



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Protocolo de estudio

TÍTULO:

**INFLUENCIA DEL APOYO FAMILIAR EN EL CONTROL
GLUCÉMICO EN PACIENTES DIABÉTICOS EN GRUPO
DIABETIMSS UMF 140**

Tesis que para obtener el diploma de:

Especialista en Medicina Familiar.

Presenta:

Dr. Jorge Esteban Hernández Delgado

Residente 3° año Medicina Familiar

ASESOR METODOLÓGICO:

DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO

ASESORES CLÍNICOS:

DR. EDUARDO LARA TREJO

DRA. GUADALUPE ALMA RUTH DAMKEN ROBLES

CD. DE MÉXICO, D. F. ENERO 2010



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.

**INFLUENCIA DEL APOYO FAMILIAR EN EL CONTROL
GLUCÉMICO EN PACIENTES DIABÉTICOS EN GRUPO
DIABETIMSS UMF 140**

Resumen

Título: Influencia del apoyo familiar en el control glucémico en pacientes diabéticos en grupo DIABETIMSS UMF 140.

Investigadores:

DR. Jorge Esteban Hernández delgado, residente de 2° año Medicina Familiar.

Dr. Eduardo Lara Trejo. Jefe de Enseñanza de la UMF # 140. IMSS

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio. Coordinador de la Especialidad en Medicina Familiar. HGZ- UMF # 8.

DRA. Guadalupe Alma Ruth Damken Robles. Médico Familiar UMF 140

Objetivo: Evaluar la influencia del apoyo familiar en pacientes con diabetes mellitus en el control glicémico en grupo DIABETIMSS UMF 140.

Material y Métodos: Se realizara un estudio descriptivo. Por medio de una encuesta se evaluaran 140 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con una población adscrita a la UMF 140 grupo DIABETIMSS. Las variables evaluadas serán edad apoyo familiar, glicemia, además se determinó, edad ingreso mensual, la ocupación, estado civil, escolaridad. Se utilizaron promedios, desviación estándar y porcentajes. En todas las pruebas estadísticas utilizaremos un intervalo de confianza del 95% y se consideró significancia estadística cuando $p < 0.10$.

Plan de análisis:

Los datos serán analizados a través del programa estadísticos SPSS versión 17.

Palabras clave: Diabetes mellitus, glicemia, dieta, apoyo familiar, Diabetimss.,

CONTENIDO:

ANTECEDENTES.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
JUSTIFICACIÓN.....	14
OBJETIVOS	15
HIPÓTESIS	16
MATERIALES Y MÉTODOS.....	17
TIPO DE ESTUDIO.....	17
DISEÑO DEL INVESTIGACIÓN	18
POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.....	19
MUESTRA.....	20
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.....	21
VARIABLES.....	22
DISEÑO ESTADÍSTICO.....	25
CRONOGRAMA.....	29
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO.....	30
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	31
RESULTADOS	32
BIBLIOGRAFÍA.....	45
ANEXOS.....	48

ANTECEDENTES

Las civilizaciones antiguas de Egipto, Grecia, Roma e India reconocieron la diabetes y el efecto de la intervención dietética sobre la enfermedad. En 70 a. C. el romano Aretaeus observó polidipsia y poliuria, y denominó la enfermedad diabetes, que significa "flujo a través de". El médico londinense Thomas Willis introdujo más tarde el término mellitus o "semejante a la miel" tras detectar el sabor dulce en la orina. En 1775 Dopson identificó la presencia de glucosa en la orina. Frank, en esa época también, clasificó la diabetes en dos tipos: diabetes mellitus (o diabetes vera), y diabetes insípida (porque esta última no presentaba la orina dulce). La Diabetes Mellitus es un problema de salud en el mundo entero, existe en todos los países y en todas las sociedades. Puede adoptar muchas formas, evolucionar e distintas maneras y someter al enfermo a una amplia gama de problemas secundarios. Sus causas son numerosas, pero es hasta ahora cuando se comienzan a reconocer algunos de sus principales factores. (1).

El papel del Médico familiar presenta diferentes facetas, todas relacionadas con la relación Médico – paciente y dentro de esta relación existe un punto esencial el reconocer la influencia que tienen los factores familiares sobre la salud del enfermo sea de una forma positiva o negativa. Tomando en cuenta que la influencia que presenta la familia para el cuidado del paciente, sus propios problemas dentro de la familia, son determinantes en la obtención de un adecuado control de la enfermedad. Las personas diabéticas tienen síntomas y también familias. El cambio entre los pacientes diabéticos y sus familias toman una misma dirección. una de las funciones esenciales de la familia la constituye el prestar apoyo a los miembros de la integran. En el caso de aparición de una enfermedad crónica como la diabetes mellitus, esta función adquiere singular importancia, tanto desde el punto de vista emocional, físico e incluso económico y gracias a ella se puede resolver situaciones conflictivas que influirán a su vez en el correcto control de la enfermedad (2)

La diabetes mellitus representa una de las enfermedades crónicas más comunes en el mundo, está considerado un problema de salud pública por las altas tasas de mortalidad, la repercusión en la calidad de vida y las complicaciones e incapacidades, solo en Latinoamérica hay alrededor de 15 millones de personas que padecen la enfermedad.

La DM 2 constituye una enfermedad crónica que compromete todos los aspectos de la vida diaria de la persona que la padece, la hiperglicemia persistente es el principal factor para el desarrollo de todas las manifestaciones tardías de la diabetes; el tratamiento dirigido a disminuir la glucosa a valores normales aprobado beneficio en disminuir significativamente el desarrollo o progresión a retinopatía, neuropatía, o nefropatía. Siendo posible prevenir las manifestaciones tardías si se interviene precozmente. (3)

La atención médica y el control de estos padecimientos implican no sólo disponibilidad y organización de los servicios y la calidad de la atención y sus costos derivados, sino también el impacto que genera sobre los propios enfermos y sus familias. La Diabetes Mellitus tipo 2 y sus complicaciones tardías son prevenibles a un costo razonable cuando se implementan programas educativos (4)

La Diabetes mellitus tipo 2 como enfermedad crónica reviste especial importancia no sólo por constituir las primeras causas de morbimortalidad, sino por las dificultades que enfrenta el diabético para llevar a cabo su tratamiento para lograr el control metabólico y prevenir sus múltiples complicaciones. Además de la ingesta de medicamentos, se requieren otras medidas de control, primordialmente el ajuste de la alimentación, el control de peso en caso de obesidad, una actividad física adecuada, vigilancia y aseo adecuado de los pies y el cuidado de los dientes. Dichas medidas deben ser cumplidas a lo largo de su vida y efectuadas en el hogar fuera del campo de la atención médica. Esta situación exige un apoyo importante del grupo familiar que lo auxilie en la vigilancia de la enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas. Como enfermedad crónica, la diabetes es un evento estresante, con grandes probabilidades de ser emocionalmente difícil para el enfermo (5).

El apoyo familiar es clave en el control metabólico de la enfermedad al propiciar un ambiente favorable para reducir el estrés y mejorar el cumplimiento del tratamiento. De acuerdo con diversos autores, dicho apoyo tiene sus bases en las redes sociales, y deriva de las relaciones interpersonales familiares. Se relaciona con las funciones básicas de ayuda y ajuste a las demandas del ambiente. Se halla integrado por empatía, estímulo, información, ayuda material y expresiones de participación. (6) La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas que mayor atención y erogación demandan. Su incidencia parece estar creciendo debido a la mayor esperanza de vida en general y a la preservación de la vida del paciente diabético. No obstante los logros químicos y tecnológicos para controlar la glicemia, para el paciente diabético aun es frustrante enfrentar un cambio completo en la alimentación habitual, en la capacidad de satisfacerse por este medio y en el estilo de vida.(7) La diabetes mellitus constituye un problema de salud pública en México, con una prevalencia en el norte del país del 9% en las poblaciones urbanas y 3.2% en las comunidades rurales; se asocia con altas tasas de mortalidad y complicaciones crónicas que deterioran la calidad y tiempo de vida de quien lo padece. Un control metabólico estricto retrasa el inicio de las complicaciones microvasculares de los pacientes diabéticos, por lo que mantener los niveles de glucosa con cifras inferiores a 126 mg/dl debe ser uno de los principales objetivos a lograr en su manejo. Sin embargo, en nuestro medio 48-69% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 cursa con cifras elevadas de glucemia según se ha reportado en diferentes núcleos poblacionales, lo que implica que los esfuerzos para el control metabólico de estos pacientes han sido insuficientes. (8)

El control de la glucemia más que el simple hecho de tomar un medicamento involucra una serie de actitudes frente a la enfermedad, que depende en parte del conocimiento

que tienen el enfermo y sus familiares sobre la diabetes aspectos sobre los que la educación ejerce uno de los papeles de mayor importancia.

El primer paso en el tratamiento de la diabetes mellitus debe ser la instauración de un régimen alimentario. En muchos casos la pérdida de unos kilos mejora el control glicémico.

En el control del paciente diabético intervienen variables psicosociales que intervienen en las fluctuaciones de la glucemia. El paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia y a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo gradualmente declina su nivel de adherencia terapéutica. (18) En virtud de que la diabetes requiere de un manejo cotidiano independiente de los médicos es necesario que todo diabético perciba su propia conducta como parte de la responsabilidad en el control de la enfermedad y que las personas en su entorno otorguen el apoyo adecuado para lograr los objetivos del tratamiento La Diabetes mellitus tipo 2 es consecuencia de interacción de factores genéticos y ambientales entre los que el estilo de vida juega un papel fundamental. La Organización Mundial de la Salud considera al estilo de vida como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta los cuales están determinados por factores socioculturales y por las características personales de los individuos, por lo que los estilos de vida son patrones de conducta que han sido elegidos de las alternativas disponibles para la gente de acuerdo a su capacidad para elegir y a sus circunstancias socioeconómicas. . (8)

La Encuesta Nacional de Salud del año 2006 realizada en la Secretaría de Salud de México reporto una prevalencia de diabetes que se incrementa con la edad y que se ubica en 10.9% para los diferentes estados de la república. Además se estima de que por cada 2 sujetos diagnosticados existe por lo menos uno que 20 desconoce padecer la enfermedad. De acuerdo al último levantamiento de la Encuesta Nacional de Nutrición ENSANUT (2006), la prevalencia de Diabetes Mellitus en México fue del 7%. En el 2007 fue la primera causa de mortalidad general tanto en hombres como mujeres (12% y 16% respectivamente), muchas de ellas relacionadas a complicaciones por falta de atención y cuidados adecuados.(9)

La diabetes no es una enfermedad que afecta únicamente a la persona que la padece, sino a toda la familia. Las personas diabéticas incluidas en un estudio manifiestan que para sus familias, su diabetes no supone un problema añadido, se sienten apoyadas en el manejo de su enfermedad. Consideran, además Los familiares que más conocimientos tienen sobre la diabetes son los que aportan más apoyo al diabético. Es importante que las personas próximas al diabético conozcan la enfermedad y el tratamiento, tanto para facilitar la adhesión del paciente al mismo como para ayudarlo en las ocasiones en que esto lo necesite. (10)

Por otra parte, las personas diabéticas que reciben de su familia más críticas que elogios tienen más problemas para llevar a cabo las pautas del tratamiento correctamente y presentan más pensamientos negativos sobre la salud. Los datos sugieren que las críticas

en sí mismas, sin aportar indicaciones concretas sobre conductas alternativas, no son efectivas para el control de la enfermedad. Con los datos disponibles hasta ahora, podemos afirmar que la satisfacción de las personas diabéticas con la atención recibida por parte del personal sanitario y con el apoyo familiar está relacionada con el seguimiento del tratamiento, y ello redundará en la consecución de un control mayor de la enfermedad y una mayor calidad de vida en el diabético. La diabetes mellitus comprende a un grupo de trastornos metabólicos frecuentes que comparten el fenotipo de la hiperglucemia. Existen varios tipos diferentes de diabetes mellitus debidos a una compleja interacción entre genética, factores ambientales y elecciones respecto al modo de vida. Dependiendo de la causa de la diabetes mellitus los factores que contribuyen a la hiperglucemia pueden comprender una disminución en la secreción de insulina, una disminución del consumo de glucosa y un aumento en la producción de glucosa. (11)

CLASIFICACIÓN

En todas las formas se caracteriza por hiperglucemia, los mecanismos por los que ésta se produce son muy diversos. Algunas formas de diabetes mellitus se caracterizan por un déficit absoluto de insulina o un defecto genético que provoca una secreción defectuosa de insulina mientras que otras formas tienen en común la resistencia a la insulina. Los dos grandes grupos se le designa como tipo 1 y tipo 2. La 1 A es el resultado de la destrucción auto inmunitaria de las células beta que suele provocar déficit de insulina, y la 1 B se caracteriza por déficit de insulina, así como por la tendencia a experimentar cetosis. La diabetes mellitus tipo 2 es un grupo heterogéneo de trastornos que se suelen caracterizar por variables de resistencia a la insulina, alteración de la secreción de insulina y un aumento en la producción de glucosa. (12)

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia mundial de la diabetes mellitus se ha incrementado de forma espectacular en el transcurso de las dos últimas décadas. Se anticipa que el número de diabéticos seguirá incrementando en un futuro próximo. En 1976 y 1994, por ejemplo la prevalencia de diabetes mellitus en los adultos de los Estados Unidos, aumento de 8.9 al 12.3 %. Aunque la prevalencia del tipo 1 y 2 está aumentando en todo el mundo, se espera que la segunda aumente con mayor rapidez en el futuro por la creciente obesidad y los menores niveles de actividad. (13)

La prevalencia nacional de DM en adultos de 20 y más años de edad fue de 7.5% (IC95% 7.1-7.9). En las mujeres fue de 7.8% y en los hombres de 7.2%. La prevalencia aumentó en relación directa con la edad, 2.3% antes de los 40 años y 21.2% después de los 60. En la población urbana la prevalencia fue de 8.1% y en la rural de 6.5%. La enfermedad fue más frecuente en la región norte del país (8.4%) y en el área metropolitana de la Ciudad de México (8.1%). Asimismo, fue más frecuente en la población con menor escolaridad (9.9%), menor ingreso (8.1%), hipertensión arterial (13.7%), hipercolesterolemia (23.3%), microalbuminuria (15.5%) y enfermedad renal (12.3%). Mediante modelos de regresión logística multivariada, estratificados por sexo, se identificaron como variables asociadas con la presencia de DM la edad, la baja escolaridad, el antecedente familiar de DM y la coexistencia de hipertensión arterial, enfermedad renal o hipercolesterolemia en ambos sexos. La obesidad abdominal se relacionó con DM sólo en las mujeres; la residencia en una zona urbana se vinculó con DM exclusivamente en los hombres. Las acciones más fuertes se observaron con la edad, el antecedente familiar de DM y la microalbuminuria.(13)

La prevalencia es doble en afroamericanos, hispanoamericanos, hispano norteamericanos, nativos de Norteamérica que en blancos de origen no hispano, y el comienzo de la diabetes mellitus tipo 2 se produce en promedio a edades más tempranas en los primeros grupos mencionados que en los blancos no hispanos. La incidencia de diabetes mellitus tipo 2 en estos grupos étnicos aumenta con rapidez, no está clara las razones de estas diferencias. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000 son prueba del grave problema de salud que representa la DM para México. Su efecto es magnífico al afectar con mayor frecuencia a grupos de población cuyos factores sociales o económicos limitan su acceso al tratamiento. Los datos informados son útiles para la institución de programas de escrutinio y prevención. Los resultados confirman que la diabetes debe ser motivo de investigación en familiares de primer grado e individuos que tengan uno o más de los componentes del síndrome metabólico (hipertensión, dislipidemia, obesidad y microalbuminuria). (13)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

En varias décadas, el grupo nacional de los datos de la diabetes (NDDG), el experto de la Organización Mundial de la Salud (WHO) y los grupos de estudio en la diabetes Mellitus, y la Federación Internacional de Diabetes (IDF) han procurado su participación con la clasificación de la diabetes y otros estados de la tolerancia de la glucosa. Sin embargo, ¿si aceptamos que hay dos formas importantes del tipo 1 y del tipo 2 de la diabetes, entonces necesitamos decidir si la clasificación actual es apropiada y satisfactoria(14)

Los criterios revisados de diagnósticos de diabetes mellitus son publicados por grupos de consenso de expertos de National Diabetes Data Group y la Organización Mundial de la Salud, en el que se diagnostica diabetes mellitus en los casos siguientes.

1.- Síntomas de diabetes más concentración de glucosa sanguínea al azar mayor o igual a 200 mg/ dl. O bien.

2.-Glucosa plasmática en ayunas mayor o igual 126 mg/ dl o bien. 3.-Glucosa plasmática a las 2 horas mayor o igual a 200 mg/ dl durante una prueba de tolerancia a la glucosa.

En ausencia de hiperglicemia inequívoca o de descompensación metabólica aguda estos criterios deben ser confirmados repitiendo la prueba en un día diferente.(14)(15).

FACTORES DE RIESGO

Antecedente familiar de diabetes, (progenitor o hermanos con diabetes mellitus tipo 2) obesidad con peso mayor o igual a 20 % de su peso ideal o índice de masa corporal mayor o igual a 27 kg/m, edad mayor o igual a 45 años, raza o etnia (afroamericanos, norteamericanos de origen hispano, nativos norteamericanos, americanos asiáticos, isleños del pacífico), glucosa basal anómala o alteración de la tolerancia a la glucosa identificadas previamente, antecedente de diabetes gestacional o parto de un neonato de más de 4 kg., hipertensión arterial mayor o igual a 140/90 mm/Hg., niveles de colesterol HDL menor o igual a 35 mg/dl o nivel de triglicéridos mayor o igual de 250 mg/dl, síndrome de ovarios poliquísticos. Las personas de ciertos grupos étnicos, como los afroamericanos, los hispanoamericanos, los asiáticos americanos y los nativos norteamericanos, tienen todos un mayor riesgo de padecer diabetes.

Toda persona mayor de 45 años debe hacerse revisar el nivel de azúcar (glucosa) en la sangre al menos cada tres años. Los chequeos regulares de los niveles de glucemia deben comenzar a una edad más temprana y realizarse con mayor frecuencia si uno está en mayor riesgo de padecer diabetes. (16)

FISIOPATOLOGÍA

La diabetes mellitus tipo 2 se caracteriza de 3 alteraciones fisiológicas: trastornos de la secreción de insulina, resistencia periférica a la insulina y producción hepática excesiva de glucosa. La obesidad, en especial la central o visceral, es muy frecuente en esta forma de diabetes. La resistencia a la insulina que acompaña a la obesidad aumenta la resistencia a la insulina determinada genéticamente de la diabetes mellitus tipo 2. Los adipocitos secretan cierto número de productos biológicos (leptina, factor de necrosis tumoral, ácidos grasos libres), que regulan procesos como la secreción de insulina, la acción de la insulina y el peso corporal, y pueden contribuir a la resistencia de la insulina. En las fases tempranas del trastorno, la tolerancia de glucosa permanece normal, a pesar de la resistencia de la insulina, porque las células β pancreáticas realizan la compensación aumentando la producción de insulina. A medida que progresa la resistencia a la insulina y la hiperinsulinemia compensadora, los islotes pancreáticos se tornan incapaces de mantener estado de hiperinsulinismo. Se desarrolla entonces una intolerancia hidrocarbonada, que se caracteriza por grandes elevaciones de glucemia posprandial. Cuando declina más la secreción de insulina y aumenta la producción de la glucosa por el hígado, aparece la diabetes manifiesta con hiperglucemia en ayunas. Finalmente se produce el fracaso de las células β . (17)

EDUCACIÓN

La diabetes mellitus constituye un problema de salud pública por ser una enfermedad crónica, a veces incapacitante, que afecta a millones de personas en el mundo. Por tratarse de un padecimiento tan antiguo como la humanidad, el aspecto educacional muchas veces ha sido relegado porque para su atención requiere de grandes esfuerzos organizados y recursos, y los resultados son a largo plazo. El tratamiento del diabético debe incluir, en orden de importancia: educación, alimentación, ejercicio y medicación; orden comúnmente invertido por el corto tiempo de consulta, falta de entrenamiento o deficiente actitud del médico hacia la educación de estos pacientes. El objetivo primordial de esta última es mejorar el control, evitar o disminuir las complicaciones agudas y crónicas y mejorar la calidad de vida. El conocimiento acerca de la enfermedad y su aplicación por el paciente amplía el interés en el tratamiento y magnifica la cooperación con el médico

Se ha observado un aumento en la incidencia y prevalencia de diabetes mellitus en poblaciones que han emigrado a lugares más urbanizados, en comparación con las personas del mismo grupo que permanecen en su hogar tradicional. La urbanización suele relacionarse con cambios importantes en dieta,

Actividad física y estado socioeconómico, así como una mayor obesidad. La adopción de un estilo de vida occidental con dieta rica en grasas y una forma sedentaria de vida puede tener un aumento significativo del número de pacientes diabéticos. (18)

La nutrición es parte integral de los cuidados y asistencia total en los diabéticos. Sin embargo los profesionales de la asistencia a la salud y las personas con diabetes refieren que el apearse a los principios de nutrición y planificación de las comidas es uno de los aspectos más difíciles de la atención de la enfermedad. El apego a los principios de la planificación de las comidas suele requerir de ciertos cambios que son difíciles en el estilo de vida. Para integrar efectivamente la nutrición en el tratamiento global de la diabetes se requiere un esfuerzo coordinado en equipo como es Médico, Dietista o Nutriólogo, paciente y familiares de paciente. Es necesario modificar los hábitos de alimentación del paciente y de toda su familia a través de una comida balanceada, equilibrada y apetitosa, sin que se llegue al extremo de privarse de los alimentos para bajar de peso o para lograr un control metabólico.(19)

La diabetes mellitus es una enfermedad con repercusiones importantes para los diabéticos y para la sociedad (en costos médicos, servicios sanitarios, alteraciones en la dinámica familiar, discapacidades, etc). Estudios recientes han indicado que los programas para atención a diabéticos tienen efectos positivos y redundan con un aumento de los conocimientos acerca del padecimiento y el comportamiento de autocuidado. Por lo tanto aplicando las estrategias concretas de atención preventiva bajan sustancialmente las tasas de mortalidad y morbilidad en los diabéticos además de reportar ventajas económicas y sociales indiscutibles.

En México, el Instituto Mexicano del Seguro Social ha creado y difundido un plan de educación plenamente elaborado. A nivel nacional éste instituto se clasifica como el segundo en cobertura de servicios en Medicina Familiar y el primero en especialidades. En 1997 este servicio notificó 130,309 casos nuevos de diabetes, que representan 357 casos nuevos de diabetes por día. Además se notificaron 57,730 altas de pacientes hospitalizados y 15,111 defunciones que equivalen a una tasa de mortalidad de 63.3 por 100 000 usuarios de servicios o 42 defunciones diarias. Actualmente en el módulo Diabetimss, se combinan las acciones de la consulta personalizada, con las sesiones educativas de grupo en un modelo de atención que se ha llamado la Clínica del Paciente Crónico. Esta forma de atención, ha funcionado con éxito en países desarrollados, en países subdesarrollados y se ha probado con éxito en el IMSS. Los pacientes logran mejores niveles de control de la glucemia, la tensión arterial y los lípidos; comparado con la consulta tradicional, requisitos indispensables para prevenir las complicaciones crónicas.(21)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la influencia del apoyo familiar en pacientes diabéticos en el control glucémico en el grupo DIABETIMSS UMF140?

JUSTIFICACIÓN:

La diabetes mellitus como muchas otras enfermedades crónicas degenerativas, ha mostrado incremento progresivo en su incidencia y prevalencia en todo el mundo. Sigue siendo un gran problema para la salud pública mundial y el número de pacientes día a día va en aumento. Los altos costos sociales y económicos que generan requieren de medidas trascendentes para evitar sus complicaciones y mejorar la calidad de vida. Los múltiples programas preventivos que se han implementado parecen no detener los casos de diabetes. Este estudio surge con el propósito de evaluar en un grupo educacional (DIABETIMSS) la influencia del apoyo familiar en el control glucémico,

HIPÓTESIS ALTERNA:

Los pacientes diabéticos pertenecientes al grupo DIABETIMSS UMF 140 presentan una influencia elevada de apoyo familiar. Relacionado con un adecuado control glucémico.

HIPÓTESIS NULA:

Los pacientes diabéticos pertenecientes al grupo DIABETIMSS UMF 140 presentan una influencia baja de apoyo familiar. Relacionado con un mal control glucémico.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se tomara como muestra el total de 140 pacientes diabéticos que se encuentren en el programa Diabetimss UMF #140.

-Se obtendrá información de manera directa de. Pacientes diabéticos que se encuentren en el programa Diabetimss UMF #140.

-Se aplicara cuestionario de apoyo familiar en pacientes diabéticos el cual será resuelto por cada uno de los participantes..

-La encuesta aplicada a los pacientes, se realizara a en forma grupal, antes de iniciar la sesión educativa del grupo Diabetimss.

-Se obtendrá en grado de apoyo familiar con el que cuenta le paciente diabético y su relación con su control glucémico.

TIPO DE ESTUDIO:

a).- Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: PROSPECTIVO

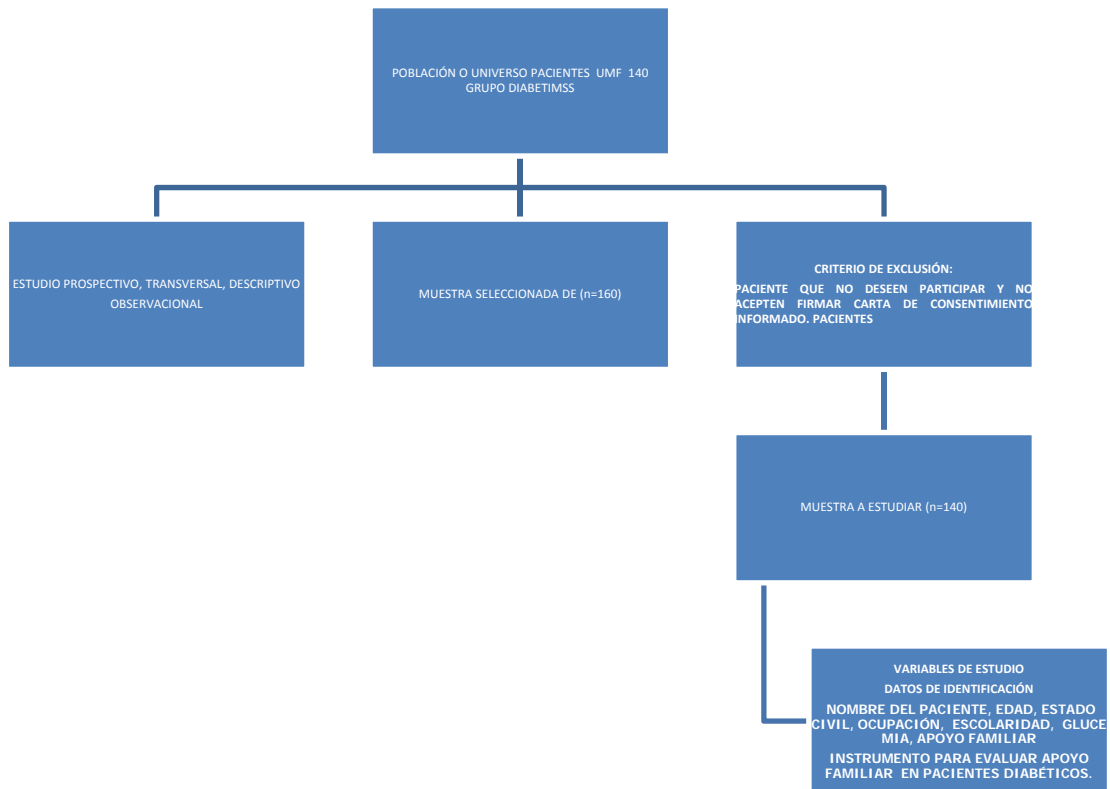
b).- Según el número de una misma variable ó el periodo y secuencia del estudio: TRANSVERSAL

c).- Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: NO COMPARATIVO

d).- Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: DESCRIPTIVO

e).- De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: Observacional

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



ELABORO: Dr. Jorge Hernández Delgado

POBLACIÓN Ó UNIVERSO:

El estudio se realizara en la Unidad de Medicina Familiar No 140 GRUPO DIABETIMSS,.
En una Población urbana.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:

La investigación se realizara en la Unidad de Medicina familiar No 140. En la Colonia La Teja N°50 col. Pueblo Nuevo, en el Distrito Federal, México. Cp. 10640. Que se realizara en ENERO del 2010.

MUESTRA:

TAMAÑO DE LA MUESTRA: El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo de una variable dicotómica, necesaria será de 140 pacientes con un intervalo de confianza de 95%. Con una proporción del 0.10. Con amplitud total del intervalo de confianza 0.10.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

N= Número total de individuos requeridos

Z alfa =Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P =Proporción esperada

(1 - P)= Nivel de confianza del 95%

W= Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4 Z^2 P (1 - P)}{W^2}$$

$$W^2$$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

La Población diana serán pacientes diabéticos del programa DIABETIMSS de la UMF 140 que sea integrantes de dicho grupo. Se incluirán pacientes Diabéticos sin distinción de sexo, edad, siempre y cuando tenga diagnóstico de diabetes Mellitus tipo 2.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Se excluirán a los pacientes que no deseen participar y no acepten firmar la carta de consentimiento informado. Con alteraciones de sus funciones mentales. Pacientes que no sean integrantes del grupo DIABETIMSS.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN: Por fallecimiento del paciente, porque el paciente ya no sea derechohabiente al IMSS. Pacientes que se dé de baja del programa por inasistencia.

VARIABLES:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

1. NOMBRE DEL PACIENTE

2.- EDAD

3. SEXO

4.- ESTADO CIVIL

5.-OCUPACION

APOYO FAMILIAR: Se relaciona con las funciones básicas de ayuda y ajuste a las demandas del ambiente. Se halla integrado por empatía, estímulo, información, ayuda material y expresiones de participación. Generalmente, se reconocen tres tipos de apoyo:

1) El emocional, definido como sentimientos de ser amado y de pertenencia, intimidad, el poder confiar en alguien, y la disponibilidad de alguien con quien hablar; 2) el tangible o instrumental, que se ha determinado como prestar ayuda directa o servicios; 3) y el informacional, proceso en el cual las personas buscan información, consejo o guía que les ayude a resolver sus problemas, éste no es fácil separarlo del emocional. Por lo tanto, el apoyo informacional y el tangible pueden considerarse como apoyo emocional

GLUCEMIA: es la medida de concentración de [glucosa](#) en [sangre](#), [suero](#) o [plasma sanguíneo](#). En ayunas, los niveles normales de glucosa oscilan entre los 70 mg/dl y los 100 mg/dL en personas sanas. Para pacientes con diabetes mellitus la ADA (Asociación Americana de Diabetes) refiere con control adecuado Glucemia basal y preprandial * 70-130 mg/dL

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES

CARACTERÍSTICAS GENERALES

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
Nombre	Cualitativa	Textual	Nombre del paciente
Edad	Cuantitativa	Nominal	Números consecutivos
Sexo	Cualitativa	Nominal	1.Femenino 2.Masculino
Escolaridad	cuantitativa	nominal	1. 2.primaria 3.secundaria 4.preparatoria 5.licenciatura
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1=soltero 2=casado 3=divorciado 4=viudo 5=unió libre
Glucemia	Cuantitativa	Continua	Números enteros
Apoyo familiar	Cualitativa	Nominal	1.ideal 2.moderado 3. leve 4.pesimo

DEDICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLE

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
CONTROL GLUCÉMICO	CUANTITATIVA	NOMINAL	1) Controlado 2) descontrolado
APOYO FAMILIAR	CUALITATIVA	Puntuación centil del cuestionario evaluación apoyo paciente diabético	1).siempre 2).casi siempre 3).pocas veces 4) nunca

ELABORO: Dr. Jorge Hernández Delgado

DISEÑO ESTADÍSTICO:

El análisis estadístico se llevara a cabo a través del programa SPSS 17 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizara medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza (IC) del 95%. El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de su prevaecía del 7%.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN:

Se diseñó una presentación con los datos de identificación personalizada y se utilizara el cuestionario conocimiento del paciente sobre la diabetes. El cuestionario es un instrumento validado por la Universidad de Guanajuato y Universidad La Salle Campus Guanajuato. Este cuestionario consta de 4 partes o secciones. En la primera sección se anotaran los datos generales del paciente. La segunda sección consta de 4 preguntas que evalúa el apoyo familiar, cada una de las preguntas tiene un puntaje máximo de 4 y un mínimo de 1; puntaje máximo 16 y mínimo 4.

La tercera sección con 19 preguntas relacionado a conocimiento de la diabetes cada una de las preguntas con un puntaje máximo de 3 y mínimo de 0, puntuación máxima de 57 puntos y un mínima de 0. La cuarta sección con 10 preguntas relacionado a conocimiento de dieta cada una de las preguntas con un puntaje máximo de 3 y mínimo de 0; puntuación máxima 30 puntos y mínima de 0.

La última sección consta de 8 preguntas que evaluaron la adherencia de la dieta, este cuestionario fue de tipo Likert, con un puntaje máximo de +16 y un mínimo de -16 (VER ANEXOS).

Con una calificación de 1. Ideal 2. Leve. 3. moderado 4. Pésimo. El control glucémico acorde con la Asociación Americana de Diabetes con rango mayor de 130 mg/dl pacientes mal controlados, y cifras menores de 130 mg/ dl pacientes con buen control.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN:

Se realizara la una entrevista individual a los pacientes que asistan a la sesión del grupo DIABETIMSS de orientación y educación que se realiza todos los martes. Jueves, viernes Se dará un tiempo de 45 minutos para la realización del cuestionario conocimiento del paciente sobre la diabetes, toda esta información se obtendrá en un plazo dos meses.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS:

Se debe de aplicar el cuestionario apoyo familiar en el paciente diabético forma individual o grupal. Se aplicara a adultos sin rango de edad, con facultades mentales integras y quienes puedan leer. Si el administrador de la prueba sospecha que el nivel de lectura es inadecuado, deberá trabajar con la primera pregunta, haciendo que el sujeto lea el enunciado en voz alta y seleccionando en voz alta algunas alternativas. Si el sujeto tiene dificultades para leer la primera pregunta, se debe interrumpir la aplicación de la prueba. La prueba deberá realizarse en 45 minutos. Los sujetos deben ser informados de que no necesitan responder a una pregunta que no quieran o no sepan contestar. El examinador debe decir: Usted puede dejar una pregunta en blanco si lo desea, cuando no esté seguro de que alternativa elegir o de si el enunciado realmente es aplicable a usted, pero antes de dejarla en blanco intente dar una respuesta. El examinador no debe discutir ninguna pregunta con el sujeto, explicando que debe ser el quien debe buscar sus percepciones u opiniones. Si el sujeto pregunta el significado de una palabra, si es posible, deberá darse la definición del cuestionario. El examinador deberá revisar el cuestionario, para asegurar de que solo una de las respuestas alternativas ha sido señalada para cada pregunta.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

TITULO DEL PROYECTO: EVALUACIÓN DEL APOYO FAMILIAR, Y SU RELACIÓN CON EL CONTROL GLUCÉMICO EN
PACIENTES DIABÉTICOS EN GRUPO DIABETIMSS UMF 140

FECHA	2009 -2010						
	AGOS 2009	SEP 2009	OCT 2009	NOV 2009	DIC 2009	ENE 2010	FEB 2010
TITULO	XX						
ANTECEDENTES	XX						
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	XX						
OBJETIVOS	XX	XXX					
HIPÓTESIS			XX				
PROPÓSITOS				X			
DISEÑO METODOLÓGICO				XX	XX		
ANÁLISIS ESTADÍSTICO					XX		
CONSIDERACIONES ÉTICAS					XX		
RECURSOS					XX		
BIBLIOGRAFÍA					XX		
ASPECTOS GENERALES					XX		
ACEPTACIÓN						XXX	
ETAPA DE EJECUCIÓN						XXX	XX
RECOLECCIÓN DE DATOS						XXX	XX
DESCRIPCIÓN DE DATOS						XXX	XX
CONCLUSIONES DEL ESTUDIO						XXX	XX
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL						XX	XX
REPORTE FINAL						XX	XX
AUTORIZACIÓN						XX	XX
PRESENTACIÓN TRABAJO						XX	XX

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO:

Para la realización de este proyecto se cuenta con un investigador, un aplicador de cuestionarios, un recolector de datos, la orientación para la realización de la investigación del asesor de investigación. Para la realización de esta investigación se contará con una computadora SONY VAIO con procesador INTEL vista y un disco compacto para almacenar toda la investigación. Fotocopias para reproducir el cuestionario de presentación, lápices, borradores. Los gastos en general se absorberán por residente de segundo grado de medicina familia Dr. Jorge Hernández Delgado.

ASPECTOS ÉTICOS.

El presente estudio se lleva a cabo en acuerdo y tomando en cuenta los aspectos éticos médicos que conllevan su realización. Tomando en cuenta el máximo precepto hipocrático “PRIMUM NON NOCERE”, primero no dañar y de la Declaración de Ginebra: “Velar ante todo por la salud de mi paciente”; así como de los aspectos mencionados por la de la Declaración de Helsinki, que se adoptó en la XVIII Asamblea Médica Mundial (Helsinki, Finlandia) en 1964 y revisada por la XXIX Asamblea Mundial en 1975 celebrada en Tokio, Japón en la que se menciona “La salud de mi paciente será mi primera consideración” y con el código Internacional de Ética Médica “Un médico debe actuar sólo en el interés del paciente al proporcionar atención profesional que pudiese tener el efecto de debilitar el estado físico y mental del paciente”; así mismo se menciona la importancia de uno de los principios de la Lineamientos Generales para la realización de proyectos de investigación en el Instituto Mexicano del Seguro Social que entre algunos de sus principales puntos señala: “toda investigación realizada en el Instituto debe poner de manifiesto un profundo respeto hacia la vida, la persona, la seguridad y todos los derechos de quienes participan en ella”.

Habiendo revisado los lineamientos generales para la realización de la investigación y apegándonos a leyes nacionales que influyen en ello se solicitará de la manera más atenta la participación de los pacientes diabéticos pertenecientes al grupo Diabetimss llenando al aceptar el consentimiento informado respectivo.

Previamente se someterá a aprobación por el Comité de Investigación del HGZ-UMF #8

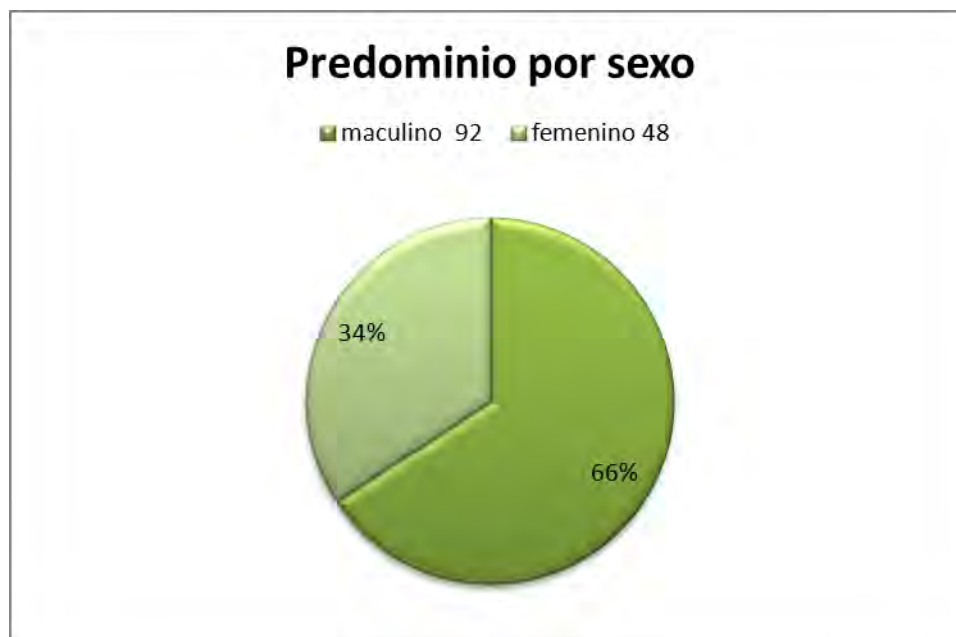
RESULTADOS

- Se estudió 139 pacientes, observando predominio de sexo femenino 92 (65.7%) pacientes, sexo masculino 48 (34.3%) pacientes.
- La media de edad 56.91 años, valor mínimo de 38 años y máximo de 80 años, desviación estándar de 9.57 años
- En el Estado civil se encontró a 94 pacientes casados (67.1%), viudez 15(10.7%) pacientes, solteros 1 (.7%) paciente, 18 (12.9%) divorciados y 3(2.1%). en unión libre y separados 9(6.4 %) pacientes.
- En la escolaridad analfabetas 12 (8.6%) pacientes, primaria 67(47 %) pacientes, secundaria 44 (31.4) pacientes, preparatoria 10 (7.1%) pacientes. Y licenciatura 7 (5.0%) pacientes.
- Se encontró en apoyo familiar ideal a 38 (27.1%) pacientes, apoyo familiar leve 35 (25%) pacientes, apoyo familiar moderado 41 (29.3%) pacientes y apoyo familiar pésimo 26 (18.6%) pacientes.
- En el control glucémico se encontró a 70(50%) pacientes controlados y 70 (50 %)pacientes descontrolados
- Se observó en pacientes con adecuado control glucémico con apoyo familiar ideal 21 (30%) pacientes, apoyo familiar leve 14(20%) pacientes, apoyo familiar moderado 23 (32.9) pacientes, apoyo familiar pésimo 12 (17.1) pacientes.
- Se encontrón en pacientes con mal control glucémico con apoyo familiar ideal 17 (24%) pacientes, apoyo familiar leve 21(30%), apoyo familiar moderado 18(25.7%) apoyo familiar pésimo 14(20 %) pacientes.

- Se observó pacientes de sexo femenino con apoyo familiar ideal 23 (25%) pacientes, apoyo familiar leve 28 (30.4%) pacientes, apoyo familiar moderado 22 (23.9) pacientes, apoyo familia pésimo 19 (20.7 %) pacientes.
- Se observó pacientes del sexo masculino con apoyo familiar ideal 15 (31%) pacientes, apoyo familiar leve 7 (14.6%) pacientes, apoyo familiar moderado 19 (39.6%) pacientes, apoyo familia pésimo 7 (14.7 %) pacientes.
- El comportamiento en relación con el estado civil solteros con apoyo familiar pésimo 1 (0.7%) pacientes, pacientes separados apoyo ideal 3 (33.3) pacientes, apoyo leve 1(11.1%)pacientes, apoyo moderado 3 (33.3%), apoyo pésimo 2(22.2%), pacientes divorciados apoyo ideal 7(38.9%), apoyo leve 6(33.3%), apoyo moderado 4 (22.2%) pacientes, apoyo pésimo 1 (5.6%) pacientes. casados apoyo ideal 26 (27.7%) pacientes, apoyo leve 21 (22.3%), apoyo moderado 28(29.8%) pacientes, unió libre apoyo leve 2 (66.7%), apoyo pésimo 1(33.3%) pacientes.
- Se encontró respecto a la escolaridad pacientes analfabetas con apoyo familiar ideal 5(41.7%) pacientes, leve 1 (8.5%) pacientes, moderado 2(16.7%)pacientes, pésimo 4(33.3%)pacientes, primaria apoyo familiar ideal 18(26.9%) pacientes, leve17(25.4%)pacientes, moderado19 (28.4%)pacientes, pésimo13(19.4%) pacientes, secundaria apoyo familiar ideal13(29.5)pacientes, leve 9(20.5),pacientes, moderado14(31.8)pacientes, pésimo 8(18.2%) pacientes, preparatoria apoyo familiar ideal1 (10%)pacientes, leve 5(50%)pacientes, moderado 4(40%)pacientes, licenciatura pacientes con apoyo familiar ideal 1 (14.1%)pacientes, leve 3(42.9%)pacientes, moderado 2(28.6%)pacientes, pésimo1 (14.3%)pacientes.

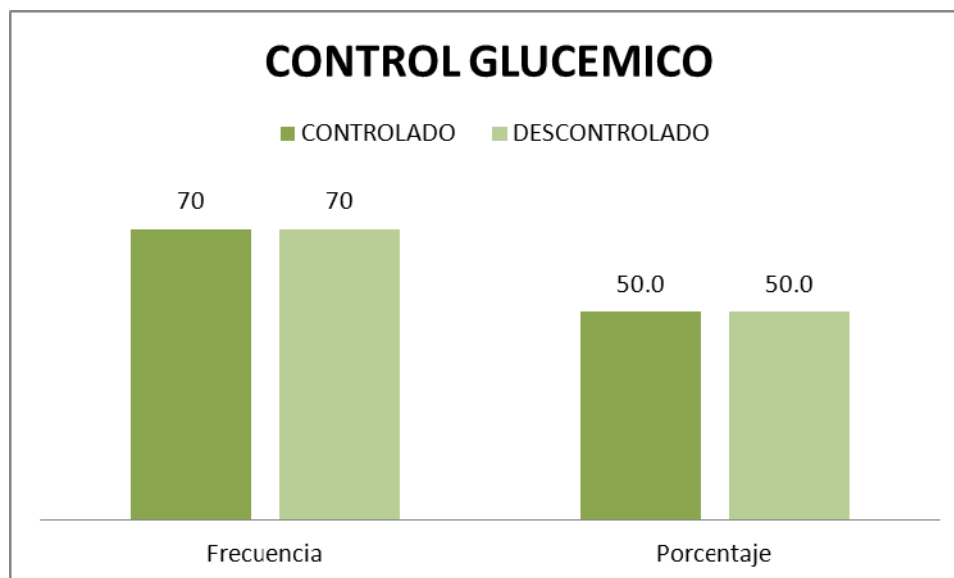
SECCIÓN DE TABLAS Y GRÁFICOS

PREDOMINIO POR SEXO			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	MUJER	92	65.7
	HOMBRE	48	34.3
	Total	140	100.0



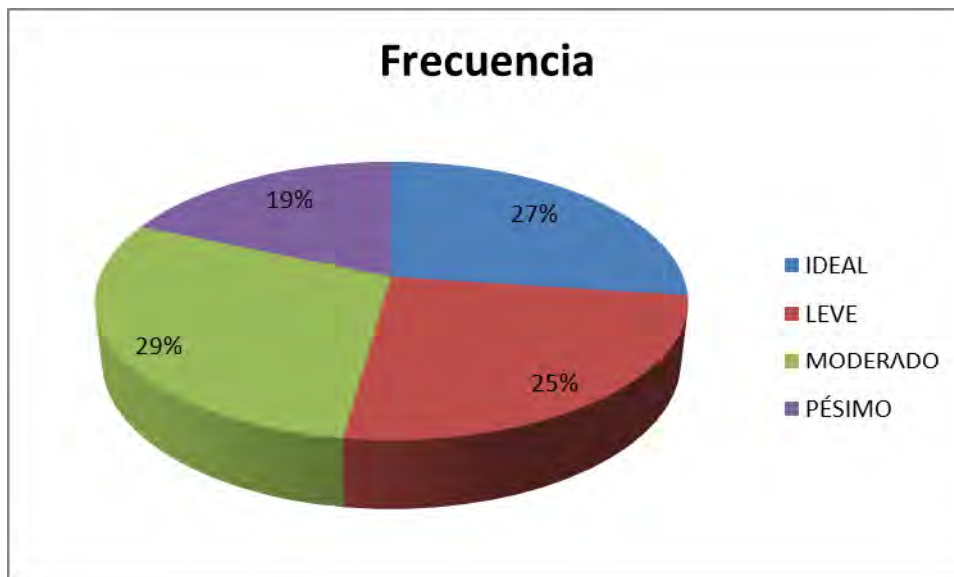
GRAFICA N°1

CONTROL GLUCÉMICO		
Control glucémico	Frecuencia	Porcentaje
CONTROLADO	70	50.0
DESCONTROLADO	70	50.0
Total	140	100.0



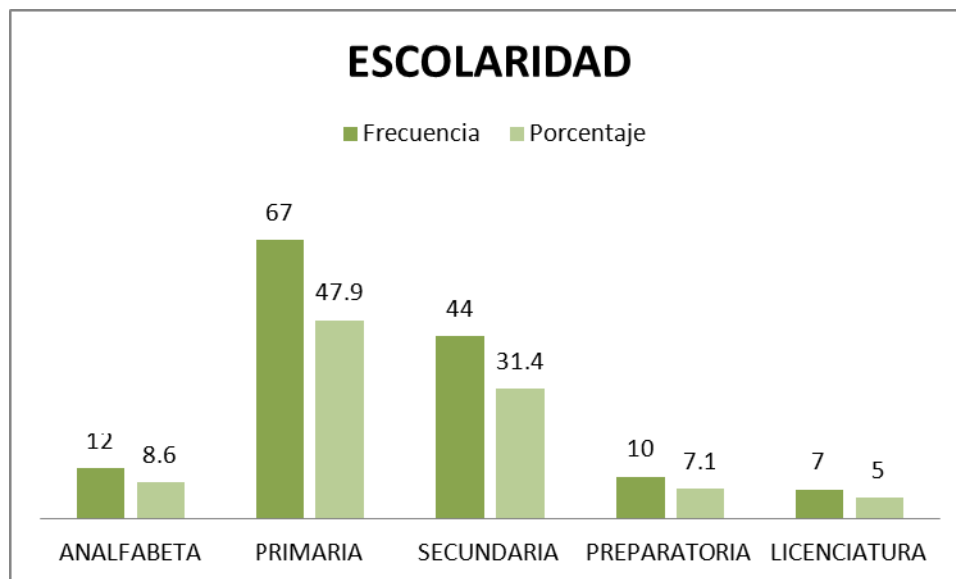
GRAFICA N°2

APOYO FAMILIAR		
Apoyo familiar	Frecuencia	Porcentaje
IDEAL	38	27.1
LEVE	35	25
MODERADO	41	29.3
PÉSIMO	26	18.6
Total	140	100



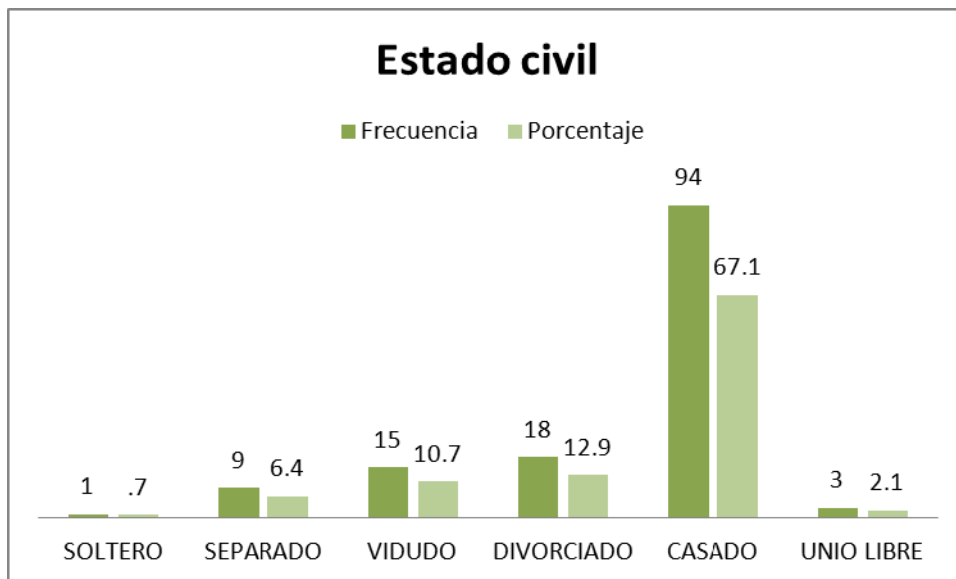
GRAFICA N°3

ESCOLARIDAD		
ESCOLARIDAD	Frecuencia	Porcentaje
ANALFABETA	12	8.6
PRIMARIA	67	47.9
SECUNDARIA	44	31.4
PREPARATORIA	10	7.1
LICENCIATURA	7	5.0
Total	140	100.0



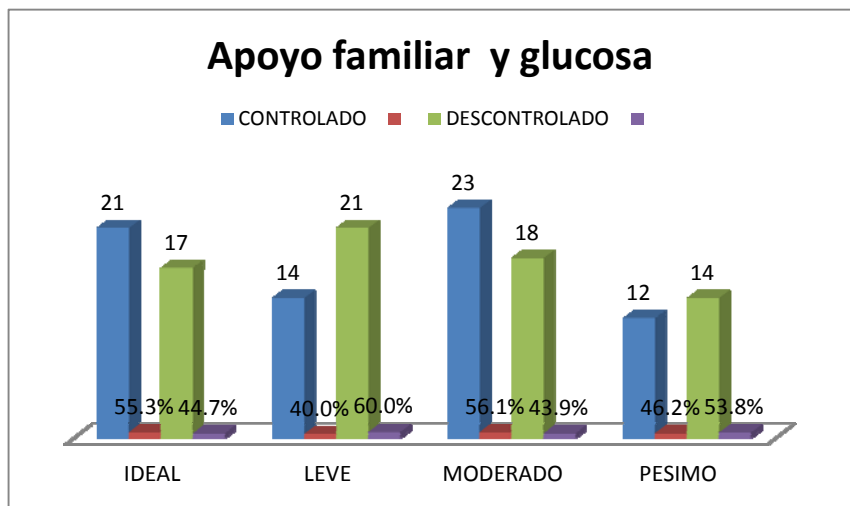
GRAFICA N° 4

ESTADO CIVIL		
	Frecuencia	Porcentaje
SOLTERO	1	.7
SEPARADO	9	6.4
VIUDO	15	10.7
DIVORCIADO	18	12.9
CASADO	94	67.1
UNIÓ LIBRE	3	2.1
Total	140	100.0



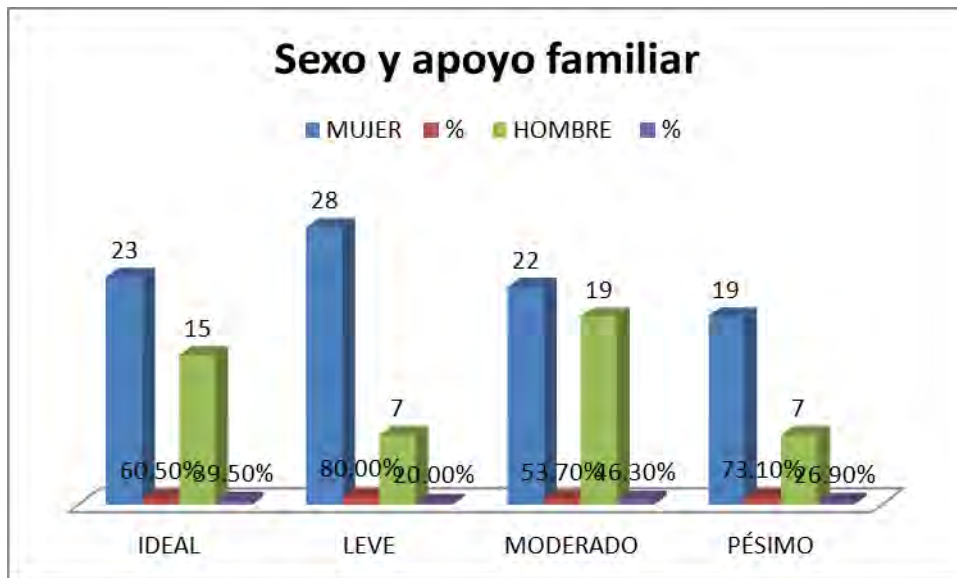
GRAFICA N°5

APOYO FAMILIAR Y GLUCOSA					
	IDEAL	APOYO FAMILIAR			Total
		LEVE	MODERADO	PÉSIMO	
CONTROLADO	21	14	23	12	70
	55.3%	40.0%	56.1%	46.2%	50.0%
DESCONTROLADO	17	21	18	14	70
	44.7%	60.0%	43.9%	53.8%	50.0%



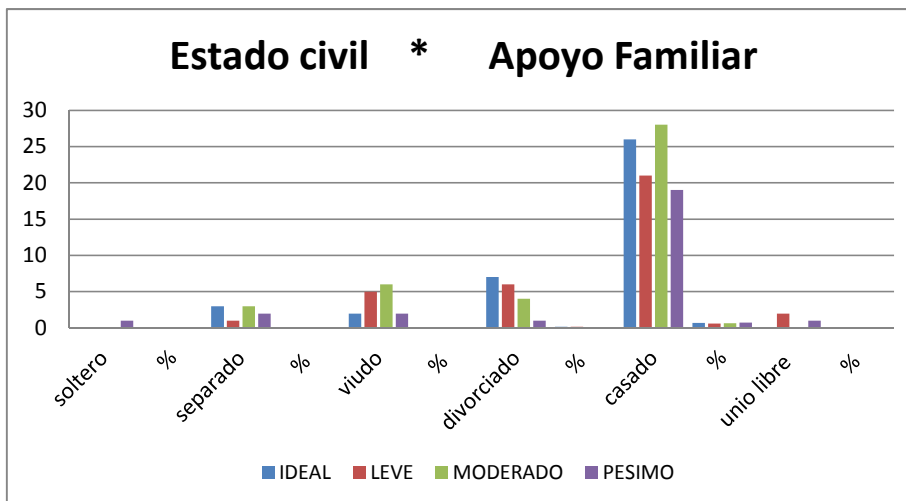
GRAFICA N°6

SEXO Y APOYO FAMILIAR					
sexo	APOYO FAMILIAR				Total
	IDEAL	LEVE	MODERADO	PÉSIMO	
MUJER	23	28	22	19	92
%	60.50%	80.00%	53.70%	73.10%	65.70%
HOMBRE	15	7	19	7	48
%	39.50%	20.00%	46.30%	26.90%	34.30%



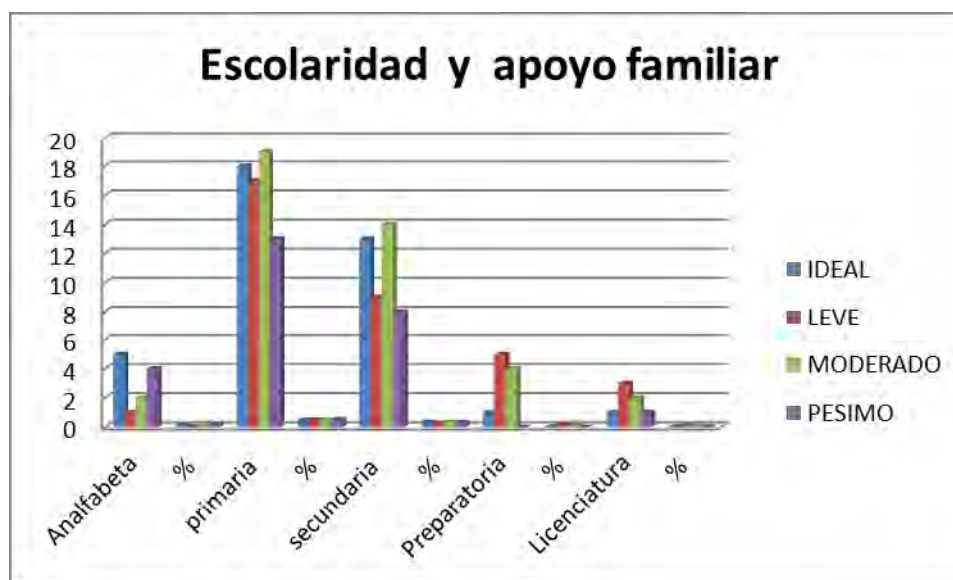
GRAFICA N°7

ESTADO CIVIL Y APOYO FAMILIAR					
	APOYO FAMILIAR				Total
	IDEAL	LEVE	MODERADO	PÉSIMO	
soltero %	0 .0%	0 .0%	0 .0%	1 3.8%	1 .7%
separado %	3 7.9%	1 2.9%	3 7.3%	2 7.7%	9 6.4%
viudo %	2 5.3%	5 14.3%	6 14.6%	2 7.7%	15 10.7%
divorciado %	7 18.4%	6 17.1%	4 9.8%	1 3.8%	18 12.9%
casado %	26 68.4%	21 60.0%	28 68.3%	19 73.1%	94 67.1%
unió libre %	0 .0%	2 5.7%	0 .0%	1 3.8%	3 2.1%



GRAFICA N°8

ESCOLARIDAD Y APOYO FAMILIAR					
	APOYO FAMILIAR				Total
	IDEAL	LEVE	MODERADO	PÉSIMO	
Analfabeta	5	1	2	4	12
%	13.20%	2.90%	4.90%	15.40%	8.60%
primaria	18	17	19	13	67
%	47.40%	48.60%	46.30%	50.00%	47.90%
secundaria	13	9	14	8	44
%	34.20%	25.70%	34.10%	30.80%	31.40%
Preparatoria	1	5	4	0	10
%	2.60%	14.30%	9.80%	0.00%	7.10%
Licenciatura	1	3	2	1	7
%	2.60%	8.60%	4.90%	3.80%	5.00%



GRAFICA N°9

CONCLUSIÓN:

El Apoyo familiar en pacientes diabéticos tiene una frecuencia alta en el rubro moderado 29 %, seguida del apoyo ideal con 27.1 % siendo el apoyo pésimo el último rubro con una frecuencia de 18.6 %. En comparación con el apoyo familiar en pacientes con adecuado control glucémico continúan presente la mayor frecuencia la presencia de apoyo moderado 32.2%, seguido este del apoyo ideal con una frecuencia de 30%, Es importante mencionar que su frecuencia en el sexo femenino es de 65.7% mayor en comparación con el sexo masculino 34.3 %, con una mayor participación por parte del grupo femenino en la integración del grupo Diabetimss, de la que presenta el sexo masculino. La relación apoyo familiar y estado civil los casados fueron los que más presentaron frecuencia de apoyo con 67.1 %, seguido de los divorciados con 12.9%, mientras que en solteros, viudos, unió libre y pacientes con separación presentando las cifras más bajas en apoyo familiar .7 %, 2.1 % 10.7 respectivamente. En el grado de escolaridad con apoyo familiar el nivel primaria con una frecuencia mayor de 47.9% y se observó una frecuencia menor en el nivel licenciatura con un 5%, es importante hacer la observación en este nivel escolar la población también es menor. Los pacientes con un adecuado control glucémico presentaron una frecuencia del 50 % en comparación con los pacientes descontrolados con una cifra similar del 50 % de frecuencia. De estos mismo pacientes el rubro de apoyo moderado presento un frecuencia de 32.9 % y en pacientes con mal control glucémico con un apoyo familiar leve con una frecuencia del 30.0 %. Resumiendo se cuenta con apoyo familiar con mayor frecuencia moderado en pacientes con adecuado control y un apoyo familiar en paciente leve para pacientes con mal control glucémico. Esto nos hace referencia que a pesar de ser pacientes con un mal control glucémico cuenta con un grado considerable en el apoyo familiar.

DISCUSIONES

El apoyo familiar en los pacientes diabéticos es un determinante en la conducta y evolución en el adecuado control glucémico, como sabemos la familia juega un papel prioritario. El actual estudio nos orienta sobre cómo influye el apoyo familiar en el control glucémico, pero tenemos que tener en cuenta que el estudio se realizó en un grupo educativo (DIABETIMSS) el cual fomenta y estimula el apego al tratamiento por parte de los pacientes diabéticos. Analizando el tipo de población en la cual se realizó el estudio podemos observar que las características con las cuales se seleccionan a los pacientes para pertenecer a este grupo, el principal requisito es que no sean pacientes con complicados con multipatologías, y que estén dispuestos a cumplir con los objetivos del programa. Esto nos hace pensar que el grupo en cierto grado reúne ciertas características las cuales podrían haber servido de sesgo para el estudio ya que no es comparado con la población en general. Tenemos una alta frecuencia en el sexo femenino su participación es elevada en comparación con el sexo opuesto, esto es parte de un reflejo el cual tiene un comportamiento similar en la consulta de Medicina Familiar, la edad de los participantes con una media de edad 56.91, la cual nos hace referencia sobre el mayor porcentaje en lo que a diabetes se refiere es alto para este grupo etario, como resultados se obtuvo que el apoyo moderado es de los más alto, el cual es seguido por el apoyo ideal, como importantes es que los dos grupos controlados y descontrolados presenta un grado considerable de apoyo por parte de sus familias, y como ejemplo tenemos que los pacientes casados son los que presentan mayor influencia en el apoyo familiar. Todo lo expuesto en este trabajo nos hace reflexionar sobre que tan determinante es el apoyo con el que cuenta una persona y que repercusión tiene en la salud de esta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Maurice E. Shils (Et. Al.) (2004) Nutrición en Salud y Enfermedad. Vol. II. Novena edición. Ed. Mc Graw Hill. México.
- 2.- universidad de Venezuela, revista academia - VOL. VI. (12) 62 - 72 - Julio - Diciembre 2007.
- 2.-. Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna 2003; 16 (1): 17 - 25
- 3.-. Jönsson B. "Revealing the cost of type II diabetes in Europe". Diabetologia. 45: S5 S12. 2002.
- 4.- Asociación Latinoamericana de Diabetes. "Educación de la persona con diabetes mellitus tipo 2". Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes". Suplemento. 1: 128-129.. 2000.
- 5.-Aten.Fam.Vol.16 (6) 2009/Índices volumen 16 (2009))No. 28, IMSS, 3 Detección de factores de riesgo para enfermedad renal crónica en familiares de pacientes con hipertensión arterial y Diabetes mellitus.
6. Diabetes Educador, Efecto del apoyo familiar en el autocuidado de los ancianos con diabetes tipo 2, 30(6):980-993 Nov 2004]
- 7.-Type 2 Diabetes Mellitus: An Evidence-Based Approach to Practical Management N Engl J Med 360:549, January 29, 2009 Book Review
8. Dra. Ma. Eugenia Garay Sevilla. El mundo del paciente diabético, Universidad de Guanajuato. Instituto de Investigaciones Médicas noviembre 2006,
9. Pérez Pasten E., y cols. "Educación en el Automanejo de la Diabetes" México, D.F. 2008.
10. López MJ. Manual de educación diabetológica básica en pacientes adultos. Madrid, Ed. Comunidad de Madrid, 2007
- 11.Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento Revista de salud pública y nutrición Volumen 7 No. 1Enero - Marzo 2006.
12. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus 2009, Diabetes Care January vol. 32 no. Supplement 1 S62-S67

13. Diabetes mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000 ,Salud pública México, v.49 supl.3 Cuernavaca 2007
14. Revisando los criterios diagnósticos para la diabetes; iniciativas OMS/FID del 200 XX Congreso Mundial de la IDF, Montreal, 18-22 de octubre 2009.
15. Guía de Diabetes Mellitus ADA (Actualización 2009)DIABETES CARE, vol,32,s suplemento 1,enero 2009.
16. Asociación a Americana de diabetes (ADA). Standards of Medical Care in Diabetes—2009. Diabetes Care. January 2009; 32:S13-S61.
17. Tratado de Fisiología Médica. Editorial: Mc Graw-Hill / Interamericana. Edición: 10ª, México, 2007.
18. Educación del paciente diabético: un problema ancestral, Rev. méd. IMSS;38(3):187-191, mayo-jun. 2000.
19. La educación a personas con diabetes mellitus en la atención primaria de salud Rev Cubana Endocrinología 2007; 18(1)
20. Diabetes Mellitus: Aptitud clínica del médico de atención primaria, Educ. méd. v.9 n.1 Barcelona mar. 2006
21. Dirección de prestaciones Médicas,Manual del aplicador módulo DIABETIMSS MAYO 2009

ANEXOS

**HOJA RECOLECTORA DE DATOS, APOYO FAMILIAR EN EL PACIENTE
DIABÉTICO.**

Datos generales:

Fecha:

Nombre:

Sexo:

Edad:

Ocupación:

Ingreso económico en salarios mínimos:

Estado civil: 1) Soltero 2) Viudo 3) Separado 4) Divorciado 5) Casado
6) Unión libre

Escolaridad:

Tiempo de diagnóstico de la enfermedad:

Glicemia y fecha:

CUESTIONARIO DE APOYO FAMILIAR:

Califique las siguientes preguntas de acuerdo a la frecuencia en las que las observa. 1) Siempre.

2) Casi siempre

3) Pocas veces

4) Nunca

1.- ¿Su familia lo anima a que siga su dieta? ()

2.- ¿Su familia adapta su alimentación para que usted siga su dieta? ()

3.- ¿Su familia lo induce a comer alimentos no permitidos ()

4.- ¿Su familia le recuerda su tratamiento para la diabetes? ()

CONOCIMIENTO DEL PACIENTE SOBRE LA DIABETES.

Para las siguientes preguntas marque usted su opinión personal sobre la frase respectiva, de acuerdo a la siguiente escala:

Estoy de acuerdo. (1) No se. (2) Estoy en desacuerdo. (3)

- 1.- ¿El diabético que toma pastillas o se inyecta insulina, no necesita hacer dieta? ()
- 2.- ¿La diabetes puede afectar el riñón, los ojos, la circulación y los pies? ()
- 3.- ¿Los hijos de un diabético tiene más posibilidades de ser diabéticos? ()
- 4.- ¿Un diabético goza menos la vida que un no diabético? ()
- 5.- ¿La gente obesa se vuelve diabética más fácilmente? ()
- 6.- ¿La diabetes es curable? ()
- 7.- ¿El cigarro favorece las complicaciones de la diabetes? ()
- 8.- ¿Los pies del diabético necesitan cuidados especiales? ()
- 9.- ¿El ejercicio disminuye el azúcar en la sangre? ()
- 10.- ¿El diabético debe llevar una dieta especial? ()
- 11.- ¿El paciente diabético debe ser revisado por el oculista, cuando menos una vez por año? ()
- 12.- ¿Cuándo el médico prescribe insulina, es necesario aplicársela? ()
- 13.- ¿La medicina natural (thés, plantas, raíces, aguas mágicas, etc) Son más útiles para controlar la diabetes que el tratamiento prescrito por el médico? ()
- 14.- ¿El diabético debe disminuir su actividad social? ()
- 15.- ¿La diabetes interfiere con las oportunidades de trabajo? ()
- 16.- ¿Al paciente diabético le incomoda hablar de su enfermedad con otras personas?()
- 17.- ¿La diabetes disminuye la actividad sexual en el hombre? ()
- 18.- ¿Debe recomendarse a las familias de un diabético que examine su glucosa periódicamente? ()

19.- ¿El diabético debe acudir con frecuencia a consulta médica? ()

CONOCIMIENTO DEL PACIENTE RESPECTO A SU DIETA.

Conteste las siguientes preguntas de acuerdo a su opinión personal, como indica la siguiente escala:

Si = 1 No se = 2 No = 3

1.- ¿En el paciente diabético además de los alimentos dulces. (Galletas, pasteles, mermeladas etc.) Existen otros alimentos que aumentan el azúcar en la sangre? ()

2.- ¿El diabético debe evitar comer alimentos fritos o capeados? ()

3.- ¿Al paciente diabético se le limita el consumo de grasas de origen animal como: Chorizo, manteca, crema, mantequilla etc.? ()

4.- ¿Es conveniente desgrasar los caldos y consomés antes de comerlos? ()

5.- ¿El aumentar el consumo de fibra en la alimentación puede ayudar a controlar los niveles de azúcar en la sangre? ()

6.- ¿Las frutas y verduras le aportan fibra? ()

7.- ¿El paciente diabético puede comer con moderación: Tortilla, pan blanco o integral, bolillo, cereal de caja, sopa de pasta o arroz? ()

8.- ¿El paciente diabético puede consumir diariamente leguminosas como lentejas, frijol, garbanzos o habas? ()

9.- ¿Para el paciente diabético es recomendable no pasar ayunos prolongados (mas de 5 horas sin probar alimento)? ()

10.- ¿El paciente diabético debe establecer horarios fijos para tomar sus alimentos? ()

ADHERENCIA A LA DIETA.

Para las siguientes preguntas marque usted la frecuencia de sus hábitos alimenticios de la siguiente manera:

1.-Nunca (N) 2.-Pocas veces (PV) 3.-No sabe (I) 4.-Casi siempre (S)

5.-Siempre (S)

1.- ¿Usted consume diario la misma cantidad de alimentos? () 2.- ¿Usted toma alimentos con azúcar? ()

3.- ¿Usted come alimentos hechos a base de harinas como tortilla, pan, pastas, etc.? ()

4.- ¿Usted come antojitos como enchiladas, tacos, pozole, gansitos, papas fritas, refrescos, chetos etc? ()

5.- ¿Sus alimentos están preparados con manteca? ()

6.- ¿Usted cambia su dieta de fin de semana por algún festejo en especial? ()

7.- ¿Usted vigila su peso? ()

8.- ¿Considera sabrosa la dieta que le prescribe la dietista? ()

CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN 3 SUROESTE UMF 8

FOLIO

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA [____]

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Unidad de Medicina Familiar No. 8

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado : **EVALUACIÓN DEL APOYO FAMILIAR, Y SU RELACIÓN CON EL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES DIABÉTICOS EN GRUPO DIABETIMSS UMF 140 DEL IMSS** ante el Comité Local de Investigación en Salud: Comité de investigación y bioética de la UMF No.8

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

1. Otorgar datos personales como: edad, sexo, estado civil.
2. Permitir la aplicación de un cuestionario para poder **EVALUAR EL APOYO FAMILIAR, Y SU RELACIÓN CON EL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES DIABÉTICOS**

Declaro que se me ha informado ampliamente que no se tienen riesgos, ni inconvenientes, ni molestias y si beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: **Evaluación del apoyo familiar, en pacientes diabéticos, y su relación con el control glucémico** . El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán 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 lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que otorgo en el instituto.

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

Nombre y firma de conformidad del PACIENTE _____

Dr. JORGE ESTEBAN HERNÁNDEZ DELGADO

Médico Residente de Segundo Año del Curso de Especialización en Medicina Familiar

Nombre, firma y matrícula del investigador

Testigos _____

CLAVE