



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN NORTE DEL DF  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 EL ROSARIO**



**NIVEL DE APOYO FAMILIAR EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA  
DIABÉTICA ADSCRITOS A LA UMF 33 EL ROSARIO**

## **TESIS DE POSGRADO**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

**DRA. AIDEE LÓPEZ ZALDÍVAR**

MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

ASESORA:

**DRA. MÓNICA SÁNCHEZ CORONA**

ENC. COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD. PROFESORA TITULAR  
DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.  
33 EL ROSARIO



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.

## **ASESORA DE TESIS**

---

**DRA. MONICA SÁNCHEZ CORONA**

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
ENCARGADA DE LA COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 EL ROSARIO

**AUTORA DE TESIS**

---

**DRA. AIDEE LÓPEZ ZALDÍVAR**

**MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO  
DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33  
EL ROSARIO**

## **AUTORIZACIONES**

---

### **DRA. MÓNICA SÁNCHEZ CORONA**

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
ENCARGADA DE LA COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 EL ROSARIO

---

### **DRA. HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL**

PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 EL ROSARIO

---

### **DRA. MÓNICA CATALINA OSORIO GRANJENO**

PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 EL ROSARIO

## *Dedicatoria*

*A mi esposo Edwin por su paciencia, por este tiempo que hemos pasado juntos y en los que hemos compartido tantas cosas, gracias por el apoyo que me has dado para continuar y seguir con mi camino, por estar aquí a mi lado para culminar una etapa más en nuestras vidas.*

*A mi hija Ari, quien es mi razón de ser, mi motor que me impulsa día a día para ser mejor, por su paciencia, su tiempo, su comprensión para que yo pudiera cumplir con este sueño, gracias mi niña por siempre estar a mi lado.*

*A mis papás Margarita y Roberto, quienes hicieron todo en la vida para que yo lograra mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, por estar conmigo en todo momento. Gracias por creer en mí, por brindarme todo su amor.*

*A mis hermanos Roberto y Gabriel, gracias por estar conmigo siempre, los quiero mucho.*

*A toda mi familia, a mis Abuelitos, mis tías, mis tíos, primos, sobrinos, a todos y cada uno de ustedes, gracias por todo su cariño, su apoyo y comprensión para que lograr esta meta, después de tantas desveladas aquí está el fruto.*

## *Agradecimientos*

*A Dios por haberme acompañado a lo largo de mi carrera, durante la especialidad, por ser mi fortaleza en los momentos más difíciles, por brindarme una vida llena de aprendizaje, dicha y felicidad.*

*Al Instituto Mexicano del Seguro Social, a la Universidad Nacional Autónoma de México por brindarme su formación académica, por los conocimientos ofrecidos y por enseñarme lo que significa ser profesional.*

*A la Dra. Mónica Sánchez Corona, y al Dr. Rodolfo Arvizu Iglesias quienes fueron mis asesores a lo largo de este proyecto, por su tiempo, su paciencia, sus conocimientos y por todas y cada una de sus enseñanzas.*

*A mis profesoras, por sus lecciones y experiencias, su apoyo, sus conocimientos para formarnos como especialistas y estar preparados para los retos que nos pone la vida.*

*A mis amigos, mis compañeros, a mis pacientes y a cada una de las personas que estuvieron ahí para brindarme su ayuda, gracias por todo lo que me han otorgado, por haber llegado a mi vida, y por todo lo compartido.*

## INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	10
II.	MARCO TEÓRICO	11
III.	ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	21
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
V.	OBJETIVOS DEL ESTUDIO	24
VI.	MATERIAL Y MÉTODO	25
VII.	RESULTADOS	26
VIII.	TABLAS Y GRÁFICAS	28
IX.	DISCUSIÓN	38
X.	CONCLUSIONES	39
XI.	BIBLIOGRAFÍA	41
XII.	ANEXOS	43

## RESUMEN.

López Zaldívar Aidee <sup>(1)</sup> Sánchez Corona Mónica <sup>(2)</sup> Apoyo Familiar en pacientes con Nefropatía Diabética adscritos a la unidad de la unidad de Medicina Familiar 33 el Rosario.

**Introducción.** El Apoyo Familiar en la Nefropatía Diabética es muy importante debido a los cambios que esto conlleva en todo su entorno. **Objetivo.** Determinar el Nivel de Apoyo Familiar en pacientes con Nefropatía Diabética en la UMF33 el Rosario. **Material y métodos.** Estudio prospectivo, transversal, observacional y descriptivo en 260 pacientes con Nefropatía Diabética de la UMF 33, se incluyeron las variables: edad, género, ocupación, estado civil, valor de Creatinina y el “Inventario de Apoyo Social en Enfermedades Crónicas” adaptado en México para el uso en pacientes diabéticos. **Resultados.** La frecuencia de Apoyo Familiar Bajo fue de 84(32%) KDOQI1(2.31%), KDOQI2(18.85%), KDOQI3(4.23%), KDOQI4(6.54%), KDOQI5(0.38%). Apoyo Familiar Medio de 113(44%), KDOQI1(3.08%), KDOQI2(18.85%), KDOQI3(8.85%), KDOQI4(11.54%), KDOQI5(1.15%) y Apoyo Familiar Alto de 63(24%) KDOQI1(3.46%), KDOQI2(5.00%), KDOQI3(5.38%), KDOQI4(5.77%), KDOQI5(4.62%) encontrando un valor de Ji-cuadrada 40.2337 gl 8 y Valor de p 0.0000. **Conclusiones.** La frecuencia de Apoyo Familiar Bajo fue de 32%, Apoyo Familiar Medio de 44% y de Apoyo Familiar Alto de 24%, de acuerdo al valor de Ji- cuadrada y el valor de p0.0000, se acepta la hipótesis alterna que afirma que el Apoyo Familiar y el estadio de Nefropatía Diabética son independientes, es decir tienen cierto grado de asociación.

**Palabras Clave:** Apoyo Familiar, Nefropatía Diabética

## INTRODUCCIÓN

El incremento en la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, constituye un problema de salud pública mundial. La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), constituye una de las principales causas de invalidez y mortalidad prematura tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. En México, la DM2 se ubica en el 1er lugar de mortalidad general (Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática [INEGI Marzo 2012]).

La Nefropatía es una de las complicaciones que se ha observado con mayor frecuencia, la cuál es una alteración de la función renal asociado con cambios morfológicos en el riñón, que progresa a una Insuficiencia renal terminal, cuya actividad queda reducida en más del 90%, desarrollándose en aproximadamente un tercio de las personas con Diabetes Mellitus. En algunos casos es necesario un tratamiento sustitutivo de diálisis, hemodiálisis o trasplante, para que la persona afectada pueda sobrevivir, lo cual afectará su calidad de vida. El Apoyo Familiar resulta sustantivo para evitar la progresión de este tipo de complicaciones.

El Apoyo Familiar, en el control de enfermedades crónicas y sus complicaciones, es de suma importancia ya que en este tipo de situaciones existen reajustes en diferentes roles, lo cual afecta en la dinámica de la misma. A mayor Apoyo Familiar estas implicaciones familiares pueden ser superables, así mismo favorecen el autocuidado de los pacientes con el fin de evitar la aparición de complicaciones.

Algunos estudios han demostrado que el Apoyo Familiar en pacientes nefrópatas es bajo.

En el presente trabajo se podrá observar la asociación que tiene la Nefropatía Diabética en base al grado del Apoyo Familiar; lo cual llevará a plantear estrategias encaminadas primeramente a la detección oportuna de complicaciones para evitar la progresión de las mismas así como aquellas enfocadas a la educación para la salud de las familias que cuentan con un paciente diabético, que favorezcan el apoyo, el cual se reflejara en la mejora de su calidad de vida.

## MARCO TEORICO

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, principalmente en relación con los conocimientos, las percepciones, las actitudes, los temores y las prácticas de los pacientes en el contexto familiar y comunal. <sup>(1)</sup>

En México la Nefropatía Diabética es un problema de salud pública, se encuentra en décimo lugar de las causas de muerte. La tasa de mortalidad por este padecimiento es de 10.9 casos por cada 100 mil habitantes de acuerdo con las estadísticas de la Subsecretaría de Prevención y Control de enfermedades de la Secretaría de Salud (2001). Se estima que existe un incremento de pacientes con enfermedad renal crónica de 377 casos por millón de habitantes, y la prevalencia de 1,142, en México aún no se cuenta con el registro Nacional, sin embargo considerando que la prevalencia de Diabetes Mellitus tipo 2, principal factor etiológico para la nefropatía diabética según la encuesta nacional es de 10.8 en la población mayor de 18 años y el riesgo de padecerla es entre 20 y 40% se calcula que por lo menos hay 8 millones de personas con enfermedad renal crónica. Además se estima alrededor de 4, 000 casos nuevos al año, de los cuales el 80% de los pacientes son atendidos en el Instituto Mexicano del seguro Social.

La Nefropatía Diabética, es un estado de alteración de la función renal asociado con cambios morfológicos en el riñón, que progresa a una Insuficiencia renal terminal. En términos generales es una enfermedad renal crónica progresiva que se desarrolla en aproximadamente un 1/3 de las personas con Diabetes Mellitus. <sup>(2,3,4)</sup> Raramente aparece antes de los 10 años del inicio de la diabetes mellitus, aunque en algunos casos puede presentarse antes de ese tiempo e incluso, suceder lo contrario y detectarse en su fase temprana por proteinuria o microalbuminuria ocasionalmente en pacientes con más de 12 años de evolución de la enfermedad y una vez que se presenta su evolución es progresiva e irreversible. <sup>(5,6,7)</sup> Es un deterioro de la función de ambos riñones, cuya actividad queda reducida en un 90%. Por ser estos órganos vitales, en la fase terminal (Estadio 5) en ocasiones es necesario un tratamiento sustitutivo de diálisis o un trasplante, para que la persona afectada pueda sobrevivir. Además, para vivir bien será necesario desarrollar habilidades para adaptarse a esta dolencia, especialmente al conjunto de síntomas que conlleva. <sup>(3,4)</sup> La Nefropatía Diabética es una de las complicaciones más temidas de la diabetes. <sup>(8)</sup> Algunos autores la consideran como una complicación vascular crónica, exclusiva de la diabetes mellitus, en la que se afecta la microcirculación renal originando una serie de alteraciones funcionales y estructurales principalmente a nivel glomerular. <sup>(9)</sup> En la siguiente tabla se muestran los diferentes estadios evolutivos de la Nefropatía Diabética de acuerdo con Mogensen. <sup>(10)</sup>

Estadio	Características Estimado de	Filtrado Glomerular	Albuminuria	Presión Arterial
Estadio 1 Presente al momento del diagnóstico de DM	Hiperfiltración Glomerular	Incrementada en DM 1 y 2	Puede estar presente en forma episódica y reversible con control glucémico	DM1: normal DM2: normal o incrementada
Estadio 2 Primeros 5 años	Engrosamiento de la membrana basal y expansión del mesangio	Normal	Puede estar presente en forma episódica y reversible con control glucémico	DM1: normal DM2: normal o incrementada
Estadio 3 6 a 15 años	Microalbuminuria	Normal o disminuido en relación a su basal	30 a 300 mg/d	DM1: incrementada DM2: normal o incrementada
Estadio 4 15 a 25 años	Macroalbuminuria	Normal o disminuido y en descenso progresivo	> 300 mg/d	Hipertensión
Estadio 5 25 a 30 años	Insuficiencia renal Terminal	0 a 10 ml/min	Disminuyendo	Hipertensión

El costo económico por su tratamiento, el impacto en el bienestar del paciente diabético y el hecho de que generalmente representa la progresión concurrente de complicaciones, hace que la Nefropatía Diabética en su estado terminal sea la complicación final del paciente diabético. Por lo que la mejor terapia resulta ser la prevención, sin embargo para lograrlo se requiere un mejor entendimiento de los factores que la causan, y una vez que se ha diagnosticado la enfermedad crónica el paciente cuente con lo necesario para sobrellevarla. (8)

Debido al impacto social y económico que causa la diabetes, el Instituto Mexicano del Seguro Social el año 2008 puso en marcha el Programa Institucional de Atención al Paciente Diabético (DIABETIMSS). El cuál consiste en capacitar a equipos multidisciplinarios en el modelo de atención medico asistencial y de educación grupal que se centra en la atención del paciente y de su familia. Este programa está basado en la activación del empoderamiento, basado en Robert M. Anderson, Martha Funnell cuyo propósito es ayudar a los pacientes diabéticos, a través de reconocer que son responsables y están a cargo del tratamiento diario de su enfermedad, priorizar los problemas relacionados con la diabetes e identifica las situaciones que desean mejorar, experimenta el compromiso emocional y psicológico, necesario para realizar y mantener cambios conductuales. (10)

Diversos estudios, describen que el perfil típico del paciente diabético se caracteriza por obesidad exógena, Hipertensión Arterial, Sedentarismo y malos hábitos alimentarios que generan trastornos en el control metabólico de la glucosa y de los lípidos séricos constituyéndose así la DM tipo 2, como un factor de riesgo cardiovascular, aunado a que no se observan conductas de autocontrol por parte de las personas diabéticas y el enfoque de atención no prioriza los elementos de prevención secundaria de la enfermedad existiendo bajas coberturas de exámenes (como el Perfil Lipídico y HbA1c) y el uso de técnicas educativas no siempre se ve fortalecido. Por todo esto, el abordaje de la DM tipo 2 desde el nivel primario de atención debe modificarse, es importante introducir cambios que mejoren la efectividad de las acciones, que se logre entender las características multicausales que tiene esta patología y a partir de esto se desarrollen iniciativas integrales de atención. (11-12)

La familia en todos los procesos crónicos del paciente es fundamental, ya que éste presenta cambios, tanto en sus actividades de la vida diaria como en su estado anímico. A su mismo en la percepción de la vida, de su entorno y por supuesto, se producen cambios físicos inherentes a la patología, por lo que solo se necesita del personal de salud. (13)

La familia es un apoyo importante para el paciente diabético, como grupo social es el más importante para el hombre, y es considerado un recurso para el mantenimiento de la salud y la atención preventiva, ya que influye en el individuo a través de sus relaciones de intimidad, solidaridad y afecto. (14,15) por lo que su descompensación metabólica del paciente, estaría directamente relacionada a una "falta o insuficiente apoyo por parte de su grupo familiar", ya sea, limitando u obstaculizando el adecuado control y tratamiento de la enfermedad. (14) En la medida que sea incorporado un "integrante de la familia" o "un cuidador" en el control y tratamiento del paciente con nefropatía diabética, sumado a la colaboración y compromiso del resto del grupo familiar y amigos, así como también lograr acercar al paciente a su red social de apoyo, obtendremos mayor comprensión por parte del paciente y su familia en relación a la enfermedad, logrando adhesividad al tratamiento y con ello, mayor compensación metabólica en el paciente diabético. (1)

La aparición de la Diabetes sitúa al sistema familiar ante una situación nueva e inesperada, que conlleva la carga emocional de una enfermedad que no se "cura"; que precisa tratamiento para siempre y que 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 (Nefropatía Diabética, disfunción eréctil, retinopatía, arteriopatía, pie diabético) que pueden ir surgiendo, originando una incapacidad que sobrecarga aún más el sistema familiar. (16)

El impacto de la enfermedad sobre el adulto y su familia y su respuesta, será de acuerdo a sus creencias y expectativas, experimentarán un sufrimiento relacionado con la enfermedad crónica o más aún con la pérdida de salud. En el caso de las parejas sin hijos

se plantearán la cuestión de tenerlos o no, pues a los padres les preocupará que sus hijos puedan "heredar" la diabetes. 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, sobretudo en relación con acontecimientos dramáticos e impactantes como son la ceguera, amputaciones, úlceras, complicaciones renales (Nefropatía diabética) que en ocasiones tiene que dializarse. En un estudio realizado se observó que la aparición de las complicaciones se realiza con mayor frecuencia generalmente, cuando los cónyuges tienen alrededor de 50 años y termina aproximadamente a los 65 años. (1,17)

Que la familia esté involucrada en estas situaciones, es muy positivo, ya que el enfermo sentirá el apoyo de su familia y las personas que lo rodean, de lo contrario no sólo afectará a la hora del tratamiento, es decir, si el paciente diabético no percibe este apoyo, difícilmente continuarán en su domicilio con la instauración de una dieta adecuada, o bien, no tendrán una toma de medicación correcta. Su estabilidad emocional será contenida por la familia, ya que el paciente presentará cambios de humor e incluso de carácter en algunos casos o inadecuación a la nueva situación en su vida. (13) Cada familia tiene distintas medidas para el cuidado y apoyo en un proceso de cronicidad, reconocerán todo ello, según sus creencias y experiencias previas. De esta manera, pondrán en marcha los recursos con los que cuentan, su cohesión, su capacidad de adaptación y organización; (16) en ocasiones buscan apoyo extra familiar para conseguir una correcta homeostasis que le asegure el normal funcionamiento de su sistema familiar, y es en donde actuamos los Médicos Familiares, quienes somos el primer contacto con el paciente, así como con su grupo familiar; de aquí, la importancia de identificar qué familiares tienen dificultad para expresar sus ideas, su angustia, pues en muchas ocasiones no se atreven a hacerlo, bien por las ocupaciones propias de la profesión o porque los médicos no nos detenemos a escuchar las necesidades del familiar. Por lo que es de suma importancia que cómo médicos mostremos a la familia del paciente y al paciente mismo que estamos dispuestos a escucharlos y hacer lo humanamente posible para resolver sus dudas. (17)

Según la psicóloga Iñaki Lorente Armendáriz la presencia de una enfermedad crónica en la familia no afecta de igual manera a todos sus componentes. Son muchas las variables que entran en juego. Se proponen cuatro: La actitud que mantengan; la cercanía afectiva al que tiene diabetes; el grado de compromiso que haya adquirido en la relación; las características individuales de la persona diabética.

1.- La actitud de quien padece de diabetes, así como el modo en que la persona diabética afronta su enfermedad depende de la actitud que presente, la intensidad con que "sufra" el familiar también está íntimamente ligada a su postura hacia la misma. "¡qué catástrofe! ¡Nada volverá a ser como antes!".

2.- La cercanía o lejanía afectiva a la persona que tiene diabetes. Aunque muy relacionado con él, aquí no se trata del grado de parentesco que se tenga, sino de los

afectos que nos unen a las personas. No tiene el mismo impacto sobre nosotros la noticia de que tiene diabetes alguien a quien queremos muchísimo que otro al que simplemente le tenemos cariño.

3.- El grado de compromiso que se haya adquirido en la relación. Cuanto más involucrada se encuentre la persona en esa relación, más influirá y se dejará influenciar por lo que le ocurra al otro. No es igual que la persona con diabetes sea tu esposa que tu hijo. Seguramente los afectos serán muy intensos en ambos casos, pero el compromiso de “criar” a un hijo va a exigir una presencia más activa en el seguimiento de la enfermedad.

4.- Las características individuales de la persona diabética Como es lógico, la edad que tenga quien padece la enfermedad es una de las características individuales determinantes (es radicalmente diferente si tiene 8 años o si son pero no es la única. Otros factores como las aptitudes para el manejo de determinadas situaciones, el nivel de motivación, el grado de ansiedad que presente, etc. También son elementos que matizarán la relación. <sup>(1)</sup>

Barrera y Ainlay definen, el apoyo familiar como una diversidad de conductas naturales de ayuda donde los individuos que la reciben, interactúan socialmente con quienes las otorgan. El concepto de apoyo familiar se integra de cinco dimensiones: a) ayuda tangible, b) interacción íntima (afecto), c) guía o información, d) realimentación, y e) interacción social. En donde la:

- La ayuda tangible: se refiere a proporcionar recursos económicos para la compra de medicamentos, alimentos o el sustituir a la persona en la realización de alguna actividad física.
- La de interacción íntima: pudiera incluir demostraciones de afecto por contacto físico, mostrar interés en el bienestar y salud de la persona, estar disponible para escucharle cuando se siente agobiado por la enfermedad, entre otros.
- La dimensión de guía o información: incluye explicación de indicaciones sobre el tratamiento, sugerencias para solicitar ayuda especializada, enseñanza para realizar algún procedimiento, entre otros.
- La realimentación comprendería supervisión sobre recomendaciones médicas, hacerle sentir bien por llevar a cabo conductas saludables, hacerle entender cuando está en un error que afecta su salud.
- La interacción social podría incluir hacer ejercicio juntos, hablarle de algo que es de interés a su salud, levantarle el ánimo, entre otros. <sup>(8)</sup>

Una reacción a la adaptación del diagnóstico de una enfermedad crónica en los miembros de la familia es caracterizado por el compromiso con el régimen y teniendo expectativas realistas. Típicamente los miembros de la familia se convierten en educadores de la enfermedad, ofreciendo estímulo, mostrándole ayuda cuando lo precise, pero recordando no juzgar, es decir, cuando en una familia un miembro tiene una enfermedad crónica, es la familia y en especial un miembro de ella, generalmente la madre, esposa, hija, la que pasa a ser la cuidadora principal del paciente, sobre todo si el paciente está en las edades extremas de la vida (niñez o ancianidad). La cuidadora se ha de ocupar de las atenciones materiales: preparación de la dieta adecuada, supervisión del cumplimiento terapéutico así como de las revisiones periódicas, etc. Además, tanto la persona cuidadora como los demás miembros de la familia son la principal fuente de apoyo emocional y social del paciente y quienes le pueden ayudar en la enfermedad. (16)

Se han realizado estudios para valorar el apoyo familiar en pacientes diabéticos y de acuerdo a esto la experiencia de la enfermedad crónica afectará profundamente a la familia en mayor o menor grado y a su vez según la actuación de ésta, podrá mejorar o empeorar el curso de la enfermedad crónica del paciente afectado llevando a la Familia a reaccionar positiva o negativamente frente a esta nueva condición. El proceso de la enfermedad crónica requiere una adaptación de toda la familia a la nueva situación; conlleva un desgaste que puede suponer que se desencadenen situaciones de conflicto y a veces de enfermedad de otros miembros si los médicos no están atentos a estas situaciones. Como ya se ha mencionado la reacción de las familias ante una enfermedad crónica no es igual en todos los casos, se presume que la mayoría de los pacientes y sus familias se adaptan adecuadamente a la nueva situación y, a pesar de las tensiones y reestructuraciones que exige, son capaces de reorganizarse e incluso fortalecer sus lazos.

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 especialmente importante que todos los miembros de la familia que vivan con el paciente entiendan las demandas del cuidado de su enfermedad. (1)

Pero por el contrario, también puede haber una reacción de mala adaptación, que puede expresarse en una o dos maneras. Los miembros de la familia pueden retirarse y no ser soporte para el paciente, saboteando los esfuerzos del paciente o poniendo obstáculos para su buen manejo. Este acercamiento con frecuencia es característica de miedo, de negación y falta de educación. O bien, 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. Por tanto, los médicos familiares deben de estar atentos a aquellas familias que se cierran en sí mismas y quedan atrapadas, llegando a asumir en exceso la responsabilidad del cuidado del enfermo, limitando su autonomía o independencia. En otras situaciones, la familia en cambio, se distancia a causa de la presión de la enfermedad, hasta el punto de desintegrarse por la vía del divorcio, la

institucionalización o la muerte. Los cónyuges de los pacientes crónicos a menudo experimentan un padecimiento subjetivo mayor que el del propio enfermo. Los profesionales de la salud con frecuencia se centran en la atención al paciente y pasan por alto el sufrimiento del cónyuge descuidando sus necesidades físicas y emocionales. Si el médico tiene en cuenta las demandas y presiones de la familia además de las del paciente, podrá contribuir a promover un funcionamiento más saludable de todos los afectados. (16-17)

En investigaciones previas se ha observado que el percibir un apoyo de la familia favorece el seguimiento de la dieta y la práctica del ejercicio, que son parte del tratamiento inicial del adulto con DM tipo 2. El apego a estas dos indicaciones se asocia con un control glucémico aceptable. Uno de los estudios señala que cuando el que padece DM2 es uno de los padres, los miembros de la familia que ofrecen el apoyo familiar en primer lugar son el cónyuge, en segundo lugar las hijas y en tercer lugar los hijos. Sin embargo, otras investigaciones reportan que familias con uno de sus miembros con DM2, pueden tener actitudes negativas para apoyarlos en seguir su dieta e incluso en el tratamiento farmacológico. (17)

A los pacientes con Nefropatía Diabética se les demanda cuiden constantemente su salud, inclusive que ejecuten el tratamiento por sí mismos fuera del sistema de salud, fomentando la participación de la familia en el proceso de cuidado que es sumamente importante, de esta manera la familia organizará una serie de estrategias que le permiten enfrentar la enfermedad e influir sobre su evolución y desenlace; por tanto las relaciones entre los integrantes juegan un papel importante en las conductas de apoyo familiar. (14,15,17)

De hecho los individuos que sufren DM2, mencionan que uno de los obstáculos para cumplir con el tratamiento es la falta de apoyo familiar. Todo adulto con nefropatía diabética demanda el apoyo familiar a través de mecanismos de adaptación del sistema familiar. Dicha adaptación favorece eventualmente las medidas terapéuticas que implican modificaciones en los hábitos de vida como el hacer ejercicio, modificar las formas de alimentación, y disminuir las situaciones estresantes; todo coadyuva en el mantenimiento de glicemias dentro de los rangos normales, previniendo las descompensaciones metabólicas y retrasando la aparición de las complicaciones, como el caso de la Nefropatía diabética. (16) Como ya se mencionó el número de enfermos renales ha aumentado considerablemente en las últimas décadas y las previsiones muestran que cada vez serán más las personas afectadas por la ERC que tendrán que someterse a las restricciones impuestas por unos tratamientos con efectos secundarios o consecuencias indeseables a corto, medio y largo plazo. (2) En la familia con frecuencia, se escuchan expresiones con calificaciones negativas de su comportamiento, tales como: “se comporta como un niño”, “se ha vuelto egoísta”, “siempre está exigiendo”, “piensa que nadie le comprende”, “parece que sólo existe su enfermedad”, o por el contrario expresiones positivas, indicadoras de adaptación y ajuste a su situación: “a pesar de su enfermedad sigue trabajando”, “no permite que digamos que es un enfermo” o “da ánimos a los demás”. Sin duda, cada persona responde de un modo

diferente ante esta situación. <sup>(2)</sup> Los mecanismos de adaptación 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. <sup>(18)</sup>

Es aquí donde surge la importancia de la atención primaria, quienes debemos realizar una labor de fortalecimiento hacia la familia mediante acciones educativas que no sólo involucren la educación individual sino que incorporen de manera clara y decidida la educación hacia la familia en el entendido que es la familia la unidad básica de la atención médica y de la salud y por lo tanto la que más puede prestar apoyo a uno de sus miembros frente al manejo integral de esta compleja patología. <sup>(19)</sup>

Se recomienda orientar acciones de educación para la salud, dirigidas a la familia del diabético. <sup>(20)</sup> De esto se desprende que el apoyo familiar es la base en el éxito del tratamiento y evitar la progresión las complicaciones, pero este apoyo debe potenciarse mediante la implementación de programas dirigidos a las familias. <sup>(19)</sup> En un pasado, se creía que toda persona con Diabetes era "igual" a otra que tuviera esta afección, la diferencia se basaba, casi exclusivamente en el tipo de tratamiento farmacológico que se usaba. Hoy, en día sabemos que no es así, cada uno de nosotros dependemos de circunstancias históricas, momentos especiales o significativos, desde los cuales se deben desarrollar cambios con relación al control y tratamiento. <sup>(20)</sup>

La Nefropatía Diabética es una enfermedad que no se ve, estas personas pueden sentirse solas y aislados con problemas de integración; por otra parte al ser rotulados con su diagnóstico pueden sufrir discriminación <sup>(21)</sup> e incluso estos pacientes pueden ser etiquetados como "diferentes" ya sea por el tipo de expectativas que posee, por las nuevas necesidades de cuidados y alimentación, por su aspecto físico, por su autoestima, por su capacidad de trabajo; y de esta manera se afecta el tipo de relación interpersonal con los miembros de la familia y sus conocidos. La situación de cronicidad puede evolucionar lentamente hasta el deterioro irreversible, con estrés crónico donde el sistema familiar puede verse afectado no solo el funcionamiento familiar sino también la evolución propia de la enfermedad. <sup>(16)</sup>

Un paciente con Nefropatía Diabética sometido a diálisis enfrenta a diario el hecho de que la vida sólo es posible gracias a este procedimiento y que depende de una ayuda externa para efectuar las funciones internas que su cuerpo ya no puede llevar a cabo. Esto le provoca un estrés importante tanto personal como familiar. El paciente se encuentra en un continuo oscilar entre un estado grave, que necesita tratamiento médico permanente, y un estado de "buena salud", en donde el médico, el medio hospitalario y él mismo, ven un obstáculo en las restricciones que la enfermedad y los tratamientos les imponen para llevar una vida normal y productiva. Algunos enfermos renales a medida que acumulan experiencias relacionadas con la enfermedad, van adquiriendo habilidades que favorecen la adaptación a los cambios en el estado de salud o en los tratamientos. Otros, por el contrario,

no llegan a una fase de adaptación, sino que desarrollan y mantienen problemas psicológicos en algunos casos tan crónicos como la propia insuficiencia renal. (2)

Abraham y colaboradores distinguen cuatro fases en la evolución psíquica de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica, las cuales son independientes del contexto social, familiar o del nivel intelectual del paciente. La primera corresponde al estado psíquico en la uremia terminal. En esta fase, la evaluación psicológica del paciente resulta muy difícil, a menudo existe un estado confuso una inversión del ritmo sueño-vigilia, y retardo en la ideación. Algunos pacientes en esta fase siguen activos con ciertas restricciones hasta el momento que resulta necesario iniciar la diálisis.

La segunda fase se denomina “el retorno entre los muertos” y ocurre durante las primeras manas de diálisis, puede durar de 1 a 6 meses. Constituye un etapa de euforia en donde la apatía y el decaimiento desaparecen con rapidez y el paciente comprueba que no se encuentra entre las puertas de la muerte.

La tercera etapa se reconoce como “el retorno entre los vivos”. Después de cierto tiempo, el paciente ha aprendido las ventajas y limitaciones del tratamiento y debe enfrentar su nueva situación: se siente débil, ansioso, resiente las presiones ejercidas por el medio, la familia, y el equipo médico.

Es importante que el paciente ponga en orden de nuevo su vida de manera que no deje pasar el tiempo, resuelva los conflictos de dependencia-independencia, así como los sentimientos de rechazo que la enfermedad suscitó.

Una vez que el paciente ha aceptado someterse a las diálisis para llevar a cabo sus actividades normales, se puede decir que ha entrado en la cuarta fase. En ella el paciente se planteara si vale la pena seguir viviendo, al considerar las restricciones impuestas por la diálisis, el régimen dietético, los fármacos, etc. La respuesta del paciente a esta situación suele manifestarse por actitudes regresivas, depresivas, o de negación; reacciones que se desencadenan ante la presencia de problemas familiares, profesionales, financieros o sexuales.

En los estados regresivos, el paciente reactiva comportamientos que en etapas previas de su vida le resultaron de utilidad, pero que ya no funcionan en le momento actual. Por ejemplo pedir a la familia o al médico que sean ellos quienes se hagan cargo del problema de manera total, o exagera su rol de enfermo al exigir el máximo de atención, por medio de sus actos de indisciplina, no ingiriendo los medicamentos comiendo lo que tiene prohibido, etc. El paciente se da cuenta de sus conductas dependientes e intenta cambiarlas pero las influencias exteriores (especialmente por su familia) anulan sus múltiples intentos por independizarse y frecuentemente fomentan en él la regresión. Como en todos los casos de enfermedad crónica las visitas de amigos y familia que se recibían al inicio de la

enfermedad tienden a ser más espaciadas, o bien, a desaparecer de forma total. Kriegsman y colaboradores consideran que el hecho de que un individuo con ERC perciba que cuenta en verdad con una red de apoyo se manifiesta en un mejor ajuste psicológico y aceptación de la enfermedad. (21)

La vida de la familia gira alrededor de la enfermedad, dejando de lado sus planes para el futuro en la incertidumbre de lo que llegue a suceder. Los problemas preexistentes, se “olvidan” por lo cuál la familia da la impresión de haber mejorado sus relaciones a raíz de la enfermedad. Sin embargo, estos problemas permanecen latentes ya que en algunos casos no sólo se arreglan los conflictos, sino también la vida conyugal. (21)

Las personas disponen de una serie de recursos que ayudan a su solución o bien a soportar los problemas de manera adaptativa. El primer recurso es el propio enfermo. En situaciones en que esto no es suficiente hay que disponer de otro tipo de recursos externos que son los denominados "sistemas de apoyo social". En el paciente crónico estos sistemas de apoyo tienen una gran importancia. De los cuales existen diferentes tipos de sistemas de apoyo:

1. Sistemas de apoyo naturales:
  - Familia
  - Compañeros de trabajo
  - Compañeros de estudio
  - Compañeros de culto y creencias
  - Amigos, vecinos
2. Sistemas de apoyo organizados:
  - Servicios sociales institucionales
  - Asociaciones de autoayuda
  - Organizaciones no gubernamentales
  - Ayuda profesional

Se reconocen tres tipos de apoyo:

1. Apoyo emocional: sentimiento de ser amado y de pertenencia, intimidad, poder confiar en alguien y la disponibilidad de alguien con quien hablar.
2. Apoyo tangible o instrumental: prestar ayuda directa o servicios.
3. 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. (1)

El apoyo familiar es clave en el control metabólico de los pacientes para proporcionar un ambiente favorable, reducir el estrés y mejorar el cumplimiento del tratamiento. Se reconocen tres tipos de apoyo: el emocional, el definido como sentimientos de ser amado y pertenencia, intimidad, el poder confiar en alguien, y la disponibilidad de alguien con quien hablar, 2) el tangible o instrumental, que se ha determinado como prestar ayuda directa o servicios, 3) y el informacional, proceso en el cual las personas buscan información, consejo o guía que les ayude a resolver sus problemas, éste no es fácil separarlo del emocional. (17)

En un intento por evaluar algunos aspectos de la familia se han realizado diversos instrumentos, como el APGAR familiar, diseñado para evaluar el funcionamiento sistemático de la familia. El cuestionario Environmental barriers to adherence scale (Escala de adhesión de barreras al medio) utilizado por Irvine y colaboradores, para evaluar los factores que influyen en el autocuidado de los diabéticos en un intento de establecer la interrelación entre la intrapsique, el apoyo familiar y el medio del paciente. (20)

Barrera y Ainlay elaboraron un instrumento para evaluar el apoyo familiar al adulto con DM tipo 2, el "Inventario de Apoyo Social en Enfermedades Crónicas". El propósito de este instrumento es describir la satisfacción percibida por el adulto con DM tipo 2 con el apoyo recibido del cuidador principal. Este instrumento se compone de 38 reactivos. Los reactivos del 1 al 10 forman la subescala de interacción íntima; 11 a 17 y 30 al 36, la subescala de guía; 18 al 20, 37 y 38, la subescala de realimentación; 21 al 24, la subescala de asistencia tangible; y 25 al 29, la subescala de interacción social positiva. Dado que este instrumento está diseñado para enfermedades crónicas en general, hubo necesidad de adaptarlo para pacientes diagnosticados con DM tipo 2. Los reactivos tienen un patrón de respuesta de: 1= insatisfecho, a 6= muy satisfecho. El puntaje crudo de la escala es de 38 a 228. Entre más alto el puntaje, mayor es la satisfacción con el apoyo brindado por el cuidador principal. Este instrumento, fue utilizado en población extranjera de adultos obteniendo un alfa de Cronbach de .98. Y con población mexicana el alfa de Cronbach fue de .95. En el presente estudio se utilizará dicho instrumento el cual fue adaptado en México para el uso en pacientes con Diabetes Mellitus 2 por la Licenciada en Enfermería Luz María Quintero Valle (2004). (17) Por lo tanto el abordaje de las personas con condición de diabetes aunado a complicaciones renales o cualquiera que sea, debe darse desde una perspectiva biopsicosocial donde se potencie el apoyo familiar y se modifique los métodos tradicionales, donde el objetivo central es informar, hacia la utilización de estrategias que ponen al paciente, al centro de la atención, incorporando los aspectos emocionales además de los cognitivos como los que potencian el cambio de conducta; (21) de este modo se lograra desplazar la responsabilidad del cambio desde el equipo de salud hacia la persona y su familia.

## ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

**Reyes SA. (Habana, Cuba 2003)** En su trabajo “Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis” Menciona que la familia es la red de Apoyo Social más importante para estos individuos; garantiza la provisión de diferentes tipos de apoyo, motivo por el cual este grupo social excluye la necesidad de asistencia y ayuda de personas que no la integran, lo que caracteriza su bajo nivel de permeabilidad. La mayoría de los sujetos recibieron todos los tipos de apoyo, sin embargo el apoyo instrumental es el más afectado pues un 9% manifestaron no recibirlo, seguido por un 3% que no recibió apoyo emocional y 1% que no recibió apoyo del tipo informacional. Las redes de apoyo de los pacientes nefrópatas estudiados se caracterizan por ser pequeñas en su mayoría (70%), mediana 18% y pequeñas 12%. (22)

**López y cols. (2010)** En su trabajo “Apoyo familiar al paciente con Insuficiencia renal crónica en tratamiento con Hemodiálisis” describen que la mayoría de los pacientes se sienten apoyados por sus familias, independientemente de ser hombres o mujeres, de ser más jóvenes o mayores. La media de edad de los pacientes es de 64.25 años. Este factor hace que la demanda de ayuda familiar sea mayor. Tanto los cónyuges como los hijos de los pacientes, están implicados en el desarrollo del tratamiento y sus consecuencias: dieta nefrológica, seguimiento del tratamiento farmacológico, y trastornos secundarios a la IRC. Es destacable opinar que los pacientes se sienten cómodos en sus relaciones familiares y que han adecuado en gran manera el hecho de modificar su “*modus vivendi*” para sobrellevar de la manera más satisfactoria tanto las sesiones de hemodiálisis como la continuación de sus vidas fuera del centro. De los 74 pacientes evaluados en cuanto a la percepción de apoyo familiar se encontró una variación con tendencia a ubicarse en niveles que van desde nada hasta algo de apoyo, siendo la categoría casi nada la prevaleciente con un valor del 34%, seguido por algo(25%) y Nada(23%).

**Cifuentes (2007)** en su trabajo “La Familia: ¿apoyo o desaliento para el paciente diabético” comenta que antes de aceptar la enfermedad las personas viven un proceso psicológico donde la niegan, protestan, idealizan su vida antes del diagnóstico, se deprimen y finalmente la aceptan. Superar las etapas le garantiza una mejor aceptación. Cambiar los hábitos de vida, cuidarse, identificar alternativas, buscar apoyo y creer en sí mismo, son estrategias efectivas para vivir con diabetes. El apoyo familiar será clave en el control metabólico de la enfermedad al propiciar un ambiente favorable para reducir el estrés y mejorar el cumplimiento del tratamiento. Por tanto, el APOYO significará compañía, saber que las personas que lo rodean lo quieren y así lo demuestran interesándose por lo que le sucede, si una persona se siente amada, se reconocerá como valiosa al ser merecedora de cariño y experimentará una alta motivación para cuidar de sí misma. El 88% se considera bien apoyado por su familia y el 92 % ha manifestado no tener problema familiar alguno con su patología. Sin embargo, en el 36 %, la principal dificultad con la que se encuentran en otros ámbitos de la vida diaria es la incompreensión, y para el 27,7 % los problemas laborales.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Diabetes Mellitus, afecta a una de cada 10 personas, considerándose un problema de salud pública muy importante. Su frecuencia va en aumento en la población adulta e incluso en la población infantil, siendo una enfermedad que conlleva al deterioro y aparición de secuelas que demandan servicios de salud. Afecta a todas las clases sociales, una complicación frecuente es la Nefropatía Diabética. Su estadio más avanzado genera insuficiencia renal terminal. Se estima que en el mundo alrededor de 100 mil diabéticos están recibiendo algún tipo de terapia de reemplazo renal. El pronóstico es muy pobre con una mortalidad mayor de 50 %. En México la Nefropatía Diabética, se encuentra en décimo lugar de las causas de muerte. La tasa de mortalidad por este padecimiento es de 10.9 casos por cada 100 mil habitantes de acuerdo con las estadísticas de la Subsecretaría de Prevención y Control de enfermedades de la Secretaría de Salud (2001). Se estima que existe un incremento de pacientes con enfermedad renal crónica de 377 casos por millón de habitantes, y la prevalencia de 1,142. Considerando que la prevalencia de Diabetes Mellitus tipo 2 principal factor etiológico para la nefropatía diabética según la encuesta nacional es de 10.8 en la población mayor de 18 años y el riesgo de padecerla es entre 20 y 40% se calcula que por lo menos hay 8 millones de personas con enfermedad renal crónica. Además se estima alrededor de 4, 000 casos nuevos al año, de los cuales el 80% de los pacientes son atendidos en el Instituto Mexicano del seguro Social.

La familia es un apoyo importante para el paciente con nefropatía diabética, por lo que, la descompensación metabólica del paciente, estaría directamente relacionada a una “falta o insuficiente apoyo por parte de su grupo familiar”, ya sea, limitando u obstaculizando el adecuado control y tratamiento de la enfermedad. En la medida que sea incorporado un “integrante de la familia” o “un cuidador” en el control y tratamiento del paciente con nefropatía diabética, sumado a la colaboración y compromiso del resto del grupo familiar y amigos, obtendremos mayor comprensión por parte del paciente y su familia en relación a la enfermedad, logrando adhesividad al tratamiento y con ello, mayor compensación metabólica en el paciente diabético.

En esta unidad se han hecho estudio para evaluar la calidad de vida en pacientes en distintas patologías crónicas como son la diabetes y la hipertensión, pero solamente se han hecho dos estudios acerca de la calidad de vida con IRC, el cual se realizo en el año 2006 y 2009. Sin embargo debido al aumento en la incidencia de esta patología no solo en esta unidad si no a nivel mundial, y todo lo antes mencionado me conduce a la búsqueda de una respuesta a la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuál es el nivel de apoyo familiar en pacientes con diagnóstico de Nefropatía diabética adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N.33 “El Rosario”?**

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL:

Determinar el nivel Apoyo Familiar en pacientes con Nefropatía Diabética en la Unidad de Medicina Familiar N.33 El Rosario.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar el nivel de Apoyo Familiar Bajo en pacientes con Nefropatía Diabética en relación a su estadio, en la UMF 33 El Rosario.
2. Determinar el nivel de Apoyo Familiar Medio en pacientes con Nefropatía Diabética en relación a su estadio, en la UMF 33 El Rosario.
3. Determinar el nivel de Apoyo Familiar Alto en pacientes con Nefropatía Diabética en relación a su estadio, en la UMF 33 El Rosario.
4. Estadificar a los pacientes con Nefropatía Diabética en la UMF 33 El Rosario.
5. Determinar las características socio demográficas (edad, género, estado civil, ocupación) de los pacientes con Nefropatía Diabética en la UMF 33 El Rosario.

### HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN:

A mayor Apoyo Familiar menor es el estadio de Nefropatía Diabética

### HIPÓTESIS NULA:

A mayor Apoyo Familiar no es menor el estadio de Nefropatía Diabética

### HIPÓTESIS ALTERNA:

A mayor Apoyo Familiar mayor el estadio de Nefropatía diabética.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar N.33 El Rosario, de la Delegación Norte del Distrito Federal, del Instituto Mexicano de Seguro Social, de primer nivel de atención; ubicada en Avenida Renacimiento y Avenida de la Culturas, Colonia UH "El Rosario" Delegación Azcapotzalco, México D.F. En el servicio de Consulta Externa de ambos turnos, con el fin de determinar el nivel de Apoyo Familiar en pacientes con Nefropatía Diabética en la Unidad de Medicina Familiar N.33. El diseño del estudio fue no experimental, observacional, prospectivo, transversal y descriptivo, en una muestra calculada, con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%, de 260 pacientes considerando como criterios de inclusión derechohabientes del IMSS adscritos a UMF33 de ambos turnos, con Diabetes Mellitus de más de 5 años de diagnóstico, clasificados con Nefropatía Diabética (CIE E10.2), ambos sexos, mayores de 40 años y menores de 60 años y con una o dos comorbilidades quienes firmaron su consentimiento informado (anexo 1) para participar en el estudio; no siendo eliminado ningún paciente. Se aplicó el cuestionario diseñado ex profeso, ("Apoyo Familiar en pacientes diabéticos con diagnóstico de Nefropatía Diabética adscritos a la UMF 33 El Rosario) el cuál consta de 3 partes. La primera corresponde a los ítems 1 al 4, designados de la siguiente manera 1. Edad en años cumplidos con un intervalo de A) De 40 a 50 años y B) De 51 a 60 años; 2. Género A) Femenino B) Masculino; 3. Estado civil A) Soltero B) Casado C) Viudo (a) D) Divorciado E) Unión libre y 4. Ocupación A) Ama de casa B) Jubilado C) Empleado (a) D) Desempleado E) Pensionado. La segunda parte corresponde al Instrumento "Inventario de Apoyo Social en Enfermedades Crónicas" adaptado en México para el uso en pacientes con diabetes, teniendo que marcar los pacientes la opción de respuesta que más se apegue a la percepción de satisfacción del apoyo brindado por su familiar. Este instrumento se compone de 38 reactivos (del 5 al 42) Los reactivos tienen un patrón de respuesta de: 1= insatisfecho a 6= muy satisfecho. El puntaje crudo de la escala es de 38 a 228. Entre mas alto el puntaje, mayor es la satisfacción con el apoyo brindado por el cuidador principal. El Apoyo Familiar global se clasificó en las categorías alto, medio y bajo de acuerdo con la calificación obtenida en el instrumento, siendo de la siguiente manera: apoyo familiar bajo: (38 a 102), apoyo familiar medio (103 a 166) y apoyo familiar alto (167 a 228). En la parte tres se asentó el estadio de Nefropatía diabética en la que se encuentran los pacientes al momento del estudio, el cual se obtuvo por medio de la fórmula de la DMDR- 4.

Una vez obtenido la información, se procedió a realizar el análisis de resultados, por medio de una base de datos; se utilizará el programa SPSS para ordenar, clasificar y agrupar los resultados. Para posteriormente poder describir los resultados obtenidos, analizarlos y graficarlos.

La presente investigación se hizo bajo los lineamientos éticos de investigación en salud en seres humanos.

## RESULTADOS

De los 260 pacientes que participaron en el estudio, en relación al Apoyo Familiar, se encontró que 84 pacientes (32%) tienen Apoyo Familiar Bajo, 113 pacientes (44%) tienen Apoyo Familiar Medio, 63 pacientes (24%) Apoyo Familiar Alto. (Tabla y gráfica 1).

De los 260 pacientes que participaron en el estudio, 138 pacientes (53%) se encuentran en el intervalo de edad de 40 a 50 años y 122 pacientes (47%) en el intervalo de edad de 51 a 60 años de edad (Tabla y gráfica 2).

En cuanto al género, de los 260 pacientes que participaron en el estudio, 143 son mujeres (55%) y 116 son hombres (45%) (Tabla y gráfica 3).

Respecto al estado civil, de los 260 pacientes que participaron en el estudio se encontró 8 solteros (3%), 139 casados (53.4%), 48 viudos (18.4), 39 divorciados (15%), y 26 en unión libre 10% (Tabla y gráfica 4).

Con respecto a la ocupación, 127 entran en rubro ama de casa (48.8%), 19 jubilados (7.3%), 87 empleados (33.4%), 11 desempleados (4.2%), 16 pensionados (6.1%) (Tabla y gráfica 5).

Referente al estadio de Nefropatía Diabética según la clasificación de KDOQI, 23 pacientes cuentan con un KDOQI 1 (8.8%) , 111 pacientes KDOQI 2 (42.6), 48 pacientes en KDOQI 3 (18.4%), 62 pacientes en KDOQI 4 (23.8) , 16 pacientes en KDOQI 5 (6.1%) (Tabla y gráfica 6).

En relación al estadio de Nefropatía Diabética y Apoyo Familiar, en el estudio se encontraron 84 pacientes que tienen Apoyo Familiar Bajo, de los cuales 6 pacientes (7%) tienen un KDOQI 1, 49 pacientes (58%) tienen un KDOQI 2, 11 pacientes (13%) tienen un KDOQI 3, 17 pacientes (20%) tienen un KDOQI 4, 1 paciente (1%) tiene un KDOQI 5 (Tabla y gráfica 7).

Se identificaron 113 pacientes con Apoyo Familiar Medio de los cuales 8 pacientes (7%) tienen un KDOQI 1, 49 pacientes (43%) tienen un KDOQI 2, 23 pacientes (21%) tienen un KDOQI 3, 30 pacientes (26%) tienen un KDOQI 4, 3 pacientes (3%) tienen un KDOQI 5 (Tabla y gráfica 8).

Con respecto al Apoyo Familiar Alto, 63 pacientes se ubicaron en este rubro correspondiendo 9 pacientes (14%) a KDOQI 1, 13 pacientes (21%) tienen un KDOQI 2, 14 pacientes (22%) tienen un KDOQI 3, 15 pacientes (24%) tienen un KDOQI 4, y 12 pacientes (19%) tienen un KDQI 5 (Tabla y gráfica 9).

Por último se realizó una tabla de contingencia relacionando Apoyo Familiar (Alto, Medio Bajo), y estadio de Nefropatía Diabética (1 al 5) encontrando un valor de Ji-cuadrada 40.2337 gl 8 y Valor de p 0.0000 (Tabla y gráfica 10).

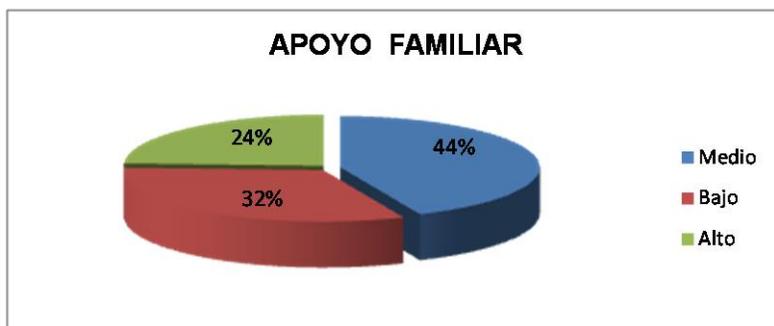
## TABLAS Y GRÁFICAS

**TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DEL APOYO FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA**

APOYO FAMILIAR	PACIENTES	%
Bajo	84	32
Medio	113	44
Alto	63	24
<b>TOTAL</b>	<b>260</b>	<b>100</b>

FUENTE: CUESTIONARIO EX PROFESO "APOYO FAMILIAR EN PACIENTES DIABÉTICOS CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA ADSCRITOS A LA UMF 33 EL ROSARIO"

**GRÁFICA 2. DISTRIBUCIÓN DEL APOYO FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA**

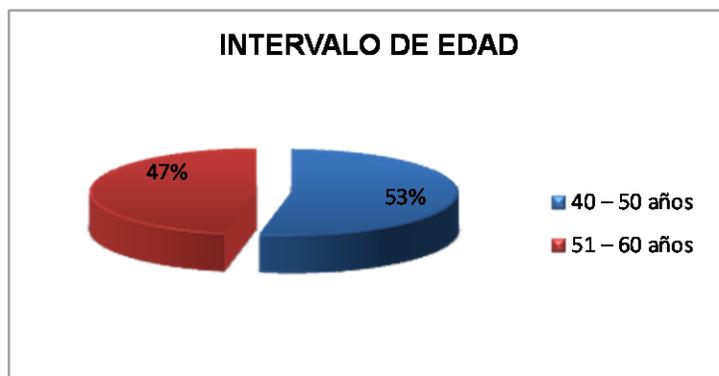


FUENTE: CUESTIONARIO EX PROFESO "APOYO FAMILIAR EN PACIENTES DIABÉTICOS CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA ADSCRITOS A LA UMF 33 EL ROSARIO"

**TABLA 2. INTERVALO DE EDAD DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA**

INTERVALO DE EDAD	PACIENTES	%
40 – 50 años	138	53
51 – 60 años	122	47
TOTAL	260	100

FUENTE: CUESTIONARIO EX PROFESO “APOYO FAMILIAR EN PACIENTES DIABÉTICOS CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA ADSCRITOS A LA UMF 33 EL ROSARIO”

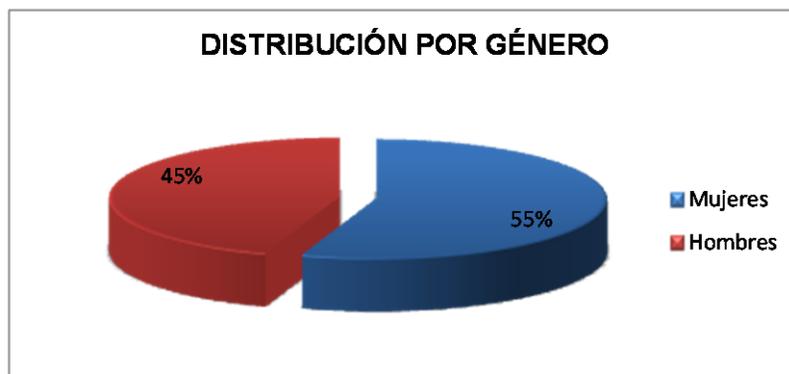
**GRÁFICA 2. INTERVALO DE EDAD DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA**

FUENTE: CUESTIONARIO EX PROFESO “APOYO FAMILIAR EN PACIENTES DIABÉTICOS CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA ADSCRITOS A LA UMF 33 EL ROSARIO”

**TABLA 3. DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA**

GÉNERO	PACIENTES	%
Mujeres	143	55
Hombres	116	45
TOTAL	260	100

FUENTE: CUESTIONARIO EX PROFESO "APOYO FAMILIAR EN PACIENTES DIABÉTICOS CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA ADSCRITOS A LA UMF 33 EL ROSARIO"

**GRÁFICA 3. DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA**

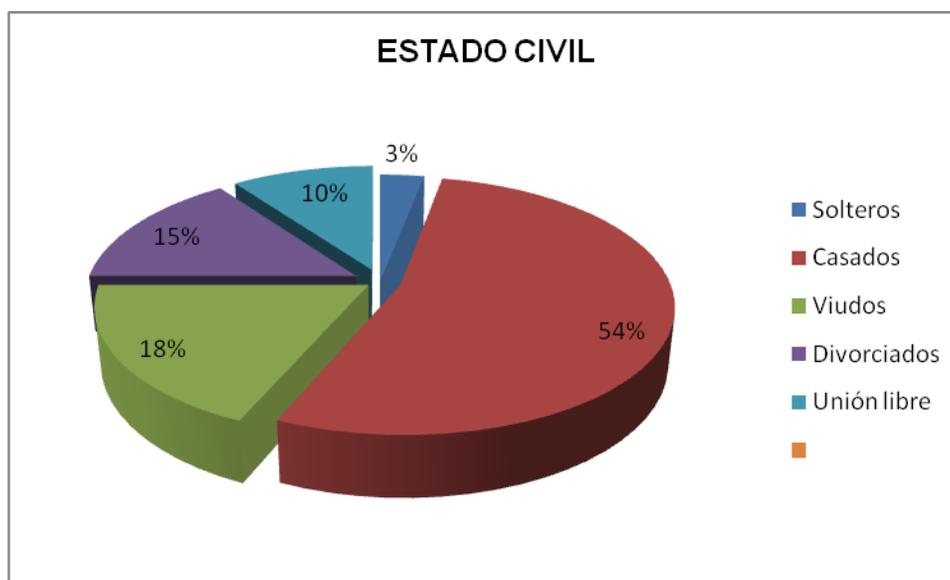
FUENTE: CUESTIONARIO EX PROFESO "APOYO FAMILIAR EN PACIENTES DIABÉTICOS CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA ADSCRITOS A LA UMF 33 EL ROSARIO"

**TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA**

ESTADO CIVIL	PACIENTES	%
Solteros	8	3
Casados	139	54
Viudos	48	18
Divorciados	39	15
Unión libre	26	10
Total	260	100

FUENTE: CUESTIONARIO EX PROFESO "APOYO FAMILIAR EN PACIENTES DIABÉTICOS CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA ADSCRITOS A LA UMF 33 EL ROSARIO"

**GRÁFICA 4. DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA**



FUENTE: CUESTIONARIO EX PROFESO "APOYO FAMILIAR EN PACIENTES DIABÉTICOS CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA ADSCRITOS A LA UMF 33 EL ROSARIO"

**TABLA 5. DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA**

OCUPACIÓN	PACIENTES	%
Ama de casa	127	49
Jubilado	19	7
Empleado	87	34
Desempleado	11	4
Pensionados	16	6
TOTAL	260	100

FUENTE: CUESTIONARIO EX PROFESO “APOYO FAMILIAR EN PACIENTES DIABÉTICOS CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA ADSCRITOS A LA UMF 33 EL ROSARIO”

**GRÁFICA 5. DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA**



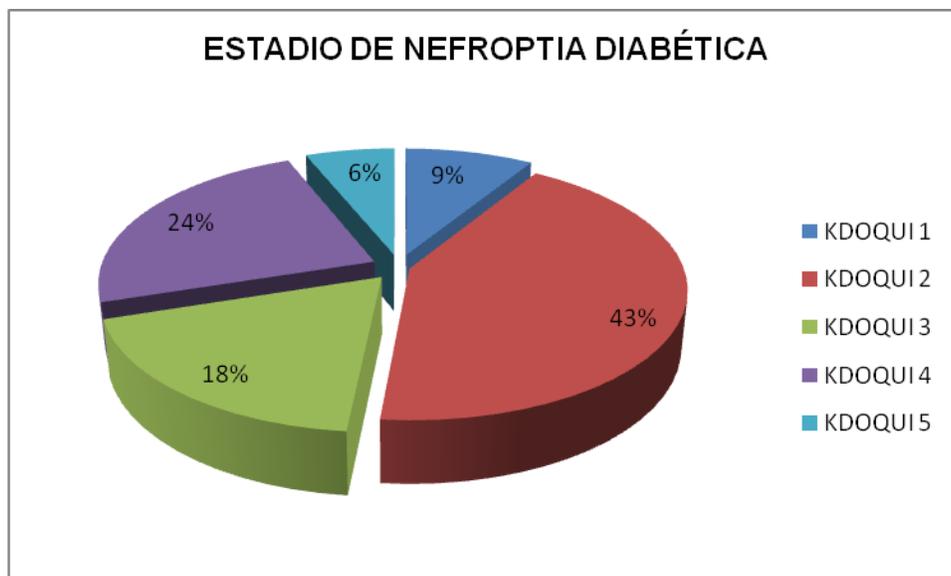
FUENTE: CUESTIONARIO EX PROFESO “APOYO FAMILIAR EN PACIENTES DIABÉTICOS CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA ADSCRITOS A LA UMF 33 EL ROSARIO”

**TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DEL ESTADIO DE NEFROPATIA DIABÉTICA SEGÚN KDOQI**

ESTADIO DE NEFROPTIA DIABÉTICA	PACIENTES	%
KDOQUI 1	23	9
KDOQUI 2	111	43
KDOQUI 3	48	18
KDOQUI 4	62	24
KDOQUI 5	16	6
TOTAL	260	100

FUENTE: CUESTIONARIO EX PROFESO “APOYO FAMILIAR EN PACIENTES DIABÉTICOS CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA ADSCRITOS A LA UMF 33 EL ROSARIO”

**GRÁFICA 6. DISTRIBUCIÓN DEL ESTADIO DE NEFROPATIA DIABÉTICA SEGÚN KDOQI DE LOS PACIENTES**



FUENTE: CUESTIONARIO EX PROFESO “APOYO FAMILIAR EN PACIENTES DIABÉTICOS CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA ADSCRITOS A LA UMF 33 EL ROSARIO”

**TABLA 7. RELACION DEL APOYO FAMILIAR BAJO Y ESTADIO DE NEFROPATIA DIABÉTICA SEGÚN KDOQI DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA**

ESTADIO DE NF	PACIENTES	%
KDOQI 1	6	7
KDOQI 2	49	59
KDOQI 3	11	13
KDOQI 4	17	20
KDOQI 5	1	1
TOTAL	84	100

FUENTE: CUESTIONARIO EX PROFESO “APOYO FAMILIAR EN PACIENTES DIABÉTICOS CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA ADSCRITOS A LA UMF 33 EL ROSARIO”

**GRAFICA 7. RELACION DEL APOYO FAMILIAR BAJO Y ESTADIO DE NEFROPATIA DIABÉTICA SEGÚN KDOQI DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA**



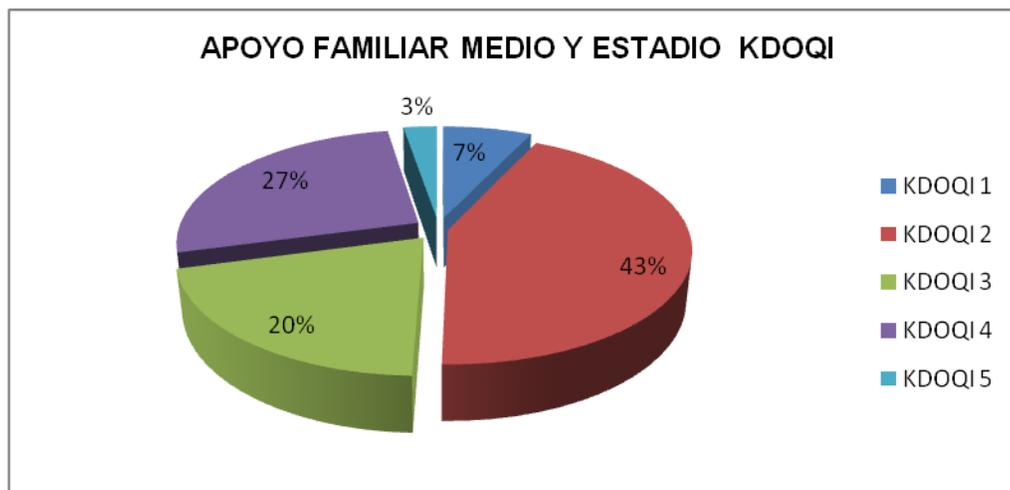
FUENTE: CUESTIONARIO EX PROFESO “APOYO FAMILIAR EN PACIENTES DIABÉTICOS CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA ADSCRITOS A LA UMF 33 EL ROSARIO”

**TABLA 8. RELACION DEL APOYO FAMILIAR MEDIO Y ESTADIO DE NEFROPATIA DIABÉTICA SEGÚN KDOQI DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA**

ESTADIO DE NF	PACIENTES	%
KDOQI 1	8	7
KDOQI 2	49	43
KDOQI 3	23	20
KDOQI 4	30	27
KDOQI 5	3	3
TOTAL	113	100

FUENTE: CUESTIONARIO EX PROFESO “APOYO FAMILIAR EN PACIENTES DIABÉTICOS CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA ADSCRITOS A LA UMF 33 EL ROSARIO”

**GRÁFICA 8. RELACION DEL APOYO FAMILIAR MEDIO Y ESTADIO DE NEFROPATIA DIABÉTICA SEGÚN KDOQI DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA**



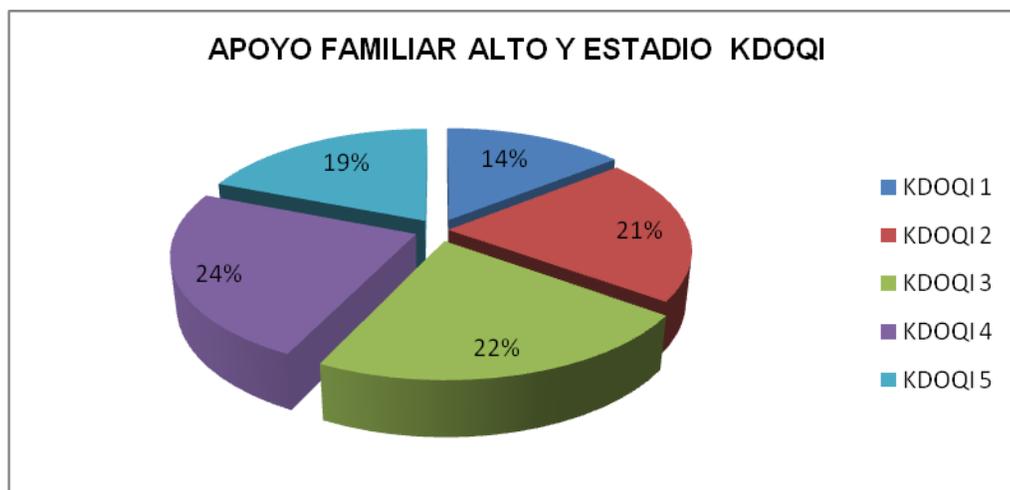
FUENTE: CUESTIONARIO EX PROFESO “APOYO FAMILIAR EN PACIENTES DIABÉTICOS CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA ADSCRITOS A LA UMF 33 EL ROSARIO”

**TABLA 8. RELACION DEL APOYO FAMILIAR ALTO Y ESTADIO DE NEFROPATIA DIABÉTICA SEGÚN KDOQI DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA**

ESTADIO DE NF	PACIENTES	%
KDOQI 1	9	14
KDOQI 2	13	21
KDOQI 3	14	22
KDOQI 4	15	24
KDOQI 5	12	19
TOTAL	63	100

FUENTE: CUESTIONARIO EX PROFESO "APOYO FAMILIAR EN PACIENTES DIABÉTICOS CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA ADSCRITOS A LA UMF 33 EL ROSARIO"

**GRAFICA 9. RELACION DEL APOYO FAMILIAR ALTO Y ESTADIO DE NEFROPATIA DIABÉTICA SEGÚN KDOQI DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA**



FUENTE: CUESTIONARIO EX PROFESO "APOYO FAMILIAR EN PACIENTES DIABÉTICOS CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA ADSCRITOS A LA UMF 33 EL ROSARIO"

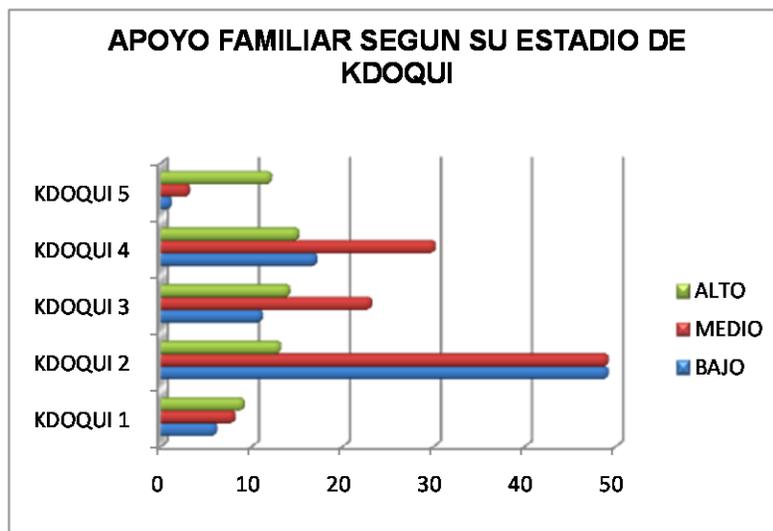
**TABLA 10. RELACION DEL ESTADIO DE NEFROPATIA DIABÉTICA SEGÚN KDOQUI Y APOYO FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA\*\***

ESTADIO	APOYO FAMILIAR						TOTAL	%
	BAJO	%	MEDIO	%	ALTO	%		
KDOQI 1	6	2.31	8	3.08	9	3.46	23	8.85
KDOQI 2	49	18.85	49	18.85	13	5.00	111	42.69
KDOQI 3	11	4.23	23	8.85	14	5.38	48	18.46
KDOQI 4	17	6.54	30	11.54	15	5.77	62	23.85
KDOQI 5	1	0.38	3	1.15	12	4.62	16	6.15
TOTAL	84	32	113	44	63	24	260	100

**\*\*prueba Ji-cuadrada de Pearson: 40.2337 gl 8 Valor de p 0.000**

FUENTE: CUESTIONARIO EX PROFESO “APOYO FAMILIAR EN PACIENTES DIABÉTICOS CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA ADSCRITOS A LA UMF 33 EL ROSARIO”

**GRÁFICA 10. RELACION DEL ESTADIO DE NEFROPATIA DIABÉTICA SEGÚN KDOQUI Y APOYO FAMILIAR DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA**



FUENTE: CUESTIONARIO EX PROFESO “APOYO FAMILIAR EN PACIENTES DIABÉTICOS CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA ADSCRITOS A LA UMF 33 EL ROSARIO”

## DISCUSIÓN

En el presente estudio se evaluó el Nivel de Apoyo Familiar en pacientes diabéticos con diagnóstico de Nefropatía Diabética adscritos a la UMF 33 El Rosario, utilizando el cuestionario ex profeso (“Apoyo Familiar en pacientes diabéticos con diagnóstico de Nefropatía Diabética adscritos a la UMF 33 “El Rosario) y el Instrumento “Inventario de Apoyo Social en Enfermedades Crónicas” .

La frecuencia de Apoyo Familiar Bajo fue de 32.3%, la frecuencia de Apoyo Familiar Medio 43.4% y de Apoyo Familiar Alto de 24.2%, se encuentra por abajo, comparado con estudios nacionales como lo es el de Cifuentes, donde el 88% se considera bien apoyado por su familia y el 92 % ha manifestado no tener problema familiar alguno con su patología.

La frecuencia de Apoyo Familiar en pacientes en KDOQI 5 se encontró que es del 4.62% del 6.15 %(16 pacientes) percibiendo un Apoyo Familiar Alto, y 0.38% perciben un Apoyo Bajo, por lo que podemos observar que es similar el Apoyo Familiar en nuestra población en estudio, en comparación a lo reportado en los estudios internacionales como el de Reyes en la Habana Cuba 2003, donde el 9% manifestaron no recibirlo. Sin embargo difiere en el estudio realizado en 2010 por López, en el que reporta que de los 74 pacientes, en tratamiento de sustitución renal en cuanto a la percepción de apoyo familiar solo refiere ubicarse en la categoría algo, casi nada y nada (34%, 25% y 23% respectivamente) Por lo tanto con estos resultados podemos pensar que más del 10% perciben Apoyo.

La prueba estadística para determinar la significatividad de la diferencia en las frecuencias observadas es la prueba llamada Ji Cuadrada. En el presente estudio se decidió aplicar la fórmula de Ji Cuadrada debido a que tenemos frecuencias observadas un poco diferentes en el caso de Apoyo Familiar y el estadio de KDOQI. Una vez obtenido el valor de Ji Cuadrada observado, se comparó con el valor Ji Cuadrada crítico según el nivel alpha de significatividad escogido y los grados de libertad correspondientes.

En nuestro estudio al computar Ji Cuadrada se encontró un valor de 40.2337 gl 8 y Valor de p 0.0000. Al buscar el valor de X2 para 8 grado de libertad y .0000 de significatividad a dos colas, encontramos el valor 26,124 que es menor que 40.2337 por lo que se acepta la hipótesis alterna, que afirma que el Apoyo Familiar y el grado de Nefropatía Diabética son independientes, llegando a la conclusión de que en este estudio, el Apoyo Familiar y el estadio de Nefropatía Diabética son variables dependientes, es decir, solo tienen cierto grado de asociación.

## CONCLUSIONES

Una de las complicaciones más frecuentes de la diabetes es la Nefropatía, el impacto que tiene es devastador, tanto para el paciente como para la población en general, no solo afecta a la población geriátrica, también a grupos de edad económicamente activa limitando su capacidad funcional, por tanto el apoyo familiar es clave en el control metabólico de los pacientes para proporcionar un ambiente favorable, reducir el estrés y mejorar el cumplimiento del tratamiento.

En el primer nivel de atención es donde se debe realizar una labor de fortalecimiento hacia la familia mediante acciones educativas que no sólo involucren la educación individual sino que incorporen de manera clara y decidida la educación hacia la familia en el entendido que es la familia la unidad básica de la atención médica y de la salud y por lo tanto la que más puede prestar apoyo a uno de sus miembros frente al manejo integral de esta compleja patología.

En este estudio se determinó el nivel de Apoyo Familiar de los pacientes que cursan con diagnóstico de Nefropatía Diabética. Se incluyeron pacientes con indicios de daño renal hasta pacientes con tratamiento sustitutivo (DPCA o Hemodiálisis). Se reconoce que en el estudio se incluyó un número pequeño de muestra, así como un rango de edad solo de 40 a 60 años, lo cual limitó un número mayor de pacientes con Nefropatía Diabética.

Si bien es cierto que se han realizado estudios para evaluar el nivel de Apoyo Familiar en pacientes diabéticos, no se ha evaluado la relación que existe entre el Apoyo Familiar con el estadio de Nefropatía diabética en la que se encuentran, por lo que considero que en futuros estudios podría realizarse una correlación entre dichas variables, así como incluir un rango de edad mayor para obtener una mayor asociación. Asimismo se sugiere estudios comparativos que nos permitan la diferencia de grupos en base a su estadio de Nefropatía Diabética y evaluar el nivel de Apoyo Familiar, para calcular la varianza y tenga mayor significancia estadística, así como considerar otras variables que condicionen la evolución a los diferentes estadios de Nefropatía Diabética.

Se lograron los objetivo del estudio, ya que se determinó el nivel de Apoyo Familiar en pacientes con Nefropatía Diabética, encontrándose que existe una relación estadísticamente significativa ( $X^2 40.2337$  gl 8 y  $p 0.0000$ ) entre el Apoyo Familia y el estadio de Nefropatía Diabética, aceptando la hipótesis alterna, que afirma que el Apoyo Familiar y el grado de Nefropatía Diabética son independientes

El presente estudio de investigación, tiene un gran impacto ya que se logró identificar sujetos diabéticos que aun no se conocen con el diagnostico de nefropatía diabética y sin

embargo ya presentan cambios para la progresión de daño renal, aunado a esta situación no cuentan con ninguna red de apoyo.

Por lo tanto se considera importante, el reconocimiento temprano del daño renal el cual va relacionado al apego a las Guías de Práctica Clínica de Diabetes, en donde se recomienda la importancia de la búsqueda intencionada de complicaciones, en este caso se debe hacer periódicamente el cálculo de la Depuración de creatinina en 24hrs, el cual es un indicador para el reconocimiento temprano del daño renal; así mismo considerar la educación para la salud, dirigida a los familiares del paciente diabético, ya que la familia incentiva el autocuidado, lo cual también favorece a evitar la progresión de las complicaciones.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- The Diabetes Control and Complication Trial Research Group The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus . N Engl J Med 1993; 329: 977-986
- 2.- Magaz LA. Bragado LMC. Efectos psicológicos de la insuficiencia renal crónica: diferencias en función de los tratamientos médicos [tesis doctoral]. Bilbao: Universidad de Deusto; 2008
- 3.- Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica temprana, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009.
- 4.- Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009.
- 5.- Mogencen CE. Management of early nephropathy in diabetic patients. Ann Rev Med 1995, 46:76-94.
- 6.- Correa Rotter R. Nefropatía diabética. En: Treviño BA. Tratado de nefrología. México DF: El Prado 2003: 663-680.
- 7.- Rodríguez Constantín A, Rodríguez Beyrís RP. Insuficiencia renal crónica en pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 en un área de salud. MEDISAN 2009: 80-95.
- 8.- Rosas GJ, García RE, Gómez PFJ, Calles J. y col. Prevención, diagnóstico y tratamiento temprano de la nefropatía diabética, recomendaciones de la asociación latinoamericana de diabetes. Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión 2009 ; XVII (3): 106-114
- 9.- Torres VA y col. Nefropatía diabética. Hospital General Dr. Manuel Gea González 2002; 5 (1-2): 24-32
- 10.- Gamiochipi C,M, Cano M.C, Haul NK, Valdez GL. Vázquez EF, Salinas M.A., Watcher RN. Programa Institucional de Prevención y atención al paciente Diabético 2009:21-31
- 11.- López G JL, Herrero N I, Tomás C M. Apoyo familiar al paciente con insuficiencia renal crónica en tratamiento con Hemodiálisis. Centro de diálisis Mataró 2009:6-10
- 12.- Fernández O MA. El impacto de la enfermedad en la familia. Facultad de Medicina UNAM 2004 ; 47(6):12-50
- 13.- Cifuentes R J, Yefi Q N. La familia: ¿apoyo o desaliento para el paciente diabético. Tendencias en Salud Pública Salud Familiar y Comunitaria y Promoción 2005:1-13

- 14.- Pérez U, Almonte VM La familia como sistema, consideraciones del rol de padre y madre. *Revista Chilena de Pediatría* 2010; 56(6):480 - 486
- 15.- Aráuz A, Sanchez G, Padilla G, Fernández M, Roselló M, Guzman S. Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes en el ámbito de la atención primaria. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2001; 9 (3): 26-52
- 16.- Hiss R. The activation patient: a force for change in diabetes health care and education *Diabetes Educ.* 2006; 12 (Supl 1):225-231
- 17.- Quintero V L M. Percepción del apoyo familiar del paciente adulto de diabetes mellitus tipo 2. [tesis para obtener el grado de maestría en ciencias de enfermería con énfasis en salud comunitaria]. Nuevo León: UANL; 2004
- 18.- Rodríguez - Moran M; Guerrero RJF. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. *Salud Pública* 1997; 39:44 – 47
- 19.- Quiroz Pérez J. et al. Diabetes tipo 2 salud competencias de las familias. *Rev. Med. IMSS* 2002; 40 (3): 213- 220
- 20.- Valdez- Figueroa I A. Alderete -Rodriguez MG Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II *Salud Publica. Guadalajara México* 993; 35: 464 – 470
- 21.- Velasco ML, Sinibaldi GJFJ. Insuficiencia renal crónica. En: Velasco ML, Sinibaldi GJFJ, editores. *Manejo del Enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias)*. México: El Manual Moderno; 2001. p. 221-240
- 22.- Reyes SA. Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. [tesis para obtener título Master en Psicología de la salud]. Habana Cuba; 2003
- 23.- Zorrilla S, Torres XM, Cervo LA, Alcino BP. *Metodología de la Investigación*. Edit. Mc Graw Hill. 1999; 26-52.
- 24.- Montesano DJR. *Guía para la elaboración del protocolo de investigación*. Intersistemas 2006; 34-39.
- 25.- Huerta G JL. *Medicina familiar, la familia en el proceso salud-enfermedad*. Edit. Alfil, S. A. de C. V. México 2005; 1-25.
- 26.- *Diccionario de la lengua española*. 22 ed. Editorial Espasa libros, S.L.U. Vigésima segunda edición.

## ANEXOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio: NIVEL DE APOYO FAMILIAR EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE NEFROPATIA DIABÉTICA ADSCRITOS A LA UMF 33 EL ROSARIO

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha: Azcapotzalco, México Distrito Federal, UMF 33 "El Rosario". Marzo 2013 – Octubre 2013

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio: La Nefropatía Diabética, constituye una de las principales causas de morbimortalidad, en el país, con enormes repercusiones económicas y sociales. El apoyo familiar en esta patología es de suma importancia, debido a los cambios que esto conlleva en todo su entorno. El Objetivo del estudio es determinar el nivel de apoyo familiar en pacientes con Nefropatía Diabética adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N.33.

Procedimientos: Durante la consulta de externa se aplicara una cedula diseñada por el investigador en la cual se registrará el género al que pertenece, rango de edad, estado civil y algunas variables para estadificar el estadio de enfermedad Renal y a si como la percepción del apoyo familiar en pacientes diabéticos con Nefropatía diabética

Posibles riesgos y molestias: Este tipo de estudio de investigación no conlleva riesgo mínimo

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: El estudio no ofrece posibilidad de beneficio, así como no perderá ningún beneficio.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: La información y resultados obtenidos en este estudio se usaran solo para fines de investigación.

Participación o retiro: Usted puede dejar de participar en el estudio en cualquier momento

Privacidad y confidencialidad: La información que usted proporcione, solo se usará para fines del estudio y será totalmente confidencial.

En caso de colección de material biológico (si aplica):


No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio: El estudio ayudará a identificar el apoyo percibido de los pacientes diabeticos con nefropatía diabética

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Mónica Sánchez Corona Matricula:99352132

Colaboradores: Dra. Aidee López Zaldívar, Médico Residente de la Especialidad de Medicina Familiar

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CINC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

**Clave: 2810-009-013**



16. Me dio información de cómo hacer para llevar mi dieta	1	2	3	4	5	6
17. Me ayudo a entender porque debo llevar mi tratamiento	1	2	3	4	5	6
18. Me dijo que debería de ver a un medico para recibir ayuda con las molestias que tengo	1	2	3	4	5	6
19. Me dijo que pasará si dejo de hacer lo que tengo indicado	1	2	3	4	5	6
20. Me enseñó como hacer comida que me guste y pueda consumir	1	2	3	4	5	6
21. Habló conmigo sobre problemas que tengo para ayudarme a resolverlos	1	2	3	4	5	6
22. Repaso conmigo las indicaciones que me dio el médico para ver si las había seguido	1	2	3	4	5	6
23. Me ayudó a entender que si no hago ejercicio me hace mal	1	2	3	4	5	6
24. Me dijo como ver mi salud sin señalar si era buena o mala	1	2	3	4	5	6
25. Me proporciono dinero para comprar medicamento (alimento u otros)	1	2	3	4	5	6
26. Me dio un regalo	1	2	3	4	5	6
27. Hizo por mi los pendientes (mandados, vueltas, aseo etc.) para que yo descansara	1	2	3	4	5	6
28. Me acompaño a la consulta	1	2	3	4	5	6
29. Caminamos juntos para ayudarme a quitar cosas de mi mente	1	2	3	4	5	6
30. Me hablo sobre temas que me interesa	1	2	3	4	5	6
31. Bromeo conmigo para levantarme el animo	1	2	3	4	5	6
32. Compartió conmigo asuntos que le preocupan	1	2	3	4	5	6
33. Pude contar con el (ella) para distraerme de mis preocupaciones	1	2	3	4	5	6
34. Hablo conmigo sobre las recomendaciones que me dio el medico	1	2	3	4	5	6
35. Me ayudó a entender que es la diabetes	1	2	3	4	5	6
36. Me dijo a quien recurrir cuando tenga un problema con las recomendaciones del médico	1	2	3	4	5	6
37. Me explico de que forma el tratamiento me ayuda a prevenir complicaciones por la diabetes	1	2	3	4	5	6
38. Me enseñó a como seguir las recomendaciones del medico	1	2	3	4	5	6

39. Habló conmigo sobre los problemas que tengo para seguir las recomendaciones del medico	1	2	3	4	5	6
40. Me alentó a tener cuidado de mi mismo	1	2	3	4	5	6
41. Reviso conmigo si había seguido las recomendaciones mas importantes que me dio el medico	1	2	3	4	5	6
42. Me felicito cuando vio que estaba haciendo lo que me recomendó el medico	1	2	3	4	5	6

**PARTE III.** Determinar el estadio de Nefropatía Diabética (Para responder por el investigador)

Creatinina Sérica al momento del estudio: \_\_\_\_\_ KDOQI: \_\_\_\_\_