



**UNIVERSIDAD
DEL AZUAY**

**Calidad de vida y su relación con el apoyo familiar en pacientes del club de
diabéticos del cantón Girón, julio-diciembre 2020**

Edwin Andrade

Janeth Castro

Departamento de Posgrados, Universidad del Azuay

Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria Versión III

Tutor:

Dr. Alberto Quezada

Cuenca, 08 noviembre 2021

Dedicatoria

A mis padres y familia, que ha sido mi fuente de apoyo en cada decisión que he tomado a lo largo de mi vida, a mis hijos que son el motor para salir adelante.

A mi compañero Edwin que es mi esposo y cómplice de vida, por compartir esta experiencia conmigo y por su apoyo incondicional.

Janeth Castro

Dedico con todo mi corazón esta tesis a mi esposa e hijos pues sin ellos a mi lado no lo habría logrado.

Mis padres por haberme mostrado el camino a la superación.

Edwin Andrade

Agradecimientos

A Dios por la salud, e iluminar nuestro camino con su sabiduría, y poder terminar estos 3 años de estudios para nuestro posgrado.

A la Universidad del Azuay, sobre todo a nuestros profesores por complementar nuestra formación personal y proporcionar los conocimientos profesionales en esta nueva etapa de vida.

A nuestro director de tesis, por todo el tiempo dedicado al análisis y supervisión de este trabajo.

A los pacientes del Club de Diabéticos del Cantón de Girón que no apoyaron, brindándonos su tiempo y la información necesaria para valorar las variables de estudio.

Índice de Contenido

Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	ii
Índice de contenido.....	iii
Resumen.....	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Planteamiento de la investigación.....	3
Justificación de la investigación.....	4
Marco Teórico.....	6
Diabetes Mellitus.....	6
Diabetes y Calidad de Vida.....	9
Diabetes y Apoyo Familiar.....	10
Metodología.....	14
Tipo de estudio.....	14
Población de estudio.....	14
Muestra.....	14
Criterios de selección.....	14
Variables.....	14
Instrumentos de investigación.....	15
Recolección de datos.....	16
Análisis Estadístico.....	16

Consideraciones éticas.....	17
Resultados.....	18
Discusión.....	26
Conclusiones.....	28
Recomendaciones.....	29
Referencia Bibliografía.....	30
Anexos.....	35
Anexo 1 Consentimiento Informado.....	35
Anexo 2 Cuestionario General.....	38
Anexo 3 Cuestionario de Calidad de Vida SF-12.....	39
Anexo 4 Apoyo Familiar al Paciente Diabético.....	40

Índice de Tablas

Tabla 1 Variables.....	15
Tabla 2 Distribución de los 50 pacientes del club de diabéticos del cantón Girón, según edad	19
Tabla 3 Distribución de los 50 pacientes del club de diabéticos del cantón Girón, según nivel de instrucción.....	20
Tabla 4 Distribución de los 50 pacientes del club de diabéticos del cantón Girón, según familiar que apoya al paciente.....	22
Tabla 5 Distribución de los 50 pacientes del club de diabéticos del cantón Girón, según calidad de vida.....	23
Tabla 6 Distribución de los 50 pacientes del club de diabéticos del cantón Girón, según apoyo familiar.....	23
Tabla 7 Estadístico de relación de r-Pearson para las dimensiones de calidad de vida con nivel de apoyo familiar.....	24
Tabla 8 Test de cálculo exacto de Fisher, probabilidad exacta asociada con cada una de las disposiciones de frecuencias.....	25

Índice de Figuras

Figura 1 Distribución de los 50 pacientes del club de diabéticos del cantón Girón, según género.....	18
Figura 2 Distribución de los 50 pacientes del club de diabéticos del cantón Girón, según estado civil.....	19
Figura 3 Distribución de los 50 pacientes del club de diabéticos del cantón Girón, según tiempo de diagnóstico.....	21

Resumen

Introducción: La diabetes Mellitus es un problema de salud que involucra una carga social para el estado, el paciente y la familia ya que amerita cambios en los estilos de vida de todos. El apoyo familiar es un factor importante en la calidad de vida del diabético, lo que motivo realizar esta investigación.

Objetivo: Determinar, si existe relación entre calidad de vida y apoyo familiar en el Club de diabéticos del cantón de Girón.

Metodología: Se realizó un estudio analítico de corte transversal, que incluyeron 50 pacientes. Para la recolección de datos se utilizó 3 formularios, los mismos que se analizaron con el programa SPSS.

Resultados: Encontramos los siguientes, Calidad de Vida, buena 78% y mala 22%. Y Apoyo familiar, medio 70%, alto 18%, bajo 12 %.

Conclusión: Si existe relación entre apoyo familiar y calidad de vida en pacientes diabéticos.

Palabras claves: apoyo familiar, calidad de vida, diabetes.

Abstract

Introduction: Diabetes Mellitus is a health problem that involves a social burden for the state, the patient and the family, as it requires changes in everyone's lifestyle. Family support is an important factor in the quality of life of diabetics, which is why this research is carried out.

Objective: To determine if there is a relationship between quality of life and family support in the Diabetic Club of the canton of Girón.

Methodology: A cross-sectional analytical study was carried out, which included 50 patients. For data collection, 3 forms were used, the same ones that were analyzed with the SPSS program.

Results: We found the following, Quality of Life, good 78% and bad 22%. Y Family support, medium 70%, high 18%, low 12%.

Conclusion: If there is a relationship between family support and quality of life in diabetic patients.

Keywords: family support, quality of life, diabetes.

Trasnlated by



Janeth Castro L.



Edwin Andrade P.



Introducción

La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades con mayor prevalencia en el mundo que afecta anualmente a millones de personas e influye significativamente en su salud y bienestar, pues se trata de una patología que no sólo tiene implicaciones biológicas, sino que condiciona e incide en el desarrollo de la vida diaria del paciente restándole calidad de vida (Guamán-montero & Mesa-cano, 2021)

Planteamiento de Investigación

Según Zegarra. (2015) constituye un problema personal y de salud pública de grandes magnitudes, causa invalidez, muerte prematura en la mayoría de los países, además es motivo de un significativo deterioro en la calidad de vida de los pacientes. Para vivir con la enfermedad las persona con diabetes deben buscar ayuda o apoyo no solo del personal sanitario, sino de su entorno, red social y sobre todo de su familia quien aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional para afrontar con éxito los problemas y estrés ocasionados por la enfermedad; ya que el apoyo social y de la familia son factores determinantes para una buena adherencia a los tratamientos de la diabetes.

Como Miguel et al. (2020) indica en los protocolos utilizados en práctica clínica que la dieta, la actividad física y la adherencia al tratamiento son los pilares primordiales para lograr el control de la enfermedad, es por ello que el paciente con diabetes tiene que tener un estilo de vida saludable, donde la familia juega un papel importante para mantener estos hábitos de manera permanente.

En Nigeria se especificó que el nivel de apoyo familiar se asoció de forma estadísticamente significativa con la calidad de vida, ya que el 59,8% de los encuestados que tenían un fuerte apoyo por parte de su familia tenían a su vez una calidad de vida aceptable, adicionalmente en el 85,7% de los que tenían buena calidad de vida poseían un fuerte apoyo familiar, por el contrario aquellos con bajo soporte familiar tenían una mala calidad de vida, así

mismo, se indicó que el tener apoyo familiar fuerte indicó 14 veces más probabilidades de tener una buena calidad de vida que aquellos sin dicho apoyo (Fatusin et al., 2016)

Demostrando que el apoyo familiar tiene una estrecha relación con la calidad de vida de los pacientes.

En Ecuador se ha expuesto que existe una relación incluso entre falta de redes de apoyo y una mala adherencia al tratamiento en los pacientes diabéticos (Gudiño & Tituaña, 2018), mientras que en otro reporte se documentó que la calidad de vida de estos pacientes se encontraba estrechamente relacionada con la edad, tiempo de evolución de la enfermedad y el antecedente de hipertensión arterial (Espinoza C., 2016)

Justificación de la Investigación

El informe del ASIS del año 2020 del centro de salud Girón, presenta una alta prevalencia de diabetes mellitus tipo 2, además se cuenta con un club de diabéticos en el centro de salud con una función preventiva, pero pese a la existencia del mismo, continúan habiendo pacientes que se descompensan en sus glicemias, además durante el tiempo que se lleva trabajando en esta casa de salud se ha percibido una falta de adherencia al tratamiento, presumiendo que se trata del poco o nulo apoyo que hay por parte de la familia hacia el paciente diabético, influyendo en la calidad de vida de éstos, siendo el motivo que nos ha impulsado a plantearnos el presente estudio, y de esta manera aportar con respaldo estadístico para mejorar el manejo integral de los pacientes con diabetes. Por lo que nos formulamos la interrogante ¿Existe relación entre calidad de vida y apoyo familiar en pacientes del club de diabéticos del Cantón Girón?

Por tanto, considerando todo lo anterior, nuestro estudio se centra en una población con un diagnóstico confirmado de diabetes del club y los objetivos que nos planteamos son identificar las características sociodemográficas, la calidad de vida, el nivel de apoyo familiar y determinar la relación entre la calidad de vida y el apoyo familiar en pacientes del club de

diabéticos del Cantón Girón en el año 2020 mediante un estudio cuantitativo, analítico de corte transversal.

Marco Teórico

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), se determinan por un deterioro progresivo e incapacitante, *“causan el 60% de las muertes a nivel mundial y alrededor del 47% de los gastos en salud. Entre las principales enfermedades crónicas no transmisibles se encuentran: la enfermedad cardiovascular (ECV), la hipertensión arterial sistémica (HAS), la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y enfermedad renal crónica (ERC)”* (Arteaga-Rojas et al., 2019)

Según Figueredo et al. (2020) y diversas organizaciones internacionales e investigadores sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), consideran a éstas como un trastorno orgánico, funcional e incapacitante, que modifica el estilo de vida de la persona que la padece, debido a las modificaciones que causan a nivel individual, familiar, social, afectando su calidad de vida (CV).

Diabetes Mellitus

“La DM2 es un problema de salud pública, ya que su alta incidencia de casos, prevalencia y carga de mortalidad (sexto lugar como causa de muerte a nivel mundial), repercute directamente en los costos de los sistemas de salud en todo el mundo” (Neri et al., 2020). Además, para el paciente y la familia por lo cual su impacto es considerado uno de los más importantes causados por una patología que puede ser prevenida (Al Mansour, 2020)

Según Aguilar. (2019) define a la diabetes como una enfermedad determinada genéticamente, describe un desorden metabólico multifactorial, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina. La clasificación de la DM contempla cuatro grupos: diabetes tipo 1 (DM1), diabetes tipo 2 (DM2), diabetes gestacional (DMG), otros tipos específicos de diabetes.

De igual manera Blanco Naranjo et al. (2021) indica que es una de las enfermedades crónicas no transmisibles más prevalentes a nivel mundial, con una etiología de carácter

multifactorial. Estos factores se pueden dividir en: Modificables (sobrepeso, obesidad, sedentarismo, tabaquismo, patrones dietéticos, fármacos, entre otros). No modificables (edad, raza/etnia, antecedentes heredofamiliares, diabetes mellitus gestacional, etc.)

Esta condición representa una alta carga social para el individuo y su familia, ya que su manejo amerita cambios drásticos comenzando por la alimentación y actividad física, sumado al manejo farmacológico (Al-Lawati, 2017)

Como indica OPS, (2020) la diabetes está presente en todos los continentes del mundo y sus regiones, incluido las áreas poblacionales del sector rural de los países de ingresos económicos bajos y medios.

“Según la Federación Internacional de Diabetes (FID) en 2017 la prevalencia de personas con diabetes tipo 2 fue de 425 millones en todo el mundo con rango de edad de 20 a 79 años. Cabe destacar que el 79% corresponde a personas que viven en países de ingresos bajos y medios. Sin embargo, si el rango de edad aumenta a personas de 18 a 99 años, la cantidad de personas también aumenta a 451 millones. Si se mantiene estas cifras, las proyecciones para 2045 indican que habrá 629 millones de personas entre 20 a 79 años y 693 millones de personas entre 18 a 99 años con diabetes” (Neri et al., 2020).

Ruvalcaba Ledezma et al. (2020) indica que el aumento en la prevalencia de diabetes puede deberse al envejecimiento de la población, al incremento en la prevalencia de la obesidad relacionada con cambios en los estilos de vida (aumento en la densidad calórica de la dieta, reducción en la actividad física).

La DM2 puede causar complicaciones agudas y crónicas.

Dentro de las agudas tenemos la hipoglucemia y las urgencias hiperglucémicas (OPS, 2020) y en las crónicas incluyen la retinopatía, nefropatía, neuropatía periférica con riesgo de úlceras, amputación, determinadas infecciones; alteraciones odontológicas, neuropatía autonómica; y enfermedades cardiovasculares, como cardiopatía isquémica, accidentes cerebrovasculares o arteriopatía periférica (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2017)

“Además, se observa un estrés significativo llamado angustia por diabetes, concierne con las varias responsabilidades de autocuidado para mejorar el control glucémico (modificaciones en el estilo de vida, medicamentos y autocontrol de la glucosa en sangre). La depresión concurrente también puede interferir con el autocuidado. Una de las fuentes de estrés más considerables es la misma enfermedad, en la esfera social del individuo el hecho de verse o sentirse enfermo puede provocar que se considere diferente a los demás y tener que luchar con el desconocimiento de las ideas erróneas que la población tiene sobre la diabetes. Estos factores crean un círculo vicioso entre estrés, depresión y mal apego a tratamiento con el consecuente descontrol metabólico ya evidenciado” (Blanco Naranjo et al., 2021)

La diabetes es una enfermedad compleja desencadenada por diversos factores como la herencia, la obesidad, estilos de vida no saludable como una dieta alta en carbohidratos, sedentarismo entre otros, además causa complicaciones físicas, psicosociales para quien la padece y su familia, por ello es importante para el control adecuado y para minimizar el riesgo de complicaciones una información completa sobre la enfermedad, de prácticas saludables para mantener la salud y garantizar una mejor calidad de vida. También es indispensable la concienciación del paciente, familia y comunidad sobre los cuidados en el control de la enfermedad. Igualmente demanda un enfoque estructurado, integral, multidisciplinario, enfocado en el paciente y secuencial; para su prevención, control, limitación del daño y rehabilitación.

Su tratamiento es complejo, involucra una serie de cambios en toda su vida cotidiana, por ello es que muchos pacientes abandonan el tratamiento. Además, los cambios que debe hacer no solo son del paciente, sino que incluye a su entorno familiar, requiriendo su apoyo constante y decidido con la finalidad de que se pueda adaptar a su nueva forma de vida. Por ello la familia se constituye en el elemento básico para brindar los cuidados sobre todo en el

caso de enfermedades crónicas. Si se cuenta con un buen apoyo de la familia se podrá anular el estrés que produce la misma enfermedad y su tratamiento (Alderete B, 2017)

Para la diabetes mellitus, como para otras enfermedades, el trabajo preventivo involucra modificaciones en los estilos de vida, cambios de actitud y perspectiva asimilada de la información disponible al sujeto y a su familia. Es por ello, que la interacción familiar es crucial en problemas crónico-degenerativos como la diabetes (Guadalupe et al., 2020)

Diabetes Mellitus y Calidad de Vida

La concepción de «calidad de vida» ha venido cobrando importancia en el ámbito de la salud y se reconoce por su multidimensionalidad, pues incluye indicadores como estilo de vida, estado de salud, entorno social, vivienda, situación económica, dinámica familiar, satisfacción laboral, medio ambiente, actividades recreativas, religión, educación, felicidad, bienestar, vida sexual y todos aquellos aspectos que puedan incidir, favorablemente o no, en su integridad (Estévez-Perera, 2020)

La OMS, en su reporte *La Gente y La Salud* define la calidad de vida como *“la manera en la que el individuo percibe el lugar que ocupa en su entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como la relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones”*. Todo ello acompañado de su salud física, su estado psicológico, su grado de dependencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias sociales. Por otra parte, la calidad de vida relacionada con la salud comprende los aspectos de la calidad de vida que afectan la vida física o mental del individuo. La habilidad que tenga la persona para enfrentar los problemas, y en este caso la diabetes, influirá en la capacidad del paciente de internalizar y aceptar los nuevos cambios necesarios para el tratamiento de la enfermedad. Los pacientes con diabetes y las personas más cercanas a su entorno suelen presentar una variedad de sentimientos, como la indignación, la culpa y la depresión en sí misma, pero también podrían experimentar la aceptación. Todos estos sentimientos pueden influir en gran medida en la condición de diabetes, ya que pueden llevar al paciente a evitar y rechazar el

tratamiento, con ello la falta de autocontrol que por lo general va asociado al desconocimiento de los aspectos relacionados con la enfermedad (Piñate et al., 2020)

Siendo una patología que ha progresado en la sociedad, repercutiendo sobre la salud de la población y afectando la calidad de vida de la persona que la padece y de la familia (Sellan & Villamar, 2020)

En la bibliografía la DM2 aumenta el riesgo de complicaciones prevenibles con un buen control metabólico donde no solo se debe realizar un monitoreo de la HbA1c, sino de la educación del paciente y su familia sobre la enfermedad ya que el manejo integral de la diabetes requiere cambios definitivos en los estilos de vida de todo el núcleo familiar, permitiendo que se desarrolle actitudes y habilidades participativas de toda la familia logrando una buena adherencia al tratamiento a través de un control metabólico y previniendo complicaciones

Las enfermedades crónicas han aumentado su prevalencia de forma lenta pero progresiva, aumentado el interés por la calidad de vida del enfermo y por los múltiples factores biopsicosociales que repercute en ella. *“La gran cantidad de aspectos psicosociales que hacen parte de los cuidados en las enfermedades crónicas surge de las respuestas individuales de los pacientes, las familias, los amigos y la sociedad, frente al diagnóstico y al pronóstico. Cualquiera que sea el resultado de la enfermedad, el objetivo es mejorar la calidad de vida”* (Bautista & Zambrano, 2015)

La diabetes es un problema de salud que afecta la calidad de vida del paciente sobre todo si coexiste con complicaciones crónicas propias de la enfermedad (Piñate et al., 2020).

Diabetes Mellitus y Apoyo Familiar

Existen 2 tipos de apoyo como son el apoyo formal e informal. El apoyo formal es el que brinda las instituciones como es el caso del Ministerio de Salud pública a través de políticas saludables mediante prestación de servicios y con profesiones que garanticen dichos objetivos. El apoyo informal esta dado por redes personales, comunitarias, por lo general

dentro de este están incluidos la familia, amigos, vecinos, como organizaciones comunitarias como clubes.

“El término familia se considera como una entidad dentro de la sociedad en la cual todos los individuos tienen una función determinada o varias de ellas, también es llamado como núcleo familiar en el cual los individuos crecen y se desarrollan, además de que aprenden formas de convivencia, afrontamiento y expresión de sentimientos. De esta forma, cada uno de los integrantes de la familia tiene una concepción basta de conocimiento empírico que ha ido desarrollando a lo largo de la vida, sin embargo, no todos los individuos desarrollan las mismas capacidades, como por ejemplo de afrontamiento ante una enfermedad. El tipo y cantidad de ayuda que requiere el diabético dependerán del grado en que puede satisfacer las necesidades que se generan por el padecimiento. Estas necesidades se agudizan conforme el padecimiento deteriora el funcionamiento del paciente, sobre todo cuando no se observa en forma estricta el tratamiento médico, apresurando los procesos degenerativos. Es entonces cuando la familia juega un papel decisivo en el control del paciente diabético” (Ruvalcaba Ledezma et al., 2020).

Es fundamental que toda la familia se involucre en el manejo de estos pacientes, para lograr los objetivos terapéuticos, que incluyen: *“revertir las alteraciones metabólicas, conseguir y mantener cifras de glucemia próximas a la normalidad, mejorar la secreción y la sensibilidad a la insulina, promover hábitos de vida saludables (alimentación y ejercicio), mantener un peso corporal adecuado, realizar un cribado periódico y tratamiento, si procede, de las comorbilidades, y prevenir y/o tratar las complicaciones, tanto agudas como crónica”* (Carvajal Martínez et al., 2020)

El apoyo social es un proceso participativo, en el que el paciente puede obtener ayuda de la red social donde se desarrolla, lo cual contribuye a disminuir el grado de estrés, distribuyéndolo entre los integrantes del grupo de apoyo; facilita la toma de decisiones y la resolución de problemas, contribuye a un mejor ajuste social del paciente y mejora su calidad de vida al tratar de evitar las complicaciones de la enfermedad. La familia como red de apoyo

social beneficia el cumplimiento del tratamiento médico y los pacientes que perciben apoyo familiar con mayor frecuencia presentan cifras de glucosa controlada (Cervantes-Becerra & Martínez-Martínez, 2012)

El paciente con diabetes por lo general busca ayuda en la familia para enfrentar los problemas de salud por lo que la respuesta que dé, determinara positiva o negativamente en la adherencia al tratamiento de ésta. La familia es muy importante en el contexto social, ya que simboliza una base sólida para en enfrentamiento de diversas dificultades.

A si mismo García Morales et al. (2017) a determinado una correlación positiva entre la funcionalidad familiar y el índice general de automanejo. El personal de salud considera a la familia como un recurso indispensable cuando surge un problema de salud, además el cumplimiento de la terapia mejora cuando el familiar tiene información suficiente sobre la enfermedad y el tratamiento, motivando al paciente a tomar las decisiones acordadas con el personal médico. De igual manera, el familiar puede vigilar la evolución de la enfermedad, ayudar al enfermo en la toma de decisiones y colaborar en conductas saludables.

El apoyo familiar a pacientes con diabetes son todas las actividades que realizan los integrantes del núcleo familiar, ya que comparten lo que sienten si es aceptado o rechazado, si hay emociones de amor, estima o miedo. Siendo un aporte significativo ya que, al sentirse apoyado, al ver la inquietud, al ofrecer ayuda, amor y consejos por la familia va a influenciar en la salud y como va a manejar la enfermedad y de esta manera el paciente va a tener mejores expectativas de recuperar su salud, o que no empeore su estado actual, va a sentirse motivado, con confianza en sí mismo y en tratamiento prescrito para mejorar su salud.

Según Sellan & Villamar. (2020) y colaboradores refiere que el apoyo familiar es clave en el control metabólico de la enfermedad, tal como plantean Bencomo y Capa (2017), pues al proporcionar un ambiente favorable para reducir el estrés y mejorar el cumplimiento del tratamiento, es evidente que el apoyo familiar repercute en la manera en que los enfermos acepten la enfermedad y se adaptan a ella, tanto las personas enfermas como sus familiares le

brindan suma importancia al apoyo familiar, refiriéndolo como la disponibilidad de la familia para escuchar a los enfermos, tenerles paciencia, atender sus demandas, además, relatan algunos de los beneficios que manifiesta el apoyo familiar como son el proporcionar seguridad, consuelo, tranquilidad y disponibilidad para cuando se requiere ayuda. El estado del arte reconoce particularmente la importancia de mantener el equilibrio emocional del paciente diabético con el apoyo de sus familiares, así como contar con una red social, les beneficiará en el apego a la terapéutica y por consiguiente el control favorable de su enfermedad.

“La educación para el autocontrol de la diabetes (DSME) es un componente fundamental de la atención para todas las personas con diabetes. Gran parte del control de la diabetes de un paciente se lleva a cabo dentro de su entorno familiar y social. Es importante abordar el entorno familiar de los adultos con diabetes, ya que este es el contexto en el que se produce la mayor parte del tratamiento de la enfermedad. Un estudio de más de 5000 adultos con diabetes destacó la importancia de la familia, los amigos y los colegas para mejorar el bienestar y la autogestión. A los miembros de la familia a menudo se les pide que compartan la responsabilidad del manejo de la enfermedad. Pueden proporcionar muchas formas de apoyo, como apoyo instrumental para llevar a los pacientes a las citas o ayudar a inyectar insulina, y apoyo social y emocional para ayudar a los pacientes a afrontar su enfermedad “(Baig et al., 2015)

En este contexto planteamos la siguiente hipótesis existe una relación directamente proporcional entre la calidad de vida y el apoyo familiar en pacientes del club de diabéticos del Cantón Girón en el año 2020.

Metodología

Tipo de estudio

Se realizó un estudio cuantitativo, analítico de corte transversal.

Población de estudio.

Pacientes diabéticos tipo 2 que acuden al centro de Salud de Girón durante el año 2020.

Muestra. Pacientes del club de diabéticos del centro de salud de Girón que aceptaron participar en el estudio y suscribieron el consentimiento informado, en un total de 50 participantes.

Criterios de selección

Criterios de inclusión. Todos los miembros que asisten regularmente al club de diabéticos con un mínimo de asistencia de 2 veces al año 2020 y que aceptaron participar en el estudio y suscribieron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión. No hubo casos excluidos

Variables.

Las variables que utilizamos en esta investigación son las que se detallan a continuación en la Tabla 1.

Tabla 1*Variables*

Variable	Indicador	Escala
Edad	Años cumplidos	Numérica continua
Sexo	Femenino Masculino	Nominal
Estado civil	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo	Nominal
Escolaridad	Ninguna Primaria Secundaria Superior	Ordinal
Calidad de vida	Mala calidad de vida (<50 puntos) Buena calidad de vida (≥50 puntos)	Ordinal
Apoyo familiar	Apoyo familiar bajo: 51-119 puntos Apoyo familiar medio: 120-187 puntos Apoyo familiar alto: 188-255 puntos.	Ordinal

Instrumentos de investigación

En base a las variables propuestas y sus indicadores se aplicaron 3 cuestionarios para la recolección de datos:

Formato para encuesta demográfica elaborada por los autores. Anexo 2

Para evaluar la calidad de vida se aplicará la escala SF-12 con los indicadores de Mala calidad de vida (<50 puntos) y Buena calidad de vida (≥50 puntos) (El SF-12 Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud. Compuesto por doce ítems, cuya finalidad es otorgar un instrumento de fácil aplicación para evaluar el grado de bienestar y capacidad funcional, definiendo un estado positivo y negativo de la salud física y mental, por medio de ocho dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud mental, salud general, vitalidad, función social y rol emocional) (Vera-Villaruel et al., 2014). Anexo 3

Para evaluar apoyo familiar se aplicará el instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético DM2 con los indicadores apoyo familiar bajo: 51-119 puntos, apoyo familiar medio: 120-187 puntos apoyo familiar alto: 188-255 puntos (el cual posee 24 ítems y fue diseñado por Valadez y Cols., en una población de diabéticos en México, con un alfa de Cronbach de 0,93 demostrando un alto nivel de confiabilidad). Anexo 4

Recolección de datos

Tenías previsto aplicar estos instrumentos en el club de diabéticos, pero por la situación actual de salud que se está atravesando a nivel mundial SARS-CoV 2, la recolección se realizó por medio de visitas domiciliarias y en la consulta ya que está prohibido realizar conglomeración de gente y se suspendió las reuniones del Club.

Análisis estadístico

Se procedió a levantar una base de datos a partir de la cual se elaboración tablas y figuras que fueron utilizadas para presentar los resultados, con ayuda del programa SPSS en su versión 22.

De la información recopilada las variables cuantitativas se establecieron mediante medias y desviación estándar, mientras que las cualitativas se identificaron como recuentos y porcentajes, las variables calidad de vida y apoyo familiar se analizaron de dos maneras, la primera en la que respecta a la variable de forma cuantitativa es decir tal cual como es cuantificada en las escalas, se crearon mediante medias y desviación estándar; en relación a

las versiones cualitativas es decir posterior a su categorización se utilizó para su asociación la Chi cuadrado de Pearson, dando un resultado que el 50% de la frecuencia esperada fue inferior a 5, (Tabla 7) motivo por lo cual se descartó su aplicación, pasándose a utilizar el Test exacto de Fisher (Fajardo, 2020).

Consideraciones éticas.

Para la realización de la presente investigación en estudio se tomarán en consideración las pautas obtenidas del precepto de Helsinki y el Reporte de Belmont en los cuales se plantea que el participante deberá dar su consentimiento para su participación en el proyecto, por lo cual se tomará el consentimiento informado por escrito por parte de los participantes al momento de ingresar al estudio respetando el principio de la autonomía Anexo 1, indicándoles que se podrán negarse a participar o retirarse en cualquier momento del estudio sin consecuencias, de igual manera se protegerá la confidencialidad de los pacientes, no colocando su nombre dentro de los formularios.

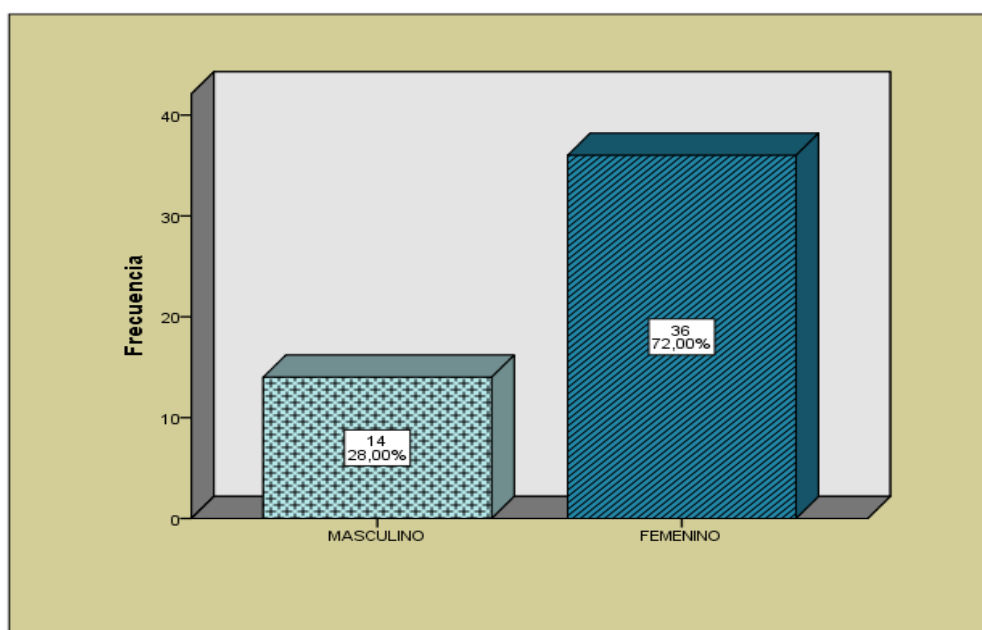
Resultados

El estudio se realizó con una muestra de 50 pacientes pertenecientes al club de diabéticos del cantón de Girón, los que respondieron a los 3 formularios que fueron aplicados.

La mayoría de participante corresponde sexo femenino como se puede apreciar en detalle en la figura 1

Figura 1

Distribución de los 50 pacientes del club de diabéticos del cantón Girón, según genero



Esta tabla muestra la distribución del rango de edad de los encuestados, donde existe una prevalencia de entre los 49 y 64 años como se puede observar en detalle en la tabla 2.

Tabla 2

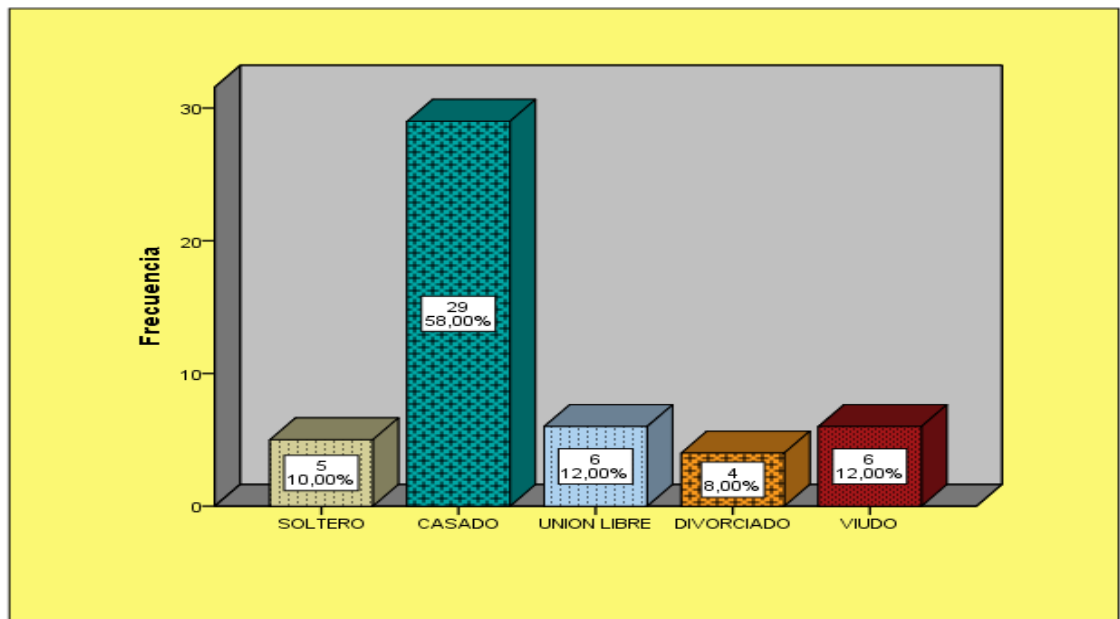
Distribución de los 50 pacientes del club de diabéticos del cantón Girón, según edad

Edad	n	%
33-48	5	10,0
49-64	22	44,0
65-80	14	28,0
81-97	9	18,0
Total	50	100,0

Respecto al estado civil la mayor parte de pacientes participantes se encuentran casados, como se puede apreciar en detalle en la figura 2.

Figura 2

Distribución de los 50 pacientes del club de diabéticos del cantón Girón, según estado civil



Esta tabla muestra el nivel de instrucción de los encuestados, donde en su mayor parte curso por primaria incompleta, resaltar existe un analfabetismo del 6%, como se puede ver en detalle en la tabla 3.

Tabla 3

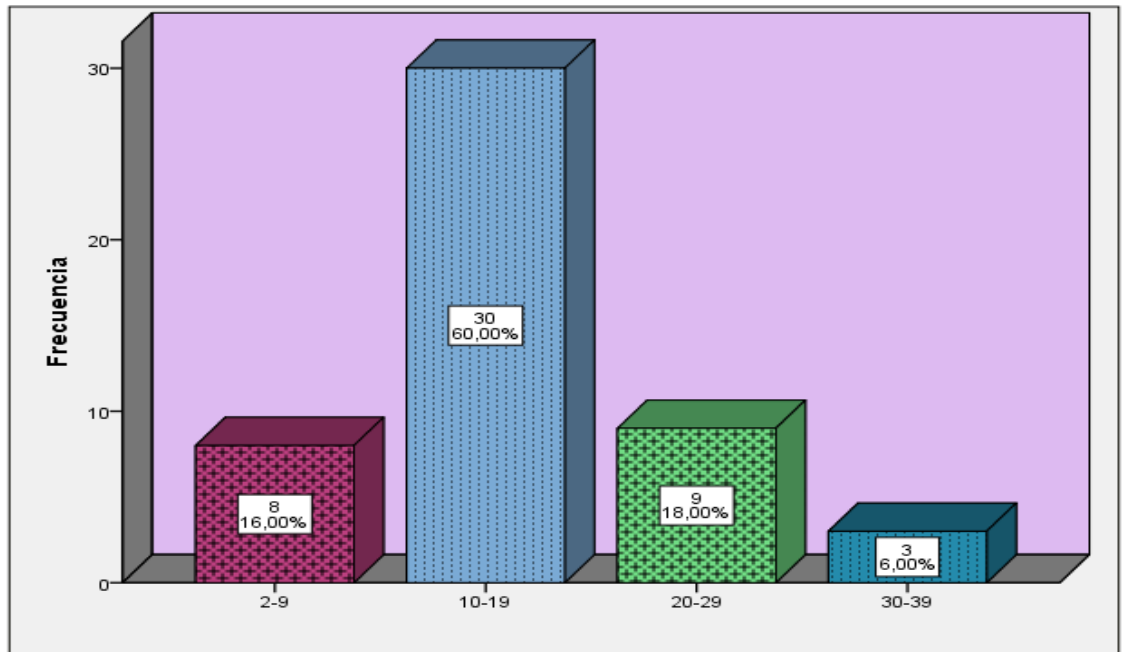
Distribución de los 50 pacientes del club de diabéticos del cantón Girón, según nivel de instrucción

Instrucción	n	%
Analfabeto	3	6,0
Primaria incompleta	21	42,0
Primaria completa	15	30,0
Secundaria incompleta	6	12,0
Secundaria completa	4	8,0
Superior	1	2,0
Total	50	100,0

En relación al tiempo que padecen la enfermedad, un gran porcentaje padece de esta entre 10 y 19 años como se puede apreciar en detalle en la figura 3.

Figura 3

Distribución de los 50 pacientes del club de diabéticos del cantón Girón, según tiempo de diagnóstico



Esta tabla muestra el familiar de apoyo del paciente encuestado, siendo el conyugue en un alto porcentaje, resaltar existe un apoyo familiar nulo por parte del padre, como se puede observar en detalle en la tabla 4.

Tabla 4

Distribución de los 50 pacientes del club de diabéticos del cantón Girón, según familiar que apoya al paciente

Familiar que apoya al paciente	n	%
Cónyuge	31	62,0
Hija	8	16,0
Hijo	2	4,0
Madre	1	2,0
Padre	0	0
Familiar indirecto	5	10,0
Cuidador	3	6,0
Total	50	100,0

La calidad de vida en los encuestados fue evaluada por el cuestionario SF-12, con los indicadores mala calidad de vida (<50 puntos) y buena calidad de vida (≥ 50 puntos) por medio de ocho dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud mental, salud general, vitalidad, función social y rol emocional), encontrándose un alto porcentaje de pacientes con buena calidad de vida, como se puede apreciar en la tabla 5.

Tabla 5*Distribución de los 50 pacientes del club de diabéticos del cantón Girón, según calidad de vida*

Calidad de vida	n	%
Mala	12	22,0
Buena	38	78,0
Total	50	100,0

El apoyo familiar en los encuestados fue evaluado por un instrumento diseñado por Valadez y cols que posee 24 ítems con los indicadores apoyo familiar bajo: 51-119 puntos, medio: 120-187 puntos y alto: 188-255 puntos, donde se pudo observar un alto porcentaje de apoyo familiar medio, como se puede ver con detalle en la tabla 6.

Tabla 6*Distribución de los 50 pacientes del club de diabéticos del cantón Girón, según apoyo familiar*

Apoyo Familiar	n	%
Bajo	6	12,0
Medio	35	70,0
Alto	9	18,0
Total	50	100,0

No se pudo aplicar el chi cuadrado para la correlación de las variables ya que hubo 3 valores menores de 5, no se consiguió modificar con la corrección de Yates por lo que se utilizó

el test exacto de Fisher.

Tabla 7

Estadístico de relación de r-Pearson para las dimensiones de calidad de vida con nivel de apoyo familiar

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
	3,982		
Chi-cuadrado de Pearson	^a	2	0,137
Razón de verosimilitudes	5,115	2	0,078
Asociación lineal por lineal	3,9	1	0,048
N de casos válidos	50		

a. casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.44.

El test exacto de Fisher dice que si más del 20% de las casillas tiene frecuencia esperada menores a 5 descartamos la chi cuadrado, si p valor es menor a 0,05 se descarta la hipótesis nula y se confirma que el apoyo familiar tiene relación directa con la calidad de vida.

Tabla 8

Test de cálculo exacto de Fisher, probabilidad exacta asociada con cada una de las disposiciones de frecuencias

	a	b	c	d	p
I	0	6	12	32	0,173
II	1	5	11	33	0,3790
III	2	4	10	34	0,3065
IV	3	3	9	35	0,1167
V	4	2	8	36	0,0218
VI	5	1	7	37	0,0018
VII	6	0	6	38	8,003

$$P = \frac{(a+b)! (c+d)! (a+c)! (b+d)!}{n! a! b! c! d!} = 0,023$$

$$n! a! b! c! d!$$

Discusión

La diabetes es un problema de salud, multifactorial, crónica y compleja que engloba complicaciones físicas, psicosociales como la falta de apoyo familiar, fobias, trastornos emocionales, alimentarios entre otros. Requiriendo un enfoque estructurado, integral, multidisciplinario, enfocado en el paciente y su familia.

En el estudio realizado en el club de diabéticos del Centro de Salud de Girón, con respecto a las características sociodemográficas la distribución de diabetes por sexo fue el 72% mujeres, y 28% hombres. Según la edad, el 44% tienen entre 49 y 64 años, el 28% entre 65 y 80 años que se corrobora con el estudio de Leiva (Leiva et al., 2018) que reporta que tienen una edad superior a 45 años y son del sexo femenino, y Garzón (Garzón-Duque et al., 2021) que indica que los trabajadores entre los 18 y 44 años presentaron mayor prevalencia de diabetes, seguidos de quienes tenían entre 45 y 59, siendo ésta una asociación estadísticamente significativa, coherente con lo reportado por Ahsner et al. en 1995, quienes afirmaron que la población con diabetes es cada vez más joven.

Respecto al estado civil, la mayor parte de pacientes se encuentran casados con un 56% del total de encuestados hallazgos que coinciden con lo encontrado en el presente estudio de Zegarra (Zegarra, 2015) que indica que 62% son casados por tanto viven acompañados de sus esposas/os, así mismo, Ander y Alarcón (Ander & Alarcón, 2021) informaron que en su estudio el 81,4% eran casados.

En cuanto al nivel de instrucción, los encuestados tienen el 42% primaria incompleta, el 30% primaria completa, 6% analfabetismo y un 2% superior. Similares hallazgos reportados por Guamán y Mesa (Guamán-montero & Mesa-cano, 2021) donde encontraron que la mayoría de los participantes tenían 52,1% primaria, 29,6% secundaria, superior 16% y sólo el 0,6% ningún nivel de instrucción y con el estudio de Carlota (Carola et al., 2021) que reporta el 75% con instrucción básica.

Con respecto a la persona que cuida a estos pacientes, la mayor parte de estos cuentan con el apoyo de sus cónyuges con el 62%, hijas con 16%, siendo los más importantes, también un 16% tienen el apoyo de otras personas, que se corrobora con el estudio de Mujeres cuidadoras primarias (Diana Belman, Juan Moctezuma, 2007) que concluye *“que la mayor parte de los cuidadores primarios son mujeres, con parentesco de esposas o hijas este rol se les delega por el simple hecho de ser mujer, ya que a lo largo del tiempo se ha visto al género femenino como el cuidador por excelencia de hijos y enfermos. La misma familia por la ideología que tiene inculca y hace la diferencia entre el género femenino y masculino, ya que a ellas se les educa para estar en el hogar, cuidar de los hijos y enfermos mientras que ellos por ser hombre son el sexo fuerte, deben sostener el hogar y no deben mostrar sentimiento frente a situaciones de enfermedad”*. De la misma manera el estudio de Ortiz (Ortiz et al., 2013) que indica que el perfil de cuidadores corresponde con el 87.8% a mujeres, siendo la esposa en un 52.8%.

En relación a los hallazgos sobre la calidad de vida de los encuestados con Diabetes Mellitus tipo 2 pertenecientes al club de diabéticos del cantón Girón, se encontró que el 78% es buena, el 22 % es mala. Iraurgi (Iraurgi Castillo, 2007) menciona que *“tanto el componente físico como mental del cuestionario SF-12 reproduce satisfactoriamente los respectivos componentes del SF-36 sin demasiada pérdida de información (12% y 9% para el componente físico y mental, respectivamente). Resultados similares han sido comunicados tanto en estudios sobre población general, como en estudios con poblaciones clínicas como hipertensión arterial, enfermedades isquémicas, ACV, artritis reumatoide, asma, enfermedades oculares, hemofilia, pacientes en hemodiálisis o pancreatitis”*. Al realizar búsquedas sobre nuestro estudio, no hemos encontrados estudios para corroborar estos datos.

Teniendo en cuenta que la familia es el entorno inmediato del paciente, y que puede influir de manera positiva o negativamente en la adherencia al tratamiento, convirtiéndose en el primordial apoyo para la adaptación a la nueva condición de salud, en nuestro estudio el

apoyo familiar presentó 70% medio, 18% alto y 12% bajo. Hallazgos que se relacionan con los estudios de Martos (Martos Méndez et al., 2008) donde reporta que el apoyo social se relaciona con la salud y el bienestar de los enfermos crónicos, sobre todo si el apoyo proviene del cónyuge o del núcleo familiar. *“Así, los pacientes que tienen mayor nivel de apoyo social manifiestan tener una mejor salud y mayor bienestar que aquellos con un nivel menor de apoyo”*. Ruvalcaba (Ruvalcaba Ledezma et al., 2020) concluye que el apoyo familiar es un factor primordial en la influencia para el cumplimiento del tratamiento no farmacológico y farmacológico.

Por otra parte, al establecer la relación entre calidad de vida con nivel de apoyo familiar se encontró asociación estadísticamente significativa con el test exacto de Fisher donde menciona si p valor es menor a 0,05 se confirma la hipótesis alterna donde el apoyo familiar tiene relación directa con la calidad de vida, descartando la hipótesis nula.

Corroborándose con el estudio de Zegarra (Zegarra, 2015) donde indica que *“existe relación significativa entre las demás dimensiones de calidad de vida con nivel de apoyo familiar: rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud.”*

Conclusiones

La diabetes mellitus tipo 2 es un problema de salud con una prevalencia en aumento a nivel mundial y a edades tempranas. En su tratamiento y control, el papel de la familia es muy significativo ya que el apoyo que brinde influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica, control y prevención de complicaciones.

En el club de diabéticos del centro de salud Girón, se encontró que la muestra de estudio estuvo conformada por mujeres en su gran mayoría, con un nivel de instrucción primaria incompleta, su persona de apoyo fue el conyugue, además que el rol de cuidador es siempre delegado a una mujer, ya que la sociedad machista desde pequeñas inculca a estar en casa, cuidar a hijos, enfermos y quehaceres domésticos sobrecargándolas de funciones.

La calidad de vida encontrada fue buena y el apoyo familiar en su mayoría fue moderado.

También se pudo constatar que a mayor apoyo que brinde la familia al paciente diabético tendrá una mejor calidad de vida

Estos hallazgos nos van a ser de beneficio para el manejo de los pacientes con diabetes ya que recalcaremos en nuestra consulta y visita domiciliaria la importancia del apoyo e involucramiento de la familia para que esta enfermedad sea más llevadera.

Recomendaciones

Las enfermedades crónicas entre ellas la diabetes se han convertido en un desafío para el Sistema Nacional de Salud, debido a los gastos que representa su manejo. Con este antecedente en la atención primaria se debe empoderar a las familias de personas con DM2 sobre la enfermedad, su historia natural, así como las consecuencias de su mal control y brindar como médico familiar un acompañamiento, valoración y manejo integral con el fin de mejorar su calidad de vida.

Fortalecer adherencia en los pacientes para generar cambios en los hábitos no saludables, creando estrategias individuales y colectivas que intervengan en sus determinantes de salud.

Consolidar en los clubes de pacientes crónicos sus conocimientos, actitudes y prácticas para beneficio individual y colectivo y así evitar complicaciones

Dar continuidad al presente estudio con un mayor número de participantes y no solo centrándose en la diabetes sino en todas las enfermedades crónicas que presenta la población, para que tenga más trascendencia sus resultados.

Referencia Bibliográfica

- Aguilar, C. ; A. P. (2019). Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia Edición 201. *Encyclopedia of Cancer*, 118–118. https://doi.org/10.1007/978-3-642-16483-5_167
- Al-Lawati, J. A. (2017). Diabetes mellitus: A local and global public health emergency! *Oman Medical Journal*, 32(3), 177–179. <https://doi.org/10.5001/omj.2017.34>
- Al Mansour, M. A. (2020). The prevalence and risk factors of type 2 diabetes mellitus (DMT2) in a semi-urban Saudi population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 1–8. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010007>
- Alderete B, Y. M. (2017). *Apoyo familiar y cumplimiento del tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II del Policlínico Metropolitano Essalud de El Tambo 2017. [Tesis de Licenciatura]. 2017, 1–163. <http://repositorio.uncp.edu.pe/handle/UNCP/5134>*
- Ander, J., & Alarcón, A. (2021). *Caracterización sociodemográfica y patológica de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro médico de Perú Sociodemographic and Pathological Characterization of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus Treated in Peru Medical Center. 182–188.*
- Arteaga-Rojas, E., Martínez-Olivares, M. V., & Romero-Quechol, G. M. (2019). Prácticas de autocuidado de los pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc*, 27(1), 52–59. http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/796/1011
- Baig, A. A., Benitez, A., Quinn, M. T., & Burnet, D. L. (2015). *Family interventions to improve diabetes outcomes for adults. 89–112. <https://doi.org/10.1111/nyas.12844>*
- Bautista, L., & Zambrano, G. (2015). La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. *Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo.*, 17, 131–148. <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145233516009.pdf>

- Blanco Naranjo, E. G., Chavarría Campos, G. F., & Garita Fallas, Y. M. (2021). Estilo de vida saludable en diabetes mellitus tipo 2. *Revista Medica Sinergia*, 6(2), e639.
<https://doi.org/10.31434/rms.v6i2.639>
- Carola, M., Insuasty, L., & Chimborazo, U. N. De. (2021). *Proceso de adaptación en pacientes diabéticos* ISSN-impreso 1390-7581 ISSN-digital 2661-6742. 15(1), 43–53.
<https://doi.org/10.37135/ee.04.10.05>
- Carvajal Martínez, F., Bioti Torres, Y., & Carvajal Aballe, M. (2020). Diabetes mellitus tipo 2: una problemática actual de salud en la población pediátrica. *Ciencia y Salud*, 4(1), 17–26.
<https://doi.org/10.22206/cysa.2020.v4i1.pp17-26>
- Cervantes-Becerra, R. G., & Martínez-Martínez, M. L. (2012). Asociación de apoyo social y control glucémico en el paciente con diabetes mellitus tipo 2. *Atencion Primaria*, 44(4), 237–238. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.03.006>
- Diana Belman, Juan Moctezuma, S. H. (2007). *Las mujeres, cuidadoras primarias de los pacientes con diabetes, un estudio desde trabajo social*.
- Espinoza C., R. F. (2016). Calidad de vida eq-5d-3l de acuerdo a factores demográficos y clínicos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del centro de salud de Chimbacalle en el mes de junio-julio del 2016. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Estévez-Perera, A. (2020). *Calidad de vida relacionada con la salud y el funcionamiento familiar en pacientes amputados*. 30(March 2017), 11–20.
<https://revistacmfr.org/index.php/rcmfr/article/view/266/224>
- Fajardo, M. Á. M. G. & A. S. V. & E. T. A. & J. F. (2020). *BIOESTADISTICA AMIGABLE* (Elsevier (ed.); 4ta. EDICI). <https://edimeinter.com/catalogo/novedad/bioestadistica-amigable-4a-edicion-2020/>
- Fatusin, A., Agboola, S., Shabi, O., Bello, I., Elegbede, O., & Fatusin, B. (2016). Relationship between family support and quality of life of type-2 diabetes mellitus patients attending family medicine clinic, federal medical centre, Ido-Ekiti. *Nigerian Journal of Family*

Practice, 7(2), 3–11.

Figueredo, K., Gafas, C., Pérez, M., Brossard, E., García, C., & Valdiviezo, M. (2020).

Dimensiones de calidad de vida afectadas en pacientes diabéticos. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(1), 1–16.

<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2610/530>

García Morales, G., Rodríguez Pascual, A., & Garibo Polanco, R. E. (2017). Apoyo familiar y control glucémico en pacientes con diabetes tipo 2 en una unidad de medicina familiar de Acapulco, Guerrero, México. *Atención Familiar*, 25(1), 27–31.

<https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2018.1.62926>

Garzón-Duque, M. O., Rodríguez-Ospina, F. L., Cardona, D., Segura-Cardona, Á. M., Borbón, M. C., Zuluaga-Giraldo, A. M., & Echeverri-Loor, J. I. (2021). Sociodemographic, labor conditions, habits, lifestyles and diabetes mellitus in workers with subsistence jobs, Medellín- Colombia. *Revista Brasileira de Medicina Do Trabalho*, 18(3), 280–292.

<https://doi.org/10.47626/1679-4435-2020-560>

Guadalupe, C., Guill, I. R., Reyes, A., & Social. (2020). *Importancia del acompañamiento familiar en pacientes diabéticos : núcleo de soluciones y mejoramiento de la calidad de vida. XV.*

Guamán-montero, N. A., & Mesa-cano, I. C. (2021). *Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus II Factors influencing adherence to diabetes mellitus II treatment. 2–9.*

Gudiño, C., & Tituaña, A. (2018). Características familiares en la farmacológico y no farmacológico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al centro de salud Atuntaqui , en el período de septiembre a noviembre del 2017. *Pontificia Universidad Católica Del Ecuador - Facultad de Medicina*, 1–124.

<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12685/Tesis.pdf?sequence=1&is>

Allowed=y%0Achrome-

extension://oemmndcblldboiebnladdacbfmadadm/http://repositorio.puce.edu.ec/bitst

- ream/handle/22000/12685/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Iraurgi Castillo, I. (2007). Comparación del instrumento de salud SF-12 frente al SF-36 en pacientes en mantenimiento con metadona. *Adicciones*, 19(1), 59.
<https://doi.org/10.20882/adicciones.324>
- Leiva, A. M., Martínez, M. A., Petermann, F., Garrido-Méndez, A., Poblete-Valderrama, F., Díaz-Martínez, X., & Celis-Morales, C. (2018). Risk factors associated with type 2 diabetes in Chile. *Nutricion Hospitalaria*, 35(2), 400–407. <https://doi.org/10.20960/nh.1434>
- Martos Méndez, M., Pozo Muñoz, C., & Alonso Morillejo, E. (2008). Influencia de las relaciones interpersonales sobre la salud y la conducta de adherencia en una muestra de pacientes crónicos. *Boletín de Psicología*, 93, 59–77.
- Miguel, C., González, R., Cristal, C., & Chamorro, E. (2020). *Apoyo familiar y control glicémico en pacientes diabéticos de un Hospital de III Nivel de atención de Paraguay Family support and glycemc control in diabetic patients of a Hospital of III Level of Care of Paraguay*. 12(1), 28–41.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2017). Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales. Guía de práctica clínica sobre Diabetes Mellitus tipo 2. *Servicio Central de Comunicaciones Del Gobierno Vasco*, 1–181. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_429_Diabetes_2_Osteba_compl.pdf
- Neri, A. P., Vázquez, J. R., Pontigo, L. L., & Ledezma, C. R. (2020). *El Programa de Enriquecimiento Instrumental [PEI] como una propuesta para intervención educativa en personas que viven con diabetes mellitus tipo 2 y en sus familiares del ámbito cotidiano The Instrumental Enrichment Program [IEP] as a proposal for ed*. 5(4), 436–447.
<https://doi.org/10.19230/jonnpr.3241>
- OPS. (2020). Diagnóstico y manejo de la diabetes de tipo 2. *Ops*, 1–38.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53007/OPSWNMHNV200043_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Ortiz, Y. G., Clavijo Lindarte, A. A., Angely, S. J. M., & Angarita Vega, O. M. (2013). Características sociodemográficas asociadas a la sobrecarga de los cuidadores de pacientes diabéticos en Cúcuta. *Revista Cuidarte*, 4(1), 459–466.
<http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?sid=0ae9faf3-4ba5-4a56-b715-bb4681b84ac5@sessionmgr4003&vid=0&hid=4103&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1lZHMtbgI2ZSZZY29wZT1zaXRI#db=lth&AN=109999041>
- Piñate, S., Diaz, L., & Contreras, F. (2020). Educación terapéutica en pacientes con diabetes y trastornos emocionales. *Revista Digital de Postgrado*, 9(1).
<https://doi.org/10.37910/rdp.2020.9.1.e202>
- Ruvalcaba Ledezma, J. C., Reynoso-Vázquez, J., Hernández-Rivero, E., Martínez-Villamil, M., Zamudio-López, J. L., Islas-Vega, I., Pelcastre-Neri, A., & Garnica-Guerrero, B. (2020). La atención en casa: El apoyo familiar en el control glicémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Hospital a Domicilio*, 4(4), 199.
<https://doi.org/10.22585/hospdomic.v4i4.118>
- Sellan, G. R., & Villamar, A. G. (2020). Aspectos psicosociales relacionados con la calidad de vida adultos mayores que padecen de Diabetes Mellitus Tipo II. *Publicando*, 7(24), 39–48.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7510874>
- Vera-Villarroel, P., Silva, J., Celis-Atenas, K., & Pavez, P. (2014). Evaluación del cuestionario SF-12: Verificación de la utilidad de la escala salud mental. *Revista Medica de Chile*, 142(10), 1275–1283. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014001000007>
- Zegarra, G. (2015). Relación entre el nivel de apoyo familiar en el cuidado y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en la consulta externa del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irgoyen, Lima, Perú. *Revista Científica de Ciencias de La Salud*, 6(2), 7–14.
http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/198/202

Anexos

Anexo 1 Consentimiento Informado

Información para participar luego del consentimiento informado.

Estudio: "Calidad de vida y su relación con el apoyo familiar en pacientes del club de diabéticos del cantón Girón en el año 2020"

Investigadores:

Janeth Castro López

Edwin Andrade Padilla

Médicos Generales

Estudiantes de Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad del Azuay

Teléfonos de contacto 0993006649-0993006531

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar en el presente estudio, que servirá para la obtención del título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Usted ha sido invitado a esta investigación ya que posee el diagnóstico de diabetes mellitus y se encuentra asistiendo de forma regular al Club Diabético del Cantón Girón, teniendo como mínimo una asistencia de 2 meses.

El propósito de este estudio es poder realizar una indagación sobre su calidad de vida asociada con su enfermedad, así mismo verificar el diagnóstico de otro tipo de enfermedades relacionadas así como el nivel de apoyo familiar que usted percibe por parte de sus parientes, así mismo es importante que usted reconozca como ha sido la evolución de la diabetes para usted y como se siente al respecto, la asistencia al club de diabéticos es fundamental dentro de su manejo y tratamiento, por lo cual se decidió hacer este análisis específicamente en este centro.

El método a utilizar para la recolección de los datos será una entrevista directa con usted, la cual no tomará más de 20 minutos, en los cuales se le realizarán preguntas acordes a su enfermedad y a como se siente usted actualmente en relación a esta, así como cuál es el nivel de apoyo familiar que usted ha percibido. Dentro de esta investigación usted no se encuentra bajo ningún riesgo, ya que al único que pudiera estar expuesto es la pérdida de la confidencialidad de los datos, sin embargo, se procederá a rotular su formulario mediante un número y no con su nombre.

Usted no recibirá remuneración por participar en esta entrevista ni tampoco deberá cancelar nada por ella.

Usted comprende que:

1. Puede negarse a participar de este estudio al inicio o en cualquier otra parte de la entrevista, sin que esto represente un punto negativo para usted dentro del Club de diabéticos.

2. Los datos de este estudio que se tomarán mediante la entrevista serán solo y exclusivamente utilizados con fines académicos.

Yo _____ (Nombre y apellidos)

He leído la información que se me ha entregado.

He tenido la oportunidad de preguntar sobre la investigación y se me ha contestado adecuadamente las preguntas que he realizado y las dudas que he tenido.

He hablado con Janeth Castro López y Edwin Andrade Padilla (Investigadores del estudio)

Comprendo que mi participación es totalmente voluntaria es decir yo deseo participar.

Comprendo que puedo retirarme del estudio en cualquier momento de la entrevista y sin tener que dar explicaciones.

Consiento mi participación en este estudio.

Fecha y hora

Firma del participante

Número de cédula

Nombre en imprenta del participante

Hemos explicado este proyecto al participante y hemos contestado todas sus preguntas y dudas, hemos entregado una copia del documento de consentimiento.

Según sus respuestas creo que comprende la información y ha accedido a participar en forma voluntaria en esta investigación.

Fecha y hora _____

Firma del Investigador _____

Nombre del Investigador _____

Anexo 2 Cuestionario General

Edad

Sexo

- Femenino
- Masculino
- Estado civil
- Soltero
- Casado
- Unión libre
- Divorciado
- Viudo

Escolaridad

- Primaria
- Secundaria
- Superior

Tiempo de diagnóstico de diabetes: _____

Relación con el paciente:

Cónyuge

Hijo mayor

Padre

Madre

Otros especifiquen _____

Anexo 3 Cuestionario de Calidad de Vida SF-12

1. En general, usted diría que su salud es:
 - A. Excelente-(1)
 - B. Muy buena-(2)
 - C. Buena-(3)
 - D. Regular-(4)
 - E. Mala-(5)
2. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? si es así, ¿cuánto?
 - A. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminarás de 1 hora.
 - a) Sí, me limita mucho-(1)
 - b) Sí, me limita un poco-(2)
 - c) No, no me limita nada-(3)
 - B. Subir varios pisos por la escalera
 - a) Sí, me limita mucho-(1)
 - b) Sí, me limita un poco-(2)
 - c) No, no me limita nada-(3)
3. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
 - A. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?
 - a) Siempre-(1)
 - b) Casi siempre-(2)
 - c) Algunas veces-(3)
 - d) Nunca-(4)
 - B. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?
 - a) Siempre-(1)
 - b) Casi siempre-(2)
 - c) Algunas veces-(3)
 - d) Sólo algunas veces-(4)
 - e) Nunca-(5)
4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
 - A. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?
 - a) Siempre-(1)
 - b) Casi siempre-(2)
 - c) Algunas veces-(3)
 - d) Sólo algunas veces-(4)
 - e) Nunca-(5)
5. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
 - A. Nada-(1)
 - B. Un poco-(2)
 - C. Regular-(3)
 - D. Bastante-(4)
 - E. Mucho-(5)
6. Las preguntas que siguen se refieren a como se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta, responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia....
 - A. ¿Se sintió calmado y tranquilo?
 - a) Siempre-(1)
 - b) Casi siempre-(2)
 - c) Algunas veces-(3)
 - d) Sólo algunas veces-(4)
 - e) Nunca-(5)
 - B. ¿Tuvo mucha energía?
 - a) Siempre-(1)
 - b) Casi siempre-(2)
 - c) Algunas veces-(3)
 - d) Sólo algunas veces-(4)
 - e) Nunca-(5)
 - C. ¿Se sintió desanimado y deprimido?
 - a) Siempre-(1)
 - b) Casi siempre-(2)
 - c) Algunas veces-(3)
 - d) Sólo algunas veces-(4)
 - e) Nunca-(5)
7. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?
 - A. Siempre-(1)
 - B. Casi siempre-(2)
 - C. Algunas veces-(3)
 - D. Sólo algunas veces-(4)
 - E. Nunca-(5)
- B. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?
 - a) Siempre-(1)
 - b) Casi siempre-(2)
 - c) Algunas veces-(3)
 - d) Sólo algunas veces-(4)
 - e) Nunca-(5)

Anexo 4 Apoyo familiar al paciente diabético DM2

Instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético DM2					
	A	B	C	D	E
1. El diabético descontrolado llega a tener gangrena en los pies	5	4	3	2	1
2. El diabético debe en su casa medirse la azúcar en la sangre	5	4	3	2	1
3. Son comunes las infecciones en los diabéticos	5	4	3	2	1
4. La preparación de los alimentos del enfermo diabético es realizada por					
a) El paciente mismo	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 al paciente diabético es realizada por					
a) El paciente mismo	1	2	3	4	5
b) El cónyuge	5	4	3	2	1
6. Usted está de acuerdo que para mantenerse en control el enfermo diabético 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 a entender las indicaciones del 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 diabético					
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

11. Qué hace usted cuando su familiar diabético 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 el diabético acuda al dentista	5	4	3	2	1
14. Motiva a su familiar a hacer ejercicio (caminar)	5	4	3	2	1
15. El ejercicio físico baja la azúcar	5	4	3	2	1
16. A los enfermos diabéticos puede bajárseles la azúcar	5	4	3	2	1
17. La azúcar en la sangre debe medirse antes de los alimentos	5	4	3	2	1
18. Procura tenerle a su familiar diabético los alimentos que requiere a sus horas	5	4	3	2	1
19. Cuando el paciente 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	5	4	3	2	1
21. Plática con el médico acerca de la enfermedad y de las indicaciones que le dieron a su familiar	5	4	3	2	1
22. ¿Su familiar diabético toma alguna otra cosa para su control aparte 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 del diabético					
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 diabético se encuentra en la casa solo	5	4	3	2	1
A=Siempre; B=Casi siempre; C=Ocasionalmente; D=Rara vez; E=Nunca					