



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DELEGACION NORTE DEL D.F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94**

**RELACION ENTRE APOYO SOCIAL Y CONTROL GLUCEMICO EN PACIENTES
DIABETICOS DEL GRUPO DIABETIMSS**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:**

Navarro Ortega Lyssette Ximena

Médico Residente del
Curso de Especialización en Medicina Familiar

Matrícula: 98361280

E-mail: lis_xim@hotmail.com

Tel: 57742013

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. Guillermo Arroyo Fregoso

Unidad de Medicina Familiar No.94 IMSS

Matrícula: 99366361

E-mail: rodriguin60@hotmail.com

Tel.: 51200616

ASESOR DE TESIS:

Dr. Rodrigo Villaseñor Hidalgo.

Unidad de Medicina Familiar No.94 IMSS

Matrícula:

Email:

Tel:

México D.F. Febrero del 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Autorizaciones

Número de Registro del Proyecto No

Dr. Víctor Manuel Aguilar
Coordinador Delegacional de Investigación en Salud

Dr. Humberto Pedraza Méndez
Coordinadora Delegacional de Educación en Salud

Dr. Alejandro Hernández Flores
Director de la Unidad de Medicina Familiar No.94 IMSS

Dr. Guillermo Arroyo Fregoso
Coordinador Clínico de Educación e Investigación
Unidad de Medicina Familiar No.94 IMSS

AGRADECIMIENTOS

Primero a Dios, por la oportunidad de vivir, respirar, y ponerme en este camino, por darme una familia hermosa, una madre guerrera; Luisa sin ti no lo hubiera logrado, a ti Yeyo por ser el padre que siempre quise tener; Lulú gracias por estar ahí siempre para mi tesoro mas grande Natalia. A ti hija eres el regalo más grande, mi fuerza, mi ánimo en cada momento no solo de esta etapa perdóname por mis ausencias, tu tiempo, todo era pensando en ti. Jorge, Javier y Ariana gracias por estar siempre ahí. Tres años se dicen fácil pero sin ustedes no lo hubiera logrado.

Por supuesto a mis amigos por no solo compartir el mismo alimento, el dormitorio, los problemas, lágrimas, alegrías, me hicieron esta travesía más ligera, los llevo siempre en mis oraciones.

A ti viejita en donde quiera que estés sabes que te amo, nunca te olvido, por dejarme tu entereza tu coraje.

Gracias.

RESUMEN

Antecedentes: El apoyo social ejerce un gran impacto sobre los procesos relacionados con la salud y la enfermedad. Así como efecto beneficioso sobre la evolución de algunas enfermedades como Diabetes Mellitus. Se ha relacionado el apoyo social con la mortalidad, de forma que cuando este es insuficiente determina un mayor riesgo de muerte.

Objetivo: Identificar la influencia que existe entre el apoyo social y el control del paciente con DMT2 en una unidad de primer nivel de atención.

Material y métodos: Se realizó estudio observacional, transversal, analítico y prolectivo en pacientes de grupo diabetimss. El cálculo se realizó con base a la fórmula en población finita, con una población cautiva de 1200 diabéticos en el grupo educativo con una confianza del 95%, un alpha 0.05 una precisión del 90% con un beta 0.20 y una prevalencia del factor estudiado del 15% en la población adscrita al IMSS, se obtuvo un tamaño de muestra de 140 pacientes agregándose un 10% por posibles pérdidas se obtiene un mínimo de 150 participantes. Los datos obtenidos se analizaron con ayuda del programa estadístico SPSS V. 15, para las variables universales se utilizaron estadística descriptiva, mostrando porcentajes y tablas de frecuencia.

Resultados: El porcentaje de pacientes del sexo Femenino fue de 68.7% y 31.3% del sexo masculino. El 64.0% de los pacientes recibieron un Apoyo Abundante y un 36.0% recibieron un Apoyo Escaso. De los 4 tipos de Apoyos que recibieron los pacientes, el porcentaje más alto de Apoyo Abundante, así como la Falta de Apoyo fue para el Apoyo Afectivo,

Conclusiones: Existe asociación entre apoyo social y control glicémico en pacientes diabéticos de grupo diabetimss.

Palabras clave: diabetes mellitus, apoyo social,

¹ Médico Residente del Curso de Especialización en Medicina Familiar en la UMF No. 94 IMSS, México

² Especialista en Medicina Familiar, Profesor del Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF No. 94 IMSS-UNAM, México

³ Especialista en Medicina Familiar, Médico Familiar en la UMF No. 94 IMSS, México

INDICE	Pág.
Introducción.....	5
Marco Teórico.....	6
Antecedentes científicos.....	11
Planteamiento del problema.....	13
Pregunta de investigación.....	13
Objetivo del estudio.....	13
Expectativa Empírica.....	14
Metodología.....	14
Identificación de variables.....	14
Diseño de estudio.....	14
Universo de trabajo.....	14
Población de estudio.....	14
Muestra.....	14
Determinación estadística del tamaño de la muestra.....	15
Tipo de muestreo.....	15
Procedimiento para la integración de la muestra.....	15
Criterios de selección: criterios de inclusión y no inclusión.....	15
Hoja de recolección de la información.....	16
Descripción del programa de trabajo.....	16
Análisis estadístico.....	16
Difusión del estudio.....	16
Consideraciones éticas del estudio.....	17
Resultados.....	18
Análisis de Resultados.....	23
Conclusiones.....	25
Sugerencias.....	25
Bibliografía.....	26
Anexos: cuadro de variables, hoja de recolección de información, Cronograma de estudio y carta de consentimiento informado.....	28

Introducción

Se sabe que la pobreza, el desempleo, tipo de ocupación, edad, clase social y otras características sociales se asocian individual o colectivamente con las condiciones de salud física y mental de los individuos. Por lo que el apoyo social juega un papel central en el mantenimiento de la salud de los individuos, al facilitar conductas adaptativas en situaciones de enfermedad.

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM tipo 2) es un problema de salud pública, el aumento en la prevalencia es debida a los cambios demográficos y en el estilo de vida en la globalización, siendo más común en edades de vida reproductiva en países en vías de desarrollo.

El diagnostico de diabetes suele asociarse con una serie de temores, miedos, perplejidad, incomprensión e incertidumbre; supone sufrimiento en mayor o menor grado en la persona, pero a pesar del impacto psicológico que genera esta situación, el curso de la enfermedad estará relacionado con el tipo de estrategias y apoyo social de afrontamiento ante los miedos, preocupaciones ante el tratamiento y en relación al futuro.

El impacto emocional y conductual que se observa en la mayoría de las personas que han sido diagnosticadas con diabetes, se debe a tener que asumir una enfermedad que durara para siempre y tener que modificar sus estilos de vida con el propósito de sobrellevar saludablemente el padecimiento y evitar las comorbilidades asociadas.

Así, el afrontamiento forma parte de los recursos psicológicos, familiares y apoyo social de cualquier individuo. El concepto de apoyo social ha surgido como una variable psicosocial principal en el cuidado de la salud, algunos autores como Nuckolls, Cassel, Cobb y Kaplan demuestran que una pobre integración o el aislamiento social tienen efectos perjudiciales sobre el estado de salud y las personas son más propensas a morir que aquellas que tienen un alto nivel de contacto social. El apoyo social fortalece la salud mental de un individuo, su familia y atenúa los factores de estrés, por lo tanto es considerado una estrategia preventiva o de cobertura crucial que las familias tienen disponible en tiempos de dificultad para reducir las consecuencias negativas de la enfermedad.

Siendo la DM tipo 2 la patología con mayor incidencia en nuestro país y a nivel mundial con un alto índice de complicaciones, costos y deterioro en la calidad de vida de los enfermos, es importante estudiar el apoyo social como variable dependiente y buscar sus determinantes en todos los niveles de la realidad social.

Marco Teórico

Definición

La diabetes mellitus se define como una enfermedad sistémica crónica degenerativa de carácter heterogéneo con grados variables de predisposición genética y participación de diversos factores ambientales, que se caracteriza por hiperglucemia persistente debida a la deficiencia en la calidad, producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.⁽¹⁾

Epidemiología

Se estima que existen en el mundo 170 millones de personas afectadas por diabetes mellitus, cifra que se duplicará para el año 2030 y al menos una de cada diez muertes en adultos entre los 35 y 64 años será atribuible a esta enfermedad, llegando a ser una cuarta parte de todas las muertes en algunas partes del mundo. America latina no es la excepcion estimandose que de 13,3 millones de diabeticos en el año 2000, esta cifra aumentará a 33 millones para el año 2030 lo que representa un incremento del 148%. En el caso de México, se estima que de 6.8 millones de afectados aumentara a 11.9 millones con un incremento del 175%.⁽²⁾

La organización mundial de la salud (OMS) reporta que en enero del 2011 más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios, la mitad de esas muertes corresponde a personas menores de 70 años y un 55% a mujeres.⁽³⁾

La OMS estima que las muertes por diabetes se dupliquen entre el 2005 y el 2030, por lo que recomienda llevar a cabo una alimentación saludable, actividad física regular, manteniendo de un peso corporal normal y evitar el consumo de tabaco para prevenir la enfermedad y retrasar su aparición.⁽⁴⁾

En México la prevalencia de DM tipo 2 en adultos mayores de 20 años de edad aumento a 6.7% en 1993 a 7.5% en el 2000 y se estima podria llegar a 12.3% en el 2025. Aproximadamente el 80% de los mexicanos con diabetes se sabe con la enfermedad, el resto lo desconoce.⁽²⁾

De acuerdo a la encuesta nacional de enfermedades cronicas existe alrededor de 8.2% de la poblacion entre 20 y 69 años que padecen diabetes mellitus, esto significa que en nuestro país existen mas de 4 millones de personas con esta enfermedad.⁽⁵⁾

Factores de riesgo

Los más importantes son el sobrepeso y obesidad que se asocian con inactividad física y alimentación inadecuada; esto debido a la urbanización, estilo de vida y cambios alimentarios. La evolución de la enfermedad es progresiva e irreversible, por lo que requiere un manejo continuo, dinámico, integral y estructural, llevado por un equipo multidisciplinario para el control metabólico, limitación del daño, prevención de complicaciones y rehabilitación.

Interactúan los factores genéticos y ambientales con el estilo de vida para favorecer el desarrollo de resistencia a la insulina y disfunción de la célula beta. ⁽²⁻⁴⁾

Fisiopatología

La diabetes mellitus tipo 2 está relacionada en gran parte a la obesidad que conlleva resistencia a la insulina y adicionalmente a un deterioro de la función de la célula beta pancreática, ya que para vencer la resistencia a la insulina, la célula beta inicia un proceso que termina en el aumento de la masa celular, produciendo mayor cantidad de la hormona (hiperinsulinemia) que inicialmente logra compensar dicha resistencia y mantener los niveles de glucemia normales; sin embargo, con el tiempo la célula beta pierde su capacidad para mantener la hiperinsulinemia compensatoria, produciendo un déficit relativo de esta y aunado a la resistencia a la insulina aparece finalmente la hiperglucemia, inicialmente en los estados post prandiales y luego en ayunas, a partir de lo cual se establece el diagnóstico de diabetes mellitus. ⁽⁶⁾

Criterio diagnóstico

Se establece si cumple cualquiera de los siguientes criterios: presencia de síntomas clásicos y una glucemia plasmática casual igual o mayor a 200 mg/dl; glucemia plasmática en ayuno igual o mayor a 126 mg/dl; en carga oral de 75 g de glucosa a las dos horas con cifras mayores a 140 mg/dl y hemoglobina glicosilada mayor de 6.5%. ⁽⁷⁾

Metas de control

El plan de manejo debe incluir el establecimiento de metas metabólicas, medidas higiénico dietéticas, tratamiento farmacológico, educación del paciente, auto monitoreo y búsqueda intencionada de complicaciones. Recientemente la asociación americana de diabetes (ADA) publicó los estándares de atención médica para pacientes con Diabetes Mellitus, en donde se recomienda elaborar un plan de manejo donde debe conformarse una alianza terapéutica individualizada entre el paciente, la familia, el médico y otros miembros del equipo de atención médica multidisciplinaria. Dentro de estas metas también se tiene como propósito incorporar de manera activa a las personas con diabetes en el auto cuidado de la salud, facilitando su capacitación y educación, así mismo se fomentara la creación de grupos de ayuda mutua en las unidades de atención.

Metas metabólicas de control

-Glucosa en ayuno ideal <110mg/dl, óptima <126mg/dl y sub óptima <140 mg/dl.

-Hemoglobina Glicosilada <6.5%

-Glucosa Posprandial (2 horas después de los alimentos) <140mg/dl

-Colesterol Total <180 mg/dl

-Triglicéridos <150 mg/dl

-Fracción de colesterol HDL (High Density Lipoprotein) <50 mujeres y <40 varones

-Fracción de colesterol LDL (Low Density Lipoprotein) <100

Los grupos de ayuda mutua servirán para estimular la adopción de estilos de vida saludables, como la actividad física, alimentación idónea y cumplimiento de las metas del tratamiento.

Los pacientes presentan diferentes grados de estrés por las limitaciones en su vida diaria y las alteraciones en su homeostasis familiar, entre otros. El enfoque del paciente diabético debe ser integral ya que afecta no solo los aspectos físicos si no también psicológico y el social.

El enfermo está obligado a realizar diversos y complejos cambios a nivel individual, familiar, laboral y social, en muchos aspectos de su vida cotidiana. Entre las estrategias que el enfermo lleva a cabo para enfrentar y vivir con las enfermedades, el individuo busca apoyo no solo de los profesionales del área de la salud, sino también de forma importante y permanente de sus miembros más cercanos de su red social. ⁽⁸⁾

Tratamiento

La tendencia actual es con el cumplimiento de las metas metabólicas a corto, mediano y largo plazo de los indicadores de control metabólico, donde el ajuste dinámico de los fármacos, plan de alimentos y actividad física determinaran el curso del manejo integral. Siendo el médico de primer nivel en colaboración del paciente y de la familia el líder en la atención multidisciplinaria con el uso debido de los recursos, donde se destacan los antidiabéticos orales y uso de insulinas. Tomando en cuenta los principios básicos terapéuticos que incluyen el rompimiento de la resistencia a la insulina, cuidado de la reserva pancreática, evitar el uso de pancreatotóxicos e insulinización temprana ⁽⁸⁾

Apoyo social y control glucémico

Definición

Se define al apoyo social como una de las funciones de las redes sociales, entendiéndose como redes sociales al conjunto de personas con las que se comunica un individuo, características de los lazos que se establecen y tipos de interacciones que se originan.

Otros autores la consideran como el grado en que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con el otro. Se entiende por necesidades sociales básicas a la pertenencia, afiliación, afecto, identidad, seguridad y aprobación. Estas necesidades se pueden cubrir por medio de la ayuda socioemocional o por la previsión de ayuda instrumental. Por las anteriores razones se considera un constructo multidimensional. ⁽⁹⁾

Su concepto es relativamente reciente y nace en la década de los años setenta en la escuela de antropología británica de la Universidad de Manchester, donde se aborda como un proceso interactivo en el que la persona obtiene ayuda emocional, instrumental y afectiva de la red social, esta última es identificable y se puede objetivar la estrecha relación que existe entre red y apoyo social, de forma que cuando se produce un descenso de la red, se aprecia una reducción en la percepción del apoyo social. ⁽¹⁰⁾

Consideraciones

Existen factores teóricos que se consideran ser parte del soporte social: la cantidad de relaciones, su estructura formal, el contenido de estas relaciones, su densidad y reciprocidad. El apoyo social es mucho más que una simple exposición al medio ambiente y que puede estudiarse como un efecto modificador o amortiguador contra los eventos de la vida; es un proceso interactivo del cual el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en que se encuentra inmerso. Desde una perspectiva global se ha clasificado en cuatro tipos: el emocional, instrumental o material, afectivo y de relaciones de ocio y distracción.

El emocional consiste en brindar acciones encaminadas a reforzar las sensaciones de seguridad, bienestar y autoestima en el individuo, alude a la disponibilidad de contar con alguien para hablar e incluye aquellas conductas que fomentan los sentimientos de prosperidad afectiva. ⁽⁹⁾

El apoyo instrumental o material, facilita el acceso a objetos o servicios que ayudan a resolver problemas prácticos, este es una ayuda que el receptor considera como visible o palpable; sus actividades corresponden a la proporción de alimento, vestido, dinero y compra de medicamentos entre otras necesidades.

Muchas actividades de apoyo suelen pertenecer a más de dos categorías al mismo tiempo. De tal forma, el apoyo instrumental también, se considera como emocional siempre y cuando no se otorgue por obligación.

El afectivo se refiere a las reacciones y sentimientos de la persona, animándolo a que manifieste sus preocupaciones, miedos y dificultades en su vida individual, familiar y relaciones sociales.

En cuanto al de relaciones sociales de ocio y distracción implica el tiempo utilizado con otros en actividades de tiempos libres y recreativos.

Existen varias fuentes potenciales de apoyo en atención a la enfermedad, se destaca el papel preponderante de la familia; incluso la mayoría de los enfermos crónicos recibe y prefiere los cuidados y el apoyo de esta fuente más que de cualquier otra. También es evidente que la educación para la salud desempeña un papel fundamental en las enfermedades ya que posibilita un mejor control de las mismas, con la participación activa de los pacientes.

El apoyo social es un factor que tiene un efecto protector o benefactor sobre múltiples parámetros relacionados con la salud; cuyo mecanismo de acción sobre la salud no se conoce con certeza, aunque existen dos hipótesis: por un lado, la teoría del efecto tampón, donde la influencia del apoyo social estaría determinada por su papel modulador sobre las situaciones adversas que generan estrés en el individuo y la otra teoría considera que el apoyo social es un agente causal directo de las enfermedades. En relación a las situaciones adversas que generan estrés en el individuo y familia, hay que decir que su causa puede ser ambiental, psíquica o social, factores que alcanzan la categoría de acontecimientos vitales estresantes (AVE) cuando son percibidos como negativos o no deseados y cuando se acompañan de un cambio vital, las cuales son un obstáculo para llevar a cabo un régimen terapéutico. La relación entre los diversos AVE y la enfermedad ha sido estudiada en diferentes patologías. ⁽¹¹⁾

La importancia de conocer el apoyo social con el que cuenta el paciente diabético promueve el desarrollo de programas que impulsan esta fuente de apoyo en beneficio del paciente, ya que se ha confirmado que el apoyo social tiene un efecto amortiguador y beneficioso sobre muchos eventos de la salud; con esto se comprende el interés de incorporar el análisis y cuantificación del apoyo social dentro de las actividades del médico familiar, como una herramienta que intervenga en un mejor control de su enfermedad, las complicaciones y la calidad de vida del paciente.

Se ha demostrado que el apoyo social impacta directamente sobre los procesos relacionados con la salud y la enfermedad; así como de su efecto beneficioso sobre la evolución de enfermedades crónicas como la depresión, artrosis, hipertensión o diabetes. Investigaciones recientes han relacionado el apoyo social con la mortalidad, de forma que cuando éste es insuficiente determina un mayor riesgo de muerte, sobre todo en determinados grupos de población como son los ancianos y viudos. Siendo tan evidentes las relaciones entre apoyo social y salud. ⁽¹²⁾

El apoyo social se relaciona con conductas pilares del tratamiento de la DM tipo 2, específicamente en este tipo de pacientes que demuestran tener bajos niveles de apoyo social, tienen un peor estado de salud y de bienestar general, además de presentar presión arterial alterada; se estima que con bajos y moderados niveles de apoyo social tienen un 55% más de posibilidad de fallecer que aquellos que gozan de altos niveles de apoyo social. ⁽¹³⁾

Las necesidades de apoyo social en enfermos crónicos pueden variar desde lo económico, la calidad de la atención del profesional de la salud, hasta la lucha contra la estigmatización que produce aislamiento físico y moral. ⁽¹⁴⁾

El interés del apoyo social radica en lograr una reducción en los niveles de morbilidad y mortalidad asociados con la DM tipo 2. Diversos organismos internacionales y nacionales, han insistido en la importancia de promover estilos de vida más saludables tales como actividad física, dieta equilibrada y mejorar la calidad de vida de los pacientes, en particular aquellos que han sufrido complicaciones. ⁽¹⁵⁾

El apoyo social ayuda a las personas con enfermedades crónicas a reducir el estrés en la vida, provee un espacio para relajarse y desarrollar un compartir positivo, esto a su vez, reduce los efectos negativos de las condiciones de salud. La familia y la pareja son predictores confiables de buena salud en la adherencia al plan de manejo integral; las redes aparecen como otro factor percibido por los propios pacientes, se creía que estas, no estaban tan ligadas como el apoyo social a la salud del paciente crónico, sin embargo se ha encontrado que una amplia red social mejora el estado de los enfermos por encima de aquellos que poseen una red social limitada. ⁽¹⁶⁾

La DM tipo 2 como enfermedad crónica reviste especial importancia no solo por constituir las primeras causas de morbimortalidad, sino por las dificultades que enfrenta el diabético para llevar a cabo su tratamiento, lograr el control metabólico y prevenir sus múltiples complicaciones. Primordialmente, los ajustes en el estilo de vida, alimentación, control de peso, actividad física, vigilancia y aseo de los pies; situaciones que exigen un apoyo importante de las redes sociales. ⁽¹⁷⁾

Hay una variabilidad importante por sexo, las redes sociales de las mujeres son ligeramente más amplias que las de los hombres en todas las edades, estas tienen una alta proporción en la familia y amigos; mientras que en los hombres pueden estar más asociadas a relaciones laborales. Siendo el estado marital también un importante factor, en la mayoría de los individuos casados se tiene el apoyo del cónyuge. ⁽¹⁸⁾

En cuanto a los factores del paciente: papel en la familia, dependencia económica y analfabetismo obstaculizan autocontrol, reflejado en el control metabólico. Las reacciones de una familia ante la presencia de una enfermedad, dependerán de varios factores como la tipología familia, cultura, educación, desarrollo familiar y las ideas sobre la salud frente a la enfermedad y su tratamiento. ⁽¹⁹⁾

El malestar emocional se ha relacionado con la falta de apoyo social, los casos menos beneficiados de las psicoterapias, son aquellos que están insatisfechos con su apoyo social. ⁽²⁰⁾ Por otro lado, la relación entre paciente-médico y el apoyo

social, así como una clara comunicación entre estos, se correlaciona con una mejor adherencia terapéutica. Entre los pacientes con diabetes tipo 2, la adherencia al plan de manejo integral (ingesta de agentes orales y el monitoreo de la glucosa) fueron significativamente negativos en quienes evaluaron la comunicación con su prestador de atención como deficiente. El apoyo social en enfermedades metabólicas ha sido objeto de múltiples investigaciones; en mujeres con diabetes gestacional se observó que a un mayor apoyo social, se asociaba con mejores niveles de adherencia a las recomendaciones alimentarias y la administración de insulina, así la participación de los padres (como una medida de apoyo social), también se ha asociado con la adherencia al monitoreo de la glucemia, y en el caso de adolescentes y niños con diabetes mellitus tipo 1, que experimentaron mayor participación de los padres, informaron mejores niveles de control diario de la glucemia.⁽²¹⁾

La evaluación del apoyo social es importante para orientar al enfermo en la planificación de intervenciones que podrán promover la adaptación de personas a su enfermedad, consecuentemente se mejora la adhesión a los tratamientos.⁽²²⁾

En el caso de pacientes con DM tipo 2, algunos expresan sentimientos de frustración y rechazo ante el diagnóstico, porque la enfermedad les supone limitaciones, renuncias, estrés y sentimientos de culpa. Las características de este problema de salud, como generador de estrés en el autocuidado, requiere de un proceso de adaptación a las actividades cotidianas, información y conocimientos, así como desarrollar habilidades, como es la búsqueda de apoyo social que logra hacer de la enfermedad una vivencia con menos interferencias, facilitando un afrontamiento efectivo mediante la potenciación de la motivación para comprometerse con conductas adaptativas positivas.⁽²³⁾

Se han propuesto tres modelos de mecanismos para explicar el impacto del apoyo social en la salud:

- Modelos genéricos: plantean la influencia del apoyo social en los estilos de vida y los procesos biológicos.
- Modelos psicosociales: exponen el efecto del apoyo social ante el estrés, neutralizándolo, moderándolo, redefiniéndolo, eliminándolo, aliviándolo o incluso agravando sus efectos
- Modelos de especificidad del apoyo o de congruencia ecológica: describen la influencia del apoyo social en las conductas de afrontamiento a través de la valoración cognitiva de las personas.⁽²⁴⁾

Otro aspecto importante es que el apoyo social demuestra que tiende a disminuir los niveles de estrés producto de las crisis circunstanciales que se presentan a lo largo del ciclo vital humano, siendo mediador en los problemas y estrés

intrafamiliar; el mecanismo a través del cual actúa es desconocido, sin embargo, se plantean tres hipótesis al respecto.

-Previene la presencia del estrés

-Actúa como catalizador una vez que el estrés está presente en los individuos, reduciendo sus efectos tóxicos

-Puede tener un efecto positivo directo sobre las conductas en salud de las personas, especialmente en las conductas de prevención y promoción de la salud.
(25)

Existen diversos instrumentos de medición en este tipo de efecto social, sin embargo, el desarrollado por Sher-bourne y Stewart en 1991 es de los más trabajados y abarca importantes áreas, proviene de un estudio de desenlaces médicos de apoyo social en pacientes norteamericanos participantes del *Medical Outcomes Study (MOS)*, es un cuestionario breve y auto-administrado en personas con enfermedades crónicas; el cual ha mostrado una adecuada variabilidad de los ítems.

El instrumento evalúa los siguientes componentes:

a) Red de apoyo social: esta variable evalúa el número de personas que conforma la red de apoyo social (amigos y familiares)

b) Apoyo social emocional/informacional: definida como el soporte emocional, orientación y consejos

c) Apoyo instrumental: caracterizado por la conducta o material de apoyo

d) Interacción social positiva: caracterizado por la disponibilidad de individuos con los cuales hacer cosas divertidas

e) Apoyo afectivo: caracterizado por las expresiones de amor y afecto.⁽²⁶⁾

En China, se realizó la validación del instrumento por Yu, Lee y Woo (2004) con 110 pacientes. El análisis factorial confirmatorio demostró que los cuatro factores del MOS miden los aspectos funcionales del apoyo social percibido. El alfa de Cronbach de las subescalas estuvo entre 0.93 y 0.96. A las dos semanas se realizó un test-retest del MOS para medir la confiabilidad, el cual reportó un coeficiente de correlación intraclases de 0.84. El estudio concluyó que el MOS es psicométrica y multidimensionalmente sólido en la medición y evaluación de los aspectos funcionales del apoyo social.⁽²⁷⁾

Una de las investigaciones sobre la validación de la prueba MOS fue realizada en España por Costa y Gil (2007) en personas con cáncer. La muestra estuvo conformada por 400 pacientes ambulatorios. Se realizó el análisis unifactorial y se compararon las medias de las dimensiones del cuestionario con otras variables, tal como tamaño de la red social, sexo y edad. Del análisis factorial extrajeron 3 factores: apoyo emocional/informacional, apoyo afectivo y apoyo instrumental. La cuarta dimensión propuesta en la versión original del instrumento, interacción social positiva, la incluyeron dentro de la dimensión de apoyo emocional/informacional. En la comparación de medias de las dimensiones de la escala con el tamaño de la red social, sexo y edad, se concluyó que cuanto mayor

es el tamaño de la red social mayor es la percepción de apoyo social que se recibe.⁽²⁷⁾

Un segundo estudio fue realizado en Argentina por Rodríguez y Enrique (2007), quienes validaron el instrumento con 375 participantes. En el estudio se implementó el análisis factorial exploratorio para determinar la validez y confiabilidad del instrumento, y se determinó que la totalidad de los ítems presentaban una distribución en tres factores. El primer factor fue denominado como consejo y confianza, el cual incluía el apoyo informacional/emocional y la interacción social positiva. El segundo factor fue el apoyo afectivo y el tercer factor fue el apoyo instrumental, tal cual como la versión original. El estudio consideró que el cuestionario MOS era un instrumento válido y confiable para tener una visión multidimensional del apoyo social y que tenía aplicabilidad para detectar situaciones de riesgo social.⁽²⁶⁾

La validación en Portugal fue realizada por Alonso, Montes, Menéndez y Graca (2007), con una muestra de 101 pacientes con enfermedades crónicas de un centro de salud rural. El alfa de Cronbach pretest estuvo entre 0.87 y 0.967, y postest entre 0.862 y 0.972. Se realizó análisis exploratorio y confirmatorio, validando el modelo de los cuatro componentes. En la investigación se concluyó que el cuestionario MOS cuenta con buenas propiedades psicométricas para medir y evaluar los aspectos multidimensionales del apoyo social.⁽²³⁾

Por lo anterior, el cuestionario de apoyo social MOS puede considerarse como un instrumento completamente válido y confiable para tener una visión multidimensional del apoyo social.

El paciente con enfermedad crónica participa de forma activa en el mantenimiento de la estabilidad de la enfermedad, por tanto los profesionales de la salud a partir de la vigilancia y seguimiento deben realizar acciones enfocadas a potencializar las capacidades del individuo e impartir conocimiento de manera individualizada para identificar herramientas que lo comprometan con su autocuidado.⁽²⁶⁾

El apoyo social es fuente de estima, cuidado, afirmación y autoayuda en los pacientes con enfermedad crónica. Ver la interrelación del paciente con su medio social proporciona datos objetivos que permiten ofrecer estrategias educativas y de atención acorde con su contexto social en el que se desenvuelve.

Antecedentes científicos

Antes de comenzar a exponer las investigaciones sobre el apoyo social en el área de la diabetes, se debe expresar los planteamientos de Sarason y Pierce (1990) que sostienen la necesidad de reconceptualizar el constructo de "Apoyo Social" y que existe un grave problema con la confiabilidad para su medición. Además agregan que las medidas de soporte social pueden estar basadas sobre la percepción objetiva y subjetiva con base a su disponibilidad.

A continuación se reportan las investigaciones que se encuentran en el área de la diabetes.

Rodríguez y Guerrero en 1997 determinaron la importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia en pacientes no insulino dependientes, se diseñó un estudio de casos y controles, considerando como casos a los diabéticos con una glicemia mayor a 140 y controles a los que se encuentran por debajo de este valor. Se encontró que el apoyo familiar que recibe el paciente se asocia con una glucemia menor a 140. Los autores recomiendan intervenciones al grupo social del paciente y por esta vía favorecer su adherencia al tratamiento. ⁽²²⁾

En el 2001, en el estado de Nuevo León, se realizó una muestra con una población abierta en la consulta externa de 106 pacientes diabéticos, donde el apoyo social mostro un efecto en el estilo de vida y predominó un apoyo social bajo. En este estudio se obtuvo un alpha de cronbach de 0.87 para la escala total, en la subescala de apoyo emocional de 0.98 y 0.72 para de apoyo tangible. ⁽²³⁾

A partir de las pruebas proporcionadas por los estudios acerca de la influencia del soporte social sobre la salud, Berkman, Glass y colaboradores en el 2006, elaboraron un modelo conceptual sobre la influencia de las relaciones sociales en la salud. El modelo expuesto presenta una cascada de acontecimientos, en la que los condicionantes socioestructurales de una comunidad determinan unos patrones de redes sociales específicos, que a través de distintos mecanismos, actúan sobre vías comunes psicológicas, fisiológicas o de hábitos de vida (saludables o nocivos) que son las que acaban produciendo los efectos sobre la salud. ⁽²⁴⁾

Tejada, Grimaldo y Maldonado en el 2007 en un estudio cualitativo, exploraron las percepciones de los diabéticos y sus familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento. Se encontró que el apoyo familiar tiene una repercusión directa en el diabético con respecto a la aceptación de la enfermedad y el desarrollo de un conjunto de conductas que le permiten mantener el control glucémico. Los autores recomiendan que los profesionales de la salud deban considerar la dimensión de la familia e incluso otras redes sociales como otros parientes y amigos cuando brindan atención al enfermo de diabetes. ⁽²⁵⁾

En un estudio observacional, transversal, prospectivo y descriptivo, se aplicó el cuestionario de apoyo social en 364 diabéticos tipo 2 derechohabientes de la clínica de medicina familiar "Oriente" del ISSSTE en la ciudad de México en el periodo de septiembre del 2007 a agosto del 2008; obteniendo que el 29.9% de los pacientes no perciben algún grupo de apoyo, la glucemia del último mes muestra que 75.8% de los pacientes están descontrolados, el apoyo social que recibe el paciente diabético es suficiente en 64.3% y en 35.7% es percibido como bajo apoyo social. La relación entre el apoyo social y el control de los niveles de glucemia actual mostró una correlación negativa con una $p = 0.000$.⁽²⁶⁾

En la universidad Veracruzana (Minatitlán) en Junio del 2010, se realizó un estudio descriptivo a 46 pacientes pertenecientes a un grupo educativo de diabéticos dentro de un centro de salud, encontrando en relación al apoyo social que el 75% lo califica en un nivel regular, del cual, el que más se proporciona es el de ocio y distracción con un 67.4%.⁽²⁷⁾

Planteamiento del problema

El apoyo social percibido se ha considerado como una variable de gran relevancia en los procesos salud – enfermedad. Hace referencia a la confianza que tienen los individuos sobre el apoyo social disponible si se necesita; de acuerdo a la evaluación de diferentes estudios se ha observado que existe un mayor control de glucemia en aquellos pacientes con apoyo social en comparación con los que no la tienen. Llevando un mejor control se podrá retrasar las complicaciones a mediano y largo plazo, el alto porcentaje de discapacidad que genera, la deficiente calidad de vida, los años de vida saludables perdidos, sin olvidar también que generan un alto costo para las instituciones de salud en el país, a nivel familiar y social.

Por ello es de suma importancia conocer tipo de apoyo existente en los pacientes diabéticos de la UMF 94, para ofrecer un óptimo manejo multidisciplinario y poder generar programas que incluyan este importante aspecto social en beneficio del paciente. Es por ello que este estudio se dirigirá a determinar la asociación entre apoyo social y control glucémico.

Justificación

La diabetes mellitus es la primera causa de muerte a nivel nacional y se estima que la tasa de mortalidad crece 3% cada año. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) durante el periodo 2004–2009 la DM ha sido la primera causa de muerte con 21,096 defunciones en el año 2011; además consume entre 4.7% y 6.5% del presupuesto para la atención de la salud.

La atención de la salud es un proceso complejo en el que participan diferentes áreas de profesionales en la salud; con el tiempo ha variado la intervención del médico, el paciente, su familia, las instituciones, la autoridad sanitaria, las

organizaciones académicas, los grupos organizados de la sociedad civil, los empresarios de la salud y la sociedad misma; por lo que debido al importante rol que parece desempeñar la percepción de apoyo social en la adherencia al tratamiento y control de la DM, es importante identificar este recurso y potencializarlo, así como también estimular recursos personales del paciente en caso que tal percepción de apoyo social sea deficiente.

El apoyo social debe ser visto como un proceso complejo que implica una interacción entre las estructuras sociales, las relaciones sociales y los atributos personales; se refiere a la confianza de la disponibilidad de estos aspectos en caso de ser requeridos. Es considerado como moderador de estrés y como variable de gran relevancia en el proceso salud-enfermedad que favorece la adaptación personal, familiar, escolar y social.

Las características de una red que brinda apoyo social son su tamaño, fuerza de los vínculos, la densidad, la homogeneidad y la dispersión. El vínculo entre apoyo social y mejora en la salud física está siendo reconocido ampliamente. Los hallazgos en investigaciones sustentan los efectos benéficos del apoyo social sobre la salud y el bienestar de las personas.

Generalmente al referirnos a enfermedades crónicas como la diabetes, se tiende a pensar en la búsqueda de un tratamiento médico-farmacológico que logre un control glucémico y que ayude a sobrellevar los síntomas que supone la enfermedad; pero poco se piensa en el abordaje holístico, cuya importancia se adquieren en áreas afectivas, recreativas e instrumentales que requiere el paciente o en los factores sociales que intervienen en ella. El afrontamiento efectivo solo es posible mediante un abordaje integral y multidisciplinario, que incorpore el enfoque social con promoción de una mejor calidad de vida.

El médico familiar es el primer contacto con el paciente diabético y su entorno familiar; este debe crear estrategias en conjunto para motivar, evaluar e identificar redes de apoyo con las que cuenta el paciente para contribuir al control de su glucosa; el tratamiento de la diabetes es complejo y sus resultados dependen de la participación del paciente, la familia, el entorno social y del personal sanitario que lo rodea.

Las redes de apoyo social tienen por objetivo el ayudar, aconsejar y retroalimentar; son un factor para el enfermo que intervienen en sobrellevar su padecimiento. Están conformadas por personal médico, la comunidad de iguales (relación con otros pacientes), la familia y la comunidad en general. El apoyo que el paciente reciba de su red social es un elemento clave, determinante y definitivo en su proceso de adhesión al tratamiento.

Lo anterior marca la importancia de aplicar dentro del grupo educativo para diabéticos el cuestionario MOS, para conocer el apoyo o carencia de un apoyo social y la relación con su control glucémico.

Pregunta de investigación

¿Existe asociación entre apoyo social y control glicémico en pacientes del grupo diabetimss?

Objetivo del estudio

General

Determinar asociación entre apoyo social y control glicémico en pacientes del grupo diabetimss.

Específicos

1. Describir la frecuencia del apoyo social en pacientes del grupo diabetimss
2. Determinar áreas fuertes y vulnerables del apoyo social en pacientes diabéticos del grupo educativo.
3. Describir la frecuencia de control glicémico en pacientes del grupo diabetimss.

Hipótesis Alterna

Existe asociación entre apoyo social y control glicémico en pacientes diabéticos del grupo diabetimss.

Hipótesis Nula

No existe asociación entre apoyo social y control glicémico en pacientes diabéticos del grupo diabetimss

Metodología

Identificación de las variables

Variables Universales

- Sexo
- Edad
- Ocupación
- Escolaridad

Variables de estudio

- Variable independiente: apoyo social
- Variable dependiente: control glicémico

VER CUADRO (ANEXO 1)

Diseño de estudio

Estudio observacional, transversal, analítico y prolectivo.

Universo de trabajo

Pacientes diabéticos del Instituto Mexicano del Seguro Social

Población

Pacientes diabéticos del Instituto Mexicano del Seguro Social del grupo diabetimss

Muestra

Pacientes diabéticos del Instituto Mexicano del Seguro Social del grupo diabetimss adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Numero 94 durante el periodo del estudio.

Determinación estadística del tamaño de la muestra

El cálculo se realiza con base a la fórmula en población finita, con una población cautiva de 1200 diabéticos en el grupo educativo con una confianza del 95%, un α 0.05 una precisión del 90% con un β 0.20 y una prevalencia del factor estudiado del 15% en la población adscrita al IMSS, se obtuvo un tamaño de muestra de 140 pacientes agregándose un 10% por posibles pérdidas se obtiene un mínimo de 150 participantes.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

N: 1200

Confianza al 95% a 2 colas,

Prevalencia: $p=0.8$ y $1-p=0.2$

Alfa: 0.05

Beta: 20 %.

Resultando una n: 150 pacientes.

Tipo de Muestreo

No probabilístico por conveniencia.

Procedimiento para la integración de la muestra

Una vez aprobado el protocolo de investigación, se procede a dar aviso a jefes de departamento clínico, en especial a la Dra. Elizabeth García y Dr. Alejandro Hernández Castellanos por ser responsables de dicho módulo en ambos turnos, así como a la Dra. Priscila Montealegre y Dra. Martha Gabriela Piña Olvera quien lleva a cabo el mando en el operativo, se procederá por medio de invitación directa a los pacientes diabéticos a participar bajo consentimiento informado, una vez terminado su sesión educativa, con posterior llenado de la hoja de recolección de datos, del instrumento MOS y revisión de su expediente del grupo educativo para obtener el valor de la hemoglobina glicosilada.

Criterios de selección:

De inclusión:

- Pacientes diabéticos de ambos sexos.
- Que se encuentren en grupo diabetimss.
- Adscritos a la UMF No 94 de ambos turnos.
- Que sepa leer y escribir.
- Con capacidad para la realización del cuestionario.

De no inclusión:

- Pacientes con trastorno depresivo o ansiedad concomitante.

Hoja de recolección de la información

Los datos obtenidos serán vertidos en una hoja de recolección de datos exprofeso, la cual está diseñada en el programa Microsoft Word y consigna los siguientes datos:

- Demográficos: edad, ocupación, escolaridad.
- Metabólicos: Hemoglobina glicosilada.

VER HOJA (ANEXO 2)

Descripción del instrumento

El instrumento evalúa los siguientes componentes:

- a) Red de apoyo social: esta variable evalúa el número de personas que conforma la red de apoyo social (amigos y familiares).
- b) Apoyo social emocional e informacional: definida como el soporte emocional, orientación y consejos.
- c) Apoyo instrumental: caracterizado por la conducta o material de apoyo.
- d) Interacción social positiva: caracterizado por la disponibilidad de individuos con los cuales hacer cosas divertidas.
- e) Apoyo afectivo: caracterizado por las expresiones de amor y afecto.

Análisis Estadístico

Los datos obtenidos se analizarán con ayuda del programa estadístico SPSS V. 15, para las variables universales se utilizará estadística descriptiva, mostrando porcentajes y tablas de frecuencia. Para determinar la asociación entre las variables de estudio se empleará la estadística inferencial para calcular si los resultados estadísticos se alejan significativamente o no de los resultados esperados del modelo teórico, La denominada Chi Cuadrado una prueba no paramétrica, es una distribución cuadrática de la probabilidad que utiliza básicamente variables aleatorias continuas. La Distribución Chi Cuadrado de la probabilidad se denota mediante la letra griega minúscula χ^2 elevada al cuadrado (χ^2), y consiste en establecer un espacio continuo delimitado por la suma de los cuadrados de n variables aleatorias que son independientes entre sí, espacio dentro del cual la variable X puede asumir cualquiera de los infinitos valores que lo conforman, y por tanto para establecer el valor aproximado de una variable X dentro de ese espacio se procede a incluir una estimación de sus posibles límites que están dados por los distintos Grados de Libertad que pueden existir entre las variables aleatorias analizadas que dan origen al referido espacio. La Distribución Chi Cuadrado en un delimitado espacio conjuga un determinado número de variables aleatorias independientes entre sí, con unos valores de probabilidad ubicados entre 1 y 0 que son atribuibles a esas variables, y con unos límites de la probabilidad para el verdadero valor de X delimitados por los Grados de Libertad atribuibles a las variables aleatorias analizadas.

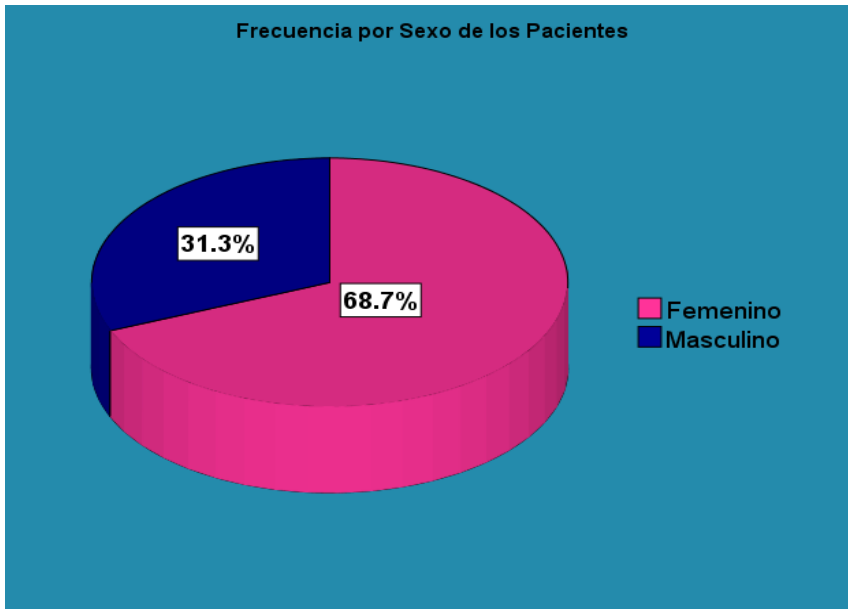
Consideraciones éticas

El desarrollo del presente trabajo tiene bases éticas en los lineamientos internacionales de la declaración Helsinki de 1964, con su última actualización realizada por la Asociación Médica Mundial efectuada en Tokio en el año 2004 y en los principios estipulados en el código de Núremberg de 1947, que determinan que la experimentación médica sea permisible en seres humanos con base en el consentimiento informado voluntario del sujeto humano con absoluta comprensión de los riesgos y beneficios implícitos, implicando reducción del riesgo, daño al mínimo y la proporción favorable de riesgo a beneficio, así como la libertad de retirarse de la investigación por voluntad en cualquier momento. Se actuará en función al código de Belmont, con base en sus tres principios fundamentales que son: el respeto a las personas teniendo como base el trato personal digno y educado, la beneficencia procurando la disminución de los riesgos a la salud con el uso de técnicas y procedimientos estrictamente estandarizados y justicia manteniendo toda actividad, operación, información y decisión sin distinciones

RESULTADOS

Frecuencia de pacientes por Género

		Sexo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Femenino	103	68.7	68.7	68.7
	Masculino	47	31.3	31.3	100.0
	Total	150	100.0	100.0	

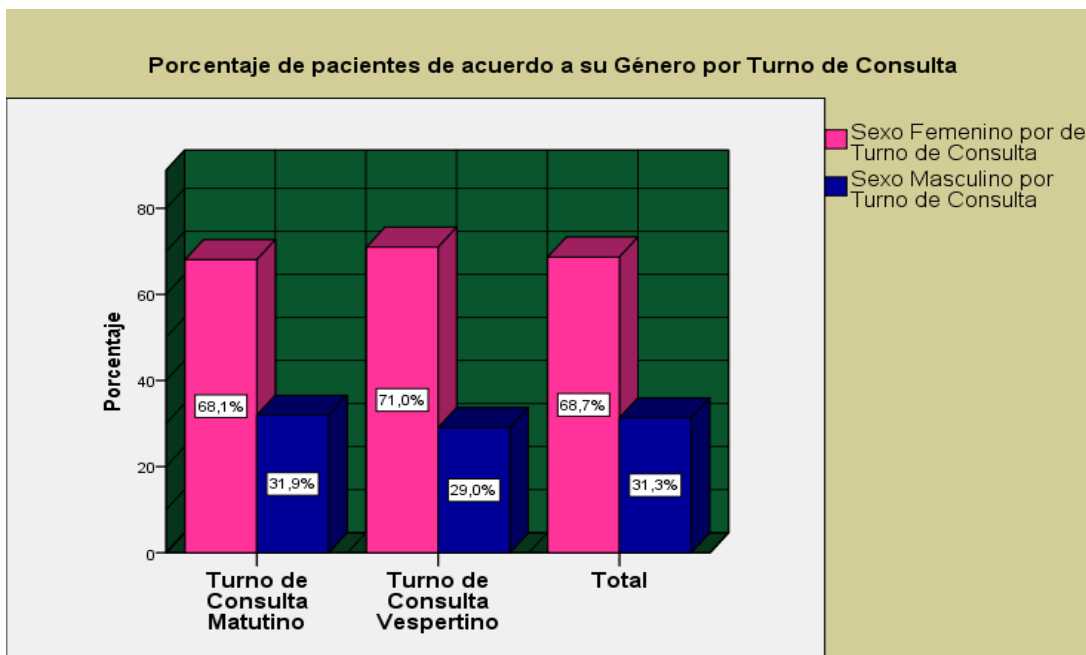


El porcentaje de pacientes del sexo Femenino fue de 68.7% y el restante del sexo masculino fue del 31.3%

Frecuencia de pacientes de acuerdo a su género y por turno de consulta

Tabla de contingencia Sexo * Turno de Consulta

			Turno de Consulta		Total
			MAT	VES	
Sexo	Femenino	Recuento	81	22	103
		% dentro de Turno de Consulta	68.1%	71.0%	68.7%
	Masculino	Recuento	38	9	47
		% dentro de Turno de Consulta	31.9%	29.0%	31.3%
Total	Recuento		119	31	150
	% dentro de Turno de Consulta		100.0%	100.0%	100.0%

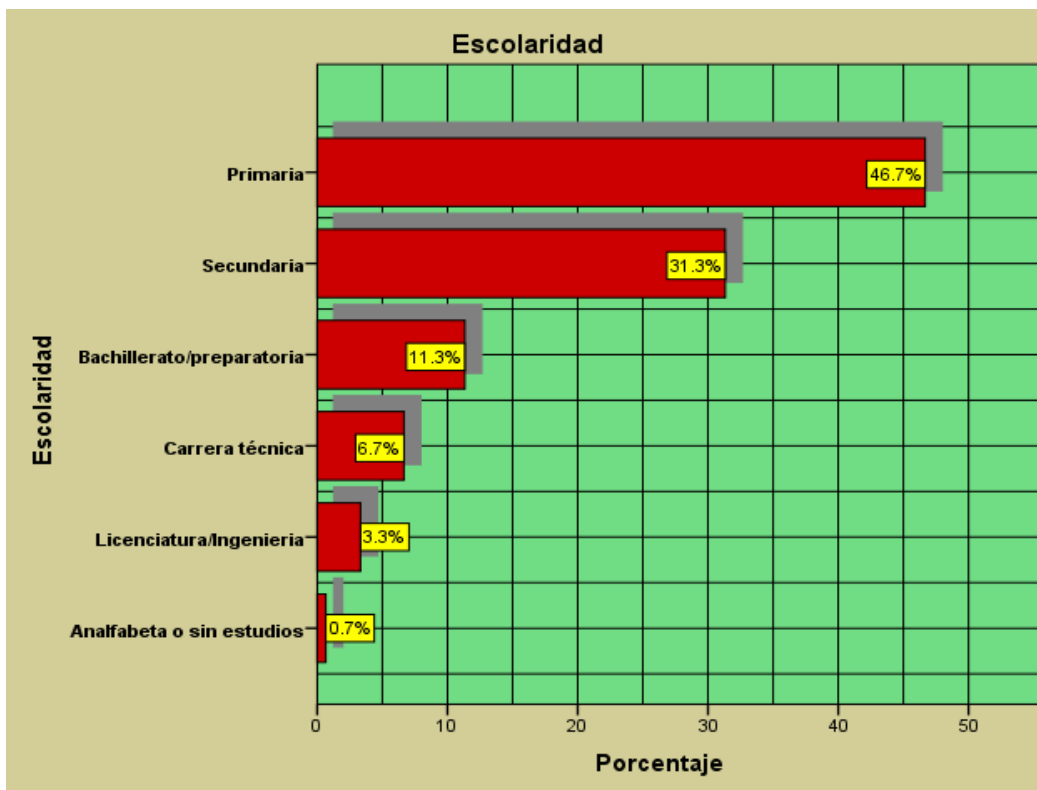


Fueron encuestados en total un 68.7% de mujeres, de los cuales un 68.1% pertenecen al turno matutino y un 71.0% al turno vespertino. Y un 31.3% de hombres, de los cuales un 31.9% pertenecen al turno matutino y un 29.0% al vespertino.

Porcentaje de escolaridad de pacientes

Escolaridad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Analfabeta o sin estudios	1	.7	.7	.7
Primaria	70	46.7	46.7	47.3
Secundaria	47	31.3	31.3	78.7
Bachillerato/preparatoria	17	11.3	11.3	90.0
Carrera técnica	10	6.7	6.7	96.7
Licenciatura/Ingeniería	5	3.3	3.3	100.0
Total	150	100.0	100.0	



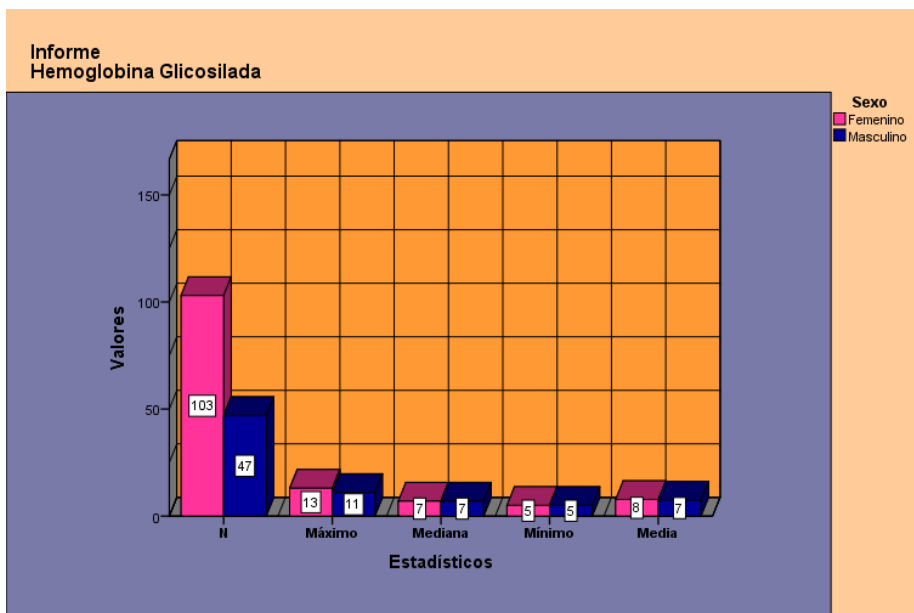
El 46.7% de los pacientes tiene estudios a nivel primaria, el 31.3% a nivel secundaria, el 11.3% de bachillerato o preparatoria, el 6.7% estudió una carrera técnica, el 3.3% estudios de licenciatura o ingeniería y por último el 0.7% es analfabeta.

Media, mínimo y máximo de Hemoglobina Glicosilada

Informe

Hemoglobina Glicosilada

Sexo	N	Máximo	Mediana	Mínimo	Media
Femenino	103	13	7.00	5	7.72
Masculino	47	11	7.00	5	7.49
Total	150	13	7.00	5	7.65



El porcentaje mínimo de la Hemoglobina Glicosilada fue de 5% para los pacientes del sexo femenino y masculino, el porcentaje máximo fue de 13% para las mujeres y 11% para los hombres, y una mediana de 7%, para los 150 pacientes que forman la muestra.

Media de amigos íntimos o familiares cercanos que tienen los pacientes

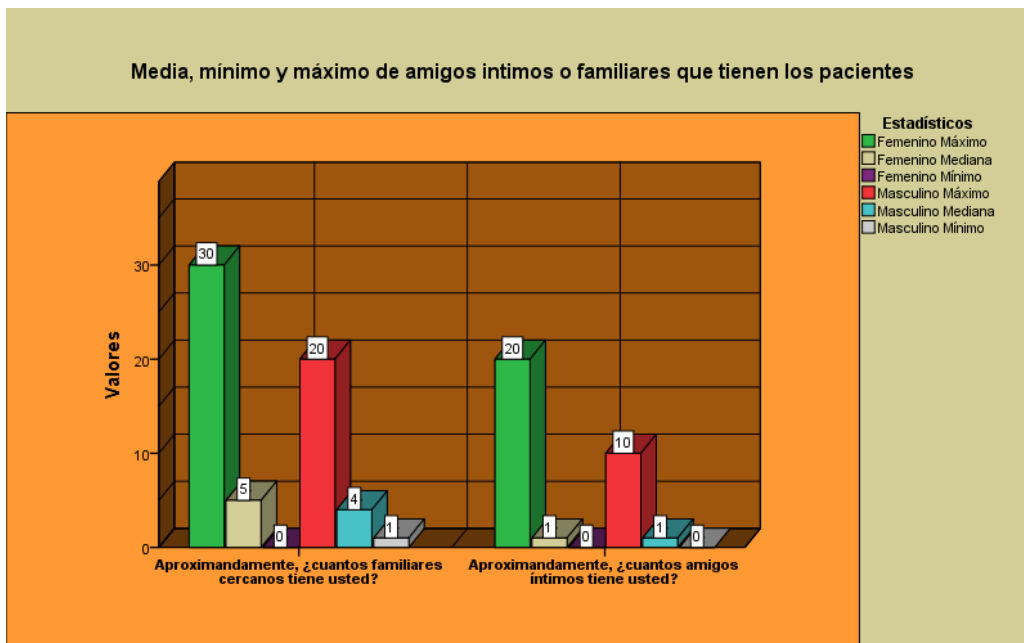
Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Incluidos		Excluidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Aproximadamente, ¿cuántos familiares cercanos tiene usted? * Sexo	149	99.3%	1	0.7%	150	100.0%
Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos tiene usted? * Sexo	147	98.0%	3	2.0%	150	100.0%

El porcentaje de pacientes que respondieron la primera pregunta fue de un 99.3% y aquellos que respondieron la segunda pregunta fue de un 98.0%, por lo tanto no se cuenta con un 100% de los pacientes que respondieron ambas cuestiones.

Informe

Sexo		Aproximadamen te, ¿cuantos familiares cercanos tiene usted?	Aproximadamen te, ¿cuantos amigos íntimos tiene usted?
Femenino	N	102	100
	Máximo	30	20
	Mediana	5.00	1.00
	Mínimo	0	0
Masculino	N	47	47
	Máximo	20	10
	Mediana	4.00	1.00
	Mínimo	1	0
Total	N	149	147
	Máximo	30	20
	Mediana	5.00	1.00
	Mínimo	0	0

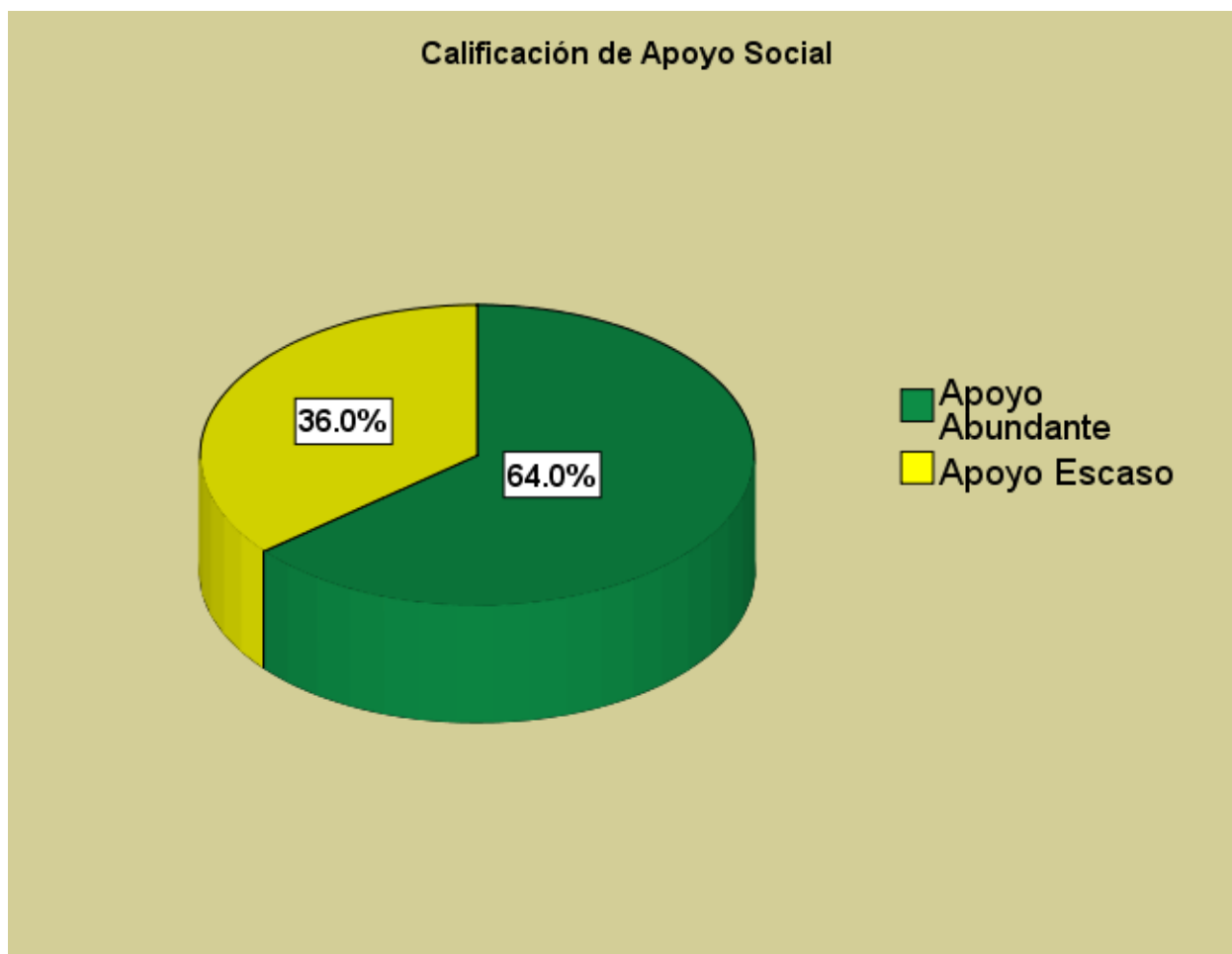


De aquellos pacientes que respondieron las preguntas, las mujeres respondieron tener un máximo de 30 familiares cercanos y de 20 amigos íntimos, una mediana de 5 familiares cercanos y 1 de amigos íntimos y una mínima de 0 familiares cercanos y de amigos íntimos. Los hombres respondieron tener un máximo de 20 familiares cercanos y de 10 amigos íntimos, una mediana de 4 familiares cercanos y 1 de amigos íntimos y una mínima de 1 familiares cercanos y 0 de amigos íntimos.

Frecuencia Del Apoyo Social En Pacientes Del Grupo Diabetimss

Calificación de Apoyo Social

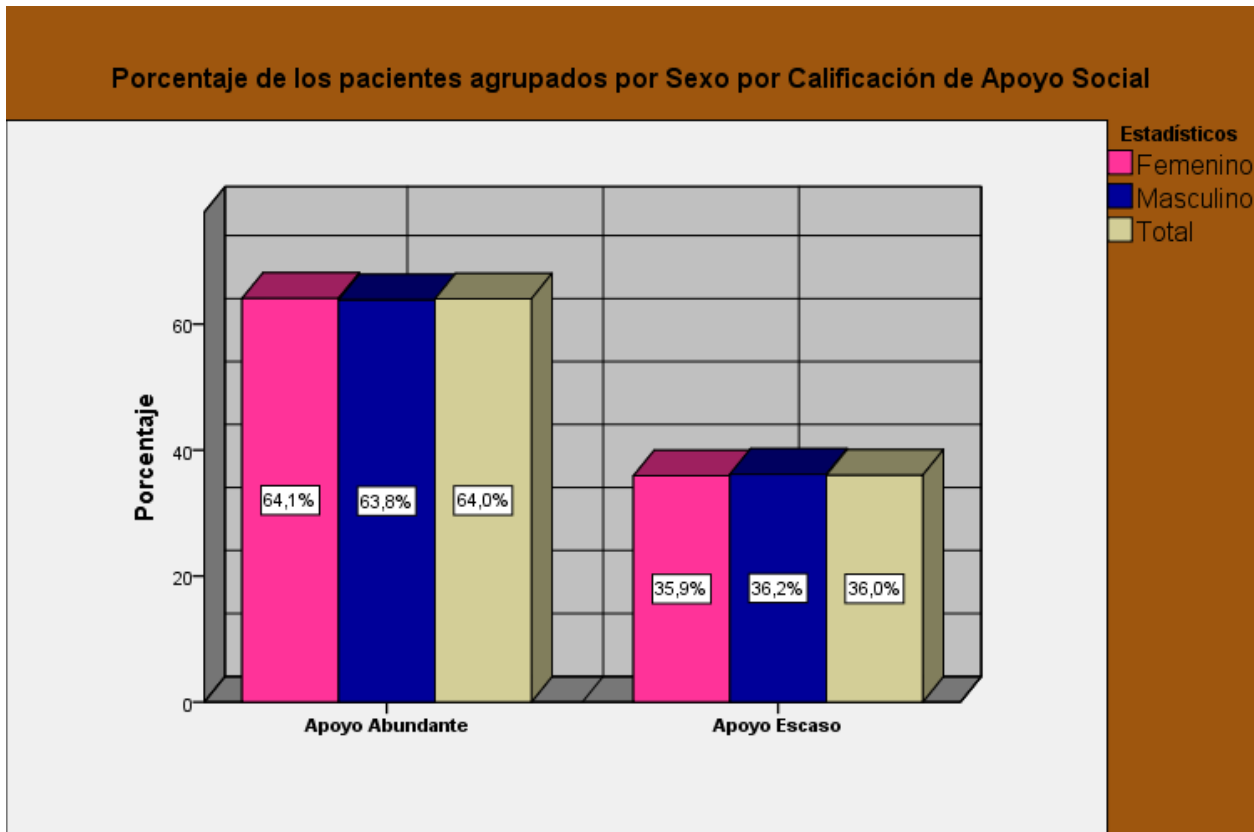
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Apoyo Abundante	96	64.0	64.0	64.0
Apoyo Escaso	54	36.0	36.0	100.0
Total	150	100.0	100.0	



El 64.0% de los pacientes recibieron un Apoyo Abundante y un 36.0% recibieron un Apoyo Escaso.

Tabla de contingencia Sexo * Calificación de Apoyo Social

			Calificación de Apoyo Social		Total
			Apoyo Abundante	Apoyo Escaso	
Sexo	Femenino	Recuento	66	37	103
		% dentro de Sexo	64.1%	35.9%	100.0%
	Masculino	Recuento	30	17	47
		% dentro de Sexo	63.8%	36.2%	100.0%
Total		Recuento	96	54	150
		% dentro de Sexo	64.0%	36.0%	100.0%



*De los pacientes que respondieron tener un **Apoyo Abundante**, un 64.1% fueron respondidas por mujeres y un 63.8% por los hombres.*

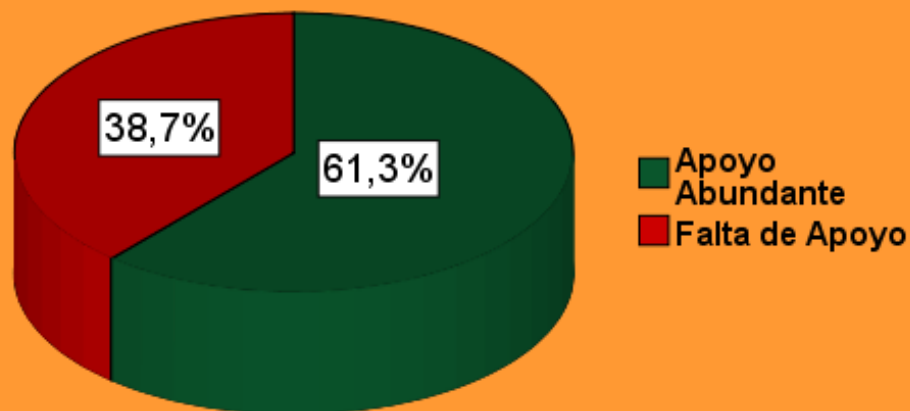
*Aquellos que respondieron un **Apoyo Escaso**, un 35.9% fueron respondidos por mujeres y un 36.2% por los hombres.*

Determinar Áreas Fuertes Y Vulnerables Del Apoyo Social En Pacientes Diabéticos Del Grupo Educativo.

Calificación de Apoyo Emocional

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Apoyo Abundante	92	61.3	61.3	61.3
Falta de Apoyo	58	38.7	38.7	100.0
Total	150	100.0	100.0	

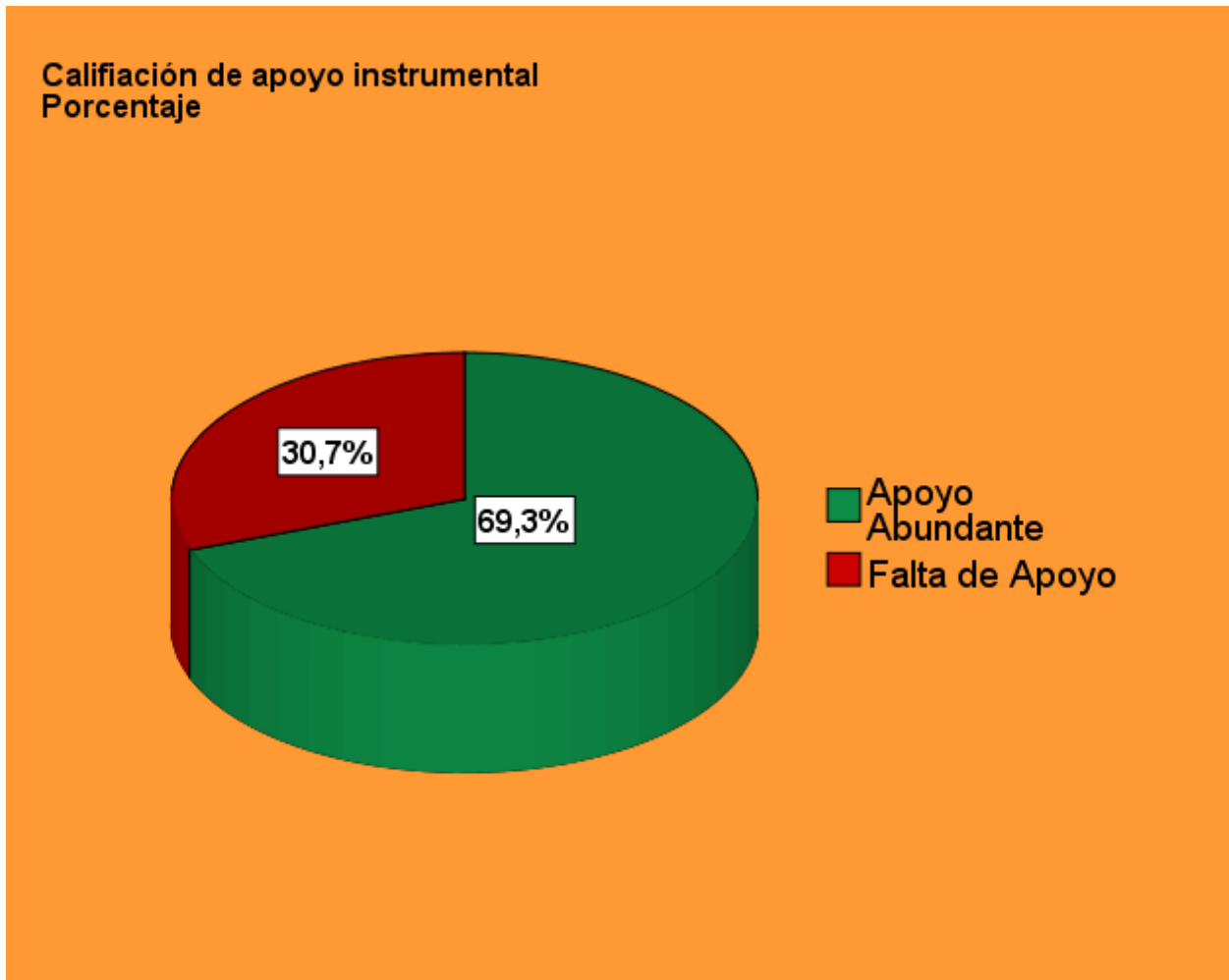
Calificación de Apoyo Emocional Porcentaje



*En el **Apoyo Emocional**, el 61.3% de los pacientes recibieron Apoyo Abundante, mientras que el 38.7% tuvieron Falta de Apoyo*

Calificación de apoyo instrumental

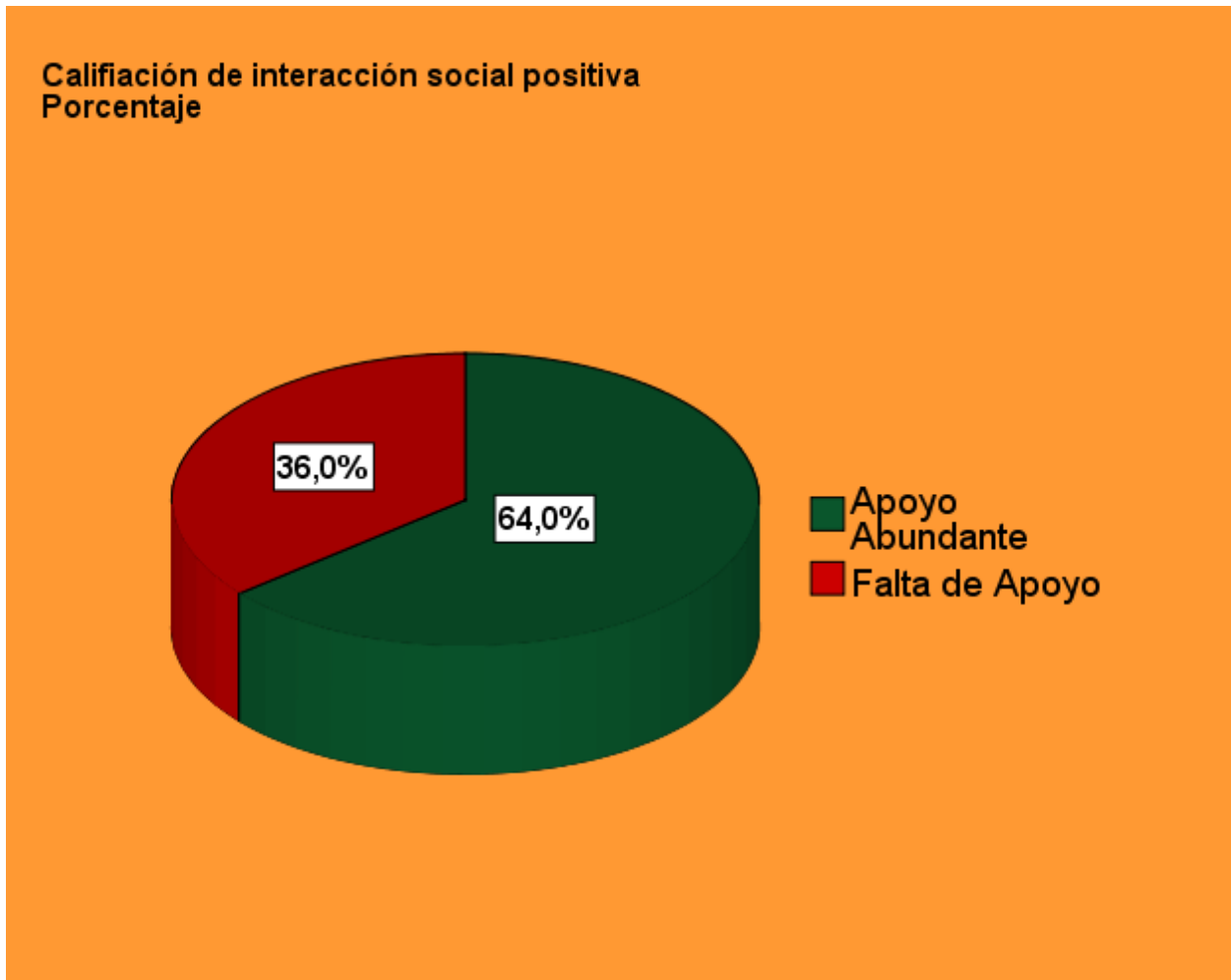
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Apoyo Abundante	104	69.3	69.3	69.3
	Falta de Apoyo	46	30.7	30.7	100.0
	Total	150	100.0	100.0	



*En el **Apoyo Instrumental**, el 69.3% de los pacientes recibieron Apoyo Abundante, mientras que el 30.7% tuvieron Falta de Apoyo*

Calificación de interacción social positiva

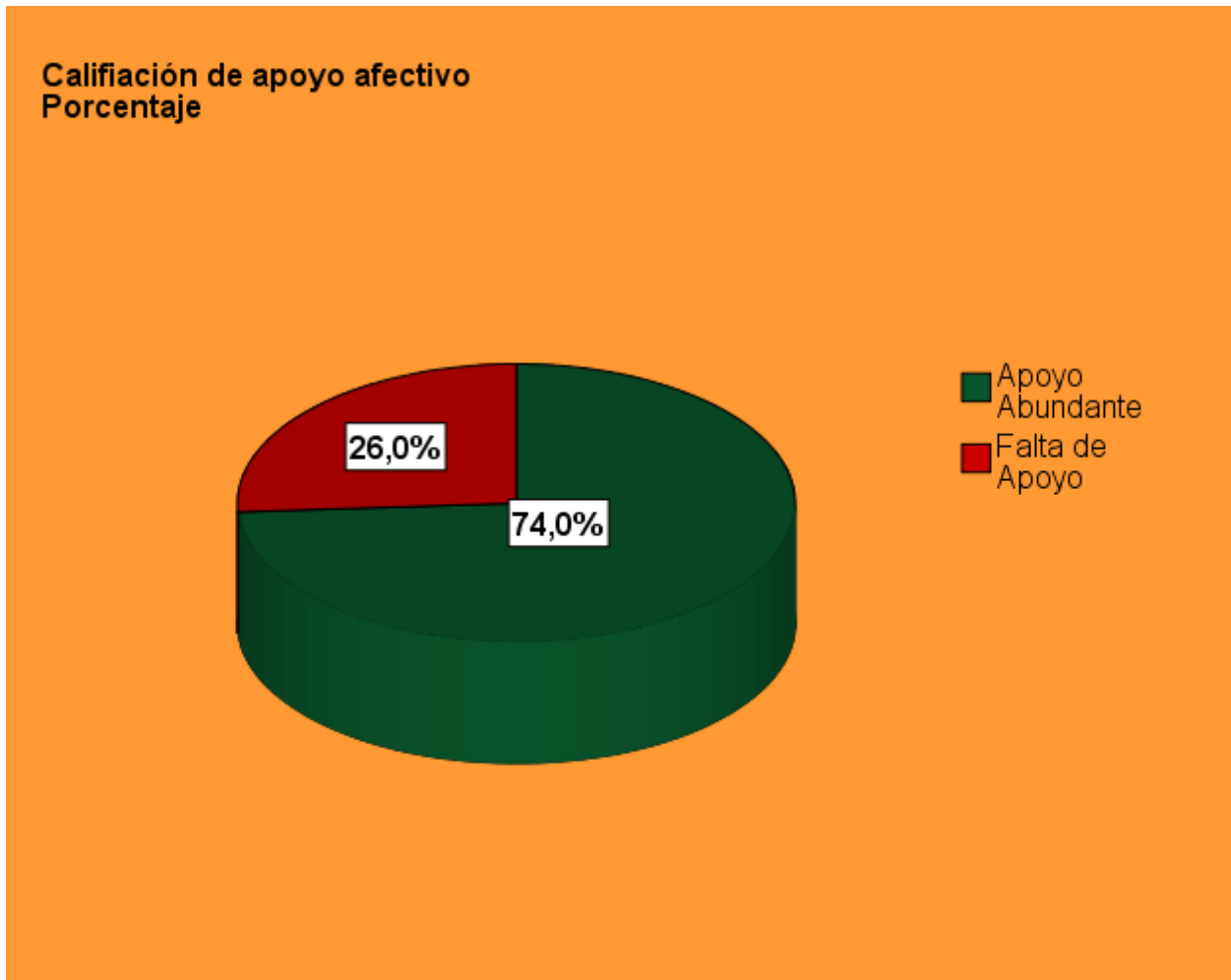
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Apoyo Abundante	96	64.0	64.0	64.0
	Falta de Apoyo	54	36.0	36.0	100.0
	Total	150	100.0	100.0	



En la **Interacción Social Positiva**, el 64.0% de la población recibió Apoyo Abundante, mientras que el 36.0% Falta de Apoyo.

Calificación de apoyo afectivo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Apoyo Abundante	111	74.0	74.0	74.0
	Falta de Apoyo	39	26.0	26.0	100.0
	Total	150	100.0	100.0	



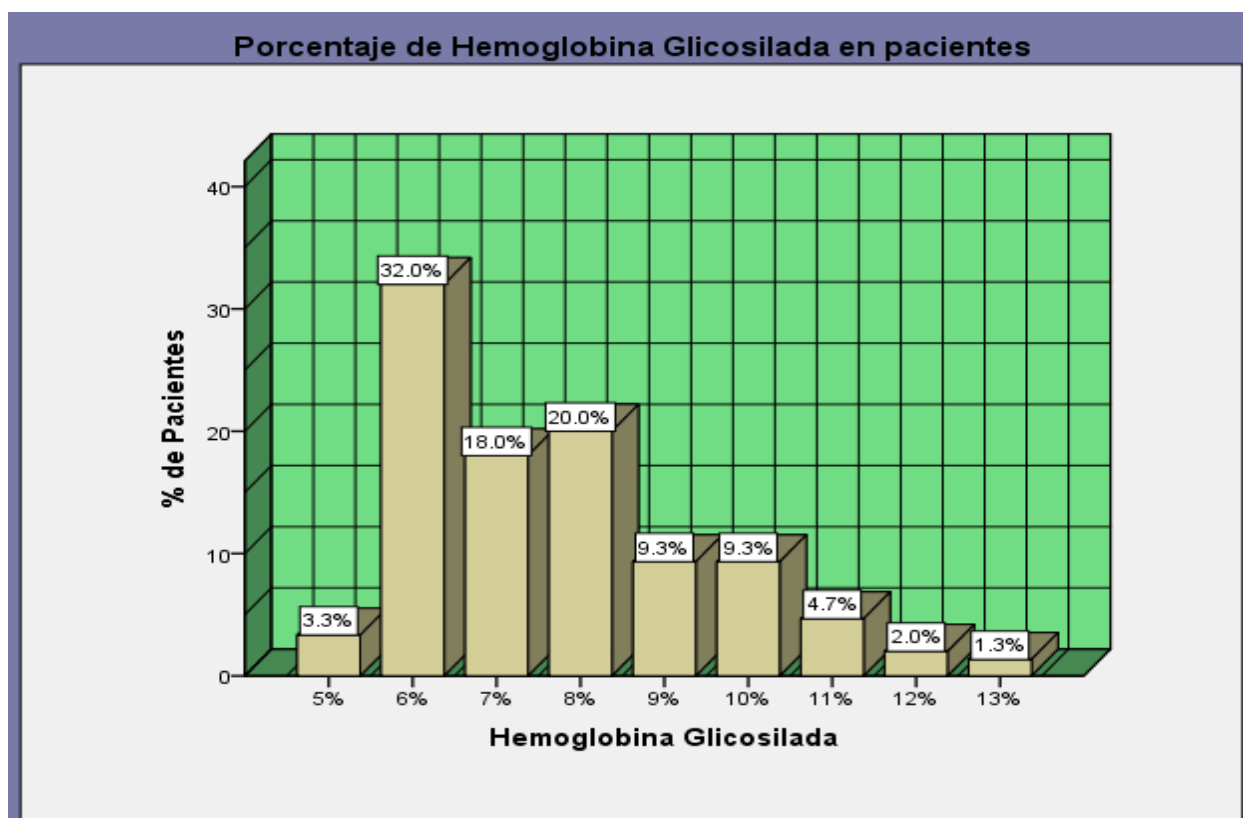
*En el **Apoyo Afectivo**, el 74.0% de los pacientes recibieron Apoyo Abundante, mientras que el 26.0% Falta de apoyo*

De los 4 tipos de Apoyos que recibieron los pacientes, el porcentaje más alto de Apoyo Abundante, así como la Falta de Apoyo fue para el **Apoyo Afectivo**.

Describir La Frecuencia De Control Glicémico En Pacientes Del Grupo Diabetimss

Hemoglobina Glicosilada

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	5	5	3.3	3.3	3.3
	6	48	32.0	32.0	35.3
	7	27	18.0	18.0	53.3
	8	30	20.0	20.0	73.3
	9	14	9.3	9.3	82.7
	10	14	9.3	9.3	92.0
	11	7	4.7	4.7	96.7
	12	3	2.0	2.0	98.7
	13	2	1.3	1.3	100.0
Total	150	100.0	100.0		



El 32.0% de los pacientes respondió tener un 6% de HG, mientras que el 1.3% respondió tener un 13% de HG.

Hipótesis

H1

Existe asociación entre apoyo social y control glicémico en pacientes diabéticos del grupo diabetimss.

H0

No existe asociación entre apoyo social y control glicémico en pacientes diabéticos del grupo diabetimss

Recuento		Hemoglobina Glicosilada									Total
		5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Apoyo Social	23	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	30	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2
	33	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
	34	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	36	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2
	38	0	1	0	0	1	3	0	0	0	5
	39	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
	40	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2
	41	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2
	42	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	43	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
	44	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	45	0	1	0	2	0	0	0	0	0	3
		47	0	1	2	2	0	1	0	0	0
48		0	1	2	1	0	0	1	0	0	5
50		0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
51		0	2	1	3	0	0	0	0	0	6
52		0	0	1	2	0	0	1	0	0	4
53		0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
55		0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
56		1	1	0	0	0	1	0	0	0	3
57		0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
59		0	1	1	1	0	0	0	0	0	3
60		0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
61		0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
62		0	0	1	0	0	1	0	0	0	2
63		0	2	1	0	1	0	0	0	0	4
64	2	1	1	0	0	0	1	1	0	6	
65	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	
66	0	2	1	0	0	0	0	0	0	3	
67	0	0	0	2	0	0	0	1	0	3	
69	0	0	1	0	1	1	0	0	0	3	
70	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
71	0	1	0	1	0	0	1	0	0	3	
72	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	
73	0	1	1	0	1	0	0	0	0	3	
74	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	

Relación entre apoyo social y control glucémico en pacientes diabéticos del grupo Diabetimss

75	0	1	1	0	1	0	1	0	0	4
76	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2
78	0	1	1	1	0	0	0	0	0	3
79	0	1	1	0	1	0	0	0	0	3
80	0	1	1	0	0	0	1	0	0	3
82	1	0	1	1	1	1	0	0	0	5
83	0	1	0	0	0	1	0	0	1	3
86	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
87	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
88	0	5	1	0	0	0	0	0	0	6
89	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2
90	0	2	1	0	0	0	0	0	0	3
91	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
93	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
94	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
95	0	14	1	1	1	0	0	0	0	17
Total	5	48	27	30	14	14	7	3	2	150

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	<i>435.860^a</i>	<i>416</i>	<i>.242</i>
Razón de verosimilitudes	<i>299.839</i>	<i>416</i>	<i>1.000</i>
Asociación lineal por lineal	<i>14.804</i>	<i>1</i>	<i>.000</i>
N de casos válidos	<i>150</i>		

a. 476 casillas (99.8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .01.

Se acepta H1, lo que significa que “ Existe asociación entre apoyo social y control glicémico en pacientes diabéticos del grupo DIABETIMSS” (sig.0.242 > 0.05)

ANALISIS DE RESULTADOS

El mayor porcentaje de pacientes fue del sexo Femenino de un 68.7% en comparación al sexo masculino. Fueron encuestados en total un 68.7% de mujeres, de los cuales un 68.1% pertenecen al turno matutino y un 71.0% al turno vespertino. Y un 31.3% de hombres, de los cuales un 31.9% pertenecen al turno matutino y un 29.0% al vespertino.

El mayor porcentaje de escolaridad de los pacientes encuestados de grupo diabetimss fue el nivel primaria con un 46.7%, el 31.3% a nivel secundaria, el 11.3% de bachillerato o preparatoria, el 6.7% estudió una carrera técnica, el 3.3% estudios de licenciatura o ingeniería y por último el 0.7% es analfabeta.

El porcentaje mínimo de la Hemoglobina Glicosilada fue de 5% para los pacientes del sexo femenino y masculino, el porcentaje máximo fue de 13% para las mujeres y 11% para los hombres, y una mediana de 7%, para los 150 pacientes que forman la muestra.

El mayor apoyo social es percibido por la familia en ambos sexos

El 64.0% de los pacientes recibieron un Apoyo Abundante y un 36.0% recibieron un Apoyo Escaso. De los pacientes que respondieron tener un Apoyo Abundante, un 64.1% fueron respondidas por mujeres y un 63.8% por los hombres. Aquellos que respondieron un Apoyo Escaso, un 35.9% fueron respondidos por mujeres y un 36.2% por los hombres.

En el Apoyo Emocional, el 61.3% de los pacientes recibieron Apoyo Abundante, mientras que el 38.7% tuvieron Falta de Apoyo. En el Apoyo Instrumental, el 69.3% de los pacientes recibieron Apoyo Abundante, mientras que el 30.7% tuvieron Falta de Apoyo. En el Apoyo Afectivo, el 74.0% de los pacientes recibieron Apoyo Abundante, mientras que el 26.0% Falta de apoyo

CONCLUSIONES

Nuestro estudio realizado en una muestra de 150 pacientes en la UMF 94 del grupo diabetimss, mostro que hay una relación entre apoyo social y control glucémico. Por eso es que entre mayor apoyo social tenga el paciente diabético mejor será su control glucémico, y esto favorecerá una mejor calidad de vida así como complicaciones de alto costo a mediano y largo plazo. De los 4 tipos de Apoyos que recibieron los pacientes, el porcentaje más alto de Apoyo Abundante, así como la Falta de Apoyo fue para el Apoyo Afectivo. El 32.0% de los pacientes presento un 6% de hemoglobina glicosilada, que se relacionó con un mayor apoyo social, mientras que el 1.3% respondió tener un 13% de hemoglobina glicosilada que se relacionó con un pobre apoyo social. Por lo anterior se encontró un mejor control glucémico a través de la hemoglobina glicosilada, en aquellos pacientes con mayor apoyo social.

SUGERENCIAS

Dentro de la serie de actividades que realiza el equipo de grupo diabetimss, como son platicas, talleres, educación, se sugiere implementar un taller de apoyo emocional no solo para el paciente, si no para los familiares mas cercanos del mismo. Esto con la finalidad de conseguir un mejor cuidado y control en el paciente diabético.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arredondo Montes de Oca, A.; Márquez Cardoso, E.; Moreno Aguilera. Influencia del apoyo social en el control paciente diabético tipo 2. Revista de especialidades Médico Quirúrgicas 2007; 11: 3, 43 -48.
2. Instituto Mexicano Del Seguro Social, Guía de Practica Clínica, Diagnostico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el primer nivel de atención. Enero 2012.
3. Secretaria de Salud (2000). Estadística en salud, disponible en: <http://www.ssa.gob.mx>
4. Organización Mundial de la Salud, tema de salud Diabetes. En www.Who.int/topics7diabetes_mellitus/es/
5. Secretaria de salud (2011). Norma Oficial Mexicana, para la prevención Tratamiento y control de la Diabetes en la atención primaria. (Nom – 015-SSA2) México.
6. Anthony S. Fauci, Eugene Braunwald, Dennis L, Kasper, Stephen L, Hauser, Dan L, J Larry Jameson, and Joseph Loscalzo, Eds. Harrison Principios de Medicina Interna. 17ava edicion, cap 338 Diabetes Mellitus.
7. Ernesto Alcántara Luna. Impacto de la Diabetes Mellitus desde la perspectiva Institucional, Federacion Mexicana de Diabetes A.C. 2012 febrero.
8. Herrera Díaz, Luis A, Quintero, Olga, Hernández Morelia. Funcionalidad Y Red de Apoyo Familiar En Pacientes Diabéticos. Tipo 2. Academia 2007. 12:7 , 62 - 72 .
9. Alvarez.M.D. evaluacion del apoyo familiar, conocimiento sobre la diabetes mellitus, dieta, su adherencia y su relación con el control glicemico en pacientes diabéticos. Tesis para obtener diplomado de especialista en medicina familiar. Universidad de colima. 2007.

10. Almeida, E. G. Y Rivas, A. V. estrategias de afrontamiento en adultos con diabetes mellitus tipo 2. Fuente: <http://www.archivos.ujat.mx/dip/divulgacion%20y%20video%20cientifico%202008/DACS/VRivasA%202.pdf>
11. Wang ch. y Denske M. M. autocuidado de adultos con diabetes no insulino dependiente: influencia de la familia y amigos. 2006. The diabetes educator 22. 465 – 470.
12. De la Revilla A.L, Luna del C.J, Bailon M.E y Medina M.I. Validacion del cuestionario MOS de apoyo social en atención primaria. Revista Medicina de familia, 6:1, 10-18.
13. Lara, M.A, Navarro, C. y Navarrete, B. Influencia de los sucesos vitales y el apoyo social en una intervención psicoeducativa. Revista salud publica de México, 46.5, 378-386.
14. Méndez, L.D.M. disfunción Familiar y control del paciente Diabetico tipo 2. Revista Médica del instituto Mexicano Del Seguro Social, 42: 4, 281-284.
15. Zinman, B. Ruderman N. Campaign B. Diabetes y Ejercicio. Diabetes Care 22,52
16. María José Baeza, Rivera Manuel Ortiz Parada. Propiedades psicométricas de una escala para medir apoyo social percibido en pacientes chilenos con diabetes tipo 2. Red de Revistas Científicas de América Latina. 2011; 10:1, 189 -196.
17. Castro S.A. El apoyo social en la enfermedad crónica. El caso de los pacientes diabéticos tipo 2. 2006 revista salud publica y nutrición, 7: 1, 27 -38.
18. Katja Goetz, Joachim Szecsenyi, Stephen Campbell. The importance of social support for people with type 2 diabetes – a qualitative study with general practitioners, practice nurses and patients. Psychosoc Med. 2012; 9: Doc02. Published online 2012 August 1. doi: 10.3205/psm000080
19. Garcia H.A. El apoyo social. Colegio Oficial de Psicólogos de las palmas. 53. 1 - 6. Fuente: [http://www. Cop.es/delegaci/palmas/biblio/social/social08.pdf](http://www.Cop.es/delegaci/palmas/biblio/social/social08.pdf)

20. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del estado (ISSTE) aconseja en salud y prevención 2007. Fuente: <http://www.issste.gob.mx/aconseja/diabetes.html>
21. Landero, H,R y Gonzalez, R.M.T. apoyo social en mujeres de familia momoparentales y biparentales. Revista psicología y salud, de la universidad Veracruzana. 16:2, 149-157.
22. Lilian Cristiane Gomes-Villas Boas; Milton Cesar Foss; Maria Cristina Foss de Freitas. Relationship among social support, treatment adherence and metabolic control of diabetes mellitus patients. Rev Lat Am Enfermagem. 2012 Jan-Feb;20(1):52-8.
23. Nebot ,M, La fuente, J.M, Zoa T, Borrel C. y Fernando, J. Efecto protector del apoyo social en la mortalidad en población anciana:un estudio longitudinal. Revista Española Salud Publica 2t5007. 76:6, 673 -682.
24. Londoño Arredondo N, Rogers H, Posada GS. Validation of the Colombian MOS social support survey. International Journal Of Psychological Research. 2011; 5 (1),142 – 150.
25. Brouwer AM, Salamon KS, Olson KA, Fox MM. Adolescents and Type 2 Diabetes Mellitus: A Qualitative Analysis of the Experience of Social Support. *CLIN PEDIATR* 0009922812460914, first published on October 3, 2012.
26. AF ,Adeniyi, OA, Idowu. Comparative Influence of Self-Efficacy, Social Support and Perceived Barriers on Low Physical Activity Development in Patients with Type 2 Diabetes, Hypertension or Stroke. *Ethiop J Health Sci.* 2012 July; 22(2): 113–119.

ANEXOS

ANEXO 1

Cuadro de Variables

Variables universales						
Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala de Medición	Categorías de la variable
Ocupación	Trabajo o actividad en que emplea el tiempo	Tipo de trabajo actividad que realiza y que es referida por la participante	Lo referido por el participante	Cualitativa Policotómica	Nominal	1. Hogar 2. Técnico 3. Obrero 4. Profesional 5. Estudiante
Escolaridad	Conjunto de cursos de educación escolarizada seguidos en un establecimiento docente	Ultimo grado académico referido en la encuesta	Lo referido por el participante	Cualitativa Policotómica	Ordinal	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato / Técnico 5. Licenciatura 6. Posgrado
Sexo	Conjunto de características biológicas que definen hombre o mujer	Genotipo expresado por el paciente	Lo referido por el paciente	Cualitativa dicotómica	Nominal	1.- Hombre 2.- Mujer
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta la actualidad	Años cumplidos al realizar la medición	Lo referido por el paciente	Cuantitativa Discreta	Ordinal	De acuerdo a la edad referida por el paciente

ANEXO 1

Cuadro de Variables

Variables de estudio independiente						
Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala de Medición	Categorías de la variable
Apoyo social	Funciones de las redes sociales (conjunto de personas con las que se comunica un individuo), características de los lazos que se establecen y tipos de interacciones que se originan	Ayuda instrumental y afectiva que percibe el enfermo	<p>Por medio del Cuestionario MOS se exploran 4 áreas afectivas e instrumentales:</p> <p>Apoyo emocional: ítems 3,4,8,9,13,16,17 y 19. Puntuación máxima: 40, media: 24 y mínima: 8.</p> <p>Ayuda material o instrumental: ítems 2,3,12 y 15. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.</p> <p>Relaciones sociales de ocio y distracción: ítems 7,11,14 y 18. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.</p> <p>Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño: ítems 6,10 y 20. Puntuación máxima: 15, media: 9 y mínima: 3.</p>	Cualitativa Policotómica	Ordinal	<p>1.- Apoyo Social Máximo (>94 puntos)</p> <p>2.- Apoyo Social Medio (20-93)</p> <p>3.- Apoyo Social Mínimo (<19)</p>

ANEXO 1

Cuadro de Variables

Variable de estudio dependiente						
Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala de Medición	Categorías de la variable
Control Glucémico	Cifra estándar de oro para control glucémico ideal según la Asociación Americana de la Diabetes	Ultimo valor de Hemoglobina Glicosilada en parámetros.	Hemoglobina Glicosilada <6.5%	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1.Controlado (Hemoglobina glicosilada menor a 6.5%). 2.Descontrolado (Hemoglobina glicosilada mayor a 6.5%).

ANEXO 2

Hoja exprofeso de recolección de información



Fecha_____

Nombre_____ Edad_____ Sexo_____

Número de afiliación_____ Turno _____

Ocupación_____ Escolaridad_____

Hemoglobina Glicosilada _____%

Conteste las siguientes preguntas:

1.- Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted?

_____, _____

Todos buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros Tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes Tipos de apoyo cuando lo necesita?

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	siempre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5

Relación entre apoyo social y control glucémico en pacientes diabéticos del grupo Diabetimss

9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

El primer ítem informa sobre el tamaño de la red social. El resto de los ítems conforman

cuatro escalas que miden:

- Apoyo emocional: ítems 3,4,8,9,13,16,17 y 19. Puntuación máxima: 40, media: 24 y mínima: 8.
- Ayuda material o instrumental: ítems 2,3,12 y 15. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.
- Relaciones sociales de ocio y distracción: ítems 7,11,14 y 18. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.
- Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño: ítems 6,10 y 20. Puntuación máxima: 15, media: 9 y mínima: 3.

El índice global máximo de apoyo social es de 94, con un valor medio de 57 y un mínimo de 19.

ANEXO 3

Cronograma de Actividades

Tiempo Actividad	2012				2013							2014
	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene-Mar	Abr	May-Jun	Jul-Ago	Sep-Oct	Nov	Dic	Ene-Mar
Planteamiento del problema	++++ ****											
Delimitación de Objeto de estudio		++++ ****										
Realización de Anteproyecto		+++ ***	++++ ****	++++ ****								
Aprobación por el Comité Local de Investigación					++++ ****							
Notificación a jefes de departamento						++ ***						
Integración de la muestra							++++	++++	++++			
Llenado de hoja de recolección de datos												
Revisión de Glucemias												
Concentración de resultados												
Análisis de datos y elaboración de resultados												
Revisión de trabajo terminado por Comité Local de Investigación												
Impresión de trabajo final y difusión del trabajo												
Elaboración de escrito médico												

Actividad Planificada +++++

Actividad Realizada ****

ANEXO 4

Consentimiento Informado



Instituto Mexicano del Seguro Social



Carta de Consentimiento informado para participación en proyecto de investigación

México D.F. a ____ de _____ del 2014

Por medio de la presente Yo C. _____ acepto participar en el Trabajo de Investigación titulado “Relación entre apoyo social y control glucémico en pacientes diabéticos de grupo diabetimss, cuyo objetivo es determinar la existencia de control de glucosa está relacionado con apoyo social recibido por el paciente diabético.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en realizar el llenado de un cuestionario.

Declaro que se me ha informado ampliamente como responder el cuestionario y en caso de tener dudas el personal médico se compromete en responderlas, así como contestar con la mejor disponibilidad y veracidad.

Riesgos con respecto al llenado del cuestionario: el inconveniente de responder a la indagación de datos personales y de cooperar con dicho cuestionario

Beneficios: se limitan a la obtención de la información obtenida de los expedientes de hemoglobina glicosilada y en caso de hallazgos derivación oportuna al médico tratante para la valoración por el mismo.

El investigador responsable se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi participación.

Entiendo que el investigador no es mi Médico tratante y que conservo el derecho de no responder información de la hoja de recolección de datos y retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará 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 ha comprometido a proporcionar la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma de paciente

Nombre, firma y matrícula del investigador responsable

Testigos: _____

Números telefónicos a los cuales se puede comunicar en caso de dudas y/o preguntas relacionadas al estudio: 57742013 – 57763054 – 044 55 34225247 Con el Dra. Lyssette Ximena Navarro Ortega