



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No.7 CUAUTLA MORELOS.**

**APOYO FAMILIAR Y CONTROL GLUCEMICO EN EL
PACIENTE DIABETICO TIPO 2 DE LA UMF No. 7
CUAUTLA MORELOS**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. BERNARDA MARGARITA MARTINEZ ZAGAL

CUAUTLA, MORELOS

2012



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.

**APOYO FAMILIAR Y CONTROL GLUCEMICO EN EL
PACIENTE DIABETICO TIPO 2 DE LA UMF No. 7
CUAUTLA MORELOS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

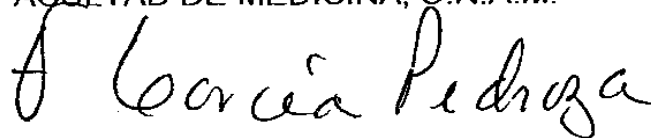
PRESENTA

DRA. BERNARDA MARGARITA MARTINEZ ZAGAL




AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

**APOYO FAMILIAR Y CONTROL GLUCEMICO EN EL PACIENTE DIABETICO
TIPO 2 DE LA UMF No. 7 CUAUTLA MORELOS**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

**PRESENTA:
MARTINEZ ZAGAL BERNARDA MARGARITA**

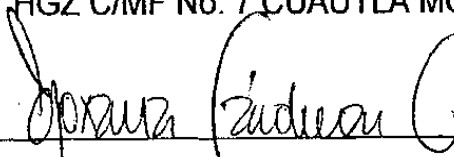
AUTORIZACIONES:



DRA. SANDRA IMELDA CAMACHO OCTAVIANO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
CUAUTLA MORELOS



**ASESOR METODOLOGICO
DRA. ROSA MARIA MUÑOZ ARENILLAS**
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
HGZ C/MF No. 7 CUAUTLA MORELOS



**ASESOR MEDICO
DRA. ROXANA CARDENAS CABELLO**
COORDINADOR DEL PROGRAMA DIABETIMSS DEL HGZ C/ MF No. 7



DRA. ROSA MARIA MUÑOZ ARENILLAS
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

DR. JUAN ORTIZ PERALTA
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACION

DEDICATORIAS

A Dios Padre, Hijo y Espíritu Santo; por haberme dado la vida, por permitirme ser lo que soy, por darme salud, por regalarme una familia maravillosa y sobre todo por ser mi guía principal y permitirme llegar a concluir una meta profesional.

A mi MADRE

Gracias Esperancita por darme la vida, por tu apoyo incondicional para lograr mi profesión, por enseñarme el valor que tiene una familia y ayudarme a fortalecer la mía, por tus oraciones, por tus cuidados, por tus enseñanzas y sobre todo Gracias por ser mi MADRE.

A mi PADRE

Gracias a ese padre ausente (por decisión de Dios), que me enseñó lo bello de la vida, que guio mi niñez con sabiduría, y que me dejó tantos recuerdos y enseñanzas hermosas que ahora son transmitidas a mis hijas.

A mi ESPOSO e HIJAS

Te Amo ARIEL, las amo ROSADRIANA, ARI MARIEL Y XIADANI. Y agradezco a DIOS nuestro señor por haberme permitido formar con ustedes la FAMILIA que tanto añoraba desde la infancia. Gracias por comprender mi necesidad de superación, gracias por el tiempo y la ayuda invaluable que me regalaron ya que en todo este proceso de aprendizaje cada uno me dio parte de ustedes para seguir adelante sobre todo en esos momentos de inseguridad, indecisión y flaqueza, me ayudaron a seguir hasta lograr lo que tanto había necesitado.

A mis HERMANOS

Agradezco su comprensión por no estar presente en todos los eventos familiares que acostumbramos, gracias por cuidar de mi Mamá, y Gracias sobre todo a Rosa y a Pancho por haber guiado mi infancia y por haberle ayudado a mi Mama para que yo lograra mi objetivo de ser profesionista

A la Dra. SANDRA I. CAMACHO OCTAVIANO

Le doy gracias a Dios por haberla conocido. Y le doy gracias a usted por enseñarme a querer a la Medicina Familiar, por trasmitirme ese amor que se debe tener al trabajar con las Familias, por regalarme sus conocimientos para poder trabajar a gusto con cada uno de sus integrantes.

A mis ASESORAS

Dra. Rosa María Muñoz Arenillas y Dra. Roxana Cárdenas Cabello

Les agradezco el haber aceptado andar este camino tan difícil para mí pero que ahora veo con agrado he concluido. Gracias por su confianza y por aportarme sus conocimientos.

A MIS AMIGOS

A mis amigos de la especialidad Dr. Jorge Rafael Osorio G. Dra. Elizabeth Popoca S. Dra. Ma. De Lourdes Sánchez Z. Dra. Hilda Roldan Dra. Araceli Garcia, por haber compartido conmigo sus conocimientos, su amistad y su tiempo tan valioso. Pero en especial GRACIAS a Ti Dra. María de los Ángeles Rojas Calzada por impulsarme cuando más lo necesitaba, por ayudarme a iniciar esta tesis que fue muy difícil para mí. Pero sobre todo gracias por tu Amistad y por aceptarme tal como soy. Te quiero, AMIGA.

A mi querida INSTITUCION

A mi hospital sede, H.G.Z. c/ MF No. 7 Cuautla Morelos, a mis maestros, es una bendición y orgullo haber estado con ustedes, agradezco a Dios por sus enseñanzas y amistad y agradezco al IMSS por haberme abierto sus puertas; y por la formación como Medico Familiar. Así como a la máxima casa de estudios la UNAM en donde dejo mi proyecto para servicio de quien lo necesite.

GRACIAS!!!!

INDICE GENERAL:

Página

1.	MARCO TEORICO	7
2.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
3.	JUSTIFICACION	17
4.	OBJETIVOS	17
	- GENERAL	18
	- ESPECIFICOS	18
5.	HIPOTESIS	18
6.	METODOLOGIA	18
	- TIPO DE ESTUDIO	18
	- POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	19
	- TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	19
	- CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y DE ELIMINACION	19
	- INFORMACION A RECOLECTAR (VARIABLES)	20
	- METODO O PRECEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION.	23
	- CONSIDERACIONES ETICAS	24
7.	RESULTADOS	24
	- DESCRIPCION (ANALISIS ESTADISTICO) DE LOS RESULTADOS	24
	- TABLAS, CUADROS Y GRAFICAS	25
8.	DISCUSION DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS	32
9.	CONCLUSIONES	34
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	35
11.	ANEXOS	38

1. MARCO TEORICO:

La diabetes mellitus es una enfermedad que en las últimas décadas ha mostrado incremento progresivo de su incidencia y prevalencia en todo el mundo, especialmente en el continente Americano (1). Es crónica debilitante, su prevalencia está aumentando como consecuencia del envejecimiento de la población, el aumento de la obesidad y los hábitos de vida sedentarios (2). Afecta a todas las clases sociales, principalmente a la población de bajos recursos económicos asentada en las áreas urbanas (1). Es la principal demanda de atención médica en consulta externa, una de las principales de hospitalización, y es la enfermedad que consume el mayor porcentaje del gasto de nuestras instituciones públicas (alrededor del 20%) (3). Es una de las enfermedades crónicas que mayor atención y erogación demandan (4). Generalmente se presenta después de los 30 años de edad (5). La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que el número de personas con DM2 en el mundo es de 171 millones y pronostica que aumentará a 366 millones en el año 2030 (6). En España la prevalencia en la población de la misma edad oscila alrededor del 6-10%. Para el año 2000 se estimó que en el continente Americano aproximadamente 35 millones de personas padecen de DM2, de los cuales el 54% corresponde a América Latina y el Caribe. En Venezuela para el mismo año se estimó una prevalencia de entre el 5.1 al 6% (2). En Estados Unidos los casos de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), alcanzan una incidencia de 200 casos nuevos por cada 100,000 habitantes. En México representa un problema de salud pública (1,3,4). Ocupa el segundo lugar en la clasificación de países con mayor prevalencia de DM2 siendo el estado de Veracruz quien ocupa el primer sitio a nivel nacional, con un porcentaje del

16.1% de acuerdo con estudios de la SSA (7). Y se calcula que cerca del 8% de la población de entre 20 y 69 años padece DM2, y de estos, cerca de 30% ignora que la padece. Así como que existen más de 4 millones de pacientes diagnosticados, y en cerca de un millón aún no se ha establecido el diagnóstico, por lo que varios autores tratan de describir esto como la punta de un gran iceberg (8). La DM2 en el año 2006, según estadísticas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ocupó el tercer lugar en principales motivos de consulta a nivel nacional con un total de 7, 779,198 casos, siendo de estos 11,906 casos de primera vez. En la Delegación Morelos se reportaron un total de 118,745 consultas, de las cuales 2,766 fueron de primera vez (9). En el H.G.Z. c/ M.F. No. 7 se reportaron un total de 20,422 consultas, y en el grupo Diabetimss se reportaron un total de 736 pacientes, en el año 2010 y hasta Abril del 2011 se ha reportado un total de 536 pacientes (10).

La DM2, “dulce veneno” es una enfermedad sistémica que describe un desorden metabólico de múltiples etiologías. Causada por defectos en la secreción y/o en la acción de la Insulina (6). Se manifiesta principalmente por hiperglucemia, en general son necesarias tanto la resistencia a la insulina como su secreción deficiente para que la enfermedad se manifieste. Generalmente son necesarios factores del medio ambiente como obesidad y estilo de vida sedentario para liberar a los genes (9). Es una enfermedad crónica, de base genética, caracterizada por un déficit absoluto o relativo de la secreción de insulina (7). Secundaria a la combinación de alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas (7,9). El diagnóstico se basa en la medición única de la concentración de glucosa en plasma. En 1999 la OMS estableció criterios para establecer con precisión la enfermedad: 1) Síntomas

clásicos de la enfermedad: poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso inexplicable, y una evaluación casual o al azar de glucosa con cifras mayores o iguales de 200mg/dl (11.1mmol/L). 2) Medición de glucosa en plasma en ayuno mayor o igual a 126mg/dl (7.0mmol/L), el cual se define al no haber ingerido alimentos en al menos 8 horas 3). La prueba de tolerancia a la glucosa oral (curva de tolerancia a la glucosa). La medición en plasma dos horas posteriores a la ingesta de 75g de glucosa en 30ml de agua; la prueba es positiva con cifras mayores o iguales a 200mg/dl. 4) Su diagnóstico se basa primordialmente en la interpretación adecuada de una o un grupo de mediciones de glucosa en plasma en ayunas y glucosa postprandial. El análisis de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) muestra el nivel promedio de glucosa en sangre en las últimas seis u ocho semanas. En esta determinación, la glucosa de la sangre se une a la hemoglobina para formar la hemoglobina A1 o glicosilada HbA1c, esta surge de la unión de la hemoglobina con sustratos como la 6-fosfato de fructosa, 1,6-difosfato de fructosa, 5- fosfato de ribulosa, 6-fosfato de glucosa y glucosa. Si la sangre contiene más glucosa, la HbA1c aumenta y sobre todo permanece aumentada durante 120 días en promedio. Debido a que existe una estrecha correlación entre los valores de glucosa sanguínea en ayunas y los niveles de HbA1c, se ha propuesto que esta última refleja el ambiente de glicemia al que el eritrocito está expuesto a lo largo de su ciclo de vida. Por esto, la medición de la HbA1c refleja todos los niveles de glucosa en sangre en las pasadas ocho o doce semanas (7).

La Asociación Americana de Diabetes establece como criterios diagnósticos de diabetes mellitus tipo 2 cuando se obtiene: a) Glucosa plasmática en ayuno igual o mayor a 126 mg/dL (7 mmol/L). b) Síntomas de hiperglucemia más una

glucemia casual mayor o igual a 200 mg/dL (11.1 mmol/L). c) Glucosa plasmática a las dos horas mayor o igual a 200 mg/dL (11.1 mmol/L) durante la prueba de tolerancia oral a la glucosa. La OMS recomienda que la prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) se mantenga como prueba diagnóstica, debido a que posee mayor sensibilidad y especificidad que la glucosa sérica en ayuno; sin embargo, el inconveniente de esta prueba es que representa mayor costo y es poco reproducible, por lo que la glucosa sérica en ayuno sigue siendo el método diagnóstico preferido (8). Se considera un problema universal y en aumento, caracterizado por anomalías relacionadas con el metabolismo de los carbohidratos, que trae como consecuencia complicaciones a largo plazo (11); como las complicaciones metabólicas, vasculares y neurológicas relacionadas con el grado de control metabólico (4), con daño frecuente a ojos, riñones, nervios periféricos y vasos sanguíneos, las complicaciones agudas son hipoglucemia, cetoacidosis, coma hiperosmolar no cetótico, y acidosis láctica, ésta última como consecuencia de un control inadecuado de la enfermedad (7). Las complicaciones agudas que ponen en peligro la vida son: hiperglucemia con cetoacidosis o el síndrome hiperosmolar no cetótico. Las complicaciones crónicas incluyen retinopatía con pérdida potencial de la visión, nefropatía que conduce a insuficiencia renal; neuropatía periférica con el peligro de úlceras del pie, amputación y articulaciones de Charcot, neuropatía autónoma que causa síntomas gastrointestinales, genitourinarios, cardiovasculares y disfunción sexual (12). Además es la principal causa de ceguera y amputación de miembros inferiores (5). Ocupa la sexta causa de muerte en Venezuela (2). En el año 2006, a nivel nacional se reportaron 20,857 defunciones (9). Ocupa el cuarto lugar como causa de mortalidad a nivel

nacional, y el Sistema Nacional de Salud notifica más de 200,000 casos nuevos cada año (5). En México se ha convertido en la primera causa de muerte al contribuir con 12% del total de muertes (13). A nivel Morelos 362 defunciones, de éstas, la distribución por sexo fue de 175 hombres y 187 mujeres, siendo 94 casos en edades productivas de 20 a 59 años de edad (9). Los estudios Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) y United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) mostraron la importancia del uso de HbA1c en el seguimiento y control de la DM. Un examine (The International Expert Committee. International expert committee report on the role of the A1C assay in the diagnosis of diabetes. Diabetes Care. 2009;32(7:1-8.) actualizado de las mediciones de laboratorio de glucemia y HbA1c por el actual Comité Internacional de Expertos (2008), indica que con los avances en la instrumentación y estandarización, y la precisión en la medición de la HbA1c concuerda con la de la glucemia(14). En los diabéticos, cifras menores de 7 % muestran un buen control metabólico (12, 13, 14). Pudiéndose aceptar niveles mayores en los ancianos. Los niveles de HbA1c no son similares, pero sí equivalentes con los de glucemia en plasma venoso. Además, representan en mejor medida el grado de control metabólico que una muestra aislada de glucemia, ya sea en ayunas o postprandial, por lo que las variaciones en el tratamiento de la DM2 frecuentemente se basan en sus resultados. Las personas diabéticas con buen control glucémico muestran niveles de HbA1c dentro de los rangos de la normalidad. La Asociación Americana de Diabetes (ADA) recomienda, al igual que otras asociaciones, que la HbA1c se realice al menos 2 veces al año en pacientes con un control glucémico estable, y trimestral en aquellos en los que ha sido necesario modificar tratamiento, o en

los que no alcanzan las metas para el control glucémico. La toma de muestra no guarda relación con el ayuno. Los individuos cuyo nivel de HbA1c sea superior o igual al 6 % pero menor del 6,5 %, pueden ser considerados sujetos con riesgo elevado a la progresión de DM 2 (14). Los valores de HbA1c aceptados por la ADA son Normal: menor del 6%, Objetivo: menor del 7%, Acción adicional sugerida: Mayor de 8%, Interferencia de la valoración de la HbA1c, Ingestión crónica de alcohol hemoglobinopatías, salicilatos y productos de carbamilación en uremia (12).

La familia es considerada una célula social, cuya membrana protege en el interior a sus individuos y los relaciona con el exterior y otros organismos semejantes. Se puede decir que la familia se reproduce, declina y también muere. Confronta diferentes tareas en cada uno de estos pasos: la unión de dos seres con una meta común, el advenimiento de los hijos, educarlos en sus funciones sexuales y sociales, soltarlos a tiempo para la formación de nuevas unidades que cumplan con las funciones esperadas socialmente; si esto se logra será una familia sana, más si fracasa o se detiene, será el resultado lógico de un sistema enfermo (5). Las enfermedades crónicas acompañan a los enfermos y sus familiares durante toda su vida, los síntomas, angustias, incertidumbres, cambios físicos y ambientales, así como otras experiencias asociadas a la cronicidad constituyen en su conjunto el padecimiento, el cual es interpretado y afrontado por los enfermos y su red más cercana de diferentes maneras . Inicialmente se mencionarán las perspectivas que tienen acerca del padecimiento, posteriormente se presentan las percepciones acerca del apoyo familiar como elemento fundamental en el afrontamiento del padecimiento. Es evidente que el apoyo familiar repercute en la manera en que los enfermos

acepten la enfermedad y se adaptan a ella, tanto las personas enfermas como sus familiares le dan gran importancia al apoyo familiar, lo refieren como la disponibilidad de la familia para escuchar a los enfermos, tenerles paciencia, atender sus demandas, y refieren algunos de los beneficios que brinda el apoyo familiar como son: el proporcionar seguridad, consuelo, tranquilidad y disponibilidad para cuando se requiere ayuda. Particularmente los familiares reconocen la importancia de mantener el equilibrio emocional en sus familiares y reconocen que el que un enfermo cuente con una red social como la familia, les favorece el apego a la terapéutica y por consiguiente favorece el control de su enfermedad (15). Hablando del paciente diabético el primer contacto que tiene este con la atención médica se lleva a cabo en la unidad de medicina familiar, donde interactúa con los integrantes del equipo multidisciplinario para aclarar sus dudas acerca del padecimiento (16). El médico familiar tiene la oportunidad de participar en este control con su dirección, ya que los pacientes le tienen confianza. Además, puede valerse de los recursos de los grupos de autoayuda y los clubes de personas con DM2 como (Diabetimss) con todo esto se puede romper el círculo de que la familia se deteriore paulatinamente al ver sufrir al enfermo y este se sienta peor, lo que provoca a su vez, que la familia se deteriore (17). Un individuo con DM2 se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre a los integrantes de la familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud; la respuesta que le brindan influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica. El problema de la DM2 es más grave de lo que se considera, ya que el aspecto emocional y convivencia adecuada o inadecuada con la familia influye en la conducta, desinterés o motivación para que el paciente con DM2

sienta la necesidad o deseos de vivir, y esto lo lleve a un mejor control de la enfermedad (4). La religión puede influir de manera positiva a la salud ya que quien asiste a actividades religiosas tienen mejores redes de apoyo, y tienen mejores actitudes para el cumplimiento, cuidado corporal y mayor adherencia al tratamiento médico (18). El creer en Dios es un apoyo que les ayuda y les reconforta les hace sentir bienestar, esperanza, porque sienten que se les escucha cuando acuden al lugar donde profesan su religión o bien cuando establecen una comunicación con Dios por medio de la oración, porque para ellos y de acuerdo a sus creencias es esencial para su salud ponerse en las manos de Dios (15). La comunicación, la afectividad, el desarrollo, la adaptabilidad, el apoyo emocional, económico y de información son funciones esenciales que tiene un efecto positivo en la recuperación de la salud (19). Al contrario, si la familia no cumple con estas funciones y no sabe manejar el estrés que produce la enfermedad, la evolución de esta tiende a ser negativa y el enfermo aprecia desinterés pues para ellos parece ser que el aporte económico es una forma de ayuda que les permite sentir el interés de la familia hacia ellos asumiendo la responsabilidad el esposo o los hijos mayores. (15). Si consideramos la percepción del paciente del apoyo específico a la enfermedad que le presta su familia, encontramos que hay asociaciones positivas significativas entre apoyo percibido, bienestar positivo, y bienestar general. Además a menor apoyo percibido el paciente se siente más deprimido (20). Ante la atención relacionada al aspecto afectivo el paciente con DM2 espera recibir comprensión y requiere atención sobre las necesidades que se manifiestan con sentimientos como desesperación e inquietud (15). Dentro de la familia puede existir un cuidador primario que es la persona que asume y se

dedica al cuidado del enfermo de forma devota y abnegada y con quien desarrolla una relación sumamente estrecha (21). La mayor de las veces son mujeres, esposas, amas de casa o hijas del paciente o enfermo (22). La ausencia del apoyo familiar es un factor asociado para padecer descontrol glicémico, el cual favorece el desarrollo de las complicaciones micro y macro vasculares incrementando los costos en la atención del paciente diabético dado que la familia es fuente principal de las creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud, las tensiones que sufre a través de su ciclo evolutivo se pueden manifestar como síntomas, los cuales pueden ser la expresión de procesos adaptativos del individuo y ser mantenidos por las conductas familiares. Esto demuestra la necesidad de implementar una evaluación de la estructura y funciones de la familia, dando énfasis en el tipo de apoyo familiar que recibe el paciente con DM2, ya que de involucrar a la familia ellos pueden fungir como eje en el manejo y tratamiento (9). Considerando que la normo glucemia se asoció al apoyo familiar, que la mayoría de los pacientes considera que es muy útil en el manejo de su enfermedad, y que la información que tiene el familiar sobre la diabetes es determinante para que otorgue apoyo al enfermo, se requiere desarrollar un proceso de educación sobre la diabetes dirigido a modificar las actitudes, y a mejorar las habilidades y conocimientos del paciente y de sus familiares, para reforzar las acciones de apoyo del núcleo familiar como uno de los factores relacionados con la salud en el paciente diabético (23).

En ese sentido el apoyo familiar tiene una repercusión directa sobre la aceptación de la enfermedad por parte del enfermo y el desarrollo de un conjunto de conductas que le permitan mantener el control de su enfermedad,

es determinante mantener una comunicación estrecha entre los familiares y el enfermo, propiciar condiciones para incrementar el bienestar emocional y físico de los enfermos, de esta manera la familia como red de apoyo social favorece el apego al tratamiento y el control de la enfermedad, desde la perspectiva del modelo de efecto directo, que plantea que el apoyo social tiene efectos en algunos procesos fisio-psicológicos lo que mejora la salud e impide la enfermedad o bien; que el apoyo social favorece el cambio de conductas en los individuos, lo cual a su vez tiene consecuencias positivas para la salud (15). En una tesis realizada en el IMSS de Colima se obtuvo como resultados en base al apoyo familiar al paciente diabético tipo 2 se obtuvo un apoyo ideal en un 23.44% de un total de 384 pacientes (24). A efecto de este trabajo se utilizara un instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2. Diseñado en la Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud / Guadalajara, México/ ISSN 1405-7980. El cual permite conocer la situación del apoyo familiar al enfermo diabético tipo 2 (25).

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es el apoyo familiar y control glucémico en el paciente diabético tipo 2 de la UMF No.7 Cuautla Morelos?

3. JUSTIFICACION:

Las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus 2 tiene como característica que no se cura nunca, generando en sus inicios negación ante el diagnostico, posteriormente confusión y cambios en las emociones por considerarlo un evento catastrófico que modifica de una vez y para siempre la percepción de la propia vida y las expectativas futuras en el entorno personal, familiar, social, profesional, etc. Llega posteriormente la adaptación y

aceptación ante la enfermedad pero para esto paso ya un largo tiempo irrecuperable para evitar complicaciones propias de la enfermedad. Debido a todos estos cambios es fundamental la participación y el apoyo familiar para un mejor cuidado y control de la enfermedad. La familia por ser la unidad fundamental de la sociedad, quien da fuerza y forma al individuo y parte primordial del paciente enfermo, podrá ayudar a este a la toma de decisiones oportunas, al cuidado y control de la enfermedad y a mejorar la calidad de vida del paciente y por ende de la familia.

El motivo de este estudio es con la finalidad de documentar que el apoyo familiar en los pacientes diabéticos es fundamental para un mejor control de la enfermedad, una mejor calidad de vida, y sobre todo para evitar la aparición temprana de complicaciones de la misma enfermedad.

4. OBJETIVOS

4.1 GENERAL

Identificar los tipos de apoyo familiar y los controles de glicemias que presentan los pacientes diabéticos tipo 2.

4.2 ESPECIFICOS.

Identificar la población de diabéticos por sexo.

Identificar la población de diabéticos por tipo de apoyo familiar.

Identificar la población de diabéticos por nivel escolar.

Identificar la población de diabéticos por estado civil.

Identificar la población de diabéticos por control glicemico

5. HIPOTESIS

Los pacientes diabéticos tipo 2 de la UMF No. 7 de Cuautla, Morelos cuenta con un apoyo familiar ideal del 23% y un control glucémico adecuado por abajo del 6.5 % de HbA1c.

6. METODOLOGIA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Control de la asignación de los factores de estudio:	Observacional
Secuencia Temporal:	Transversal
Finalidad del Estudio:	Descriptivo
Inicio del estudio en relación a la cronología del evento:	Retrospectivo

6.2 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

Derechohabiente IMSS diabético tipo 2 de la UMF No. 7 de Cuautla, Morelos.

Consulta Externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 7 de Cuautla Morelos

6.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA:

$$n = \frac{Z\alpha^2 P(1 - P)}{i^2}$$

n= 282

Número de sujetos necesarios

$Z\alpha^2=1.96$

Valor de Z correspondiente al riesgo alfa fijado

P= 0.23

Valor de la proporción que se supone existe en la población

1P=0.77

Complemento de la proporción

$i^2= 0.05$

Precisión con que se desea estimar el parámetro (no se eleva al cuadrado aquí)

6.4.1 CRITERIOS DE INCLUSION

-Pacientes diabéticos que deseen participar en el proyecto de investigación y acepten firmando la carta de consentimiento informado.

-Ambos Sexos

-Que asistan a la consulta externa de la UMF No.7 de Cuautla Morelos en ambos turnos.

- Pacientes que sean derechohabientes.

6.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSION:

- No derechohabientes del IMSS.
- No Derechohabientes de la UMF No.7.
- Derechohabientes que no acepten participar.
- Derechohabientes que vivan solos.
- Derechohabientes que no firmen la Carta de Consentimiento Informado.

6.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACION:

- Pacientes diabéticos que no concluyan la encuesta.

6.5 INFORMACION A RECOLECTAR (variables a recolectar)

VARIABLES:

CONTROL GLICEMICO:

-DEFINICION: Se define así a la prueba que utiliza la fracción de la hemoglobina que interacciona combinándose con la glucosa circulante, para determinar el valor promedio de la glucemia en las últimas 12 semanas el valor de hemoglobina glucosilada (HbA1c) < 6.5% este indicador bioquímico se ha planteado como el mejor indicador del control glicémico.

- Operacionalización: Se evaluó a través de la realización en una muestra de la medición de HbA1c, considerando a < 6.5%; como valor control en una muestra de sangre en condiciones de ayuno de 8 hrs, tomada en el laboratorio de la unidad. O se obtendrá del expediente electrónico de cada uno de los pacientes encuestados con una fecha no mayor a 12 semanas de antelación.

-Tipo de variable: Cuantitativa Escala Continua que se resécalo a variable ordinal.

APOYO FAMILIAR:

-Definición: Es la disponibilidad de la familia para escuchar al enfermo, tenerle paciencia y atender sus demandas, algunos de los beneficios que brinda el apoyo familiar son el proporcionar seguridad, consuelo, tranquilidad y disponibilidad para cuando se requiere ayuda.

-Operacionalización: Se empleó el instrumento tipo Likert diseñado para evaluar los conocimientos familiares sobre medidas de control, complicaciones y actitudes hacia el enfermo a través de 24 preguntas que tendrán como resultado 5 posibles respuestas que son: siempre, casi siempre, ocasionalmente, rara vez y nunca. El puntaje de esta escala tendrá como resultado una calificación global a través de los siguientes puntos de corte:

- Apoyo Familiar bajo: 51 – 119
- Apoyo Familiar medio: 120 – 187
- Apoyo Familiar alto: 188 – 265

Tipo de Variable: Cualitativa con Escala: Ordinal

COOVARIABLES:

SEXO:

Definición: Se refiere a las características biológicas que definen a un ser humano como hombre o mujer. Los conjuntos de características biológicas no son mutuamente excluyentes, ya que existen individuos que poseen ambos, pero estas características tienden a diferenciar a los humanos como hombres y mujeres.

Operacionalización: Se Observa la información a través de un interrogatorio directo. (Del cuestionario Basal de los anexos).

Tipo de Variable: Cualitativa Nominal Dicotómica

Escala de Medición: Nominal

Indicador: Femenino (0) y Masculino (1)

EDAD:

Definición: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

Operacionalización: La información se obtuvo a través de un interrogatorio directo. (Del cuestionario Basal de los anexos).

Tipo de Variable: Cuantitativa Discreta

Escala de Medición: Razón

Indicador: Años.

ESTADO CIVIL

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

Operacionalización: A través del interrogatorio (Del cuestionario Basal de los anexos).

Tipo de Variable: Cualitativa Nominal Politémica

Escala de Medición: Nominal

Indicador: Soltero, Casado, Divorciado, Viudo, Unión Libre

NIVEL DE ESCOLARIDAD

Definición: Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza

Operacionalización: A través del interrogatorio (Del cuestionario Basal de los anexos).

Tipo de Variable: Cualitativa Ordinal Politómica

Escala de Medición: Ordinal

Indicador: Ninguno, Analfabeta, Primaria, nivel básico, media superior, superior.

6.6 METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION.

PROCEDIMIENTO:

Se invitó a los pacientes de la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 7 a participar en el estudio Apoyo familiar y control glucemico en el paciente diabético tipo 2 de la UMF No 7 Cuautla, Morelos mediante la Carta de Consentimiento Informado, en donde se explicó en qué consiste su participación; se recolectó la información general del paciente, se tomaron los registros de los resultados de laboratorio, localizando específicamente resultado de Hemoglobina Glucosilada (Hb A1c) en caso de no contar con resultado se solicitó una cita a laboratorio de la unidad para obtener el reporte necesario para el estudio, se aplicó el cuestionario “Instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2”. Al finalizar estudio se otorgaron resultados del mismo, a los pacientes que lo solicitaron en el consultorio 7 de la UMF No. 7 en el horario de 14:00 – 14:30 hrs. de lunes a viernes durante 1 mes posterior al termino del estudio.

SELECCIÓN DE SUJETOS.

Se seleccionaron pacientes diabéticos tipo 2 de los pacientes que asistieron acompañados a la consulta externa y a la consulta del consultorio de diabetimss de la UMF No. 7.

6.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS:

El estudio realizado no puso en peligro la vida de los pacientes, la información recabada se manejó de manera confidencial de acuerdo a la Ley General de Salud, el estudio fue revisado y autorizado por el comité local de investigación.

7. RESULTADOS:

7.1 DESCRIPCION: ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS

Los datos fueron recolectados y capturados en una base de datos de Microsoft Office Excel, se realizó análisis univariado para cada una de las variables, en las cuantitativas se estimó Medidas de Tendencia Central (media, mediana) y de Dispersión (desviación estándar o percentiles). Para las variables cualitativas se estimaron proporciones. Se realizó análisis bivariado con la prueba estadística de χ^2 para variables cualitativas.

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION ESTUDIADA.

Se contactaron a 295 pacientes diabéticos tipo 2, de los cuales solo ingresaron al estudio 282 pacientes, que fueron requeridos por el tamaño muestral.

**No. 1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS PACIENTES
DIABETICOS TIPO 2 DEL HGZ C/MF NO.7 CUAUTLA MORELOS.**

n= 282			
Características	N		%
GENERO			
Femenino	186		66
Masculino	96		34
EDAD			
	61.7+ 12.19		
	26 - 92		
NIVEL ESCOLARIDAD			
	Hombres	Mujeres	%
Analfabeta	0	0	0
Primaria	136	69	72
Secundaria	23	13	13
Preparatoria	23	13	13
Nivel Superior	4	1	2
ESTADO CIVIL			
	HOMBRES	MUJERES	%
SOLTERO	2	24	9.21
CASADO	80	116	67.73
DIVORCIADO	4	4	2.83
VIUDO	6	39	15.95
UNION LIBRE	4	8	4.25

FUENTE: Cuestionario Basal.

TABLA No. 2 DISTRIBUCION QUIEN ACOMPAÑA A LA CITA MEDICA Y CON QUIEN VIVE EL PACIENTE DE LA POBLACION ESTUDIADA.

n = 282		
CARACTERISTICAS	No.	%
ACOMPAÑANTE		
ESPOSO/A	123	43.61
HIJO/A	140	49.64
OTRO	19	6.73
CON QUIEN VIVE ACTUALMENTE		
ESPOSO/A	105	37.23
FAMILIA	93	32.97
HIJA/O	84	29.78

FUENTE: Cuestionario Basal

TABLA No. 3 CARACTERÍSTICAS DEL APOYO FAMILIAR DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

n=282		
	n	%
APOYO FAMILIAR puntos	186 (70, 224)*	
APOYO FAMILIAR		
Apoyo Bajo (51 – 119)	2	0.70
Apoyo Medio (120 – 187)	140	49.64
Apoyo Alto (188 – 265)	140	49.64

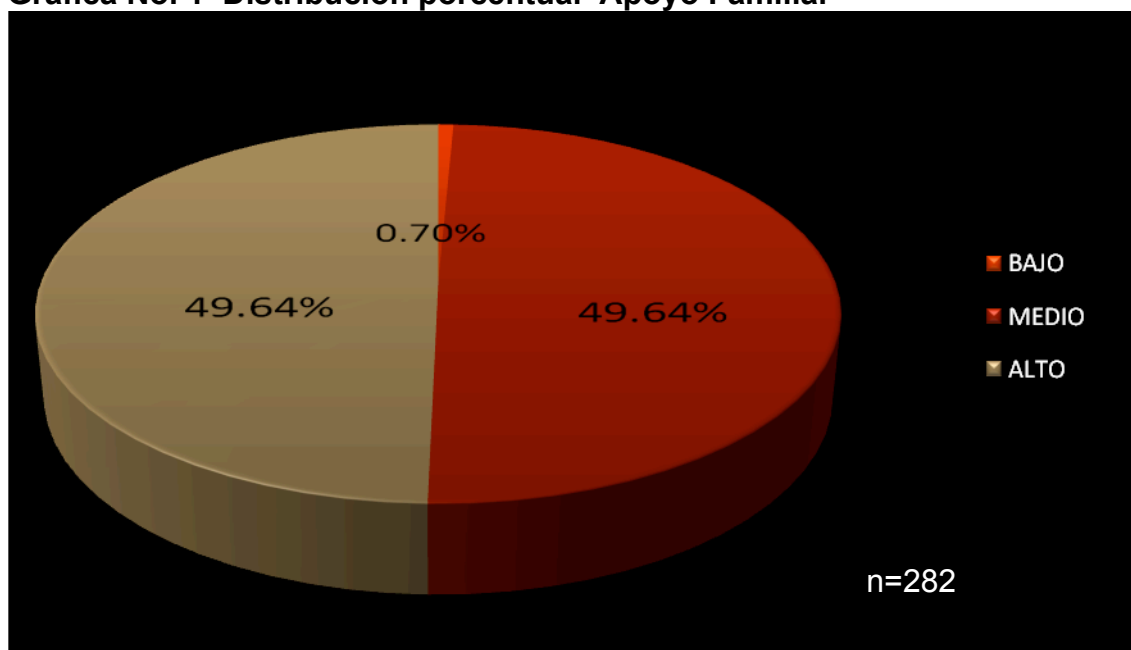
Fuente: Cuestionario de Apoyo Familiar y Control Glucémico del Paciente Diabético Tipo 2. *Mediana (LRI)

TABLA No. 4 CARACTERÍSTICAS DEL CONTROL GLICÉMICO A TRAVES DE HEMOGLOBINA GLUCOSILADA.

	n= 282	
	n	%
HbA1c%	6.4 \pm 1.80 (3.3 -13.6)	
CONTROL GLICEMICO		
Controlados HbA1c < 6.5 %	169	59.93
Descontrolado HbA1c \geq 6.5%	113	40.07

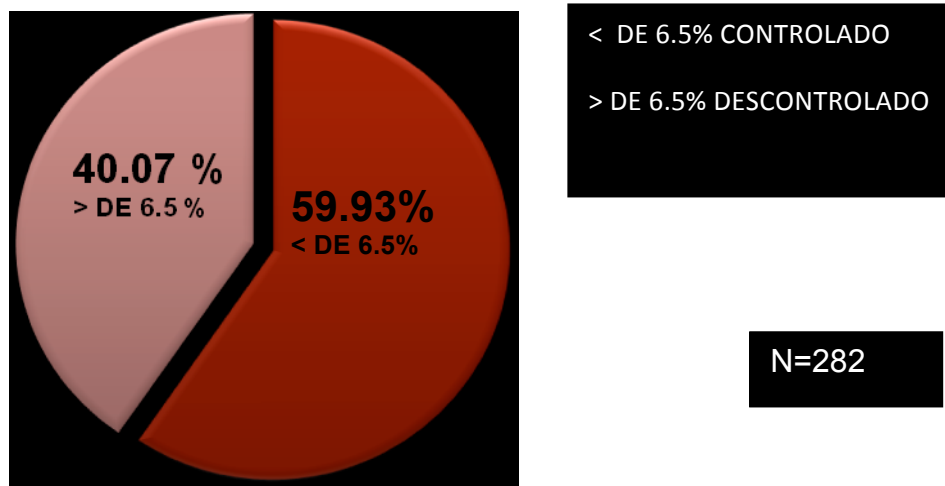
Fuente: Resultados de laboratorio de por lo menos 3 meses antes de Realizar la entrevista a los paciente Diabéticos Tipo 2.

Grafica No. 1 Distribución porcentual Apoyo Familiar



Fuente: Cuestionario Basal, Instrumento para evaluar apoyo familiar al paciente Diabético tipo 2.

Grafico No. 2 Distribución porcentual Control Glucémico



Fuente: Cuestionario basal y resultado de laboratorios de los pacientes diabéticos tipo 2 del HGZ c/MF No. 7

ANALISIS BIVARIADO

**TABLA No. 6 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DEL CONTROL
GLUCÉMICO EN RELACIÓN AL APOYO FAMILIAR**

APOYO FAMILIAR	CONTROL GLUCEMICO HbA1c<6.5%	DESCONTROL GLUCEMICO HbA1c>6.5%	TOTAL
Apoyo Bajo (51 – 119)	1 50.0	1 50.0	2 100.0
Apoyo Medio (120 – 187)	85 60.71	55 39.29	140 100.0
Apoyo Alto (188 – 265)	83 59.29	57 40.71	140 100.0
TOTAL	169 59.93	113 40.7	282 100.0

Fuente: Diseño de un Instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2 y Base de datos.

TABLA No. 7 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE APOYO FAMILIAR Y CON QUIEN VIVE ACTUALMENTE EL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2.

APOYO FAMILIAR	ESPOSO	FAMILIA	HIJA/O	TOTAL
APOYO BAJO (51-119)	0 0.0	1 50.0	1 50.0	2 100.0
APOYO MEDIO (120-187)	52 37.14	47 33.57	41 29.28	140 100.0%
APOYO ALTO (188-265)	53 37.85	45 32.14	42 30.0	140 100.0%
TOTAL	105 37.23	93 32.97	84 29.78	282 100.0%

Fuente: Diseño de un Instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2 y Base de datos.

Pearson chi2 (4) = 1.2681 Pr = 0.867

TABLA No. 8 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE APOYO FAMILIAR Y ESTADO CIVIL DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2.

ESTADO CIVIL	BAJO	MEDIO	ALTO	TOTAL
SOLTERO	1 3.85	13 50.0	12 46.12	26 100.0%
CASADO	1 0.52	92 48.17	98 51.31	191 100.0 %
DIVORCIADO	0 0.0	4 50.0	4 50.0	8 100.0%
VIUDO	0 0.0	26 57.78	19 42.22	45 100.0
UNION LIBRE	0 0.0	5 41.67	7 58.33	12 100.0
TOTAL	2 0.71	140 49.65	140 49.65	282 100.0

Fuente: Diseño de un Instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2 y Base de datos.

8. DISCUSION DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS.

En nuestro estudio encontramos que el apoyo medio y alto se presentó en el mismo porcentaje (49.64%). Con quien vive, por quien es acompañado el paciente a sus consultas y el estado civil no fueron relevantes para el control glucémico en este estudio.

En el estudio del Dr. Domingo Cerón Ortiz Medico Familiar del HGR No. 1 de Cuernavaca Morelos realizado en el 2008 se reportó un control glucémico y apoyo medio de 37.93%, así como un control glucémico y apoyo alto en un 62.07% de los paciente; en contraste con nuestra población estudiada en donde obtuvimos un Control Glucémico y apoyo familiar medio de 50.30% y un Control Glucémico y Apoyo Familiar alto en un 49.11%, ($P = 0.931$), lo cual no muestra diferencia entre los pacientes con apoyo medio y alto para el control glucémico, sin embargo dentro del apoyo por categorías se encontró en general un porcentaje mayor de pacientes con un mejor control glucémico en quienes se tuvo un apoyo medio (60.71%) y alto (59.29%), lo cual no fue similar en los que presentaron apoyo bajo donde el control glucémico se encontró en un 50%. Esto concuerda con la literatura que apoya que entre mayor apoyo, mejor control glucémico, así como de que a menor apoyo percibido el paciente se siente más deprimido y más descontrolado (20).

Tanto en el estudio realizado por el Dr. Domingo Cerón Ortiz Medico Familiar del HGR No. 1 y el realizado por el Dr. Vicente Román Díaz; Medico Familiar del IMSS de Colima del 2006 se encontró un 23.44% de Apoyo Familiar ideal; se utilizó el mismo instrumento de evaluación, a pesar de esto los resultados

arrojan una diferencia en el que nos arroja una diferencia significativa entre los resultados de Apoyo familiar ideal o alto.

Esto demuestra la necesidad de implementar una evaluación de la estructura y funciones de la familia, dando énfasis en el tipo de apoyo familiar que recibe el paciente con DM2, ya que de involucrar a la familia ellos pueden fungir como eje en el manejo y tratamiento (9). Considerando que la normo glucemia se asoció al apoyo familiar, que la mayoría de los pacientes considera que es muy útil en el manejo de su enfermedad, y que la información que tiene el familiar sobre la diabetes es determinante para que otorgue apoyo al enfermo, se requiere continuar con un proceso de educación sobre la diabetes dirigido a modificar las actitudes, y a mejorar las habilidades y conocimientos del paciente y de sus familiares, para reforzar las acciones de apoyo del núcleo familiar como uno de los factores relacionados con la salud en el paciente diabético (23).

PROPUESTAS PARA ESTUDIOS SUBSECUENTES:

Al utilizar el Instrumento Evaluar Apoyo Familiar al Diabético Tipo 2 creo necesario realizar la entrevista por separado, a familiar y a paciente ya que los *ítems* fueron elaborados para responder cada uno y al hacer la pregunta y no estar de acuerdo en la respuesta (paciente y acompañante) se tornaba a discusión o bien ya no contestaban lo que es la realidad.

9. CONCLUSIONES.

El análisis de la información presentada en la población estudiada del Hospital Regional de Zona C/MF No. 7 de Cuautla Morelos (IMSS) demostró

que la presencia del Apoyo Familiar Medio-Alto nos llevara a un mejor control Glucémico de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

Los resultados de esta investigación demuestran que el apoyo familiar medio-alto son considerados como factor de protección para el control glucémico del paciente con DM2 que como consecuencia tendrá una mejor calidad de vida.

Esto nos obliga a informar a los integrantes de la familia que convivan con un paciente diabético; de la importancia en el apoyo que estos brinden, tales como: apoyo en la necesidad de la ingesta de los medicamentos, ejecutar un plan dietético, realizar ejercicio físico así como recibir atención médica; todos estos puntos serán fundamentales para tener un mejor control de la enfermedad y evitar complicaciones micro y macro vasculares.

A nivel de atención médica será necesaria la realización de una atención médica triangular (paciente – medico – familia) para propiciar un abordaje amplio, individual y familiar y de esta manera propiciar un mayor apoyo familiar que repercutirá en un cambio en la actitud del paciente con el fin de evitar se presenten complicaciones.

10.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Rodríguez M.J.R., López C.J.M. et/al. Características epidemiológicas de pacientes con diabetes en el Estado de México. Rev. Med IMSS 2003;41(5): 383-392.
2. Herrera D.L.A., Quintero O.et/al. Funcionalidad y red de apoyo familiar en pacientes diabéticos tipo 2 Servicio de Endocrinología IAHULA. Mérida. Academia – Vol. VI. (12) 62 – 72 – Julio – Diciembre 2007.
3. Lezama F.M.A., Álvarez L.C.H. et/al. Hemoglobina glucosilada en 1,152 sujetos con diabetes, que participaron en la estrategia UNEMEs Recorridos por la Salud en México en 2009. Med Int Mex 2009; 2010; 26(4):337-345.
4. Méndez L.D.M., Gómez L.V.M., et/al. Disfunción Familiar y control del paciente diabético tipo 2. Rev Med IMSS 2004; 42 (4): 281-284.
5. Arrollo R.D.M., Bonilla M.M.P., et/al. Perspectiva familiar alrededor del paciente diabético. Revista Neurológica. Neurología y Psiquiatría. 2005: 38(2): Abr – Jun: 63-68.
6. Ramos D.A.L., Rojas Z.G. et/al Evaluación de hemoglobina glicosilada en pacientes diabéticos del Centro de Salud de Teocelo Veracruz. Rev.Med.UV, vol.8,num.2,2008,11-13.
7. Cerón O.D. Apoyo familiar y nivel de conocimientos en el paciente diabético tipo 2 asociado al control glicémico. Tesis de postgrado para obtener el título de Médico Familiar. Diciembre 2008. 1 – 60.
8. Dirección de Prestaciones Económicas. Sistema de Información de atención integral de Salud. Población adscrita a médico Familiar, del año 2010. Del Grupo de Diabetimss y de HGZ C/MF No. 7 de Cuautla Morelos.
9. Gómez A.P.I.S., Yam S.A.V. et/al. Estilo de vida y hemoglobina Glucosilada en la tipo 2. Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc 2010; 18 (2) 81 – 87.
10. Pérez P.I., Rodríguez W.F.L.et/al. Mitos y realidad de la hemoglobina glucosilada. Med Int Mex 2009; 25, (3): 202 – 9.
11. Vicente S.B.M., Zerquera T.G., et/al Calidad de vida en el paciente diabético. Revista Electronica de las Ciencias Medicas en Cienfuegos ISSN: 1727 – 897X Medisur 2008; 6 (3) 22-28.
12. Barreto G.A.A. “Relaciones intrafamiliares y control metabólico en el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 , adscritos a la unidad de medicina familiar No.1 del IMSS de Cuernavaca Morelos” Febrero 2003 7 – 15.

13. Hernández R.A.C., Elnecave O.A. et/al. Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores asociados al control de la diabetes mellitus en México. Salud pública de México/ vol 53, no, 1 enero – febrero de 2011. 34 - 39
14. Álvarez S.E., González C.T.M. Algunos aspectos de actualidad sobre la hemoglobina glucosilada y sus aplicaciones. Revista Cubana de Endocrinología, 2009; 20(3);141-151.
15. Tejada T.L.M. Grimaldo M.B.E. et/al. Percepción de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento. Revista Salud Publica y Nutrición. Enero-Marzo Vol, 7 No. 1 2006.
16. Garza E.M.E. Calderón D.C. et/al. Atribuciones y creencias sobre la diabetes mellitus tipo 2 Rev Med IMSS 2003; 41 (6); 465 – 472.
17. Quiroz P.J.R., Castañeda L. R. et/al. Diabetes tipo 2 Salud – competencia de las familias. Rev Med IMSS 2002; 40 (3) 213 – 220.
18. Ocampo M.D.J.M. Romero M.D.N et/al. Prevalencia de las practicas religiosas, disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos en adultos .C.mayores. Cali Colombia 2001. Vol 37 No 2 (Supl 1), 2006 (Abril – Junio).
19. Concha T.M.C. Rodríguez G.C.R. Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. Theoria, Vol. 19 (1): 41 – 50, 2010.
20. De Dios MD.C. Avedillo MD.C. et/al. Factores familiares y sociales asociados al bienestar emocional en adolescentes diabéticos. Eur. J. Psychiat. Vol. 17, N, 3 /171 – 182) 2003.
21. Arrollo R.D.M. Bonilla M.M.P. et/al. Perspectiva familiar alrededor del paciente diabético. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría 2005: 38(2): Abr.-Jun: 63 – 68.
22. Lara P.G., González P.A.A. et/al. Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. Revista de Especialidades Medico Quirúrgicas. Volumen 13, Núm. 4, octubre – diciembre, 2008. 159 – 166.
23. Rodríguez M.M. Guerrero R.JF. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. Salud pública de México. Vol. 39 no. 1 enero – febrero 1997. 44 – 47.
24. Álvarez M. D. Evaluación del apoyo familiar, conocimiento sobre la Diabetes Mellitus, dieta, su adherencia y su relación con el control glicémico en pacientes diabéticos. Tesis para obtener el diploma de especialista en medicina familiar. HGZ C/MF 1 Colima, Colima Febrero del 2005.

25. Valdez. F.I. Alfaro. A.G et/al. Diseño de un Instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2.Universidad de Guadalajara, Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud / Guadalajara México,/ ISSN 1405 – 7980.

11. ANEXO

11.1 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Cuautla Morelos a _____ del mes de _____ del año _____

Investigador responsable:

Martínez Zagal Bernarda Margarita

Residente en Medicina Familiar del HGZ C/ MF No. 7 Cuautla, Morelos.

Asesor Médico:

Dra. Roxana Cárdenas Cabello

Coordinador del programa Diabetimss del HGZ C/MF No. 7. Cuautla, Morelos

Asesor Metodológico:

Dra. Rosa María Muñoz Arenillas.

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud del HGZ C/MF No. 7

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

APOYO FAMILIAR Y CONTROL GLICEMICO EN EL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 DE LA UMF No.7 CUAUTLA MORELOS

Registrado ante el Comité Local de Investigación, con el número:

Me han explicado que el objetivo de esta investigación es conocer el apoyo familiar y control glucémico en el paciente diabético tipo 2 de la UMF No.7 Cuautla Morelos.

En la investigación se emplearan 2 cuestionarios; el basal que contiene información personal y el Instrumento para evaluar el apoyo familiar al paciente diabético tipo 2 .

Los investigadores principales se han comprometido a proporcionarme la información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi auto cuidado y capacitación, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme en el momento que considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que me otorga el instituto.

Los investigadores me han dado la seguridad de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se han comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo. Los resultados del mismo se me darán a conocer al siguiente mes de término del estudio en el Consultorio 7 de la UMF No.7 de 14:00 – 14:30 hrs por la Dra. Martínez Zagal Bernarda Margarita.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del investigador

11. 2 Cuestionario Basal.

NOTA: Se agradece conteste por completo y correctamente el cuestionario, su participación es muy importante para la realización de este estudio.

I. DATOS PERSONALES

No.DeFolio_____ Fecha_____

Nombre_____

No.De Afiliación _____

Domicilio_____

Teléfono_____

Acompañante_____

Con quien vive actualmente:_____

II. COVARIABLES

1.- Sexo Femenino Masculino

2.- ¿Qué edad Tiene? _____

3.- ¿Cuál es su Nivel de Escolaridad?

Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria

Nivel Superior

4.- ¿Cuál es su Estado Civil?

Soltero Casado Divorciado Viudo Unión Libre

5.- Resultado de Hb Glucosilada._____

6.- Resultado de Calificación de Apoyo Familiar. _____

7.- Clasificación de Apoyo Familiar _____



UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 7 CUAUTLA, MORELOS**INSTRUMENTO PARA EVALUAR APOYO FAMILIAR AL DIABETICO TIPO 2**

	A	B	C	D	E
1. El diabético descontrolado llega a tener gangrena en los pies.	5	4	3	2	1
2. El diabético debe en su casa medirse la azúcar en la sangre.	5	4	3	2	1
3. Son comunes las infecciones en los diabéticos.	5	4	3	2	1
4. La preparación de los alimentos del enfermo diabético es realizada por:					
a). El paciente mismo.	1	2	3	4	5
b). El cónyuge.	5	4	3	2	1
c). La hija o/ mayor.	5	4	3	2	1
d). Otra persona.	1	2	3	4	5
5. La administración de la medicina al paciente diabético es realizada por:					
a). El paciente mismo.	1	2	3	4	5
b). El cónyuge	5	4	3	2	1
6. Usted está de acuerdo que para mantenerse en control el enfermo diabético tiene que:					
a). Tomar sus medicinas.	5	4	3	2	1
b). Llevar su dieta.	5	4	3	2	2
c). Hacer ejercicio.	5	4	3	2	1
d). Cuidar sus pies.	5	4	3	2	1
e). Cuidar sus dientes.	5	4	3	2	1
7. Le ayuda a su familiar a entender las indicaciones del medico	5	4	3	2	1
8. Cuando su familiar enfermo come más alimentos de los indicados usted:					
a). Le recuerda el riesgo.	5	4	3	2	1
b). Le retira los alimentos.	1	2	3	4	5
c). Insiste tratando de convencerlo.	5	4	3	2	1
d). Insiste amenazando.	1	2	3	4	5
e). No dice nada.	1	2	3	4	5
9. Se da usted cuenta cuando a su familiar se le olvida tomar su medicina	5	4	3	2	1
10. Considera que es problema preparar la dieta de su familiar diabético.					
a). Porque no sabe.	5	4	3	2	1
b). Porque no le gusta,	5	4	3	2	1
c). Porque le quita el tiempo.	5	4	3	2	1

d). Porque cuesta mucho dinero.	5	4	3	2	1
11. Qué hace usted cuando su familiar diabético suspende el medicamento sin indicación médica.					
a). Le recuerda.	5	4	3	2	1
b). Le insiste tratando de convencerlo	5	4	3	2	1
c). Le lleva la medicina	5	4	3	2	1
d). Lo regaña.	1	2	3	4	5
e). Nada.	1	2	3	4	5
12. Pregunta al médico sobre las diferentes combinaciones de alimentos para su familiar.	5	4	3	2	1
13. Considera necesario que el diabético acuda al dentista.	5	4	3	2	1
14. Motiva a su familiar a hacer ejercicio (caminar).	5	4	3	2	1
15. El ejercicio físico baja la azúcar.	5	4	3	2	1
16. A los enfermos diabéticos puede bajárseles la azúcar.	5	4	3	2	1
17. La azúcar en la sangre debe medirse antes de los alimentos.	5	4	3	2	1
18. Procura tenerle a su familiar diabético los alimentos que requiere a sus horas.	5	4	3	2	1
19. Cuando el paciente tiene cita con el médico para su control usted:					
a). Lo acompaña.	5	4	3	2	1
b). Le recuerda su cita.	5	4	3	2	1
c). Está al tanto de las indicaciones.	5	4	3	2	1
d). No se da cuenta	1	2	3	4	5
20. Conoce la dosis de medicamentos que debe tomar su familiar.	5	4	3	2	1
21. Platica con el medico acerca de la enfermedad y de las indicaciones que le dieron a su familiar.	5	4	3	2	1
22.¿ Su familiar diabético toma alguna otra cosa para su control aparte del medicamento? .					
a). Tés.	1	2	3	4	5
b). Homeopatía.	1	2	3	4	5
c). Remedios caseros.	1	2	3	4	5
23. Considera necesario para el cuidado de los pies del diabético.					
a). El uso de calzado adecuado.	5	4	3	2	1
b). El uso de talcos.	5	4	3	2	1
c). El recorte adecuado de las uñas	5	4	3	2	1
d). Que evite golpearse.	5	4	3	2	1
24. Su familiar diabético se encuentra en la casa solo.	5	4	3	2	1

RESULTADOS DE LA ENCUESTA:

A= Siempre

B= Casi Siempre

C= Ocasionalmente

D= Rara vez

E= Nunca

Calificación global:

Bajo: 51 - 119 puntos

Medio: 120 – 187 puntos

Alto: 188 - 265 puntos