



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS

HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCÓYOTL

APOYO FAMILIAR EN EL CONTROL METABÓLICO DEL PACIENTE CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA
CHALCO.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ERIKA GARCÍA AMENEYRO

NEZAHUALCÓYOTL, ESTADO DE MÉXICO

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

APOYO FAMILIAR EN EL CONTROL METABÓLICO DEL PACIENTE CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA
CHALCO

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ERIKA GARCÍA AMENEYRO

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

DR. LIBRADO CARLOS BARNAD ROMERO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR EN HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCÓYOTL

DRA. MARIELA GARCÍA URREA
ASESORA DE METODOLOGÍA DE TESIS

DR. EDUARDO BREA ANDRÉS
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

LIC. MARTHA MEJIA MÁRQUEZ
DIRECCION DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

APOYO FAMILIAR EN EL CONTROL METABÓLICO DEL PACIENTE CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA CLÍNICA DE CONSULTA
EXTERNA CHALCO.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ERIKA GARCÍA AMENEYRO

AUTORIZACIONES:

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por darme la vida, por dejarme aprender y superarme como hasta ahora.

A MI MAMÁ:

Por confiar en mí, por ayudarme en todo a lo largo de toda mi vida, por ser la persona más fuerte, por siempre guiarme con amor aun en los caminos más oscuros y difíciles, por haber hecho de mí la persona que soy y por ser mi estímulo para seguir adelante.

A MIS HERMANAS Y SOBRINAS:

Maru y Tony mil gracias por sus consejos, sus palabras de aliento cuando más las necesite, por su paciencia y por todo su apoyo recibido en estos 3 años, Angie y Deny en especial por su granito de arena tan importante en este trabajo de investigación.

AL AMOR DE MI VIDA:

Por su apoyo incondicional recibido en la realización de este trabajo, por su paciencia en tantos momentos difíciles durante estos 3 años, por su amor, compañía y palabras de aliento cuando más lo necesite.

A TODOS MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS DE TRABAJO:

Gracias por el apoyo brindado durante los 3 años de residencia. En particular al Dr. Oscar Barrera, Noemí Gutiérrez, Mónica Esquivel, Dra. Elizabeth Pacheco, Dra. Ma. Del Rosario Ávila, Dr. Gilberto López, C. Artemio Ramírez Aguilar.

CONTENIDO

INDICE

RESÚMEN	
1.MARCO TEÓRICO	1
1.1 Diabetes Mellitus, antecedentes históricos	3
1.1.1 Definición de Diabetes Mellitus	5
1.2 Clasificación	8
1.3 Criterios diagnósticos	9
1.4 Complicaciones	10
1.5 Tratamiento	12
1.6 Apoyo familiar	13
1.7 Planteamiento del problema	21
1.8 Justificación	23
1.9 Objetivos	26
1.9.1 Objetivo General	26
1.9.2 Objetivos específicos	26
1.10 Hipótesis	27
2. MATERIAL Y MÉTODOS	28
2.1 Tipo de estudio	28
2.2 Diseño de la investigación	28
2.3 Población, lugar y tiempo	29
2.4 Muestra	29
2.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	30
2.6 Variables	31
2.7 Instrumentos para la recolección de datos	35
2.8 Métodos para la recolección de datos	35
2.9 Prueba piloto	37
2.10 Procedimiento estadístico	37
2.11 Diseño y construcción de base de datos	37
2.11.1 Análisis estadístico	37
2.12 Cronograma de actividades	38
2.13 Recursos humanos	39
2.13.1 Recursos materiales	39
2.13.2 Recursos físicos	39
2.13.3 Financiamiento	39
2.14 Consideraciones éticas	40
3. RESULTADOS	42
4. DISCUSIÓN	52
5. CONCLUSIONES	54
6. REFERENCIAS	57
7. ANEXOS	61

APOYO FAMILIAR EN EL CONTROL METABÓLICO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, EN LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA CHALCO

RESUMEN

INTRODUCCION

La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades crónicas que mayor atención demandan. Su principal problema es la presencia de complicaciones metabólicas, vasculares y neurológicas relacionada con el grado de control metabólico.

El interés por el estudio sistemático y científico de la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad con el cual el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo.

OBJETIVO: Conocer la importancia del apoyo familiar en el control metabólico del paciente con diabetes mellitus tipo 2, que acude a la consulta externa de la clínica de Chalco.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio descriptivo transversal. Por medio de una encuesta aplicada en la clínica de consulta externa ISSEMYM Chalco se evaluaron 150 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, las variables evaluadas fueron: edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, apoyo familiar, además se determinó la glucemia, índice de masa corporal. Se utilizaron promedios y porcentajes. En estas pruebas estadísticas utilizamos un intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS: El apoyo familiar, la edad mayor, así como el mayor grado de escolaridad y el índice de masa corporal óptimo, son factores indispensables para lograr un buen control metabólico de la glucemia con cifras menores a 126 mg/dl.

CONCLUSIONES: El apoyo familiar, la edad mayor y el estar mejor preparados (escolaridad), influyen en el buen control de la glucemia.

PALABRAS CLAVE: Diabetes mellitus, apoyo familiar, control de glicemia.

FAMILIAR SUPPORT IN THE METABOLIC CONTROL OF THE PATIENT WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2, IN THE CLINIC OF EXTERNAL CONSULTATION CHALCO

ABSTRACT

INTRODUCCION

The Mellitus Diabetes is one of the chronic diseases that greater attention they demand. Its main problem is the presence of metabolic complications, you will tilt and neurological related to the degree of metabolic control. The interest by the systematic and scientific study of the family to a great extent must to the ecological approach of the process of health and disease with which the individual lets be seen as exclusively biological being and receive interest the psychological and social factors, many of which they are generated in the own family and they affect of one or another form the health of the individual.

OBJECTIVE: To know the importance the familiar support in the metabolic control of the patient with diabetes mellitus type 2, that goes to the external consultation of the clinic of Chalco.

MATERIAL AND METHODS: I am made a descriptive transversal study. By means of a survey applied in the clinic of external consultation ISSEMYM Chalco 150 patients with diabetes evaluated themselves mellitus type 2, the evaluated variables were: age, sex, civil state, schooling, occupation, familiar support, in addition I determine glucemia, index of corporal mass. Averages and percentage were used. In these statistical tests we used an interval of confidence of 95%. **RESULTS:** The familiar support, the greater age, as well as the greater degree of schooling and the optimal index of corporal mass, are indispensable factors to obtain a good metabolic control of glucemia with 126 numbers smaller to mg/dl.

CONCLUSIONS: The familiar support, prepared the greater age and being better (schooling), influence in the good control of glucemia

KEY WORDS: Diabetes mellitus, familiar support, control of glucemy.

APOYO FAMILIAR EN EL CONTROL METABÓLICO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, EN LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA CHALCO.

1. MARCO TEORICO

La diabetes es un problema relevante de salud que requiere una atención prioritaria en México, ya que su tendencia al incremento no ha sido impactada con los esfuerzos desarrollados. El comportamiento demográfico del país en el que se advierte un cambio en la pirámide poblacional agregará condiciones de riesgo para la población adulta, que sumando a los casos existentes, incrementará la demanda de servicios de atención primaria y especializada en un futuro cercano. En la práctica de la medicina familiar, es un gran reto la atención de la Diabetes Mellitus como enfermedad crónica degenerativa. Teniendo como meta, aumentar la calidad de vida de estos pacientes y de su familia. ¹⁴

La diabetes mellitus tipo 2 constituye un problema de salud pública en México, con una prevalencia en el norte del país de 9 % en las poblaciones urbanas y de 3.2 % en las rurales. Es una de las enfermedades crónicas que mayor atención y erogación demandan. El principal problema de la diabetes mellitus es la presencia de complicaciones metabólicas, vasculares y neurológicas relacionadas con el grado de control metabólico. ¹⁴

La Secretaría de Salud promovió con el consenso interinstitucional la actualización de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-55A2-1994, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes, que fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de abril del 2000, con el propósito de asegurar la aplicación de los procedimientos y detección, diagnóstico y control del enfermo diabético con base en los criterios científicos y tecnológicos más avanzados y factibles en el país. ^{4, 14}

Junto con la norma oficial se ha buscado reforzar las acciones de detección, diagnóstico y tratamiento iniciando esfuerzos para profundizar en el conocimiento de la diabetes a fin de identificar con precisión las complicaciones que genera y los principales motivos de internamiento de la población afectada. ^{4,14}

De acuerdo con la información disponible, el país ocupaba el décimo lugar mundial en 1995, con 4 millones de enfermos, y para el 2025, ocupara el séptimo con 12 millones. ¹⁴

Una estrategia novedosa de intervención es la organización y funcionamiento de los clubes de diabéticos, que propician un esfuerzo colectivo entre los enfermos para modificar sus hábitos y patrones de alimentación, brindando apoyo emocional y moral a los participantes. Constituidos por enfermos en control en unidades de salud, desarrollando experiencias exitosas y muy satisfactorias en diversas entidades federativas. ²⁰

Las cifras más altas de prevalencia en el país se registraron en la región norte, que presentó 9%, en la zona metropolitana del Distrito Federal se identificaron las cifras más bajas, con 6.4%. Un hallazgo interesante fue la relación que tiene la prevalencia de la diabetes con los niveles educativos, ya que frecuentemente se asocia con los ingresos económicos y con los patrones de consumo, se posee una menor capacidad adquisitiva, se tiende a compensar la calidad de los alimentos con la cantidad, explicando, el elevado riesgo de desarrollar diabetes que muestra la población sin educación escolarizada y la que sólo terminó la primaria (15 y 11% respectivamente). ¹⁴

En el control del paciente diabético intervienen variables psicosociales que influyen en las fluctuaciones de la glucemia, algunas de estas son: el nivel socioeconómico, el apego al tratamiento, el conocimiento de la enfermedad, los mecanismos de contención, el impacto emocional de la enfermedad, el apoyo social, influencia del sexo y de la edad. ^{13,16}

1.1 DIABETES MELLITUS

ANTECEDENTES HISTORICOS ²⁴

Papyrus de Ebers. ²⁴

La primera referencia a la diabetes se encuentra, en el papiro de Ebers encontrado en 1862 en Tebas (hoy Luxor), sintomatología que recuerda a la diabetes. La antigua literatura hindú en los Vedas describe la orina pegajosa, con sabor a miel y que atrae a las hormigas de los diabéticos.

Súsruta, el padre de la medicina hindú describió la diabetes mellitus y llegó incluso a diferenciar una diabetes que se daba en los jóvenes que conducía a la muerte y otras que se daba en personas de una cierta edad.

Apolonio de Memphis acuñó el término de diabetes (a partir de Día = Día " a través" y Betes = Betes "pasar") para definir un estado de debilidad, intensa sed y poliuria.

Pablo de Aegina refinó más aún el diagnóstico asociada a un estado de debilidad de los riñones exceso de micción que conducía a la deshidratación. Galeno utilizó términos alternativos como "diarrea urinosa" y "dypsacus" para enfatizar la extrema sed.

RENACIMIENTO y SIGLO XVII ²⁴

En Europa, Paracelso (1491-1541) escribió que la orina de los diabéticos contenía sustancia anormal que quedaba como residuo de color blanco al evaporar la orina, creyendo que se trataba de sal y atribuyendo la diabetes a una deposición de esta sobre los riñones causando la poliuria y la sed de estos enfermos.

La primera referencia en la literatura médica occidental de una "orina dulce" en la diabetes se debe a Thomas Willis (1621-1675). Sydenham especuló que la diabetes era una enfermedad sistémica de la sangre que aparecía por una digestión defectuosa que hacía que parte del alimento tuviera que se excretado en la orina.

John Rollo, describió muchos de los síntomas y el olor a acetona y proponiendo una dieta pobre en hidratos de carbono y rica en carne, con complementos a base de antimonio, opio y digital, reduciendo el azúcar en la sangre, fue el primero en acuñar el término de diabetes mellitus.

En esta época Thomas Cawley en 1788 observó que la diabetes mellitus tenía su origen en el páncreas.

En 1869 un joven médico Alemán, Paul Langerhans, observó unos racimos de células pancreáticas bien diferenciadas de las demás y que podían ser separadas de los tejidos de los alrededores.

Hasta 1893, un médico belga, Edouard Laguesse, sugirió que estos racimos de células, "islotos de Langerhans" constituían la parte exocrina del páncreas. Sus ideas fueron continuadas por Jean de Meyer quien denominó "insulina" a la sustancia procedente de los islotos (en latín islote se denomina "ínsula") que debía poseer una actividad hipoglucemiante.

DEFINICION ^{2,3}

La diabetes es una enfermedad metabólica crónica producida por la insuficiente secreción o acción de insulina, multifactorial, en la que el sujeto presenta alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, se diagnostica por la presencia de hiperglucemia persistente, alteración en las proteínas y grasas.

MECANISMOS FISIOPATOLOGICOS DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 ²⁵

Es posible observar tres fases bien definidas:

- a)** Aparición de un estado de resistencia a la insulina periférica, generalmente asociada a valores de normo glicemia.
- b)** Asociación de una resistencia a la insulina más marcada a nivel de tejidos periféricos (músculo, tejido adiposo) donde existe una sobreproducción de insulina que no alcanza a controlar la homeostasis de glucosa (hiperglicemia postprandial).
- c)** Fase final, asociada a una declinación en el funcionamiento de las células beta pancreáticas, donde disminuye la síntesis de la hormona, uno de ellos es apoptosis por gluco y/o lipotoxicidad) apareciendo la hiperglicemia en ayuno, fenómeno que se traduce como la totalidad del fenotipo DM2.

El análisis de genes candidatos y regiones amplias del genoma en estudios de DM2, han experimentado un avance sustancial en los últimos años. Han llegado al consenso de que el fenotipo diabético es la consecuencia de la interacción balanceada entre genes asociados a la resistencia a la insulina y otra amplia familia de genes asociados a la disfunción β pancreática.

MECANISMOS ASOCIADOS A LA RESISTENCIA DE INSULINA ²⁵

- a)** Eventos pre-receptor: anticuerpos anti-receptor, anticuerpos antiinsulina.
- b)** Fenómenos a nivel del receptor de insulina: presencia de mutaciones aberrantes y alteraciones que condicionan la funcionalidad del receptor (fosforilación anómala de uno de sus brazos).
- c)** Alteraciones a nivel de post-receptor: presencia de variantes genéticas asociadas a señalización intracelular alterada (moléculas sustrato del receptor de insulina: IRS1; IRS2), alteraciones a nivel de complejos enzimáticos (fosfoinositol 3 quinasa, PI3K; proteína quinasa B, PKB o proteína quinasa C; PKC) y anomalías tanto en la síntesis de glucotransportadores, como en su expresión a nivel de membrana celular.

MECANISMOS ASOCIADOS A LA DISFUNCIÓN DE LA CÉLULA BETA²⁵

La disminución en el número de células β pancreáticas funcionales, principal factor contribuyente. Hay opiniones divididas en relación a la contribución relativa de una disminución en la masa de células β contra un defecto intrínseco en la maquinaria secretoria. Entre los factores causales, existe una multiplicidad de eventos y mecanismos que regulan procesos muchas veces inseparables tales como la proliferación celular y la apoptosis de la célula β .

Las vías que regulan la cantidad de células β son comunes con aquellos mecanismos de regulación funcional y adaptación metabólica, por lo tanto se podría hablar de vías reguladoras comunes para dos procesos que se creían disociados (proliferación-apoptosis). Dependiendo de la concentración predominante y las vías intracelulares activadas, algunos factores pueden ser deletéreos de la masa de células β o podrían comportarse como protectores o inhibidores de la función β celular.

GLUCOTOXICIDAD VERSUS LIPOTOXICIDAD EN LA DM2 ²⁵

Efecto glucotóxico considera a la hiperglicemia como factor primario generado por una causal común de resistencia a la insulina asociada a la obesidad y la pérdida progresiva de la funcionalidad de la célula beta pancreática. Desde esta perspectiva, la DM2 correspondería a una enfermedad del metabolismo de la glucosa que es controlada desde el ángulo de la hiperglicemia “memoria metabólica”, hiperglicemia y metabolismo mitocondrial papel central en las complicaciones asociadas a la enfermedad.

Una segunda hipótesis corresponde a la perspectiva de la lipotoxicidad, considera a la hiperglicemia, a la resistencia a la insulina y a la disfunción beta pancreática como secundaria frente a efecto agresor que tendrían los lípidos, la lipotoxicidad y el depósito ectópico de grasa.

Estudios recientes han demostrado que la acumulación ectópica de lípidos en los islotes del páncreas puede provocar destrucción por lipotoxicidad de las células beta y precipitar la hiperglicemia, lo que daría la prueba final de la consistencia de la teoría lipocéntrica. En la gran mayoría de los pacientes con DM2 suele presentarse el efecto gluco y lipotóxico casi en forma simultánea.

1.2. CLASIFICACION ^{4,14}

Diabetes Tipo 1: Autoinmunidad y destrucción de células beta (a juzgar por marcadores séricos de autoinmunidad), generalmente con deficiencia absoluta de insulina, a la fecha la causa de esta forma de diabetes es desconocida (idiopática), siendo la menos frecuente y constituye del 1-2 % de todos los casos de diabetes en México generalmente antes de los 30 años.

Diabetes Tipo 2: Resultado de falla de la célula beta (no inmune), capacidad residual de secreción de insulina, insuficiencia relativa de secreción de insulina, disminución de su acción biológica (insulinorresistencia) en los tejidos muscular, hepático y adiposo o cuando coexisten ambas posibilidades y aparece la hiperglucemia, forma más común.

Otros tipos específicos:

Defectos genéticos en la función de las células beta, que comprende varias entidades

Cromosoma 12, HNF-1 alfa (antes MODY 3).

Cromosoma 7, glucoquinasa (antes MODY 2).

Cromosoma 20, HNF-4 alfa (antes MODY 1).

Otros.

Defectos genéticos en la acción de la insulina

Resistencia a la insulina tipo A.

Pancreatitis

Neoplasia.

Endocrinopatías

Síndrome de Cushing.

Glucagonoma.

Hipertiroidismo.

Diabetes inducida químicamente, o por drogas

Diabetes gestacional.

1.3 CRITERIOS DIAGNOSTICOS ^{4,5}

Síntomas de diabetes mas glucemia al azar ≥ 200 mg/dl o

Asintomático con glucemia en ayunas ≥ 126 mg/dl o

Asintomático con glucemia 2 horas post curva ≥ 200 mg/dl

Diagnostico: 1 criterio mas confirmación en día subsecuente.

El diagnostico se establece si cumple cualquiera de los siguientes criterios:

Presencia de síntomas clásicos y una glucemia plasmática casual >200 mg/dl (11.1 mmol/l). Glucemia plasmática en ayuno >126 mg/dl (7 mmol/l); o bien glucemia >200 mg/dl (11.1 mmol/l) a las dos horas después de carga oral de 75 g de glucosa disuelta en agua.

En ausencia de hiperglucemia inequívoca, con descompensación metabólica aguda, el diagnóstico debe confirmarse repitiendo la prueba otro día.

Se establece el diagnóstico de glucosa anormal en ayuno, cuando la glucosa plasmática o en suero es >110 mg/dl (6.1 mmol/l) y <126 mg/dl (6.9 mmol/l). Se establece el diagnóstico de intolerancia a la glucosa, cuando la glucosa plasmática, a las dos horas poscarga, es >140 mg/dl (7.8 mmol/l) y <200 mg/dl (11.1 mmol/l).

Los análisis de laboratorio tienen la finalidad de evaluar el estado de control metabólico y la presencia de complicaciones. Debe efectuarse la determinación de la glucosa plasmática en ayunas y postprandial de 3 hrs., los niveles de hemoglobina glucosilada (HBA1), las cifras de lípidos en ayunas, creatinina serica, proteinuria, glucosuria, cetonuria, niveles de TSH (pacientes con DMID), EKG entre otros ^{3,6}

Su prevalencia en el país en la región norte, equivale a un 9 por ciento, mientras que en la zona metropolitana del Distrito Federal 6.4 por ciento, la cual se ve aumentada conforme avanza la edad y es mas frecuente en individuos con obesidad, dislipidemias y antecedentes familiares, por migración del área rural a centros urbanos, por los cambios dietéticos y la tendencia a realizar menor actividad física.¹⁴

1.4 COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS

La mayoría de los casos de diabetes en el país es de tipo 2 y es frecuente que muchos de los pacientes con este padecimiento no se den cuenta de su hiperglucemia durante varios años. Esta elevación silenciosa, persistente e inadvertida de la glucosa favorece la presencia de las complicaciones, ya que retarda el tratamiento, y el daño de los vasos sanguíneos inicia, por lo menos, entre cuatro y siete años antes de que aparezcan los síntomas, con lo cual se incremento el riesgo de complicaciones crónicas, y con ellas, de la muerte temprana, que en los enfermos de diabetes es dos a cuatro veces mayor que la población general.^{6,14}

Las complicaciones macro y micro vasculares disminuyen al llevarse un control estricto de la glucemia, reduciendo el riesgo de ceguera y nefropatía terminal, por medio del diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno, recomendando efectuar la detección a edades más tempranas y utilizar un límite más bajo de la glucosa plasmática en ayuno para fines diagnósticos. Aunque muchos especialistas consideran a la diabetes Mellitus tipo 2 como una forma "leve" de la enfermedad, sufren el mismo tipo de complicaciones microvasculares y de alteraciones neurológicas específicas a largo plazo, complicaciones tanto crónicas como agudas, así como muchas reacciones adversas a los medicamentos. Los principales factores de riesgo identificados con las complicaciones macro y microvasculares que presentan, son la hipertensión arterial, la hiperlipidemia, hiperglucemia, la falta de ejercicio y el tabaquismo.^{2,3}

En la diabetes mellitus se ha realizado una transición epidemiológica. Al prolongarse el tiempo medio de vida, los pacientes tienen mayor oportunidad de presentar las llamadas complicaciones: nefropatía, retinopatía, neuropatía, vasculopatía. La desventaja para el paciente y para los sistemas de salud, sean estos últimos públicos o privados, es que estas complicaciones son incapacitantes. Así, la segunda causa de ceguera en el mundo es la diabetes mellitus, los servicios de diálisis atienden casi en el 50% a pacientes diabéticos, las amputaciones de miembros son tres o cuatro veces más frecuentes en pacientes diabéticos. Sin contar condiciones incapacitantes derivadas de la enfermedad cardiovascular, como el accidente cerebro vascular con sus secuelas o el infarto del miocardio con las limitaciones que deja.^{2,3}

PRONOSTICO

El pronóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 depende de los factores de riesgo, la evolución de la enfermedad, el grado de control metabólico y la ausencia o presencia de infecciones recurrentes, hipertensión arterial y nefropatía. El embarazo es un factor de riesgo para la progresión de la retinopatía y un componente genético que favorece la presencia de complicaciones a largo plazo. Los individuos con proteinuria y diagnóstico de diabetes anterior a los 30 años de edad tienen una supervivencia de 3 a 12 años, pero en presencia de síndrome nefrótico sólo 30 a 50% sobrevive después de 2 a 4 años.^{4,7}

1.5 TRATAMIENTO

Actualmente existen los siguientes fármacos para el tratamiento de la diabetes: sulfonilureas, biguanidas, tiazolidinedionas, inhibidores de la absorción de glucosa e insulina. Estos contribuyen a brindar flexibilidad en su prescripción y administración; sin embargo, para lograr un tratamiento farmacológico exitoso debe tomarse como base la participación activa del enfermo y del personal médico cuidando la regularidad y la flexibilidad requeridas para administrar el tipo y cantidad de medicamentos según la evolución de la enfermedad.^{4,7}

Asimismo, debe considerarse que aun cuando muchos pacientes pueden mejorar sus cifras de glucemia al principio de la enfermedad, cerca de 50 por ciento pierde el control adecuado después de cinco a diez años de tratamiento, por lo que es necesario evaluar a mediano plazo la administración de la insulina para su control.¹⁰

Así mismo el apoyo recibido por el cónyuge en su involucramiento en el tratamiento y la labor del cuidados primario, resultan básicos para alcanzar un mejor control.⁸

Es importante remarcar que 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 y que dicho apoyo tiene sus bases en las redes sociales y deriva de las relaciones interpersonales familiares. Resultando importante medir el impacto y repercusión del apoyo familiar sobre el apego al tratamiento, evaluando la evolución clínica, ya que una alianza terapéutica entre el paciente y medico es necesaria para el éxito del tratamiento.^{7,15}

1.6 LA FAMILIA Y EL APOYO FAMILIAR

FAMILIA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) podemos definir a la familia como: “Miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio”.⁸

Familia es un grupo de personas que interactúan en un mismo espacio para desarrollar funciones biológicas, psicológicas, sociales y culturales básicas y en el que sus miembros, de forma más o menos activa y espontánea, responden a un compromiso tácito o explícito de cuidado y protección económico-afectiva y se encuentra integrada por los siguientes componentes:

Miembros Individuales: personas con necesidades de salud específicas para cada una de ellas.

Vivienda y Entorno físico: Actividades cotidianas en el contexto de una vivienda y entorno que pueden funcionar como elementos protectores de la salud familiar, o por el contrario pueden representarles riesgos.

Grupo Familiar: La dinámica que se desarrolla al interior de la familia, relaciones entre los miembros.⁸

La familia busca constantemente su equilibrio, como todo sistema, a lo largo de su historia, de modo que su condición de salud o enfermedad no es permanente, sino que depende de una adaptación exitosa a los desafíos del discurrir de la vida familiar y al desarrollo de la vida de sus miembros.^{8,19}

Se denomina homeostasis a los mecanismos adaptativos para restaurar el equilibrio luego de cambios evolutivos importantes: nacimiento, muerte, matrimonio, divorcio, enfermedades de uno de sus miembros, catástrofes individuales o colectivas incapacidad, pérdida de trabajo, la entrada en una etapa nueva de su evolución, modificando las estructuras y procesos interpersonales que la habilitan para mantener su estabilidad.^{8,19}

CICLO VITAL

El Ciclo Vital de la Familia es el conjunto de etapas de complejidad creciente que atraviesa la familia desde su creación hasta su disolución, y que varían según sus características sociales y económicas. Constituye la expresión de la evolución de la familia a partir de del estadio de maduración individual en el que se encuentran sus miembros. Cada una de las etapas implica un conjunto de cambios en su constitución y transiciones entre un estado y otro, durante las cuales sus miembros requieren experimentar cambios de papeles, de tareas y de comportamientos, previsibles de acuerdo a normas conductuales y sociales preestablecidas, las cuales evolucionan basándose en el hijo mayor, desde la primera etapa denominada “nido sin usar” o pareja sin hijos, atravesando por la infancia, edad escolar y adolescencia, hasta llegar nuevamente a la pareja sola en la “etapa de nido vacío”. Posteriormente, la jubilación marca la entrada a la siguiente fase de “familias ancianas”, la cual termina con el fallecimiento de ambos esposos. Cuando la familia tiene dificultades para cumplir con los ajustes y reajustes a los que debe someterse en el tránsito entre estas etapas, o no ejerce las funciones requeridas, puede acentuarse una inadaptación que conduce a la crisis familiar.⁸

La comprensión del Ciclo Vital Familiar, permite prever una serie de fenómenos que pueden amenazar la salud familiar, problemas en la dinámica familiar y así adelantarse a los hechos mediante acciones preventivas o consejería anticipatoria.^{8,11}

La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro, haciendo que funcione bien o mal como unidad. En la normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás. En las disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas.^{8,16}

Entre los recursos de apoyo social el más importante es la familia, por lo que los trastornos en su dinámica pueden incrementar la probabilidad de que algunos de sus miembros presenten dificultad de adaptación.^{8, 13,16}

Al recomendar cambios en estilos de vida a enfermos crónicos, es importante verificar hasta que punto la familia puede ser un apoyo, o por el contrario, un elemento de resistencia a modificaciones introducidas en la vida del mismo.¹⁰

Apoyo familiar adecuado, cuando al menos uno de los familiares posee los conocimientos sobre diabetes y sus consecuencias, se preocupa y ayuda a que el diabético realice: dieta, ejercicio físico, tratamiento medicamentoso, así como el chequeo periódico. Se relaciona con funciones básicas de ayuda y ajuste a las demandas del ambiente, así como adecuación y distribución del ingreso económico familiar, integrado por empatía, estímulo, información, ayuda material y expresiones de participación, para que las familias de enfermos con diabetes mellitus puedan reorganizar su contexto de apoyo se requiere una educación acorde a sus necesidades, a fin de lograr una mejor participación en el control metabólico.¹³

Si este apoyo familiar no se presenta de forma adecuada o suficiente, por una actitud negativa de no desear informarse de la enfermedad por ignorancia, desidia o simple omisión, falta de lazos afectivos, malos hábitos higiénicos y dietéticos, sentimientos no claros o conflictos no resueltos, difícilmente el paciente diabético se apegara a su tratamiento, continuando las complicaciones agudas y crónicas, mermando su calidad de vida, autonomía y autoestima, con cuadros de depresión, repercutiendo a su vez en su familia.¹⁸

Por lo que es importante identificar y determinar cuando el paciente cuenta con el apoyo de su familia, en que frecuencia y si se apega a su tratamiento para proponer posibles soluciones al paciente y por supuesto a la familia que es la unidad de estudio. El paciente esta obligado a realizar cambios individuales, familiares, laborales y sociales en muchos aspectos de su vida cotidiana, ante esta enfermedad, la cooperación familiar es indispensable.¹³

El interés por el estudio sistemático y científico de la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad con el cual el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo.^{13,19}

La salud familiar puede considerarse como la salud del conjunto de los miembros de la familia, en termino de su funcionamiento afectivo, en la dinámica interaccional, en la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo en el cumplimiento de las funciones para el desarrollo de sus integrantes propiciando el crecimiento y desarrollo individual, según las exigencias de cada etapa de la vida.^{13,19}

Tipos de sistemas de apoyo naturales: Familia

El diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 o la aparición de sus complicaciones se realiza con más frecuencia en la cuarta etapa del ciclo vital familiar. Se inicia con la salida del primer hijo del hogar, cuando los cónyuges tienen alrededor de 50 años y termina aproximadamente a los 65. En esta fase de contracción, la partida de los hijos condiciona una nueva relación en la pareja; la mujer se encuentra generalmente sin el objetivo esencial de su vida, que venía constituido por la crianza de los hijos; el marido revisa su trayectoria vital, generalmente enfrentándose con el problema de la jubilación. La aparición de sus complicaciones instauran un nuevo acontecimiento estresante en un momento del ciclo vital familiar en el que son necesarios todos los recursos para lograr los cambios adaptativos imprescindibles para superar esta etapa de forma funcional¹⁹

El reconocimiento de la Diabetes tipo 2 como una enfermedad crónica que afecta a millones de personas en el mundo ha motivado la búsqueda de diversos ámbitos de atención de la salud así como de enfoques y metodologías que favorezcan un acercamiento real al problema, en relación con los conocimientos, las percepciones, las actitudes, los temores y las prácticas de los pacientes en el contexto familiar y comunal. ¹⁹,

La aparición de la Diabetes sitúa al sistema familiar ante una situación inesperada. Conlleva la carga emocional de una enfermedad que no se "cura"; que precisa tratamiento para siempre; exige medidas terapéuticas basadas en los cambios en los hábitos de vida, tanto en el sentido dietético como en el del ejercicio físico con las dificultades reales de adaptación que ello exige para el resto de los miembros de la familia; con las complicaciones físicas (disfunción eréctil, retinopatía, arteriopatía, etc.) que pueden ir surgiendo, originando una incapacidad que sobrecarga aún más el sistema.¹⁹

La familia procesará todo esto según su propio conjunto de creencias acerca de la enfermedad y las experiencias previas que posea en el cuidado de pacientes diabéticos, sobretodo en relación con acontecimientos dramáticos e impactantes como; ceguera, amputaciones, úlceras, etc. ¹⁶

Las interacciones entre los miembros de la familia pueden ser negativas o positivas, las positivas proveen sensación de bienestar y el apoyo permite mantener el soporte emocional como vehiculo de la socialización. Las reacciones de la familia ante la presencia de una enfermedad dependerán de varios factores: del tipo de familia, la cultura y la educación de cada miembro; del desarrollo familiar y de las ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas y su tratamiento, lo que influye en el enfermo. Las actitudes de los parientes acerca del dolor, invalidez, regímenes terapéuticos, o de una enfermedad como la diabetes, pueden establecer la reacción del paciente a sus síntomas o complicaciones. Para los pacientes con diabetes, tanto la enfermedad como el tratamiento tienen un impacto significativo en muchos aspectos de su vida, como el trabajo, las relaciones interpersonales, el funcionamiento social y el bienestar físico y emocional. Los pacientes diabéticos no sólo necesitan integrarse a un régimen de tratamiento y vivir con él, sino que también están expectantes ante la posibilidad de las complicaciones de la enfermedad. Este impacto se expresa como “calidad de vida”. ^{19,21}

Reacción de Adaptación Familiar:

La adaptación de la familia al diagnóstico de la diabetes es extremadamente importante. El proceso de la enfermedad crónica requiere una adaptación de toda la familia a la nueva situación. Esto conlleva un desgaste que puede suponer se desencadenen situaciones de conflicto y a veces de enfermedad de otros miembros si el personal sanitario no está atento a ello. ^{16, 19}

La reacción de las familias ante una enfermedad crónica no es igual en todos los casos. Los miembros de la familia necesitan educación, igual que el paciente, para ayudar a hacer posible los cambios de la vida y el soporte necesario. Es importante que todos los miembros de la familia que vivan con el paciente entiendan las demandas del cuidado de la diabetes. ^{8,19}

Una reacción a la adaptación del diagnóstico de la diabetes en los miembros de la familia es caracterizado por el compromiso con el régimen y teniendo expectativas realistas. Los miembros de la familia se convierten en educadores de la enfermedad, ofreciendo estímulo, mostrándole ayuda cuando lo precise, pero recordando no juzgar. ^{10, 13,18}

En el control del paciente diabético intervienen variables psicosociales que influyen en las fluctuaciones de la glucemia, algunas de estas son: el nivel socioeconómico, el apego al tratamiento, el conocimiento de la enfermedad, los mecanismos de contención, el impacto emocional de la enfermedad y el apoyo social, influencia del sexo y de la edad. ^{13,16}

Ante el diagnóstico de un trastorno como la Diabetes, con su condición de cronicidad y que exige modificaciones en los hábitos y el modo de vida de uno de los miembros, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar la homeostasis amenazada. El factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevas formas y a veces nuevos papeles. Con esos cambios adaptativos aparecen nuevos riesgos para otros miembros de la familia, lo que puede afectar a su vez al familiar enfermo. ^{13, 16,19.}

Reacción de mala adaptación:

Los miembros de la familia pueden retirarse y no ser soporte para el paciente, saboteando los esfuerzos del paciente o poniendo obstáculos para el buen manejo de la diabetes. Este acercamiento con frecuencia es característico de miedo, negación y falta de educación. Los miembros de la familia pueden ser extremadamente protectores y fomentar la dependencia. La sobre protección puede frenar la progresión natural del desarrollo de su vida. La familia forma un sistema, concepto que intenta explicar la presencia de una influencia recíproca, directa, intensa y duradera de la conducta de los unos sobre los otros.^{13,18}

Las interacciones entre los miembros de la familia pueden ser negativas o positivas, las positivas proveen sensación de bienestar y el apoyo permite mantener el soporte emocional como vehículo de la socialización. Las reacciones de la familia ante la presencia de una enfermedad dependerán de varios factores: del tipo de familia, la cultura y la educación de cada miembro; del desarrollo familiar y de las ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas y su tratamiento, lo que influye en el enfermo. Las actitudes de los parientes acerca del dolor, invalidez, regímenes terapéuticos, o de una enfermedad como la diabetes, pueden establecer la reacción del paciente a sus síntomas o complicaciones.¹⁹

Ante el diagnóstico de un trastorno como la Diabetes, con su condición de cronicidad y que exige modificaciones en los hábitos y el modo de vida de uno de los miembros, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar la homeostasis amenazada. El factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevas formas y a veces nuevos papeles. Con esos cambios adaptativos aparecen nuevos riesgos para otros miembros de la familia, lo que puede afectar a su vez al familiar enfermo.^{13, 16}

1.7 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad se sabe que a pesar de existir diversos fármacos para el manejo del paciente diabético, persiste el descontrol metabólico y sus subsecuentes complicaciones y que la familia juega un papel importante en la salud integral de cada uno de sus miembros, por lo tanto cuando en ésta se ve afectado alguno de ellos, su participación es importante en la recuperación de la salud o en el control adecuado de la enfermedad para evitar en lo posible las complicaciones de la misma.^{17,19}

Las muertes que ocurren cada año en México a causa de la diabetes Mellitus están relacionadas fundamentalmente con las complicaciones, considerando que éstas pueden prevenirse, ya que ocurren por factores modificables, como la falta de diagnóstico o diagnóstico tardío, falta de tratamiento y control efectivo por parte de los servicios de salud, así como carencia de apoyo familiar y social para atención oportuna y regular del enfermo.¹⁴

En la clínica de consulta externa Chalco los pacientes acuden mensualmente por medicamento para control de su diabetes, sin embargo aun con las recomendaciones e indicaciones otorgadas, persiste el descontrol de su glucemia, sabiendo de antemano que un buen control metabólico retrasa el inicio de las complicaciones microvasculares, por lo que mantener los niveles de glucosa con cifras inferiores a 126 mg/dl, debe ser uno de los objetivos a lograr en su manejo. Sin embargo 53% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 cursa con cifras elevadas de glucemia, lo que implica que los esfuerzos para el control metabólico de estos pacientes han sido insuficientes. El control de la glucemia más que el simple hecho de tomar medicamentos, involucra una serie de actitudes frente a la enfermedad que depende 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.¹⁴

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la importancia del apoyo familiar en relación con el control metabólico de pacientes diabéticos en la clínica de consulta externa Chalco?

1.8 JUSTIFICACION

En los últimos cinco años la DM y sus complicaciones se han convertido en la primera causa de muerte en México, aunada a sus complicaciones circulatorias se van convirtiendo en el principal motivo de atención médica, siendo una de las principales causas de morbi mortalidad con enormes repercusiones económicas y sociales., su prevalencia es cada día mas elevada y en edades mas tempranas, siendo en ocasiones el diagnóstico y tratamiento inadecuados. Su detección precoz y oportuna además de permitir iniciar un tratamiento adecuado; manejo de la alimentación, ejercicio y medicación adecuada, logrará su control optimo y retrasará por muchos años la aparición de complicaciones en: ojos, riñones, corazón, cerebro, neuropatías periféricas y viscerales, pero sobre todo se reflejara en una mejor calidad de vida. En el ISSEMYM la diabetes mellitus ocupó la primera causa de muerte en el año del 2003, para el primer trimestre del 2004, ocupo la cuarta causa de demanda de atención medica consulta externa. La prevalencia estimada es del 5-7% y entre el 35 y el 50% de ellos no están diagnosticados. ¹

En cuanto a la distribución del padecimiento por grupo de edad, se encontró que la mayor prevalencia se presentó en los pacientes de 60 a 90 años. Las cifras expresan un aumento de su frecuencia en relación directa con el incremento de la edad de la población, por lo que es posible prever que el problema se agravará gradualmente de acuerdo con el aumento de la esperanza de vida y que propiciará un número más elevado de individuos en riesgo, según el comportamiento demográfico que se observa en el territorio nacional. La prevalencia más baja se registra entre los 20 a 29 años, pero en este grupo de edad se presenta el mayor riesgo de discapacidad y muerte temprana debido a las complicaciones agudas. ^{14,19}

La diabetes es una de las principales causas de demanda de consulta en el primer nivel de atención. El promedio de edad por muerte prematura a causa de diabetes en México es de 57.1 años, lo que representa la pérdida de 12.9 años potenciales de vida y al menos siete años de vida productiva por individuo, con lo que estimamos una pérdida global de aproximadamente 516 mil años potenciales. En México se ubica entre los de mayor número de casos registrados posee en el ámbito mundial. La perspectiva futura señala que se mantendrá el incremento en la cantidad de diabéticos. De acuerdo con la información disponible, el país ocupaba el décimo lugar mundial en 1995, con 4 millones de enfermos, y para el 2025, ocupara el séptimo con 12 millones.¹⁴

Por lo anterior, resulta de suma importancia valorar la frecuencia con que las familias apoyan a sus familiares con diabetes Mellitus, a fin de determinar la repercusión sobre el apego a su tratamiento y por ende la disminución de la aparición de las complicaciones crónicas y agudas de la enfermedad; con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente y sus familias.^{13,16}

Estudios realizados a diversas familias con familiares diabéticos, se ha observado que los enfermos que perciben apoyo por parte de su red social, en aspectos de su dieta y régimen médico, presentan mayor cantidad de conductas de auto cuidado, relacionado a un mejor control metabólico.¹⁰

Las personas con diabetes mellitus atraviesan por estadios críticos en su vida, con repercusión en su salud física y psicológica, repercutiendo en ellos y en sus familiares. De esta manera surge el apoyo familiar, el cual va a permitir el cambio del o los familiares mas cercanos al paciente en sus actitudes, hábitos, sentimientos, adquisición de conocimientos y acciones, tendientes a estimular al paciente para el cumplimiento de las indicaciones medicas prescritas, lo que conlleva a que el paciente se apegue a su tratamiento farmacológico y no farmacológico, evitando la progresión hacia complicaciones agudas o crónicas, preservando la calidad de vida del paciente y familiares.^{18,19}

Es importante recalcar que es frustrante para el Médico de Familia, el observar el deterioro orgánico, mental y emocional, que se presenta no solo en los pacientes diabéticos día a día, sino también en sus familias. Se deben de dirigir las acciones de los diabéticos hacia la educación, pero no solamente transmitiendo la información; sino tratando de lograr un cambio en la actitud de los pacientes de forma consciente y responsable.^{17,19}

1.9 OBJETIVOS

1.9.1 OBJETIVO GENERAL

Comprender la importancia del apoyo familiar y su relación con el control metabólico del paciente con diabetes mellitus tipo 2, que acude a la consulta externa de la clínica de Chalco.

1.9.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1) Conocer las cifras de glucemia en los pacientes diabéticos al momento del estudio.
- 2) Describir las características sociodemográficas de los pacientes diabéticos tipo 2 como son: edad, sexo, escolaridad, ocupación y estado civil.
- 3) Valorar el apoyo familiar con el que cuenta el paciente diabético, de acuerdo a las respuestas plasmadas en los cuestionarios aplicados.
- 4) Analizar el apoyo de la familia como factor determinante en la adaptación, autocuidado y adecuado control metabólico del paciente diabético.

1.10 HIPOTESIS

El presente estudio es de tipo descriptivo por lo que no requiere de hipótesis.

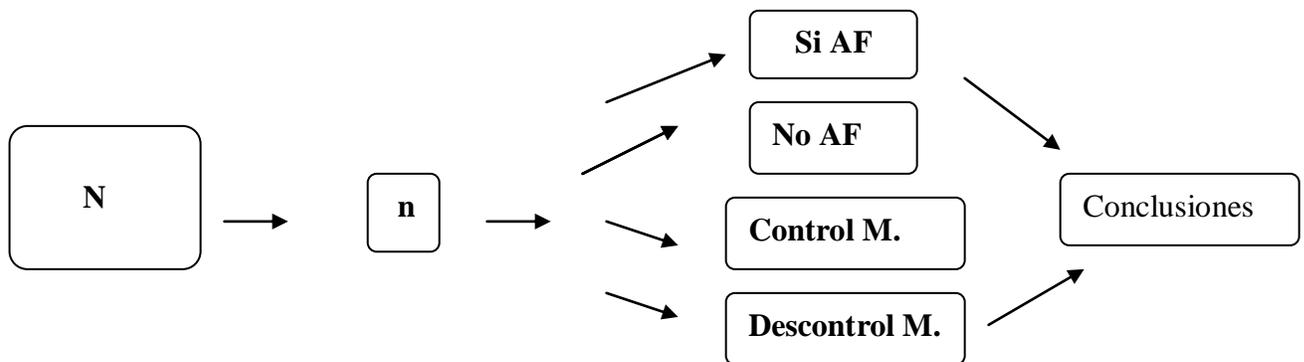
2. MATERIAL Y METODOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo transversal.

2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Este es un estudio transversal descriptivo, con una muestra tomada en base a los registros del censo de pacientes diabéticos tipo 2 manejado en el ISSEMYM de Chalco turno matutino, de los cuales se tomo por conveniencia a ciento cincuenta pacientes.



N= Población de la clínica consulta externa Chalco.

n = Muestra, 150 pacientes diabéticos, tomados del censo de diabéticos del turno matutino de la C.C.Chalco.

Si AF = si apoyo familiar.

No AF = no apoyo familiar

Control M= Control Metabólico

Descontrol M= Descontrol metabólico

2.3 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Pacientes de ambos sexos que se encuentran registrados en el censo de pacientes diabéticos tipo 2 manejado en el ISSEMYM de Chalco, que acudieron a consulta en el turno matutino, en un periodo de 8 meses a partir de enero a agosto del 2009.

2.4 MUESTRA

Muestra no probabilística por censo, con un total de 150 pacientes, los cuales fueron tomados del censo de diabéticos tipo 2, turno matutino.

2.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

Criterios de inclusión:

Paciente con diabetes tipo 2 que acuda a control médico en clínica de consulta externa Chalco, turno matutino acompañada de familiar.

Pacientes de Ambos sexos.

Mayores de 20 años de edad.

Que acepten participar en el estudio.

Que firmen el consentimiento informado.

Que sepan leer y escribir.

Criterios de exclusión:

Pacientes con diabetes tipo 1

Pacientes con diabetes tipo 2 que acuden solos a la consulta, (al familiar va dirigida una encuesta).

Encuestas con el llenado incorrecto o incompleto.

Que no firmen el consentimiento informado.

Pacientes o familiares analfabetas.

Pacientes o familiares que por diferentes motivos no acepten participar en el llenado de las encuestas.

Criterios de eliminación:

Encuestas no llenadas correctamente o incompletas.

2.6 VARIABLES

VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR DEFINICION OPERATIVA	FUENTE
Edad	Cuantitativa Continua	Pacientes mayores de 20 años, registrados en el censo.	Cuestionario
Sexo	Cualitativa Nominal	Masculino Femenino	Cuestionario
Estado civil	Cualitativa nominal	Casados Solteros Divorciados Viudos	Cuestionario
Escolaridad	Cualitativa Ordinal	Primaria Secundaria. Preparatoria Licenciatura	Cuestionario
Ocupación	Cualitativa Nominal	¿Cuál es su ocupación?	Cuestionario

Control de la Glucemia	Cuantitativa Continua	Paciente controlado: Menor 126mg/dl Paciente descontrolado: Mayor 127mg/dl	Cuestionario
Percepción del paciente sobre su enfermedad (D.M) y Apoyo familiar.	Cualitativa	Instrumental para el paciente: Percepción sobre su enfermedad. Preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 7, 10, 13,15. Apoyo familiar Preguntas: 6,8,9,11,12,14.	Cuestionario 1
Apoyo Familiar	Cualitativa	Instrumental para el familiar: Apoyo Instrumental Preguntas: 1,2,5,6,7,9,10,12. Apoyo Informativo Preguntas: 3,4,8,9,10,11,13. Apoyo Emocional Pregunta: 14.	Cuestionario 2

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES.

Edad: Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia.

Sexo: Características fenotípicas y genotípicas.

Estado civil: El estado civil es la situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco que establece ciertos deberes y derechos.

Escolaridad: Nivel educacional con el que cuenta el paciente registrado en el censo.

Ocupación: Empleo, oficio, o trabajo al que se dedica el paciente.

Control Glucémico: Medida de concentración de glucosa en el plasma sanguíneo menor a 126 mg/dl.

Percepción del paciente sobre Diabetes Mellitus: Acto de recibir, interpretar y comprender por medio de los cinco sentidos orgánicos, de manera consciente y transformable toda la información acerca de la Diabetes Mellitus.

Apoyo familiar: Se relaciona con las funciones básicas de ayuda y ajuste a las demandas del ambiente, integrado por empatía, estímulo, información, ayuda material y expresiones de participación, se reconocen 3 tipos de apoyo: emocional, instrumental y el informacional, clave en el control metabólico de la enfermedad al propiciar un ambiente favorable para reducir el estrés y mejorar el apego al tratamiento: si apoyo familiar, no apoyo familiar.

Apoyo tangible o instrumental: Prestar ayuda directa o servicios.

Apoyo 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.

Apoyo emocional: Sentimiento de ser amado y de pertenencia, intimidad, poder confiar en alguien y la disponibilidad de alguien con quien hablar.

2.7 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizaron 2 cuestionarios los cuáles fueron hechos en base a un instrumento para evaluar el apoyo familiar del diabético, elaborado por docentes del Programa de posgrado en Ciencias de la Salud Pública, en el centro universitario de las ciencias de la salud de la universidad de Guadalajara¹², de donde se tomaron y modificaron algunas preguntas para fines del estudio, las cuales no fueron validadas. Lo anterior por el nivel de educación de los pacientes y familiares, debido a la cantidad de preguntas y por el tiempo de los encuestados durante la consulta y de acuerdo a lo que dicha investigación era necesario. El cuestionario numero 1 tuvo la finalidad de conocer la percepción del paciente sobre su enfermedad y el apoyo familiar recibido, este consta de 15 preguntas cerradas dirigidas al paciente diabético tipo 2 con 2 opciones de respuesta: SI y NO. (Ver anexo 1). Ambos cuestionarios fueron autoaplicables. El cuestionario numero 2 con finalidad de conocer el apoyo familiar en el paciente diabético, consta de 14 preguntas dirigidas al familiar del paciente diabético; las cuales su respuesta es de opción múltiple: siempre, casi siempre, nunca. (Ver anexo 2). En la carta de consentimiento informado se realizo un anexo donde se preguntaron los datos demográficos de la población que se estudió. (Ver anexo 3)

2.8 MÉTODOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

- ❖ Se recabo el censo general de Diabetes Mellitus, donde se encuentran anotados con seguimiento mensual todos los pacientes diabéticos de la clínica de consulta externa Chalco, tomando en cuenta los diabéticos tipo 2, de los 4 consultorios del turno matutino, de donde se tomaron 150 pacientes para la realización del estudio.

- ❖ Se dio a conocer al paciente diabético y a su familiar información sobre alcances del estudio, importancia de su participación en el mismo.

- ❖ Posteriormente se les otorgo una carta de consentimiento informado donde firmaron de autorización.
- ❖ Se aplicaron 150 encuestas a pacientes y familiares acompañantes, de las cuales por criterios de exclusión correspondientes a encuestas incompletas, contestadas incorrectamente, se tomaron únicamente en cuenta 140 encuestas, eliminando 10.
- ❖ Se revisaron los resultados de glucemia encontrados en el censo correspondiente a cada paciente que acepto realizar la encuesta, clasificándolos como sigue: glucemia menor a 126 mg/dl se considera controlado, mayor a 126 mg/dl se considera descontrolado.

2.9 PRUEBA PILOTO

No se aplico.

2.10 PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO

Una vez recolectados los datos se procedió a realizar la captura de datos y el análisis se realizo en EXCEL 2003 de Microsoft Office. Para realizar el análisis se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (media, moda).

2.11 DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE BASE DE DATOS

Previa recopilación de la información de los cuestionarios, se elaboró una base de datos en sistema computarizado EXCELL.

2.11.1 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis de datos sociodemográficos se utilizo estadística descriptiva con medidas de resumen: frecuencia, porcentaje, así como medidas de tendencia central (media, moda).

2.12

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE LA INVESTIGACIÓN

Actividad	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov
A. Aprobación tema de protocolo	X	X									
b. Elaboración de protocolo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
c. Fotocopias de encuestas		X						X			
d. Platicas a pacientes acerca del estudio		X	X	X	X	X				X	
e. Aplicación de encuestas		X	X	X	X	X					
f. Elaboración de resultados								X	X		
g. Informe final										X	X

2.13 RECURSOS.

2.13.1 RECURSOS HUMANOS

Participación de personal del área de recepción, del área de archivo, área médica y enfermería del turno matutino de la clínica de consulta externa.

2.13.2 RECURSOS MATERIALES

Se realizó el fotocopiado de 150 encuestas, con un total de 600 hojas, lápices, bolígrafos, computadora, impresora, tinta, tablas para recargarse, gomas.

2.13.3 RECURSOS FÍSICOS

Sala de espera, sillas, escritorio, recepción, pasillos, consultorios, censo de diabéticos y expedientes clínicos.

2.13.4 FINANCIAMIENTO

Este estudio fue financiado por el investigador responsable.

2.14 CONSIDERACIONES ÉTICAS

1.-La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos, para proteger su salud y sus derechos individuales.

2.-En la investigación médica, es deber del médico es proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano. Lo anterior se encuentra estipulado en la declaración de principios éticos de investigación médica (declaración de Helsinki, adoptada por la 18ª Asamblea medica Mundial Helsinki, una propuesta de principios éticos).²²

3.-De acuerdo a lo establecido en la “Ley General de Salud”, en el título 5º, capítulo único, con respecto a la investigación para la salud en el Artículo 100, menciona que la investigación en seres humanos:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.

II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.

III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.

IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

Se considera las siguientes categorías:

- Investigación sin riesgo: La posibilidad de causar alteración física o psicológica en el sujeto es muy remota: investigación documental; de tipo descriptivo, observacional y sin manipulación.
- Investigación de riesgo mínimo: Estudios donde se emplean procedimientos comunes; exámenes físicos, psicológicos de diagnóstico o tratamiento rutinarios.
- Investigación con riesgo mayor al mínimo: Investigaciones en las que la probabilidad de afectar al sujeto es significativa.

Por lo anterior mencionado este estudio se considera sin riesgo. ²³

4.- El investigador principal informo a los pacientes y familiares del estudio los motivos del estudio, así como aseguro su confidencialidad, y dio a conocer carta de consentimiento informado la cual fue aceptada y firmada y posteriormente se inicio la aplicación del cuestionario.

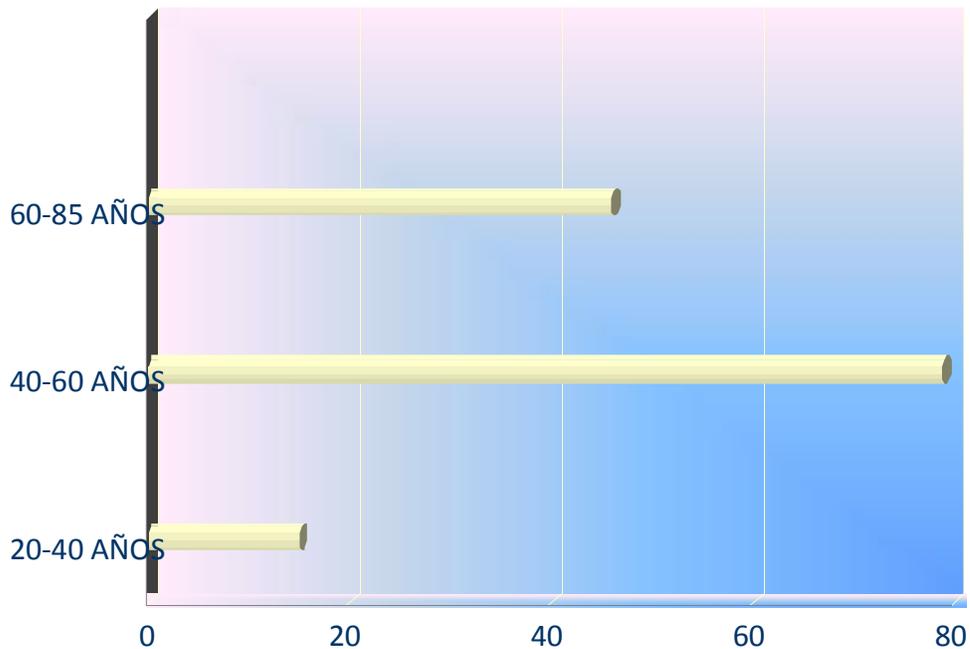
3. RESULTADOS

EDAD

Se estudiaron 140 pacientes con diabetes Mellitus tipo 2, con un rango en edades entre los 20 y los 82 años, con una media de 55 años, repartidas en 3 grupos: a) adultos jóvenes de 20 a 40 años (15 pacientes, 10.7 %), b) adultos de 41 a 60 años (79 pacientes, 56.4%), c) adultos mayores de 61 a 85 años (46 pacientes, 32.9%). Ver figura 1.

FIGURA 1.

DISTRIBUCION DE DIABETICOS TIPO 2 POR GRUPO DE EDAD

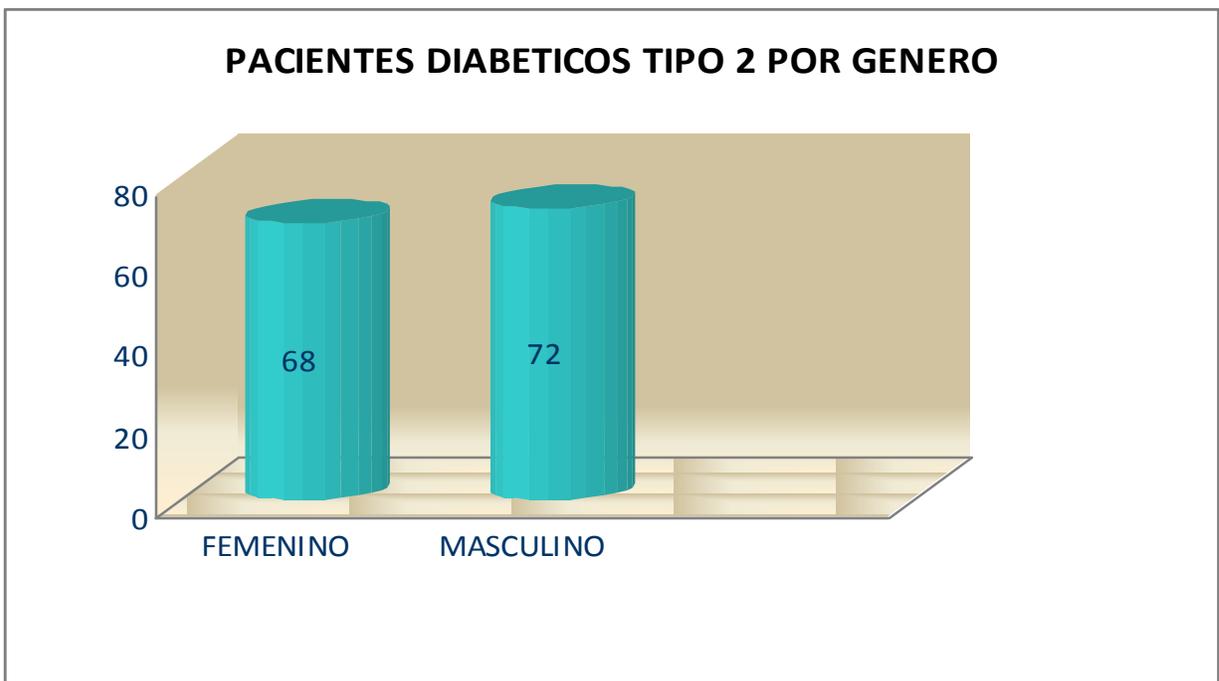


FUENTE: Encuestas realizadas a pacientes con D.M tipo 2. Clínica de consulta externa Chalco, 2009.

SEXO

En la figura 2 se observa que de los 140 pacientes hubo un ligero predominio en el sexo masculino con una diferencia de 1.6 % en relación al sexo femenino, con 69 pacientes femeninos, 50.8% y 71 pacientes masculinos, 49.2 %.

FIGURA 2

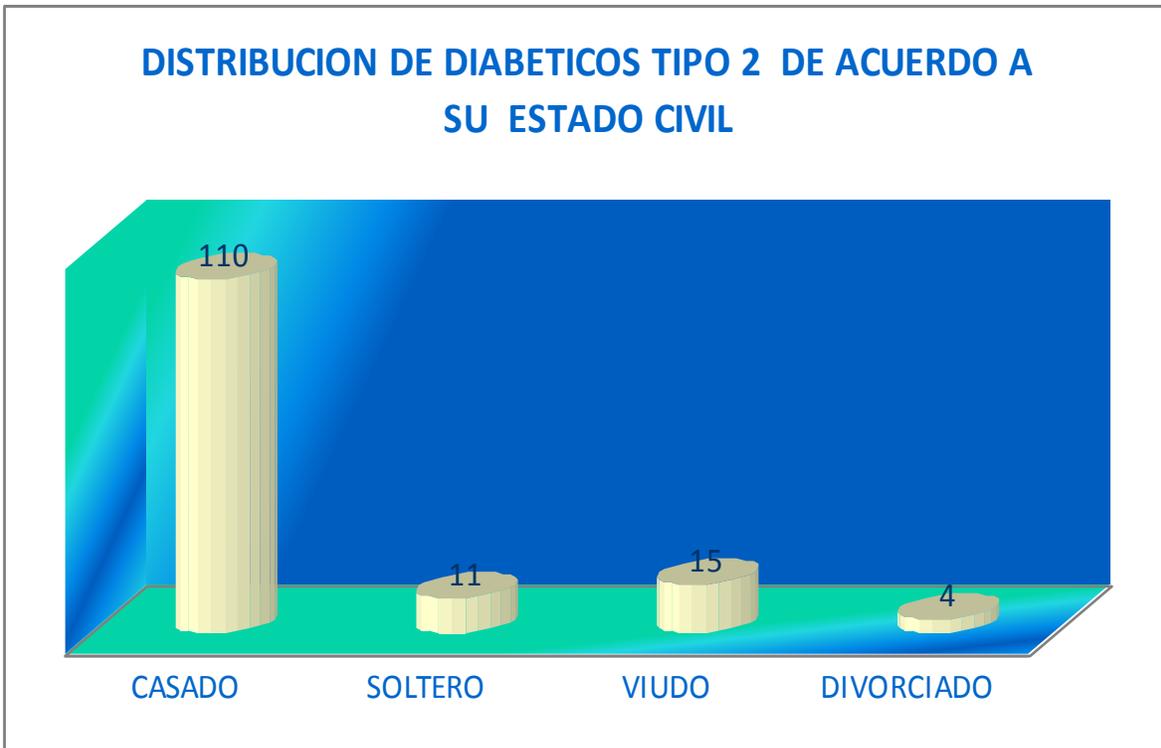


FUENTE: Encuestas realizadas a pacientes con D.M tipo 2. Clínica de consulta externa Chalco, 2009.

ESTADO CIVIL

En la figura 3 se observa que el estado civil que predominó con un 78.6 % es el de casados, pacientes el 10.8 %, solteros el 7.8%, divorciados el 2.8 %.

FIGURA 3

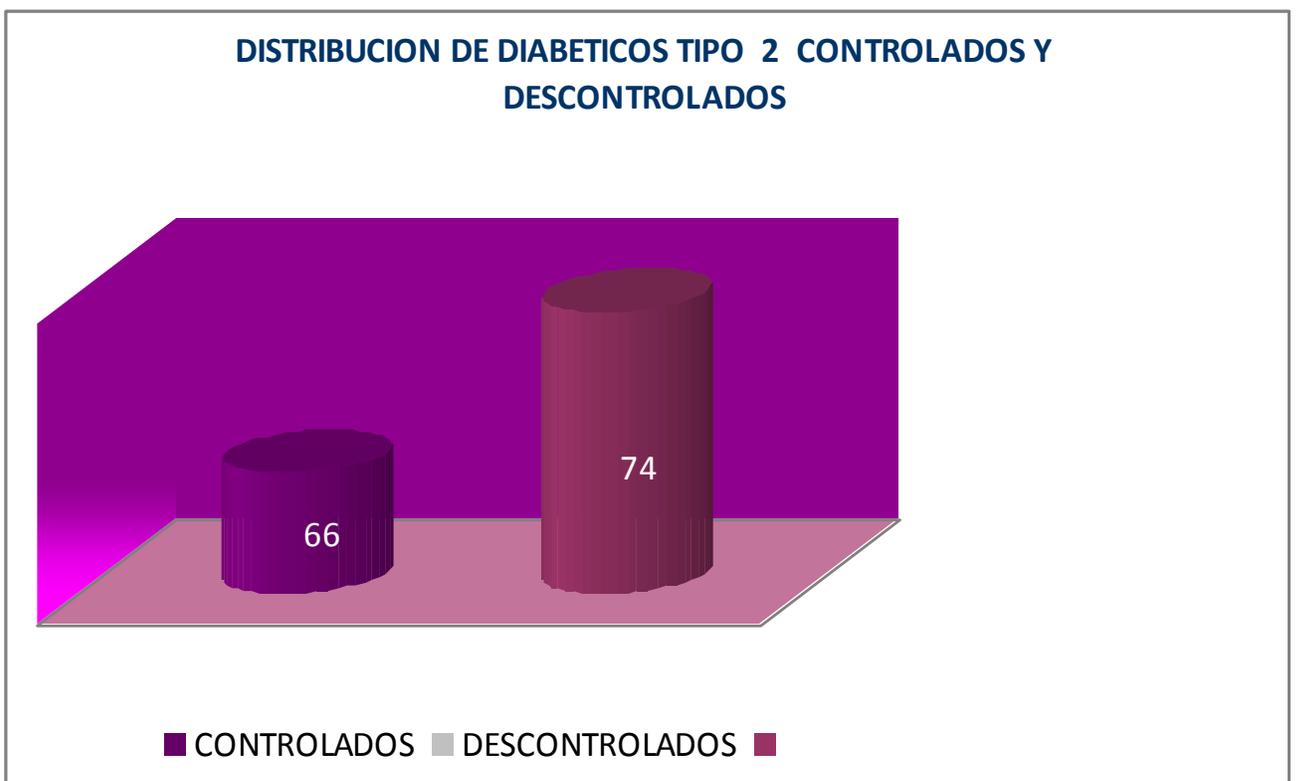


FUENTE: Encuestas realizadas a pacientes con D.M tipo 2. Clínica de consulta externa Chalco, 2009.

CONTROL GLUCEMICO

En cuanto a la figura 4, de los 140 pacientes encuestados se encontraron 66 controlados, con glucemia menor a 126 mg/dl y 74 descontrolados, con glucemia mayor a 127 mg/dl.

FIGURA 4

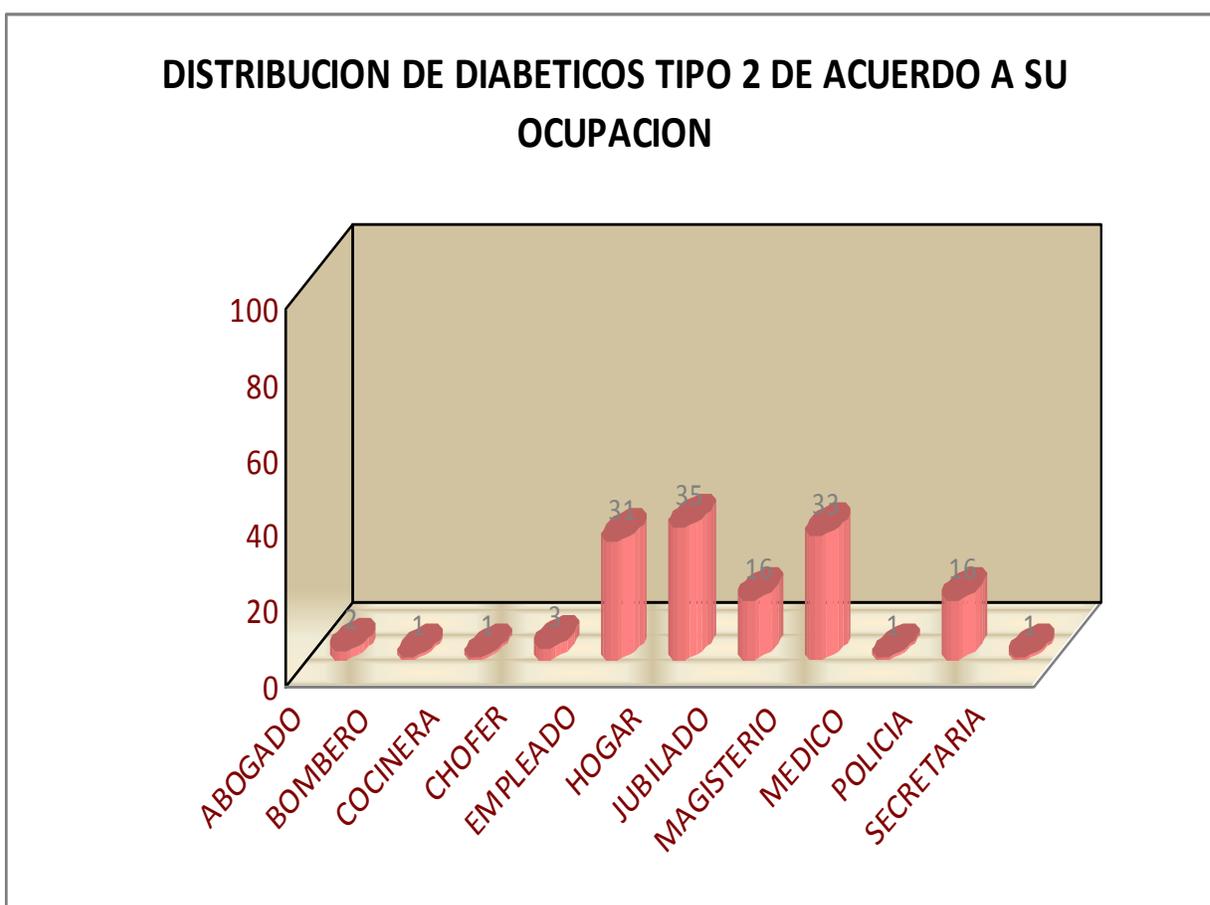


FUENTE: Encuestas realizadas a pacientes con D.M tipo 2. Clínica de consulta externa Chalco, 2009.

OCUPACION

En la figura 5 se observa que la mayor parte de los pacientes, se ocupaban de las labores del hogar con un 25 %, seguido del magisterio con un 23.6 % y 33 pacientes, en tercer lugar por los empleados de gobierno con un 22.2 %, que correspondió a 31 pacientes, 16 pacientes se dedicaron a seguridad pública y otros 16 pacientes fueron jubilados ambos con un 11.4 %, 3 pacientes fueron choferes con un 2.1 %, 2 fueron licenciados con un 1.5 %, cuatro pacientes restantes con .7 % cada uno, sus diferentes ocupaciones fueron las de medico, secretaria, bombero y cocinera.

FIGURA 5

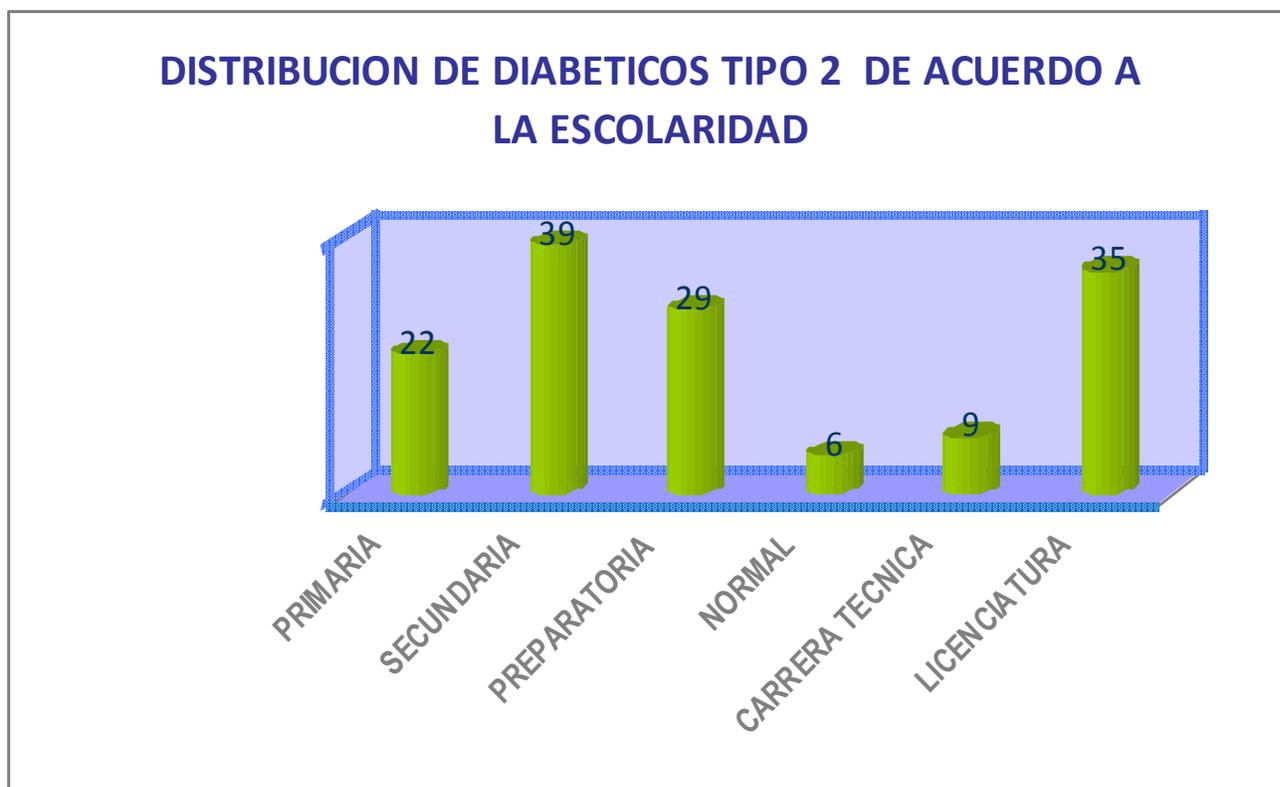


FUENTE: Encuestas realizadas a pacientes con D.M tipo 2. Clínica de consulta externa Chalco, 2009.

ESCOLARIDAD

En la figura 6 se observa que la escolaridad que la mayor parte tenía, aunque con un ligero predominio es la de secundaria con 39 pacientes (27.8%), seguida de licenciatura con 35 pacientes (25%), 29 pacientes con preparatoria (20.7%), con primaria se encontraron 22 pacientes (15.7%), en menor rubro 9 pacientes con carrera técnica y solo 6 pacientes con normal elemental.

FIGURA 6



FUENTE: Encuestas realizadas a pacientes con D.M tipo 2. Clínica de consulta externa Chalco, 2009.

PERCEPCION DEL PACIENTE SOBRE DIABETES MELLITUS Y EL APOYO FAMILIAR.

De las encuestas realizadas a 140 pacientes, se presentaron los siguientes porcentajes, evaluando la percepción que tiene sobre su enfermedad y el entorno con su relación familiar

PERCEPCION DEL PACIENTE	SI	NO	%
1. ¿Toma su medicamento a la hora indicada?	81.4 %	18.6 %	100 %
2. ¿Cuando se siente bien, deja los medicamentos?	27.8 %	72.2 %	100 %
3. ¿Cuando se siente mal se toma los medicamentos?	12.1 %	87.9 %	100 %
4. ¿Realiza ejercicio físico?	40.7 %	59.3 %	100 %
5. ¿Lleva usted dieta para controlar su cifra de glucosa?	51.4 %	48.6 %	100 %
7. ¿Le interesa cuidarse y controlar su glucosa?	93.6 %	6.4 %	100 %
10. ¿Está bien informado acerca de las complicaciones de la diabetes?	72.1 %	27.9 %	100 %
13. ¿Le importa su calidad de vida?	95.7 %	4.3 %	100 %
15. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos?	55.8 %	44.2 %	100 %
APOYO FAMILIAR			
6. ¿Su familiar se interesa por su enfermedad y consecuencias de la misma?	82.1 %	17.9 %	100 %
8. ¿Cree usted ser una carga para su familia?	18.5 %	81.5 %	100 %
9. ¿Siente apoyo de su familia para controlar su diabetes?	78.5 %	21.5 %	100 %
11. ¿Ha sentido tristeza o soledad por falta de apoyo de su familia?	35 %	65 %	100 %
12. ¿Cuenta con apoyo familiar para el control de su diabetes?	75 %	25 %	100 %
14. ¿Ha deseado dejarse para morir más pronto?	12.1 %	87.9 %	100 %

FUENTE: Encuestas realizadas a pacientes con D.M tipo 2. Clínica de consulta externa Chalco, 2009.

APOYO FAMILIAR EN EL PACIENTE DIABETICO TIPO 2

En relación al apoyo familiar (instrumental, informativo y emocional), se observaron diversos porcentajes que van desde nulo apoyo familiar con el 1.4 %, hasta buen apoyo familiar con el 57%, evaluado con 14 preguntas.

APOYO INSTRUMENTAL	a	b	c	A	B	C	%
1. La preparación de los alimentos del diabético la realiza:				siempre	Casi siempre	nunca	porcentaje
a) el paciente mismo				38.7%	42.6 %	11.3·	100 %
b) el cónyuge				42.8%	20.8 %	8.5 %	100 %
c) otra persona				18.5 %	7.5 %	9.3 %	100 %
2. La administración de su medicamento la realiza:							
a) El paciente mismo				86.4 %	68.5 %	17.9 %	100 %
b) El cónyuge				13.6%	8.6 %	5 %	100 %
5. Cuando el enfermo come mas alimentos:							
a) le recuerda el riesgo y retira los alimentos				64.5 %	28 %	7.5 %	100 %
b) insiste amenazándolo				14.5%	34.2 %	51.3 %	100 %
c) no dice nada				21 %	37.8 %	41.2 %	100 %
6. ¿Se da cuenta cuando su familiar no toma su medicina?				27.8 %	50.7 %	21.5 %	100 %

7. ¿Es problema preparar la dieta de su familiar diabético?							
a) porque no sabe y no le gusta				6.5 %	13.5 %	80 %	100 %
b) porque le quita tiempo				14.2 %	15.8 %	15.8 %	100 %
c) porque cuesta mucho dinero				1.7 %	1.3 %	12.8 %	100 %
c) hacer ejercicio				2.8%	2.1 %	.7 %	100 %
9. ¿Pregunta al medico sobre dieta de su familiar con D.M?				37.1 %	45.8 %	17.1 %	100 %
10. ¿Fomenta usted el ejercicio físico en su familiar?				23.6 %	47.2 %	29.2 %	100 %
12. ¿Conoce dosis de sus medicamentos?				44.3 %	37.8 %	17.9 %	100 %
APOYO INFORMATIVO							
3. Para mantenerse en control el diabético tiene que:							
a) tomar medicinas, llevar dieta, hacer ejercicio				48.4%	32.8%	18.8%	100%
b) recibir apoyo familiar.				38.6%	15.8%	9.2%	100%
4. ¿Ayuda a su familiar a atender indicaciones del medico?				46.4 %	39.3 %	14.3 %	100%
8. ¿Si su familiar suspende el medicamento sin indicación:							
a) le recuerda e insiste tratando d convencerlo				75.8 %	15.4 %	8.8 %	100 %
b) le lleva la medicina y lo regaña				61.4	14.3 %	24.3 %	100 %
c) nada, da lo mismo				3.4 %	19.5 %	2.7 %	100 %

11. Cuando el paciente tiene cita con el medico usted:							
a) lo acompaña				59 %	36.6 %	4.4 %	100 %
b) le recuerda su cita				53 %	23.2 %	6.6 %	100 %
c) no se da cuenta o no se entera				15 %			100 %
13. ¿Platica con el medico de la enfermedad e indicaciones?				44.3 %	37.8 %	17.9 %	100 %
APOYO EMOCIONAL	a	b	c	A	B	C	100%
14. ¿Ha pensado que su familiar es una carga para usted?				4.2 %	25 %	70.8 %	100 %

FUENTE: Encuestas realizadas a pacientes con D.M tipo 2. Clínica de consulta externa Chalco, 2009.

4. DISCUSIÓN

La finalidad que este estudio tuvo fue el de conocer la importancia del apoyo familiar en el control metabólico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Uno de los factores identificados como determinantes del adecuado control metabólico es la edad. La literatura menciona que conforme aumenta la edad de la población hay un aumento en la prevalencia de la enfermedad¹⁴ En el grupo de estudio no coincide dicha literatura ya que se encontró una media de edad de 55 años, adultos jóvenes de 20 a 40 años (5 pacientes diabéticos, adultos de 41 a 60 años (79 pacientes), adultos mayores de 61 a 85 años (46 pacientes).

Con respecto al sexo de los participantes se encontró que el 50.8% fue población femenina, mientras que el 49.2% fue masculino, esta diferencia podría estar relacionada con la tendencia de mayor cumplimiento de los tratamientos y mayor preocupación por la salud que presentan las mujeres.¹⁵

La información acerca del estado civil de los pacientes, resulto ser importante para el control de la glicemia ya que la mayoría de los pacientes viudos hombres se encontró con descontrol, crisis propias del ciclo vital familiar pueden ser factores importantes para un control metabólico y para la presencia del apoyo familiar.^{9,19}

En el grupo de estudio se encontró descontrol metabólico en el 52.85 y el 47.14% controlados.

La principal ocupación que refirieron los pacientes del estudio fue el hogar, seguido por el magisterio y en tercer lugar empleados de gobierno, se muestra en relación en el predominio de hombres en el estudio y que la mayoría de las mujeres del estudio son las encargadas por consiguiente de la alimentación familiar, factor influyente en el poco conocimiento de la enfermedad y por consiguiente un descontrol metabólico.¹³

De los 150 estudiados el 35 % de los pacientes se encontraron con sobrepeso, obesidad tipo I 33%, obesidad tipo II 14.2 %, lo anterior factor predisponente para un descontrol metabólico, relacionado con el aumento en la prevalencia de la enfermedad.¹⁴

En cuanto a la escolaridad se encontró en el total de la población estudiada: primaria 15.7%, secundaria 27.8%, preparatoria 20.7%, carrera técnica 10.8% y nivel licenciatura 25%. La población con bajo nivel académico suele representar mayor riesgo de desarrollar diabetes, debido a que tienden a compensar la calidad de los alimentos con la cantidad, otro factor de suma importancia para un descontrol metabólico.^{8, 19}

En lo que respecta al apoyo familiar se encontró que la población que cuenta con apoyo familiar es el 59.2 % y que la dinámica de interrelación que se establece entre la familia y el paciente diabético es uno de los factores determinantes de éste control, y en esta estudio se aprecia que hay poco apoyo familiar por consiguiente un mal control metabólico, ya que los diabéticos con medio familiar favorable, aumentan su conocimiento sobre la enfermedad, reducen el estrés y mejoran su adhesión a la dieta y al tratamiento.^{10, 18}

5. CONCLUSIONES

La diabetes mellitus, constituye tanto a nivel mundial como nacional un problema relevante de salud pública, ya que es una de las primeras causas de morbimortalidad en México y requiere una atención prioritaria, ya que su tendencia al incremento no ha sido impactada con los esfuerzos desarrollados.

Por lo que es de suma importancia conocer la forma de abordarlo integralmente, haciendo hincapié en el aspecto preventivo en cuyo nivel se puede involucrar a su familia, ayudándolo a llevar adecuadamente su control en términos de seguir una dieta, tomar su medicamento, hacer ejercicio, cambiar su estilo de vida hacia un aspecto saludable, evitando las posibles complicaciones.

El apoyo familiar es la clave en el control metabólico de la enfermedad al propiciar un ambiente agradable y de confianza, reduciendo el estrés y mejorando el apego al tratamiento, derivado de las relaciones interpersonales familiares, las funciones básicas de la familia, requiriendo de una educación acorde a sus necesidades, creencias y ambiente socio cultural. Sin embargo en este estudio al contar con poco o nulo apoyo familiar se ve plasmado el poco control metabólico en los pacientes.

En esta investigación se detecto en primer lugar que es frecuente el apoyo familiar en el paciente diabético, identificando que a mayor apoyo familiar mayor control metabólico, tanto en hombres como en mujeres, con diferentes edades, siendo la mayor escolaridad la clave para el mismo y estado civil casados, enfatizando que todos los miembros de la familia deben involucrarse con el familiar que presente este padecimiento.

Es conveniente analizar los factores relacionados con la atención que se brinda a los enfermos por parte de la familia y de los servicios de salud, ya que el tratamiento de la diabetes constituye una condición permanente, lo que tiene implicaciones de costo económico considerable, así como de desgaste en las relaciones familiares.

El control metabólico del paciente diabético tipo 2 no solo depende de tomar sus medicamentos, sino de un conjunto de conductas adoptadas frente a la enfermedad como son: recibir apoyo familiar, realizar ejercicio, apegarse a la dieta, acudir al médico constantemente, tener conocimiento sobre la enfermedad.

Enfatizar el papel del médico de familia de primer contacto que está encaminado a la prevención de complicaciones, empleando conocimientos para adoptar el papel como orientador, educador, haciendo conciencia, cambiando conductas y pensamientos erróneos del paciente y su familiar, creando y estableciendo redes de apoyo entre la familia, con niveles de intervención, asegurando siempre el bienestar del paciente, con apoyo de un equipo multidisciplinario, en un ambiente de empatía, adecuada relación médico-paciente y una alianza médico-familia-tratamiento.

Es necesario crear conciencia principalmente en el paciente diabético, así como en su familiar de lo que en verdad significa la diabetes Mellitus, con la finalidad de evitar complicaciones a corto y largo plazo y con esto lograr disminuir los costos en los sectores de salud empleados para éstas.

Por lo que se realizara la propuesta en la clínica de consulta externa Chalco, de iniciar con una asociación para pacientes diabéticos y familiares de los mismos, donde se lleve a cabo un trabajo en forma integral y multidisciplinarias, en el cual se incluya personal de las siguientes áreas: nutrición, trabajo social, enfermería, medicina familiar, psicología, entrenador, con el objetivo de lograr que el paciente diabético acepte su enfermedad, aprenda a vivir con ella y sobre todo se cuide.

Donde en lo que respecta a la consulta externa, se hagan esfuerzos orientados a superar la inercia del personal de salud en la atención del enfermo diabético para que aplique el tratamiento con base en la evaluación de su estado clínico, en lo referente a sus niveles de glucemia, pero sobre todo a ver a la familia como parte importante en el manejo de estos pacientes, teniendo como meta el control metabólico y de esta manera evitar las complicaciones, que por mínimas que sean son ya muy conocidas, costosas y hasta la fecha difícil de evitarlas.

El propósito de este club será dar mayor atención a estos pacientes siempre y cuando acudan con su familiar, ya que a pesar de muchos estudios realizados sobre este tema, se continua con la falta de apoyo para el paciente, se continua con el desconocimiento por el mismo paciente sobre diabetes y sobre todo de sus complicaciones, muchas ocasiones por falta de interés en el médico general para con el paciente, otras por poca importancia del paciente sobre el tema y muchas veces por el mismo desconocimiento y desinterés en el familiar.

6. REFERENCIAS

1. Guías clínicas terapéuticas para servicios del primer nivel de atención médica: Diabetes Mellitus 2005, (3-5). “Prevención, Conservación y Recuperación, de la Salud para Nuestros Derechohabientes” Coordinación de Servicios de Salud ISSEMYM.
2. Harrison, Diabetes Mellitus, Principios de Medicina Interna, 16 ava. edición, editorial McGraw-Hill-Interamericana; 2006, cap. 338, (2211-2235).
3. Diabetes Mellitus. Versión en inglés revisada por: Reviewed by David Zieve, MD, MHA, Medical Director, A.D.A.M., Inc. Also reviewed by Deborah Wexler, MD, Assistant Professor of Medicine, Harvard Medical School, Endocrinologist, Massachusetts General Hospital. Traducción y localización realizada por: Dr. Tango, Inc. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/Spanish/ency/article/001214.htm>.2009.
4. PROYECTO de Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. 98 (Primera Sección) DIARIO OFICIAL Viernes 7 de abril de 2000.
5. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care January 2008; vol. 31 no. Supplement 1:S12-S54.
6. Expert Committee on the Diagnosis and Classification of diabetes Mellitus: Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification o diabetes Mellitus. Diabetes Care. 2003; 26:3160-3167.

7. Alfaro J, Simal A, Botella F. Tratamiento de la diabetes mellitus; Del Sistema Nacional de Salud 2000: Vol. 24–N.o 2. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/Medline plus/Spanish/ency/article/001214.htm>.
8. Estrella E, Suárez M, Introducción al Estudio de la Dinámica Familiar. RAMPA (Revista de Atención integral de salud y Medicina familiar para la atención Primaria). Año 1. Vol. 1. No. 1: 38-47. Jul.-Set. 2006.
9. Rodríguez M, Guerrero JF. Importancia del Apoyo Familiar en el Control de la Glucemia. Salud Pública Méx. 2000; 39: 44-47.
10. Pérez H, Alanis G, Ordaz E, González J, Relación de Funcionalidad Familiar con el Control Glucémico del Paciente Diabético tipo 2, Rev. Med. IMSS 2002; UMF No 32, Guadalupe, Nuevo León, 40(3): 213-220.
11. Velasco ML, Sinibaldi JF, Manejo del Enfermo Crónico y su Familia (Sistemas, Historias y Creencias). 1ª. Ed. México D.F Editorial Manual Moderno; 2001.
12. Valadez F, Alfaro Noé, Centeno G, Cabrera C. Diseño de un Instrumento para Evaluar Apoyo Familiar al Diabético tipo 2. Investigación en Salud. Universidad de Guadalajara México. Diciembre 2003; 5 (3): 1-10.
13. Valdez I, Aldrete G, Alfaro N. La Influencia de la Familia en el Control Metabólico del Paciente Diabético Tipo 2, Salud Pública de Méx. 2003; 35: 161-8.

14. Kuri P, Periodismo de Ciencia y Tecnología, Investigación y Desarrollo. La Diabetes en México, Dirección General de Epidemiología, Secretaria de Salud Junio 2001.
15. Duran VB, Rivera ChB, Franco GE. Apego al Tratamiento Farmacológico en Pacientes con Diagnostico de Diabetes Mellitus Tipo 2. Salud Publica de México 2001; 43(3): 233-236
16. Méndez M., Gómez M., García M., Pérez H., Navarrete A. Disfunción Familiar y Control del Paciente Diabético Tipo 2, Revista Médica del IMSS, 42 (4): 281-284. Julio - Agosto 2004,
17. De los ríos A, Órgano de Difusión Científica del Departamento de Medicina Familiar, Control Metabólico del Paciente Diabético tipo 2 después de una Estrategia Educativa en Medicina familiar. Revista de Atención Familiar; marzo-abril 2009; 16(2): 32-35.
18. Ariza E., Camacho N., Edwin Londoño E., Niño C/ Sequeda C., Borda M. Factores Asociados: a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal Sistema de Información Científica Redalyc" julio-diciembre, número 021. Universidad del Norte Barranquilla, Colombia pp. 28-40.
19. Osorno, Cifuentes R., Quintal N, Diplomado en Salud Publica y Salud Familiar, Modulo I: Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción. Ensayo. La familia ¿Apoyo o Desaliento para el Paciente Diabético?, marzo - abril del 2005.

20. Fundación Caritas para el Bienestar del Adulto Mayor, Guía de Aprendizaje No Formal para Adultos Mayores. Redes Sociales de Apoyo. FUNBAM. FUNDACION CENTRO DE PROMOCION GERONTOLOGICA. Investigación Acción Participativa. (I.A.P). México D.F, 2005. Disponible en <http://www.gerontologia.org>.
21. Árcega A, Lara C, Ponce de León S. Factores Relacionados con la Percepción Subjetiva de la Calidad de Vida de Pacientes con Diabetes. Revista de Investigación Clínica. IMSS. Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, INN. México, Sep./Oct. 2005, 57 (5): 676-684
22. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Disponible en: <http://www.wma.net/s/policy/b3.htm>.
23. Ley General de Salud. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx>
24. Autor Anónimo, Historia de la diabetes, medicina multimedia. 2006. Disponible en: www.iqb.es/d_mellitus/historia/historia01.htm
25. Pérez F., fisiopatología de la diabetes Mellitus tipo 2. Revista Medica Clínica. Laboratorio de Genómica Nutricional. Departamento de Nutrición. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Condes- 2009; 20(5) 565 – 571.

7. ANEXOS

ANEXOS

7.1 ANEXO 1



Gobierno del Estado de México
Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios
Clínica de consulta externa Chalco



ENCUESTA PARA EL **PACIENTE** CON DIABETES MELLITUS TIPO I Y TIPO II PARA VALORAR LA RELACION FAMILIAR Y EL RESULTADO DE LA MISMA EN EL CONTROL Y DESCONTROL DEL PACIENTE.

INSTRUCCIONES:

Marque con una **X** su respuesta **SI** cuando la respuesta sea afirmativa; o **NO** cuando la respuesta sea negativa dependiendo de lo que usted acostumbra a hacer.

	SI	NO
1. ¿Toma su medicamento a la hora indicada?		
2. ¿Es de los que piensa que cuando se siente bien, deja de tomar los medicamentos?		
3. ¿Solo cuando se siente mal se toma los medicamentos?		
4. ¿Realiza ejercicio físico?		
5. ¿Lleva usted alguna dieta para controlar su cifra de glucosa?		
6. ¿Su familiar con el que vive se interesa por su enfermedad y consecuencias de la misma?		
7. ¿Le interesa cuidarse y controlar sus cifras de glucosa?		
8. ¿Cree usted ser una carga para su familia?		
9. ¿Siente usted apoyo por parte de su familia para controlar su diabetes?		
10. ¿Está usted bien informado acerca de las complicaciones de la diabetes?		
11. ¿Ha experimentado algún sentimiento de tristeza, soledad o depresión por falta de apoyo de su familia?		
12. ¿Cuenta con el apoyo total de sus familiares para el control de su diabetes?		
13. ¿Le importa su calidad de vida?		
14. ¿Ha pasado por su mente la idea de dejarse para morir más pronto?		
15. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos?		

GRACIAS POR SU PARTICIPACION

7.2 ANEXO 2



Gobierno del Estado de México
 Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios
 Clínica de consulta externa Chalco



PREGUNTAS PARA SER CONTESTADAS POR EL **FAMILIAR** DEL PACIENTE PARA EVALUAR EL APOYO FAMILIAR DEL PACIENTE CON DIABETES TIPO 1 Y TIPO 2.

INSTRUCCIONES: Como respuesta a cada pregunta, marque con una X el espacio que corresponde a las letras A, B, C, según su respuesta. Se le pide por favor que conteste todas las preguntas. Sus resultados se manejarán con confidencialidad.

Las letras significan: A: siempre B: ocasionalmente C: nunca

	A	B	C
1. La preparación de los alimentos del diabético es realizada por:			
a) el paciente mismo			
b) el cónyuge			
d) otra persona			
2. La administración del medicamento de su diabético es realizada por:			
a) El paciente mismo			
b) El cónyuge			
3. Esta de acuerdo que para mantenerse en control el diabético tiene que:			
a) tomar sus medicinas, llevar su dieta, hacer ejercicio.			
b) recibir apoyo familiar			
4. ¿Le ayuda a su familiar a atender las indicaciones del medico?			
5. Cuando su familiar enfermo come mas alimentos de los indicados usted:			
a) le recuerda el riesgo y retira los alimentos			
b) insiste amenazándolo			
c) no dice nada			
6. ¿Se da usted cuenta cuando a su familiar se le olvida tomar su medicina?			
7. ¿Considera que es problema preparar la dieta de su familiar diabético?			
a) porque no sabe y no le gusta			
b) porque le quita tiempo			
c) porque cuesta mucho dinero			
8. ¿Que hace cuando su familiar suspende el medicamento sin indicación?			
a) le recuerda y le insiste tratando de convencerlo			
b) le lleva la medicina y lo regaña			
c) nada y le da lo mismo			
9. ¿Pregunta al medico sobre la dieta que debe tener su familiar diabético?			
10. ¿Fomenta usted el ejercicio físico en su familiar?			
11. Cuando el paciente tiene cita con le medico para su control usted:			
a) lo acompaña			
b) le recuerda su cita			
c) no se da cuenta o no se entera			
12. ¿Conoce la dosis de los medicamentos de su familiar?			
13. ¿Platica con el medico de la enfermedad e indicaciones dadas a su familiar?			
14. ¿Ha llegado pensar que su familiar es una carga para usted?			

7.3 ANEXO 3



Gobierno del Estado de México
Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios
Clínica de consulta externa Chalco



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN ESTUDIOS DE INVESTIGACION CLINICA:

NOMBRE Y CLAVE DE ISSEMYM:

EDAD:

SEXO:

ESTADO CIVIL:

ESCOLARIDAD:

OCUAPCION:

POR MEDIO DE LA PRESENTE, ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN TITULADO: APOYO FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA CHALCO.

LA FINALIDAD DE ESTE PROTOCOLO SERA VALORAR EL APOYO FAMILIAR EN PACIENTES DIABÉTICOS, MI PARTICIPACIÓN CONSISTE EN RESPONDER DE FORMA LIBRE Y CONFIDENCIAL.

INFORMANDOME QUE NO SE TIENEN RIESGOS NI INCONVENIENTES, Y SI BENEFICIOS EN EL ESTUDIO COMO: DETERMINAR EL APOYO FAMILIAR EN EL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2, IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS NECESARIAS PARA BENEFICIAR A LA POBLACIÓN CON ESTE PADECIMIENTO, ASI COMO A SUS FAMILIARES A FIN DE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA Y DE LA RELACION FAMILIAR.

EL INVESTIGADOR SE COMPROMETE A RESPONDER CUALQUIER PREGUNTA Y RESOLVER DUDAS ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE LLEVARAN A CABO, RIESGOS, BENEFICIOS, DAR INFORMACIÓN OPORTUNA SOBRE CUALQUIER PROCEDIMIENTO ALTERNATIVO ADECUADO QUE PUDIERA SERVIR PARA MI TRATAMIENTO Y CONTROL.

CONSERVO EL DERECHO DE RETIRARME DEL ESTUDIO EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LO CONSIDERE CONVENIENTE, SIN QUE ELLO AFECTE LA ATENCIÓN MEDICA QUE RECIBO EN ESTE INSTITUTO.

NOMBRE, FIRMA, CEDULA PROFESIONAL DEL INVESTIGADOR