



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE  
POSGRADO INSTITUTO MEXICANO  
DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR NO. 20

**PERCEPCION DEL APOYO FAMILIAR  
POR EL PACIENTE ASOCIADO AL APEGO  
Y CONTROL DE DIABETES MELLITUS TIPO 2**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
**MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

**DRA. ERIKA GÓMEZ GONZÁLEZ**

TUTORA:

**DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA**

Generación 2016-2019



Ciudad de México, 2019



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

**Vo.Bo.**

**TUTORA:**

---

**DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA**  
**MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y TERAPIA FAMILIAR**  
**PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR**  
**UMF No. 20 VALLEJO**

**Vo.Bo.**

---

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA  
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
UMF No. 20 VALLEJO**

**Vo.Bo.**

---

**DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA  
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UMF No. 20 VALLEJO**

## DEDICATORIAS

Dedico este trabajo y estos tres años de camino realizado a mi familia amada:

A mi padre **David** por cuidar lo que más amo y que sin los sacrificios que realizó, para poder brindarme todo su apoyo incondicional, yo no lo hubiera logrado.

A mi hermana **Andrea** (mi hija psicológica como ella misma dice) quien al verme como su ejemplo a seguir y que, con sus propios logros, los cuales son mi orgullo, me impulsó a querer superarme aún más.

A mis hermosas hijas **Shajadi y Layra** quienes comprendieron y perdonaron mis ausencias, por las sonrisas, besos y abrazos que me regalaron en los momentos de cansancio, y que fueron mi motor en todo momento.

A mi esposo **Mauricio**, amigo, compañero y amor de mi vida por ir a lado mío en todo momento, quien me dio apoyo y seguridad en cada paso, por su comprensión, paciencia y amor, por ser pilar de mi vida y juntos cimientos de nuestra familia.

Y también dedico este trabajo a esas personas que hicieron todo por querer sabotear mi ilusión de crecer, les digo ahora que no lograron apagar mi luz.

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a **Dios** por darme todo lo que tengo, por ponerme las pruebas que superé, ya que gracias a eso soy más fuerte y madura que antes. Te doy gracias por mi vida, por la hermosa familia, por los sueños cumplidos, por las metas logradas, por las ilusiones que aún están presentes, por las personas que puso en mi camino estos tres años, por las enseñanzas, por iluminar mi sendero, por no abandonarme.

Agradezco a mi familia por su apoyo, comprensión y admiración, por todo el amor que me dan, por toda la fe que en mí depositan día a día, por ser el sol que ilumina mi vida.

Agradezco a todos los profesores que no tuvieron objeción alguna para compartir sus conocimientos, que saben la importancia de la formación del residente de Medicina Familiar y no dudaron en enseñarme.

Gracias a mis compañeros de residencia por la convivencia y las experiencias obtenidas.

Agradezco a mi coordinadora y asesora de tesis la **Dra. María del Carmen Aguirre García** por guiarme en mi formación estos 3 años, por su enseñanza, por compartir su experiencia en educación y terapia, por su apoyo. Agradezco a la **Dra. Santa Vega Mendoza** quien me enseñó disciplina, compromiso y compartió sus conocimientos y experiencia. Les agradezco doctoras por ayudarme a convertirme en el médico especialista que ahora soy, en enseñarme a conocer y respetar al instituto, en mostrarme su gran valor como sede formadora de médicos especialistas. En valorar y amar aun más a la especialidad de Medicina Familiar, la importancia de ésta para la prevención, control de las enfermedades, en ver al paciente junto a todo su entorno que le rodea y en el que se desenvuelve, en hacerme ver que nuestra labor es pieza clave en la sociedad.

Agradezco a la **UNAM**, mi casa de estudios desde siempre, por permitirme regresar una vez más para continuar con mi formación, en hacerme sentir orgullosa de pertenecer a esta gran universidad.

Agradezco al **IMSS** por darme la oportunidad de entrar a una de sus mejores sedes, por poner a mi alcance todas las herramientas para lograr mi adecuada formación, por permitirme conocer la nobleza de la institución y la importancia que tiene para el país en cuanto a salud se refiere.

# INDICE

CONTENIDO	PAG
RESUMEN.....	2
INTRODUCCION.....	4
ANTECEDENTES.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
PREGUNTA.....	14
OBJETIVOS.....	15
HIPOTESIS.....	16
MATERIAL Y METODOS.....	17
RESULTADOS.....	27
DISCUSION.....	40
CONCLUSIONES.....	43
RECOMENDACIONES.....	44
BIBLIOGRAFIA.....	45
ANEXOS.....	49

**PERCEPCION DEL APOYO FAMILIAR POR EL PACIENTE ASOCIADO AL  
APEGO Y CONTROL DE DIABETES MELLITUS TIPO 2**

**RESUMEN**  
**PERCEPCION DEL APOYO FAMILIAR POR EL PACIENTE ASOCIADO AL  
APEGO Y CONTROL DE DIABETES MELLITUS TIPO 2**

**GÓMEZ-GONZÁLEZ E<sup>1</sup>, AGUIRRE-GARCIA MC<sup>2</sup>**

- 1. Residente de tercer año, Medicina Familiar, UMF20 IMSS.**
- 2. Médico Familiar, Maestra en Ciencias de la Educación, UMF20 IMSS.**

**Introducción.** El descontrol de la diabetes puede ser multifactorial uno de ellos es el desconocimiento de la enfermedad y sus complicaciones incluso en personas que pertenecen a los grupos de apoyo. **Objetivo.** Determinar la percepción del apoyo familiar por el paciente y su familiar asociado al apego y control de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. **Material y Métodos.** Estudio observacional, transversal analítico, previo consentimiento informado se aplicó dos cuestionarios al paciente y uno al familiar acompañante que acudieron a la consulta externa de la unidad, el cual exploró conocimientos, cuidados, complicaciones y apego al tratamiento farmacológico, así como datos sociodemográficos. Se utilizó estadística descriptiva y analítica considerando significancia estadística cuando  $p \leq 0.05$ . **Resultados.** Las características sociodemográficas que predominaron fueron: edad de 60 a 99 años (70.5%), género femenino (65%), escolaridad secundaria (35.8%), casados (51.6%), ocupación hogar (41%), el 85% de los pacientes perciben apoyo por parte de su familia, los familiares (pareja o hijo) reportan que lo otorgan en un 98% de nivel medio a alto ( $p=0.000$ ). El no apego al tratamiento farmacológico se refiere en el 36% de los pacientes, con una asociación con el género femenino ( $p=0.009$ ), y el descontrol metabólico ( $p=0.007$ ). La percepción de falta de apoyo se asoció a descontrol glucémico ( $p=0.02$ ) y a la falta de apego en el tratamiento farmacológico ( $p=0.003$ ). **Conclusión.** Se hace hincapié que el médico ante la falta de descontrol metabólico evalúe el apego terapéutico y el apoyo familiar, para un manejo integral.

**Palabras clave:** apoyo familiar, percepción, control, apego, diabetes.

## SUMMARY

### PERCEPTION OF FAMILY SUPPORT BY THE PATIENT ASSOCIATED WITH THE ATTACHMENT AND CONTROL OF DIABETES MELLITUS TYPE 2

GÓMEZ-GONZÁLEZ E<sup>1</sup>, AGUIRRE-GARCIA MC<sup>2</sup>

1. Resident Third year Family Medicine UMF 20 IMSS.
2. Family Doctor, Family Medicine Unit No. 20, IMSS.

**Introduction.** The lack of control of diabetes can be multifactorial one of them is the ignorance of the disease and its complications even in people who belong to support groups. **Objective.** To determine the perception of family support by the patient and his relative associated with the attachment and control of the disease in patients with type 2 diabetes mellitus. **Material and methods.** Observational, cross-sectional analytical study, with prior informed consent, two questionnaires were applied to the patient and one to the accompanying family member who attended the unit's outpatient clinic, who explored knowledge, care, complications and adherence to pharmacological treatment, as well as sociodemographic data. We used descriptive and analytical statistics considering statistical significance when  $p \leq 0.05$ . **Results.** The sociodemographic characteristics that predominated were: age from 60 to 99 years (70.5%), female gender (65%), secondary schooling (35.8%), married (51.6%), home occupation (41%), 85% of the patients perceive support from their family, family members (couple or child) report that they give it at 98% from medium to high level ( $p = 0.000$ ). Non-adherence to pharmacological treatment is reported in 36% of patients, with an association with the female gender ( $p = 0.009$ ), and metabolic uncontrolled ( $p = 0.007$ ). The perception of lack of support was associated with glycemic decontrol ( $p = 0.02$ ) and lack of attachment in the pharmacological treatment ( $p = 0.003$ ). **Conclusion.** It is emphasized that the doctor, in the absence of metabolic uncontrolled, evaluates the therapeutic attachment and family support, for an integral management.

**Key words:** family support, perception, control, attachment, diabetes.

## INTRODUCCION

La diabetes es una enfermedad sistémica, crónica, degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales. Una gran parte de pacientes que padecen diabetes se encuentra con descontrol metabólico, esto representa un riesgo para la aparición temprana de complicaciones micro y macrovasculares. Por ello el paciente debe apegarse a un estilo de vida saludable, en el cual los miembros de la familia son los principales soportes para lograr estos cambios de forma permanente. En múltiples estudios se ha determinado una correlación positiva entre la funcionalidad familiar y el índice general de automanejo.

Por ello mismo el personal médico debe considerar a la familia como un recurso indispensable cuando surge un problema de salud, además el cumplimiento de la terapia mejora cuando el familiar tiene información suficiente sobre la enfermedad y el tratamiento, motivando al paciente a tomar las decisiones acordadas con el personal médico. Asimismo, el familiar puede vigilar la evolución de la enfermedad, ayudar al enfermo en la toma de decisiones y colaborar en conductas saludables.

Diversos estudios han demostrado asociación entre el apoyo familiar y el control glucémico, así como el apego al tratamiento y a las medidas higiénico-dietéticas. Es necesario que la atención de la diabetes se conciba como un sistema integrado y coordinado en el que todos los participantes, incluyendo el paciente y su familia, trabajen en equipo, conozcan, acepten y se identifiquen con las metas, y que se atiendan las necesidades e intereses del paciente con medidas y procedimientos que sean útiles y trascendentes para su bienestar <sup>(1)</sup>.

## ANTECEDENTES

La diabetes mellitus es un grupo heterogéneo de trastornos que se caracterizan por concentraciones elevadas de glucosa en sangre, debido a la deficiencia parcial en la producción o acción de la insulina. Los factores de riesgo más importantes son el sobrepeso y obesidad, que se asocian con inactividad física y alimentación inadecuada <sup>(1)</sup>. Su evolución es silenciosa, progresiva e irreversible que requiere de un manejo con perspectiva dinámica, estructurada, integral, del equipo multidisciplinario, enfocado en el paciente; para su prevención, control, limitación del daño y rehabilitación.

La diabetes mellitus es la primera causa de muerte a nivel nacional y se estima que la tasa de mortalidad crece 3% cada año. El aumento de las personas afectadas por diabetes mellitus tipo 2 se debe a varios factores: el crecimiento de la población, el envejecimiento de la población, la diabetes es más común en personas mayores; sin embargo, debido a diferencias demográficas, en países ricos la diabetes predomina arriba de los 60 años y en los países en vías de desarrollo la edad está entre los 40 y 60 años. La urbanización, asociada a cambios alimentarios y de un estilo de vida más sedentario. La epidemia de obesidad, derivada de mayor prosperidad y reducción de la actividad física. Se estima que existen, en el mundo, 170 millones de personas afectadas por diabetes mellitus el cual se duplicaría para el año 2030. América Latina se estima que de 13,3 millones de pacientes con diabetes en el año 2000 esta cifra aumentara a unos 33 millones para el año 2030 lo que representa un incremento de 148%. La Organización Mundial de la Salud reporta en enero del 2011 que: Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios. Casi la mitad de esas muertes corresponden a personas de menos de 70 años, y un 55% a mujeres. La OMS prevé que las muertes por diabetes se multipliquen por dos entre 2005 y 2030. La alimentación saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y evitar el consumo de tabaco pueden prevenir la diabetes de tipo 2 o retrasar su aparición <sup>(1)</sup>.

La diabetes es un problema de salud pública y una de las cuatro enfermedades no transmisibles seleccionadas por los dirigentes mundiales para intervenir con carácter prioritario <sup>(2)</sup>.

En el caso de México, se estima que de 6,8 millones de afectados aumentará a 11,9 millones con un incremento del 175%. En el mundo, la prevalencia de la diabetes se triplicó en 30 años y se estima que en 30 años más, se duplicará nuevamente. En México, en 2012, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición informó una prevalencia de 9.5%, 20% mayor que 5 años antes. En un período de 5 años, la incidencia de diabetes creció 35% <sup>(3)</sup>.

En el IMSS durante el período 2004-2009 la DM ha sido la primera causa de muerte con 21,096 defunciones en el año 2011<sup>(3)</sup>.

La transición epidemiológica que atraviesa el país es de enormes repercusiones para la seguridad social, ya que, aunque la incidencia de enfermedades infecto-contagiosas se ha abatido, los padecimientos crónico-degenerativos, cuyo tratamiento es prolongado y costoso, han aumentado. El IMSS prevé un significativo incremento de su gasto en salud, derivado de la atención de los pacientes que sufren esta enfermedad ya que ha mantenido tendencias crecientes en sus tasas de morbilidad, en este contexto la diabetes mellitus crece en 1.32 por ciento en promedios anuales. Los casos de diabetes por diagnóstico anterior fueron de 15.4% en los hombres y 19.6% en las mujeres. De estas cifras solo una cuarta parte de los hombres y la quinta parte de las mujeres tenían diabetes bien controlada, de acuerdo con el porcentaje de hemoglobina glucosilada.<sup>(4)</sup>

La diabetes constituye un reto creciente y trascendente para el IMSS ya que, durante el 2010, la prevalencia de diabetes mellitus fue de 10.5% en la población derechohabiente, ocupa el segundo lugar de demanda de consulta en medicina familiar, el quinto lugar en la consulta de especialidades, el octavo lugar en la consulta de urgencias y como motivo de ingreso hospitalario. 5 de cada 10 pacientes en los programas de diálisis son diabéticos tipo 2. Es primera causa de los dictámenes de invalidez que corresponde el 14.3% del total, con una relación hombre mujer de 8 a 1. (83 y 17% respectivamente)<sup>(4)</sup>. Entre las posibles complicaciones se incluyen: ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, amputación de miembros inferiores, pérdida de visión y daños neurológicos. Durante el embarazo, si la diabetes no se controla de forma adecuada, aumenta el riesgo de muerte fetal.<sup>(5)</sup>

Está documentado que la diabetes mellitus incrementa el riesgo de enfermedad coronaria, infarto, insuficiencia renal, amputaciones y muerte, por sí sola es un factor de riesgo cardiovascular y se estima que entre 7 y 8 de cada 10 personas con diabetes mueren por este motivo. Evidencias científicas muestran que las complicaciones por diabetes pueden ser prevenibles con un buen control metabólico, donde no sólo es importante la medición de la hemoglobina glucosilada sino también la educación del paciente con respecto a la enfermedad. Los programas de educación en diabetes establecidos en las instituciones de salud tienen como objetivo educar al paciente ya que se ha demostrado que el conocimiento insuficiente con respecto a la enfermedad afecta negativamente el comportamiento y en consecuencia el autocuidado<sup>(5,6)</sup>.

La diabetes y sus complicaciones representan importantes pérdidas económicas para las personas que la padecen y sus familias, así como para los sistemas de

salud y las economías nacionales por los costos médicos directos y la pérdida de trabajo y sueldos. Los principales costos se derivan de la atención hospitalaria y ambulatoria, sobre todo por sus complicaciones.

El punto de partida para vivir bien con diabetes es un diagnóstico precoz: cuanto más tiempo se tarda en diagnosticar la diabetes, peores pueden ser las consecuencias para la salud. Por tanto, en los entornos de atención primaria de salud debería ser fácil acceder a medios de diagnóstico básicos, como los análisis de sangre para determinar la glucemia. Es necesario establecer sistemas para la derivación del paciente desde el facultativo al especialista y viceversa, puesto que los pacientes necesitarán evaluación o tratamiento periódicos especializados en caso de complicaciones.

En el caso de las personas ya diagnosticadas con diabetes, existe una serie de intervenciones costo eficaces que pueden mejorar sus resultados, independientemente del tipo de diabetes que tengan. Entre las intervenciones cabe citar: el control de la glucemia, mediante una combinación de dieta, actividad física y, de ser necesario, medicación; el control de la tensión arterial y los lípidos para reducir el riesgo cardiovascular y otras complicaciones; y exámenes periódicos para detectar daños oculares, renales y en los pies para facilitar la introducción temprana de tratamiento. La gestión de la diabetes puede reforzarse mediante normas y protocolos.

Las iniciativas para mejorar la capacidad de diagnóstico y tratamiento de la diabetes deberían aplicarse en el contexto de la gestión integrada de las enfermedades no transmisibles a fin de obtener mejores resultados. Como mínimo, puede combinarse la gestión de la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.

La capacidad nacional de prevención y control de la diabetes, evaluada en la encuesta sobre la capacidad de los países en materia de enfermedades no transmisibles de 2015, varía enormemente según la región y el nivel de ingresos del país. La mayoría de los países indican que cuentan con políticas nacionales contra la diabetes y para reducir los principales factores de riesgo, y directrices nacionales o protocolos para mejorar la gestión de la diabetes. En algunas regiones y entre los países de ingresos más bajos, sin embargo, tales políticas y directrices carecen de financiación y su aplicación es deficiente <sup>(6)</sup>.

Por lo general, el personal médico que ofrece atención primaria de salud en los países de ingresos bajos no tiene acceso a las tecnologías básicas necesarias para ayudar a las personas con diabetes a gestionar debidamente su enfermedad. Solo uno de cada tres países de ingresos bajos y medianos indican que los centros de

atención primaria de salud disponen por lo general de las tecnologías más básicas para el diagnóstico y la gestión de la diabetes.

En los últimos 5 años muchos países han efectuado encuestas poblacionales sobre la prevalencia de la inactividad física y del sobrepeso y la obesidad, pero menos de la mitad han incluido en las encuestas la medición de la glucemia <sup>(6)</sup>.

Considerando que la diabetes es una condición crónica en donde el 99% del cuidado es el autocuidado, es relevante mantener a la persona con diabetes en las mejores condiciones cognitivas, emocionales y sociales posible. Las personas con diabetes desarrollan complicaciones psicosociales como la falta de apoyo familiar, fobias, depresión o trastornos en la alimentación entre otros.

Es necesario que la atención de la diabetes se conciba como un sistema integrado y coordinado en el que todos los participantes, incluyendo el paciente y su familia, trabajen en equipo, conozcan, acepten y se identifiquen con las metas, y que se atiendan las necesidades e intereses del paciente con medidas y procedimientos que sean útiles y trascendentes para su bienestar.

Los psicólogos y educadores en salud deben fomentar en el diabético que realice actividades que lo ayudarán a mejorar sus interacciones familiares, que son las que sostienen o perjudican su conducta terapéutica, y que en cierta forma son el reflejo de algunas características de la familia. A través de la red familiar, además de los amigos, es posible encontrar apoyo emocional; por ello, la influencia de las relaciones familiares ha suscitado considerable interés entre los profesionales interesados en el control de la diabetes, y hay consenso en que el comportamiento de los miembros de la familia puede favorecer el apego al tratamiento, pero también interferir su cumplimiento. En otras palabras, si la familia refuerza positivamente las conductas adecuadas del paciente con respecto a su tratamiento, se obtendrá un apoyo positivo sobre la salud; pero cuando el apoyo social potencia comportamientos inadaptados de salud, el efecto funcional producirá una influencia negativa.

No hay soluciones sencillas para combatir la diabetes, pero mediante intervenciones coordinadas con múltiples componentes pueden lograrse cambios importantes. Todos tienen un papel que desempeñar en la reducción de los efectos de la diabetes en sus diferentes variantes. Los gobiernos, los profesionales de la salud, las personas con diabetes, la sociedad civil, los productores de alimentos y fabricantes de productos alimenticios y los proveedores de medicamentos: todos son partes interesadas. En conjunto pueden hacer una contribución importante para detener el aumento de la diabetes y mejorar la calidad de vida de las personas que tienen la enfermedad.

Una gran parte de pacientes que padecen diabetes se encuentra con descontrol metabólico, esto representa un riesgo para la aparición temprana de complicaciones micro y macrovasculares. Las guías de práctica clínica consideran la dieta, la actividad física y el apego al tratamiento como pilares para lograr el control de la enfermedad; por ello el paciente con diabetes debe apegarse a un estilo de vida saludable, en el cual los miembros de la familia son los principales soportes para lograr estos cambios de forma permanente.

El personal médico y de enfermería consideran a la familia como un recurso indispensable cuando surge un problema de salud, además el cumplimiento de la terapia mejora cuando el familiar tiene información suficiente sobre la enfermedad y el tratamiento, motivando al paciente a tomar las decisiones acordadas con el personal médico. Asimismo, el familiar puede vigilar la evolución de la enfermedad, ayudar al enfermo en la toma de decisiones y colaborar en conductas saludables. Sin embargo, en algunos casos el médico no contempla a los familiares del paciente con diabetes, ya sea como parte del apoyo para el apego al tratamiento o bien dentro de los planes alimenticios, en suma, los familiares no colaboran en el manejo de la enfermedad. Diversos estudios han demostrado asociación entre el apoyo familiar y el control glucémico. Se ha informado que el apoyo social se relaciona con conductas pilares del tratamiento de la diabetes. Específicamente, pacientes diabéticos tipo 2 que demuestran tener bajos niveles de apoyo social, tienen un peor estado de salud y de bienestar general, además de presentar presión arterial alterada <sup>(6)</sup>. Se ha estimado que aquellos pacientes DM2 que tienen bajos niveles de apoyo social, tienen un 55% más de probabilidades de fallecer que aquellos con moderados niveles de apoyo social. A su vez, estos presentan un 55% más de probabilidades de morir que aquellos que gozan de altos niveles de apoyo social <sup>(7)</sup>.

La adaptación a la enfermedad crónica es un proceso complejo, dinámico y heterogéneo, que se ve influenciado por aspectos sociodemográficos y psicosociales. se presentan tres aspectos psicosociales que juegan un rol en este proceso: las estrategias de afrontamiento y el apoyo social percibido, constructos altamente estudiados en su relación con la adaptación y manejo de la enfermedad crónica; y el comportamiento alimentario asociado a aspectos psicológicos, un elemento menos reconocido en la literatura. La mayoría de las tareas adaptativas en la enfermedad crónica requieren de ayuda por parte de otros, incluyendo apoyo emocional y apoyo instrumental. El apoyo social afecta el proceso de adaptación a la enfermedad a través de vías fisiológicas, emocionales y cognitivas. Puede ayudar a quienes lo reciben a utilizar estrategias de afrontamiento efectivas al ofrecer una mejor comprensión del problema y aumentando la motivación a tomar acciones, contribuye a incentivar el cuidado de la salud o minimizar los comportamientos de riesgo, y disminuye la reactividad fisiológica al estrés. Pacientes con diabetes

mellitus que reportan percibir bajos niveles de apoyo social presentan un peor estado de salud/bienestar general y una baja adherencia a los tratamientos y conductas de autocuidado. Ante el diagnóstico de un trastorno como la diabetes, con su condición de cronicidad y la exigencia de modificaciones en los hábitos y el modo de vida, 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 roles. Con esos cambios adaptativos aparecen nuevos riesgos para otros miembros de la familia, lo que puede afectar a su vez al familiar enfermo.

La enfermedad crónica en un miembro de la familia supone una prueba para el funcionamiento de ésta, ya que provoca cambios a nivel de organización. Un padecimiento crónico promueve un cambio a nivel de la dinámica familiar, haciendo que ésta se vuelque sobre sí misma con el fin de conocer a este nuevo miembro del sistema <sup>(7)</sup>.

Esta situación exige un apoyo importante del grupo familiar que auxilie en la vigilancia de la enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas. Como enfermedad crónica, la diabetes es un evento estresante, con grandes probabilidades de ser emocionalmente difícil para el enfermo. El apoyo familiar es clave en el control metabólico de la enfermedad al propiciar un ambiente favorable para reducir el estrés y mejorar el cumplimiento del tratamiento, dicho apoyo tiene sus bases en las redes sociales y deriva de las relaciones interpersonales familiares o de pares. Se conocen tres tipos de apoyo: el emocional, definido como sentimientos de ser amado y de pertenencia, intimidad, el poder confiar en alguien, y la disponibilidad de alguien con quien hablar. El tangible o instrumental, que se ha determinado como prestar ayuda directa o servicios, y el informacional, proceso en el cual las personas buscan información, consejo o guía que les ayude a resolver sus problemas, éste no es fácil separarlo del emocional. Así que podemos decir que el apoyo informacional y el tangible pueden considerarse como apoyo emocional. <sup>(8)</sup>

El apoyo se puede definir de muchas maneras dependiendo la situación ambiental y experiencia de cada persona, comunidad o sociedad, pero que al final tiene un mismo fin: ayudar a sobrellevar la enfermedad a la persona enferma.

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 <sup>(9)</sup>, por lo tanto, la salud física de una persona va de la mano con la salud emocional y la estabilidad de la familia como un todo.

Una vez que se ha hecho el diagnóstico, los pacientes y sus familias entran en un nuevo estilo de vida que incluye un intercambio diario de alimentos, inyecciones, pruebas de sangre y orina. Lo más recomendable es que reciban una amplia educación en relación con todo lo que implica el padecimiento. Los pacientes y sus familias aprenden, olvidan y vuelven a aprender muchas de las partes básicas de la diabetes, por esto es importante la repetición de la información necesaria. Para lograrse un manejo exitoso de la diabetes es necesario que exista una relación congruente entre la salud mental del paciente, el tono emocional de la familia y el cuidado de los niveles de glucosa en sangre.

La diabetes mellitus es una influencia significativa entre la modificación de la personalidad y de la vida; entre la estabilidad emocional y las relaciones familiares. La dinámica psicológica de la familia queda envuelta en la adherencia del miembro enfermo al tratamiento que incluye: dieta, ejercicio adecuado y medicación; y esto se refleja en la habilidad de la familia para crear una atmósfera sana o patológica para sus miembros. Así, el propósito del tratamiento de la diabetes no sólo debe ser una larga vida, sino proveer una adecuada calidad de vida <sup>(10)</sup>.

El individuo y la familia deben integrar de manera lenta el diagnóstico, su significado, curso y desenlace. Pero, en contraste con lo anterior, el tratamiento de la diabetes mellitus se caracteriza por el hecho de que, después del diagnóstico, el equipo de salud transfiere rápidamente a la familia la obligación de hacerse cargo y tomar la responsabilidad, tanto del paciente como de su control metabólico. Así, a los miembros de la familia se les solicita que, de la noche a la mañana, sean capaces de controlar la enfermedad, a pesar de que no tengan mucha información o conocimiento acerca de ella. En la diabetes mellitus, como en otras enfermedades, es necesario que la familia sea flexible, es decir, que desarrolle una organización para enfrentar los momentos de crisis familiar, mientras que mantiene otra para cuando la enfermedad se encuentre bajo control. Los cambios en la familia dependerán, por tanto, de las características propias de la misma, de la etapa del ciclo vital en que se encuentra, de la etapa de desarrollo que esté viviendo el individuo que padece la enfermedad y de la red de apoyo familiar con que cuenten. Kornblirt<sup>3</sup> menciona, además de los factores anteriores, las circunstancias que hayan rodeado el diagnóstico inicial, el grado de dolor que la enfermedad o los tratamientos que impliquen para este individuo en particular, la evolución del padecimiento al momento del diagnóstico y la velocidad de deterioro, las secuelas que llegan a producir algún tipo de invalidez, la narrativa particular y familiar que el grupo dé a la diabetes mellitus, y la posibilidad de crear un significado que les ayude a enfrentar y sobrellevar la enfermedad.<sup>(11)</sup>

Los factores de riesgo (hipertensión, tabaquismo, obesidad, estrés y desinformación) están relacionados con la dinámica familiar; y su incidencia es

mucho menor si se abordan desde una perspectiva que incluya el problema en el contexto familiar, puesto que las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar desequilibrio emocional y descompensación en el estado de salud de las personas. Existen evidencias documentadas de que, cuando una persona presenta algún tipo de enfermedad crónica como diabetes o hipertensión, la evolución y respuesta al tratamiento depende en buena medida del funcionamiento de la familia. La comunicación, la afectividad, el desarrollo, la adaptabilidad, el apoyo emocional, económico y de información, son funciones esenciales que tienen un efecto positivo en la recuperación de la salud. al contrario, si la familia no cumple con estas funciones o no sabe manejar el estrés que produce la enfermedad, la evolución de ésta tiende a ser negativa <sup>(12)</sup>.

A medida que las enfermedades crónicas han aumentado su prevalencia de forma lenta pero progresiva, ha aumentado el interés por la calidad de vida del enfermo y por los múltiples factores biopsicosociales que inciden en ella. La gran cantidad de aspectos psicosociales que hacen parte de los cuidados en las enfermedades crónicas surge de las respuestas individuales de los pacientes, las familias, los amigos y la sociedad, frente al diagnóstico y al pronóstico. Cualquiera que sea el resultado de la enfermedad, el objetivo es mejorar la calidad de vida <sup>(13)</sup>.

La enfermedad crónica es un acontecimiento único para el individuo, la familia y el cuidador familiar, porque ocasiona alteraciones de tipo físico, psicológico, social y espiritual en la salud y en la calidad de vida de los individuos que la sobrellevan durante gran parte de sus vidas <sup>(14)</sup>.

La enfermedad en el ser humano tiene dos componentes, uno patológico y uno ecológico, en este último, la familia y los amigos constituyen el contexto social más significativo y duradero. Un individuo con diabetes se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre a su familia o personas cercanas en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud; la respuesta que obtenga, influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica y, por lo tanto, en el control de la diabetes <sup>(15)</sup>. Es por esta causa que el paciente con diabetes puede caer con facilidad en influencias sobre su enfermedad, su tratamiento y hasta sus consecuencias dependiendo lo que estas redes de apoyo le indiquen, haciendo de la desinformación un factor de riesgo como ya se había mencionado con anterioridad.

La calidad de vida en un paciente crónico es la resultante de la interacción de varios factores, entre ellos el apego al tratamiento, el apoyo social recibido y percibido y la percepción personal que tenga el paciente según el contexto cultural. <sup>(16)</sup>

El apego es la estrategia que permite que el paciente mantenga y continúe el tratamiento y de esta manera logre cambios significativos en su comportamiento que mejoren su vida. El tratamiento de la diabetes tiene como objetivo el mantener una buena calidad de vida en la persona que la padece, evitando la sintomatología en situaciones como la descompensación ocurrida por hiperglucemia, complicaciones agudas o crónicas y disminuyendo la tasa de mortalidad e incapacidad. Para lograr estas metas se realizan diversas acciones basadas en actividades que incluyen modificaciones en la alimentación, la realización de un plan de actividades físicas y en la mayoría de los casos el uso de fármacos <sup>(17)</sup>. Sin embargo, estos esfuerzos se ven en ocasiones dificultados por la falta de apego al tratamiento por parte de los usuarios, haciendo infructuoso el auxilio del equipo médico y por, sobre todo, complicando la calidad de vida de las personas con esta patología <sup>(18,19)</sup>.

La falta de apego al tratamiento terapéutico en pacientes con DM2 es una de las situaciones que se manifiesta en forma habitual en la práctica clínica <sup>(20,21)</sup>. Es importante por esta y muchas otras razones que los profesionales de la salud tengan en cuenta este aspecto fundamental para el control del paciente diabético y se explore en la práctica diaria.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La diabetes se ha convertido desde ya hace varios años en un problema de salud a nivel mundial, a la cual rodean varios factores tanto propios del paciente como externos, ya sea del medio ambiente donde se desenvuelve, así como las personas con las que convive día a día, todo en conjunto logrando un adecuado control de la enfermedad y evitando sus temibles complicaciones o permitiendo la libre evolución natural de esta enfermedad y deteriorando la calidad de vida del paciente. Por esta razón es de suma importancia evaluar y considerar el ambiente más cercano con el cual tiene contacto el paciente y ese ambiente es precisamente la familia, la cual es la red social de apoyo más importante e influyente de las personas, ya sea para esta enfermedad en particular como para cualquier otra. Así como se menciona, en la diabetes para su control influyen varios factores como la familia, también debemos tomar a consideración el apego al tratamiento, ya que este aspecto es de suma importancia para tener un adecuado control de la enfermedad. La familia y las personas que están dentro de ese núcleo, son las que pueden sostener o perjudicar la conducta terapéutica, y que en cierta forma son el reflejo de algunas características de la familia. A través de la red familiar, y no solo de los consanguíneos, sino también de los amigos, es posible encontrar apoyo emocional, por ello, la influencia de las relaciones familiares ha suscitado considerable interés entre los profesionales interesados en el control de la diabetes, y hay consenso en que el comportamiento de los miembros de la familia puede favorecer la adherencia al tratamiento, pero también interferir su cumplimiento. En otras palabras, si la familia refuerza positivamente las conductas adecuadas del paciente con respecto a su tratamiento, se obtendrá un apoyo positivo sobre la salud; pero cuando el apoyo social potencia comportamientos inadaptados de salud, el efecto funcional producirá una influencia negativa, de ahí que nos hacemos la siguiente **pregunta de investigación:**

**¿Existe asociación entre la percepción del apoyo familiar y el apego y control en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?**

## OBJETIVOS

### Objetivo general:

Determinar la percepción del apoyo familiar y el apego asociado al control de la diabetes mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 del IMSS.

### Objetivos específicos:

- Identificar las variables sociodemográficas de los derechohabientes con diagnóstico de DM tipo 2 en al UMF Vallejo n° 20.
- Identificar las características de la enfermedad de los pacientes con diagnóstico de DM tipo 2 (años de diagnóstico, niveles de glucosa)
- Identificar el control o descontrol glucémico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
- Identificar el parentesco de los familiares que acompañan a sus citas de control a los pacientes con diagnóstico de DM tipo 2.
- Conocer el nivel de apoyo familiar hacia el paciente con diabetes mellitus tipo 2

## **HIPOTESIS**

### **HIPÓTESIS NULA:**

La percepción del apoyo familiar y el apego no está asociado a control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

### **HIPÓTESIS ALTERNA:**

La percepción del apoyo familiar y el apego si está asociado a control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

## MATERIAL Y METODOS

**Lugar donde se realizó el estudio:** El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar N°20 Vallejo del Instituto Mexicano del Seguro Social, clínica categorizada como unidad de primer nivel de atención con un horario de 7 a 20 hrs de lunes a viernes. Dicha unidad se encuentra ubicada en calzada Vallejo 675 col Magdalena de las Salinas, en la delegación Gustavo A. Madero, en la Ciudad de México. C. P. 07760, Teléfono 55331100 Ext 15320.

**Diseño.** Estudio observacional, transversal, analítico.

**Periodo de estudio:** 2018 - 2019

**Grupo de estudio:** Pacientes adultos de ambos géneros entre 18 a 99 años de edad con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 derechohabientes de la UMF 20.

## **CRITERIOS DE ESTUDIO**

### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2
- Pacientes con más de un año de tratamiento en la unidad
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio de forma voluntaria
- Pacientes mayores de 40 años
- Pacientes de ambos sexos
- Pacientes acompañados por un familiar

### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que no llenaron adecuadamente el cuestionario
- Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1
- Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que no aceptaron participar o se retiraron al iniciar la encuesta.
- Pacientes con deterioro neurológico o alguna incapacidad cognitiva.
- Pacientes que acudieron solos a su consulta de control.

### **Criterios de eliminación:**

- Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que no llenaron el cuestionario de manera adecuada o de forma incompleta.
- Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que decidieron retirarse de la encuesta posterior a iniciarla.

## **TAMAÑO DE LA MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO**

### **Tamaño de la muestra y tipo de muestreo:**

El tamaño de la muestra fue por conveniencia y se incluyó a todos los pacientes mayores de edad derechohabientes de ambos géneros que cumplieron con los criterios de inclusión en el periodo de septiembre y octubre 2018.

Se realizó la captura en todos los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que se encontraban en la consulta externa de la UMF 20 durante la aplicación del cuestionario en los turnos (matutino y vespertino) y que cumplieran los criterios de inclusión, se realizaron un total de 190 encuestas (95 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y 95 familiares que lo acompañaban en el momento de la aplicación).

## VARIABLES

**VARIABLES DE DEPENDIENTE:** Control glucémico y el apego a tratamiento

**VARIABLE INDEPENDIENTE:** Apoyo familiar

**VARIABLES DESCRIPTORAS:** Edad, género, escolaridad, ocupación, tiempo de evolución, tratamiento, familiar acompañante.

<b>VARIABLES DE INTERÉS</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>UNIDAD DE MEDICIÓN</b>
Control glucémico	Todas las medidas que facilitan mantener los valores de glucemia dentro de los límites de la normalidad.	Última Glucosa central en el expediente o conocido por parte del paciente y se clasificaran como controlados con cifra preprandial $\leq 130$ mg/dl y descontrolado con cifra preprandial $\geq 131$ mg/dl.	Cualitativa	Nominal dicotómica	0.Descontrolado 1.Controlado
Percepción del apoyo familiar	La manera en la que el cerebro de un organismo interpreta los estímulos sensoriales que recibe a través de los sentidos para formar una impresión consciente de la realidad física de su entorno, en este caso del apoyo familiar.	Se obtendrá mediante el cuestionario	Cualitativa	Cualitativa ordinal	Apoyo Familiar Bajo (51-119)  Apoyo Familiar Medio (120-187)  Apoyo Familiar Alto (188-255)
Apego al tratamiento	El cumplimiento en la toma de los medicamentos (en cuanto a la dosis y la forma)	Se obtendrá mediante cuestionario	Cualitativa	Nominal Dicotomica	Clasificando como adherentes a los pacientes con 8 puntos y no

	y la persistencia durante el tiempo de la prescripción.				adherentes con puntajes menores a 8.
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta el momento actual.	Se le preguntara directamente al paciente la edad cumplida al momento de la encuesta	Cuantitativa	Continua	Años
Sexo	Condición orgánica determinada por el genotipo y expresada en fenotipo, que distingue entre hombre y mujer en los seres humanos.	Se le preguntara directamente al paciente el sexo con el que se identifica al momento de la encuesta	Cualitativa	Nominal Dicotómica.	Hombre Mujer
Escolaridad	Grado máximo de estudios realizado por una persona.	Lo referido por el paciente en cuestionario	Cualitativa	Ordinal	a.Primaria b.Secundaria c.Preparatoria d.Licenciatura c.Posgrado e.Analfabeta
Ocupación	Actividad laboral que realiza una persona.	Lo referido por el paciente en cuestionario.	Cualitativa	Nominal politómica	a.Hogar b.Obrero c.Empleado d.Comerciante e.Profesionista f.Pensionado g.Desempleado
Tiempo de evolución	Tiempo transcurrido en que se tiene conocimiento de la enfermedad.	Lo referido por el paciente en cuestionario.	Cuantitativa	Intervalos	a.1 a 5 años b.6 a10 años c.11 a 15 años d.16 a 20 años e.Más de 20 años
Tratamiento	Conjunto de medios médicos, quirúrgicos, higiénicos,	Lo referido por el paciente en cuestionario.	Cualitativa	Nominal, politómica	1.Hipoglucemia ntes orales 2.Insulina 3.Ambos

	farmacológicos, con los que se pretende, una enfermedad o estado patológico.				
Familiar acompañante	Persona relacionada entre sí por lazos sanguíneos y/o jurídicos.	Lo referido por el paciente en el cuestionario	Cualitativa	Nominal Politómica	1.Hijos 2.Padres 3.Pareja 4.Otro

## DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Para este estudio la población seleccionada fueron los pacientes y familiares con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acudieron al servicio de la consulta externa en la Unidad de Medicina Familiar N. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación DF 1 Norte, la muestra estuvo constituida por pacientes que cumplan los criterios de inclusión y que aceptaron participar en el estudio, previa autorización de la coordinación de educación en salud y jefes de departamento clínico; Aquellos pacientes que cumplieron con dicho requisito se procedió a la aplicación del cuestionario, dicha aplicación estuvo a cargo de residente de medicina familiar de la UMF 20 que realizó dicho estudio, que explicó ampliamente a los pacientes y sus familiares los objetivos y características del estudio; se mencionó a los pacientes y familiares que los datos en las encuestas son totalmente confidenciales, de forma anónima, mencionando que podían abandonar la encuesta si ellos lo desean y recordando que no habría represalia alguna. Se aplicó una encuesta a los pacientes que aceptaron participar previo consentimiento informado (ver anexo 1) el cual se les solicitó que firmaran obteniendo así su consentimiento una vez aceptado; posteriormente se resolvieron las probables dudas en la interpretación de las preguntas y datos generales del instrumento utilizado. La encuesta constó de variables sociodemográficas (edad, escolaridad, sexo, ocupación), perfil clínico (tiempo de evolución de su enfermedad, tratamiento médico, control glucémico) y se utilizó el instrumento de percepción del sujeto con VIH/sida sobre el apoyo que le brinda su familia modificado para la diabetes que constó de 19 reactivos el cual evaluaron los siguientes factores: preocupación familiar por el enfermo (reactivos 2,5,8,10,14,17,19), apoyo emocional (reactivos

1,3,6,12 y 16), percepción del apoyo familiar por el enfermo (reactivos 4,7,9,11,13,15,18) (ver anexo 3). Se aplicó también el Test de Moriski-Green, este método está validado para diversas patologías crónicas, fue originalmente desarrollado por Moriski-Green para valorar la adherencia a la medicación en pacientes con hipertensión arterial. Consistió en una serie de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento, proporcionó información sobre las causas del incumplimiento, presenta una alta especificidad, un alto valor predictivo positivo y escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión (ver anexo 4). Así también se aplicó al familiar del paciente con diabetes el instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético presentado por Valadez Figueroa y un grupo de investigadores en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud en Guadalajara, México. El cual constó de 24 ítems los cuales evaluaron conocimientos sobre medidas de control, conocimientos sobre complicaciones, actitudes hacia el enfermo y actitudes hacia el control (ver anexo 4).

Una vez terminado el cuestionario por parte del paciente y su familiar, se revisó el llenado adecuado de los cuestionarios para verificar que se encontraran completos sin omisión de datos y de ser así se dio por finalizado la aplicación de dicho cuestionario, dando las gracias por su participación.

Una vez terminado la recolección de información, se procedió al vaciamiento de datos en el programa IBM SPSS STATISTICS VERSIÓN 24.0

Se emitieron tablas de salidas para la redacción y discusión de los resultados.

Se procedió a redactar el informe final y la divulgación de los resultados.

## INSTRUMENTOS A UTILIZAR

- **Instrumento de percepción del sujeto con VIH sobre el apoyo que le brinda su familia modificado para diabetes mellitus.**

Este instrumento evalúa conductas, pensamientos y emociones que el paciente experimenta sobre su familia cuando se es portador de diabetes mellitus, evaluando la percepción del paciente diabético sobre el apoyo que le brinda su familia. Constituye de 3 factores:

-*Factor 1*: que evalúa preocupación familiar por el enfermo (ítems 2,5,8,10,14,17,19).

-*Factor 2*: que evalúa apoyo emocional (ítems 1,3,6,12,16).

-*Factor 3*: que evalúa la percepción del apoyo familiar por el enfermo (ítems 4,7,9,11,13,15,18)

Como respuesta comprendían 5 opciones:

-5: totalmente de acuerdo

-4: de acuerdo

-3: ni de acuerdo ni en desacuerdo

-2: en desacuerdo

-3: totalmente en desacuerdo

Se suman los puntajes de cada respuesta tomándose como **falta de apoyo** puntaje entre 19-56 puntos y como **adecuado apoyo** puntaje entre 57-95 puntos. Es decir, entre más puntaje mayor percepción de apoyo por parte de la familia.

- **Cuestionario de Moriski-Green**

Instrumento para evaluar apego al tratamiento farmacológico compuesto por cuatro preguntas con dos alternativas de respuesta (Si y No). Se consideró como apego al tratamiento al paciente que contestara NO-SI-NO-NO (1 ¿Se le olvida tomar alguna vez el medicamento?, 2 ¿tomó su medicina el día de ayer?, 3 ¿Cuándo se siente mal deja de tomar su medicamento?, 4 ¿Cuándo se siente controlado deja de tomar su medicamento?).

- **Instrumento para evaluar el apoyo familiar al diabético tipo 2.**

Permite conocer la situación del apoyo familiar al enfermo de diabetes mellitus. El instrumento explora 4 áreas:

- 1) Conocimiento sobre medidas de control
- 2) Conocimiento sobre complicaciones
- 3) Actitudes hacia el enfermo
- 4) Actitudes hacia las medidas de control

El apoyo familiar es clasificado en las categorías de alto, medio y bajo de acuerdo a la puntuación obtenida: apoyo familiar bajo puntuaciones entre 51 y 119, apoyo familiar medio entre 120 y 187 y apoyo familiar alto entre 188 y 255.

Para la calificación de cada ítem se utilizó el método de escalonamiento de Lickert o escala de puntos sumativos, con cinco alternativas de respuestas en cada una de ellas, las cuales van del uno al cinco (de negativo a positivo, respectivamente), que da una puntuación máxima o mínima.

## ANÁLISIS DATOS

Se recabaron datos en Septiembre-Octubre del 2018, se capturaron y analizaron los datos con el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 24.0. El análisis de los datos se realizó con un análisis estadístico descriptivo para variables cualitativas como son frecuencias, porcentajes, mediana y para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central (porcentaje y media de acuerdo al tipo de variable), con elaboración de tablas y gráficas de frecuencias. Para la asociación de variables se utilizó:  $Ji^2$ , OR (IC 95%), ya que se trata de una variable dependiente cualitativa nominal. Para llevar a cabo el procesamiento de los datos obtenidos durante la investigación, se ordenaron y procesaron en una computadora personal tipo laptop, se utilizó el programa estadístico IBM SPSS statistics versión 24.0 y el programa Microsoft Excel 2016.

## RESULTADOS.

Se realizó análisis estadístico descriptivo, a 95 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 con una media de edad de  $67.06 \pm 12.06$ , predominó el grupo de edad de 60 a 99 años con el 70.5% (n=67), donde el 65.3% (n=62) son mujeres, en el 51.6% (n=49) de estado civil casados, en el 35.8% (n=34) tienen escolaridad secundaria y en el 41.1% (n=39) se dedican al hogar mientras que el 29.5% (n=28) son pensionados. (Cuadro 1).

<b>Cuadro 1. Perfil Sociodemográfico de pacientes diabéticos</b>			
		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>	18-35	0	0
	36-59	28	29.5
	60-99	67	70.5
<b>Género</b>	Masculino	33	34.7
	Femenino	62	65.3
<b>Estado civil</b>	Soltero	6	6.3
	Casado	49	51.6
	Unión Libre	5	5.3
	Divorciado	8	8.4
	Viudo	26	27.4
	Separado	1	1.1
<b>Escolaridad</b>	Primaria	29	30.5
	Secundaria	34	35.8
	Preparatoria	14	14.7
	Licenciatura	10	10.5
	Posgrado	2	2.1
	Analfabeta	6	6.3
<b>Ocupación</b>	Hogar	39	41.4
	Obrero	1	1.1
	Empleado	20	21.1
	Comerciante	1	1.1
	Profesionista	4	4.2
	Pensionado	28	29.5
	Desempleado	2	2.1

Encuesta realizada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en UMF 20 IMSS.

En cuanto a evolución de la enfermedad se encontró entre 6 y 10 años en el 29.5%(n=28), con una media de  $2.98 \pm 1.41$ .

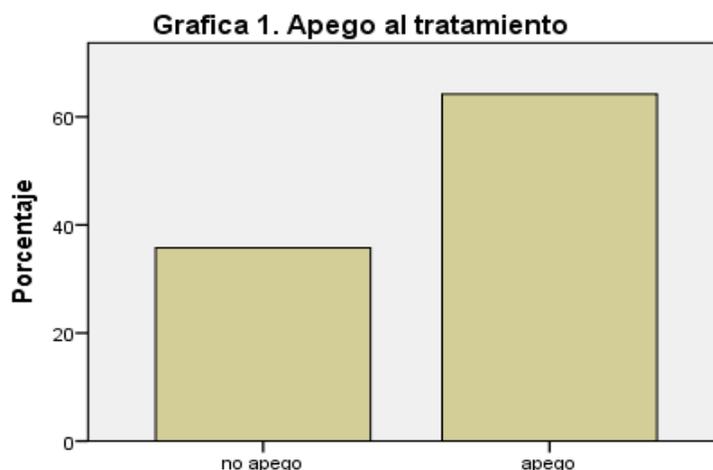
El tratamiento referido en el 68.4% (n=65) fue el uso de hipoglucemiantes orales, mientras que solo el 15.8% (n=15) llevan tratamiento con insulina o ambos.

En cuanto al control glucémico en el 50.6% (n=48) se observó en descontrol, con una media de glucosa en ayuno de  $148.90 \text{ mg/dl} \pm 51.71$ . (Cuadro 2).

<b>Cuadro 2. Perfil clínico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2</b>			
		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tiempo de evolución</b>	1 a 5 años de evolución	16	16.8
	6 a 10 años de evolución.	28	29.5
	11 a 15 años de evolución.	11	11.6
	16 a 20 años de evolución.	21	22.1
	más de 20 años de evolución	19	20.0
<b>Tratamiento</b>	Hipoglucemiantes orales	65	68.4
	Insulina	15	15.8
	Ambos	15	15.8
<b>Control glucémico</b>	Controlado	47	49.5
	Descontrolado	48	50.6

Encuesta realizada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en UMF 20 IMSS.

En el apego al tratamiento se identificó que 64.2% (61) tiene apego y el 35.8%(n=34) no tienen apego. (Grafica 1)



Encuesta realizada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en UMF 20 IMSS.

En el cuadro 3 se muestran las frecuencias de respuestas afirmativas a las preguntas del cuestionario de Moriski-Green.

El área que reportan de no apego fue en el 43.2% (n=41) el olvidar tomar su medicamento alguna vez.

**Cuadro 3. Respuestas afirmativas a las preguntas del cuestionario de Moriski-Green.**

	<b>n</b>	<b>%</b>
-Se le olvida alguna vez tomar la medicina para su diabetes	41	43.2
-Hubo algún día en el que se le olvido tomar su medicamento	31	32.6
-Ha reducido la dosis o dejado de tomar su medicamento	18	18.9
-Se le olvida llevar su medicina cuando sale del hogar	18	18.9
-Tomo la medicina el día de ayer	92	96.8
-Cuando siente que está bajo control deja de tomar su medicina	13	13.7
-Se siente presionado por seguir el tratamiento para su diabetes	31	32.6

Encuesta realizada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en UMF 20 IMSS.

El género con mayor no apego al tratamiento fue el femenino con el 82.4% (n=28), el masculino con 17.6% (n=6). (Cuadro 4)

**Cuadro 4. Apego al tratamiento por género**

	<b>No apego</b>		<b>Apego</b>		<b>p</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Femenino</b>	28	82.4	34	55.7	0.007
<b>Masculino</b>	6	17.6	27	44.3	OR 1.49 e IC al 95% (1.13-1.96)

Encuesta realizada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en UMF 20 IMSS

Se encontró que los pacientes controlados tienen apego al tratamiento en el 83.0% (39) de los casos. Así mismo de los pacientes descontrolados el 54.3% (26) no tienen apego al tratamiento. (Cuadro 5)

<b>Apego al tratamiento</b>	<b>Control glucémico</b>				<b>p</b>
	<b>descontrolado</b>		<b>controlado</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>No apego</b>	26	54.3	8	17.0	.000
<b>Apego</b>	22	46.8	39	83.0	OR 5.76 e IC al 95% (2.29-14.8)

Encuesta realizada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en UMF 20 IMSS

Se encontró que los pacientes que presentan **control glucémico** son mujeres en el 61.7% (29), edad comprendida entre los 60 a 99 años en el 72.3% (34), el 44.7% (21) son casados, de escolaridad secundaria en el 38.3% (18), y el 40.4% (19) se dedica al hogar. El 25.5% (12) tienen más de 20 años de evolución y el 63.8% (30) llevan un tratamiento con hipoglucemiantes orales. (Cuadro 6 y Cuadro 7).

Se identificó que los pacientes que presentan **descontrol glucémico** son mujeres en un 65.3% (33), con una edad entre los 60 a 99 años en un 68.8% (33), el 58.3% (28) son casados, de escolaridad secundaria en el 33.3% (16), y en cuanto a su ocupación el 41.7% (20) se dedica al hogar. De estos pacientes el 39.6% (19) tienen de 6 a 10 años de evolución y el 72.9% (35) llevan un tratamiento con hipoglucemiantes orales. (Cuadro 6 y Cuadro 7).

**Cuadro 6. Relación del control glucémico con el perfil sociodemográfico del paciente con diabetes**

Perfil sociodemográfico		Controlado		Descontrolado		p
		n	%	n	%	
<b>Edad</b>	36-59	13	27.7	15	31.3	.701
	60-99	34	72.3	33	68.8	
<b>Género</b>	Masculino	18	38.3	15	31.3	.471
	Femenino	29	61.7	33	65.3	
<b>Estado civil</b>	Soltero	1	2.1	5	10.4	.165
	Casado	21	44.7	28	58.3	
	Unión Libre	4	8.5	1	2.1	
	Divorciado	4	8.5	4	8.3	
	Viudo	16	34.0	10	20.8	
	Separado	1	2.1	0	0.0	
<b>Escolaridad</b>	Primaria	16	34.0	13	27.1	.806
	Secundaria	18	38.3	16	33.3	
	Preparatoria	6	12.8	8	16.7	
	Licenciatura	3	6.4	7	14.6	
	Posgrado	1	2.1	1	2.1	
	Analfabeta	3	6.4	3	6.3	
<b>Ocupación</b>	Hogar	19	40.4	20	41.7	.341
	Obrero	0	0.0	1	2.1	
	Empleado	11	23.4	9	18.8	
	Comerciante	0	0.0	1	2.1	
	Profesionista	0	0.0	4	8.3	
	Pensionado	16	34.0	12	25.0	
	Desempleado	1	2.1	1	2.1	

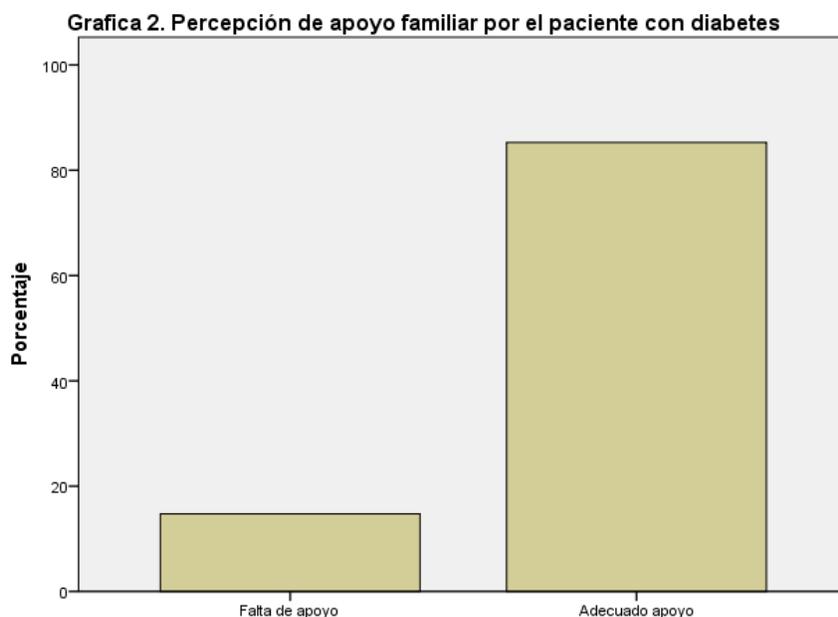
Encuesta realizada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en UMF 20 IMSS

**Cuadro 7. Relación del control glucémico con el perfil clínico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2**

Perfil clínico		Controlado		Descontrolado		p
		n	%	n	%	
<b>Tiempo de evolución</b>	1 a 5 años de evolución	11	23.4	5	10.4	.105
	6 a 10 años de evolución.	9	19.1	19	39.6	
	11 a 15 años de evolución.	6	12.8	5	10.4	
	16 a 20 años de evolución.	9	19.1	12	25.0	
	más de 20 años de evolución	12	25.5	7	14.6	
<b>Tratamiento</b>	Hipoglucemiantes orales	30	63.8	35	72.9	.594
	Insulina	9	19.1	6	12.5	
	Ambos	8	17.0	7	14.6	

Encuesta realizada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en UMF 20 IMSS

En cuanto a la percepción de apoyo familiar por parte del paciente se encontró que el 85.3% (n=81) perciben adecuado apoyo familiar, y el 14.7% (n=14) percibe falta de apoyo. (Grafica 2).



Encuesta realizada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en UMF 20 IMSS.

De los pacientes que perciben adecuado apoyo familiar el 93.6% (44) se encuentran en control glucémico, mientras que el 77.1% (37) se encuentran en descontrol. (Cuadro 8).

**Cuadro 8. Relación con la percepción de apoyo familiar y control glucémico del paciente diabético**

Percepción apoyo familiar	Control glucémico				p
	Descontrolado		Controlado		
	n	%	n	%	
<b>Falta de apoyo</b>	11	22.9	3	6.4	0.02 OR 4.36 e IC al 95% (1.13-16.8)
<b>Adecuado apoyo</b>	37	77.1	44	93.6	

Encuesta realizada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en UMF 20 IMSS.

De los pacientes con adecuado apoyo el 93.4% (57) tienen apego al tratamiento, el 70.6% (24) no tienen apego. (Cuadro 9).

<b>Cuadro 9. Relación de la percepción de apoyo familiar con apego al tratamiento</b>					
<b>Percepción de apoyo</b>	<b>Apego a tratamiento</b>				<b>p</b>
	<b>No apego</b>		<b>Apego</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Falta de apoyo</b>	10	29.4	4	6.6	.003 OR 5.9 e IC al 95% (1.69-20.8)
<b>Adecuado apoyo</b>	24	70.6	57	93.4	

Encuesta realizada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en UMF 20 IMSS.

Se encontró que por grupo de edad los pacientes de 60 a 99 años en el 89.6% (60) perciben **adecuado apoyo familiar**, en el 87.9% (29) son del género masculino, en el 49.4% (40) son casados, en el 33.3% (27) tienen escolaridad secundaria y en el 42.0% (34) se dedican al hogar. En el 28.4% (23) presentan una evolución de la enfermedad de 6 a 10 años con una media de  $2.98 \pm 1.41$  y en el 67.9% (55) el tratamiento es mediante hipoglucemiantes orales. (Cuadro 10 y 11).

Se encontró que los pacientes con **falta de apoyo familiar** en el 25.0% (7) comprende entre los 36 a 59 años de edad, en el 16.1% (10) son mujeres, en el 64.3% (9) son casados, en el 50.0% (7) son de escolaridad secundaria, en el 35.7% (5) se dedican al hogar, en el 35.7% (5) tienen una evolución entre 6 a 10 años y en el 71.4% (10) toman hipoglucemiantes orales (Cuadro 10 y 11).

<b>Cuadro 10. Relación de la percepción de apoyo familiar con el perfil sociodemográfico del paciente con diabetes</b>						
Perfil sociodemográfico		Percepción de apoyo familiar				p
		Falta		Adecuado		
		n	%	n	%	
<b>Edad</b>	36-59	7	25.0	21	75.0	.068
	60-99	7	10.4	60	89.6	
<b>Género</b>	Masculino	4	12.1	29	87.9	.048
	Femenino	10	16.1	52	83.9	
<b>Estado civil</b>	Soltero	2	14.3	4	4.9	.121
	Casado	9	64.3	40	49.4	
	Unión Libre	2	14.3	3	3.7	
	Divorciado	0	0.0	8	9.9	
	Viudo	1	7.1	25	30.9	
	Separado	0	0.0	1	1.2	
<b>Escolaridad</b>	Primaria	4	28.6	25	30.9	.670
	Secundaria	7	50.0	27	33.3	
	Preparatoria	1	7.1	13	16.0	
	Licenciatura	2	14.3	8	9.9	
	Posgrado	0	0.0	2	2.5	
	Analfabeta	0	0.0	6	7.4	
<b>Ocupación</b>	Hogar	5	35.7	34	42.0	.048
	Obrero	1	7.1	0	0.0	
	Empleado	3	21.4	17	21.0	
	Comerciante	1	7.1	0	0.0	
	Profesionista	1	7.1	3	3.7	
	Pensionado	3	21.4	25	30.9	
	Desempleado	0	0.0	2	2.5	

Encuesta realizada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en UMF 20 IMSS

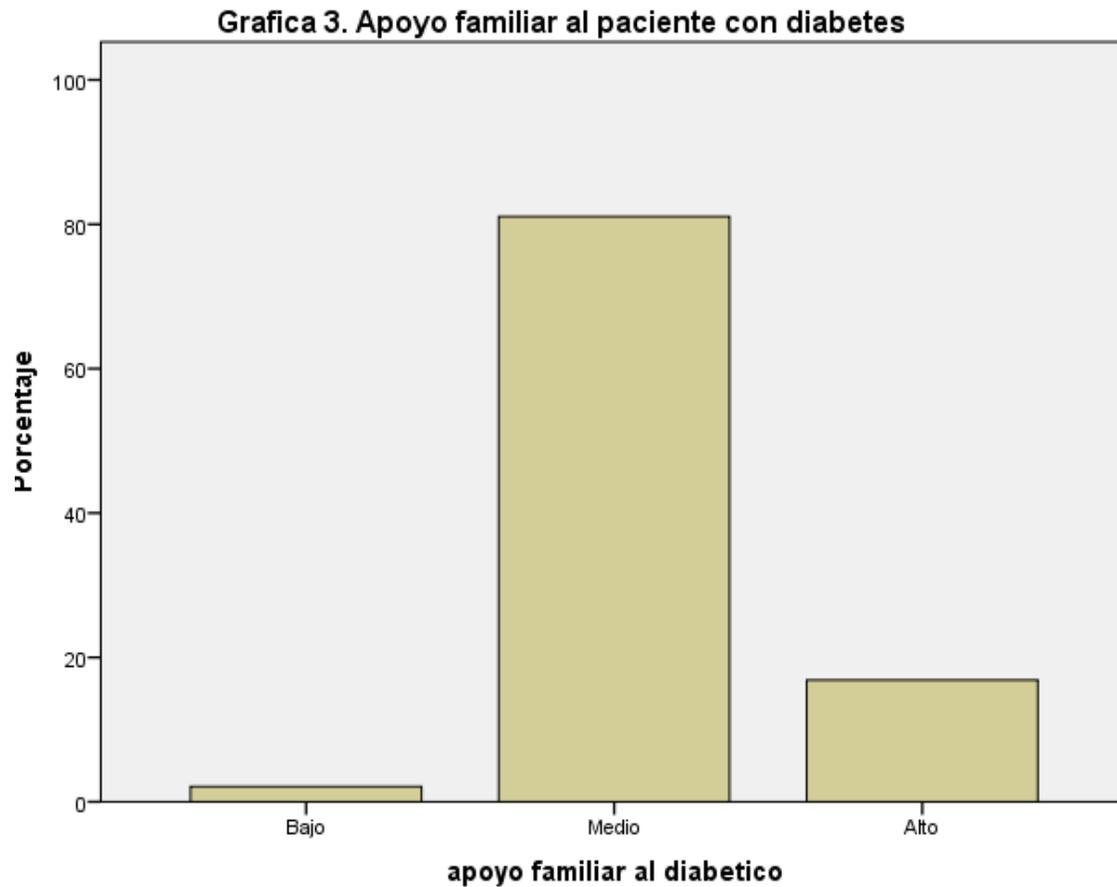
<b>Cuadro 11. Relación de la percepción de apoyo familiar con el perfil clínico del paciente con diabetes</b>						
Perfil clínico		Percepción de apoyo familiar				p
		Faltante		Adecuado		
		n	%	n	%	
<b>Tiempo de evolución</b>	1 a 5 años	3	21.4	13	16.0	.883
	6 a 10 años	5	35.7	23	28.4	
	11 a 15 años	1	7.1	10	12.3	
	16 a 20 años más de 20 años	2	14.3	19	23.5	
		3	21.4	16	19.8	
<b>Tratamiento</b>	Hipoglucemiantes Orales	10	71.4	55	67.9	.568
	Insulina	3	21.4	12	14.8	
	Ambos	1	7.1	14	17.3	

En cuanto a los familiares, se encontró una media de edad de  $53.20 \pm 16.49$ , predominó el adulto maduro en el 43.2% (n=41), en el 60% (n=57) son mujeres, en el 69.5% (n=66) son casados, de escolaridad secundaria en el 34.7% (n=33) y empleados en el 36.8% (n=35). En cuanto al parentesco se encontró que en el 45.3% (n=43) es la pareja. (Cuadro 12).

<b>Cuadro 12. Perfil sociodemográfico de los familiares con pacientes diabéticos</b>			
		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>	18-35	16	16.8
	36-59	41	43.2
	60-99	38	40.0
<b>Género</b>	Masculino	38	40.0
	Femenino	57	60.0
<b>Estado civil</b>	Soltero	13	13.7
	Casado	66	69.5
	Unión Libre	6	6.3
	Divorciado	4	4.2
	Viudo	3	3.2
	Separado	3	3.2
<b>Escolaridad</b>	Primaria	19	20.0
	Secundaria	33	34.7
	Preparatoria	29	30.5
	Licenciatura	14	14.7
	Posgrado	0	0
	Analfabeta	0	0
<b>Ocupación</b>	Hogar	26	27.4
	Obrero	4	4.2
	Empleado	35	36.8
	Comerciante	2	2.1
	Profesionista	11	11.6
	Pensionado	16	16.8
	Desempleado	1	1.1
<b>Parentesco</b>	Hijo	39	41.1
	Padre	1	1.1
	Pareja	43	45.3
	Otro	12	12.6

Encuesta realizada al familiar del paciente con diabetes mellitus tipo 2 en UMF 20 IMSS

Se encontró que en el 2.1% (2) de los familiares dan apoyo familiar bajo, en el 81.1% (n=77) da un apoyo familiar medio y en el 16.8% (16) dan apoyo familiar alto. (Gráfica 3).



Encuesta realizada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en UMF 20 IMSS.

Se encontró que los familiares del paciente con diabetes que dan apoyo en un nivel alto en el 62.5% (10) son mujeres, en el 68.8% (11) está en una edad comprendida entre los 36 a 59 años, en el 81.3% (13) son casados, de escolaridad preparatoria en el 31.3% (5) y en el 43.8% (7) son empleados. (Cuadro 13).

**Cuadro 13. Relación del apoyo familiar con el perfil sociodemográfico del familiar del paciente con diabetes**

Perfil sociodemográfico		Apoyo familiar						p
		Bajo		Medio		Alto		
		n	%	n	%	n	%	
<b>Edad</b>	18-35	0	0.0	16	20.8	0	0.0	.129
	36-59	1	50.0	29	37.7	11	68.8	
	60-99	1	50.0	32	41.6	5	31.3	
<b>Género</b>	Masculino	2	100.0	30	39.0	6	37.5	.215
	Femenino	0	0.0	47	61.0	10	62.5	
<b>Estado civil</b>	Soltero	0	0.0	13	16.9	0	0.0	.858
	Casado	2	100.0	51	66.2	13	81.3	
	Unión Libre	0	0.0	5	6.5	1	6.3	
	Divorciado	0	0.0	3	3.9	1	6.3	
	Viudo	0	0.0	3	3.9	0	0.0	
	Separado	0	0.0	2	2.6	1	6.3	
<b>Escolaridad</b>	Primaria	0	0.0	16	20.8	3	18.8	.968
	Secundaria	1	50.0	27	35.1	5	31.3	
	Preparatoria	1	50.0	23	29.9	5	31.3	
	Licenciatura	0	0.0	11	14.3	3	18.8	
<b>Ocupación</b>	Hogar	0	0.0	23	29.9	3	18.8	.004
	Obrero	0	0.0	3	3.9	1	6.3	
	Empleado	0	0.0	28	36.4	7	43.8	
	Comerciante	1	50.0	1	1.3	0	0.0	
	Profesionista	1	50.0	7	9.1	3	18.8	
	Pensionado	0	0.0	14	18.2	2	12.5	
	Desempleado	0	0.0	1	1.3	0	0.0	

Encuesta realizada al familiar del paciente con diabetes mellitus tipo 2 en UMF 20 IMSS

De los pacientes en descontrol glucémico en el 87.5% (42) cuentan con un apoyo familiar medio, mientras que en los pacientes en control es del 74.5% (35). (Cuadro 14).

**Cuadro 14. Relación del control glucémico con el apoyo familiar al paciente con diabetes**

Apoyo familiar	Control glucémico				p
	Descontrolado		Controlado		
	n	%	n	%	
<b>Bajo</b>	0	0.0	2	4.3	.163
<b>Medio</b>	42	87.5	35	74.5	
<b>Alto</b>	6	12.5	10	21.3	

Encuesta realizada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en UMF 20 IMSS.

Se encontró en el 91.2% (31) de los pacientes con no apego al tratamiento tienen apoyo familiar medio, y en los pacientes con apego tienen apoyo familiar medio en el 75.4% (46). (Cuadro 15).

**Cuadro 15. Relación del apego al tratamiento con el apoyo familiar al paciente con diabetes**

Apoyo familiar	Apego al tratamiento				p
	No apego		Apego		
	n	%	n	%	
<b>Bajo</b>	0	0.0	2	3.3	.149
<b>Medio</b>	31	91.2	46	75.4	
<b>Alto</b>	3	8.8	13	21.3	

Encuesta realizada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en UMF 20 IMSS.

Al correlacionar ambos instrumentos de apoyo familiar tanto de la percepción del paciente como por parte del familiar encontramos una p 0.000 con un coeficiente de correlación 0.434.

**Cuadro 16. Correlación entre apoyo familiar y percepción de apoyo familiar**

		<b>Percepción de apoyo</b>
<b>Apoyo familiar</b>	Coeficiente de correlación	.434**
	P de Spearman	.000

Encuesta realizada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en UMF 20 IMSS.

## DISCUSION

El estudio demostró que el 85% de los pacientes con diabetes mellitus perciben apoyo por parte de su familia, mientras que los familiares (pareja o hijo) reportan que lo otorgan en un 98% de nivel medio a alto. Con una correlación débil entre ambas percepciones p Spearman 0.000 y coeficiente de 0.434.

Por otra parte, la falta de percepción de apoyo familiar por parte del paciente se asocia a descontrol metabólico OR 4.36 e IC al 95% (1.13-16.8) y a no apego OR 5.9 e IC al 95% (1.69-20.8)

El 43% presentan no apego a tratamiento terapéutico, con predominio del género femenino OR 1.49 IC al 95% (1.13-1.96), asociado a un descontrol metabólico OR 5.76 e IC al 95% (2.29-14.8).

Esta discrepancia entre el apoyo dado por el familiar y el percibido por el paciente puede ser explicado por lo observado en un estudio realizado en una unidad de medicina familiar del ISSET, en Villahermosa, Tabasco, por **Merodio-Pérez y cols** (2015), donde reportaron que con mayor frecuencia las preocupaciones por parte de los familiares son acerca de complicaciones futuras de los pacientes por la diabetes, la reducción de alimentos a los que se tienen que someter, fastidio por el cuidado de la diabetes y preocupación por las reacciones medicamentosas <sup>(39)</sup>. Mientras que **Sedó y cols**, (2010) refieren que los pacientes revelan pérdida del bienestar, modificaciones en el estilo de vida personal y familiar, en especial cambios en el carácter o en el estado emocional, lo cual genera conflictos familiares, relacionados con el sentir del padecimiento, además de sensaciones de impotencia, inseguridad, incertidumbre, soledad, incomprensión y aislamiento social <sup>(40)</sup>.

**Ávila-Jiménez y cols** en el 2013<sup>(44)</sup> en su estudio realizado en la unidad de Medicina Familiar en el Hospital General Regional nº 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Cuernavaca, Morelos, encontraron un control glucémico adecuado en 35.8% de los participantes, muy similar a lo encontrado en nuestro estudio. Además, observaron que los pacientes en control, contaban con apoyo familiar alto. Mostraron la asociación entre el apoyo familiar medio y el descontrol glucémico identificando la importancia del apoyo familiar en el control glucémico del paciente con diabetes que favorezca la modificación y permanencia de estilos de vida saludables.

Así mismo **Canales-Vergara S. y cols** en el 2014<sup>(45)</sup> observaron que hay una correlación muy destacada entre control y apego a tratamiento farmacológico. Ellos encontraron que el apoyo social demostró tener una relación importante con el

apego al tratamiento, tanto en su aspecto farmacológico como en el control metabólico. Observaron que el apoyo social, el cual incluye el apoyo familiar, es un efectivo mediador en el cumplimiento del tratamiento de la diabetes.

**Durán-Varela y cols** <sup>(41)</sup> en su estudio realizado en la unidad de medicina familiar No. 33 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Chihuahua, encontraron no apego en el 46% de los casos. Algo similar se encontró en nuestro estudio pues observamos que el no apego al tratamiento farmacológico se encontró en el 36% de los pacientes. Ellos observaron que tanto los pacientes apegados como los no apegados al tratamiento farmacológico se encontraban descontrolados metabólicamente y describieron a la obesidad que presentaban los pacientes estudiados como factor que pudo haber contribuido a este hecho, aunado a la falta de apego a la dieta y al ejercicio, variables que podrían estar relacionadas con el desconocimiento de la enfermedad. La escolaridad y el desconocimiento de la enfermedad fueron las variables estadísticamente significativas para la falta de apego al tratamiento farmacológico. La diabetes es una enfermedad crónica, y que requiere un control adecuado, en el cual intervienen múltiples disciplinas, sobre todo educativas, y no sólo el apego al tratamiento farmacológico, como demostraron en su estudio.

**Concha-Toro y cols** <sup>(42)</sup> encontraron que el género femenino también resultó significativamente asociado a episodios de descontrol, observando que son las mujeres quienes mayormente padecen descontrol en el 65.9% y quienes evidencian 2.5 veces más probabilidad de descontrol que los hombres. Muy similar a lo que se encontró en nuestro estudio donde el género con mayor no apego al tratamiento fue el femenino con el 82.4%. Una explicación al predominio de mujeres puede deberse al incremento de la prevalencia de la diabetes en México en el sexo femenino y a que las mujeres obtuvieron menor apoyo familiar que los hombres. Esto pudiera deberse a cuestiones culturales en nuestro país, pues al ser el hombre el proveedor económico y jefe de familia podría merecer mejor atención y apoyo que las mujeres, además de que las mujeres se les infiere el papel de cuidador.

Esto es contrario a lo que observaron **Bello-Escamilla y cols** <sup>(43)</sup> en el 2017 en su estudio realizado en un centro comunitario de salud familiar en Chile donde se encontró que ser adulto mayor de sexo femenino se asocia a un factor protector al tratamiento. Lo que se fundamentaría, según los autores, en que las mujeres se preocupan más de consultar por su salud que los hombres, y que se encuentran más satisfechas con su tratamiento.

En conclusión el grupo primario de apoyo como es la familia en el paciente que padece diabetes cobra importancia para su apego y control metabólico al contar con un mayor número de recursos tanto instrumentales como afectivos, no obstante el autocuidado en la mujeres no es ejercido tal como se esperaría; sin embargo faltaría explorar más sobre la percepción de apoyo requerida por parte del paciente, ampliar la muestra a otros niveles socioeconómicos, explorar el ciclo de vida por el que curso el paciente así como algunos parámetros de funcionalidad familiar entre otros.

## CONCLUSIONES:

- Predomino una media de edad de  $67.06 \pm 12.06$ , en el grupo de edad de 60 a 99 años con el 70.5%, mujeres en el 65.3%, casados en el 51.6% con escolaridad secundaria en el 35.8%, dedicados al hogar en el 41.1% y pensionados en el 29.5%.
- Se encontró predominio entre 6 y 10 años de evolución de la enfermedad en el 29.5%, con una media de  $2.98 \pm 1.41$ . El tratamiento referido en el 68.4% fue el uso de hipoglucemiantes orales, mientras que solo el 15.8% llevan tratamiento con insulina o ambos.
- En el apego al tratamiento se identificó que 64.2% tiene apego y el 35.8% no tienen apego al tratamiento farmacológico. Se observó que en el 43.2% refirieron olvidar tomar su medicamento alguna vez.
- En cuanto a control glucémico en el 50.6% de los pacientes se observó en descontrol, con una media de glucosa en ayuno de  $148.90 \text{ mg/dl} \pm 51.71$ , mientras que el 49.5% estaba controlado.
- En relación al familiar acompañante se identificó una media de edad de  $53.20 \pm 16.49$ , predominó el adulto maduro en el 43%, en el 60% son mujeres, en el 69.5% son casados, de escolaridad secundaria en el 34.7% y empleados en el 36.8%. En cuanto al parentesco se encontró que en el 45% es la pareja quien acompaña al paciente, le sigue en frecuencia el hijo(a) con el 41%.
- Se encontró que en el 2.1% (2) de los familiares dan apoyo familiar bajo, en el 81.1% (n=77) da un apoyo familiar medio y en el 16.8% (16) dan apoyo familiar alto.
- Los pacientes en descontrol glucémico cuentan con un apoyo familiar medio en el 87.5%, mientras que en los pacientes en control es del 74.5%.
- Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna: La percepción del apoyo familiar y el apego si está asociado a control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 ( $p=0.02$ ).

## RECOMENDACIONES

Es conocido que el control de la diabetes en un mayor porcentaje es de autocuidado, pero se ha observado en este y otros múltiples estudios que el apoyo de la familia es un determinante de gran peso para su control, por lo que se requiere que el médico de primer contacto tenga esto en cuenta y realice una evaluación sobre el estado familiar y el apoyo que brinda al paciente, para así detectar situaciones en las que se esté favoreciendo el descontrol y el no apego farmacológico en la enfermedad.

Se debe evaluar el apego farmacológico al paciente diabético y a los que presenten enfermedades crónico-degenerativas con los instrumentos que se cuentan, como es el test de Moriski-Green, en la consulta diaria y así prevenir el incumplimiento farmacológico y a la vez el descontrol metabólico del paciente.

Hacer hincapié en el familiar del paciente con diabetes y en el médico de primer nivel de atención que el apoyo tanto emocional, instrumental e informacional ayudará de forma determinante en la vigilancia, así como el control metabólico, favoreciendo la reducción del estrés que representa la enfermedad y mejorando el cumplimiento del tratamiento tanto dietético como farmacológico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de práctica clínica, Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de Atención, Evidencias y Recomendaciones. IMSS-718-14.
2. Informe mundial sobre diabetes abril 2016 [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO\\_NMH\\_NVI\\_16.3\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf?ua=1)
3. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 [Internet]. México [Citado el 25 de junio de 2018] Disponible desde: [http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos\\_2016/ensanut\\_mc\\_2016-310oct.pdf](http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos_2016/ensanut_mc_2016-310oct.pdf)
4. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Resultados Nacionales 2012. [Internet]. México [Citado el 25 de junio de 2018] Disponible desde: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales2Ed.pdf>
5. Rodríguez-Ábrego G, Escobedo-de la Peña J, Zurita B, Ramírez TJ. Muerte prematura y discapacidad en los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Publica Mex* 2007; 49:132-143
6. Westaway MS, Seager JR, Rheeder P, Van Zyl DG The effects of social support on health, well-being and management of diabetes mellitus: a black South African perspective. *Ethn Health*. 2005 Feb;10(1):73-89.
7. Zhang X, Norris SL, Gregg EW, Beckles G. Social support and mortality among older persons with diabetes. *Diabetes Educ*. 2007 Mar-Apr;33(2):273-81.
8. Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual [14 al 18 de julio de 2003] disponible desde: [https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/eps9\\_jmgshnvmo.pdf](https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/eps9_jmgshnvmo.pdf)
9. Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja.
10. Valadez-Figueroa I, Alfaro N, Centeno G, Cabrera C. Diseño de un instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2. *Investigación en salud* [Internet]. 2003;5.
11. Lefton E, Lefton M. Health care and treatment for the chronically ill. 1979. In: Garber BR; (1995).
12. Coclami T, Bor R. Family Relationships in greek insulin-dependent diabetics. *Counsel Psychol Quarterly*; 1993; 6(4): 267-77.
13. Rojas-Dasilva M, Bonilla-Muñoz M, Trejo-González L. Perspectiva familiar alrededor del paciente diabético. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*. 2005;38(2) Abr.-Jun:63-68.
14. Valadez I, Aldrete M, Alfaro N. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. *Salud Pública (Méx)*. 1993;35(5):464-70.

15. Bautista Rodríguez L., Zambrano Plata G., La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. *Investig. Enferm. Imagen Desarr.* ISSN 0124-2059 17 (1): 131-148, enero-junio de 2015
16. Menéndez A. Prevención de la diabetes tipo 2 basada en la terapia nutricional y/o el aumento de la actividad física. *Av Diabetol.* 2009; 25:110-116.
17. Cabrera A, Castillo J, Domínguez S et al. Estilo de vida y adherencia al tratamiento de la población canaria con diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Esp. Salud Pública.* 2009; Vol 83(4): 567-575.
18. Villalobos A, Brenes J, Quirós D. Características psicométricas de la escala de adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II- versión III (EAT-DMIII) en una muestra de pacientes diabéticos de Costa Rica. *Act. Colom. Psicol.* 2006; 9(2): 31-38.
19. López G, Tambascia M, Rosas J et al. Control de la diabetes mellitus tipo 2 por médicos generales del sector privado en nueve países de América Latina. *Rev Panam salud Publica.* 2007; 22(1):12-20.
20. Ortiz M, Ortiz E, Gatica A et al. Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. *Ter. Psicol.* 2011; 29(1):5-11.
21. Vinaccia S, Orozco L. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas. *Perspectivas en Psicología.* 2005;1(2):125-37.
22. Vargas L. Marco para el cuidado de la salud en situaciones de enfermedad crónica. *Invest Enferm: Imagen Desarr.* 2010;12(1):79-94.
23. García-Morales G., Rodríguez-Pascual A., Garibo-Polanco R. Apoyo familiar y control glucémico en pacientes con diabetes tipo 2 en una unidad de medicina familiar de Acapulco, Guerrero, México.
24. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Informe final de resultados. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2016.
25. García-Morales G, Reyes-Jiménez M. Inercia clínica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en una unidad de medicina familiar de Acapulco, Guerrero, México. *Aten Fam.* 2017;24(3):102-6.
26. Federación Internacional de Diabetes. Atlas de la Diabetes de la fid [Internet]. 6a ed. 2014; [citado 2017 agosto]. Disponible en: <http://www.diabetesatlas.org7component/attachments/?task=download&id=78>
27. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2 2004: Instituto Mexicano del Seguro Social *Revista Médica del IMSS Volumen 42 Número 4 Julio-Agosto July-August 200.*

28. Franco P; Urtubey X.; Gallardo A. Santiago de Chile, Chile. Estudio de propiedades psicométricas de un cuestionario de afrontamiento, apoyo social y conducta alimentaria en personas con diabetes e hipertensión.
29. Ortiz M., Parada M., Baeza-Rivera MJ. Propiedades psicométricas de una escala para medir apoyo social percibido en pacientes chilenos con diabetes tipo 2.
30. Iglesias-González R., Barutell L., Menéndez S., Serrano R. Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA) 2014 para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus. *Diabetes Práctica* 2014;05(Supl Extr 2):1-24.
31. Ceballos RM, Coronado GD, Thompson B. Having a Diagnosis of Diabetes Is Not Associated With General Diabetes Knowledge in Rural Hispanics. *J Rural Health* 26 (4): 342
32. Méndez-López D, Gómez-López V, García-Ruiz M, Pérez-López J, Navarrete- Escobar H. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. *Rev Med IMSS* 2004; 42 (4): 281-4.
33. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah- Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Ávila M, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006.
34. Cruz RE, Fuentes O, Gutiérrez O, Garay R, Águila O. Nefropatía diabética en pacientes diabéticos tipo 2. *Rev cubana med [revista en Internet]*. 2011 [citado 20 Oct 2011];50(1):[aprox. 12p]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S00347523201100010003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347523201100010003&lng=es)
35. López-Romero, Luis Alberto; Romero-Guevara, Sandra Lucrecia; Parra, Dora Inés; Rojas-Sánchez, Lyda Zoraya. Adherencia al tratamiento: concepto y medición. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, vol. 21, núm. 1, enero-junio, 2016, pp. 117-137
36. Asumiendo el control de la Diabetes México 2016 [Internet]. México [Citado el 24 de julio de 2018] Disponible desde: [http://oment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/11/FMidete\\_Asumiendo-Control-Diabetes-2016.pdf](http://oment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/11/FMidete_Asumiendo-Control-Diabetes-2016.pdf)
37. Almaguer A, Miguel PE, Reynaldo C, Mariño AL, Oliveros RC. Actualización sobre diabetes mellitus. *CCM [revista en Internet]*. 2012 [citado 24 Ene 2013];16(2):[aprox.8p]. Disponible: <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/coemed/article/view/507/71>
38. Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care [revista en Internet]*. 2003 [citado 12 Ene 2012];26 Suppl1:[aprox.15p]. Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12502614>

39. Merodio-Pérez Z., Rivas-Acuña V., Martínez-Serrano A. Percepción del apoyo familiar y dificultades relacionadas con la diabetes en el adulto mayor. *Horizonte sanitario* / vol. 14 , no. 1 , enero -abril 2015
40. Sedó, P. Percepciones sobre la diabetes y su padecimiento en personas adultas mayores diabéticas y familiares de un área urbana de Costa Rica. *Anales en gerontología*. 2010. 6, 99-112.
41. Durán-Varela BR., Rivera-Chavira B., Franco-Gallegos E. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*, Vol.43, mayo-junio 2001.
42. Concha-Toro M., Rodríguez-Garcés CR. Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. *Theoria*, Vol. 19 (1): 41-50, 2010.
43. Bello-Escamilla NV., Montoya-Cáceres PM. Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados. *Gerokomos*. 2017;28(2):73-77
44. Ávila-Jiménez L., Domingo-Cerón R., Ramos-Hernández R., Velázquez M. Asociación del control glicémico con el apoyo familiar y el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes tipo I. *Rev Med Chile* 2013; 141: 173-180.
45. Canales-Vergara S., Barra-Almagia E. Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. *Psicología y Salud*, Vol. 24, Núm. 2:167-173, julio-diciembre 2014.
46. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas 1964 [Internet] Finlandia [Citado el 03 de junio de 2018] Disponible desde: [www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/helsinki.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf)
47. Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación [Internet] Estados Unidos [Citado el 03 de junio de 2018] Disponible desde: [http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10.1\\_NTL\\_Informe\\_Belmont.pdf](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10.1_NTL_Informe_Belmont.pdf)
48. Código de Núremberg [Internet]. Núremberg [Citado el 03 de junio de 2018] Disponible desde: [www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/helsinki.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf)
49. Ley General de Salud [Internet]. Núremberg, [Citado el 03 de junio de 2018] Disponible desde: [www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/helsinki.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf)
50. Ley del Seguro Social [Internet] México [Citado el 03 de junio de 2018] Disponible desde: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/leyes/LSS.pdf>

# **ANEXOS**



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

(ANEXO 1)  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"Percepción del apoyo familiar por el paciente y su familiar asociado al apego y control de diabetes en la Unidad de Primer Nivel de Atención UMF N° 20 IMSS"						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica en este trabajo de investigación.						
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar no. 20, Calzada Vallejo 675 col. Magdalena de las Salinas México D.F. Delegación G.A.M. a ___ de ___ del 2018						
Número de registro:							
Justificación y objetivo del estudio:	La diabetes se ha convertido hoy en día en el mayor problema de salud en cuanto a enfermedades no transmisibles se refiere, siendo de suma importancia su prevención y control, esto mediante el autocuidado y también mediante las redes de apoyo de las cuales la familia es la mas importante. Por lo que nos interesa conocer la percepción en cuanto al apoyo familiar y su asociación con el apego y control de la enfermedad.						
Procedimientos:	Contestare un cuestionario de forma escrita						
Posibles riesgos y molestias:	Este estudio no me origina ningún riesgo de salud o de prestación de servicio ya que la información se obtiene por la encuesta.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	No obtendré ningún beneficio en especie, el beneficio será de manera global a los derechohabientes.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Todos los datos que proporcione ante una publicación de los resultados o difusión de estos se realizarán respetando el anonimato de mi participación, mi información se presentará de manera general en formato de gráficas o tablas, con absoluta confidencialidad.						
Participación o retiro:	Mi participación es voluntaria y podré retirarme en el momento que lo decida, esta acción no modificará mi atención médica en la UMF 20.						
Privacidad y confidencialidad:	Mi identidad será protegida y ocultada. En caso de que solicite los resultados solo se hará de manera personalizada para proteger mi identidad, se me asignara un número de folio o código y con el podré solicitar mis resultados previa cita.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Recibiré el tratamiento que amerite mis padecimientos o seré referenciada a otra institución para el tratamiento correspondiente.						
Beneficios al término del estudio:							
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA Médico Especialista en Medicina Familiar. Matricula 10859357. Adscrita a la Coordinación de Educación e Investigación en Salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo del IMSS <a href="mailto:carmenaguirre1@yahoo.com.mx">carmenaguirre1@yahoo.com.mx</a>						
Colaboradores:	DRA. ERIKA GÓMEZ GONZÁLEZ. Médico Residente Especialidad de Medicina Familiar. Matricula 98353948. Adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo del IMSS <a href="mailto:erymau2728@gmail.com">erymau2728@gmail.com</a>						
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: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>						

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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°20**  
**COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**ENCUESTA PARA EVALUAR EL APOYO FAMILIAR EN EL PACIENTE CON DM2.**

El objetivo de este cuestionario es evaluar el apoyo de la familia hacia el paciente con diabetes. Su colaboración es esencial e insustituible, la información que nos comparta será confidencial y utilizada sólo con fines estadísticos, ningún resultado del estudio hará referencia a personas en particular. Lea cuidadosamente y marque la opción con la que se identifique. Conteste de la manera más honesta posible.

**FOLIO:** \_\_\_\_\_

I. Datos sociodemográficos					
<b>1. Edad:</b>	<b>2. Sexo:</b>		Hombre	Mujer	
<b>3. Estado civil:</b> a. soltero    b. casado    c. Unión libre    d. Divorciado    e. Viudo    f. Separado					
<b>4. Escolaridad:</b> a. Primaria    b. Secundaria    c. Preparatoria    d. Licenciatura    e. Posgrado    f. analfabeta					
<b>5. Ocupación:</b> a. Hogar    b. Obrero    c. Empleado    d. Comerciante    e. Profesionista    f. Pensionado    g. Desempleado					
<b>6. Parentesco con el paciente:</b> 1. Hijos    2. Padres    3. Pareja    4. Otro (especifique)- _____					
5. Siempre		4. Casi siempre	3. ocasionalmente	2. Rara vez	1. Nunca
<b>7. ¿El diabético descontrolado llega a tener gangrena en los pies?:</b>			5	4	3
<b>8. ¿El diabético debe en su casa medirse la azúcar en la sangre?:</b>			5	4	3
<b>9. ¿Son comunes las infecciones en los diabéticos?:</b>			5	4	3
<b>10. La preparación de los alimentos del enfermo diabético es realizada por:</b>					
a) El paciente mismo			5	4	3
b) El cónyuge			5	4	3
c) La hija(o) mayor			5	4	3
d) Otra persona			5	4	3
<b>11. La administración de la medicina al paciente diabético es realizada por:</b>					

a. El paciente mismo	5	4	3	2	1
b. El cónyuge	5	4	3	2	1
<b>12. Usted está de acuerdo que para mantenerse en control el enfermo diabético tiene que:</b>					
a. Tomar sus medicinas	5	4	3	2	1
b. Llevar su dieta	5	4	3	2	1
c. Hacer ejercicio	5	4	3	2	1
d. Cuidar sus pies	5	4	3	2	1
e. Cuidar sus dientes	5	4	3	2	1
<b>13. ¿Le ayuda a su familiar a entender las indicaciones del médico?:</b>	5	4	3	2	1
<b>14. ¿Cuándo su familiar enfermo come más alimentos de los indicados usted?:</b>					
a. Le recuerda el riesgo	5	4	3	2	1
b. Le retira los alimentos	5	4	3	2	1
c. Insiste tratando de convencerlo	5	4	3	2	1
d. Insiste amenazando	5	4	3	2	1
e. No dice nada	5	4	3	2	1
<b>5. Siempre      4. Casi siempre      3. ocasionalmente      2. Rara vez      1. Nunca</b>					
<b>15. ¿Se da usted cuenta cuando a su familiar se le olvida tomar su medicina?:</b>	5	4	3	2	1
<b>16. ¿Considera que es problema preparar la dieta de su familiar diabético?:</b>					
a. Porque no sabe	5	4	3	2	1
b. Porque no le gusta	5	4	3	2	1
c. Porque le quita tiempo	5	4	3	2	1
d. Porque cuesta mucho dinero	5	4	3	2	1
<b>17. ¿Qué hace usted cuando su familiar diabético suspende el medicamento sin indicación médica?:</b>					
a. Le recuerda	5	4	3	2	1
b. Le insiste tratando de convencerlo	5	4	3	2	1
c. Le lleva la medicina	5	4	3	2	1
d. Lo regaña	5	4	3	2	1
e. Nada	5	4	3	2	1

<b>18. ¿Pregunta al médico sobre las diferentes combinaciones de alimentos para su familiar?:</b>	5	4	3	2	1
<b>19. ¿Considera necesario que el diabético acuda al dentista?:</b>	5	4	3	2	1
<b>20. ¿Motiva a su familiar a hacer ejercicio (caminar)?:</b>	5	4	3	2	1
<b>21. ¿El ejercicio físico baja la azúcar?:</b>	5	4	3	2	1
<b>22. ¿A los enfermos diabéticos puede bajárseles la azúcar?:</b>	5	4	3	2	1
<b>23. ¿La azúcar en la sangre debe medirse antes de los alimentos?:</b>	5	4	3	2	1
<b>24. ¿Procura tenerle a su familiar diabético los alimentos que requiere a sus horas?:</b>	5	4	3	2	1
<b>25. ¿Cuándo el paciente tiene cita con el médico para su control usted?:</b>					
a. Lo acompaña	5	4	3	2	1
b. Le recuerda su cita	5	4	3	2	1
c. Está al tanto de las indicaciones	5	4	3	2	1
d. No se da cuenta	5	4	3	2	1
<b>26. ¿Conoce la dosis de medicamento que debe tomar su familiar?:</b>	5	4	3	2	1
<b>27. ¿Platica con el médico acerca de la enfermedad y de las indicaciones que le dieron a su familiar?:</b>	5	4	3	2	1
<b>28. ¿Su familiar diabético toma alguna otra cosa para su control a parte del medicamento?:</b>					
a. Tes	5	4	3	2	1
b. Homeopatía	5	4	3	2	1
c. Remedios caseros	5	4	3	2	1
<b>29. ¿Considera necesario para el cuidado de los pies del diabético?:</b>					
a. El uso de calzado adecuado	5	4	3	2	1
b. El uso de talcos	5	4	3	2	1
c. El recorte adecuado de uñas	5	4	3	2	1
d. Que evite golpearse	5	4	3	2	1
<b>30. ¿Su familiar diabético se encuentra en la casa solo?:</b>	5	4	3	2	1

*Agradecemos su participación en caso de requerir alguna información o resultados se hará de manera personal y confidencial.*



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°20**  
**COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**ENCUESTA PARA EVALUAR LA PERCEPCIÓN DEL APOYO FAMILIAR EN EL PACIENTE CON DM2.**

El objetivo de este cuestionario es evaluar cómo percibe el apoyo de su familia con respecto a su enfermedad. Su colaboración es esencial e insustituible, la información que nos comparta será confidencial y utilizada sólo con fines estadísticos, ningún resultado del estudio hará referencia a personas en particular. Lea cuidadosamente y marque la opción con la que se identifique. Conteste de la manera más honesta posible.

**FOLIO:** \_\_\_\_\_

I. Datos sociodemográficos								
<b>1. Edad:</b>	<b>2. Sexo:</b>		Hombre	Mujer				
<b>3. Estado civil:</b>	a. soltero	b. casado	c. Unión libre	d. Divorciado	e. Viudo	f. Separado		
<b>4. Escolaridad:</b>	a. Primaria	b. Secundaria	c. Preparatoria	d. Licenciatura	e. Posgrado	f. analfabeta		
<b>5. Ocupación:</b>	a. Hogar   b. Obrero   c. Empleado   d. Comerciante   e. Profesionista   f. Pensionado   g. Desempleado							
<b>6. Años de diagnóstico de DM2:</b> _____								
<b>7. Tratamiento actual:</b>	a. Oral		b. Insulina		c. ambos			
<b>8. Última Glucemia sérica al momento del estudio:</b> _____								
1. Totalmente en desacuerdo		2. En desacuerdo		3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo				
4. De acuerdo			5. Totalmente de acuerdo					
<b>9. Pese a la enfermedad, mi familia se preocupa por mi bienestar:</b>				1	2	3	4	5
<b>10. Siento que algunos miembros de mi familia me aman:</b>				1	2	3	4	5
<b>11. Me siento apoyado por algunos miembros de mi familia para enfrentar mi vida:</b>				1	2	3	4	5
<b>12. Siento que algunos miembros de mi familia me alientan para enfrentar esta enfermedad:</b>				1	2	3	4	5

<b>13. Esta enfermedad ha permitido que mi familia me exprese cuánto se preocupa por mí:</b>	1	2	3	4	5
<b>14. Me siento escuchado por algunos miembros de mi familia:</b>	1	2	3	4	5
<b>15. Desde que me dijeron que padecía de diabetes, algunos miembros de mi familia desearían que me cure de este mal:</b>	1	2	3	4	5
<b>16. Siento que algunos miembros de mi familia me animan:</b>	1	2	3	4	5
<b>17. Esta enfermedad ha permitido que mi familia me exprese su deseo de colaborar para lograr mi bienestar:</b>	1	2	3	4	5
<b>18. Me siento comprendido por algunos miembros de mi familia:</b>	1	2	3	4	5
<b>19. Siento que algunos miembros de mi familia me cuidan cuando me siento mal de salud:</b>	1	2	3	4	5
<b>20. A algunos miembros de mi familia les es importante estar disponibles para brindarme apoyo emocional:</b>	1	2	3	4	5
<b>21. Siento que algunos miembros de mi familia realmente desean entenderme:</b>	1	2	3	4	5
<b>22. Mi familia se preocupa por mi estado de salud:</b>	1	2	3	4	5
<b>23. Me siento respaldado por algunos miembros de mi familia al tomar decisiones:</b>	1	2	3	4	5
<b>24. Me siento respaldado por algunos miembros de mi familia cuando hablo con ellos acerca de lo que me está pasando:</b>	1	2	3	4	5
<b>25. Mi familia se preocupa por mi estado de ánimo:</b>	1	2	3	4	5
<b>26. Esta enfermedad ha permitido que mi familia me exprese su deseo de ayudarme:</b>	1	2	3	4	5
<b>27. Me siento protegido por algunos miembros de mi familia cuando estoy enfermo:</b>	1	2	3	4	5
<b>28. Me siento apoyado por algunos miembros de mi familia respecto a mi enfermedad:</b>	1	2	3	4	5

*Agradecemos su participación en caso de requerir alguna información o resultados se hará de manera personal y confidencial.*



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°20**  
**COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**ENCUESTA PARA MEDIR EL APEGO AL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON DM2.**

El objetivo de este cuestionario es evaluar el apego al tratamiento de los pacientes con diabetes. Su colaboración es esencial e insustituible, la información que nos comparta será confidencial y utilizada sólo con fines estadísticos, ningún resultado del estudio hará referencia a personas en particular. Lea cuidadosamente y marque la opción con la que se identifique. Conteste de la manera más honesta posible.

**FOLIO:** \_\_\_\_\_

PREGUNTAS	OPCIONES DE RESPUESTA	
1. ¿Se le olvida alguna vez tomar la medicina para su diabetes?	SI	NO
2. A algunas personas se les pasa tomarse sus medicinas por otras razones y no un simple olvido. Si recuerda las últimas dos semanas, ¿hubo algún día en el que se le olvido tomar la medicina para su diabetes?	SI	NO
3. ¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decírselo a su médico porque se sentía peor al tomarla?	SI	NO
4. Cuando viaja o está fuera del hogar, ¿se le olvida llevar la medicina para su diabetes alguna vez?	SI	NO
5. ¿Tomó la medicina para su diabetes ayer?	SI	NO
6. Cuando siente que su diabetes está bajo control, ¿deja a veces de tomar su medicina?	SI	NO
7. Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas, ¿se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su diabetes?	SI	NO
8. ¿Con que frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas?:		
1. Nunca      2. Casi nunca      3. Rara vez      4. Algunas veces      5. Habitualmente      6. Siempre		

Agradecemos su participación en caso de requerir alguna información o resultados se hará de manera personal y confidencial.