaje del APGAR familiar tuvo una media de 5.52 ± 2.78 .

Cuadro 9: Distribución por funcionalidad familiar

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|------------|------------|
| Familia muy funcional | 26 | 37.7 |
| Disfunción moderada | 25 | 36.2 |
| Disfunción grave | 18 | 26.1 |
| Total | 69 | 100.0 |

Gráfica 8: Distribución por funcionalidad familiar



La funcionalidad familiar más prevalente fue Disfunción moderada con el 36.2%, seguido de Familia muy funcional con el 37.7%, y por último Disfunción grave con el 26.1%.

Cuadro 10: Estadísticos descriptivos de SF-12

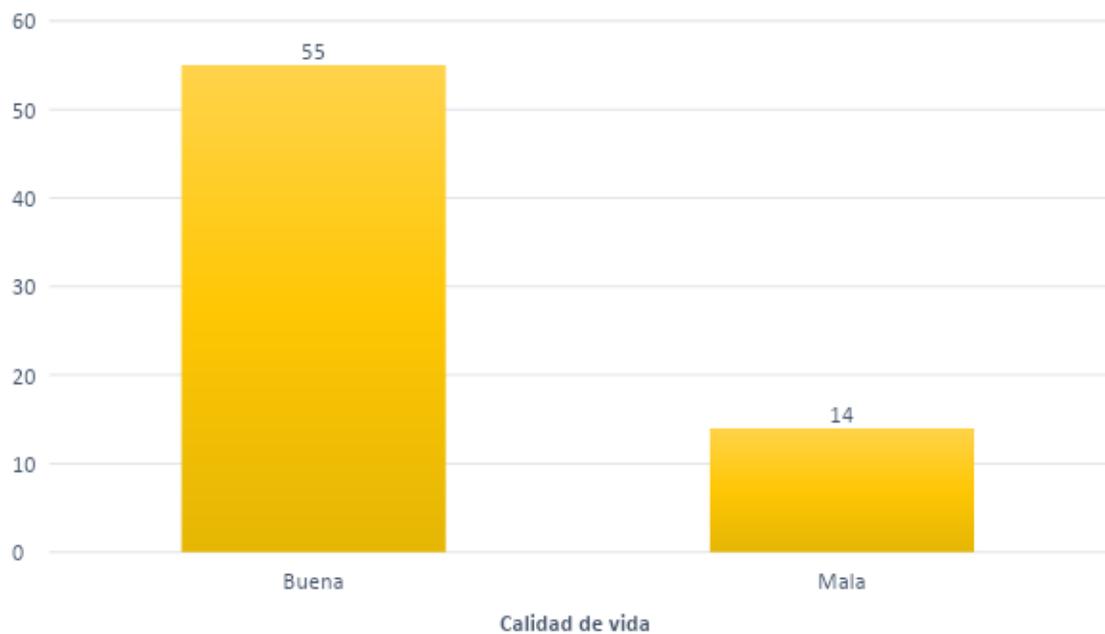
| | N | Mínimo | Máximo | Media | Desviación estándar |
|----------------------|----|--------|--------|-------|---------------------|
| Función física | 69 | 30.17 | 77.26 | 53.60 | 12.68 |
| Rol físico | 69 | 31.24 | 75.62 | 52.54 | 11.81 |
| Dolor corporal | 69 | 31.13 | 77.57 | 55.21 | 13.50 |
| Salud general | 69 | 32.69 | 77.95 | 55.75 | 11.86 |
| Vitalidad | 69 | 31.77 | 77.75 | 52.79 | 13.57 |
| Función social | 69 | 30.04 | 77.46 | 54.63 | 13.91 |
| Rol emocional | 69 | 30.04 | 77.60 | 54.58 | 14.63 |
| Salud mental | 69 | 30.73 | 77.93 | 54.60 | 15.50 |
| Score sumario físico | 69 | 41.89 | 67.58 | 54.28 | 6.18 |
| Score sumario mental | 69 | 34.23 | 71.89 | 54.15 | 7.08 |
| Puntaje total SF-12 | 69 | 43.40 | 68.69 | 54.22 | 4.96 |

Las esferas del SF-12 presentaron puntajes medios en orden descendiente: salud general (55.75 ± 11.86), dolor corporal (55.21 ± 13.5), función social (54.63 ± 13.91), salud mental (54.6 ± 15.5), rol emocional (54.58 ± 14.63), función física (53.6 ± 12.68), vitalidad (52.79 ± 13.57) y rol físico (52.54 ± 11.81). El score sumario con la mayor puntuación media fue el sumario físico (54.28 ± 6.18) seguido del sumario mental (54.15 ± 7.08). El puntaje total tuvo una media de 54.22 ± 4.96 .

Cuadro 11: Distribución por calidad de vida

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Buena | 55 | 79.7 |
| Mala | 14 | 20.3 |
| Total | 69 | 100.0 |

Gráfica 9: Distribución por calidad de vida



La calidad de vida más frecuente fue buena con el 79.7%, mientras que fue mala en el 20.3%.

Cuadro 12: Correlaciones de apoyo social, funcionalidad familiar y calidad de vida

| | | Apoyo social | Funcionalidad familiar | Función física | Rol físico | Dolor corporal | Salud general | Vitalidad | Función social | Rol emocional | Salud mental | Score sumario físico | Score sumario mental | Calidad de vida |
|------------------------|----------------------------|--------------|------------------------|----------------|------------|----------------|---------------|-----------|----------------|---------------|--------------|----------------------|----------------------|-----------------|
| Apoyo social | Coeficiente de correlación | 1.000 | 0.749** | -0.138 | -0.195 | 0.014 | -0.272* | -0.245* | -0.091 | -0.071 | -0.102 | -0.271* | -0.222 | 0.491** |
| | Sig. (bilateral) | . | 0.000 | 0.258 | 0.109 | 0.910 | 0.024 | 0.043 | 0.455 | 0.564 | 0.406 | 0.024 | 0.066 | 0.000 |
| Funcionalidad familiar | Coeficiente de correlación | 0.749** | 1.000 | -0.133 | -0.241* | -0.021 | -0.395** | -0.214 | -0.199 | -0.058 | -0.078 | -0.393** | -0.242* | 0.564** |
| | Sig. (bilateral) | 0.000 | . | 0.276 | 0.046 | 0.867 | 0.001 | 0.077 | 0.101 | 0.633 | 0.524 | 0.001 | 0.046 | 0.000 |

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

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

El apoyo social guarda una correlación significativa con la funcionalidad familiar ($r=0.749$, $p=0.000$), salud general ($r= -0.272$, $p=0.024$), vitalidad ($r= -0.245$, $p=0.043$), score sumario físico ($r= -0.271$, $p=0.024$), y con la calidad de vida ($r=0.491$, $p=0.000$). La funcionalidad familiar se correlacionó significativamente con apoyo social ($r=0.749$, $p=0.000$), rol físico ($r= -0.241$, $p=0.046$), salud general ($r= -0.395$, $p=0.001$), score sumario físico ($r= -0.393$, $p=0.001$), y calidad de vida ($r=0.564$, $p=0.000$).

9. DISCUSIÓN

El presente estudio encontró que la mayoría de pacientes fueron casados, lo que refuerza el concepto referido por Mendoza et al. donde los familiares, amigos, grupos comunitarios de autoayuda y programas institucionales del Estado conforman las redes de apoyo social. Se ha demostrado que el apoyo familiar influye significativamente en la salud y el bienestar de las personas. Igualmente, familiares y amigos brindan apoyo emocional y material y comparten conocimientos para el bienestar y la salud. ⁽³⁵⁾

Estudios anteriores han demostrado que el apoyo conyugal es el tipo de apoyo más importante para los pacientes de edad avanzada con enfermedades crónicas, incluida la diabetes. Además, los estudios han encontrado que la presencia de apoyo social en forma de familia, amigos y organizaciones juega un papel importante en la prestación de apoyo emocional y asistencia en el autocuidado. Por lo tanto, la disponibilidad de apoyo social puede afectar directamente la habilidad y la capacidad de un paciente adulto mayor para adaptarse a cambios asociados tanto al envejecimiento como a la presencia de enfermedades crónicas como la diabetes. Esto, a su vez, ayudaría a estos pacientes a adoptar estilos de vida más saludables para mejorar el control metabólico y minimizar la incidencia de complicaciones de la diabetes. ⁽³⁶⁾

En el presente estudio, el puntaje total de la escala MOS tuvo una media de 68.49 ± 14.97 , lo que resultó claramente inferior al descrito por Souza et al., quien halló que el puntaje medio de la Escala MOS fue de 81.5 ± 17.9 . ⁽³⁷⁾

La funcionalidad familiar más prevalente fue Disfunción moderada con el 36.2%, seguido de Familia muy funcional con el 37.7%, y por último Disfunción grave con el 26.1%. Lo que resulta discordante a la descripción de Lu et al. quien reportó que el puntaje de APGAR de 337 (71.1%) adultos mayores fue normal, mientras que 82 (17.3%) 287 participantes tenían disfunciones familiares

moderadas y 55 (11.6%) participantes tenían 288 disfunciones familiares graves. ⁽³⁸⁾ Sin embargo, Lagos et al. de manera similar al presente estudio, encontró que el 54% de pacientes conforma familias moderadamente disfuncionales y el 7% a familias gravemente disfuncionales. ⁽³⁹⁾

Respecto a la correlación entre apoyo social y funcionalidad familiar con las dimensiones de la calidad de vida se encontró en el presente estudio que el apoyo social guarda una correlación significativa con la funcionalidad familiar ($r=0.749$, $p=0.000$), salud general ($r= -0.272$, $p=0.024$), vitalidad ($r= -0.245$, $p=0.043$), score sumario físico ($r= -0.271$, $p=0.024$), y con la calidad de vida ($r=0.491$, $p=0.000$). La funcionalidad familiar se correlacionó significativamente con apoyo social ($r=0.749$, $p=0.000$), rol físico ($r= -0.241$, $p=0.046$), salud general ($r= -0.395$, $p=0.001$), score sumario físico ($r= -0.393$, $p=0.001$), y calidad de vida ($r=0.564$, $p=0.000$). Lo que es concordante con la literatura clínica: El resultado de Lu et al. mostró que el buen funcionamiento familiar disminuye la incidencia de depresión y también mejora la calidad de vida de los adultos mayores. Los hallazgos están alineados con investigaciones previas que sugieren que la función familiar tiene una fuerte relación positiva con la calidad de vida, mientras que la depresión tiene una relación negativa. En esta revisión, la depresión modera la relación entre la función familiar y la calidad de vida, y los resultados indican que el estado de salud mental tiene una influencia importante en la calidad de vida de los adultos mayores, así como una buena función familiar es beneficiosa para la salud mental de los mismos. ⁽³⁸⁾ Sin embargo, de manera contraria, Ferawati et al. encontró que no existe una correlación entre el apoyo familiar y la calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2. El valor de correlación de Spearman de -0.279 muestra que la dirección de la correlación negativa tenía una correlación muy débil. ⁽⁴⁰⁾

Como explicación a la correlación existente, Onu et al. reportó que el apoyo social moderó significativamente la relación entre la angustia general de la diabetes y la calidad de vida relacionada con la salud. Un alto nivel de apoyo

social se asoció con un cambio en la relación entre la puntuación total de angustia por diabetes y la calidad de vida relacionada con la salud de una dirección positiva a una negativa. Los niveles moderados y altos de apoyo social también se asociaron con un cambio en la asociación entre la angustia del médico y la calidad de vida relacionada con la salud, de una dirección de relación positiva a negativa. Un alto nivel de apoyo social se asoció con un cambio en la dirección de la relación entre la angustia del régimen y la calidad de vida relacionada con la salud de positiva a negativa, mientras que los niveles moderados y altos de apoyo social se asociaron con el mismo cambio en la calidad de vida relacionada con la angustia interpersonal. ⁽⁴¹⁾

Otro factor que afecta la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 es el apoyo de la familia. Con base en los resultados del estudio, se observa que el apoyo de la familia a los pacientes todavía es poco frecuente (54.1%), además, el estudio también mostró que la calidad de vida de los pacientes tiene una relación significativa con el nivel de apoyo familiar. La mala calidad de vida de los pacientes también se ve influenciada por el apoyo de los familiares. Según la teoría de Hensarling en 2009 apoyo familiar relacionado con el bienestar y la salud donde el ambiente familiar es un lugar para que los individuos estudien de por vida, el apoyo familiar es considerado un factor importante en el cumplimiento del manejo de enfermedades para adolescentes y adultos con enfermedades crónicas. ⁽⁴²⁾

10. CONCLUSIONES

El apoyo social guarda una correlación significativa con la funcionalidad familiar, salud general, vitalidad, score sumario físico, y con la calidad de vida. La funcionalidad familiar se correlacionó significativamente con apoyo social, rol físico, salud general, score sumario físico, y calidad de vida.

11.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Tusa B, Geremew B, et al. Health related quality of life and associated factors among adults with and without diabetes in Adama city East Shewa, Ethiopia 2019; using generalized structural equation modeling. *Health and Quality of Life Outcomes* 2020; 18:83
- 2.- Lee L, Bowen P, et al. Theory of Planned Behavior: Social Support and Diabetes Self-Management. *The Journal for Nurse Practitioners* 2017; 13(4):265-270
- 3.- Wang X, He L, et al. An integrated model to evaluate the impact of social support on improving selfmanagement of type 2 diabetes mellitus. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 2019; 19:197
- 4.- Daya R, Bayat Z, et al. Effects of diabetes mellitus on health-related quality of life at a tertiary hospital in South Africa: A cross-sectional study. *S Afr Med J* 2016; 106(9):918-928
- 5.- Moreschi C, Rempel C, et al. Family Health Strategies: Profile/quality of life of people with diabetes. *Rev Bras Enferm* 2018; 71(6):2899-2906
- 6.- Ramkisson S, Pillay B, et al. Social support and coping in adults with type 2 diabetes. *Afr J Prm Health Care Fam Med* 2017; 9(1):a1405
- 7.- Vorderstrasse A, Lewinski A, et al. Social Support for Diabetes Self-Management via eHealth Interventions. *Curr Diab Rep* 2016; 16:56
- 8.- Hempler N, Joensen L, et al. Relationship between social network, social support and health behaviour in people with type 1 and type 2 diabetes: cross-sectional studies. *BMC Public Health* 2016; 16:198
- 9.- Bennich B, Munch L, et al. Patient Assessment of Family Function, Glycemic Control and Qualityof-Life in Patients with Type 2 Diabetes with Incipient Complications. *Can J Diabetes* 2019; 43(3):193-200
- 10.- Chan C, Cockshaw W, et al. Social support and self-care outcomes in adults with diabetes: The mediating effects of self-efficacy and diabetes distress. Results of the second diabetes MILES – Australia (MILES-2) study. *Diabetes Res Clin Pract* 2020; 166:108314

- 11.- Shao Y, Liang L, et al. The Effect of Social Support on Glycemic Control in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: The Mediating Roles of Self-Efficacy and Adherence. *Journal of Diabetes Research* 2017; 2804178
- 12.- Song Y, Nam S, et al. The Impact of Social Support on Self-care of Patients With Diabetes: What Is the Effect of Diabetes Type? *Diabetes Educ* 2017; 43(4):396-412
- 13.- Koetsenruijter J, Eikelenboom N, et al. Social support and self-management capabilities in diabetes patients: An international observational study. *Patient Education and Counseling* 2016; 99:638–643
- 14.- Rashid A, Hamzah Z, et al. Social support, self-efficacy and their correlation among patients with Type 2 Diabetes Mellitus: A primary care perspective. 2018; 73(4):197-201
- 15.- Rybak T, Ali J, et al. Patterns of Family Functioning and Diabetes-Specific Conflict in Relation to Glycemic Control and Health-Related Quality of Life Among Youth With Type 1 Diabetes. *Journal of Pediatric Psychology* 2017; 42(1):40–51
- 16.- Luthfa I, Ardian I. Effects of Family Empowerment on Increasing Family Support in Patients with Type-2 Diabetes Mellitus. *Nurse Media Journal of Nursing*, 2019; 9(1):58-68
- 17.- Strizich G, Kaplan R, et al. Glycemic control, cognitive function, and family support among middle-aged and older Hispanics with diabetes: The Hispanic Community Health Study/Study of Latinos. *Diabetes Res Clin Pract* 2016; 117:64-73
- 18.- Bennich B, Munch L, et al. Experience of family function, family involvement, and selfmanagement in adult patients with type 2 diabetes: A thematic analysis. *J Adv Nurs* 2020; 76:621–631
- 19.- Suarez M, Alcalá M. APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCIÓN FAMILIAR. *Rev Med La Paz* 2014; 20(1):53-57
- 20.- Vera F. Puntos clave sobre el APGAR familiar. *Medicina Clínica y Social*. 2018; 2(2):99-101

- 21.- Mayorga C, Gallardo L, et al. Propiedades psicométricas de la escala APGAR-familiar en personas mayores residentes en zonas rurales multiétnicas chilenas. *Rev Med Chile* 2019; 147:1283-1290
- 22.- Thapa S, Pyakurel P, et al. Health-related quality of life among people living with type 2 diabetes: a community based cross-sectional study in rural Nepal. *BMC Public Health* 2019; 19:1171
- 23.- Trikkalinou A, Papazafiropoulou A, et al. Type 2 diabetes and quality of life. *World J Diabetes* 2017; 8(4):120-129
- 24.- Zurita J, Manuel L, et al. Health and quality of life outcomes impairment of quality of life in type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes* 2018; 16:94
- 25.- Rwegerera G, Moshomo T, et al. Health-related quality of life and associated factors among patients with diabetes mellitus in Botswana. *Alexandria Journal of Medicine* 2018; 54:111–118
- 26.- Haddad C, Sacre H, et al. Validation of the Arabic version of the “12-item short-form health survey” (SF-12) in a sample of Lebanese adults. *Archives of Public Health* 2021; 79:56
- 27.- Palamenghi L, Carlucci M, et al. Measuring the Quality of Life in Diabetic Patients: A Scoping Review. *Journal of Diabetes Research* 2020; 54:19298
- 28.- Nair R, Kachan P. Outcome tools for diabetes-specific quality of life. *Can Fam Physician* 2017; 63:e310-e315
- 29.- Tan M, Wee H, et al. Validity of a Revised Short Form-12 Health Survey Version 2 in Different Ethnic Populations. *Ann Acad Med Singapore* 2016; 45:228-236
- 30.- Kathe N, Hayes C, et al. Assessment of Reliability and Validity of SF-12v2 among a Diabetic Population. *Value Health* 2018; 21(4):432-440
- 31.- Azmoude E, Tafazoli M, et al. Assessment of Family Functioning and Its Relationship to Quality of Life in Diabetic and Non-Diabetic Women. *Journal of Caring Sciences* 2016; 5(3):231-23

- 32.- Jia G, Li X, et al. Function of family of origin and current quality of life: exploring the mediator role of resilience in Chinese patients with type 2 diabetes. *International Journal of Diabetes in Developing Countries* 2021; 41:346–353
- 33.- Amelia R, Wahyuni A, et al. Relationship between family support with quality of life among type 2 diabetes mellitus patients at Amplas primary health care in Medan, Indonesia. *J. Phys Conf Ser* 2018; 1116:052004
34. -Yamin A, Sari C. Relationship of Family Support Towards Self-Management and Quality of Life of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Padjadjaran Nursing Journal* 2018; 6(2):175-182

12.- ANEXOS

CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL:

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted. dispone:

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre).

Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos _____

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia usted dispone de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

| CUESTIONES: ¿Cuenta con ALGUIEN? | Nunca | Pocas veces | Algunas veces | La mayoría de las veces | Siempre |
|---|----------|-------------|---------------|-------------------------|----------|
| 2. Que le ayude cuando tenga que estar en la cama | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Con quien pueda contar cuando necesite hablar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Que le aconseje cuando tenga problemas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Que le lleve al médico cuando lo necesite | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Que le muestre amor y afecto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Con quien pasar un buen rato | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Que le informe y ayude a entender la situación | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. En quien confiar o con quién hablar de sí mismo y sus preocupaciones | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Que le abrace | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Con quien pueda relajarse | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Que le prepare la comida si no puede hacerlo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Cuyo consejo realmente desee | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 14. Con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Que le ayuda en sus tareas domésticas si esta enfermo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Que le aconseje cómo resolver sus problemas personales | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Con quién divertirse | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Que comprenda sus problemas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. A quien amar y hacerle sentirse querido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Valoración del test:

Se utiliza la suma del valor correspondiente a:

Índice global de apoyo social: todas las respuestas.

Apoyo emocional: Respuestas número: 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19.

Ayuda material: Respuestas a las preguntas: 2, 5, 12 y 15.

Relaciones sociales de ocio y distracción: respuestas a las preguntas: 7, 11, 14 y 18.

Apoyo afectivo: respuestas a las preguntas 6, 10 y 20.

Se han utilizado puntos de corte de 57 para puntuación total, 24 para emocional, 12 para instrumental y 9 para interacción social y para afectivo.

APGAR familiar

| | CASI SIEMPRE (2 puntos) | ALGUNAS VECES (1 punto) | CASI NUNCA (0 puntos) |
|--|----------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa. | | | |
| Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas. | | | |
| Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección. | | | |
| Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor. | | | |
| Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos. | | | |

Una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia muy funcional, una puntuación de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional. Una puntuación de 0 a 3 sugiere una familia con grave disfunción.

Dimensiones de la calidad de vida con el test SF-12 v2

Esta encuesta le pide sus opiniones acerca de su salud. Esta información permitirá saber cómo se siente y qué tan bien puede hacer usted sus actividades normales.

Gracias por contestar estas preguntas

Para cada una de las siguientes preguntas, por favor marque con una X la casilla que mejor describa su respuesta

1. En general, ¿diría que su salud es:

| | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Excelente | Muy buena | Buena | Pasable | Mala |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

2. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día típico. ¿Su estado de salud actual lo/la limita para hacer estas actividades?

Si es así, ¿cuánto?

| | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|------------------------------|
| | Sí, me limita mucho | Sí, me limita un poco | No, no me limita en absoluto |
| <u>Actividades moderadas</u> , tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar al bowling o al golf o trabajar en el jardín | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

Subir varios pisos por la 1 2 3
 escalera

3. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de su salud física?

| | Si empre | C asi siempre | A lgunas veces | C asi nunca | N unca |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado | <input type="checkbox"/> |
| Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades | <input type="checkbox"/> |

4. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido/a o ansioso/a)?

| | Si empre | C asi siempre | A lgunas veces | C asi nunca | N unca |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado | <input type="checkbox"/> |
| Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual | <input type="checkbox"/> |

5. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?

| | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Nada en absoluto | Un poco | Median amente | Bastant e | Extremad amente |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

6. Estas preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas. Para cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas...

| | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Si empre | C asi siempre | A lgunas veces | C asi nunca | N unca |
| Se ha sentido tranquilo/a y sosegado/a | <input type="checkbox"/> |
| Ha tenido mucha energía | <input type="checkbox"/> |
| Se ha sentido desanimado/a y deprimido/a | <input type="checkbox"/> |

7. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

| | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Siempr e | Casi siempre | Algunas veces | Casi nunca | Nunca |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

