



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 35

MEXICO D.F.



**REDES DE APOYO FAMILIAR EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN
LA UMF NO. 120**

TESIS

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR MAURICIO JOSE PEREZ MARTINEZ

MEXICO D.F.

2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**REDES DE APOYO FAMILIAR EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA
UMF NO. 120**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

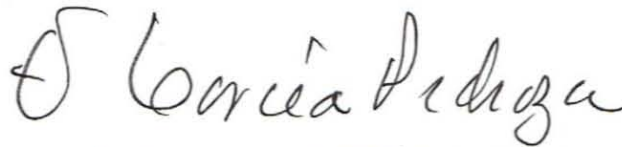
PRESENTA:

MAURICIO JOSE PEREZ MARTINEZ

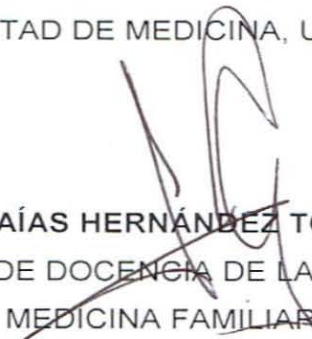
AUTORIZACIONES



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 DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

REDES DE APOYO FAMILIAR EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2 EN LA UMF NO. 120

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DR. MAURICIO JOSÉ PÉREZ MARTÍNEZ

AUTORIZACIONES



DR. HUMBERTO PEDRAZA MENDEZ
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE EDUCACION EN SALUD.
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL.
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS DEL D.F.



DR. VICTOR MANUEL AGUILAR.
COORDINADOR AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN
DELEGACION NORTE DEL IMSS

REDES DE APOYO FAMILIAR EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2 EN LA UMF NO. 120

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DR. MAURICIO JOSÉ PÉREZ MARTÍNEZ


DRA. MARÍA ESPERANZA VELÁZQUEZ SICARDO
DIRECTOR DE LA UMF NO. 120


Dr. MIGUEL VARELA HERNÁNDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES
UMF N° 23

Dr(A). MARÍA TERESA BARRÓN TIRADO
INVESTIGADOR RESPONSABLE
JEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD UMF N° 120





ÍNDICE

Resumen.....	6
Introducción.....	8
Marco teórico.....	10
Planteamiento del problema.....	26
Justificación.....	28
Objetivo general.....	30
Objetivos específicos.....	30
Metodología.....	30
Tipo de estudio.....	30
Tamaño de la muestra.....	30
Procedimiento de captura de la información.....	30
Criterios de Selección.....	31
Criterios de inclusión.....	31
Criterios de exclusión.....	31
Criterios de eliminación.....	31
Variables.....	32
Consideraciones éticas.....	37
Resultados	46
Discusión.....	72
Conclusiones.....	74
Comentarios y sugerencias.....	75
Bibliografía.....	76
Anexos.....	79
Carta de consentimiento informado.....	79
Instrumento de evaluación.....	81



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL DISTRITO FEDERAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 120

Redes de Apoyo Familiar en el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 en la UMF No. 120

Investigadores: Dra. María Teresa Barrón Tirado UMF 120, Pérez Martínez Mauricio José Médico General UMF 35

RESUMEN: Las redes sociales del ser humano se establecen a lo largo de la vida. El estudio de redes asociados a grupos de riesgo, se ha evaluado como fundamental para mejorar las medidas de prevención y control de pacientes con DM2.

Objetivo: Identificar las redes de apoyo familiar en el paciente con diabetes mellitus tipo 2 en la UMF No. 120

Metodología: Estudio transversal, descriptivo y prospectivo, se realizó en la UMF No. 120 durante el periodo: Noviembre 2012 a marzo 2013. Se incluyeron pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, glicemia < 150 mg/dl. Las variables fueron sociodemográficas y red de apoyo. Se aplicó el Instrumento de Duque validado por Valdez. Consta de tres dimensiones: conocimiento de la familia, seguimiento del familiar en proporcionar los medicamentos y las actitudes de apoyo. El muestreo fue no probabilístico por casos consecutivos, el análisis estadístico fue invariado, se solicitó carta de consentimiento informado.

Resultados: Se encontró que los pacientes con red de apoyo familiar fue de 83 %, toman medicamentos 66.7% para el control metabólico, dieta 19.4%, ejercicio 3.9%, cuidado de pies 2.3%. El 83.7% refieren conocer la importancia de infecciones, se preparan sus alimentos, el 65.9%, se administran sus medicamentos el 82.2%. Los familiares apoyan para entender indicaciones médicas 82.9%.

Conclusiones: En nuestro estudio se encontró que los pacientes diabéticos estudiados en su mayoría sí cuentan con apoyo de sus familiares para el cuidado de su enfermedad, la atención odontológica esta descuidada y es difícil acompañarlos a su control médico.

Sin embargo no existe un buen control glicémico del paciente. La cultura familiar se refleja en

todas las personas con alguna enfermedad, en varias ocasiones provocan crisis de la familia; es decir la enfermedad de un miembro de la familia genera una modificación del sistema familiar y difícil control, en este caso de la Diabetes Mellitus.

Palabras Clave: Redes de Apoyo, Diabetes Mellitus

INTRODUCCIÓN

La visión de la salud en el ser humano, ha experimentado una transición desde el modelo de ausencia de la enfermedad hasta la búsqueda del estado de bienestar del individuo (OMS 1946).

Bajo este último paradigma, la felicidad se convierte en un importante referente de bienestar, ello a pesar de la dificultad derivada de la determinación de medidas que permitan identificarla de manera precisa. Existe evidencia de que las personas felices viven más, que tienen mayor propensión a estar sanas y se defienden mejor de la enfermedad.¹ Según estudios de diversos autores, la felicidad es una tendencia del estado de ánimo y en donde en común se encuentra que los individuos que se perciben felices son seguros de sí mismos, emprendedores, optimistas y extrovertidos con la capacidad de mantener sólidas relaciones sociales con otros y comprometidos con la vida y los demás. De esas relaciones sociales surge el concepto de redes de apoyo, el cual es interpretado en esta investigación como la ayuda de otros que recibe el individuo en situaciones adversas. El ejemplo más típico de apoyo al ser humano lo constituye la familia. Otros apoyos lo constituyen la pareja, los amigos, el vínculo a grupos sociales como, por ejemplo, los terapéuticos o grupos de tercera edad. Existen actividades propias del individuo que implican contacto con otros, tales como el trabajo o actividades de desarrollo religioso o las relacionadas con el estudio y que en común permiten contactos sociales que pueden también generar importantes apoyos.¹

La diabetes mellitus es un problema de salud pública, influyen diversos factores entre los que destaca la transición epidemiológica, sin embargo se subestima la gran magnitud de Diabetes Mellitus en el incremento en la incidencia y prevalencia.²⁹

Existen determinados factores asociados al desarrollo de la diabetes. Algunos factores como la genética, y la historia familiar, por ejemplo están fuera de nuestro control para prevenir la enfermedad, sin embargo, podemos cambiar nuestros hábitos alimenticios, los niveles de actividad y el peso corporal para el mejor control de la Diabetes Mellitus.

Las redes sociales del ser humano se establecen a lo largo de la vida, por tanto, apreciar la correspondencia entre éstas y la felicidad puede ser útil para fortalecerlos y, al hacerlo, se promueve la salud de la población. El presente trabajo pretende estimar dichas relaciones y comportamientos de acuerdo a condiciones socioeconómicas (estratos), ubicación geográfica (urbana y rural) y acceso a la educación. Se plantea que esta descripción ayudará a identificar las redes y con ello la felicidad y, así, construir estructuras sociales que sirvan para enfrentar las enfermedades.¹

La preocupación por la familia ha estado presente desde muchos años en los medios de salud chilenos. Desde 1981 comenzó a debatirse temas como la salud familiar orientada hacia la resolución de los grandes desafíos del nivel de atención primaria de la salud, que es la puerta de entrada al sistema público, que atiende a más del 80% de la población² Este nuevo enfoque de la Salud Familiar tiene como objetivo apoyar a la familia y a cada uno de sus integrantes en el desarrollo de las habilidades y destrezas para una mejor calidad de vida, promoviendo una vida saludable, en que la familia y la comunidad se sientan comprometidos y responsable por la salud personal y de sus integrantes, a través de acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud.²

La familia independiente de su funcionalidad, está expuesta a momentos críticos dentro del desarrollo de su ciclo vital, situación no menos relevantes que otras temáticas en la salud².

MARCO TEORICO

EPIDEMIOLOGÍA DE LA DIABETES MELLITUS.

Latinoamérica (LA) incluye 21 países con casi 500 millones de habitantes y se espera un aumento del 14% en los próximos 10 años. Existe alrededor de 15 millones de personas con DM en LA y esta cifra llegará a 20 millones en 10 años, mucho más de lo esperado por el simple incremento poblacional. Este comportamiento epidémico probablemente se debe a varios factores entre los cuales se destacan la raza, el cambio en los hábitos de vida y el envejecimiento de la población. La mayoría de la población latinoamericana es mestiza (excepto Argentina y Uruguay), pero todavía hay algunos países como Bolivia, Perú, Ecuador y Guatemala, donde más del 40% de los habitantes son indígenas.²⁴

Estudios en comunidades nativas americanas han demostrado una latente pero alta propensión al desarrollo de diabetes y otros problemas relacionados con resistencia a la insulina, que se hace evidente con el cambio en los hábitos de vida, lo cual está ocurriendo en forma progresiva.

De hecho, entre un 20 y un 40% de la población de Centro América y la región andina todavía vive en condiciones rurales, pero su acelerada migración probablemente está influyendo sobre la incidencia de la DM2. La prevalencia en zonas urbanas oscila entre 7 y 8%, mientras en las zonas rurales es apenas del 1 al 2%.

El aumento de la expectativa de vida también contribuye. En la mayoría de los países de La tasa anual de crecimiento de la población mayor de 60 años es del orden del 3 al 4% mientras que en Estados Unidos no pasa del 0.5%. La prevalencia de diabetes mellitus en menores de 30 años es menor del 5% y después de los 60 sube a más del 20%. Por otro lado la altura parece ser un factor protector. La prevalencia de DM2 en poblaciones ubicadas a más de 3.000 m sobre el nivel del mar tienen proporcionalmente una prevalencia que es casi la mitad de la encontrada en poblaciones similares desde el punto de vista étnico y socioeconómico pero ubicadas a menor altura.

La diabetes mellitus se diagnostica tarde. Alrededor de un 30 a 50% de las personas desconocen su problema por meses o años (en zonas rurales esto ocurre casi en el 100%) y en los estudios de sujetos con diabetes mellitus recién diagnosticada, la prevalencia de retinopatía, oscila entre 16 y 21%, la de nefropatía entre 12 y 23% y la de neuropatía entre 25 y 40%. La diabetes mellitus ocupa uno de los primeros 10 lugares como causa de consulta y de mortalidad en la población adulta. Los estudios económicos han demostrado que el mayor gasto de atención a la persona con diabetes, se debe a las hospitalizaciones y que ese gasto se duplica cuando el paciente tiene una

complicación micro o macro vascular y es cinco veces más alta cuando tiene ambas. La mayoría de las causas de hospitalización del diabético se pueden prevenir con una buena educación y un adecuado programa de reconocimiento temprano de las complicaciones.

La principal causa de muerte de la persona con DM2 es cardiovascular. Prevenirla implica un manejo integral de todos los factores de riesgo tales como la hiperglucemia, la dislipidemia, la hipertensión arterial, el hábito de fumar, etcétera. Todos estos factores, excepto el hábito de fumar, son más frecuentes en los diabéticos y su impacto sobre la enfermedad cardiovascular también es mayor.

Los nuevos criterios para el diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus (DM) fueron desarrollados casi simultáneamente por un comité de expertos de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) y por un comité asesor de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La clasificación de la diabetes mellitus se basa fundamentalmente en su etiología y características fisiopatológicas, pero adicionalmente incluye la posibilidad de describir la etapa de su historia natural en la cual se encuentra la persona. Esto se describe gráficamente como una matriz donde en un eje figuran los tipos de diabetes mellitus en el otro las etapas:

CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA DE LA DIABETES MELLITUS

La clasificación de la diabetes mellitus contempla cuatro grupos:

- Diabetes tipo 1 (DM1)
- Diabetes tipo 2 (DM2)
- Otros tipos específicos de diabetes
- Diabetes gestacional (DMG)

Con frecuencia las personas con DM2 llegan a requerir insulina en alguna etapa de su vida y, por otro lado, algunos DM1 pueden progresar lentamente o tener períodos largos de remisión sin requerir la terapia insulínica. Por ello se eliminaron los términos no insulino e insulino dependientes para referirse a estos dos tipos de DM.

En la Diabetes Mellitus tipo 1, las células beta se destruyen, lo que conduce a la deficiencia absoluta de insulina. Sus primeras manifestaciones clínicas suelen ocurrir alrededor de la pubertad,

cuando ya la función se ha perdido en alto grado y la insulino terapia es necesaria para que el paciente sobreviva.

Sin embargo, existe una forma de presentación de lenta progresión que inicialmente puede no requerir insulina y tiende a manifestarse en etapas tempranas de la vida adulta. A este grupo pertenecen aquellos casos denominados por algunos como diabetes autoinmune latente del adulto (LADA).

Recientemente se ha reportado una forma de diabetes tipo 1 que requiere insulina en forma transitoria y no está mediada por autoinmunidad. La etiología de la destrucción de las células beta es generalmente autoinmune pero existen casos de DM1 de origen idiopático, donde la medición de los anticuerpos conocidos da resultados negativos. Por lo tanto, cuando es posible medir anticuerpos tales como anti-GAD65, anticélulas de islotes (ICA), antitirosina fosfatasa (IA-2) y antiinsulina; su detección permite subdividir la diabetes mellitus tipo 1 en:

A. Autoinmune

B. Idiopática

La diabetes mellitus tipo 2, se presenta en personas con grados variables de resistencia a la insulina pero se requiere también que exista una deficiencia en la producción de insulina que puede o no ser predominante. Ambos fenómenos deben estar presentes en algún momento Para que se eleve la glucemia. Aunque no existen marcadores clínicos que indiquen con precisión cuál de los dos defectos primarios predomina en cada paciente, el exceso de peso sugiere la presencia de resistencia a la insulina mientras que la pérdida de peso sugiere una reducción progresiva en la producción de la hormona. Aunque este tipo de diabetes se presenta principalmente en el adulto, su frecuencia está aumentada en niños y adolescentes obesos.

La diabetes mellitus considerada como una pandemia creciente, representa más de un cuarto del total de la carga de los estimados en el mundo. Para el año 2010, el número se estimó en 45 millones como consecuencia del envejecimiento poblacional y las tendencias crecientes en los factores de riesgo asociados a la enfermedad, relacionados con el proceso de modernización en los países en desarrollo.

La diabetes mellitus es un problema de salud pública serio y de alto costo. Afecta a personas de todas las edades y condiciones socioeconómicas. Millones de personas con diabetes no están

siendo diagnosticadas. Millones no están siendo adecuadamente tratados. El impacto de la diabetes en la sociedad y en los individuos está subestimado.⁴

La prevalencia es mayor en los países desarrollados que en los países en vías de desarrollo; las más altas del mundo se observan en el Medio Oriente, principalmente en Chipre (13%) y Líbano (13.7%), el incremento global esperado en estos países para el 2025 es de 38%.

En Latinoamérica y el Caribe la prevalencia global es de 5.7%, para el año 2025 se espera 8.1%, en Uruguay se encuentra la prevalencia más alta 8.1%.⁴ El país latinoamericano con mayor incremento en la prevalencia es México de 7.7-12.3% y en el mundo es la India.⁵

La Diabetes Mellitus es una enfermedad incapacitante que ha mostrado un ascenso sostenido en los últimos 10 años, en los Estados Unidos representa el 6,6% en la población de 20-74 años de edad. En España es la tercera causa de muerte. Más de la mitad de las estimaciones mundiales están previstas para América Latina y el Caribe. En Venezuela ocupa la sexta causa de muerte. La prevalencia en Venezuela para el año 2000 fue de 5-6%. Cada día mueren 14 diabéticos.⁶

En 2009 Molina y cols., a través de un estudio transversal descriptivo realizado en el Hospital Universitario de Los Andes, identificaron que en un grupo de 87 pacientes Diabéticos insulino dependientes el apoyo familiar principal corre a cargo del cónyuge y de los hijos. Se revisaron las historias clínicas de pacientes que habían sido amputados en los últimos tres años, se ubicó el domicilio de los mismos y se indagó acerca de características demográficas (edad, sexo, estado civil, ocupación antes y después de la amputación), miembros de la familia a cargo de los gastos que genera la enfermedad y el sistema que utiliza el paciente para la deambulaci3n obteniendo como conclusi3n que la funcionalidad familiar fue muy buena a expensas de la adaptaci3n y la participaci3n.⁶

En los países en desarrollo, los recursos económicos y humanos son limitados, a pesar de las graves necesidades y los múltiples problemas sanitarios. Más de tres cuartas partes de la poblaci3n diabética del mundo viven en países en desarrollo. Entre 2000 y 2025, el aumento del número de casos en estos países rondará el 170%. En el mundo en desarrollo, la diabetes, al igual que otras enfermedades crónicas, suele ignorarse a la hora de considerar las prioridades sanitarias; se sigue dando un mayor protagonismo a la atenci3n inmediata y aguda frente a la prevenci3n.⁷

En 1995, México contaba con 3.8 millones de adultos diabéticos y para el 2025 se prevé que se alcance la cifra de 11.7 millones. En Aguascalientes la diabetes mellitus (DM) tipo 2, en el 2003,

ocupó el 12º lugar de morbilidad por casos nuevos con una tasa de 288.4 por 100,000 habitantes. Las repercusiones sociales y económicas causadas por esta enfermedad obligan a las instituciones de salud a crear esquemas eficaces que eviten las complicaciones tardías. A partir de la metodología de redes sociales se pretende conocer las características sociales culturales en un paciente diabético tipo 2, asociadas al control metabólico. El estudio de redes asociados a grupos de riesgo, se ha revelado como fundamental para mejorar las políticas de prevención y control.⁸ En México, la DM2 es la principal causa de demanda de consulta externa en instituciones públicas y privadas y uno de los principales motivos para la hospitalización. Es más frecuente en el medio urbano (63%) que en el rural (37%) y mayor en mujeres que en hombres. La esperanza de vida de un individuo diabético es de dos tercios de la esperada. Los pacientes con complicaciones crónicas vasculares a largo plazo, tienen el doble de posibilidades de morir que la población general.⁵

Arredondo en 2006, demostró la consistencia interna del cuestionario de Duke para conocer las redes de apoyo social y el control del paciente con DM tipo 2 en una unidad de primer nivel de atención; para conocer la confiabilidad de consistencia interna que tiene el cuestionario de Duke-UNC-11 al ser aplicado en sujetos mexicanos.

En un estudio observacional, transversal, prospectivo, descriptivo en una Población 364 pacientes diabéticos tipo 2 derechohabientes de la C.M.F. "Oriente" ISSSTE. Cd. de México. Septiembre 2004 - agosto 2005, se aplicó una encuesta para conocer variables sociodemográficas, clínicas y valoración del apoyo social con escala de Duke UNC-11. El 29.9% de los pacientes no pertenecen a ningún 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 normal 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.⁹

Steven et al, realizaron un estudio sobre la conducta de los factores predictores de los pacientes con diabetes; su objetivo fue examinar los mecanismos mediante los cuales la autoeficacia, apoyo social y depresión influyen en las conductas de autocuidado en la diabetes tipo 2. Los resultados indicaron que el apoyo social negativo se relacionó con la autogestión de los pacientes y es un predictor y más fuerte de los síntomas depresivos que los socialmente positivos, el apoyo prestado por familiares y amigos. Síntomas depresivos predicen un pobre control de la diabetes incluyendo la mala dieta y realizar ejercicio. El apoyo social positivo sugiere que las conductas de colaboración al paciente, del autocuidado, predicen mejor una atención directa e indirecta y mejora el autocuidado en la dieta y el ejercicio.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas publicada en 1993, alrededor de 8.2% de la población entre 20 y 69 años padecen Diabetes Mellitus, esto significa que en nuestro país existen más de cuatro millones de personas con esta enfermedad.

En un estudio donde se realizaron estimaciones sobre la diabetes, basado en los cambios demográficos, las constantes en el aumento de personas obesas y la poca actividad física, se estima que el predominio de diabetes en el ámbito mundial para grupos de todas las edades fue de 2.2% en 2000 y 4.4% en 2003; el número total de personas con diabetes es proyectado arriba de 171 millones en el año 2000 a 366 millones en 2030.⁹

En la actualidad se calcula que la frecuencia mundial de diabetes mellitus en adultos es de 4%, la cual se verá incrementada en un 5.4% para el año 2025. En México, se calcula que la prevalencia actual en adultos es de un 8 a 10%. La Federación Mexicana de Diabetes, A. C. en el 2002 considera que la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 1 o insulino-dependiente puede alcanzar 1% de la población general.¹⁰

La diabetes mellitus (DM) es un trastorno que se caracteriza por concentraciones elevadas de glucosa en sangre debido a deficiencia en la producción o acción de la insulina. Comprende un grupo heterogéneo de enfermedades sistémicas, crónicas, de causa desconocida con grados variables de predisposición hereditaria y la participación de diversos factores ambientales que afectan al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.¹⁷

La diabetes mellitus se considera una de las enfermedades más importantes del siglo XXI; se estima que en el 2010, el número de portadores de diabetes en todo el mundo será alrededor de 221 millones, lo que representará un crecimiento del 46% en la relación al año 2000.¹⁸

La Declaración de las Américas emitidas por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, pone de relieve la importancia cada vez mayor que esta enfermedad tiene sobre las estadísticas de morbilidad y mortalidad de la población.¹⁹ La mortalidad por la diabetes mellitus en México se elevó de 39 a 40 por cada 100 mil habitantes entre 1985 y el año 2000 y hoy ocupa los primeros lugares como causa de muerte tanto en los hombres como en las mujeres y provoca una cantidad muy importante de años de vida saludables perdidos. La tasa de mortalidad crece 3% cada año y consume entre el 4.7 y 6.5% del presupuesto de atención en la salud.²⁰ Para el año 2003 en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la DM fue la segunda causa que motivó la atención médica en Unidades de Medicina Familiar.¹⁷

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la diabetes mellitus se sitúa en el segundo lugar dentro de los principales motivos de demanda en la consulta de Medicina Familiar y en el primer lugar en la consulta de especialidades con incremento en el otorgamiento de días de incapacidad temporal así como de pensiones por invalidez; es también una de las principales causas de ingreso y de egreso hospitalario. El número de consultas por diabetes mellitus atendidas por médicos familiares ha aumentado sustancialmente, de alrededor de 897,000 consultas en 1984 a más de 5 millones en 1999, con un incremento de 498 %. Cuanto a la consulta por médico de otra especialidad, como es medicina interna, y sub especialidades, aumento un 249 %.

Con respecto a su mortalidad, pasó del cuarto lugar en 1990, al tercero en el año 2001, concomitantemente, el gasto originario por las complicaciones de la DM es tres veces superior al de su tratamiento y control, principalmente es el ocasionado por la vasculopatía diabética.¹⁹

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que presenta un riesgo potencial para múltiples complicaciones médicas y un alto índice de mortalidad entre las que están: la ceguera, la insuficiencia renal; en la integridad física: amputaciones, enfermedades del corazón y derrame cerebral, se ha observado que el control metabólico y el autocuidado reducen significativamente el riesgo de desarrollar complicaciones.²¹

El estudio de las redes de apoyo social inicia en los años 70s con los hallazgos observados en estudios del área de la salud que querían modificar los estilos de vida. Varios investigadores han tratado de establecer una definición sobre las redes de apoyo social, para esta investigación se toman los estudios de Kaplan (1974) que refiere ser los lazos perdurables que establecen entre sí las personas y que desempeñan un papel importante sobre el comportamiento personal y social.³

Las reacciones de la familia ante la presencia de una enfermedad dependerán de varios factores: el tipo de familia, la cultura y la educación de cada miembro; del desarrollo familiar y de las ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas y su tratamiento, lo que influye en el enfermo. Las actitudes de los parientes acerca del dolor, invalidez, regímenes terapéuticos, o de una enfermedad como la diabetes, pueden establecer la reacción del paciente a sus síntomas o complicaciones. Ante el diagnóstico de un trastorno como la diabetes, con su condición de cronicidad y que exige modificaciones en los hábitos y el estilo de vida de uno de los miembros, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar la homeostasis amenazada.

El factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevas formas y a veces nuevos papeles. Con esos cambios adaptativos aparecen nuevos riesgos para otros miembros de la familia, lo que puede afectar a su vez al familiar enfermo.³

El concepto de apoyo social es relativamente reciente y nace en la década de los años setenta en la escuela de antropología británica de la Universidad de Manchester. Se define como un proceso interactivo en el que el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en la que se encuentra inmerso. El apoyo social es un factor que tiene un efecto protector o benefactor sobre múltiples parámetros relacionados con la salud como, por ejemplo, la morbilidad psiquiátrica, los resultados obstétricos, el crecimiento infantil y la recuperación de enfermedades o trastornos crónicos.

El mecanismo de acción del apoyo social sobre la salud no se conoce con certeza, aunque existen dos hipótesis: por un lado, la teoría del efecto tampón o buffer, donde la influencia del apoyo social estaría determinada por su papel modulador sobre las situaciones adversas que generan estrés en el individuo; la otra teoría considera que el apoyo social es un agente causal directo de las enfermedades. Existen diversos estudios poblacionales donde se constata la relación entre un menor apoyo social y un aumento de la mortalidad global.¹³

Los seres humanos son altamente sociables y nuestra conducta viene fuertemente influenciada por quienes nos rodean: nuestros familiares, compañeros de trabajo, proveedores sanitarios. Si estas personas nos prestan su apoyo para el autocontrol, puede resultar una influencia muy positiva. Por las mismas razones, si una persona está rodeada por personas que no la apoyan en su autocontrol, su tarea resultará mucho más difícil. No vivimos aislados¹¹.

Las redes de apoyo personales permiten entender mejor el cambio en la estructura, composición y función de las relaciones sociales que se producen ante una situación vital de estrés. El apoyo social y los estudios de apoyo social existen desde hace varias décadas, iniciados originalmente por la Epidemiología, la Medicina Preventiva, la Psicología Comunitaria y otras disciplinas en un intento de aprovechar recursos alternativos a la institucionalización. En este tiempo se han acumulado evidencias, instrumentos y modelos explicativos que nos ayudan a entender el efecto de las redes sociales en el bienestar. En la evidencia empírica la existencia de un apoyo social escaso, se ha relacionado con la mortalidad general. Por otra parte, el apoyo social ha sido considerado un factor protector frente a la mortalidad, en población anciana ha sido relacionado con

una mejor calidad de vida. En general, existe una relación positiva entre apoyo social y bienestar individual, pero no están claros los mecanismos mediante los cuales las relaciones sociales afectan a la cognición, las emociones y la salud y no siempre la presencia de apoyo social conlleva a los efectos positivos.

Los instrumentos para medir el apoyo social del que se disponen en la actualidad, son un amplio conjunto de cuestionarios y escalas. Se trata de cuestionarios con un número variable de preguntas que exploran aspectos funcionales del apoyo social en una o más de sus dimensiones y las dimensiones exploradas son el apoyo emocional que contribuye a la sensación de que uno es amado y cuidado; el apoyo tangible es la ayuda directa, como los préstamos o regalos y los servicios como cuidar de alguien que está enfermo o facilitar un empleo o trabajo; el apoyo informacional, que son las referencias y orientaciones de utilidad práctica.

A esta exploración funcional se añade la medición, en algunos casos, de aspectos estructurales de las redes sociales de apoyo, como son: número de grupos, personas conectoras, densidad de relaciones, como información fundamental para poder diseñar estrategias de intervención destinadas a facilitar los recursos sociales necesarios.

Otro criterio de medición del apoyo social es la percepción del apoyo social disponible o el apoyo social recibiendo en sus diversas dimensiones en un periodo dado. Estas medidas proceden de marcos teóricos diferentes y no pueden utilizarse indistintamente, entre otras cosas, porque ambos tipos de apoyo no están fuertemente correlacionados. Las familias y los proveedores de apoyo suelen soportar situaciones de estrés continuadas, y por otra parte, el hecho de estar obligado a aceptar ayuda puede afectar la autoestima del individuo.

Por último, a lo que se refiere a los modelos explicativos, se distinguen dos modelos. Uno de ellos considera a las relaciones sociales como un factor principal (main effect model) en la consecución de bienestar en los individuos. Este efecto se explica por la adopción de conductas saludables por el hecho de pertenecer y participar en una red social como por el efecto positivo del sentido de pertenencia a un grupo o red, por lo que proporciona seguridad y estabilidad. El segundo modelo propone un efecto amortiguador (stress-buffering model) del apoyo social, que actuaría modificando las respuestas negativas frente a un evento estresante, facilitando recursos y permitiendo una revaloración del evento y una positiva adaptación.

Proporción de lazos fuertes y lazos débiles. La mayor parte de las personas dispone de relaciones que no proporcionan apoyo, por lo que basarse solamente en las que lo proporcionan, da una imagen distorsionada de la realidad social a la que conceptualmente se refieren.

Cambios en la función de la red social. El apoyo social no solamente se proporciona de forma continua por la familia del individuo sino que puede proporcionarse por otras partes de la red personal en diferentes circunstancias. Éste es precisamente uno de los problemas de investigación que hay que resolver: cuándo y en qué circunstancias se proporciona y obtiene nuevo apoyo social.

Contexto. El apoyo social tiene que estudiarse en el contexto y en conjunto con la red personal ya que los proveedores de apoyo y otros tipos de personas están conectados de diversas formas. Lazos débiles. Los lazos débiles son valiosas fuentes de información ya que ayudan de manera directa o indirecta, por lo que hay que tenerlos en cuenta en el estudio. Esto permitió añadir otras: la estructura, la formalidad-informalidad y cambio.

Estructura. Las medidas estructurales de la red personal permiten explorar si determinadas estructuras son más adecuadas que otras para la provisión de apoyo social.

Formalidad-informalidad. Una segunda posibilidad es el estudio simultáneo de las fuentes formales y las informales de apoyo al ser posible identificar profesionales en la red personal y su importancia percibida.

Cambio. El estudio de las redes personales permite una aproximación longitudinal, agrupando los cambios que se producen antes y después de la aparición de una enfermedad o de una situación de necesidad.²²

FAMILIA

Como todos los organismos vivos, el sistema familiar tiende a la conservación y a la evolución; las exigencias de cambio activan los mecanismos que contrarrestan elementos atípicos y el sistema evoluciona hacia una complejidad creciente. Aunque la familia suele fluctuar dentro de ciertos límites, posee una inmensa capacidad para adaptarse y cambiar, manteniendo elementos claves de continuidad. Así, la familia, como sistema vivo, intercambia información y energía con el mundo exterior; las fluctuaciones, de origen interno o externo, suelen ser seguidas por una respuesta que devuelve el sistema a su estado de constancia. Sin embargo, si la fluctuación se hace extremadamente rápida, la familia puede entrar en una crisis en la que la transformación tenga por resultado un nivel diferente de funcionamiento capaz de superar las alteraciones.

La familia, por tanto, es considerada una célula social, cuya membrana protege en el interior a sus individuos y los relaciona con el exterior y otros organismos semejantes. Se puede decir que la familia se reproduce, declina y también muere. Confronta diferentes tareas en cada uno de estos pasos: la unión de dos seres con una meta común, el advenimiento de los hijos, educarlos en sus funciones sexuales y sociales, soltarlos a tiempo para la formación de nuevas unidades que cumplan con las funciones esperadas socialmente; si esto se logra, será una familia sana, más si fracasa o se detiene, será el resultado lógico de un sistema enfermo.¹⁰

Para el estudio de los efectos de la enfermedad crónica en la familia se han utilizado varias perspectivas teóricas, entre las que se encuentra el modelo sistémico, que considera a la enfermedad como una respuesta adaptativa a un estado de desequilibrio que constituye un proceso regulador en el sistema familiar. Cuando se habla de una enfermedad crónica, es necesario hacer énfasis en el individuo afectado y en la unidad de la familia más que en el síntoma o en la enfermedad específica. La salud física de una persona va de la mano con la salud emocional y la estabilidad de la familia como un todo. Desde el punto de vista sistémico, la enfermedad invade a la familia tanto como al individuo, lo cual provoca cambios en su organización que repercutirán en su funcionamiento, pues requerirán que se realicen modificaciones a todo nivel con la finalidad de que la familia logre adaptarse al proceso y demandas de la enfermedad, al mismo tiempo que adquiere el control sobre la misma, de manera que los individuos enfermos, así como los sistemas implicados (es decir, la familia, los amigos, su red de apoyo, su comunidad), también resultan afectados como consecuencia del padecimiento. En cuanto al grado y tipo de repercusiones que la enfermedad ocasiona sobre los sistemas a los que pertenece el sujeto, éstos variarán de acuerdo

con la etapa del desarrollo por la que el individuo atraviese, así como por la fase del ciclo vital que la familia esté viviendo.

Las alteraciones más importantes, desde el punto de vista sistémico de una familia que tiene un enfermo crónico, se presentan principalmente a nivel de estructura, en la evolución del ciclo familiar y en su respuesta emocional.

Las alteraciones estructurales, se localizan principalmente en:

1. Patrones rígidos de funcionamiento: la adhesión a estos patrones se produce cuando la configuración de la familia adquiere una rigidez de la fase de crisis a la fase crónica.
2. Roles y funciones familiares: la familia se ve obligada a negociar los roles y funciones que hasta ese momento ha venido desempeñando el miembro enfermo, lo cual mueve todo su mapa estructural.
3. El cuidador primario familiar: es la persona que asume el cuidado del enfermo, situación que parece altamente funcional; el enfermo encuentra a alguien que, de forma devota y abnegada, se dedica a su cuidado y con quien desarrolla una relación sumamente estrecha, mientras que la familia puede seguir funcionando más o menos en los mismos términos habiendo asegurado el cuidado de su enfermo y con un mínimo gasto de energías.
4. Aislamiento social: dejan de tener tiempo para hacer visitas a los amigos. Estos mismos no llegan muchas veces a saber cómo reaccionar ante el enfermo, les resulta incómoda la relación y disminuyen sus contactos. Algunas enfermedades resultan estigmatizantes (SIDA) o despiertan mucha ansiedad (cáncer). Recibir ayuda puede resultar humillante para el enfermo. El enfermo sólo se siente comprendido por personas que hayan pasado por la misma enfermedad, de ahí la importancia que en términos de apoyo emocional pueden prestar las asociaciones de autoayuda compuestas por pacientes y sus familias.

ALTERACIONES EN EL CICLO EVOLUTIVO DE LA FAMILIA.

De forma inevitable la enfermedad coincide con uno u otro momento del ciclo evolutivo y, en parte, de ello depende la magnitud de su impacto. La enfermedad obliga a la familia adaptarse a las necesidades que impone dicho padecimiento. Sus posibilidades de adaptación serán las que le ayuden a sobreponerse a este acontecimiento, la familia se ve forzada a hacer compatible la tarea evolutiva con el cuidado del enfermo, con el peligro de la negación de la enfermedad o con la detención en un momento evolutivo.

Alteraciones de la respuesta emocional, en un porcentaje elevado de familias la presencia de un enfermo mejora los vínculos afectivos entre ellos, aunque no por ello significa que sean más felices. Lo profundo y severo del impacto no niega la posibilidad de aprendizaje y de crecimiento personal y familiar. Sin embargo, es importante hacer mención a diversas variaciones que se pueden presentar en el terreno emocional:

1. Sentimientos de ambivalencia: éstos se producen por la discrepancia entre los sentimientos que los familiares debieran tener por razones sociales, culturales, religiosas e incluso personales, y los que de hecho tienen. La situación más claramente ambivalente se produce por los deseos de ayudar al enfermo y lo inevitable de sentirlo, a la vez, como una carga por la cantidad de cuidados que demanda y/o por lo inaguantable que resulta su respuesta emocional a la enfermedad.
2. Conspiración de silencio: la expresión de sentimientos negativos puede juzgarse incompatible con la condición física y psicológica del paciente, porque aumentaría su sensación de ser una carga o porque incluso podría agravar el estado de su enfermedad.¹⁰

La enfermedad se va a involucrar en función del tipo de enfermedad, según sea aguda o crónica. Variará el pronóstico y la evolución, también la edad va a influir ya sea en edad infantil, adulta o vejez, porque la enfermedad se vivirá de distinta forma. El sexo también influye, ya sea masculino o femenino, se vivirá diferente y se generará una situación diferente a su alrededor. La cultura familiar /social es útil en toda la enfermedad, se va a generar una crisis familiar; la enfermedad de un miembro de la familia genera una modificación del sistema familiar, toda la familia se ve afectada. La respuesta de la familia a esta situación puede dar lugar a reacciones de disfunción, dándose vulnerabilidad familiar. Se dan reacciones de impacto. Cuando hablamos de enfermedades crónicas el proceso de adaptación va a tener una serie de implicaciones.

FACTORES DE VULNERABILIDAD FAMILIAR.

1. Tipo de enfermedad de que se trate.
2. Estructura y dinámica familiar:
 - a. Grado de permeabilidad de los límites: hace referencia a la realidad de los límites, tanto en el sistema familiar como en el social. La responsabilidad no está delimitada y se pasa a otro miembro.
 - b. Estilo de respuesta de la familia: Familia que se vuelca con el enfermo, genera dependencia del enfermo, además de bloquear las relaciones. No se proporciona apoyo emocional.
3. Factores de tensión existentes en la vida familiar: Momento en el cual se presenta la enfermedad, pueden ser factores de tensión internos o externos.
4. Capacidad de la familia para hacer frente a la situación: Depende la estructura de la dinámica familiar, de reorganización en momentos similares de crisis, capacidad de la familia para expresar sentimientos y pensamientos.
5. Redes sociales.

REACCIONES PSICOLÓGICAS ANTE LA ENFERMEDAD.

No tienen por qué ser reacciones psicológicas permanentes, porque si recobra la salud normalmente se vuelve a recuperar el estado psicológico anterior.

a. Regresión: Reacción muy frecuente. Se refiere a una conducta infantil que no corresponde con la edad cronológica y se motiva por la propia enfermedad porque una persona sana con un rol activo pasa a enfermo con un rol pasivo, por el estado de dependencia y por el entorno hospitalario, porque se pierde su identidad siendo un número u objeto de cuidados. El sujeto se infantiliza y exhibe rasgos infantiles. Se puede dar en cualquier etapa del proceso. La regresión puede ser:

a.1 Pasiva o Dependiente: al dejar el rol activo y pasar al rol pasivo, la persona deja de ser ella misma y depende de los demás.

a.2 Entorno hospitalario: el enfermo se vuelve caprichoso y rebelde, pierde su identidad, se convierte en objeto de cuidados. Como se materializa en una persona adulta, irritable, que dificulta las tareas profesionales, la alimentación, rebeldes en los medicamentos, pueden tener miedo a

quedarse solos, abandono de los hábitos higiénicos, acusa al entorno de no esforzarse en su cuidado, los llama incompetentes y tienen baja tolerancia a la frustración, son ancianos y adolescentes. En niños esta conducta es normal.

b. Inculpación: Implica mecanismos autopunitivos y se da cuando el paciente se siente culpable de su enfermedad. Se aísla y se deprime. Se da sobre todo en pacientes con SIDA por su estilo de vida.

c. Evasión: Se usa como medio de escapar de las dificultades de su vida. Exagera los síntomas y minimiza los efectos del tratamiento. En algunas personas evidencia o vive su enfermedad como algo insoportable y se refugian en el alcohol y las drogas.

Se consideran dos puntos:

-Retracción o estrechamiento del horizonte del enfermo, implicando la ruptura de lazos con su medio social. Esa retracción se acoge como una situación legítima para evitar lo desagradable. A través de la enfermedad intentan la evasión del problema y rompen con lazos familiares o sociales que le son desagradables (no se llevan bien con la familia del marido y mandan que el médico ponga que no aconseja visitas).

-Introversión que se puede dar con la retracción y se da cuando los intereses del enfermo están en el mismo produciendo egocentrismo abandonando las relaciones exteriores para centrarse en su problema, se dan en personalidades con un componente introvertido.

d. Negación de la Realidad: Puede ser Parcial o Total y se niega la enfermedad o se le resta importancia a la misma. Se evitan las implicaciones. Se da ante el diagnóstico produciendo un obstáculo para el tratamiento rápido, aparece en pacientes con cáncer y trastornos coronarios y también aparece después del diagnóstico. Con esta reacción se disminuye los niveles de ansiedad del paciente. Función protectora. Parcial cuando el diagnóstico es tuberculosis y dice que tiene catarro y Total el diagnóstico es cáncer y dice que no tiene nada.

e. Entrega a la enfermedad: Desde 3 dimensiones:

-Masoquista: pacientes que viven la enfermedad como un castigo merecido y justo.

-Ganancial: los que intentan obtener beneficios de su enfermedad buscando la liberación de responsabilidades y exige ayuda externa. (Accidentes laborales).

-Hipocondriacos: enfermos en que la enfermedad les genera una observación de su organismo y proliferación de sus temores (hipocondriacos).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes mellitus es un desorden metabólico crónico caracterizado por niveles persistentemente elevados de glucosa en sangre, como consecuencia de una alteración en la secreción y/o acción de la insulina, que afecta además al metabolismo del resto de los hidratos de carbono, lípidos y proteínas.

La OPS comunico que existen 140 millones de personas diabéticas de las cuales 80% padecen diabetes mellitus Tipo. En el Continente Americano se estima que existen 35 millones de personas con este padecimiento de los cuales 19 millones viven en América Latina y el Caribe.

La diabetes mellitus, es una de las principales causas de la mortalidad, y defunción en México, por lo que ha tenido una tendencia de incremento, hacia la población mexicana en los últimos años, como consecuencia de una mayor ocurrencia del padecimiento.

En 2010 la diabetes mellitus representa 13.7/ de las defunciones de la población en general, 11.7% de las defunciones de hombres y 16.7% de las mujeres. La tasa de mortalidad es de 6.7 defunciones por cada 10 mil habitantes.

En la UMF 120 del IMSS existen 6 200 pacientes diabéticos,

El apoyo de autoeficacia personal y familiar son dos variables importantes para determinar el funcionamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus en términos de ajuste psicológico, los cuales no han sido plenamente comprendidos.

La tecnología y los avances en la medicina permiten a las personas sobrevivir a enfermedades fatales y con ello, incrementar la incidencia de enfermedades crónicas, constituyendo la principal causa de discapacidad. El apoyo familiar ha demostrado tener una influencia positiva sobre la experiencia del cuidado de las enfermedades crónicas y de los cuidadores familiares. En la UMF No 120, se tiene un censo de pacientes diabéticos de 6235, de los cuales solo 390 se encuentran en control de glucosa, lo que representa solo un 5%, así mismo se ha observado que los pacientes diabéticos generalmente acuden solos a su consulta y ellos comentan que existe escaso apoyo de sus familiares, en algunas ocasiones se encuentran solos. Esto ha repercutido en su control de glucosa y metabólico.

El apoyo familiar desempeña funciones tales como proporcionar soporte emocional efectivo, ayuda instrumental y social. Así mismo ha sido reconocido que produce un efecto protector en la salud y, que a través de éste, se construyen vínculos compensatorios como factores protectores de los efectos negativos de los estresores sociales. Sin embargo, en nuestro país existe un alto porcentaje de pacientes aun con mal control. Por lo tanto, es un reto para el médico familiar hacer uso del apoyo familiar con el que cuente el paciente para mejor control del mismo. Por lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las redes de apoyo familiar de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la UMF 120?

JUSFICACIÓN

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica, que afecta aproximadamente a 16 millones de personas en el mundo. Se caracteriza por desórdenes en el metabolismo de carbohidratos, conllevando a un estado de hiperglicemia y el desarrollo de complicaciones en muchas funciones vitales.

Existen 177 millones de personas enfermas en el mundo, y de ellas el 90 % padecen diabetes mellitus tipo 2. La Diabetes mellitus se ha convertido en la primera causa de muerte en el país y, y en individuos de 20 a 39 años de edad se ubica entre las primeras causas de muerte, lo que puede explicar porque muchos factores favorecen su desarrollo son cada vez más frecuentes en la sociedad mexicana. . La población en México de personas con diabetes fluctúa entre los 6.5 y 10 millones con una prevalencia nacional de 10.7 % en personas entre 20 y 69 años. El grupo de edad con más muertes por diabetes se ubica entre los 40 y 55 años. Y de cada 4 muertes se debe a complicaciones de la diabetes Mellitus. De cada 100 personas con diabetes 14 presentan nefropatía, 10 desarrollan, neuropatía, 10 sufren de pie diabético, una de cada tres termina en amputación y 5 padecen ceguera. El paciente con diabetes tiene tres veces más riesgo de cardiopatía o enfermedad cerebrovascular, además de presentar trastorno depresivo y cambios de personalidad

La familia es un sistema que bajo la circunstancia de una enfermedad crónica sufre cambios drásticos, tanto en su interior como en su entorno. La adaptación de la familia a la enfermedad depende en gran medida de las características propias de ésta, la etapa en que se encuentre, el momento de la vida del paciente, el lugar que éste ocupe en la familia y el tipo de enfermedad y sus tratamientos.

La diabetes mellitus es una enfermedad crónico-degenerativa, su prevalencia está aumentando en todo el mundo asociado a la transformación de los estilos de vida, transición demográfica, epidemiológica y tecnológica de las sociedades, constituyendo un problema de salud pública de primera magnitud. Representa altos costos para el individuo y la sociedad, derivado de las complicaciones de la enfermedad, las que se pueden reducir, aplazar e incluso prevenir si se controla la enfermedad. El portador experimenta además niveles altos de estrés a causa de la exacerbación y remisión de la sintomatología, terapéutica empleada, cambios en el estilo de vida, inestabilidad económica, así como temor por el futuro.

En la UMF 120 se tienen 6235 pacientes diabéticos de los cuales el 5 % se encuentran en control glicémico se ha observado que los pacientes tiene prescripción de los medicamentos y se les incluyen en los programas de actividad física y se les proporciona orientación en el cuidado de sus pies, sin embargo se ha observado que no hay un control de sus cifras de glucosa, lo cual nos lleva a cuestionarnos sobre la influencia del apoyo familiar para su control, porque esto no solo repercutirá en su bienestar , físico si no emocional , ya que la familia influye en el stress que presenta el paciente , por lo que esta deberá favorecer el comportamiento del paciente con diabetes mellitus para mejorar su estado de vida y el apego al tratamiento farmacológico. Por lo anterior se considera importante el investigar las redes de apoyo familiar del paciente con diabetes mellitus.

OBJETIVO GENERAL

1.- Determinar las redes de apoyo familiar en el paciente con diabetes mellitus tipo 2, en la UMF No. 120

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1.-Identificar sexo, edad y ocupación, de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la UMF No. 120

2.-Identificar el nivel de glucosa de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la UMF No. 120

3.-Identificar a los familiares con lo que convive el paciente, y prestan atención.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Estudio transversal, descriptivo prospectivo.

Población, lugar y tiempo: Pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta externa de la UMF 120, que acudieron a consulta externa. (130 pacientes diabéticos), del mes de Noviembre del 2012 a Marzo del 2013.

PROCEDIMIENTO DE CAPTURA DE LA INFORMACIÓN

A través del Instrumento validado por Valdez, el cual consta de tres dimensiones: conocimiento de la familia sobre la diabetes mellitus tipo 2, seguimiento del familiar de las indicaciones de ingesta de medicamentos y actitudes de apoyo de la familia. El instrumento se fue validado en población mexicana, así como en la institución del ISSSTE.

Se solicitó carta de consentimiento informado de acuerdo a los lineamientos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se realizaron las encuestas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que cuenten con criterios de inclusión, los cuales se encontraban en sala de espera de consulta externa de la UMF. No 120.

Criterios de Selección

Criterios de Inclusión:

- 1.- Se incluirán a los pacientes con diabetes mellitus que acudan a consulta externa con médico familiar.
- 2.-Paciente diabético que acuda acompañado de un familiar.
- 3.-Paciente y familiar que acepten participar en el estudio.
- 4.-Pacientes diabéticos con derechohabientes de la UMF 120 ambos sexos
- 5.-Pacientes diabéticos que cuenten con glucosa controlada.

Criterios de Exclusión: Familiar del paciente diabético que no acepte participar en el estudio.

Criterios de Eliminación:

- 1.-Pacientes del estudio que presenten encuestas incompletas. (Instrumento de DUKE)
- 2.-Pacientes con descontrol de glucosa.

VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	VALOR QUE ADQUIERE LA VARIABLE.
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de realizar la encuesta	Edad en años cumplidos al momento de el estudio	Cuantitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. 36-40años 2. 41-45años 3. 46-50años 4. 51-55años 5. 56-60años 6. + de 61años
Sexo	Género biológico sexual al que pertenece	Características biológicas sexuales masculino y femenino	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Masculino 2. Femenino
Ocupación	Tipo de trabajo, oficio o profesión desempeñada por la rama de actividades a las que se dedica	Trabajo que desempeña en el momento de la investigación	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hogar 2. Empleado 3. Profesional 4. Pensionado 5. Comerciante

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	VALOR QUE ADQUIERE LA VARIABLE
<u>Tiempo de evolución de la diabetes mellitus tipo 2.</u>	Indica el tiempo transcurrido desde el diagnóstico definitivo de la enfermedad hasta el momento de la revisión de los expedientes	Años de ser diagnosticada la enfermedad	Cuantitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. <5 años 2. 5-9años 3. 10-14años 4. >15 años
<u>Actividad física</u>	Duración de la actividad llevada a cabo por el individuo de forma diaria	Tiempo de actividad desarrollada por el paciente	Cuantitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. <20 minutos al día 2. 20-30 minutos al día 3. 31-40 minutos al día 4. 41-50 minutos al día 5. 51-60 minutos al día
<u>GLICEMIA CAPILAR</u>	Niveles séricos de glucosa	Cantidad de glucosa en torrente sanguíneo al momento del estudio	Cuantitativo	<ol style="list-style-type: none"> A) < 100 mg/dl B) 101-126 mg/dl C) > 127 mg/dl
<u>REDES DE APOYO</u>	Lazos Perdurables que establecen entre si las personas y que desempeñan un papel importante sobre su comportamiento personal y social	De las personas con las que convive o que la apoyen económicamente	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1) Hijos 2) Hermanos 3) Conyugue 4) Primos 5) padres 6) otros
<u>Gangrena</u>	Muerte o tejido u órgano secundario a disminución de riego sanguíneo.	Lesión secundaria a complicación de disminución en la vascularización.	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1)Si 2)No
<u>Infecciones</u>	Invasión y desarrollo de un microorganismo	Su familiar ha presentado, o presenta algún tipo de infección durante su enfermedad.	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1) Si 2) No
<u>Preparación de alimentos</u>	Acción y resultado de la preparación o mezcla de alimentos.	Persona la cual realiza la preparación de los alimentos.	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1) Hijo 2) Esposa (o) 3) Otros
<u>Administración de medicamentos</u>	Procedimiento mediante el cual se proporciona un medicamento a un paciente	Persona que le proporciona el medicamento.	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1) Autoadministración 2) Esposa (o) 3) Otros

<u>Apoyo de indicaciones medicas</u>	Marca o lleva a posar la atención sobre acciones de atención de tipo médica.	Persona la cual realiza las indicaciones médicas.	Cualitativa	1) Hijo 2) Esposa (o) 3) Otros
<u>Conducta del familiar ante la ingesta del paciente de mas calorías</u>	Ingesta de dieta hipercalórico, la cual lleva-como-consecuencia-un aumento de peso.	Actitud del familiar para la toma de alimentos con alta carga energética	Cualitativo	1) Insistencia 2)Recordatorio 3)Indiferencia 4)Retira alimentos
<u>Dificultad para preparar su dieta</u>	Obstáculo o inconveniente que impide o entorpece la preparación de alimentos.	Actitud ante la preparación de los alimentos específicos para el paciente diabético.	Cualitativo	1) No sabe 2) No le gusta. 3) Le quita el tiempo 4) El costo de preparación es alto.
<u>Conducta cuando el familiar suspende el medicamento sin indicación.</u>	Interrupción durante un-tiempo-indefinidamente-la administración-de medicamento.	Actitud que toma el familiar ante la suspensión de medicamento administrado.	Cualitativo	1) Recordatorio 2) Insiste al paciente en continuar el tratamiento. 3) Le otorga el medicamento. 4) Se enoja con el 5) Indiferencia
<u>Solicita orientación sobre la combinación de los alimentos.</u>	Conjunto de actividades, enseñanzas, e información, los cuales llevan como objetivo realizar el conocimiento concreto del cómo preparar alimentos óptimos para su paciente.	Familiar solicita información sobre los alimentos que debe consumir su paciente	Cualitativo	1)Si 2)No 3)No sé
<u>Necesidad de asistir al dentista.</u>	Hecho o circunstancia en la cual se necesita atención odontológica.	El familiar conoce si su familiar tiene algún padecimiento bucal.	Cualitativo	1) Si 2) No 3) No se
<u>Potencial de actividad física para disminuir los niveles de glucosa.</u>	Capacidad para realizar una función o acción los cuales llevan como objetivo una disminución en los niveles plasmáticos de glucosa.	El familiar conoce los efectos en niveles plasmáticos del ejercicio en control de la glicemia capilar.	Cualitativo	1) Si 2) No 3) No sé.

<u>Riesgo de hipoglicemia</u>	Disminución en los niveles de glucosa en sangre, tenga un impacto notable sobre el metabolismo del tejido nervioso	El familiar conoce los casos en los cuales su paciente puede producir una hipoglicemia.	Cualitativo	1) Si 2) No 3) No sé
<u>Medición de la glucosa previo a los alimentos</u>	Acción de medir y cuantificar los niveles plasmáticos de glucosa previo a toma de alimentos.	El familiar tiene conocimiento de la importancia de medición de glucosa capilar para un buen control de la DM.	Cualitativo	1) Si 2) No 3) No sé
<u>Alimentación con horario</u>	Realización de ingesta de alimento en horario específico.	El familiar cuenta con conocimiento de horario en el que debe realizar ingesta de comida su paciente.	Cualitativo	1) Si 2) No 3) Me alimento solo
<u>Conducta cuando su familiar tiene cita médica</u>	Manera en el comportamiento que toma el familiar ante la atención médica de su paciente..	Conducta que sigue el familiar ante el control de sus citas médicas.	Cualitativo	1) Le recuerda su cita 2) Está al tanto de la indicaciones 3) No se da cuenta 4) No sé
<u>Conocimiento de las dosis de medicamento.</u>	Cantidad de medicamento que se ingiere en una toma.	Familiar cuenta con conocimiento de la dosis de medicamento que debe ingerir al día su paciente.	Cualitativo	1) Si 2) No
<u>Solicitud de asesoría médica sobre su enfermedad y terapéutica.</u>	Acción en el cual se da asistencia para el conocimiento sobre la enfermedad, terapéutica, complicaciones de la enfermedad.	Solicita explicación sobre su enfermedad y tratamiento.	Cualitativo	1) Sí 2) No 3) Acudo solo
<u>Terapia alternativa concomitante para el control de la diabetes.</u>	Terapia la cual se considera como complementaria al tratamiento establecido.	Ingiera otro tipo de sustancias para el control de diabetes.	Cualitativo	1) Té 2) Homeopatía 3) Remedios caseros 4) Nada
<u>Cuidados necesarios para los pies del diabético</u>	Acción de preservar para evitar alguna afectación a nivel de pies.	Identifica los cuidados que debe tener en los pies de su familiar.	Cualitativo	1) Calzado 2) Talco 3) Recorte de uñas 4) Evitar traumatismos 5) Todas las anteriores

<u>Ausencia de acompañante o cuidador en casa</u>	Falta de existencia de familia, acompañante o cuidador del paciente.	Vive solo en casa	Cualitativo	1)Sí 2)No 3)No sé
---	--	-------------------	-------------	-------------------------

Análisis estadístico.

Se realizó un análisis descriptivo con medidas de resumen (frecuencia y porcentaje), para el análisis estadístico se utilizó software SPSS/7.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

En este estudio se maneja más beneficio que riesgo, y se ajusta a los lineamientos propuestos para la investigación en humanos de la declaración de Helsinki por lo cual se solicitara consentimiento informado por escrito.

DECLARACIÓN DE HELSINKI Y REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN DE LA SSA.

PRINCIPIOS BÁSICOS PARA TODA INVESTIGACIÓN:

- 1.- En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

- 2.- La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinente, así como los experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales. Cuando sea oportuno. Cuando el menor de edad puede en efecto dar su consentimiento de su tutor legal.

- 3.- El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso, y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.

- 4.- Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios previsibles para el individuo o para otros. Esto no impide la participación de voluntarios sanos en la investigación médica. El diseño de todos los estudios debe estar disponible para el público.

5.- La investigación médica solo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.

6.- Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.

7.- Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

8.- En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información el médico debe obtener entonces preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para obtenerlo debe ser documentado formalmente ante testigos.

LEY GENERAL DE SALUD.

En este capítulo se presentara los lineamientos de la Ley General de Salud, de acuerdo a la investigación que se realizara.

ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS

ARTÍCULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;

II.- Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales , en laboratorios o en otros hechos científicos.

III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;

IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;

V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;

VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;

VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso, y

VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

ARTÍCULO 15.- Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros.

III.- Investigación con riesgo mayor que el mínimo: Son aquéllas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

ARTÍCULO 18.- El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

ARTÍCULO 19.- Es responsabilidad de la institución de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

ARTÍCULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTÍCULO 21.- para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

I. La justificación y los objetivos de la investigación;

II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;

III. Las molestias o los riesgos esperados;

IV. Los beneficios que puedan observarse;

V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;

VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;

VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;

VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;

IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;

X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y

XI. Que si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

ARTÍCULO 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;

II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;

III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;

IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y

V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

ARTICULO 23.- En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

ARTICULO 24.- Si existiera algún tipo de dependencia, ascendencia o subordinación del sujeto de investigación hacia el investigador, que le impida otorgar libremente su consentimiento, éste debe ser obtenido por otro miembro del equipo de investigación, completamente independiente de la relación investigador-sujeto.

ARTICULO 25.- Cuando sea necesario determinar la capacidad mental de un individuo para otorgar su consentimiento, el investigador principal deberá evaluar su capacidad de entendimiento, razonamiento y lógica, de acuerdo a los parámetros aprobados por la Comisión de Ética.

ARTICULO 26.- Cuando se presuma que la capacidad mental de un sujeto hubiere variado en el tiempo, el consentimiento informado de éste o, en su caso, de su representante legal, deberá ser avalado por un grupo de profesionistas de reconocida capacidad científica y moral en los campos específicos de la investigación así como de un observador que no tenga relación con la investigación, para asegurar la idoneidad del mecanismo de obtención del consentimiento, así como su validez durante el curso de la investigación.

ARTICULO 27.- Cuando un enfermo psiquiátrico está internado en una institución por ser sujeto de interdicción, además de cumplir con lo señalado en los artículos anteriores será necesario obtener la aprobación previa de la autoridad que conozca del caso.

EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN LAS INSTITUCIONES DE ATENCIÓN A LA SALUD

ARTICULO 113.- La conducción de la investigación estará a cargo de un investigador principal, quien deberá ser un profesional de la salud y tener la formación académica y experiencia adecuada para la dirección del trabajo a realizar, además de ser miembros de la institución de atención a la salud y contar con la autorización del jefe responsable de área de adscripción.

ARTICULO 114.- Para efectos de este Reglamento se consideran profesionales de la salud aquellas personas cuyas actividades relacionadas con la medicina, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, trabajo social, química, psicología, ingeniería sanitaria, nutrición,

dietóloga, patología y sus ramas y las demás que establezcan disposiciones legales aplicables, requieren de título profesional o certificado de especialización legalmente expedido y registrado por las autoridades educativas competentes.

ARTICULO 115.- Las investigaciones se desarrollarán de conformidad con un protocolo, el cual será elaborado de acuerdo a la norma técnica que para el efecto emita la Secretaría e incluirá los elementos que permitan valorar el estudio que se propone realizar.

ARTICULO 116.- El investigador principal se encargará de la dirección técnica del estudio y tendrá las siguientes atribuciones:

I. Preparar el protocolo de la investigación.

II. Cumplir los procedimientos indicados en el protocolo y solicitar autorización para la modificación en los casos necesarios sobre aspectos de ética y bioseguridad.

III. Documentar y registrar todos los datos generados durante el estudio.

IV. Formar un archivo sobre el estudio que contendrá el protocolo, las modificaciones al mismo, las autoridades, los datos generados, el informe final y todo el material documental y biológico susceptible de guardarse, relacionado con la investigación.;

V. Seleccionar al personal participante en el estudio y proporcionarle la información y adiestramiento necesario para llevar a cabo su función, así como mantenerlos al tanto de los datos generados y los resultados.

VI. Elaborar y presentar los informes parciales y finales de la investigación.

VII. Las obras afines que sean necesarios para cumplir con la dirección técnica de la investigación.

ARTICULO 117.- El investigador principal seleccionará a los investigadores asociados con la formación académica y experiencia idóneas en las disciplinas científicas que se requieran para participar en el estudio.

ARTICULO 118.- El investigador principal seleccionará al personal técnico y de apoyo con la experiencia necesaria para asegurar su competencia en la realización de las actividades que se les asignen y, en su caso, cuidará que reciban adiestramiento y capacitación para realizar

correctamente sus tareas de acuerdo al nivel de supervisión que estará disponible durante la conducción del estudio.

ARTÍCULO 119.- Al término de la ejecución de la investigación, el investigador principal tiene la responsabilidad de presentar a la Comisión de Investigación de la institución de atención a la salud, un informe técnico que incluya los elementos que indique la norma técnica que al respecto emita la Secretaría.

ARTICULO 120.- El investigador principal podrá publicar informes parciales y finales de los estudios y difundir sus hallazgos por otros medios, cuidando que se respete la confidencialidad a que tiene derechos los sujetos de investigación, así como la que se haya acordado con los patrocinadores del estudio. Además de dar el debido crédito a los investigadores asociados y al personal técnico que hubiera participado en la investigación, deberá entregare una copia de éstas publicaciones a la Dirección de la Institución.

RESULTADOS

De los 130 de pacientes diabéticos, el rango de edad de los pacientes fue de 36 a 61 años, donde 32 son de 35 a 45 años, 32 de 46 a 55 años, 40 de 55 a 61 años.

Respecto al género fueron 60 hombres (46.15%), mujeres 70 (53.84 %). La ocupación fue de 95 empleados (73.07%) y hogar 35 (26.92%). Cuadro No 1

Se encontró que los pacientes cuentan el conocimiento de la presentación de gangrena en los pies del paciente, el 82.9% refiere conocerlo y el 17.2% lo desconocen. (Gráfica 1). Con respecto a la toma de glucosa en sangre el 89.9% cuentan con un glucómetro. El 83.7% de los familiares encuestados, refiere conocer la importancia de la susceptibilidad a infecciones, (Gráfica 3). En cuanto a la preparación de los alimentos, el 65.9% lo prepara el mismo paciente, el 28.7% su cónyuge, sus hijos en 3.9%. (Tabla 4). En la administración de medicamentos, el 82.2% lo realiza el mismo paciente, el 17.1% su cónyuge. (Tabla 5). Los familiares consideraron que para el buen control debe tomar sus medicamentos el 66.7 %, dieta 19.4%, ejercicio 3.9% cuidado de pies 2.3 % cuidado dientes 0% (tabla 6). Con una red de apoyo familiar en 82.9 %, (Gráfica 7). El 66.7%, considera importante para un buen control metabólico (Gráfica 6), el tomar sus medicamentos, llevar dieta 19.4%, realizar ejercicio 3.9%, tener cuidado con sus pies 2.3% (Gráfica 6). Los familiares dan apoyo para entender las indicaciones médicas a sus pacientes en 82.9%. (Tabla 7). La conducta del familiar al ingerir calorías mas de las indicadas el 76.7% retira los alimentos, (gráfica 8). El familiar percibe la omisión de la ingesta de medicamentos por parte del paciente diabético si 71.3%, (gráfica 8). Respecto a la preparación de los alimentos, los familiares refieren no saber en el 51.9%, no les gusta el 36.7%, les quita tiempo el 3.1% y cuesta mucho dinero el 8.5% (tabla 10, gráfica 10). La actitud del familiar ante la suspensión del medicamento: Le recuerda al paciente tomar su medicamento: 59.7%, insiste en convencerlo: 21.7%, le lleva el medicamento: 11.6%, regaña al paciente: 3.1% (Tabla 11, gráfica 11). El familiar refiere necesitar asesoría en las combinaciones de los alimentos en un 71.3%, no necesita el 27.9%, (tabla 12, gráfica 12). El familiar considera importante que el paciente diabético asista al dentista en un 89.1% (tabla 13, gráfica 13). Motivar al paciente para realizar ejercicio el 83.7% (tabla 14, gráfica 14). El familiar del paciente diabético refiere la importancia de realizar ejercicio el paciente diabético 82.2% si, 11.65 no y lo desconoce 6.2%. Los familiares conocen que pueden presentar hipoglucemia el 83.7% (tabla 16, gráfica 16), cuenta con glucómetro y refiere medirse su glucosa previo al consumo de alimentos el 90.7% (tabla 17, gráfica 17). Conocen la importancia de tener un horario el 81.4 %, el 15.5% lo desconocen. (Tabla 18, gráfica 18). Los familiares de los pacientes se encuentran al pendiente de las citas medicas, les recuerdan su cita el 47.3%, están al tanto de las indicaciones el 41.9%, no se da cuenta el 10.1%, desconoce 0.8% (tabla 19, gráfica 19).

El 76.6% conoce las dosis de los medicamentos. (Tabla 20, grafica 20). El familiar solicita asesoría medica sobre la enfermedad y terapéutica el 68.2% (tabla 21, grafica 21). El paciente lleva terapia alternativa: medicina homeopática el 43.4%, remedios caseros 7.8%, té 15.5%, nada 33.3% (tabla 22, grafica 22). Usa calzado adecuado el 60.5%, recorte de uñas el 14.7%, evita traumatismo el 9.3%. (Tabla 23, grafica 23).

Al preguntar el acompañamiento del familiar en casa: se encuentra solo el 21.7%, el 77.3.3% lo tiene. (Tabla 24, grafica 24).

Tabla edad, sexo, ocupación.

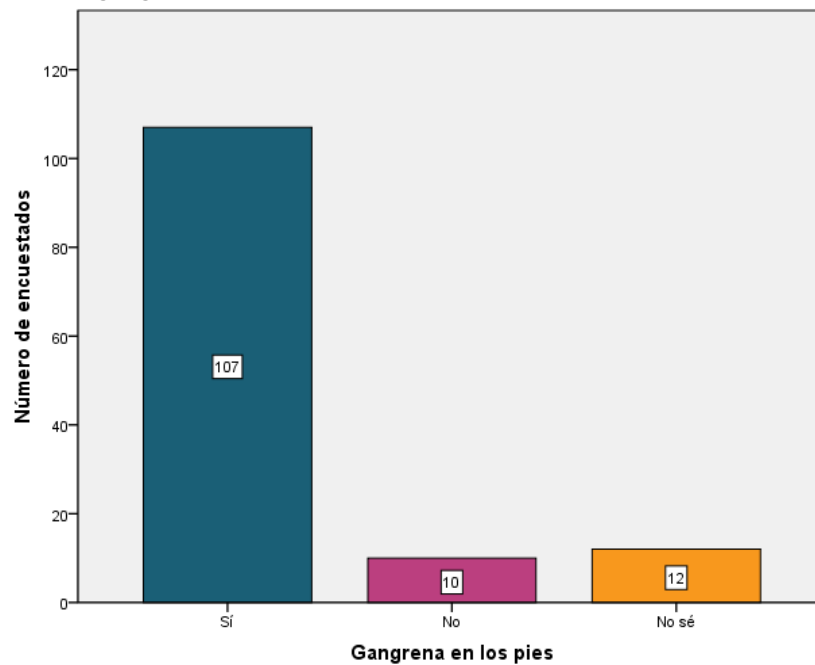
	35-45 AÑOS	46-55 AÑOS	55-61 AÑOS
EDAD	32 (24.61%)	58 (44.61%)	40 (30.76%)
SEXO	HOMBRES 60 (46.15%)		MUJERES 70 (53.14%)
OCUAPCION	EMPLEADOS 95 (73.07%)		HOGAR 35 (26.92%)

Tabla 1

Frecuencia de gangrena en los en los pies del diabético				
	frecuencia	porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Sí	107	82.9	82.9	82.9
No	10	7.8	7.8	90.7
Otro	12	9.3	9.3	100.0
Total	129	100.0	100.0	

Fuente: Los datos se tomaron de los pacientes diabéticos en la UMF 120.

Gráfica 1 Frecuencia de gangrena en los en los pies del diabético



Se encuestaron 130 familiares de los pacientes diabéticos de la UMF 120, al referirnos si conocía que se presenta gangrena en los pies de las personas el 82.9% si, y 17.2 % lo desconocen. Tabla No 1.

Tabla 2

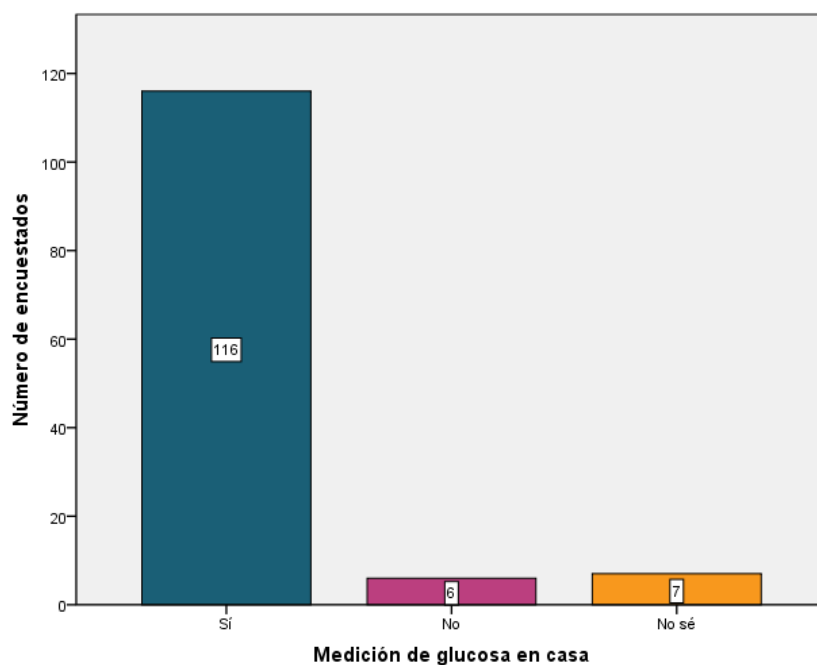
Medición de glucosa en casa

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	116	89.9	89.9	89.9
No	6	4.7	4.7	94.6
No sé	7	5.4	5.4	100.0
Total	129	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a familiares de los pacientes diabéticos en la UMF 120

Gráfica 2

Medición de glucosa en casa.



Los familiares de los pacientes diabéticos encuestados al referirnos si cuentan con un glucómetro respondieron sí 89.9 %, no el 4.7%, y el 5.4%, lo desconocen, las personas que respondieron que no sabían, podría que no viven con el familiar.

Tabla 3

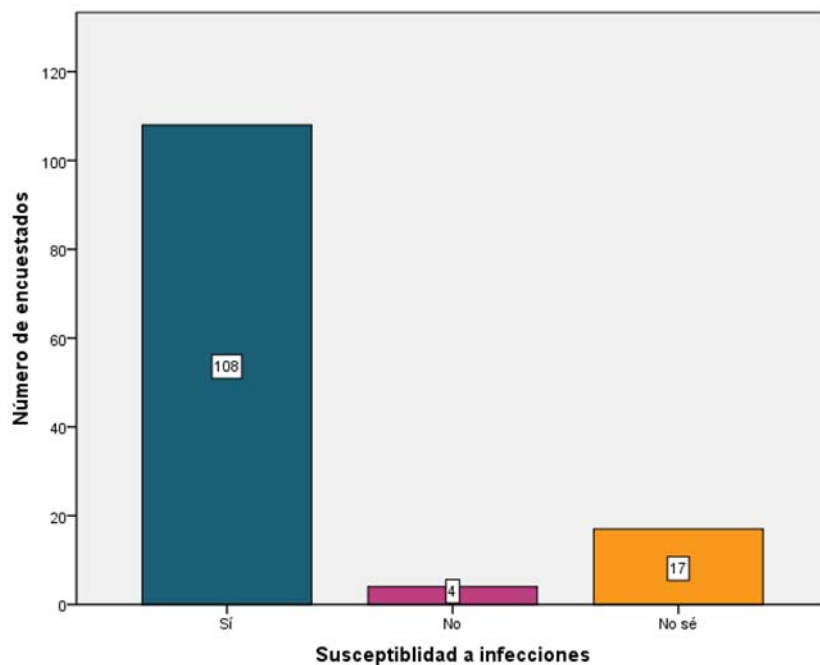
Susceptibilidad a infecciones

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sí	108	83.7	83.7	83.7
No	4	3.1	3.1	86.8
No sé	17	13.2	13.2	100.0
Total	129	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a familiares de pacientes diabéticos en la UMF 120

Gráfica 3

SUCEPTIBILIDAD A INFECCIONES.



Los familiares de los pacientes al preguntárseles sobre la si sabían que los diabéticos tienen mayor susceptibilidad a las infecciones refirieron sí 83.7 %. No 3.1% y desconocían el 13.2%

Tabla 4

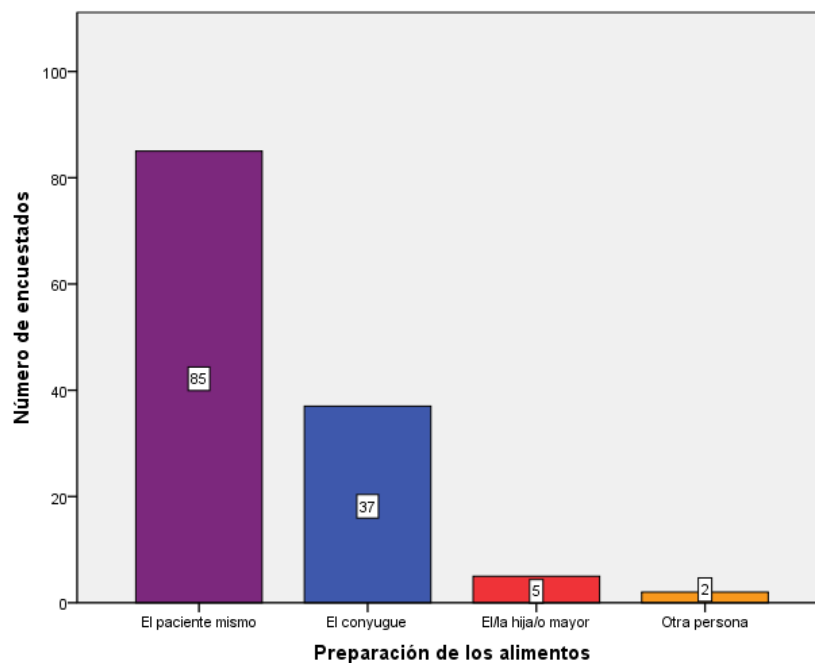
Preparación de los alimentos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
El paciente mismo	85	65.9	65.9	65.9
El conyugue	37	28.7	28.7	94.6
El/la hija/o mayor	5	3.9	3.9	98.4
Otra persona	2	1.6	1.6	100.0
Total	129	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a familiares de pacientes diabéticos en la UMF 120

Gráfica 4

Preparación de los alimentos.



Al referirnos a quién prepara los alimentos para el paciente diabético, encontramos: el mismo paciente 85%, su cónyuge el 28, sus hijos 3.9, otra persona el 1.6%.

Tabla 5

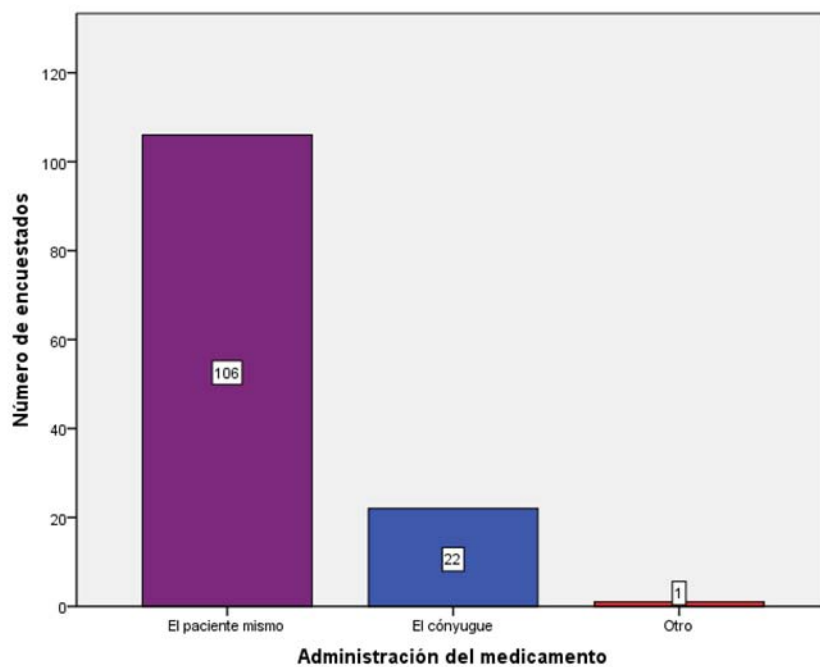
Administración del medicamento

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
El paciente mismo	106	82.2	82.2	82.2
El conyugue	22	17.1	17.1	99.2
Otro	1	.8	.8	100.0
Total	129	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a familiares de pacientes diabéticos en la UMF 120.

Gráfica 5

Administración del medicamento.



En la administración de los medicamentos encontramos que se lo auto administra el 82%, Su conyugue el 17.1%, otra persona el 0.8%.

Tabla 6

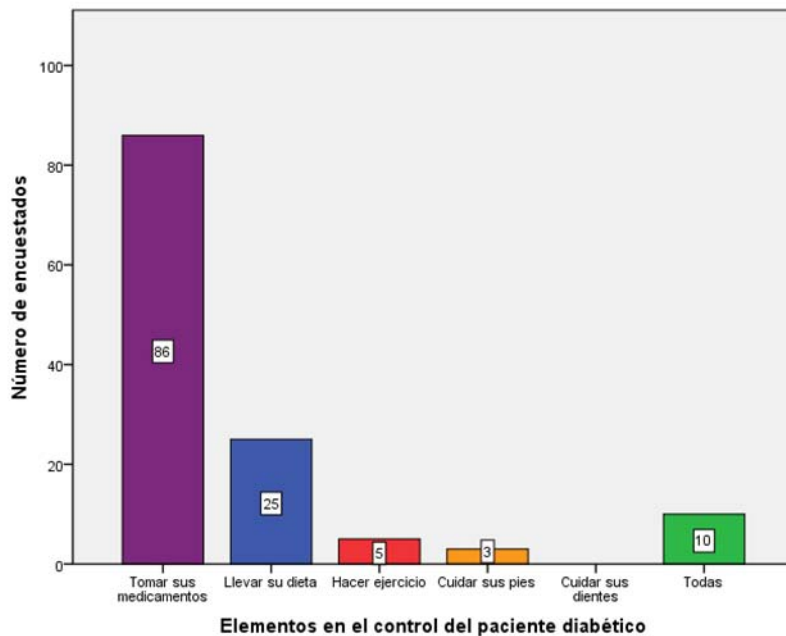
Elementos en el control del paciente diabético.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Tomar sus medicamentos	86	66.7	66.7	66.7
Llevar su dieta	25	19.4	19.4	86.0
Hacer ejercicio	5	3.9	3.9	89.9
Cuidar sus pies	3	2.3	2.3	92.2
Todas	10	7.8	7.8	100.0
Total	129	100.0	100.0	

Fuente: encuesta realizada a familiares de pacientes diabéticos en la UMF 120

Gráfica 6

Elementos en el control del paciente diabético.



Los familiares consideran importante que el paciente diabético, para su control, debe de:

Tomar sus medicamentos 66.7 %, llevar la dieta 19.4 % realizar ejercicio 3.9 %, tener cuidado sus pies 2.3%, Cuidar sus dientes 0%, y todas 7.8%.

Tabla 7

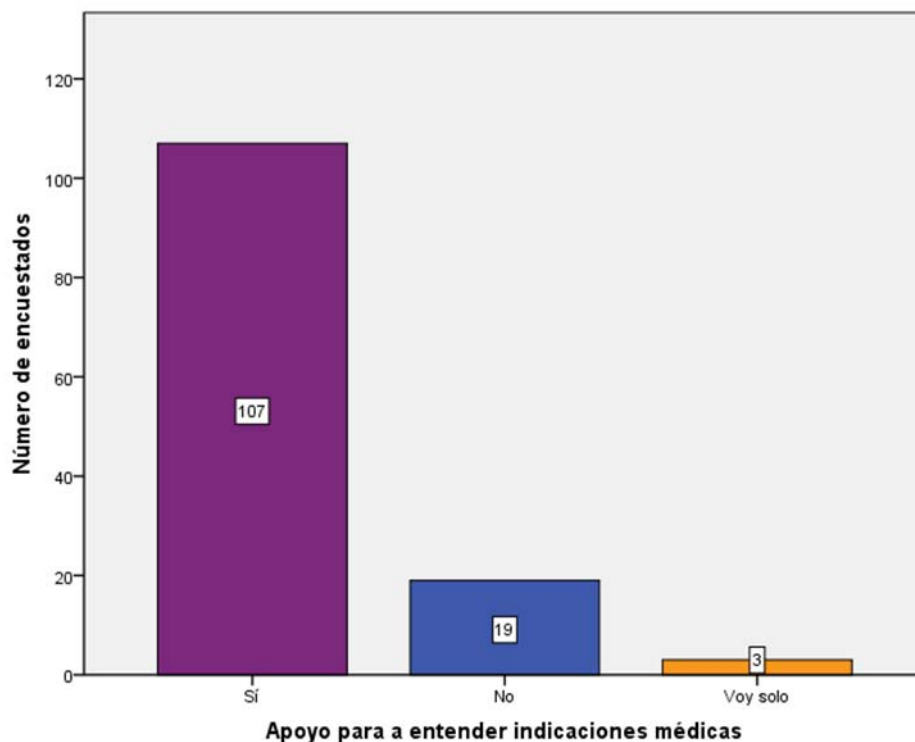
Apoyo para a entender indicaciones médicas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Sí	107	82.9	82.9	82.9
No	19	14.7	14.7	97.7
Voy solo	3	2.3	2.3	100.0
Total	129	100.0	100.0	

Fuente: encuesta realizada a familiares de pacientes diabéticos en la UMF 120

Gráfica 7

Apoyo para atender indicaciones médicas.



Al referirnos al apoyo familiar encontramos que los familiares sí lo apoyan para entender las indicaciones médicas: 82.9 %, 14.7% no y acuden solos a consulta el 2.3 %.

Tabla 8

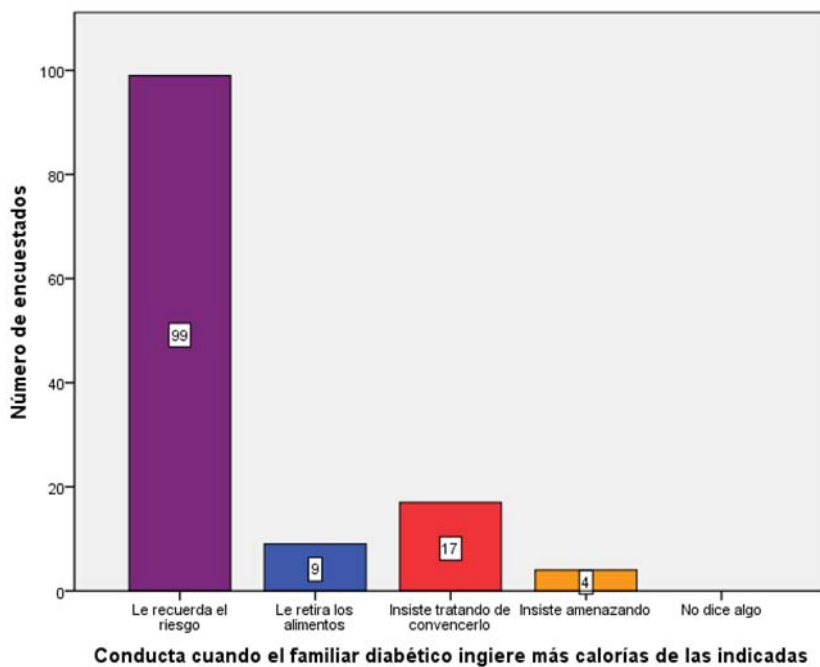
Conducta cuando el familiar diabético ingiere más calorías de las indicadas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Le recuerda el riesgo	99	76.7	76.7	76.7
Le retira los alimentos	9	7.0	7.0	83.7
Insiste tratando de convencerlo	17	13.2	13.2	96.9
Insiste amenazando	4	3.1	3.1	100.0
Total	129	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a familiares de pacientes diabéticos en la UMF 120

Gráfica 8

Conducta cuando el familiar diabético ingiere más calorías de las indicadas.



La actitud del familiar cuando ingiere más caloría de las indicadas es recordarle el riesgo 76.7 %, retirar los alimentos 7.0 %, Insiste tratando de convencerlo 13.2 % que no los ingiera, Insiste amenazando 3.1%, lo ignora 0%.

Tabla 9

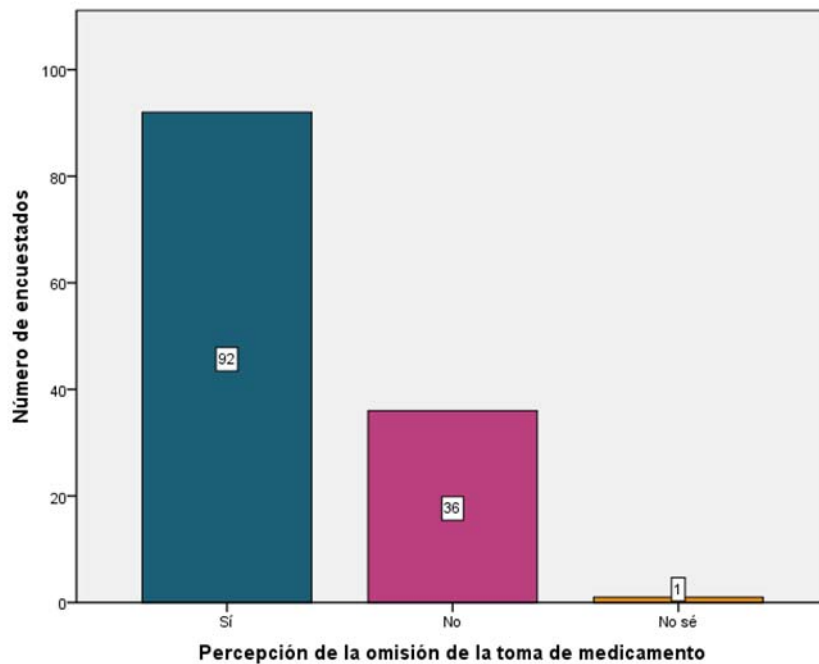
Percepción de la omisión de la toma de medicamento

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	92	71.3	71.3	71.3
No	36	27.9	27.9	99.2
Vivo solo	1	.8	.8	100.0
Total	129	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a familiares de pacientes diabéticos en la UMF 120

Gráfica 9

Percepción de la omisión de la toma de medicamento.



Su familiar percibe la omisión de la ingesta de medicamentos por parte del paciente Diabético sí 71.3 %, No 27.9 %, No sé 0.8 %.

Tabla 10

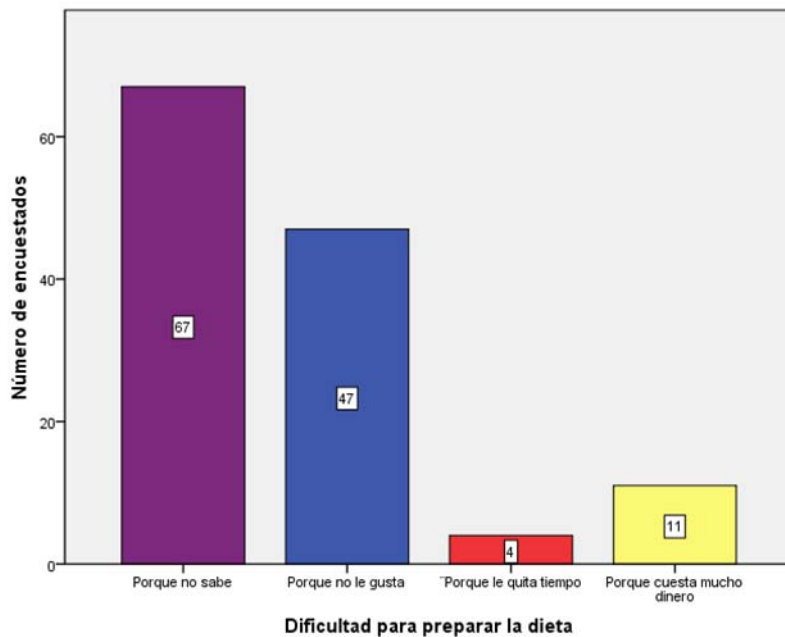
Dificultad al preparar la dieta

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Porque no sabe	67	51.9	51.9	51.9
Porque no le gusta	47	36.4	36.4	88.4
Porque le quita tiempo	4	3.1	3.1	91.5
Porque es costosa	11	8.5	8.5	100.0
Total	129	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a familiares de pacientes diabéticos en la UMF 120

Gráfica 10

Dificultad para preparar la dieta.



Al referirnos a la preparación de los alimentos, por parte de los familiares comentaron no saber 51.9 %, no le gusta 36.4 %, le quita tiempo 3.1 % y cuesta mucho dinero 8.5%.

Tabla 11

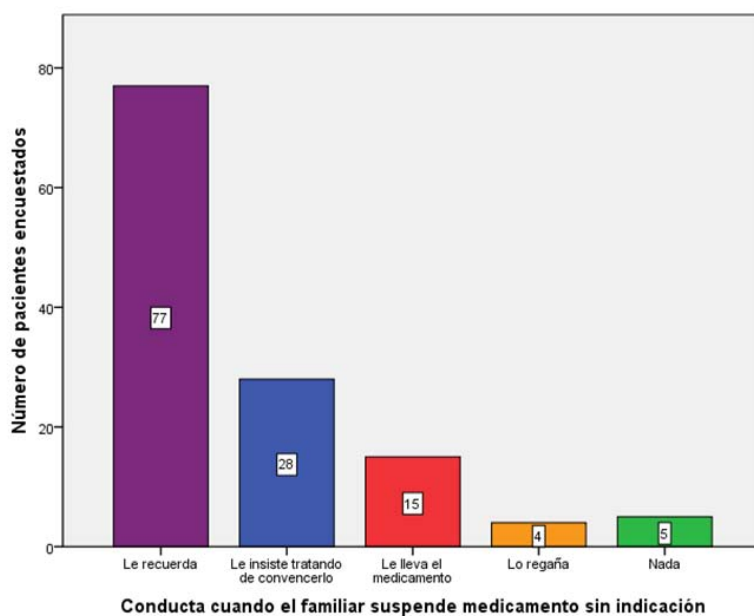
Conducta cuando el familiar suspende medicamento sin indicación.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Le recuerda	77	59.7	59.7	59.7
Le insiste tratando de convencerlo	28	21.7	21.7	81.4
Le lleva el medicamento	15	11.6	11.6	93.0
Lo regaña	4	3.1	3.1	96.1
No hace algo	5	3.9	3.9	100.0
Total	129	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a familiares de pacientes diabéticos en la UMF 120

Gráfica 11

Conducta cuando el familiar suspende medicamento sin indicación.



La actitud del familiar del paciente ante la suspensión del medicamento sin indicación médica: Le recuerda 59.7%, le insiste tratando de convencerlo 21.7 %, le lleva el medicamento 11.6%, lo regaña 3.1%, Nada 3.9%

Tabla 12

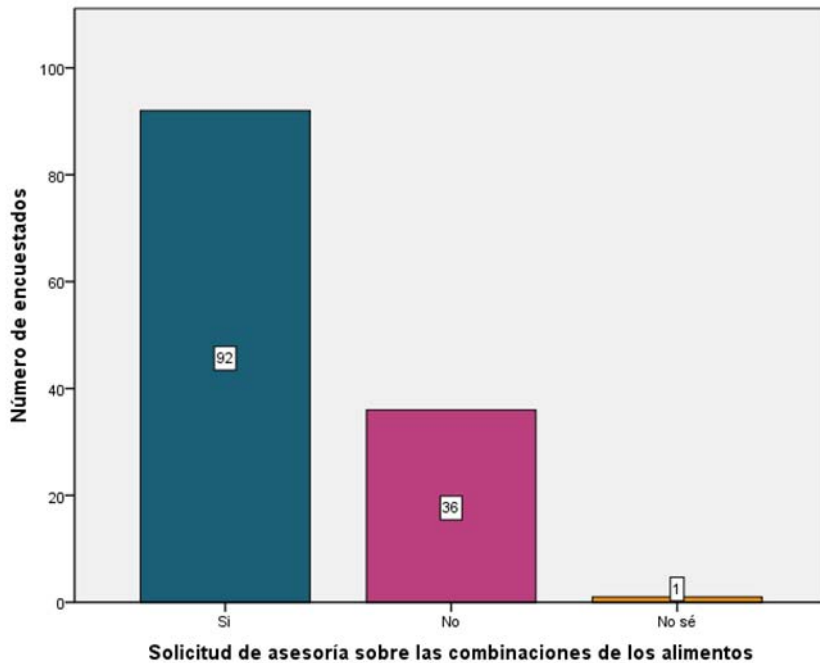
Solicitud de asesoría sobre las combinaciones de los alimentos.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	92	71.3	71.3	71.3
No	36	27.9	27.9	99.2
Voy solo	1	.8	.8	100.0
Total	129	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a familiares de pacientes diabéticos en la UMF 120

Gráfica 12

Solicitud de asesoría sobre las combinaciones de los alimentos.



El familiar del paciente diabético refiere necesitar asesoría acerca de las combinaciones al preparar sus alimentos sí 71.3%, no 27.9%, voy solo 0.8%.

Tabla 13

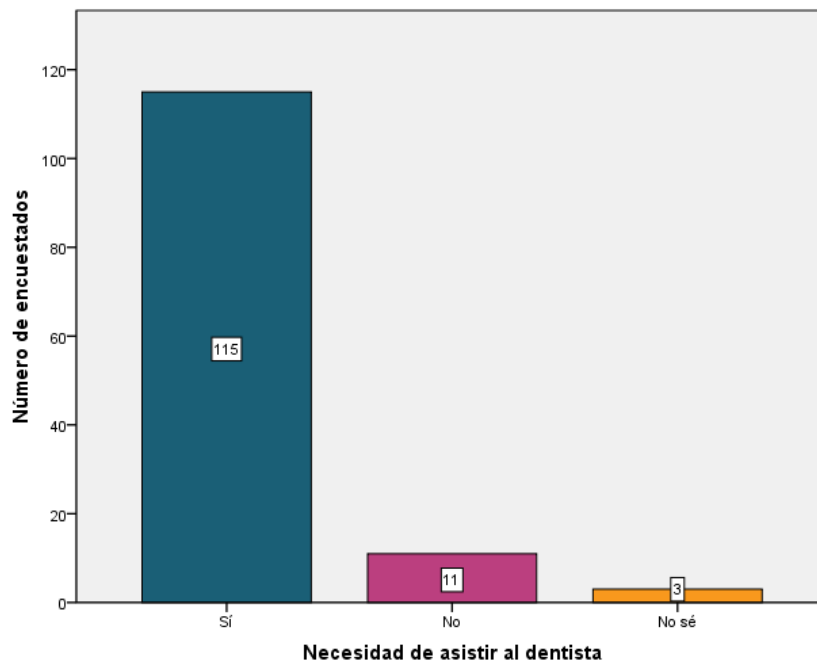
Necesidad de asistir al dentista

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	115	89.1	89.1	89.1
No	11	8.5	8.5	97.7
No sé	3	2.3	2.3	100.0
Total	129	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a familiares de los pacientes diabéticos en la UMF 120

Gráfica 13

Necesidad de asistir al dentista.



El familiar considera importante que el paciente diabético asista al dentista: si el 89.1%
 No 8.5 %, desconoce 2.3 %.

Tabla 14

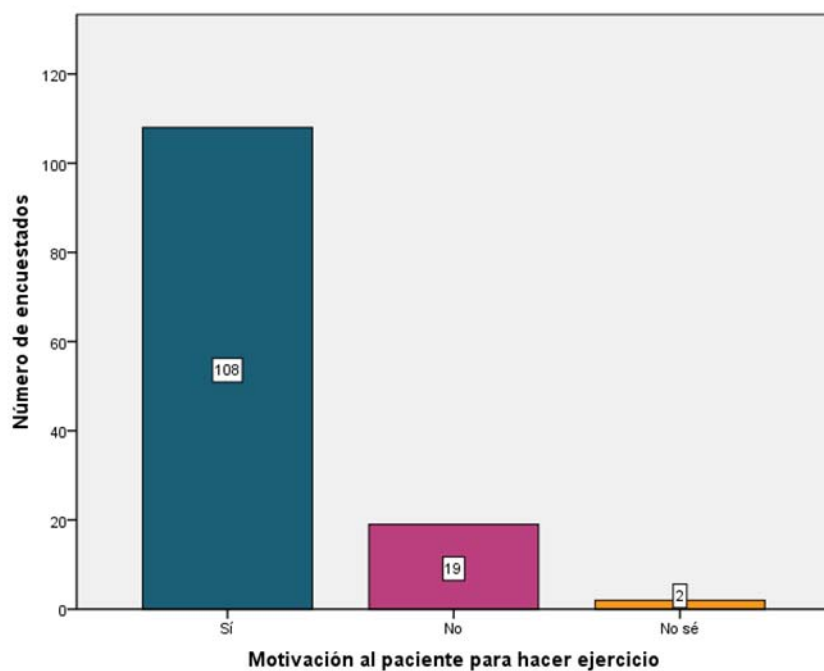
Motivación al paciente para hacer ejercicio

	Frecuencia	porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	108	83.7	83.7	83.7
No	19	14.7	14.7	98.4
Vivo solo	2	1.6	1.6	100.0
Total	129	100.0	100.0	

Fuente: encuesta realizada a familiares de los pacientes diabéticos en la UMF 120

Gráfica 14

Motivación al paciente para hacer ejercicio.



El familiar del paciente motiva a su familiar para realizar ejercicio sí 83.7%, No 14.7%
Desconoce 1.6%.

Tabla 15

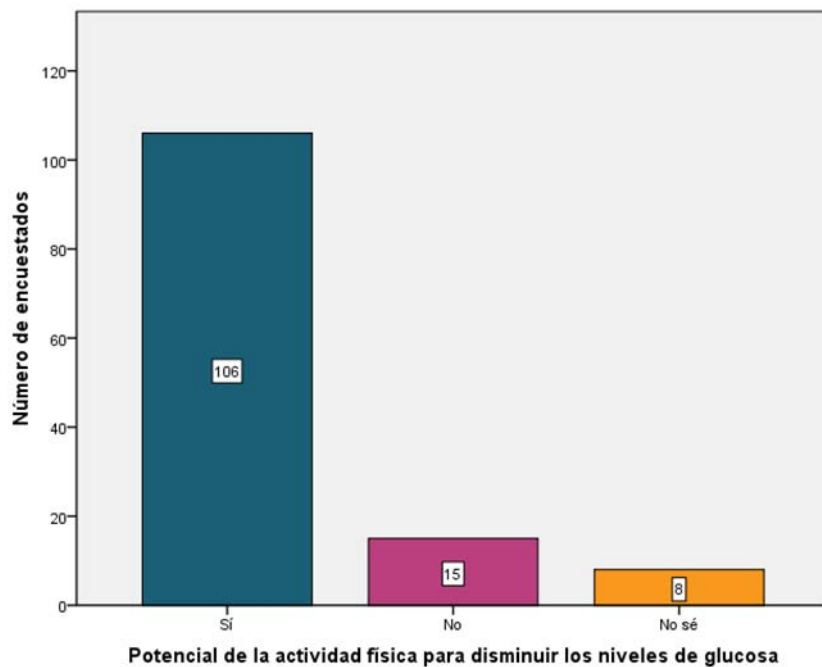
Potencial de la actividad física para disminuir los niveles de glucosa

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	106	82.2	82.2	82.2
No	15	11.6	11.6	93.8
No sé	8	6.2	6.2	100.0
Total	129	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a familiares de los pacientes diabéticos en la UMF 120

Gráfica 15

Potencial de la actividad física para disminuir los niveles de glucosa.



El familiar del paciente diabético refiere la importancia de realizar ejercicio el paciente diabético 82.2% si, 11.6% no, desconoce 6.2%.

Tabla 16

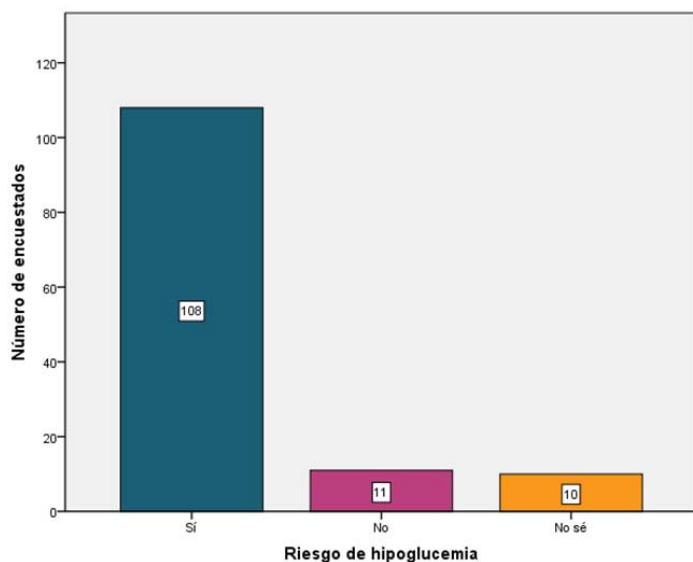
Riesgo de hipoglucemia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	108	83.7	83.7	83.7
No	11	8.5	8.5	92.2
No sé	10	7.8	7.8	100.0
Total	129	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a familiares de los pacientes diabéticos en la UMF 120

Gráfica 16

Riesgo de hipoglucemia.



Los familiares refieren saber que sus pacientes diabéticos pueden presentar hipoglucemia: Sí 83.7%, no 8.5%, no sé 7.8%.

Tabla 17

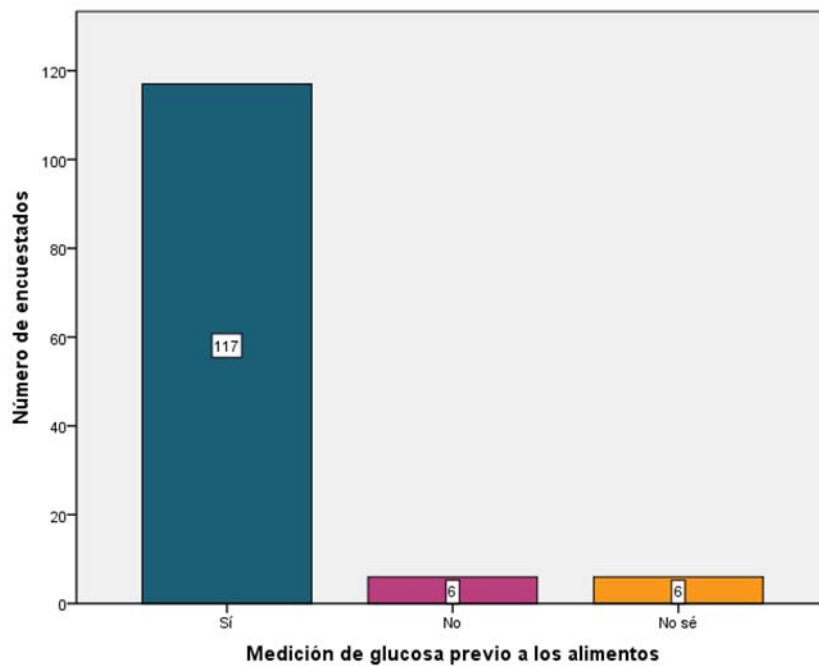
Medición de glucosa previa a toma de alimentos.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	117	90.7	90.7	90.7
No	6	4.7	4.7	95.3
No sé	6	4.7	4.7	100.0
Total	129	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a familiares de pacientes diabéticos en la UMF 120

Gráfica 17

Medición de glucosa previo a los alimentos.



Los familiares de los pacientes refieren medirse su glucosa previo a los alimentos el 90.7% Sí, No 4.7 %, desconocen 4.7 %.

Tabla 18

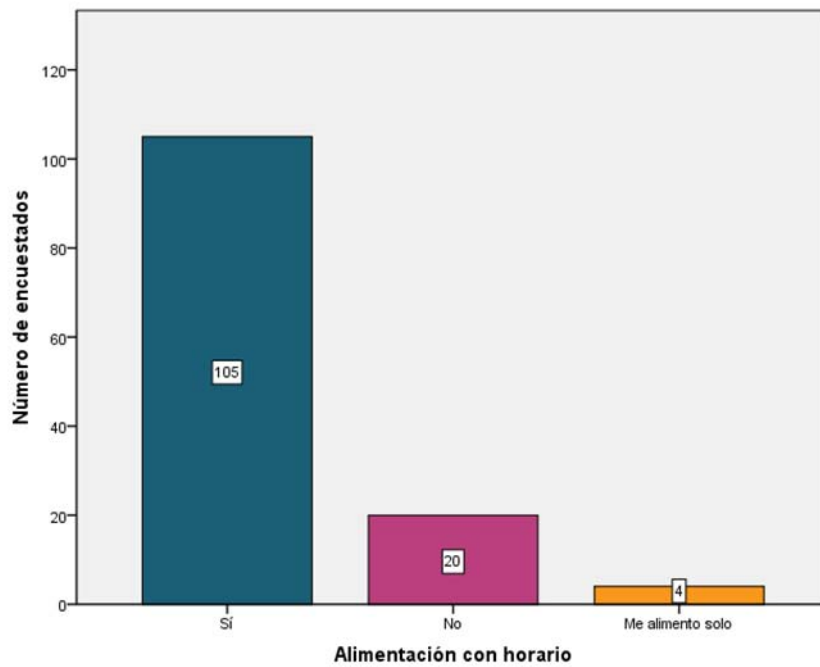
Alimentación con horario

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	105	81.4	81.4	81.4
No	20	15.5	15.5	96.9
Vivo solo	4	3.1	3.1	100.0
Total	129	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a familiares de pacientes diabéticos en la UMF 120

Gráfica 18

Alimentación con horario.



Al referirnos a la ingesta de alimentación con horario el 81.4 % sí lo conocen, 15.5 % no. Desconocen. 3.1 %

Tabla 19

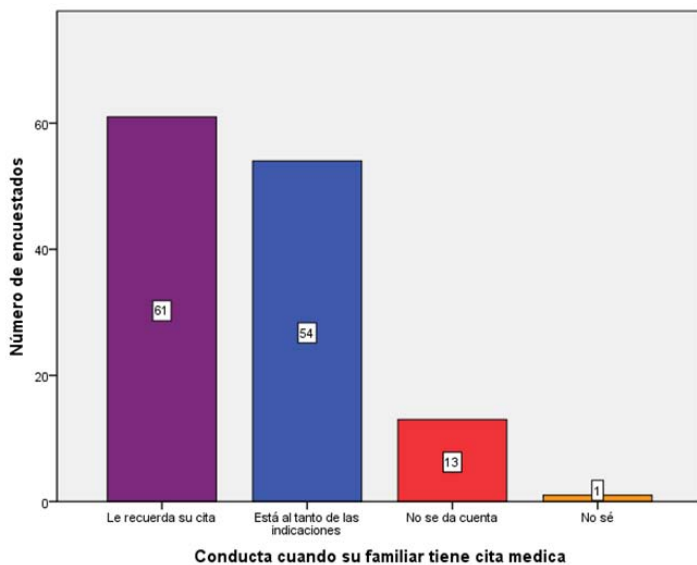
Conducta cuando su familiar tiene cita medica

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Le recuerda su cita	61	47.3	47.3	47.3
Está al tanto de las indicaciones	54	41.9	41.9	89.1
No se da cuenta	13	10.1	10.1	99.2
No sé	1	.8	.8	100.0
Total	129	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a familiares de los pacientes diabéticos en la UMF 120

Gráfica 19

Conducta cuando si familiar tiene cita médica.



La actitud los familiares de los pacientes se encuentran al pendiente de las citas médicas: Le recuerdan su cita 47.3 %, está al tanto de las indicaciones 41.9 %, no se da cuenta 10.1 %, Desconocen 0.8%

Tabla 20

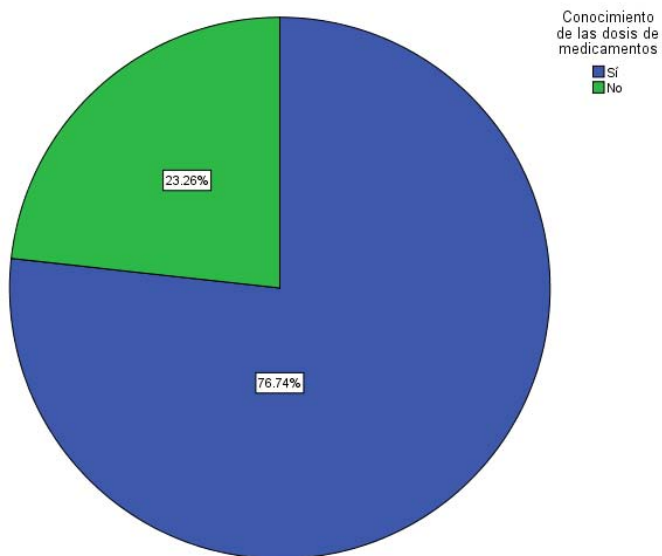
Conocimiento de las dosis de medicamentos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	99	76.7	76.7	76.7
No	30	23.3	23.3	100.0
Total	129	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a familiares de pacientes diabéticos en la UMF 120.

Gráfica 20

CONOCIMIENTO DEL FAMILIAR SOBRE LAS DOSIS DE MEDICAMENTO.



El conocimiento del familiar de las dosis de los medicamentos del paciente diabético encontramos sí 76.6 %, no 23.3 %.

Tabla 21

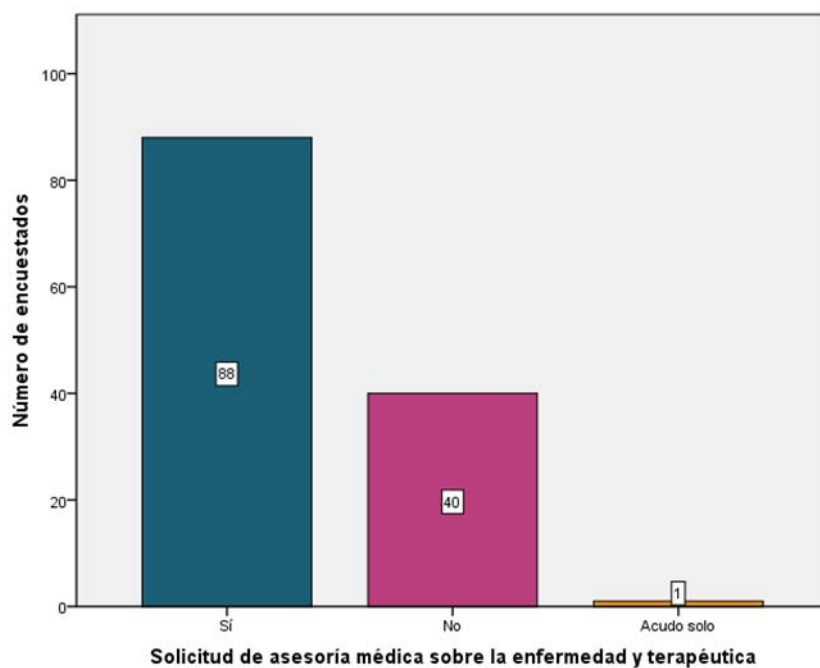
Solicitud de asesoría médica sobre la enfermedad y terapéutica

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	88	68.2	68.2	68.2
No	40	31.0	31.0	99.2
Voy solo	1	.8	.8	100.0
Total	129	100.0	100.0	

Fuente: encuesta realizada a familiares de los pacientes diabéticos en la UMF 120

Gráfica 21

Solicitud de asesoría médica sobre la enfermedad y terapéutica.



El familiar solicita la asesoría médica sobre la enfermedad y terapéutica sí 68.2%, 21.0% no, desconocen 0.8%.

Tabla 22

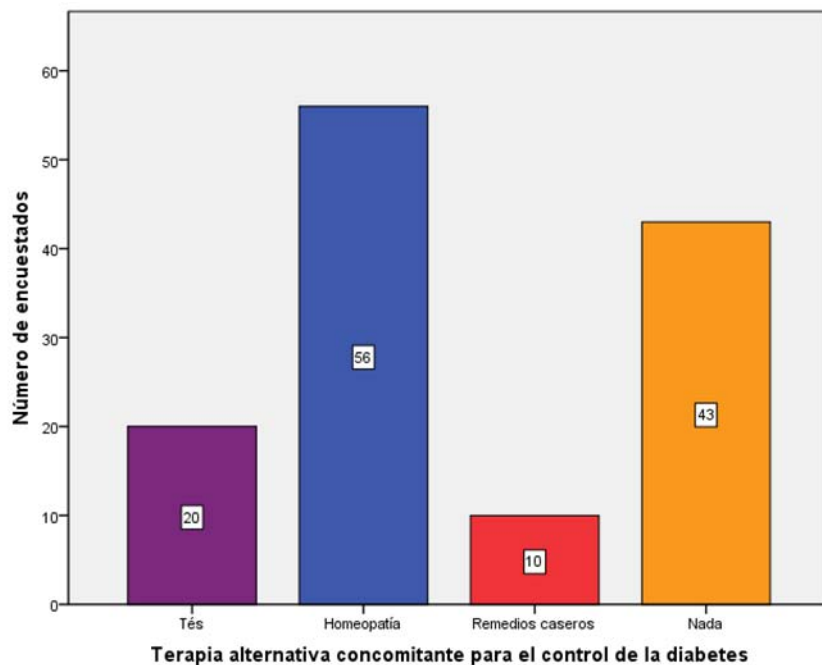
Terapia alternativa concomitante para el control de la diabetes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Tés	20	15.5	15.5	15.5
Homeopatía	56	43.4	43.4	58.9
Remedios caseros	10	7.8	7.8	66.7
Nada	43	33.3	33.3	100.0
Total	129	100.0	100.0	

Fuente: encuesta realizada a familiares de los pacientes diabéticos en la UMF 120

Gráfica 22

Terapia alternativa concomitante para el control de la diabetes.



El paciente ingiere terapia alternativa concomitante para el control de la diabetes: Té 15.5%, Homeopatía 43.4%, remedios caseros 7.8%, Nada 33.3%.

Tabla 23

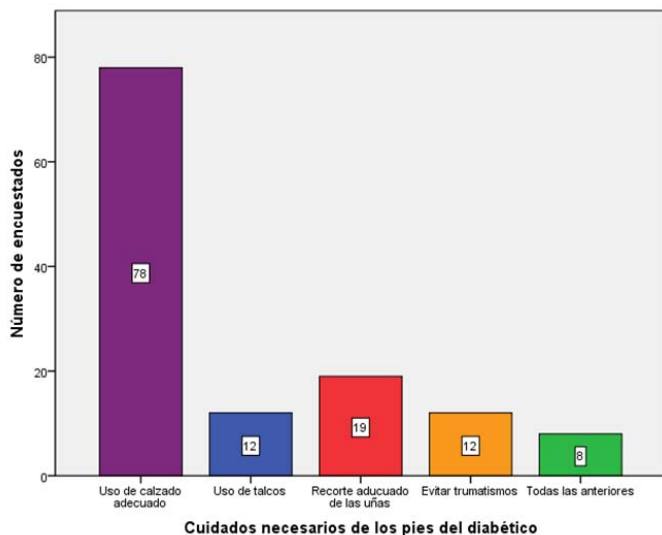
Cuidados necesarios de los pies del diabético

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Uso de calzado adecuado	78	60.5	60.5	60.5
Uso de talcos	12	9.3	9.3	69.8
Recorte adecuado de las uñas	19	14.7	14.7	84.5
Evitar traumatismos golpearse	12	9.3	9.3	93.8
Todo	8	6.2	6.2	100.0
Total	129	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a familiares de los pacientes diabéticos en la UMF 120

Gráfica 23

Cuidados necesarios de los pies del diabético.



El conocimiento del cuidado de los pies del paciente diabético uso de calzado adecuado 60.5%, Uso de talcos 9.3%, recorte adecuado de uñas 14.7%, evitan traumatismos 9.3%, todas las anteriores 6.2%.

Tabla 24

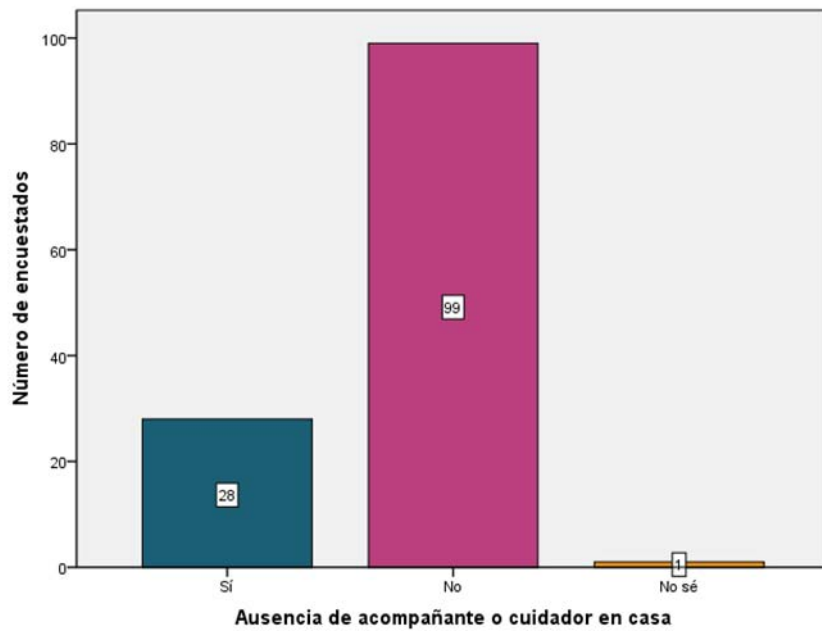
Ausencia de acompañante o cuidador en casa

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	28	21.7	21.9	21.9
No	99	76.7	77.3	99.2
No sé	1	.8	.8	100.0
Total	128	99.2	100.0	
Total	129	100.0		

Fuente: encuesta realizada a familiares de los pacientes diabéticos en la UMF 120.

Gráfica 24

Ausencia de acompañante o cuidador en casa.



Al preguntar el acompañamiento del familiar al paciente del paciente diabético: 21.7% sí No 76.7%, desconocen 0.8%.

DISCUSIÓN

La experiencia del padecimiento no queda limitada a la persona enferma sino que se extiende a su red social más cercana que es la familia, si se asume que la familia es un sistema, queda claro que la experiencia de cada uno de sus miembros afecta al sistema familiar y a su vez éste afecta a cada uno de sus integrantes. La familia comparte la experiencia de un padecimiento crónico el cual es fuente de conflictos y desequilibrios al generar un clima de tensión, preocupación e incertidumbre por la presencia de los signos y síntomas y sus repercusiones en las actividades del enfermo, por la necesidad de cambiar patrones de conducta, por el temor a las complicaciones que vendrán, por el incremento de los gastos y la reducción de ingresos más aun cuando el principal proveedor de recursos es el enfermo.

De manera particular la experiencia del padecimiento tiene una repercusión directa en la persona que se responsabiliza del cuidado del enfermo, ya que modifica sus planes y altera su ritmo de vida. Se encontró en nuestro estudio que en relación a la estructura de la familia, el paciente vive con sus familiares, sin embargo pocos acuden acompañados por ellos, como lo refiere Tejada en México 2006.⁹

También se encontró que las familias en general refuerzan positivamente la conducta adecuada del paciente respecto a tratamiento farmacológico y al estilo de vida, lo cual redundo en un apoyo positivo sobre la salud. En nuestro estudio se encontró que los familiares se encuentran al pendiente de su tratamiento; como lo refieren Portilla y cols. (1991), quienes comentan que la familia es una fuente de apoyo importante en estos pacientes³⁰. Anderson y cols. (2005) señalan que el ambiente social y el familiar son el tercer mediador psicosocial de adaptación para pacientes con diabetes y el mantenimiento de la salud; en este caso, la influencia de la familia es vital, lo que les permite superar el problema del tratamiento y cuidado de su salud.⁸

Sin embargo en nuestro estudio se observó que si se presenta un apoyo en la función de la red social hacia el paciente y se aprecia la aparición de nuevos proveedores del apoyo familiar, tiene una repercusión directa sobre la aceptación de la enfermedad por parte del enfermo y el desarrollo de un conjunto de conductas que le permitan mantener el control de su enfermedad, es determinante mantener una comunicación estrecha entre los familiares y el enfermo, propiciar condiciones para incrementar el bienestar emocional y físico de los pacientes con diabetes Mellitus.

Dentro de este estudio se observó que los pacientes que tuvieron una mejor red de apoyo fueron las mujeres dentro de las edades comprendidas de 46 a 61 años y la edad en los hombres es dentro de los 51 a 61 años, las pacientes femeninas que presentan una red de apoyo se dedican al hogar y son casadas, los hombres que tienen una buena red de apoyo ya no laboran, son casados y se encuentran en casa con la oportunidad de realizar ejercicio y todos se encuentran con una larga evolución de presentar diabetes mellitus.

En ese sentido los médicos familiares deben considerar la dimensión de la familia e incluso a otras redes sociales como parientes y amigos cuando brindan la atención al enfermo de diabetes considerando que el sistema familiar se ve afectado por la enfermedad y lo conlleva a su vez una dinámica familiar favorable favorable para contribuir en el cuidado del enfermo crónico.²⁵

CONCLUSIONES

Las redes de apoyo personales permiten entender mejor el cambio en la estructura, composición y función de las relaciones sociales que se produce ante una situación vital de estrés. El familiar realiza diversas tareas relacionadas con el cuidado personal y brinda apoyo no sólo con respecto al tratamiento médico y los problemas derivados del mismo, sino que también mantiene una interacción permanente con los médicos y el personal de salud, toma las decisiones sobre el tipo de cuidado que debe ofrecerse, o bien, busca ayuda complementaria cuando lo considera necesario.

En nuestro estudio se encontró la existencia de red de apoyo familiar en los pacientes diabéticos, cuentan con apoyo de sus familiares para el acompañamiento para el cuidado de su enfermedad, sin embargo se observó que la mayoría preparan sus alimentos, la atención odontológica esta descuidada y es difícil acompañarlos a su control médico. Lo anterior se da por la necesidad de ayudar al enfermo y lo inevitable de sentirlo, como una carga por la cantidad de cuidados que demanda el paciente ante la enfermedad. La cultura familiar social es útil en toda la enfermedad, ya que esta va a generar una crisis familiar; la enfermedad de un miembro de la familia genera una modificación del sistema familiar, toda la familia se ve afectada. La familia ante la enfermedad del paciente responde de diversas maneras, como el acompañamiento, el cambio de estilo de vida (dieta, ejercicio), el cumplimiento en la ingesta de medicamentos. Principalmente las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus.

En este estudio se concluyó que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, tienen redes de apoyo familiar, lo cual repercute en un mejor control de glucosa, al realizar una alimentación adecuada y apego al tratamiento farmacológico, por lo que se adaptan adecuadamente a la nueva situación y, a pesar de las tensiones y reestructuraciones, son capaces de reorganizarse e incluso fortalecer sus lazos. Por lo que se espera que los pacientes diabéticos presenten una calidad de vida mejor.

Por lo que se tuvo una respuesta favorable al problema planteado donde se encontró que si hay una red de apoyo familiar y se tiene una influencia positiva dando soporte emocional, instrumental y social para un buen control del paciente con diabetes mellitus, así mismo se lograron los objetivos del estudio que es de tener una red de apoyo en los pacientes diabéticos para evitar complicaciones y tener un buen control de forma que se creen el mínimo estrés.

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS.

COMENTARIOS

La importancia de las redes de apoyo al paciente con diabetes mellitus, es vital para contribuir a que el paciente se sienta acompañado y pueda modificar su estilo de vida (alimentación, ejercicio, ingesta de medicamento), el comprender la importancia de cuidado de su enfermedad, y así lograr un mejor control, no solo en cuanto su glicemia, sino metabólicamente, y así poder retardar las complicaciones propias de la diabetes mellitus.

SUGERENCIAS.

Al realizar el presente estudio se encontró información suficiente referente al tema de familia y diabetes, y de las características socioculturales que influyen en la forma de vivir la diabetes.

Promover estudios como este para estimular la investigación de las culturas y subculturas existentes, en relación al conocimiento y actitudes adoptadas frente al fenómeno de salud-enfermedad.

Aplicar el enfoque de medicina familiar en la atención del paciente diabético, considerando la familia como apoyo fundamental para el control y tratamiento de la enfermedad.

Capacitar y motivar al personal de salud en la importancia que ejerce la familia en el éxito de un adecuado control del paciente diabético.

Como Equipo de Salud facilitar la integración de los miembros de la familia al control y tratamiento del paciente diabético.

Impartir pláticas de orientación de los familiares para la adherencia del tratamiento, no solo farmacológico, sino del estilo de vida, para contribuir a una mayor calidad de vida del paciente diabético.

Promover acciones destinadas a la educación del paciente y los miembros de su familia y comunidad.

Contribuir a tomar conciencia en los miembros de la familia del rol e importancia que ésta tiene en el autocuidado del paciente diabético

BIBLIOGRAFÍA.

¹ González Q. JC, Restrepo-C. G. Prevalencia de la felicidad en ciclos vitales y relación con redes de apoyo en población colombiana. Rev. salud publica 2010 12(2):228-38

²Pizarro-Carreño E, Rivera-A M. La familia como problemática de salud en atención primaria. Diplomado de Salud Pública y Salud Familiar.

³Cifuentes RJ, Yefi-Quintul N. La familia:¿Apoyo o desaliento para el paciente Diabético? Diplomado en Salud Publica y Salud Familiar, 2005

⁴Deuma DI, Salinas VA. Diabetes Mellitus compensada, una responsabilidad compartida. Diplomado en Salud Publica y Salud Familiar, 2004

⁵ Guzman-Perez M, Cruz-C. AJ, Parra-Jiménez J, Manzano-Osorio M. Control glicémico, conocimientos y autocuidado de pacientes diabéticos tipo 2 que asisten a sesiones educativas. Rev. Enfermedades IMSS 2005:13 (1): 9-13

⁶Molina SC, Bahsas F, Hernández MP. Funcionalidad Familiar y Apoyo Social en pacientes Diabéticos amputados. Med ULA 2009:18 8-11

⁷Debussche X, Blcou-Debussche M, Besancon S, Assa TS. Dificultades para el autocontrol diabético en países en vías de desarrollo. Diabetes Voice 2009:54 12-14

⁸Galindo R, Prado-A. CA. Características de la Estructura y de la Función de las Redes Sociales y Apoyo asociadas a indicadores de un adecuado control metabólico del Paciente diabético tipo 2. Universidad Autónoma de Aguascalientes. Instituto Mexicano del Seguro Social.

⁹Arredondo M. A. Marques E, Moreno F, Basan M. Influencia del Apoyo social en el control del Paciente Diabético tipo 2. Revista De Especialidades Médico-Quirúrgicas 2006:11 (3) 43-48

- ¹⁰Arroyo M, Bonilla MP, Trejo L. Perspectiva Familiar alrededor del Paciente Diabético. Neurol Neurocir Psiquiat. 2005, 38(2) 63-68
- ¹¹Vallis M. Obstáculos para el autocontrol en personas afectadas por una enfermedad crónica. Diabetes Voice 2009:54 5-8
- ¹²Valadez –F. I.; Alfaro A, N.; Et al . Diseño de un instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2. Investigación en Salud [en línea] 2003, vol. V [2011-10-14]. Disponible en Internet: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=14250305>. ISSN 1405-7980.
- ¹³ Vega M, González E. Apoyo Social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica, 2009:4-7.
- ¹⁴ Hernández S. Metodología de la Investigación en Ciencias Sociales. Ed. McGraw Hill. México 2005
- ¹⁵ Rodríguez M y Guerrero J. Importancia del Apoyo Familiar en el control de la Glucemia. Salud Pública México. Cuernavaca 1997, Vol. 39.
- ¹⁶ Stephen B. et al. Designing Clinical Research. Second Edition Ed Mcgraw Hill USA 2009
- ¹⁷ Gil Domínguez E Sil M. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención IMSS 2009 10.12
- ¹⁸ Melchiors A Cassyano J. Correr P. et al Medidas de Evaluación de la Calidad de Vida en Diabetes Parte 1: Conceptos y criterios de revisión. Según Farmacoter 2004;2
- ¹⁹ Pérez B. Eficacia de una terapia personalizada con y sin insulinización en el control clínico metabólico del portador de DM2. IMSS 2009; 7
- ²⁰ Vargas M. Zarate M. Manual para la Vigilancia Epidemiológica de la Diabetes Mellitus Tipo 2 Secretaria de Salud
- ²¹Steven R. Lee C et al Phychosocial Predictors of Self-Care Behaviors in Type 2 Diabetes Mellitus Patients: Analysis of social support, self efficacy and depression 2006;15

²²Molina J.Fernandez R. Llopis J. El apoyo social en situaciones de crisis: un estudio de caso desde la perspectiva de las redes personales. Portularia vol. VIII no 1 2008 61

²³ www.elsevier.es/a Asociación de apoyo social y control glucémico en el paciente con diabetes mellitus tipo 2 APRIM-667; No. of Pages 2 Aten Primaria. 2011; xxx(xx):xxx—xxx

²⁴ <http://www.alad-latinoamerica.org/phocadownload/guias%20alad.pdf>. Asociación Latinoamericana de Diabetes. Guías ALAD de diagnóstico, control, y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. (5-10)

²⁵[http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte sanitario/ediciones/2013 mayo-agosto/REVISTA HS mayo-agosto2013.pdf](http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2013_mayo-agosto/REVISTA_HS_mayo-agosto2013.pdf)

²⁶ Castro Sánchez, Escobedo PJ. Análisis de la mortalidad por diabetes mellitus en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Revista Médica IMSS 2008; 28 (123-140).

²⁷ González CR, Juárez SC Rodríguez Mj. Características epidemiológicas de pacientes con diabetes. Revista médica. Instituto Mexicano Del Seguro Social. 2007; 41 (5): 383-392.

²⁸ <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html> Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud

²⁹. Freddy García y Cols. Clasificación y patogenia de la diabetes mellitus. Rev. Esp cardiol 2005;5(28-35)

³⁰ Lilia Portilla y cols. El paciente diabético aspectos psicológicos de su manejo. Rev latinoamericana de psicología 1991 vol 23 – No2 (199-205)

ANEXOS

Clave 2810009



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: **REDES DE APOYO FAMILIAR EN EL PACIENTE CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UMF NO. 120**

Patrocinador externo (si aplica): **NO APLICA**

Lugar y fecha: **MEXICO D.F.**

Número de registro: **3509**

Justificación y objetivo del estudio:

Procedimientos:

Posibles riesgos y molestias:

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Participación o retiro:

Privacidad y confidencialidad:

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

No autoriza que se tome la muestra.

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

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

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

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

Investigador Responsable: DR MAURICIO JOSÉ PÉREZ MARTÍEZ.

Colaboradores: DRA MARIA TERESA BARRÓN TIRADA.

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

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE SALUD**

**INSTRUMENTO REDES DE APOYO FAMILIAR EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2 EN LA UMF NO. 120**

Dimensiones:

1ª dimensión: Conocimiento del familiar sobre la diabetes mellitus tipo 2
(1,2,3,6,7,13,16,17,19,21,23).

2ª dimensión: Seguimiento del familiar de las indicaciones de ingesta de medicamentos (5, 9, 11, 20,22).

3ª dimensión: Actitudes de apoyo de la familia (4, 8, 10, 12, 14, 15, 18, 21,24).

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Parentesco: _____

Instrucciones:

Por favor conteste las preguntas que a continuación le solicitamos. En el paréntesis escriba la letra correspondiente a la respuesta verdadera

1. ¿El diabético descontrolado llega a tener gangrena en los pies?

- a) Si b) No

2. ¿El diabético debe en su casa medirse la azúcar en la sangre?

- a) Si b) No

3. ¿Son comunes las infecciones en los diabéticos?

- a) Si b) No

4. La preparación de los alimentos del enfermo diabético es realizada por: ()

- a) El paciente mismo
- b) El cónyuge
- c) La hija/o mayor 1
- d) Otra persona

5. La administración de la medicina al paciente diabético es realizada..... ()

- a) El paciente mismo
- b) El cónyuge

6. Usted está de acuerdo que para mantenerse en control el enfermo diabético tiene que..... ()

- a) Tomar sus medicinas
- b) Llevar su dieta
- c) Hacer ejercicio
- d) Cuidar sus pies
- e) Cuidar sus dientes

7. Le ayuda a su familiar a entender las indicaciones del médico.

- a) Si b) No

8. Cuando su familiar enfermo come más alimentos de los indicados usted..... ()

- a) Le recuerda el riesgo
- b) Le retira los alimentos
- c) Insiste tratando de convencerlo
- d) Insiste amenazando
- e) No dice nada

9. Se da usted cuenta cuando a su familiar se le olvida tomar su medicina

- a) Si
- b) No

10. Considera que es problema preparar la dieta de su familiar diabético..... ()

- a) Porque no sabe
- b) Porque no le gusta
- c) Porque le quita tiempo
- d) Porque cuesta mucho dinero

11. Qué hace usted cuando su familiar diabético suspende el medicamento sin indicación médica.....()

- a) Le recuerda
- b) Le insiste tratando de convencerlo
- c) Le lleva la medicina
- d) Lo regaña
- e) Nada

12. Pregunta al médico sobre las diferentes combinaciones de alimentos para su familiar

- a) Si
- b) No

13. Considera necesario que el diabético acuda al dentista

- a) Sí b) No

14. Motiva a su familiar a hacer ejercicio (caminar)

- a) Sí b) No

15. El ejercicio físico baja la azúcar

- a) Si b)No c) No sabe

16. A los enfermos diabéticos puede bajárseles la azúcar

- a) Si b) No c) No sabe

17. La azúcar en la sangre debe medirse antes de los alimentos

- a) Si b) No c) No sabe

18. Procura tenerle a su familiar diabético los alimentos que requiere a sus horas

- a) Si b) No

19. Cuando el paciente tiene cita con el médico para su control usted()

- b) Le recuerda su cita
c) Está al tanto de las indicaciones
d) No se da cuenta

20. Conoce la dosis de medicamento que debe tomar su familiar

- a) Si b) No

21. Platica con el médico acerca de la enfermedad y de las indicaciones que le dieron a su familiar

- a) Si b) No

22. Su familiar diabético toma alguna otra cosa para su control aparte del medicamento:

- a) Si b) No

23. Considera necesario para el cuidado de los pies del diabético.....

- | | |
|--------------------------------|---------------|
| a) El uso de calzado adecuado | Si () No () |
| b) El uso de talcos | Si () No () |
| c) El recorte adecuado de uñas | Si () No () |
| d) Que evite golpearse | Si () No () |

24. Su familiar diabético se encuentra en la casa solo

- a) Sí
b) No