



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
U.M.F. No. 6, SAN JUAN DEL RÍO, QUERÉTARO.

TITULO

**INFLUENCIA DE LAS REDES SOCIALES EN EL CONTROL GLUCÉMICO DEL  
ADULTO MAYOR CON DM2 EN LA UMF 4 TEQUISQUIAPAN QUERETARO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. MA. DEL REFUGIO ANDRADE MORFIN**

2008



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**TITULO**

**INFLUENCIA DE LAS REDES SOCIALES EN EL CONTROL GLUCÉMICO DEL  
ADULTO MAYOR CON DM2 EN LA UMF 4 TEQUISQUIAPAN QUERETARO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. MA. DEL REFUGIO ANDRADE MORFIN**

AUTORIZACIONES:

**DRA: MA. DE JESUS VAZQUEZ ASPEITIA.**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN IMSS

**M.C. DRA. CARMEN LAURA MENESES HERNÁNDEZ**  
**DRA. MA. DE JESUS VAZQUEZ ASPEITIA**  
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS  
COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACION

**DRA. MA. DE JESUS VAZQUEZ ASPEITIA**  
ASESOR DEL TEMA DE TESIS  
MEDICO FAMILIAR

**Dr. JUAN MANUEL RIVAS LEÓN**  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

**TITULO**

**INFLUENCIA DE LAS REDES SOCIALES EN EL CONTROL GLUCÉMICO DEL  
ADULTO MAYOR CON DM2 EN LA UMF 4 TEQUISQUIAPAN QUERETARO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. MA. DEL REFUGIO ANDRADE MORFIN**

**A U T O R I Z A C I O N E S**

**DR FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**  
*JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR*  
*FACULTAD DE MEDICINA*  
*UNAM*

**DR FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM

**DR ISAÍAS HERNANDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
UNAM

## AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer, a mis padres que me dieron la vida, que me impulsaron a salir adelante, y me inspiraron a realizar esta tesis Teresa y José Luis

A mis queridas hijas Yetlanezi, Aketzali y Melisa quienes iluminan mi vida y son el motor que me mueve, gracias mis amores.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE  
POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INDICE**

Portada y autorizaciones.....	1
Índice general.....	4
Marco teórico (marco de referencia o antecedentes).....	5
Planteamiento del problema.....	13
Justificación.....	15
Objetivos.....	16
- General	
- Específicos	
Hipótesis (no necesaria en estudios descriptivos).....	17
Metodología.....	18
- Tipo de estudio	
- Población, lugar y tiempo de estudio	
- Tipo de muestra y tamaño de la muestra	
- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	
- Información a recolectar (Variables a recolectar)	
- Método o procedimiento para captar la información	
Consideraciones éticas.....	21
Resultados.....	22
- Descripción (análisis estadístico) de los resultados	
- Tablas (cuadros) y gráficas	
Discusión (interpretación analítica) de los resultados encontrados.....	32
Conclusiones (incluye sugerencias o recomendaciones del investigador).....	33
Referencias bibliográficas.....	34
Anexos.....	37



## **MARCO TEORICO:**

De acuerdo a la OMS (Organización Mundial de la Salud) 1979 se considera adulto mayor a los de más de 60 años para los que viven en los países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados. En 1994 la OPS (Organización Panamericana de la Salud) ajustó la edad de 65 años y mas para considerarlo adulto mayor. (1)

Según el CONAPO (Consejo Nacional de Población) la población para el año 2050 será de más de 130 millones de habitantes, la población infantil de (0 -14 años) sufrirá un disminución de 13.8 millones y la población de adultos mayores un aumento de 14.1 millones. Los adultos mayores presentarán el crecimiento demográfico más dinámico, se multiplicará casi 7 veces, de 4.8 a 32.4 millones de habitantes, y de 4.8 a 24.6 se incrementará su participación laboral, por lo que se considera que para esa fecha 1 de cada 4 mexicanos será adulto mayor y la vida media aumentará de 75.3 años a 83.7 años (actualmente 73.1 para hombres y 77.6 para mujeres), en medio siglo será de 82 para hombres y 85.5 para mujeres.

En el año 2000 la población mundial infantil representó el 29.9%, la población de los adultos mayores el 6.9% y se espera para el año 2050 el grupo infantil disminuirá un 21%, el grupo de adultos mayores aumentará 15.6%; en medio siglo el envejecimiento del mundo representará un aumento de 1,041 millones de habitantes mayores de 65 años, 14% en países en desarrollo, 77% en países en vías de desarrollo y 9% países subdesarrollados. Siendo por lo tanto los países pobres quienes tendrán más población de adulto mayor. ( 2 )

La esperanza de vida en México en 1920 era alrededor de 30 años, ya que enfermedades como la viruela, paludismo, tuberculosis, sarampión, diarreas y bronconeumonías cobraban una gran cantidad de víctimas a edades tempranas. Con la mejoría en las condiciones de vida y el avance científico y tecnológico, entre los que destaca el empleo de vacunas, la introducción de agua potable, de



sistemas de eliminación de excretas y la mayor cobertura de servicios médicos, entre otros elementos, el promedio de vida ha ido aumentando progresivamente hasta alcanzar en el 2002 en las mujeres edades de 78.2 años y 73.7 años en el hombre. (3)

El envejecimiento en México como país en vías de desarrollo, además de los problemas sociales y de salud que comparten también con los países industrializados, se caracteriza por un rápido crecimiento, estos envejecerán rápidamente en menos de treinta años; la pobreza es un indicador que marca la diferencia en donde los países desarrollados eran ricos cuando envejeció su población, mientras que en los países en desarrollo envejecen aún siendo pobres, la heterogeneidad e inequidad, como característica de desarrollo acentúa las diferencias biopsico-sociales entre los individuos así como las desigualdades socioeconómicas y de género. (4)

En una encuesta de mortalidad de adultos mayores distribuida por sexo realizada en el año 2000 reportó que el 55.7 % del total de defunciones en el país fueron varones, dando un índice de sobre mortalidad masculina de 126%, por lo que estos datos reflejan una esperanza de vida mayor en mujeres.

Las primeras cuatro causas de muerte en este grupo etáreo son: enfermedades del corazón, diabetes mellitus, enfermedad cerebro vascular y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, que representan 42.7% del total de defunciones (5).

En México, el proceso de envejecimiento se hace más evidente a partir de la década de 1970; para 1990 el porcentaje de adultos mayores representó el 6.14% de la población total con cerca de 5 millones de personas (6).

El estudio de las características y condiciones de salud de este grupo poblacional adquiere cada vez mayor importancia, lo que ha impulsado a diferentes organismos a analizar el tema y elaborar planes y programas para dar respuestas oportunas, adecuadas y económicamente factibles a los efectos de dicho envejecimiento.(7 )

Este grupo es importante puesto que es objeto de programas y acciones específicas de promoción y fomento de salud y ciertamente los hace una población diferente en cuanto a los factores de riesgo (8).

La mayor esperanza de vida es resultado de diversos factores, entre los que destacan una disminución en las tasas de mortalidad, en particular infantil, y una reducción en las tasas de fecundidad. Para la salud pública, el reto no es sólo prolongar la vida, sino que el individuo que llegue a viejo se encuentre y mantenga sano, en equilibrio biopsicosocial (9). Se prevé que para 2050 la proporción de ancianos igualará la de niños de 0 a 14 años, lo que constituirá un precedente en la historia de la humanidad, pues por primera vez, los jóvenes y los viejos representarán la misma proporción demográfica.

Según INEGI (Instituto Nacional de Geografía e Historia) la población total en México al año 2005 era de 103.2 millones de mexicanos, estando México entre los 11 países más poblados del mundo.

El Estado de Querétaro cuenta con una población de 1,598,139 habitantes que corresponde al 5.21% de la población total, el 49.95 son hombres y el 50.05% mujeres, el municipio de Tequisquiapan cuenta con una población total de 47,969 habitantes de los cuales 24,332 son hombres y 25,637 son mujeres, siendo la población de adultos mayores de 2,370 1,086 hombres y 1,284 mujeres.(10)

El costo de los servicios de salud del IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) para los adultos mayores constituyó 19.4% del ingreso total y del 26% de sus gastos en 1997, diabetes e hipertensión arterial son las dos enfermedades crónicas de mayor prevalencia en el Instituto las cuales representaron un número total de casos atendidos de 280 mil en 1996 y de 670 mil en el 2000 para este grupo etareo. Se anticipa un incremento de casos de 1.1 millones en el 2010 y de 1.5millones en el 2020 (11)

En 1995, el total de derechohabientes mayores de 65 años y más fue de 1 307 237 el (47%) hombres y 1 455 376 (53%) mujeres; por grupo de edad, se

observa la siguiente proporción: 65-69 años (34%), 70-74 años (26%), 75-79 años (17%), 80-84 años (12%), 85 años y más (11%); congruente la disminución conforme aumenta la edad.

La mayor proporción de la población derechohabiente adulta mayor se localiza en los estados con mayor grado de industrialización, donde se asienta la planta productiva; el 23% en la región norte que comprende los estados de Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León, San Luís Potosí, Tamaulipas y Zacatecas-, y solamente el 4% en la región Oriente - Campeche, Quintana Roo y Yucatán.

La población derechohabiente adscrita a médico familiar, en el grupo de 65 y más años, se incrementó de 2 409 059 en 1990 a 2 762 613 en 1995, en el ámbito nacional; tales cifras representan un aumento del 6.41% al 8% de la población total, se espera el 10% para el año 2000

La prevalencia de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) en la población adulta se reportó en un 7.4 % en 1995 con un valor esperado de alrededor del 9% para 2025 (12).

En el año 2001 SABE ( Salud, Bienestar y Envejecimiento) se realizó encuesta sobre envejecimiento en México arrojando los siguientes resultados; 40.7% de la población de adultos mayores fueron mujeres, 59.23% hombres, lo que nos habla de una mayor sobrevivencia en mujeres adultos mayores, el 18.4% no saben leer ni escribir, el 95 % son casados o en unión libre, el 35.4% Vivian solos, 64% reciben dinero de algún miembro del hogar, el 99.6% trabajó, el 75% de las mujeres estuvo incorporada a la vida laboral, el hombre empezó a trabajar a los 13.5 años y la mujer a los 18.6 años, al momento de la entrevista el 50% de los hombres trabajaba y el 25% de las mujeres, la mitad de la población encuestada refirió que sus ingresos no eran suficientes para cubrir sus gastos, en las características de la vivienda el 60% era piso de tierra.

En cuanto a factores de riesgo el 20% refirió haber comido menos por problemas digestivos o falta de apetito, el 13% refirió haber perdido más de 3 Kg. de peso en el último año, el 38% fumo en alguna etapa de su vida y el 116.5% continua fumando, en cuando a la percepción de su salud, el 20% considero que era mala el 50% regular y el 30% la refiere como buena, muy buena o excelente, los principales padecimientos que declararon son problemas de visión 67%, audición 47%, hipertensión arterial 42%, de los enfermos crónico degenerativos los que portan hipertensión el 77% dijo estar tomando algún fármaco, el 65 % no ha seguido un régimen alimenticio, el 22% de los adultos mayores refirió tener diabetes, y de estos el 84% toma hipoglucemiantes orales, 10% insulina, 46% ha bajado de peso o sigue una dieta especial.

Alrededor de un 20% de adultos mayores son portadores de DM2 y casi un 40% tienen intolerancia a la glucosa. El tipo de diabetes más frecuentemente presentada por el adulto mayor es la tipo 2 con un alto componente de insulino resistencia acentuada por el proceso de envejecimiento y con una insulino deficiencia relativa; la diabetes tipo 1 de origen autoinmune que lleva a la destrucción total de las células beta del páncreas, ha sido descrita en un porcentaje bastante bajo en adultos mayores. (13)

En nuestro país de acuerdo al censo de 1993 se ha calculado alrededor de un millón de personas portadoras de esta enfermedad, de las cuales alrededor de 300,000 son adultos mayores (14)

Para el año 2007 las Unidades de Medicina Familiar de todo el país del Instituto Mexicano del Seguro Social se diagnostican diariamente cerca de 400 casos de DM2 la mayor parte de éstos corresponde a mujeres y del total, los más afectados son los adultos mayores de 60 años de edad tiene una alta prevalencia en la población mexicana adulta. (15)

La prevención primaria debe estar dirigida a combatir los factores de riesgo modificables como son la obesidad, sedentarismo, hiperlipidemias, hipertensión, tabaquismo y nutrición inapropiada, es decir fomentar un estilo de envejecimiento saludable. La prevención secundaria estará dirigida a los pacientes portadores de DM2 o intolerancia a la glucosa y tiene como objetivos a través del buen control metabólico de la enfermedad, prevenir las complicaciones agudas y crónicas. La prevención terciaria está dirigida a pacientes diabéticos con complicaciones crónicas, para detener o retardar su progresión; esto incluye un control metabólico óptimo y evitar las discapacidades mediante la rehabilitación física, psicológica y social, impidiendo la mortalidad temprana. Tanto la prevención secundaria como terciaria, requieren de la participación multidisciplinaria de profesionales especializados (16)

La salud en la tercera edad es el resultado del estilo de vida que tuvo la persona en sus años previos como actividad física, nutrición, hábitos nocivos, etc. que repercuten en la vejez, de ahí la importancia de las actividades y programas de promoción y prevención en salud para favorecer que los adultos mayores sean capaces de ser autónomos e independientes, disminuir las brechas generacionales, reconociéndolos como un grupo heterogéneo en cuanto a sexo y estados funcionales, enfocar el envejecimiento como una parte del ciclo vital, fomentar la solidaridad intergeneracional y reasignar los recursos para evitar condiciones de pobreza en este grupo etareo.

En el año 2000 un estudio chileno encontró una alta prevalencia de factores de riesgo y hábitos de vida poco saludables, más del 50% de los adultos mayores acudían al menos 5 veces al año al consultorio por motivos de control y sólo 25% de ellos iban a estos centros de salud por alguna enfermedad aguda, lo que indica que existen muchos puntos de contacto entre los profesionales de la salud y los adultos mayores, dentro de la atención primaria. (17)

Se han implementado estrategias para el abordaje y la valoración en este grupo en forma global e integral, en donde las intervenciones médicas sean efectivas e incluyan a la familia, (situación con la que los médicos están poco habituados). Por

lo tanto, es necesario tener suficientes referencias al considerar al anciano como una entidad holística, es decir, que tiene relación con el medio ambiente (familia, equipo de salud, etc.) La falta de apoyo familiar, económico y de las redes de asistencia social, pueden ser algunos de los factores que desencadenen problemas patológicos o de enfermedad y traducirse como trastornos del orden psicosocial (síndromes geriátricos), por lo tanto se proponen intervenciones o guías, que evalúen la dinámica familiar, establecer una relación médico-anciano-familia adecuada, tomando en cuenta las redes de apoyo psicoafectivas, estableciendo un plan diagnóstico global o integral del anciano y su familia, un plan terapéutico individualizado, prevenir o evitar iatrogenia, abuso y negligencia. (18)

La guía de evaluación gerontológico integral del Instituto Mexicano del Seguro Social incluye ocho de las principales prioridades de salud en los adultos mayores (problemas de visión, audición, caídas o dificultad al caminar, incontinencia urinaria, trastornos de la nutrición, depresión, trastornos de memoria y alteraciones del sueño) así como cuatro aspectos fundamentales en la evaluación (consumo de medicamentos, funcionalidad física, calidad de vida y funcionalidad social). Se ofrecen recomendaciones sencillas para la detección, diagnóstico y alternativas de manejo en atención primaria. (19)

Las redes sociales, son el conjunto de redes que formamos durante nuestra vida; las cuales son de gran ayuda para la población envejecida, que no tiene acceso a redes institucionales de apoyo para satisfacer sus necesidades, van a depender fundamentalmente de la red familiar a fin de sobrevivir en la vida cotidiana, las redes sociales, apoyan al adulto mayor satisfaciendo necesidades las cuales pueden ser materiales (como dinero, alojamiento, comida, ropa y pago de servicios); instrumentales (como el cuidado, transporte y labores del hogar) emocionales (como el afecto, compañía, empatía, reconocimiento y escucha) y cognitivos (como el intercambio de experiencias, información y consejos). Las redes sociales de apoyo se clasifican en tres tipos: las redes primarias, la

conforman la familia, los amigos y vecinos, las redes secundarias o extra familiares , que son todas aquellas conformadas en el mundo externo a la familia, como los grupos recreativos, los propios grupos de adultos mayores, las organizaciones civiles y sociales que operaran en la comunidad, las organizaciones religiosas, así como las relaciones laborales o de estudio y las redes institucionales o formales que están integradas por el conjunto de organizaciones del sector `publico, además de los sistemas judicial y legislativo, en los distintos niveles, federal, estatal y municipal, con el aumento en la esperanza de vida la red social primaria cobra mucha importancia en el adulto mayor. (20)

En relación a la satisfacción de sus redes sociales se encontró que el 43.6% de los adultos mayores cuentan con mal o nulo apoyo y el 45,7% reportan estar muy satisfechos. (21)

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El fenómeno de envejecimiento es un desafío para las sociedades, que exigen respuestas oportunas y eficaces en los ámbitos de la salud, político y socioeconómico a mediano plazo, para que las condiciones de ese grupo sean dignas y seguras. En la actualidad, América Latina y el Caribe tiene cerca de cincuenta millones de personas de sesenta años y más. Según las proyecciones, para el año 2050 uno de cada cuatro latinoamericanos será una persona mayor y en seis países de la región un 30% de sus habitantes tendrá más de 60 años, en México se estima que sea uno de cada tres mexicanos.

El adulto mayor, como parte importante en nuestra sociedad, pero también con déficit en sus capacidades, (disminución de la agudeza visual y auditiva) físicas, mentales y sociales, vinculadas con enfermedades crónico-degenerativas, principalmente la DM2 y sus complicaciones, como, hipertensión, DM2 lo hacen ser una población muy vulnerable en donde las redes de apoyo pueden ser una estrategia viable para el manejo y control de este grupo.

Entendiendo como redes sociales a los familiares, amigos vecinos, organizaciones civiles, religiosas y gubernamentales que toman gran importancia y son fuente primordial de apoyo para el adulto mayor, donde nuestra población se verá beneficiada, ya que actualmente se cuenta con poco apoyo de la red familiar y nulo apoyo, de las redes extra familiares o gubernamentales. en su gran mayoría En nuestra unidad el 14% de la población son adultos mayores y de estos el 50% son portadores de DM2 que en su mayoría se encuentra descontrolada debido en gran parte a la carencia de estas redes sociales de apoyo. Si a esto le agregamos el gran numero de analfabetas que existe en este grupo de edad, al abandono de sus familiares esto se recrudece aún mas, ya que más del 35% viven solos, y que a pesar de su edad el 50% de los hombres y el 25% de las mujeres aun trabajan, aun así la mitad de ellos refieren que no tienen suficientes ingresos ya que su trabajo se ve depreciado por la sociedad a causa de ello viven más del 60% en condiciones sanitarias deficientes, en desnutrición, aumentando el riesgo de



contraer enfermedades, y si tomamos en cuenta que aproximadamente el 20% sufren de problemas digestivos por las características propias de la edad, así como pérdida peso gradual al paso de los años, aumentan sus factores de riesgo, además de otros ya existentes como el tabaquismo, ya que aproximadamente el 38% fumaron alguna vez en su vida, otros lo continúan haciendo, las mujeres cocinaron con leña aumentando el riesgo de padecer enfermedades respiratorias crónicas como EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) Cáncer, teniendo los adultos mayores como percepción de su salud en 50% regular salud, 30% buena y 20% mala, además de las deficiencias propias de su grupo etáreo estamos ante una población muy vulnerable la cual necesita ayuda urgente donde se tengan que realizar nuevos programas de apoyo redes sociales gubernamentales que verdaderamente funcionen, ya que si actualmente es un problema de social este se recrudecerá al paso de los años porque la pirámide se invertirá y los adultos de hoy sufriremos las consecuencias de no preocuparnos por formar esas redes y reforzar las ya existentes.

Por lo que nos planteamos la siguiente pregunta:

**¿COMO INFLUYEN LAS REDES SOCIALES EN EL CONTROL GLUCEMICO DE LOS ADULTOS MAYORES CON DM2**

## **JUSTIFICACION**

El adulto mayor diabético, es una población vulnerable por sus características propias de su edad y las complicaciones de esta patología; en nuestra comunidad, este grupo etáreo se encuentra con abandono familiar y social, reflejado por el incumplimiento a las citas medicas, por el mal control en su patología debido a déficit de sus capacidades físicas y mentales, dificultando la comprensión de las indicaciones medicas por asistir solos a la consulta, por lo que la mayoría de veces no hay apego al tratamiento, por lo que se hace necesario el presente estudio para investigar cómo influyen las redes sociales de apoyo en el control glucémico del adulto mayor con DM2

## **OBJETIVOS**

### OBJETIVO GENERAL

Determinar la influencia de las redes sociales de apoyo en el control glucémico del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo 2.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar el control glucémico
2. Determinar factores sociodemográficos de los pacientes (edad, sexo, ocupación, nivel económico)
3. definir el tipo de familia
4. Identificar el tipo de red social de apoyo

## **HIPÓTESIS**

Ho. Las redes sociales de apoyo contribuyen favorablemente en el control glucémico del adulto mayor con DM2

Ha. Las redes sociales de apoyo no contribuyen favorablemente en el control glucémico del adulto mayor con DM2

## **METODOLOGIA**

TIPO DE ESTUDIO: transversal descriptivo

UNIVERSO: Todos los adultos mayores

POBLACIÓN: Adulto Mayor con DM2

LUGAR: UMF # 4 Tequisquiapan Querétaro

TIEMPO DE ESTUDIO: De noviembre del 2007 a febrero del 2008.

TIPO DE MUESTRA: A conveniencia

TAMAÑO DE MUESTRA:

El tamaño de la muestra se calculo en base al programa estadístico epi info. 2000 con una población de 832 adultos mayores con DM2, prevalencia de diabetes del 9%, error aceptable del 10% y nivel de confianza del 95%. Incrementado con un 20% por probable perdidas. 130 pacientes.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Pacientes diabéticos tipo 2 mayores de 60 años adscritos a la UMF No. 4 y que acudan a control mensual.

Sin deterioro cognitivo

Con un reporte de glucosa en los últimos 3 meses

Que contesten el cuestionario al 100%

Que acepten firmar hoja de consentimiento informado

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Pacientes mayores de 60 años que no sean diabéticos

Pacientes que no cuenten al menos con una cifra de glucosa

Pacientes que hayan causado baja

CRITERIOS DE ELIMINACION: no hay

## INFORMACION A RECOLECTAR:

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Edad	Número de años que tiene una persona desde el momento de su nacimiento.	Adulto con edad de 65 años y más en el momento del estudio evidenciada por una identificación oficial	Cuantitativa	Continua	Años
Sexo	Características anatómicas fisiológicas que diferencian al individuo de acuerdo a los cromosomas sexuales X e Y que tiene el individuo.	Características dadas por el fenotipo y por las características sexuales secundarias.	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
Ocupación	Son las labores que desempeña la persona a lo largo de su vida	Actividad que desempeña el adulto mayor con o sin remuneración que le permiten sobrevivir en forma independiente.	cualitativa	Nominal	hogar jubilado empleado comerciante
Estrato socioeconómico	Se define como capacidad de solvencia económica y el nivel social	Determinación del estado socioeconómico con el método de Graffar que incluye, profesión del jefe de la familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingresos, condiciones de la vivienda..	cualitativa	Ordinal	Estrato alto medio alto medio bajo obrero marginal
Familia	Grupo compuesto por esposo, esposa e hijos o un padre o madre con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo.	Clasificación de familia de acuerdo a parentesco: nuclear, nuclear simple, nuclear numerosa, reconstruida, monoparental, monoparental extendida, monoparental extendida compuesta, extensa, extensa compuesta y no parental	Cualitativa	Nominal	nuclear, nuclear simple, nuclear numerosa, reconstruida, monoparental, monoparental extendida, monoparental extendida compuesta, extensa, extensa compuesta y no parental
Red social	Relaciones familiares y no familiares que se establecen dentro de la sociedad para apoyo físico, moral y psicológico dentro de la vida del adulto mayor	Presencia de apoyo físico, material, psicológico y/o económico que se recibe por parte de algún miembro de la familia, amigos, vecinos, grupos de adultos mayores, grupos recreativos, organizaciones civiles y sociales,	Cualitativa	Nominal	Primarias  Secundarias  Institucionales o formales

Red social	Relaciones familiares y no familiares que se establecen dentro de la sociedad para apoyo físico, moral y psicológico dentro de la vida del adulto mayor	Presencia de apoyo físico, material, psicológico y/o económico que se recibe por parte de algún miembro de la familia, amigos, vecinos, grupos de adultos mayores, grupos recreativos, organizaciones civiles y sociales, organizaciones religiosas, laborales o	Cualitativa	Nominal	Primarias  Secundarias  Institucionales o formales
------------	---	--	-------------	---------	--

## METODOLOGIA

Previa autorización del comité local de investigación 2022 y firma de hoja de consentimiento informado, se aplicó por el investigador en los seis consultorios de ambos turnos de la Unidad de Medicina Familiar No. 4 del IMSS Tequisquiapan, Qro. cuestionario ex profeso, escala de evaluación de nivel socio-económico graffar Méndez Castellano, a los pacientes diabéticos tipo 2 mayores de 65 años que acudieron a consulta, obteniéndose la muestra por cuota hasta complementar el tamaño de muestra, se recolectaron los resultados en una base de datos del programa estadístico SPSS.12, realizando estadística descriptiva, X<sup>2</sup> y OR

## **CONSIDERACIONES ETICAS**

El presente estudio se apega a lo establecido en:

- Manual de organización del Instituto Mexicano del Seguro Social consejo Técnico, Acuerdo No. 7802, octubre de 1980.
- Manual de Organización de la Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación del H. Consejo Técnico, Acuerdo No. 1516/84 del 20 junio de 1994.
- Plan Nacional de Desarrollo 1983 – 1988. Poder Ejecutivo Federal Parte II, apartados 7.4 y 8.12 parte III, apartado 10.2
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4.

Ley General de Salud; Artículo 2º., Fracción VII, artículo 3º., Fracción Título quinto, capítulo único, artículos 96 al 103.

- Artículo del Consejo de Salubridad General del 23 de diciembre de 1981., publicado en el Diario Oficial de la Federación del 25 enero de 1982, que crea las comisiones de investigación y ética en los establecimientos donde se efectúa una investigación Biomédica.
- Decreto Presidencial del 8 de junio de 1982 publicado en el Diario Oficial.

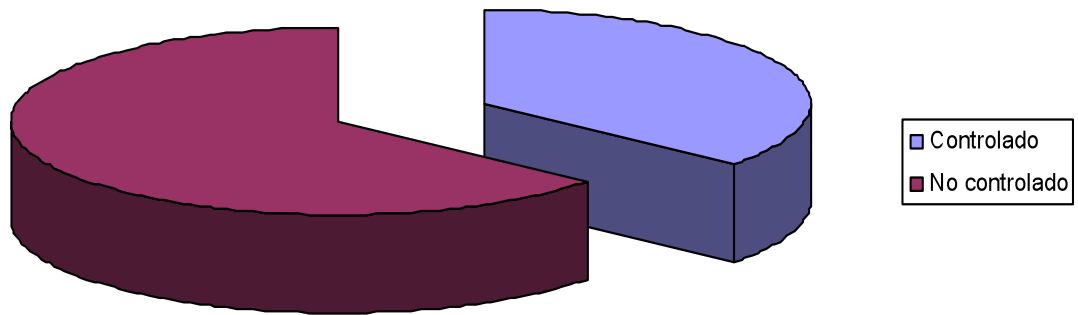
Del 4 agosto de 1982, que establece la formación de comisiones de Bioseguridad en las instituciones donde se efectúen investigaciones que utilicen radiaciones o trabajo en procedimientos de ingeniería genética.

- Declaración de Helsinki, Modificación de Tokio, Revisada por la XXX Asamblea Mundial, Tokio, Japón 1975.



## RESULTADOS

### Control de glucosa (gr/dl)

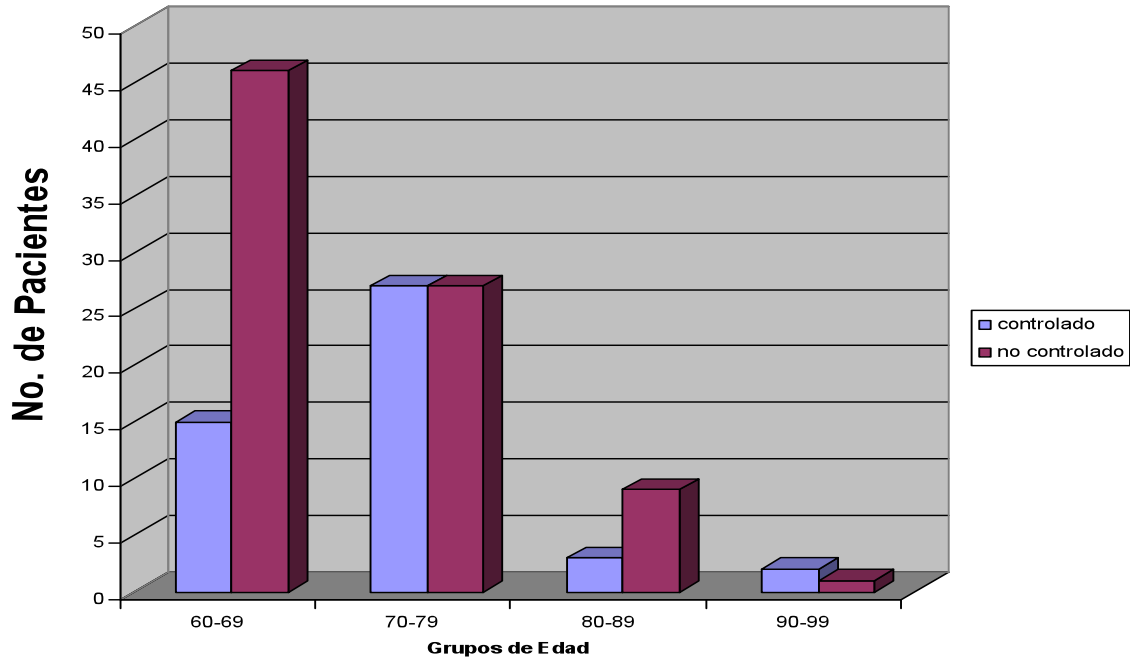


**N= 130**

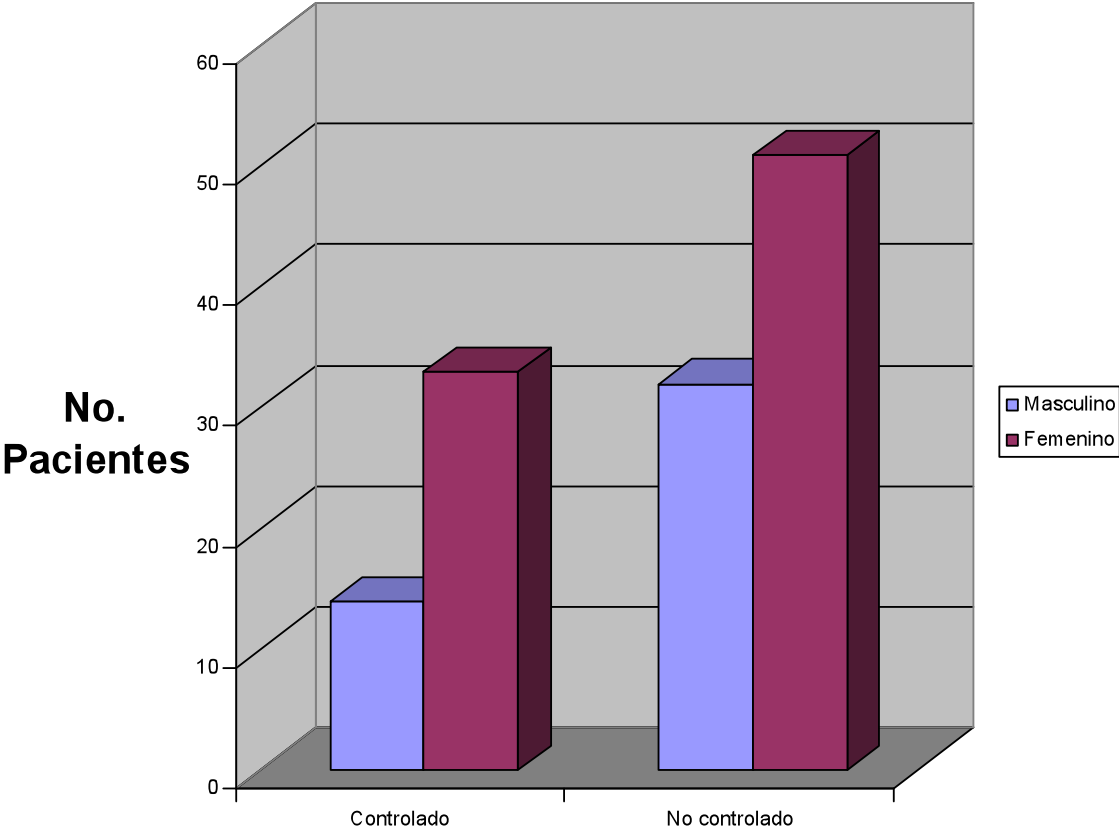
Controlado x 90.19 + -12.51  
No controlado x 161+47.15  
P= .000 t student

Fuente: Hoja de recolección de datos

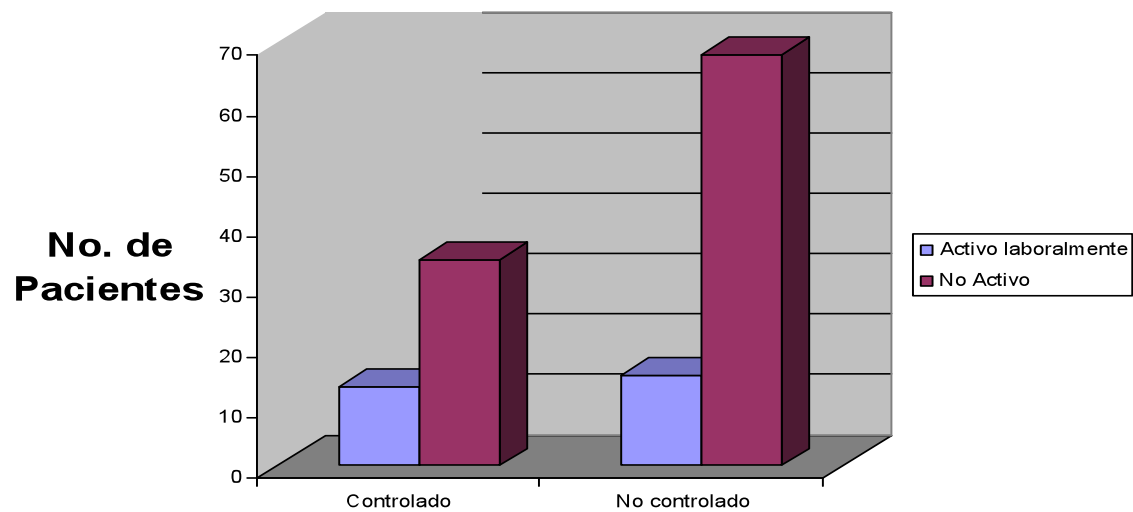
## Control de Glucosa por Grupos de Edad



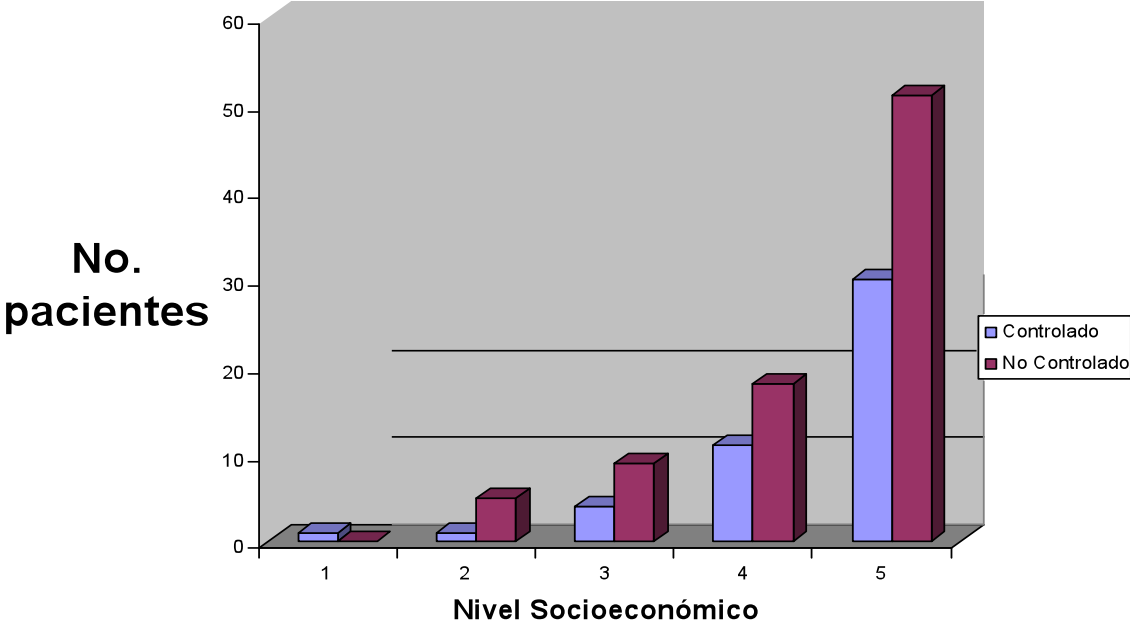
# Control de Glucosa por Género



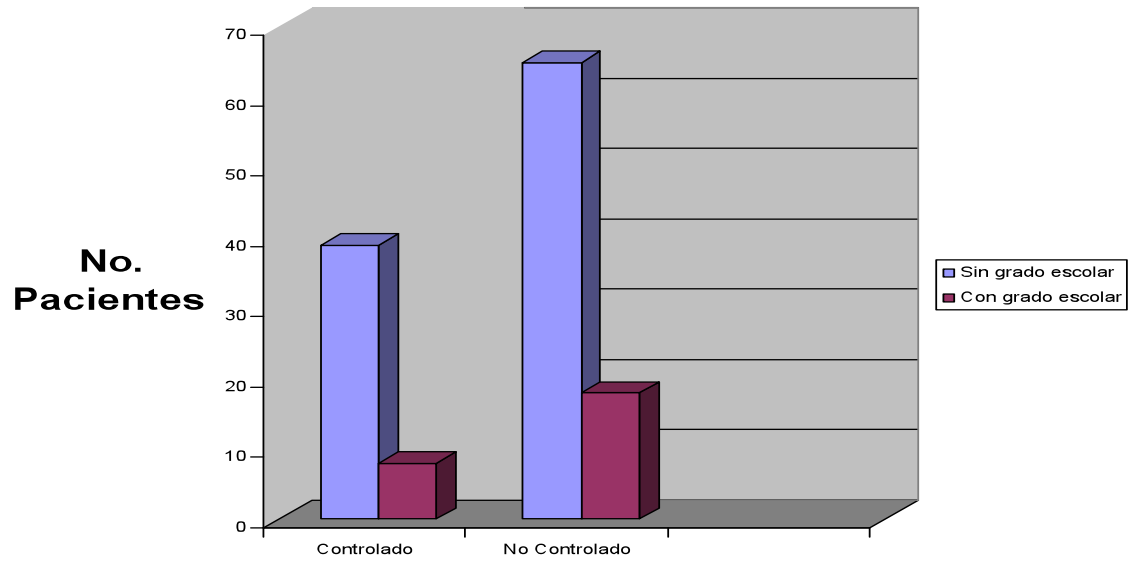
## Control de Glucosa según Actividad Laboral



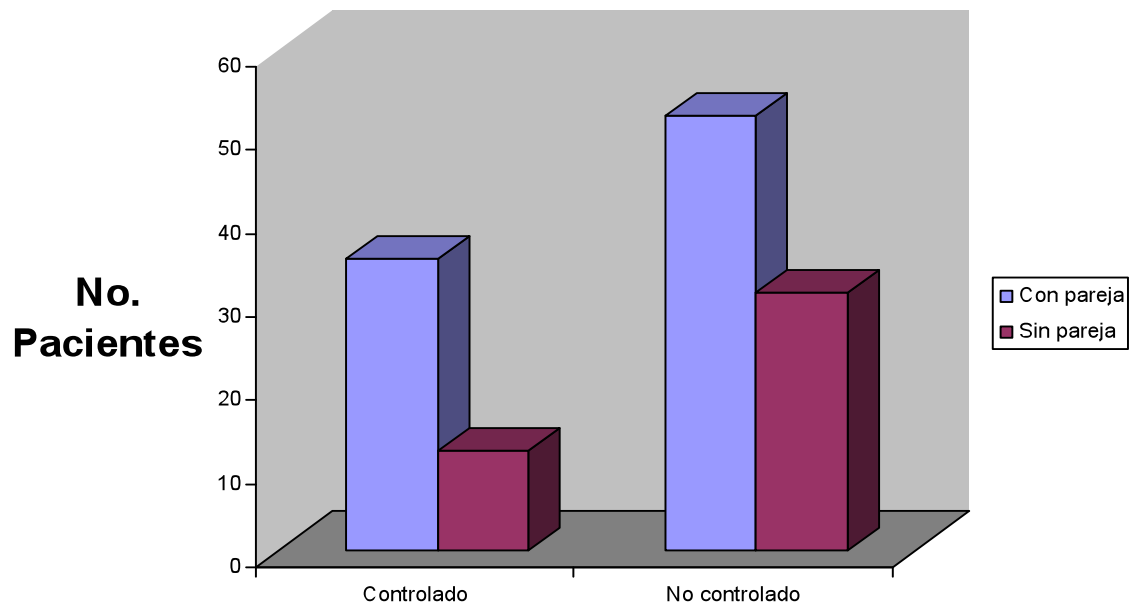
# Control de Glucosa de Acuerdo a Cuestionario de Graffar



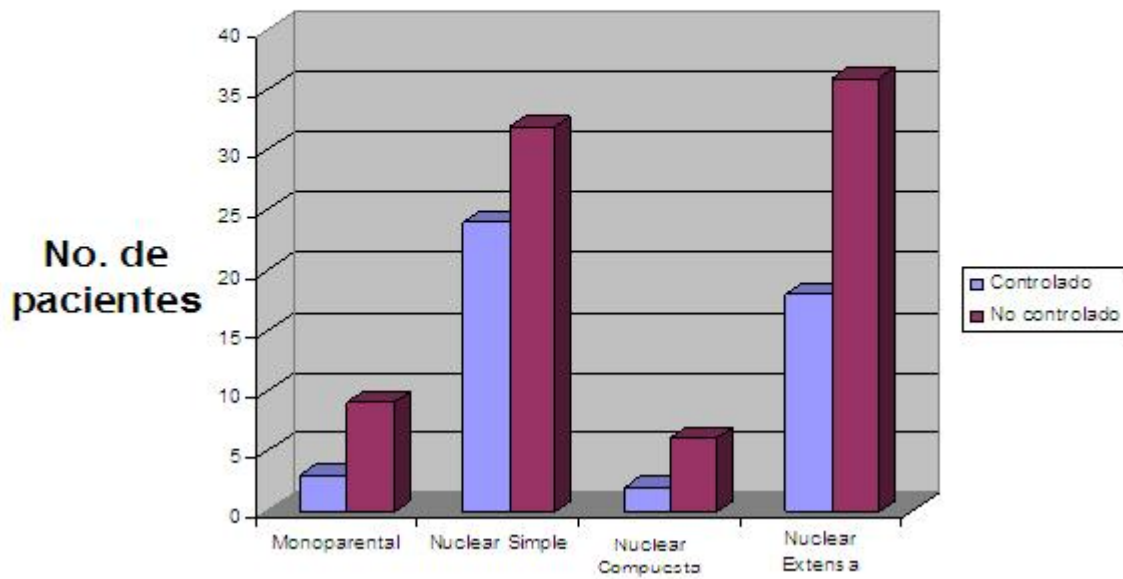
## Control de Glucosa de Acuerdo a Escolaridad



## Control de Glucosa según Estado Civil

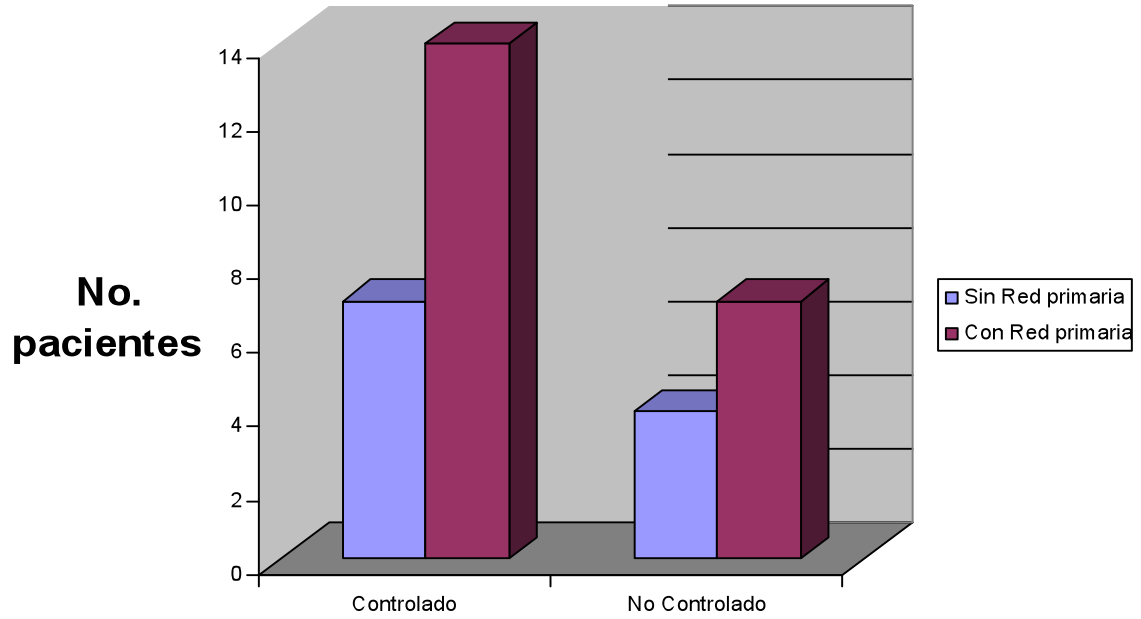


## Control De Glucosa Según Tipo de Familia

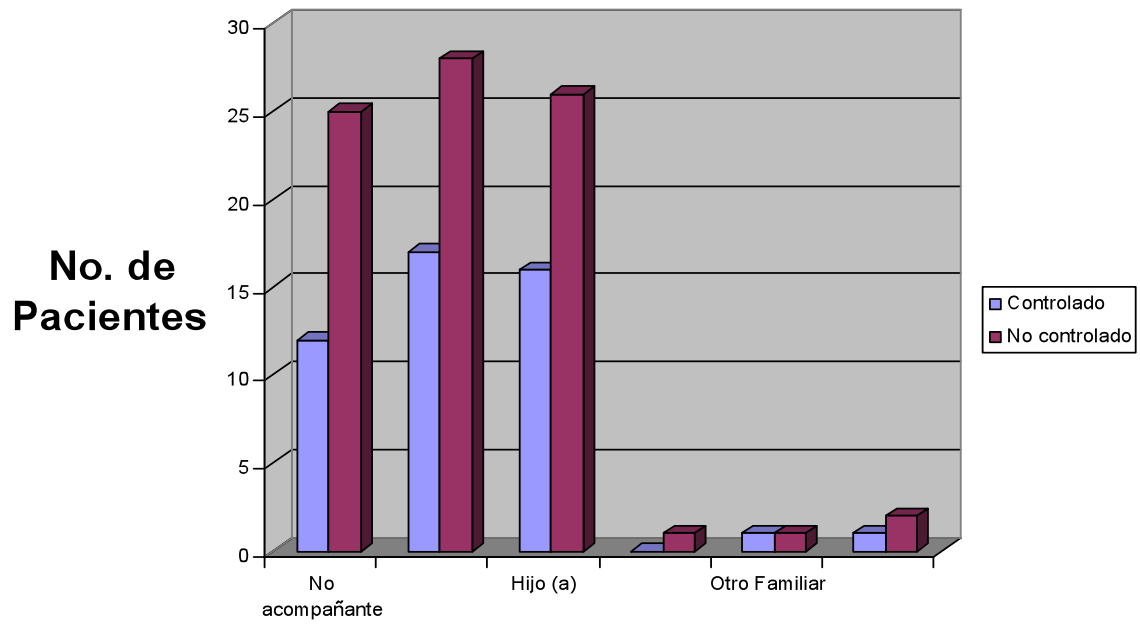




## Control de Glucosa de Acuerdo a Red Primaria



## Control de Glucosa Según Red de Apoyo Primaria



## DISCUSIÓN

En la presente investigación se encontraron resultados satisfactorios aunque estadísticamente no significativos en cuanto al control glucémico de los adultos mayores que tienen redes de apoyo primarias en general es de un 19% en comparación con el 11% de los que no cuentan con estas redes, en la literatura se comenta solo la satisfacción de contar con estas redes hasta de un 45% sin relacionarlos con los controles glucémicos o metabólicos.

En donde la red primaria de apoyo se aprecia mejor control del género masculino que del femenino, siendo la red secundaria significativa  $p = .035$ , y la red social formal en un 100% en los pacientes sujetos a este estudio, siendo no significativa.

Se mencionan en un programa nacional de salud 2002-6 del 25 al 40% de control metabólico tomando en cuenta otras consideraciones como bajo apego al tratamiento, lo que conduce a un deficiente control del padecimiento, los factores sociodemográficos en nuestro estudio no fueron significativos así como el tipo de familia por lo que podemos manifestar que los factores de mayor relevancia en el control glucémico de los pacientes diabéticos mayores continua siendo la dieta y el ejercicio como piedras angulares. Para el año 2025, el país ocupará el séptimo lugar si no se realiza una campaña trascendente de prevención, y control de la diabetes, se encontró que la mayor prevalencia se presenta en pacientes de 60 – 69 años, coincidiendo en este dato con el reporte de la UMF 4 lo cual irá en aumento al incrementarse la esperanza de vida, se observo discreta prevalencia femenina, coincidiendo con estudio peruano.

Con el graffar solo se encontró que la población que predomina en cuanto a nivel económico es el nivel 5 de pobreza, esto debido al tipo de población de estudio, la escolaridad es un factor importante para el control glucémico ya que se encontró mayor incidencia en pacientes sin grado escolar.

El tener pareja se considera un factor protector en este estudio, con predominio en los tipos de familia nuclear extensa y nuclear simple, donde la red primaria de apoyo se aprecia mejor control del género masculino que del femenino, siendo la red secundaria significativa  $p = .035$ , y la red social formal en un 100% en los pacientes sujetos a este estudio, siendo no significativa.



## **CONCLUSIONES**

Como resultado de proyecto de investigación se concluye, que aunque la red primaria, familiares, amigos, vecinos, es la principal red de apoyo, esta no toma tal relevancia para el control de la DM2 en el adulto mayor, encontrando porcentajes no significativos en los pacientes no controlados, con ligero incremento sobre todo en las mujeres, con un factor protector en los hombres, y teniendo mas importancia la red secundaria de apoyo, para el control glucemico, con un factor protector para la mujer.

Por lo que se llega a la siguiente conclusión, la red primaria de apoyo es relevante, pero si a esto le agregamos que el paciente adulto mayor con DM2 cuenta además con una red social de apoyo secundaria, esto se verá reflejado aún mas en su salud, tanto que en un futuro, la redes sociales secundarias, cobrará aun más importancia para el adulto mayor, dada la inversión de la pirámide poblacional, tendremos que buscar nuevas estrategias para formar redes sociales secundarias y formales, así como fortalecer las ya existentes, todo esto en beneficio del adulto mayor y la sociedad en general.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- Fajardo-Ortiz G. El adulto mayor en América Latina. Sus necesidades y sus problemas médico sociales. México, DF.: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social/Organización Panamericana de la Salud/Oficina Sanitaria Panamericana/Organización Mundial de la Salud, 1995:13-26.

2.-. Hilda Irene Novelo de López. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y DEMOGRÁFICA DEL ADULTO MAYOR EN LA ÚLTIMA DÉCADA. XVIII Congreso Nacional de AMMFEN. Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición. Edición Especial No. 5.2003

3.- Dr. Juan José García. Perfil epidemiológico del adulto mayor en México. Rev. FAC MED UNAM, 1999; 42:35-36.

4.-Roberto Ham, Luís M. Gutiérrez Robledo. "El envejecimiento demográfico en México: importancia económica, social y política" Eds. México, Panamericana, 2001

5.-García GJJ. Panorama de la mortalidad en el adulto mayor en México. Rev. FAC MED UNAM, 1999; 42:35-36.

6.-Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. La tercera edad en México. XI Censo General de Población y Vivienda 1990. 2a. edición. México, DF.: INEGI, 1993

7.-Organización Panamericana de la Salud. Centro Latinoamericano de Demografía. Centro Internacional del Envejecimiento. Pronunciamiento de consenso sobre políticas de atención a los ancianos en América Latina; 1992 noviembre 2-6; Santiago de Chile.

8.-Chávez-Samperio J. El máximo consumo de oxígeno (VO<sub>2</sub>MX). Composición corporal y factores de riesgo como indicadores positivos de salud en jubilados y pensionados. Rev. MED IMSS Méx. 1995; 33:271-277.

9.- Gutiérrez RLM. Perspectivas para el desarrollo de la geriatría en México. Salud Pública Méx. 1990: 693-701

10.- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.  
<http://www.inegi.gob.mx/>

11.-Aspectos epidemiológicos del adulto mayor en el Instituto Mexicano del Seguro Social Salud Pública Méx. 1996; Vol. 38(6):448-457

12.- García GJJ. Panorama de la mortalidad en el adulto mayor en México. Rev. FAC MED UNAM, 1999; 42:35-36.

13.- Albala C. Lebraom I, León Díaz, EM, Encuesta salud bienestar y Envejecimiento Revista panamericana de la salud Pública 2005;17(5/6) 307-22

14.- Borges-Yáñez A. Situación epidemiológica de la población anciana en México. Bol DGE/SNVE 1996;vol. 13

15.- PREVENIMSS”, Manuel Antonio Cisneros Salazar. Viernes 4 de mayo de 2007

16.-Bibliografía *Profesor Principal de Medicina de La Universidad Peruana Cayetano Heredia Dr. segundo seclèn Santisteban diabetes mellitus en el adulto mayor diagnostico volumen 42 número 4 julio agosto 2003*

17.- M. Cecilia Arechavala M. Profesor Adjunto de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile Promoción en Salud y Envejecimiento Activo Edición Mayo 2007I Jornada Internacional de Enfermería Gerontológica y Geriátrica de la V región (III)

18.-Dr. Jaime Enrique Encinas Reza. El anciano y la familia. Rev. FAC MED UNAM, 1999; 42 Dolores Ortiz de la Huerta.. Rev. FAC MED UNAM, 1999; 42

19.- Hortensia Reyes Morales, et. Coordinación de Políticas de Salud Dirección de Prestaciones Médicas. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía práctica clínica para la evaluación gerontológico integral.2003.

20.- Fundación Caritas para el Bienestar del Adulto Mayor IAP. Guía de aprendizaje no formal para adultos mayores, redes de las redes sociales de apoyo de los adultos mayores FUNBAM México DF año 2005

21.- Carolina Ar anda, Manuel Prado, Ma. Guadalupe Aldrete. Jubilación, trastornos psicológicos y redes sociales de apoyo en el adulto mayor jubilado, Guadalajara JAL, México, revista psiquiatría FAC, medicina Bama 2002: 29 ( 3 ) : 169-174

22.- Programa Nacional de Salud 2002 -2006

23.- Dr. Pablo Kuri Morales, Dra Marisela Vargas Cortes, Dirección General de Epidemiología, Secretaria de Salud, Junio 2001

24.-Prevención de la DM2 y factores relacionados con Población Urbana Rev,soc, Perú, MED int. 2007 Vol. 30 (3)

25.- Salud Publica de México Print ISSN 0036 -3634,  
Salud pública Méx. vol.43 no.3 Cuernavaca May/June 2001



## ANEXOS

### CUESTIONARIO:

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

### Tipo de familia:

Monoparental \_\_\_\_\_ Nuclear \_\_\_\_\_ Nuclear \_\_\_\_\_ Compuesta \_\_\_\_\_ Nuclear Extensa

### Quien lo acompaña a consulta:

esposa \_\_\_\_\_ hijos \_\_\_\_\_ otro: \_\_\_\_\_

### Tipo de Red Social de Apoyo:

#### Primarias:

Familiares \_\_\_\_\_ Amigos \_\_\_\_\_ Vecinos \_\_\_\_\_

**Secundarias:** \_\_\_\_\_ grupos de adultos mayores \_\_\_\_\_ grupos

recreativos \_\_\_\_\_ organizaciones civiles y sociales \_\_\_\_\_ organizaciones  
religiosas \_\_\_\_\_ laborales o de estudio \_\_\_\_\_

**Institucionales o formales:** \_\_\_\_\_ IMSS \_\_\_\_\_ DIF \_\_\_\_\_ casa del adulto  
mayor \_\_\_\_\_

Ninguna \_\_\_\_\_

Tiempo de evolución de la Diabetes: \_\_\_\_\_

Cifra y fecha de glucosa: \_\_\_\_\_

Acude a consulta en forma mensual:

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Porque \_\_\_\_\_

Nivel socioeconómico (Graffar): \_\_\_\_\_

### CUESTIONARIO DE GRAFFAR- MENDEZ CASTELLANO

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

A) PROFESION DEL JEFE DE FAMILIA	1.- Universitario, alto comerciante, gerente ejecutivo grandes empresas	
	2.- Profesionista técnico mediano comerciante o pequeña industria	
	3.- Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa	
	4.- Obrero especializado: tractorista, taxista, etc.	
	5.- obrero no especializado: servicio doméstico, etc.	
B) NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE	1.- Universitario o equivalente	
	2.- Enseñanza técnica superior o secundaria completa	
	3.- Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos)	
	4.- Educación primaria completa	
	5.- Primaria incompleta	
C) PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS	1.- Fortuna heredada o adquirida repentinamente	
	2.- Ingresos provenientes de actividades privadas (honorario, negocios, profesionista)	
	3.- Sueldo quincenal mensual	
	4.- Salario diario o semanal	
	5.- Ingresos de origen público o privado (subsídios)	
D) CONDICIONES DE LA VIVIENDA	1.- Vivienda amplia, lujosa, optimas condiciones sanitarias	
	2.- Vivienda amplia sin lujos pero excelentes condiciones sanitarias	
	3.- Vivienda con espacios reducidos pero confortables y buenas condiciones sanitarias	
	4.- Vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias	
	5.- Vivienda improvisada construida con materiales de desecho o de construcción relativamente sólida pero deficientes condiciones sanitarias.	

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 6 SAN JUAN DEL RÍO  
**GRÁFICA DE GANTT PARA CONTROL DE AVANCE DEL PROTOCOLO**

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	AVANCE
Selección y planteamiento del problema a investigar	P			2006	2006									100%
	R				2006									
Presentación del planteamiento del problema con coordinador de educ. e investigacion. Médica	P					2006								100%
	R						2006							100%
Búsqueda de la información	P							2006	2006	2006				100%
	R							2006	2006	2006	2006			
Elaboración y presentación del protocolo de investigación	P	2007	2007	2007							2006	2006	2006	100%
	R		2007	2007	2007									
Presentación del protocolo con el comité local de investigación para revisiones.	P					2007	2007	2007	2007					100%
	R													
Revisión del protocolo para presentación final	P									2007				100%
	R													
Aplicación de prueba piloto del modelo de cedula	P										2007	2007		100%
	R											2007	2007	
Recolección de la información, aplicación de encuestas	P	2008	2008	2008	2008	2008	2008							100%
	R													
Elaboración de base de datos en sistema epi-info ver. 6.0 y captura de datos	P							2008	2008					100%
	R													
Análisis de la información y presentación preliminar	P									2008				100%
	R													
Presentación final del trabajo de investigación	P										2008			100%
	R													



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Tequisquiapán , Qro. a \_\_\_\_\_ DEL 2008.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado  
REDES SOCIALES Y EL ADULTO MAYOR

Registrado ante el comité local de investigación en salud con número

El objetivo del estudio es:

DETERMINAR LA INFLUENCIA DE LAS REDES SOCIALES DE APOYO EN EL ADULTO MAYOR.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en CONTESTAR UNA CEDULA FORMULADA PARA ENTREVISTA

Declaro que se me ha informado que no existe, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes.

CONTESTAR PREGUNTAS DE CEDULA POR MEDIO DE UNA ENTREVISTA EN LA CUAL SE OMITIRÁ MI NOMBRE PARA ASEGURAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación

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

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y 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.

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma del paciente

Dra. Ma. del Refugio Andrade Morfin matricula:11237171

Nombre, firma, matrícula del investigador principal.

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio

01-41427 36399 -(INVEST. PRINCIPAL), 01 427 272 2905 (ASESOR)

