



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

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
No. 79 PIEDRAS NEGRAS, COAHUILA**

**APOYO FAMILIAR Y SOCIAL EN PACIENTE DIABETICOS NO  
INSULINODEPENDIENTES**

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

**PRESENTA:**

**DR. EDGAR FABIAN PAZ MELENDEZ**

**PIEDRAS NEGRAS, COAHUILA**

**2014**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**APOYO FAMILIAR Y SOCIAL EN PACIENTE DIABETICOS NO  
INSULINODEPENDIENTES**

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

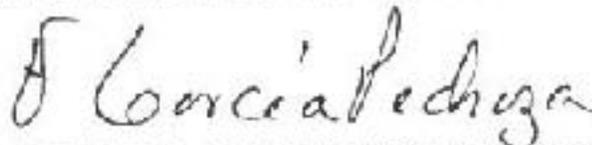
**PRESENTA**

**DR. EDGAR FABIAN PAZ MELENDEZ**

**AUTORIZACIONES**



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



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



**DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOGENCIA DE LA  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

EL APOYO FAMILIAR Y SOCIAL EN PACIENTE DIABETICOS NO INSULINODEPENDIENTE.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

AUTORIZACIONES:



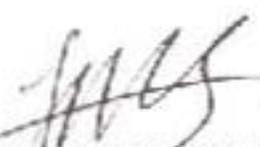
**DR. FERMIN PEREZ ORTIZ**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA  
MÉDICOS GENERALES DEL IMSS  
UNIDAD MEDICINA FAMILIAR No. 79 PIEDRAS NEGRAS, COAHUILA



**DR. JESUS ADOLFO CALDERON HERNANDEZ**

ASESOR DE TEMA DE TESIS  
MÉDICO FAMILIAR  
UNIDAD MEDICINA FAMILIAR No. 79 PIEDRAS NEGRAS, COAHUILA



**DR. FELIPE JAVIER CRIBE SALAS**

ASESOR DE INVESTIGACION  
COLEGIADO DE LA FRONTERA NORTE  
PIEDRAS NEGRAS, COAHUILA



**DRA. GRACIELA ROSALES SORIA**

COORDINADORA DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA  
MÉDICOS GENERALES DEL IMSS  
UNIDAD MEDICINA FAMILIAR No. 79 PIEDRAS NEGRAS, COAHUILA



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud

**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 506  
H GRAL ZONA -MF- NUM 24, COAHUILA

FECHA 24/01/2013

**DR. EDGAR FABIAN PAZ MELENDEZ**

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**APOYO FAMILIAR Y SOCIAL EN PACIENTE DIABETICOS NO INSULINODEPENDIENTES.**

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2013-506-8

ATENTAMENTE

**DR. (A). RAFAEL TOMÁS PÉREZ PÉREZ**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 506

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

## **AGRADECIMIENTOS:**

Quiero agradecer a todas las personas que me ayudaron de manera directa e indirectamente para la elaboración de esta tesis y el desarrollo de mi formación en esta especialidad.

Tanto a los profesores titulares que me dieron luces para la realización de este proyecto. El Dr. Jesús Adolfo Calderón Hernández que me encamino en el proyecto deseado. Al Dr. Fermín Pérez Ortiz Profesor titular, el cual con su paciencia y conocimiento nos lleva al término de este proyecto. A la Dra. Graciela Rosales Soria, por ser la mano fuerte y firme en los tiempos de apatía.

Quiero agradecer de manera muy especial al Dr. Felipe Javier Uribe Salas por sus enseñanzas, su paciencia y su apoyo incondicional en la elaboración de este proyecto de tesis, el cual fue un gran maestro.

Además quiero agradecer al Instituto Mexicano del Seguro Social por fomentar el desarrollo profesional de sus trabajadores. Y también a la Universidad Autónoma de México por apoyar estos proyectos.

## **DEDICATORIA.**

A .L. .G. .D. .G. .A. .D. .U. .  
Por sus luces y sus bendiciones.

A mi esposa Mirtha Zoribel,  
Por su amor, su comprensión y su apoyo para seguir adelante.  
A mis hijos Gabriela Leonor y Juan Pablo.  
Que son mi bendición y el viento que me impulsa.  
A mi Padre Manuel de quien sigo esperando su encuentro,  
Hermelinda, mi madre a quien debo lo que soy.  
Y mi hermana Cinthia todo mi cariño.  
Y quienes con sus muestras de apoyo, me han motivado.

## INDICE:

1. RESUMEN.....	8
2. MARCO TEORICO.....	9
2.1. INTRODUCCIÓN.....	9
2.2. DEFINICIÓN.....	10
2.3. PREVALENCIA.....	11
2.4. LA FAMILIA COMO SISTEMA.....	11
2.4.1. DEFINICIÓN.....	11
2.4.2. LA ESTRUCTURA Y SUBSISTEMAS DEL GRUPO FAMILIAR.....	11
2.4.3. FUNCIONES DE LA FAMILIA.....	12
2.5. APOYO SOCIAL.....	12
3. JUSTIFICACIÓN.....	14
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
5. OBJETIVO GENERAL.....	17
5.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
6. HIPÓTESIS.....	18
7. TIPO DE ESTUDIO.....	19
8. METODOLOGÍA.....	19
8.1. DISEÑO DEL ESTUDIO.....	19
8.2. POBLACIÓN EN ESTUDIO.....	19
8.3. PROCEDIMIENTO PARA RECABAR LA INFORMACIÓN.....	20
8.4. ANALISIS ESTADISTICO.....	21
8.5. PRESUPUESTO FINANCIERO.....	21
8.6. RECURSOS MATERIALES.....	21
8.7. FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO.....	21
9. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	22
10. RESULTADOS.....	23
11. DISCUSION.....	26
12. CONCLUSION.....	27
13. REFERENCIAS.....	28
14. ANEXOS.....	30

## 1. RESUMEN.

En el siguiente estudio se evaluará la percepción del apoyo social y familiar en 111 pacientes con diabetes tipo II entre los 20 a los 59 años de edad en la unidad de medicina familiar #15 de Villa Unión Coahuila. El trastorno de la regulación metabólica que acompaña a la Diabetes Mellitus tipo II provoca alteraciones fisiopatológicas secundarias en muchos sistemas orgánicos, y supone una pesada carga para el individuo que padece la enfermedad, así como para sus redes de apoyo. Por lo cual es el interés de evaluar la percepción del paciente con diabetes mellitus no insulino dependiente, con respecto al apoyo físico y social de sus redes de apoyo, por lo que se hará un estudio retrospectivo, longitudinal, descriptivo. Entre los instrumentos que se han propuesto para medir el apoyo social funcional destaca por su sencillez y brevedad el cuestionario Duke-UNC modificado y validado por Broadhead que evalúa el apoyo percibido. El cuestionario Duke-UNC-11 evalúa el apoyo social confidencial y el apoyo social afectivo. Una vez detectados las pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus no insulino dependientes, se les aplicó el instrumento de evaluación propuesto por la Universidad del Norte de Carolina. La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido. A menor puntuación, menor apoyo. En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación < 32. Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo. Esto para aplicar estrategias de apoyo. Se identificaron dos factores: Apoyo confidencial con los *ítems* 1, 2, 6, 7, 8, 9 y 10. Apoyo afectivo con los *ítems* 3, 4, 5 y 11. Apoyo confidencial por el cual las personas pueden recibir información, consejo o guía, o disponen de personas con las que pueden compartir sus inquietudes o problemas. Apoyo afectivo que puede concretarse en expresiones de amor, cariño, estima, simpatía y/o pertenencia a grupos.

## 2. MARCO TEORICO.

### 2.1. INTRODUCCIÓN:

El metabolismo es la manera en que el cuerpo digiere los alimentos para obtener energía y crecer. Los alimentos se convierten en glucosa y así proporcionan energía. Para aprovechar mejor la glucosa, el cuerpo necesita de una hormona llamada insulina, que se fabrica en el páncreas. Al desorden del metabolismo que hace que la insulina no funcione bien y cuyo resultado es el aumento de la cantidad de azúcar y grasas en la sangre, se le conoce como diabetes.

Alrededor del 8.2% de la población entre 20 y 69 años padece diabetes y, cerca del 30% de los individuos afectados, desconoce que la tiene. Esto significa que en nuestro país existen más de cuatro millones de personas enfermas, de las cuales poco más de un millón no han sido diagnosticadas. Una proporción importante de personas la desarrolla antes de los 45 años de edad, situación que debe ser evitada. Por otra parte, la mortalidad por esta causa muestra un incremento sostenido durante las últimas décadas, hasta llegar a ocupar el tercer lugar dentro de la mortalidad general.<sup>1</sup>

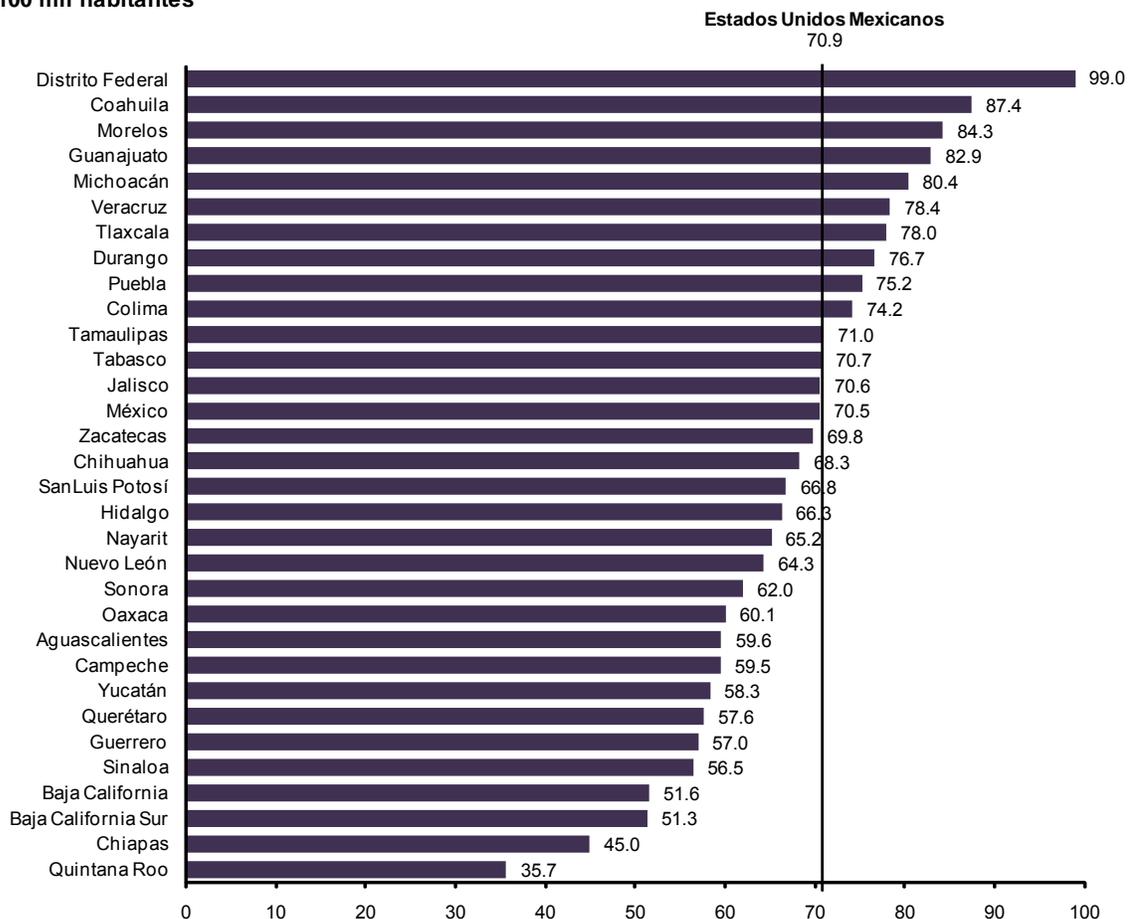
La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que a nivel mundial, existen 250 millones de personas con esta enfermedad y considera que más de 300 millones están en riesgo de presentarla; además plantea que 95% del tratamiento de un paciente diabético recae directamente en él.<sup>2</sup>

En 2000 los cinco países con el mayor número de habitantes con diabetes fueron India (32.7 millones), China (22.6 millones), Reino Unido (15.3 millones), Pakistán (8.8 millones) y Japón (7.1 millones) mientras que los países con la mayor prevalencia de diabetes en la población de 20 a 79 años fueron Papua Nueva Guinea (15.5%), Mauricio (15.0%), Barein (14.8%), México (14.2%) y Trinidad y Tobago (14.1%).

En México, según información de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC 1993), se estimó una prevalencia de diabetes de 8.2% en la población mexicana de 20 a 69 años y para el año 2000 la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000) estimó la prevalencia en 10.9%. Por tratarse de un padecimiento incurable, los diabéticos deben de recibir tratamiento durante toda su vida. Esto determina que una gran parte de ellos con el transcurso del tiempo manifiesten una baja adherencia al tratamiento, lo que conduce a un deficiente control metabólico de la enfermedad. Sólo una pequeña fracción de los afectados acude regularmente a los servicios de salud y de estos entre el 25 y el 40% tienen un control metabólico de la enfermedad.<sup>3</sup>

La tasa de mortalidad observada por diabetes mellitus en 2008 es de 70.9 por cada 100 mil habitantes. Siendo los estados de Distrito Federal (99), Coahuila (87.4), Morelos (84.3), Guanajuato (82.9) y Michoacán (80.4) quienes presentan las mayores tasas de mortalidad por esta afección. Por el contrario, los estados con la menor tasa de mortalidad fueron Quintana Roo (35.7), Chiapas (45), Baja California Sur (51.3), Baja California (51.6) y Sinaloa (56.5).<sup>4</sup>

**Tasa de mortalidad observada de diabetes mellitus por entidad federativa  
2008  
Por cada 100 mil habitantes**



Fuente: INEGI (2010). Estadísticas de Mortalidad y; CONAPO (2010). Proyecciones de la población de México 2005-2030. Procesó: INEGI.

En la Unidad de Medicina Familiar (UMF) # 15 en el Municipio de Villa Unión Coahuila, con una población derechohabiente de 3,152 personas, de los cuales 563 son niños de 0 a 9 años, 547 son adolescentes de 10 a 19 años, 730 son mujeres de 20 a 59 años, 691 son hombres de 20 a 59 años y 621 son adultos mayores de 60 y mas años. De la población adscrita a esta unidad hay un total de 111 pacientes diabéticos no insulín dependientes, que representa el 3.5% de personas con diabetes mellitus no insulín dependientes.

## 2.2. DEFINICIÓN:

La diabetes mellitus (DM) comprende un grupo de trastornos metabólicos frecuentes que comparten el fenotipo de la hiperglucemia. Existen varios tipos diferentes de DM debidos a una compleja interacción entre genética, factores ambientales y elecciones respecto al modo de vida. Dependiendo de la causa de la DM, los factores que contribuyen a la hiperglucemia pueden ser descenso de la secreción de insulina, decremento del consumo de glucosa o aumento de la producción de ésta. El trastorno de la regulación metabólica que acompaña a la DM provoca alteraciones fisiopatológicas secundarias en muchos sistemas orgánicos, y supone una pesada carga para el individuo que padece la enfermedad y para el sistema sanitario.<sup>5</sup>

La Diabetes Mellitus (DM) es un conjunto de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia debida a una falta relativa o absoluta de insulina, ya sea por déficit de secreción, por defectos en su acción o por ambos mecanismos. La hiperglucemia crónica se asocia, a largo plazo, con la aparición de complicaciones micro y macrovasculares.<sup>6</sup>

### **2.3. PREVALENCIA.**

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad cuya prevalencia mundial ha incrementado. En México, la diabetes se ha convertido en la primera causa de muerte al contribuir con 12% del total de muertes. Se estimó para el año 2030 una prevalencia nacional de 10.9% y tan sólo en 2002 se registraron 114.6 nuevos casos por cada 100000 habitantes.<sup>7-8</sup>

En el ámbito socioeconómico se describen pérdidas de 264 mil años de vida saludables por muertes prematuras y 171 mil por discapacidad en diabéticos de más de 45 años. Diferentes autores indican que el costo indirecto de la diabetes en 1991 ascendió a 330 millones de dólares y el directo fue de 100 millones de dólares.<sup>9-10</sup> Las pérdidas para los servicios de la salud son del orden de 318 millones de dólares por año;<sup>11</sup> la atención de esta enfermedad cuesta a los sistemas de salud hasta 15% del total de sus recursos,<sup>10</sup> y es el rubro del gasto más importante del IMSS.<sup>12</sup>

### **2.4. LA FAMILIA COMO SISTEMA.**

Desde la perspectiva de la teoría general de sistemas, la familia es considerada como un sistema dinámico viviente que esta sometido a un continuo establecimiento de reglas y de búsqueda de acuerdo a ellas.<sup>13</sup>

#### **2.4.1. DEFINICIÓN:**

Sistema: Conjunto de reglas o principios sobre una materia, relacionados entre sí. Conjunto de cosas que ordenadamente relacionadas entre sí contribuyen a un fin determinado. Se destacan la interacción y el orden a una finalidad.

La familia como sistema juega un papel importante no sólo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación, a medida en la que cumpla con sus funciones básicas.<sup>14</sup>

Consideramos a la familia como un sistema integrador multigeneracional, caracterizado por múltiples subsistemas de funcionamiento interno e influido por una variedad de sistemas externos relacionados.<sup>15</sup>

#### **2.4.2. LA ESTRUCTURA Y SUBSISTEMAS DEL GRUPO FAMILIAR.**

La concepción sistémica de familia intenta modificar su organización. Al transformar la estructura del grupo familiar se modifican en consecuencia, las posiciones de sus miembros. Como resultado de ello se modifican las experiencias de cada individuo.

Los subsistemas familiares son reagrupamientos de miembros de la familia, según criterios de vinculación específica de la que se derivan relaciones particulares.<sup>16</sup>

El “subsistema conyugal” se forma cuando dos adultos se unen con la intención explícita de formar una familia, compartiendo intereses, metas y objetivos.

El “subsistema parental” pueda estar constituido por las mismas personas que el conyugal, el vínculo que lo estructura es el hecho de ser ambos esposos progenitores de nuevas personas y se constituye al nacer el primer hijo.

El “subsistema filial” o subsistema fraterno, esta constituido por los hijos que constituyen un núcleo diferenciado de miembros del sistema.

### **2.4.3. FUNCIONES DE LA FAMILIA.**

Son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. Se reconocen las siguientes funciones de acuerdo a “Los Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar”<sup>26</sup> según el Dr. Irigoyen Coria:

- Socialización: promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.
- Afecto: interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- Cuidado: protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar.
- Estatus: participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.
- Reproducción: provisión de nuevos miembros a la sociedad.
- Desarrollo y ejercicio de la sexualidad.

### **2.5. APOYO SOCIAL.**

El apoyo social se define en términos de la disponibilidad de personas en las que el sujeto confía, en quienes pueden apoyarse y quienes hacen que se sienta protegido y valorado como persona. El concepto de apoyo social debe distinguirse de otro muy relacionado, la red social. Esta se refiere al papel que el sujeto desempeña en diferentes ambientes y a las ligas del individuo con amigos, familiares o conocidos. Se puede considerar que la red social es la estructura a través de la cual se proporciona el apoyo social. Idealmente uno pertenece a diversos grupos de apoyo en el hogar, trabajo, iglesia y sitios de recreación o distracción. Cualquier individuo pertenece a diversas redes de apoyo variando la intensidad del contacto.

El apoyo social que se deriva de las redes sociales, es importante para el bienestar de los individuos, sobre todo en los momentos de estrés, transición o crisis. Actualmente se acepta que el apoyo social tiene un efecto positivo en el estado de salud y sirve como un amortiguador o modificador de los efectos del estrés en la salud mental y física del individuo, por lo que el apoyo social tiene un efecto protector para numerosas enfermedades.

Se han dado numerosas definiciones de apoyo social (AS). Podemos decir, siguiendo a Thoits<sup>17</sup>, que el AS «es el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros, entendiendo por necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación.

El apoyo social a su vez se puede estudiar 2 factores, como lo son el apoyo confidencial y el apoyo afectivo. El apoyo confidencial por el cual las personas pueden recibir información, consejo o guía, o disponen de personas con las que pueden compartir sus inquietudes o problemas. Apoyo afectivo que puede concretarse en expresiones de amor, cariño, estima, simpatía y/o pertenencia a grupos.

### 3. JUSTIFICACIÓN.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas son la principal causa de mortalidad y representan más de 60% del total de las defunciones en el mundo. Tan sólo en el último año, este tipo de padecimientos causaron 35 millones de defunciones en todo el planeta, lo que significó el doble de defunciones ocasionadas en conjunto por enfermedades infecciosas, maternas, perinatales y por desnutrición.<sup>18</sup> Dentro de las enfermedades crónicas, la diabetes mellitus es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad.<sup>19</sup>

La DM es un padecimiento complejo que lleva implícita una serie de situaciones que comprometen el control en los pacientes, lo cual favorece el desarrollo de complicaciones, con los consecuentes trastornos en la calidad de vida, muertes prematuras e incremento en los costos de atención y tasas de hospitalización debido a complicaciones. Al igual que otros países, México enfrenta problemas diversos que limitan la eficacia de los programas institucionales para la contención de esta enfermedad. Destacan por su importancia el insuficiente abasto de medicamentos, equipo inadecuado y obsoleto en las unidades de salud, la inaccesibilidad a exámenes de laboratorio, deficiencias en el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, limitaciones de los servicios de apoyo psicológico, nutricional, nula promoción de actividad física y escasa supervisión de los servicios para alcanzar la adherencia terapéutica.<sup>20</sup>

Los costos económicos asociados al tratamiento y sus complicaciones representan una grave carga para los servicios de salud y para los pacientes. A fin de enfrentarse a tan grave problema, la Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud realizó a través de la Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica, un consenso para la actualización de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes (SSA-015-2000), en la que se definen las acciones preventivas a realizar por los sectores público, social y privado, así como los procedimientos para su detección, diagnóstico, tratamiento y control. Su aplicación conjuntamente con otras estrategias contribuirá a reducir la incidencia que actualmente registra, evitar o retrasar sus complicaciones y disminuir la mortalidad por esta causa.<sup>21</sup>

Las funciones familiares que parecen mas relevantes para los propósitos de este estudio es, contribuir al entendimiento de la afección en las funciones familiares y específicamente en el cuidado y la socialización del subsistema conyugal en paciente no insulino dependientes. Se puede afirmar que la familia es un sistema integral que cumple básicamente la función de sustento emocional para el desarrollo de los hijos, otorga estabilidad para los adultos y es fuente de apoyo social para todos sus integrantes,<sup>22</sup> pero es importante reconocer desde el punto de vista económico, generando fenómenos de salud y enfermedad relacionados con el consumo familiar, como la alimentación, vivienda y saneamiento ambiental.<sup>22-23</sup> La Familia 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.<sup>23</sup>

Ante el diagnóstico de un trastorno como la Diabetes Mellitus, con su condición de cronicidad y que exige modificaciones en los hábitos y el modo de vida de uno de los miembros de la familia, la tarea psicosocial de la familia, de apoyo a sus miembros adquiere más importancia que nunca. Esto debido a que sólo la familia puede transformar y al mismo tiempo generar una continuidad suficiente en la mantención de los cambios requeridos, para lo cual moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar el equilibrio perdido.<sup>24</sup>

Es importante considerar además que 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, lo que influye en el enfermo.<sup>25</sup>

De igual manera las experiencias emocionales con los alimentos y la exposición a la educación alimentaria contribuyen a formar sus hábitos dietéticos, siendo en alguna medida, un producto de su cultura y de su grupo social.<sup>26</sup> Es donde se observa la importancia de la atención primaria y 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 la educación hacia la familia en el entendido que es la familia la unidad 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>20-21</sup>

Se ha detectado también que los pacientes realizan el tratamiento y tienen mejor control metabólico cuando cuentan con una familia que esta preparada y los apoya.

Dadas las sustanciales relaciones entre apoyo social y salud es importante conocer el primero, ya que su manejo posibilita la intervención preventiva, terapéutica y rehabilitadora de diferentes problemas de salud, por ejemplo fortaleciendo las relaciones intrafamiliares o potenciando grupos de autoayuda. Estas estrategias de intervención conciernen a las competencias del médico de familia y de los equipos de atención primaria.

#### 4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Alrededor del 8.2% de la población entre 20 y 69 años padece diabetes y, cerca del 30% de los individuos afectados, desconoce que la tiene. Esto significa que en nuestro país existen más de cuatro millones de personas enfermas, de las cuales poco más de un millón no han sido diagnosticadas. Una proporción importante de personas la desarrolla antes de los 45 años de edad, situación que debe ser evitada. Por otra parte, la mortalidad por esta causa muestra un incremento sostenido durante las últimas décadas, hasta llegar a ocupar el tercer lugar dentro de la mortalidad general.<sup>1</sup>

La DM2 constituye un problema de salud pública de primera magnitud que ha pasado de ser una enfermedad característica de los países desarrollados a ser una epidemia en países en desarrollo, pues éstos enfrentan la transición que va del “rezago en salud” (mortalidad por enfermedades infecciosas, enfermedades de la nutrición y de la reproducción) a los “riesgos emergentes” asociados a la industrialización, la urbanización y el envejecimiento poblacional. Para el 2025 el número de pacientes diabéticos aumentará 122% al pasar de 135 a 300 millones, sin embargo, cabe precisar que en los países desarrollados el aumento será del 40%: pasará de 51 a 72 millones de enfermos, mientras que en las economías pobres será de hasta un 170%: pasará de 84 a 228 millones de enfermos. En el caso de los países latinoamericanos se prevé que en promedio habrá un aumento de 160%. En el caso de México el incremento respecto al número absoluto de diabéticos se estima en un 200% y es en la región norte del país donde la frecuencia de la enfermedad es mayor. Según la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 en la materia<sup>1</sup>, para el 2000 se estimaba que alrededor del 8.2% de la población entre 20 y 69 años padecía diabetes y que cerca del 30% de los individuos desconocía que la tenía; lo anterior significa que existían más de cuatro millones de personas enfermas de las cuales poco más de un millón no habían sido diagnosticadas. En cuanto a las estadísticas de mortalidad en México para el 2002 la diabetes se presenta como la principal causa de muerte entre las mujeres (14.6%) y la segunda (9.9%) entre los hombres<sup>30</sup>.

La valoración del apoyo social y familiar en esto estriba la trascendencia de este estudio, es de destacar las repercusiones de DM sobre la calidad de vida. Diversos estudios han señalado que la calidad de vida de los pacientes diabéticos se ve afectada en todas sus dimensiones. Aquí un aspecto particularmente importante es el número de años de vida saludable y la cantidad de horas de trabajo perdidas<sup>31-32</sup> a causa de las complicaciones que sufren los enfermos. De hecho, como se reconoce en el propio *Plan Nacional de Salud*<sup>34</sup> la diabetes mellitus es el mejor ejemplo de enfermedad emergente directa: es la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa y una de las principales causas de hospitalización<sup>33</sup>; además, genera individualmente una gran parte del peso de la enfermedad y de las discapacidades en el país. Por el número de paciente que se encuentran con este padecimiento, es factible realizar este tipo de estudios. Aunque se espera la participación de las personas el estudio se hace vulnerable a las respuestas y al poco entusiasmo de algunos pacientes.

Lo que nos ocasiona la siguiente pregunta:

**¿COMO ES LA PERCEPCION DEL APOYO FAMILIAR Y SOCIAL EN PACIENTE DIABETICOS TIPO II?**

## **5. OBJETIVO GENERAL.**

Conocer la percepción del apoyo social y familiar en los pacientes que padecen diabetes mellitus tipo II, en la unidad de medicina familiar 15 de Villa Unión, Coahuila.

### **5.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- I. Evaluar por medio del cuestionario Duke-UNC modificado y validado por Broadhead<sup>27</sup> la percepción del apoyo social en el paciente con diabetes tipo II.
- II. Valorar si el paciente con diabetes tipo II se percibe con apoyo familiar
- III. Conocer si el paciente se percibe con apoyo social.
- IV. Determinar si el apoyo es como el paciente desea.

## 6. HIPÓTESIS.

### ***LA PERCEPCION DEL APOYO FAMILIAR Y SOCIAL EN PACIENTE DIABETICOS TIPO II ES MUY BUENA.***

**Unidades de observación:** Redes de apoyo en Pacientes diabéticos mellitus tipo II de entre 20 y 59 años.

**Variable dependiente:** el apoyo social y familiar.

**Definición Conceptual:** La literatura en relación a los efectos del apoyo social según Broadhead y Kaplan en 1983 proviene de diversas fuentes.

Kaplan (1974) lo define en términos de lazos perdurables que desempeñan un papel importante en la integración psicológica y física de una persona. Para Beels, representa los factores existentes en el ambiente y que promueven el curso favorable de la enfermedad. Beigel, Naparstek y Khan (1980) exponen que los individuos se encuentran dentro de una red de relaciones sociales y estas se vuelven importantes cuando proveen el apoyo necesario en situaciones de crisis en la vida en general.

Para Coob (1976), representa la “información dada al sujeto para que crea que es cuidado, amado, estimado y miembro de una red de obligaciones mutuas”.

El apoyo social debe entenderse como un concepto de muchos componentes, un conjunto de diferentes significados y explicaciones; es por ello que algunos teóricos prefieren definirlo como un metaconcepto, (López-Cabañas y Chacón, 1997).

**Definición operacional:** familia, redes sociales, soporte social percibido, y soporte social efectivo.

**Escala de medición:** El instrumento de investigación (cuestionario Duke-UNC modificado y validado por Broadhead<sup>27</sup> con escala de respuestas tipo Likert con puntuaciones del 1 al 5).

**Variable independiente:** Diabetes mellitus tipo II.

**Definición Conceptual:** Diabetes Mellitus se establece por medio de la medición de glicemias plasmáticas, de acuerdo a alguno de los siguientes criterios estrictos:

Síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia, polifagia, baja de peso no explicada o un aumento de peso, según cada persona) asociada a glicemia tomada al azar > 200 mg/dl.

Glicemia plasmática en ayunas > 126 mg/dl.

Glicemia plasmática 2 horas después de una carga de 75 g glucosa > 200 mg/dl.

**Definición operacional:** Persona con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 que presenta una enfermedad crónica degenerativa, y que requiere de un tratamiento efectivo a través de estilos de vida

saludables, controles periódicos y educación.

## **7. TIPO DE ESTUDIO**

- OBSERVACIONAL.
- TRANSVERSAL.
- PROSPECTIVO.
- DESCRIPTIVO.

## **8. METODOLOGÍA.**

### **8.1. DISEÑO DEL ESTUDIO**

Entre los instrumentos que se han propuesto para medir el apoyo social funcional destaca por su sencillez y brevedad el cuestionario Duke-UNC modificado y validado por Broadhead<sup>27</sup> que evalúa el apoyo percibido (no el real).

El cuestionario Duke-UNC-11 evalúa el apoyo social confidencial (posibilidad de contar con personas para comunicarse) y el apoyo social afectivo (demostraciones de amor, cariño y empatía). La escala de respuestas tipo Likert con puntuaciones del 1 al 5.

Todas las variables, se recolectan mediante un cuestionario que será auto administrado mediante entrevista dirigida en el consultorio de la UMF #15, por entrevistadores previamente formados.

El grupo experimental continúa con el esquema básico de atención utilizado en esta unidad de medicina familiar; es decir, control individual cada mes.

Con muestra tipo aleatorio simple con el 100% de paciente con diabetes mellitus tipo II, la cual cuenta con un universo 111 pacientes diabéticos tipo II de la UMF #15. Se realizara las encuestas con 5 meses para de Enero del 2013 a mayo del 2013.

### **8.2. POBLACIÓN EN ESTUDIO.**

Se definió como universo la población bajo control de personas diabéticas no insulino dependientes que se atienden en la Unidad de Medicina Familiar y que pertenecen al grupo etáreo entre 20 y 59 años, que en el corte estadístico de Diciembre del 2011 era de 111 pacientes diabéticos.

Las unidades de observación fueron cada una de las personas diabéticas que conforman la muestra. La unidad de muestreo fue el paciente diabético no insulino dependiente.

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- Que el paciente y la familia acepten participar en el estudio.
- Paciente en control de Diabéticos tipo 2.
- Que pertenezcan a la Unidad de Medicina Familiar #15.
- Que pertenezcan al grupo etáreo de 20 a 59 años.
- Que tengan al menos un familiar o persona cercana que lo pueda apoyar.

Se establecieron los siguientes criterios de exclusión:

- Pacientes que no acepten participar en el estudio.
- Pacientes con retraso mental psíquico o cualquier alteración psíquica orgánica que afecta el juicio o contacto con la realidad.

### **8.3. PROCEDIMIENTO PARA RECABAR LA INFORMACIÓN.**

Una vez detectados las pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, se les aplicara la historia clínica familiar y aplicación del instrumento de evaluación propuesto por la Universidad del Norte de Carolina (DUKE).<sup>27,28</sup> Se trata de un cuestionario auto administrado, que consta de 11 ítems y una escala de respuesta tipo likert (1-5). El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. A menor puntuación, menor apoyo. En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación < 32. Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo.

Según el autor la calidad del apoyo social es mejor predictiva de la salud que el apoyo estructural, y dentro de las diferentes dimensiones que pueden identificarse en el apoyo social funcional el instrumento original incluía ítems sobre la cantidad de apoyo, el apoyo confidencial, el apoyo afectivo y el apoyo instrumental. Tras la validación el cuestionario quedó reducido a dos dimensiones: apoyo confidencial y apoyo afectivo; no obstante, 3 de los 11 ítems no pudieron ser considerados dentro de estas dos dimensiones.

Apoyo confidencial con los *ítems* 1, 2, 6, 7, 8, 9 y 10. Un puntaje menor o igual a 20 indica bajo apoyo confidencial mientras que un puntaje mayor o igual a 21 indica la presencia de apoyo confidencial alto percibido por el entrevistado.

Apoyo afectivo con los ítems 3, 4, 5 y 11. Un puntaje menor o igual a 11 indica bajo apoyo emocional mientras que un puntaje mayor o igual a 12 indica la presencia de apoyo emocional alto percibido por el entrevistado.

Se aplicara en la Unidad de Medicina Familiar 15 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Villa Unión Coahuila, mediante la aplicación de encuestas a pacientes ya con cita previa.

Los resultados obtenidos se analizaran por el mismo personal médico colaborador, graficándose los resultados en forma porcentual mediante el paquete de Office Excel.

#### **8.4. ANALISIS ESTADISTICO.**

Para la realización del análisis se aplicara la estadística descriptiva realizándose una medición de frecuencia y porcentajes de cada una de las variables plasmadas en un paquete de office Excel, aplicando a su vez el programa SPSS para análisis descriptivo y re-codificación de variables.

#### **8.5. PRESUPUESTO FINANCIERO**

1. Se realizara con presupuesto propio recursos humanos
2. medico familiar.

#### **8.6. RECURSOS MATERIALES**

1. Computadora personal.
2. Plumas.
3. Lápices.
4. Expediente clínico
5. Consultorio.

#### **8.7. FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO. RECURSOS FINANCIEROS.**

Nombre del Investigador Responsable		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Paz	Melendez	Edgar Fabian
Nombres del investigador (es) asociado (s)		
Calderón	Hinojosa	Jesús Adolfo
Título del protocolo de investigación		
LA PERCEPCION DEL EL APOYO FAMILIAR Y SOCIAL EN PACIENTE DIABETICOS TIPO II. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #15; VILLA UNION. COAHUILA.		

Presupuesto por tipo de egresos			
Gasto corriente			
N°	Egresos	Justificación	Monto
1	Materiales y útiles diversos	Papelería, hojas de maquina, lápices, plumas, borradores, carpetas, grapadoras, USB	\$ 700
2	Impresiones	Copias de la encuesta	\$ 100
3	Tinta de impresora	Negro y color	\$ 600
4	Viáticos	Alimentación y transporte	\$1000
Costo total			\$ 2400

## **9. CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

El presente estudio se realizó de acuerdo a los criterios establecidos en la ética profesional médica, no incurrió en ninguna falta de daño físico o moral hacia los pacientes o la familia de estos, ya que la información obtenida se maneja en forma confidencial y se dio a conocer en los foros de investigación médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, requirió de la autorización de un Consentimiento Informado que invariablemente fue recabado antes de la aplicación de la entrevista entre todos los pacientes evaluados cuidando la discrecionalidad y la no discriminación así como la evitación de ofensas e injurias que pudieran lesionar su integridad física o moral, cumpliendo con esto los lineamientos de la Ley General de Salud así como las recomendaciones de la Comisión de Derechos Humanos.

## 10. RESULTADOS.

Se integra un estudio de 111 pacientes que llenaron los criterios de padecer diabetes mellitus tipo 2 siendo el total de pacientes de la Unidad de Medicina Familiar # 15, Villa Unión Coahuila, los que llenaron, los criterios de inclusión para su estudio.

De estos en el análisis estadístico según su edad presentó una media de 63.95, una mediana de 64.00, una moda de 71, con una desviación estándar de 13.118.

Por lo que para su análisis en la distribución por grupos de edad se validaron de la siguiente manera: de 29 a los 53 años, de los 54 a los 78 años y los de más o igual a 79 (anexo 1).

En el análisis de los datos según su sexo de los 111 pacientes a los cuales se les realizó el estudio se observó un mayor número de pacientes del sexo con un total de 75 en comparación con los del sexo masculino que son 36, dicho en porcentajes nos arroja un 67.6 % del sexo femenino en comparación con los del sexo masculino que son un 32.4 % (anexo 2).

También se realizó la comparación de acuerdo a los turnos de consulta de los 111 paciente, de esta manera se dividió en turno matutino y vespertino por lo que se observó un mayor número de pacientes en el turno vespertino en comparación con el turno matutino. Es decir con una frecuencia de 58 del turno vespertino y de 53 del turno matutino, lo que en porcentajes se observa de la siguiente manera un 52.3 % del turno matutino en comparación al 47.7 % del turno vespertino (anexo3).

Con respecto al motivo de este estudio el cual sería el apoyo social que a su vez se subdivide en apoyo confidencial y afectivo percibido por la persona entrevistada, esto medido por el cuestionario de Duke-UNC el cual consta de 11 ítems. En él se valora con un puntaje menor o igual a 32 lo que indica bajo apoyo social mientras que un puntaje mayor o igual a 33 indica la presencia de apoyo social alto percibido por el entrevistado. En este se observó que el apoyo social percibido con más de 33 puntos es de 87 pacientes en comparación con 24 pacientes que opinaron menos de 32 puntos. En una comparativa porcentual quedaría de la siguiente manera un 78.4 % con más de 33 puntos a un 21.6 % de los que contestaron menos de 32 puntos (anexo 4)

Es parte del estudio la valoración de dos percepciones de los paciente como es el apoyo confidencial y el apoyo afectivo, por lo que a continuación se valoraran dichas percepciones.

En primer lugar se valorara el apoyo confidencial estos de acuerdo a los *ítems* 1, 2, 6, 7, 8, 9 y 10. Un puntaje menor o igual a 20 indica bajo apoyo confidencial mientras que un puntaje mayor o igual a 21 indica la presencia de apoyo confidencial alto percibido por el entrevistado. Evaluando estos indicadores con 111 paciente una media de 24.03, una mediana 25.00 y una moda de 28, con una frecuencia de 79 los que contestaron mas de 21 puntos y 32 pacientes que contestaron con menos de 20 puntos, observándose de manera porcentual que el apoyo confidencia en un 71.2 % contestaron con más de 21 puntos y 28.8 % contestaron con menos de 20 puntos (anexo 5).

Continuando con la valoración de la percepción del paciente pasamos al apoyo afectivo esto se valora con los ítems 3, 4, 5 y 11. Un puntaje menor o igual a 11 indica bajo apoyo emocional mientras que un puntaje mayor o igual a 12 indica la presencia de apoyo emocional alto percibido por el entrevistado. Evaluando las 111 encuestas se observó una media de 16.07, una mediana de 17.00 y una moda de 20. En esta ocasión la frecuencia de 96 pacientes que contestaron con más de 12 puntos en comparación a

los 15 pacientes que contestaron con menos de 11 puntos, lo que de manera porcentual se observa con un 86.5 % de paciente que contestaron con 12 y más puntos en comparación con el 13.5 % de los paciente que contestaron menos de 11 puntos (anexo 6).

Ahora al analizar los puntajes totales de la percepción social en comparación con el sexo, en los cuales comparamos la percepción del paciente masculino y femenino de su apoyo social y familiar, se observa que los paciente del sexo femenino que contestaron con más de 33 puntos son 60 pacientes lo que sería un 80% en comparación con las pacientes del mismo sexo pero que contestaron con un puntaje menor a 32 de las cuales son 15 pacientes lo que sería 20% dando como total de 75 pacientes del sexo femenino. Se compara lo anterior con el sexo masculino el cual se observa 27 pacientes que contestaron con más de 33 puntos lo que de manera porcentual es de 75% en comparación de los 9 pacientes que contestaron menos de 32 es decir un 25% esto señala un total de 36 pacientes del sexo masculino (anexo 7).

En el siguiente análisis se compara la edad de los pacientes en 3 grupos de edad de los 29 a los 53, de los 54 a los 78, y mayor o igual de 79 años, esto con la percepción del apoyo social, donde se observa en el primer grupo de edad que comprende se los 29 a 53 años de edad que contestaron mas 33 puntos se presenta 20 encuestas es decir un 87%, en comparación con las personas del mismo rango de edad pero que contestaron con menos de 32 puntos lo que nos da 3 personas es decir el 13% de un total de 23 personas en el rango de los 29 a los 53 años de edad. El segundo grupo de edad de 54 a 78 años de edad se observo 52 pacientes que contestaron con más de 33 puntos y 19 pacientes contestaron con menos de 32 puntos con un total de 71 personas en este rango de edad, es decir en valor porcentual se observa que el 73.2% de los pacientes contestaron con más de 33 puntos y el 26.8% contestaron con menos de 32 puntos (anexo 8).

Se analizo además la comparación de los resultados con los turno de consulta de esta unidad los cuales son: turno vespertino y turno matutino donde se observo en el turno vespertino el cual presenta mayor número de pacientes con diabetes tipo 2 con un total de 58 pacientes de los cuales 52 pacientes contestaron con más de 33 puntos en la encuesta realizada y solo 6 pacientes contestaron con menos de 32 puntos observando de manera porcentual diríamos que el 89.7 % de los pacientes contestaron con más de 33 puntos y el 10.3 % con menos de 32 puntos, comparamos dichos numero con el turno matutino el cuenta con 53 paciente con diabetes mellitus tipo 2 de los cuales 35 pacientes contestaron con más de 33 puntos en la encuesta y 18 pacientes con menos de 32 puntos de manera que observándolo de manera porcentual se presenta con 66% de los paciente que contestaron con más de 33 puntos en comparación con 34 % de paciente que contestaron con menos de 32 puntos (anexo 9).

Se realizo además una comparación de la percepción del apoyo confidencial de los pacientes con diabetes mellitus según el sexo de acuerdo a los ítems que estas percepciones valoran, se observa que es mayor el número de pacientes del sexo femenino con un total de 75 en comparación con los pacientes del sexo masculino que son un total de 36, al analizar la información se observa que las pacientes del sexo femenino que respondieron con 21 y más puntos fueron 56, es decir el 74.7% en comparación con los pacientes del mismo sexo que respondieron con 20 o menos puntos de las cuales fueron 19 lo que de manera porcentual sería 25.3 %. Realizando la misma comparación pero con el sexo opuesto se observa que 23 pacientes contestaron con 21 o mas punto en comparación con 13 pacientes que contestaron con 20 o menos puntos, lo que de manera porcentual se presentaría de la siguiente manera el 63.9% de los pacientes masculinos contestaron con 21 o más puntos en contra el 36.1% de pacientes masculinos que contestaron con 20 o menos puntos (anexo 10).

Continuando con la evaluación del apoyo confidencial se realizó una comparación con la edad del paciente de acuerdo a la puntuación de los ítems que a este corresponden. Analizándose por grupos de edad en el primer grupo que comprende de los 29 a los 53 años de los cuales son un total de 23 pacientes de estos el 82.6% contestaron con 21 o más puntos es decir 19 pacientes en comparación con el 17.4 % que contestaron con 20 o menos puntos ya que solo 4 pacientes contestaron con ese puntaje. En el segundo grupo de edad el cual comprende de los 54 a los 78 años de edad es el mayor grupo con 71 pacientes de los cuales el 64.8% contestó con 21 o más puntos en dichos ítems de la encuesta realizada es decir 46 paciente, en comparación 35.2 % de paciente que contestaron con 20 o menos puntos esto es 25 pacientes encuestados en este rango de edad. El tercer y último grupo en el cual se integran los paciente con 79 años o más es un total de 17 pacientes en donde el 82.4 % contestaron con 21 o más puntos es decir 14 de ellos en comparación con el 17.6% que contestaron con 20 o menos puntos esto consiste en 3 pacientes de este grupo de edad (anexo 11).

Se analizo también el apoyo confidencial en comparación con los turno de consulta de los que corresponden al vespertino y matutino. En este análisis se observo en el turno vespertino un 84.5 % de pacientes que contestaron con más de 21 puntos esto es 49 pacientes, en comparación con el 15.5% de pacientes que contestaron con menos de 20 puntos es decir 9 pacientes de los encuestados, ahora bien del turno matutino se observo una diferencia mínima entre la percepción del apoyo confidencial esto es que el 56.6% de los pacientes contestaron con más de 21 puntos ósea 30 pacientes encuestados, en comparación con el 43.4% que contestaron con 20 o menos puntos, esto es 23 pacientes de los 53 pacientes del turno matutino encuestados (anexo 12).

Continuando con el análisis de de los resultados se comparo el apoyo emocional con el sexo de los pacientes, esto de acuerdo con los ítems que a este se refieren, de lo cual se aprecia que 65 pacientes del sexo femenino que de manera porcentual seria el 86.7% contestaron con 12 o más puntos y 10 pacientes, es decir el 13.3% contestaron con menos de 11 puntos en los ítems que a este apoyo se refieren, ahora al observar el sexo masculino se observa que 31 varones contestaron con 12 y más puntos siendo el 86.1 % en comparación con 5 pacientes, los cuales contestaron con 11 o menos puntos lo que de manera porcentual seria el 13.9% (anexo 13).

Observándose la evaluación de los resultados del apoyo emocional se comparo con la edad de los pacientes donde se continua con los rangos de edad ya establecidos con anticipación esto es de los 29 a los 53 años de edad 21 pacientes contestaron con 12 o más puntos esto es el 91.3% en comparación con 2 pacientes es decir el 8.7% contestaron con 11 puntos o menos, del segundo grupo etario que comprende de los 54 a los 78 años de edad 58 pacientes lo que de manera porcentual seria el 81.7% contestaron con más de 12 puntos en comparación con los 13 pacientes o el 18.3% de los pacientes de este grupo contestaron con menos de 11 puntos, por último el grupo de 79 años o más de los cuales 17 pacientes es decir el 100% de los pacientes contestaron con 12 o más puntos (anexo 14).

De acuerdo con lo anterior se realizó la comparación por turno de consulta entorno al apoyo emocional, de acuerdo a este análisis se observo del turno vespertino el 94.8 % esto es 55 pacientes contestaron con 12 o más puntos, en comparación con el 5.2% es decir, 3 pacientes contestaron con 11 o menos puntos, ahora bien del turno contrario se observo que el 77.4% contestaron con mas de 12 puntos lo que corresponde a 41 pacientes en la comparada con el 22.6% de pacientes que contestaron con 11 o menos puntos es decir 12 pacientes del turno matutino (anexo 15).

## 11. DISCUSION

De acuerdo a los resultados del estudio de 111 adultos que padecen diabetes mellitus tipo 2, un mayor número de paciente del sexo femenino en comparación con el sexo masculino de un 67.6% en comparación al 32.4 %, y el numero de paciente es mayor en turno vespertino aunque la diferencia no es muy significativa con el 52% del turno vespertino y el 47.7 % del turno matutino, de estos al realizar el estudio por rangos de edad se observo un mayor número de paciente que se encuentran entre los 54 y 78 años de edad siendo 71 pacientes es decir el 64 %.

Con respecto al análisis de los resultados de la aplicación del cuestionario Duke-UNC del los cuales se evaluaron los 111 casos se observa que los pacientes perciben un 78.4 % con un buen apoyo social y familiar, por consiguiente el resto de los paciente no perciben este apoyo.

Con respecto a los 2 factores que de dicha encuesta se pueden estudiar como es el apoyo confidencial y el apoyo afectivo, se observo que el apoyo confidencial de los 111 estudios realizados presenta un 71 % de buena percepción en comparación al 29% de las encuestas restante. Y del apoyo afectivo se presenta con un 86% de buena percepción de acuerdo al puntaje evaluado en comparación al 13 % del menor puntaje.

## **12. CONCLUSION.**

La prevalencia de apoyo social adecuado percibido por la persona estudiada fue de 78.4%; Es decir hay una adecuada percepción de apoyo social y familiar en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

La prevalencia de apoyo confidencia adecuado percibido por la persona estudiada fue de 71.2%; Los pacientes encuestados perciben un adecuado apoyo confidencial.

La prevalencia de apoyo emocional adecuado percibido por la persona estudiada fue de 86.5%; se observa que los paciente perciben en su mayoría un adecuado apoyo emocional.

Sin embargo no hubo relación entre las categorías de apoyo social, apoyo confidencia y apoyo emocional con el sexo ni con la edad de las personas estudiadas. Es decir al realizar los análisis y la recodificación de las variables no se observa aumento significativo.

Al realizar la recodificación de las variables se observo una asociación significativa entre el las categorías de la variable apoyo social, apoyo confidencial y apoyo emocional y el turno de atención a los pacientes. Es decir que las diferencias significativas solo fueron al comparar los turnos de atención. Esto es una frecuencia mayor de apoyo social, emocional y confidencial con puntajes bajos en el turno matutino con respecto del turno vespertino. Es decir que los paciente del turno vespertino perciben mayor apoyo social y familiar aun valorando los 2 factores como son el apoyo emocional y el apoyo afectivo.

De tal manera se concluye el estudio con la comprobación de la hipótesis donde se observa que la percepción del apoyo social y familiar de los paciente con diabetes mellitus tipo 2 si es buena.

### 13. REFERENCIAS.

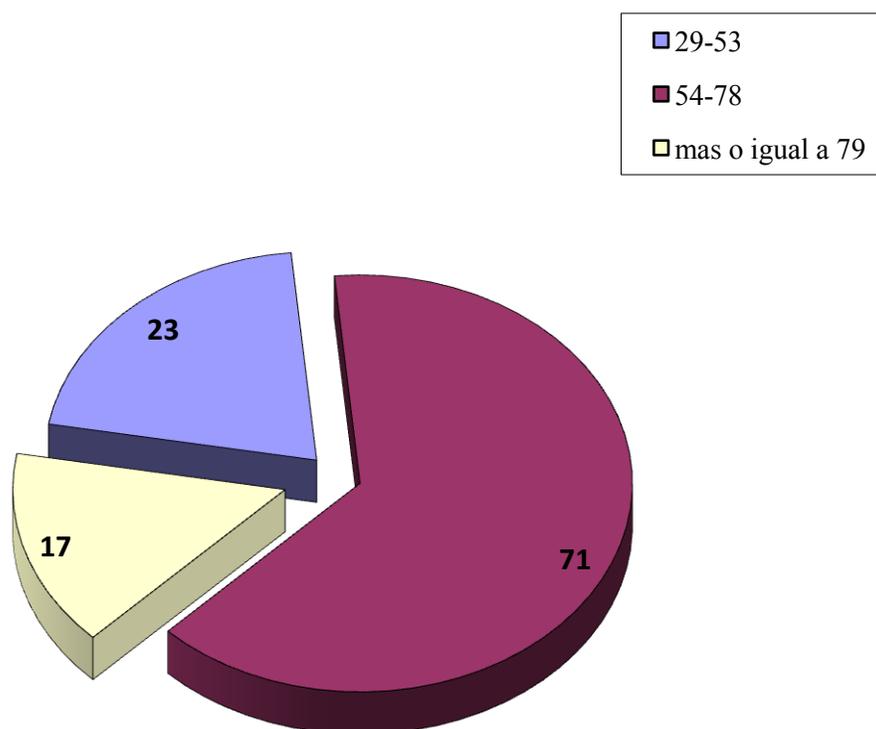
1. NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.
2. Organización Mundial de la Salud (2010). Día Mundial de la Diabetes. Documento revisado el 27 de septiembre de 2010 de: <http://www.worlddiabetesday.org/es>
3. Programa de Acción: Diabetes Mellitus SSA. Primera Edición, 2001-11-22;10.
4. Nuevos fundamentos de medicina familiar Irigoyen Pag. 188, 2004.
5. Principios de Medicina Interna. Harrison 16 edición. Pág. 11371.
6. Manual de Diagnostico y Terapéutica en endocrinología y Nutrición, Hospital RAMÓN Y CAJAL. Pág. 10.
7. Secretaría de Salud. Anuario Estadístico. 2002. México: SSA, 2002.
8. Secretaría de Salud. Salud: México 2003. Información para la rendición de cuentas. México: SSA, 2004.
9. Brown JB, Pedula KL, Bakst AW. The progressive cost of complications in type 2 diabetes mellitus. Arch Intern Med 1999;159:1873-1880.
10. Lozano-Ascencio R, Frenk-Mora J, González-Block MA. El peso de la enfermedad en adultos mayores. Salud Publica Mex 1996; 38: 419-429.
11. Arredondo A, Zuñiga A. Economic consequences of epidemiological changes in diabetes in middle-income countries. The Mexican case. Diabetes Care 2004;27(1):104-109.
12. Instituto Nacional de Salud Pública. Evaluación externa del Programa Oportunidades. México: INSP, 2004:209-245.
13. Bouche J, Hidalgo F. IV Curso de Experto Universitario en Mediación y Orientación Familiar 2003-2004. 1ra ed. Madrid (España): Ediciones Dykinson S.L.; 2003.
14. Arias L, Herrera J. El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. Colombia Médica 1994;25:26-8.
15. Herrera P. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev Cubana Med gen Integr 1997;13(6):591-5
16. Vocabulario de Terapia Familiar. Simon, Stierlin, Wynne. 1ra ed. Buenos Aires (Argentina): 1988.
17. Thoits PA. Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. J Health Social Behav 1982; 2: 145-159
18. Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Sistema Internet de la Presidencia 2007. <http://pnd.presidencia.gob.mx/>
19. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS de vigilancia de las ENT. [http://www.who.int/ncd\\_surveillance/strategy/es/index.html](http://www.who.int/ncd_surveillance/strategy/es/index.html).
20. Secretaría de Salud. Programa de Acción Diabetes Mellitus, 2000-2006, Secretaría de Salud, 2000;15.
21. Diabetes costs lives. Brussels. International Diabetes Federation. and World Health Organization. 1999.
22. Hidalgo G, Carmen, Carrasco B, Eduardo. Salud Familiar un modelo de Atención Integral en la AP.
23. Pérez U, Almonte VM. La familia como sistema, consideraciones del rol de padre y madre. Rev Chilena de Pediat 1981; 56(6): 480 – 486.
24. De la Revilla L. Conceptos e instrumentos de la Atención familiar. Barcelona Doyma, 1994.
25. Valdez- Figueroa I A, Alderete -Rodriguez MG. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. Salud Publica Mex 1993; 35: 464 – 470.
26. Rodriguez - Moran M; Guerrero Romero JF. Importance of family support in the control

- of glycemia Salud Pública Mex 1997; 39:44 – 47.
27. Broadhead WE, Gehlbach SH, Degruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNC functional social support questionnaire: measurement of social support I family medicine patients. Med Care 1988; 26: 709-23.
  28. Bellón JA, Delgado A, Luna J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Aten Primaria, 1996; 18: 153-63.
  29. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994. Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. Diario Oficial de la Federación, 07 de abril de 2000
  30. DGIS- Dirección General de Información en Salud (2004). “Estadísticas de mortalidad en México: muertes registradas en el año 2002” en: Salud Pública de México /vol. 46, no. 2, marzo-abril, p.p. 169-185.
  31. Cárdenas V., V.M., C. Pedraza L., y R. E. Lerma C. 2005. Calidad de vida del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2. Ciencia UANL /Vol. VIII, No. 3: 351-357.
  32. Salazar S., B. 1999. Impacto socioeconómico de la diabetes mellitus en: [Islas A., Sergio y Alberto Lifshitz G.], Diabetes Mellitus, México, McGraw-Hill Interamericana.
  33. Secretaría de Salud 2001 Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México; hacia un sistema universal de salud. SS-México DF:

## 14. ANEXOS.

Anexo 1.

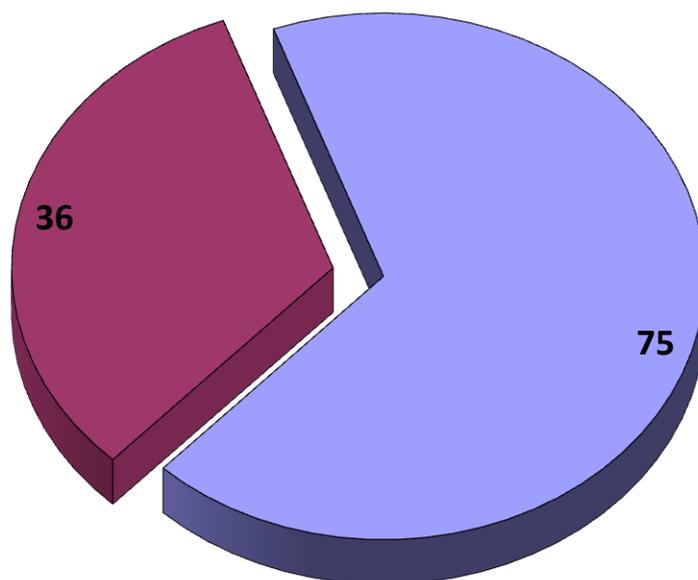
Edad	Frecuencia	Porcentaje
29-53	23	20.7
54-78	71	64.0
Más o igual a 79	17	15.3
Total	111	100.0



Anexo 2.

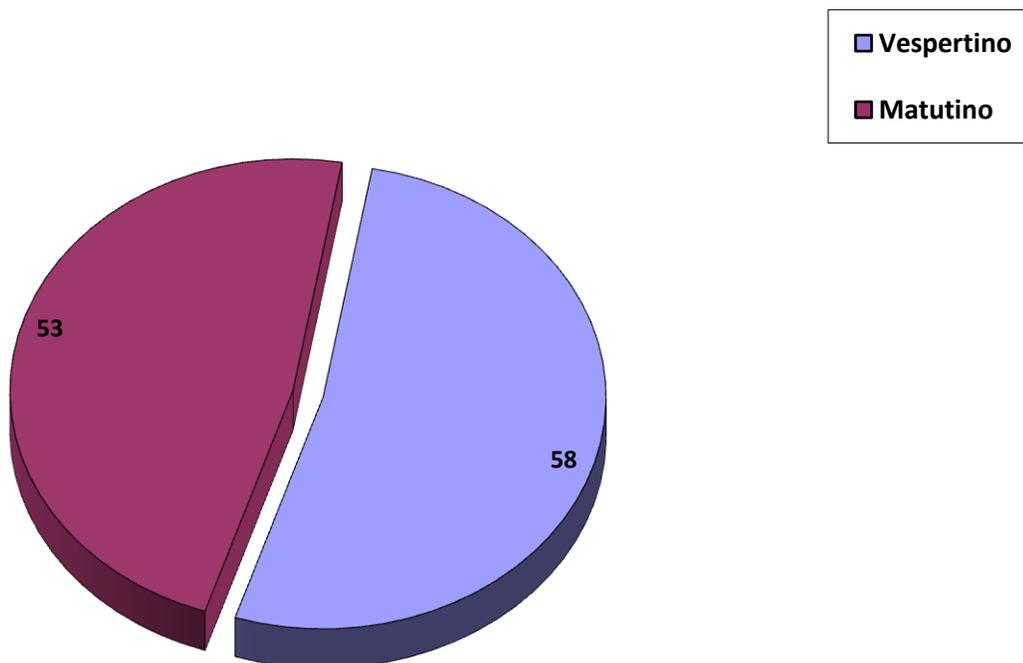
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	75	67.6
Masculino	36	32.4
Total	111	100.0

Sexo



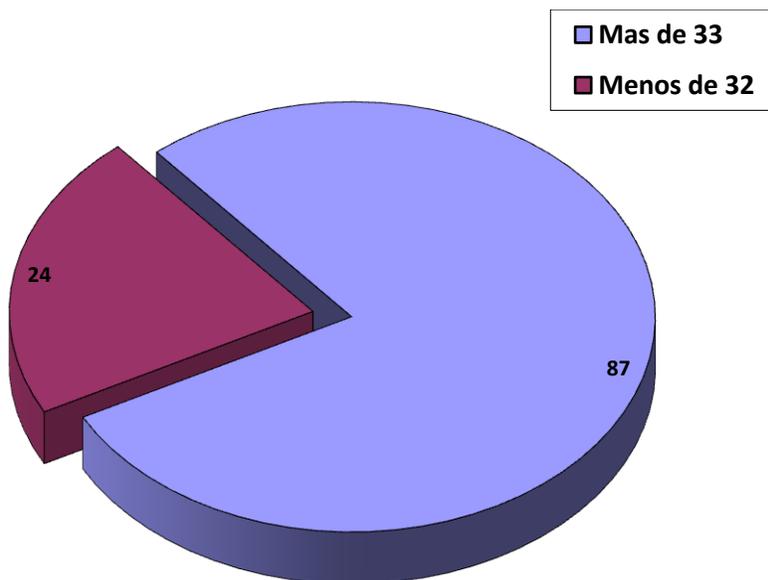
Anexo 3.

Turno	Frecuencia	Porcentaje
Vespertino	58	52.3
Matutino	53	47.7
Total	111	100.0



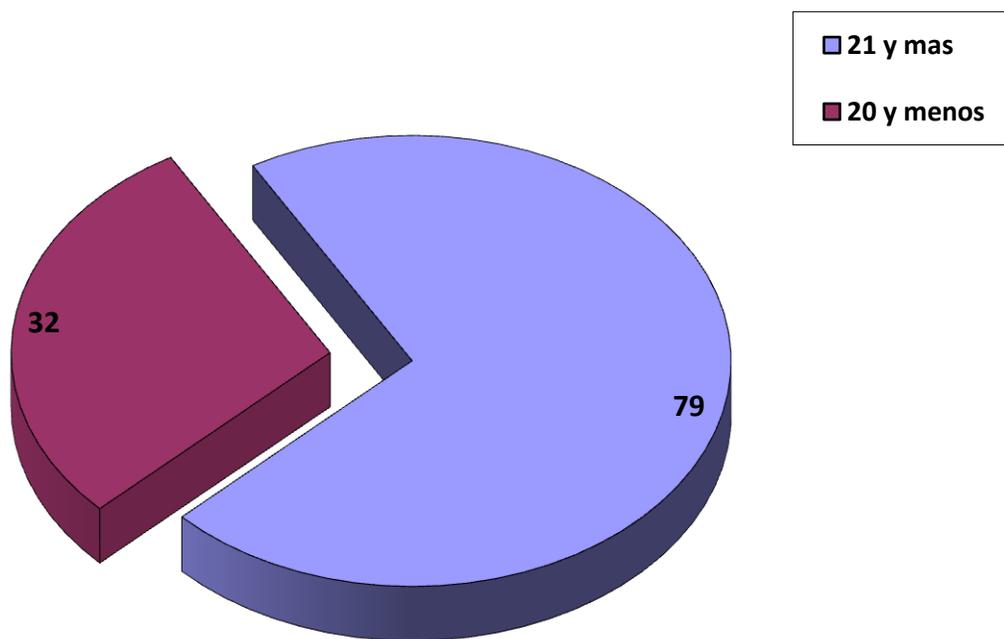
Anexo 4.

Apoyo social percibido	Frecuencia	Porcentaje
más de 33	87	78.4
Menos de 32	24	21.6
Total	111	100.0



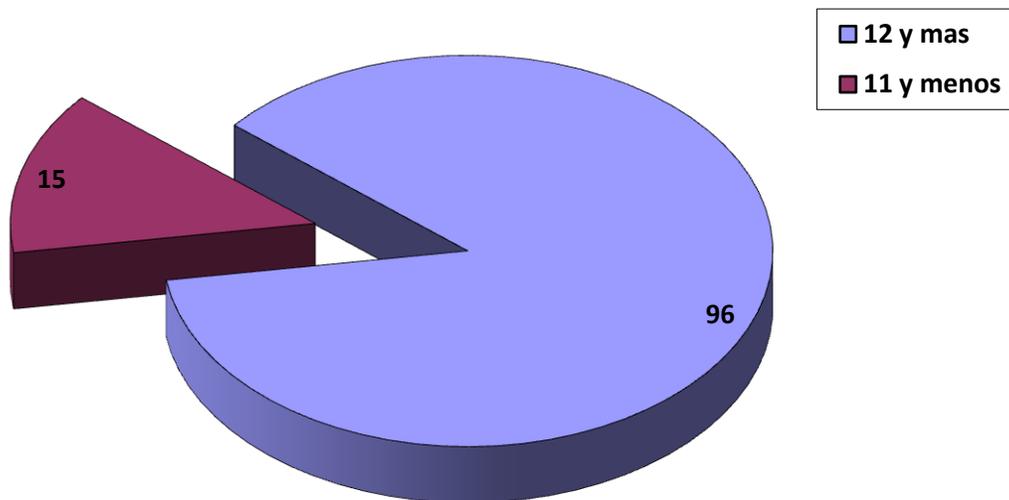
Anexo 5.

Apoyo confidencial	Frecuencia	Porcentaje
21 y más	79	71.2
20 y menos	32	28.8
Total	111	100.0



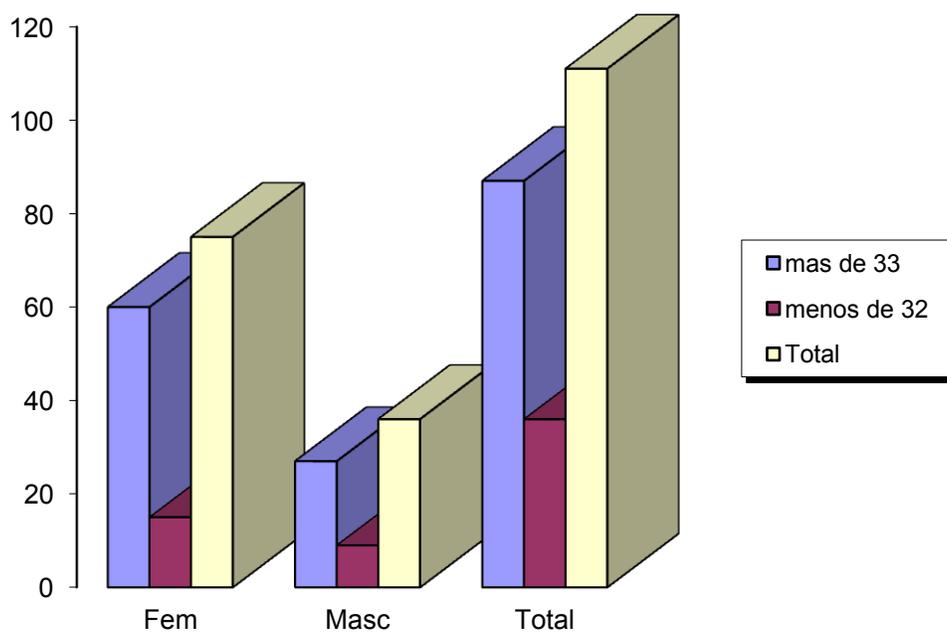
Anexo 6.

Apoyo emocional	Frecuencia	Porcentaje
12 y más	96	86.5
11 y menos	15	13.5
Total	111	100.0



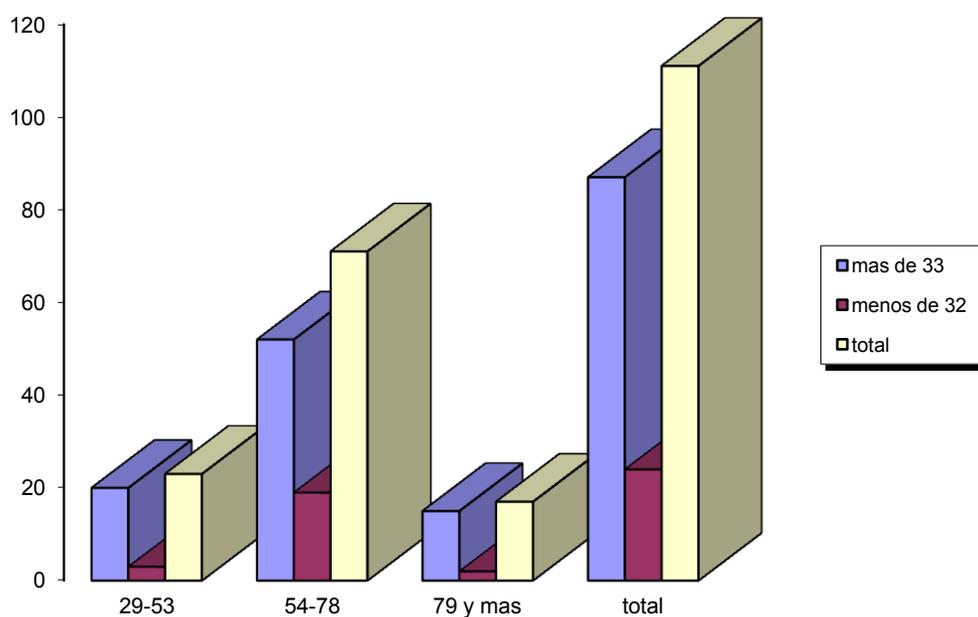
Anexo 7.

Sexo	más de 33	Menos de 32	Total
Femenino	60	15	75
Masculino	27	9	36
Total	87	24	111



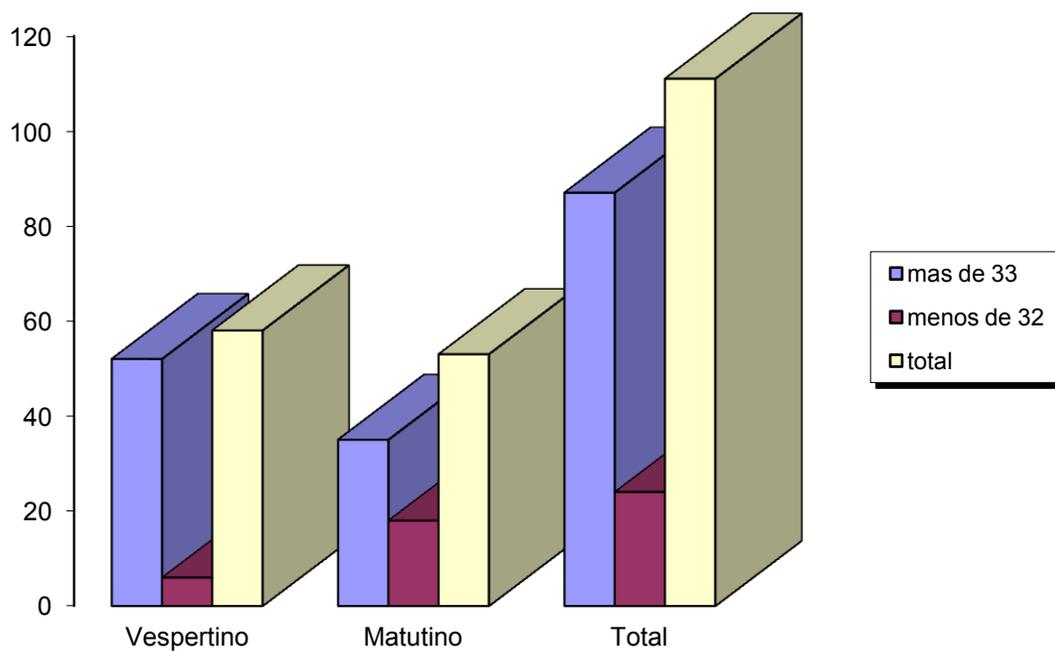
Anexo 8.

Edad	más de 33	Menos de 32	Total
29-53	20	3	23
54-78	52	19	71
Más o igual a 79	15	2	17
Total	87	24	111



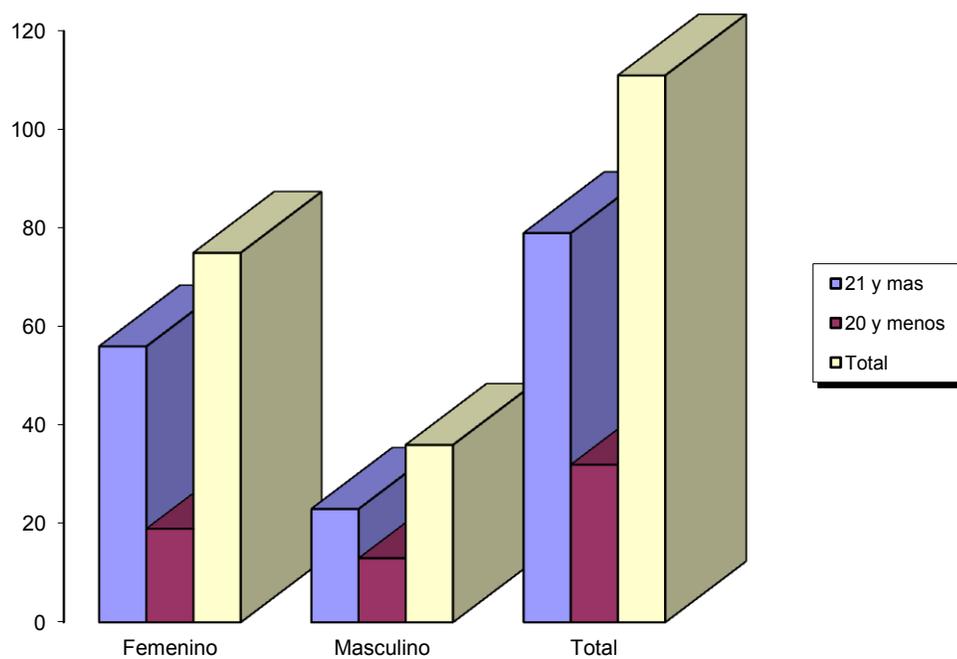
Anexo 9.

Turno	más de 33	Menos de 32	Total
Vespertino	52	6	58
Matutino	35	18	53
Total	87	24	111



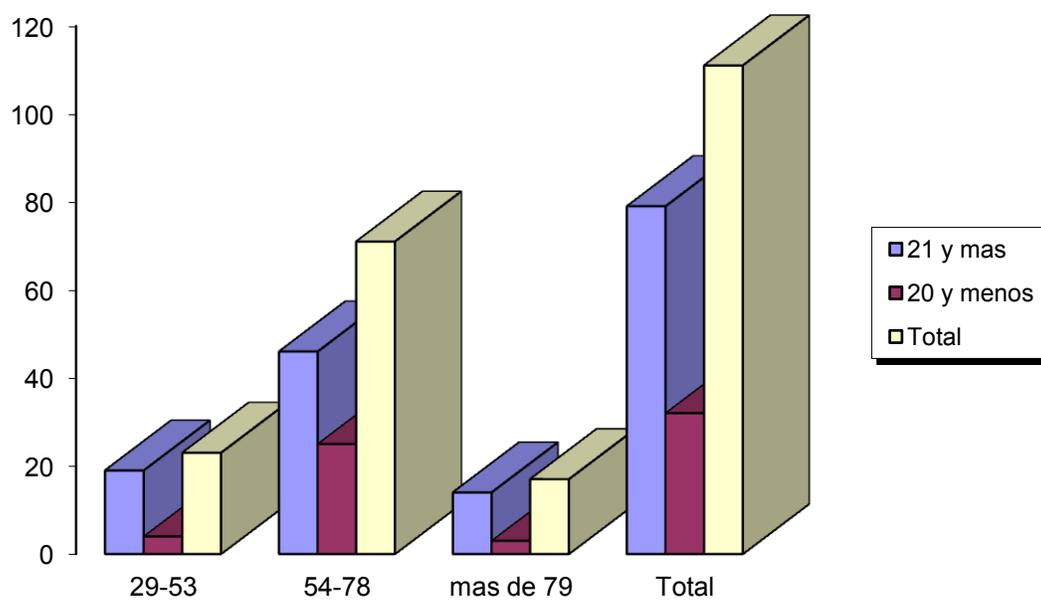
Anexo 10.

Sexo	21 y más	20 y menos	Total
Femenino	56	19	75
Masculino	23	13	36
Total	79	32	111



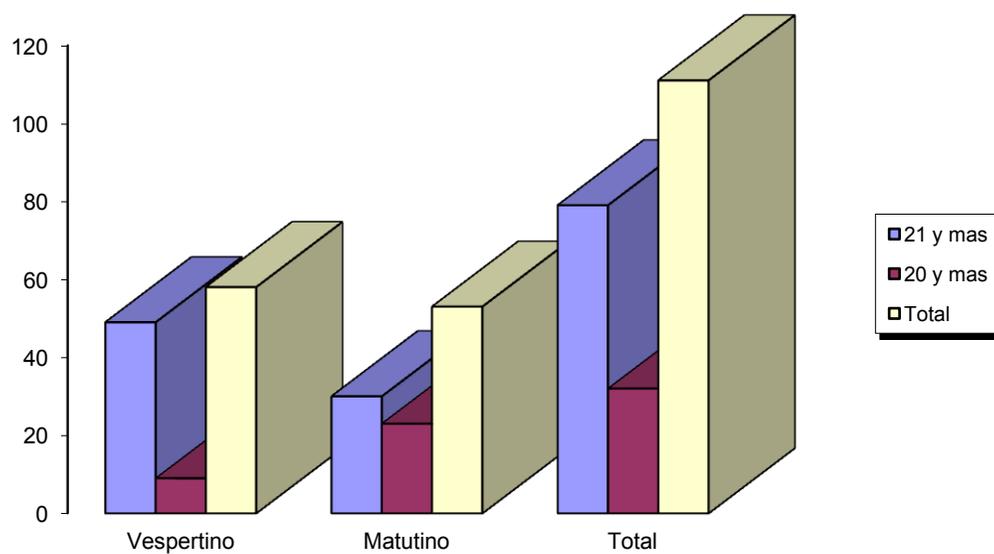
Anexo 11.

Edad	21 y más	20 y menos	Total
29-53	19	4	23
54-78	46	25	71
Más o igual a 79	14	3	17
Total	79	32	111



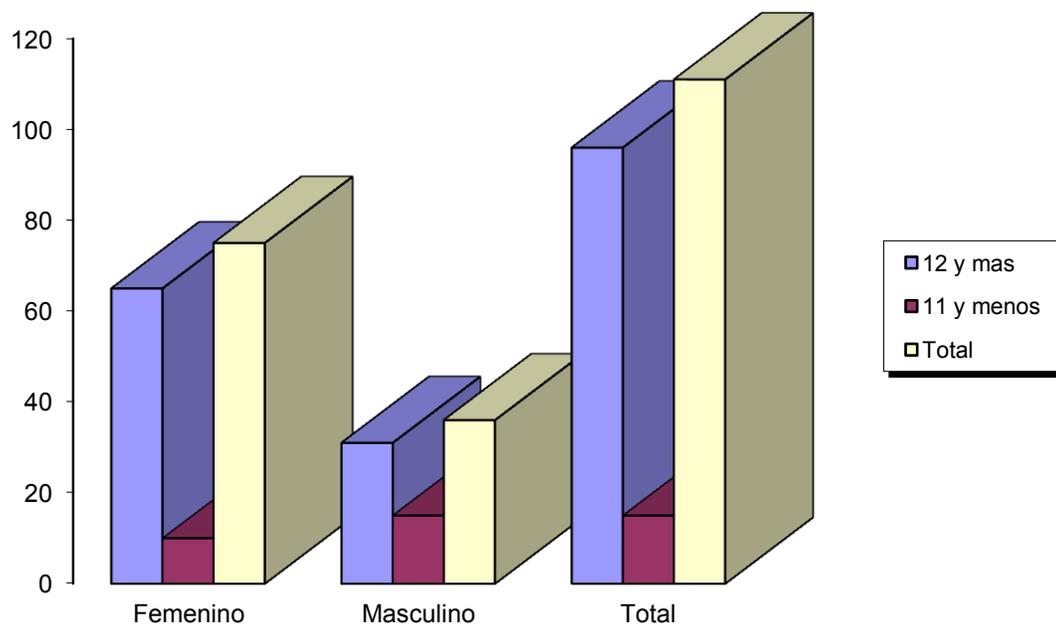
Anexo 12.

Turno	21 y más	20 y menos	Total
Vespertino	49	9	58
Matutino	30	23	53
Total	79	32	111



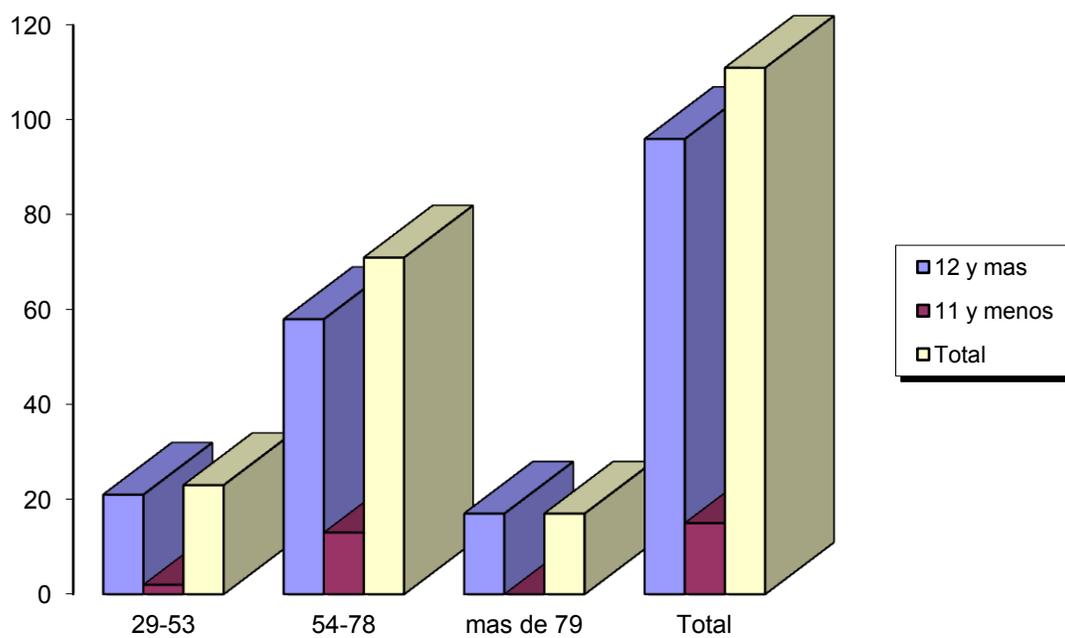
Anexo 13.

Sexo	12 y más	11 y menos	Total
Femenino	65	10	75
Masculino	31	5	36
Total	96	15	111



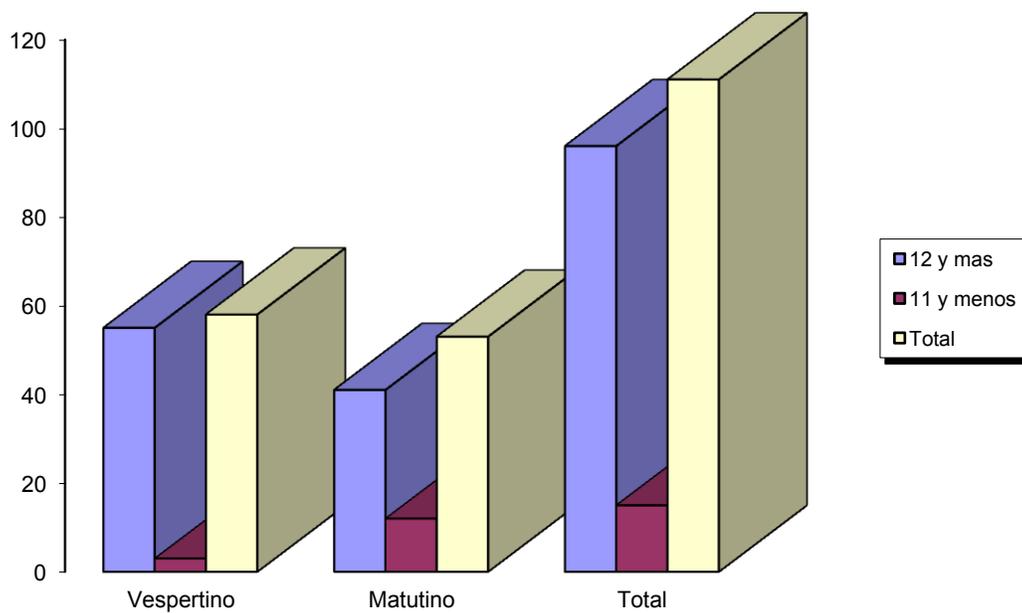
Anexo 14.

Edad	12 y más	11 y menos	Total
29-53	21	2	23
54-78	58	13	71
Más o igual a 79	17	0	17
Total	96	15	111



Anexo 15.

Turno	12 y más	11 y menos	Total
Vespertino	55	3	58
Matutino	41	12	53
Total	96	15	111



Anexo 16.

ENCUESTA

<b>instrucciones para el paciente:</b> <b>En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:</b>	<b>Mucho menos de lo que deseo</b>	<b>Menos de lo que deseo</b>	<b>Ni mucho ni poco</b>	<b>Casi como deseo</b>	<b>Tanto como deseo</b>
	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares.					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa.					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo.					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede.					
5.- Recibo amor y afecto.					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa.					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis personales y familiares.					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos.					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas.					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida.					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama.					
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>					

Anexo 17.

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL  
Dirección de Prestaciones Médicas

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROYECTOS DE  
INVESTIGACION CLINICA

Yo \_\_\_\_\_ reconozco y acepto participar en el proyecto de investigación titulado : **APOYO FAMILIAR Y SOCIAL EN PACIENTE DIABETICOS NO INSULINODEPENDIENTES**. Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC No. 506. El objetivo del estudio es: Analizar la afectación de la dinámica familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica de la Unidad de Medicina Familiar de Villa Unión, Coahuila. Se me ha explicado que mi participación consistirá en: La aplicación de una encuesta en la que se pide información para saber la dinámica familiar, Preguntas en las que se involucra la relación familiar. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: No se somete a ningún riesgo o inconvenientes solo la información fidedigna de cómo funciona la relación familiar. El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente). El investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento). Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del Instituto. El investigador principal 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 proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

\_\_\_\_\_  
lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente

\_\_\_\_\_  
No. Seguridad Social

\_\_\_\_\_  
Testigo Nombre y Firma 1

\_\_\_\_\_  
Testigo Nombre y firma 2

Dr. Edgar Fabian Paz Melendez  
MATRICULA: 99056483

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma, matrícula del investigador principal

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionados con el estudio:

878 110 21 32

Anexo 18.

**EL APOYO FAMILIAR Y SOCIAL EN PACIENTE DIABETICOS NO INSULINODEPENDIENTES.**

DR. EDGAR FABIAN PAZ MELENDEZ

VILLA UNION; COAHUILA

2012	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Determinar el objeto de Investigación			X									
Elaboracion del Marco Teorico				x								
Planteamiento del problema					x							
Elaboracion de Objetivos, Justificación e Hipótesis						x						
Material y Metodos							x					
Planteamiento del analisis estadistico								x				
Bibliografia y Anexos									x			
Envio a SIRELSIS										x		
Elaboracion de Modificaciones Y envio nuevamente a revisión										x		
Envio del Protocolo Al comite para registro											x	
Elaboracion de Modificaciones												X
2013												
Autorizacion del protocolo	x											
Seleccion de la Muestra		X										
Recopilacion de Datos			X	x	x	x	x	x	x	x		
Elaboración de bases de datos											x	
Analisis estadistico												X
2014												
Elaboración y Redacción De la Tesis	X	X	x	x	x	x	x	x				
Envío de la Tesis a la UNAM									x			
Realización de Modificaciones Y envío a la UNAM										x		
Aceptacion por la Universidad											x	