

11226



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**CONTROL METABOLICO Y APOYO
FAMILIAR EN EL DIABETICO TIPO 2**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DRA. MARCELA CASTILLEJOS ROMAN

ASESOR: DR. JORGE MENESES GARDUÑO
MEDICO FAMILIAR



MEXICO, D. F.

2004



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.

AGRADECIMIENTOS

Este esfuerzo esta dedicado Dios que me otorgó una segunda oportunidad en esta vida, que me ha hecho fuerte como ser humano y como médico. Gracias a ti disfruto día a día el vivir y no sobrevivir. Gracias por todo lo que me das.

A ti Irwin hijo mío, que me enseñas cada día lo sencilla y hermosa que es la vida, que me has comprendido, apoyado y perdonado a lo largo de este camino que escogí: el de ser medico, que has tenido que compartir mi tiempo con desvelos, y miles de actividades que he tenido que desempeñar y que tendré que seguir a lo lardo de mi vida como medico familiar. Gracias a ese apoyo tuyo y al Dios se que tendré la fuerza y la sabiduría para continuar haciendo de ti el ser maravilloso que ya eres. Mil gracias.

A ti Irwin que aunque nos encontramos separados físicamente siempre me has demostrado en todo momento que puedo contar contigo como amigo y consejero, gracias por aportarme ideas para inspirarme en esta tesis, por ser mi asesor en gran parte de este proyecto, por desvelarte conmigo, por esas charlas productivas que me inspiraron muchas veces el intelecto, por ser un gran medico y maravilloso ser humano con tu flaca.

A ti mamá que has estado al pendiente de mi, de mi salud, siempre has estado incondicionalmente, con desvelos durante muchos años por ver a tu pequeña cumplir su sueño.

A ti papá que has estado al pendiente, apoyando en las buenas y en las malas para que no me faltara nada.

A Ton y Leandro que me apoyaron bastantes años con sugerencias, consejos, ánimo y esperanza, gracias por todo.

A mis hermanos que me apoyaron incondicionalmente en momentos difíciles; por darme esas sobrinas maravillosas Danna y Vannia.

A mi tía Clara por su valioso corazón, por ser confidente y amiga.

A mis amigas de generación, a las 8 por ser maravillosas.

A mis profesores por su enseñanza, comprensión y consejos precisos; por el gran ejemplo que me han dado y motivación para continuar amando esta profesión.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD
EN MEDICINA FAMILIAR.**

AUTORIZACIÓN



[Handwritten signature]

DRA. MARTHA BOLSEAU NEU CARDENAS
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21 IMSS

[Handwritten signature]

KELLY TAVERA

**DR. FELIX ROBERTO TAVERA GONZÁLEZ
JEFE DE EDUCACIÓN MEDICA DE LA UMF No. 21**

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

**DR. JORGE MENESES GARDUÑO
SUBDIRECTOR DE LA UMF No. 21
TITULAR DE LA RESIDENCIA**

SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21
A.M.

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]

ASESOR DE TESIS



DR. JORGE MENESES GARDUÑO
SUBDIRECTOR DE LA UMF No.21

TESISTA



DRA. MARCELÁ CASTILLEJOS ROMAN
MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR.

INDICE

CONTENIDO

I.	INTRODUCCIÓN	6
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
III.	HIPÓTESIS	16
IV.	OBJETIVOS	17
V.	MATERIAL Y METODOS	18
VI.	DISEÑO ESTADISTICO	26
VII.	RESULTADOS	27
VIII.	CONCLUSIONES	37
IX.	SUGERENCIAS	39
X.	BIBLIOGRAFIA	40
XI.	ANEXO	46

I. INTRODUCCIÓN

Los cambios de estilo de vida producidos en los últimos años han modificado los patrones de enfermedad y de muerte en México; mayor esperanza de vida es otro factor en dicha modificación. La importancia de la diabetes mellitus deriva de su frecuencia y de sus complicaciones crónicas, micro y macrovasculares, constituyendo una de las principales causas de invalidez y mortalidad prematura en la población mundial, además de afectar la calidad de vida de las personas afectadas. (1)

Tomando en cuenta los resultados de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, el 8.2% de la población de 20 a 69 años padece diabetes mellitus, 68.7% de ellos tiene conocimiento de su padecimiento y en el 31.3% fue hallazgo de la encuesta. (2) La Unidad de Medicina familiar número 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con una prevalencia acumulada hasta agosto del 2003 de 5535 pacientes con dicha enfermedad. (3)

La diabetes mellitus se define como el desorden metabólico crónico, caracterizado por niveles persistentemente elevados de glucosa en sangre, como consecuencia de una alteración en la secreción y/o acción de insulina, que afecta al metabolismo de los hidratos de carbono, lípidos y proteínas. (4,5)

Con fines de unificación de criterios se han establecido parámetros diagnósticos a nivel internacional por la NDDG (Nacional Diabetes Data Group) y por la OMS (Organización mundial de la salud). De tal manera que, existen varias formas de confirmar la diabetes, cuando la sintomatología esta instalada y se obtiene un resultado de glucemia ocasional (al azar) mayor o igual a 200mg/dl confirmado al día siguiente por: 1.- Nivel de glucosa plasmático en ayuno mayor o igual de 126 mg/dl. 2.- Prueba oral de tolerancia a

la glucosa con 2 hrs posterior con resultado mayor o igual de 200 mg/dl ó 3.- Sin sintomatología con una prueba ocasional de glucosa en sangre mayor o igual a 200mg/dl. Todo ello garantiza el diagnóstico. Para los estudios epidemiológicos, la estimación de la prevalencia e incidencia, puede estar basada en una prueba de glucemia en sangre mayor o igual a 126mg/dl. Esta recomendación esta hecha en el interés de estandarización y diagnóstico oportuno de la enfermedad. (1)

Una característica propia de las enfermedades crónicas es que su control depende en gran medida de las conductas que realiza el paciente para su propio beneficio, es decir el automanejo de la enfermedad.

La diabetes mellitus tipo 2, se ha incrementado en forma desmesurada en los últimos años, de tal modo que para el año de 1999 existían 16 millones de americanos con éste padecimiento. El aumento descontrolado de ésta prevalencia está estrechamente relacionado con el sedentarismo y la obesidad; ésta última, padecida desde la niñez, es un factor de riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en la adolescencia o en adultos jóvenes. (4,5).

Parte importante de la prevención de las complicaciones de la diabetes mellitus es el llevar a cabo un buen control metabólico, definido como el valor de los índices bioquímicos y clínicos entre el rango de la normalidad lo que disminuye la posibilidad de daño orgánico a largo plazo. Dentro de los índices tomados en cuenta está la glucemia en ayunas, esta depende de la glucoregulación hepática así como de los cambios en el plan de alimentación, ejercicio o medicación. La glucosa postprandial, evalúa el funcionamiento hepático, es importante solicitarla con desayuno habitual. Sirve en pacientes en los que encontramos glucemias basales normales y Hb1Ac aumentadas. La cetonuria, es un índice fundamental a la hora de definir descompensación, sin embargo es importante

diferenciar los distintos tipos de cetonuria (ayuno, acidosis). La hemoglobina glucosilada es un producto formado por la adición de glucosa o de los productos derivados de la glucosa a la hemoglobina normal. Refleja glucemias integradas de las 6 u 8 semanas previas, ofrece un criterio adicional para evaluar el estado metabólico de la glucosa en individuos normales y diabéticos. En una sola determinación reemplaza varias determinaciones de glucosa en distintos tiempos. Otros índices tomados en cuenta son los niveles de colesterol y triglicéridos así como la tensión arterial e índice de masa corporal.

Se ha observado que ante el mal control metabólico es importante considerar, factores relacionados con la diabetes como son el deterioro de la célula beta pancreática, en la historia natural de la enfermedad, el aumento de la insulino resistencia (aumento de peso). Factores relacionados con el tratamiento como son lipodistrofias, ejercicio, variabilidad en la absorción de la insulina, y errores en la administración del fármaco. Como factores relacionados con el paciente esta la transgresión dietética habitual, irregularidad de horarios, falta de actividad física y el no cumplimiento terapéutico. Factores relacionados con la utilización de fármacos hiperglucemiantes como son diuréticos, beta bloqueadores, beta adrenérgicos, antimicrobianos, corticoides, anticonceptivos orales, salicilatos, fibratos etc. Además de tomar en cuenta los procesos intercurrentes como son la fiebre, gastroenteritis infecciones urinarias, bucales y respiratoria, o enfermedades concomitantes como la hepatopatía crónica, insuficiencia renal crónica, hipertiroidismo trastornos psíquicos y problemas socio-familiar. (6,7)

Es obvio que en el control metabólico intervienen varios factores, algunos de ellos son el apoyo social y dentro de este el apoyo familiar. Será importante definir en primera instancia al soporte o apoyo social, como la existencia o disponibilidad con la cual un individuo puede contar, en las distintas áreas de relación, por parte de los demás

individuos: a nivel emocional (proporcionar afecto, cuidado, amor y confianza), instrumental (ayuda, dinero, trabajo, tiempo, modificación del entorno), informacional (consejos, sugerencias, directrices) y estimación (aceptación, retroalimentación positiva). (8,9,10,11)

Este enfoque enfatiza las características estructurales, por ejemplo, el estado civil, el número de amistades o parientes con quien se tiene contacto y la frecuencia del mismo (12,13)

Cada vez hay más estudios que examinan el efecto de los factores psicosociales en el curso de las enfermedades en general. El concepto de "apoyo social" o "soporte social" ha sido el foco de atención desde los setentas. En 1976 Cassel y Cobb sugieren que existe una relación entre el soporte social y la mortalidad (14,15). En 1979 Berkman y Syme fueron los primeros en mostrar esta relación en un estudio prospectivo. El soporte social puede afectar el curso de la enfermedad en numerosas formas: afectando la incidencia, la severidad, la progresión así como la recuperación de ésta (12).

En las enfermedades progresivas, el soporte continuo tendrá que ser necesario y los cambios del contexto social serán en forma implícita. Por otro lado, la extensión de las enfermedades crónicas tiene una probabilidad alta de causar la muerte, y en la medida en que acorten el tiempo de vida producirán un fuerte impacto en el contexto psicosocial (16).

El rol que desempeñan los factores psicosociales en forma más específica en la diabetes mellitus ha sido motivo de numerosas controversias. Menninger fue uno de los primeros en describir en algunos pacientes que desarrollaron glucosuria durante un periodo de estrés emocional, la cual remitió con tratamiento psicoterapéutico (17,18).

Hinkle y cols. siguió estrechamente a un grupo de pacientes diabéticos tipo 1 y 2 y encontró una estrecha asociación entre estresores psicosociales y el inicio, así como el curso del padecimiento (17, 19, 20). Otros estudios tempranos han evidenciado en forma más específica la relación existente entre los eventos estresantes de la vida, el inicio y progresión de la diabetes, particularmente las pérdidas y las alteraciones en la dinámica familiar (21, 22, 23). Más tarde se corroboró el desarrollo de diabetes no insulino dependiente en inmigrantes, incluyendo factores como el shock cultural y el distanciamiento familiar (24). Estudios más recientes han utilizado medidas con mayor sensibilidad a través de la hemoglobina glucosilada, corroborando las observaciones anteriores (25, 26, 27). Asimismo, se han considerando aspectos más específicos, como son las relaciones interpersonales conflictivas, tanto a nivel familiar como marital y el mal control de la enfermedad (28). En contraparte, se propone al soporte social como un modulador positivo en el control metabólico de éstos individuos (29); ya sea en forma indirecta, a través del mejoramiento de la calidad de vida del paciente (30), o mediante el apego a los regímenes de tratamiento establecidos (30, 31, 32). Además, habría que considerar otros factores asociados, como son la edad, sexo, nivel de escolaridad, estado civil, tipo de tratamiento, tiempo de evolución del padecimiento, así como la presencia de enfermedades asociadas (33).

El automanejo de la enfermedad crónica requiere importantes modificaciones en el estilo de vida de los pacientes, por ejemplo, modificaciones en la dieta, nivel de actividad física, automonitoreo de variables fisiológicas, utilización de servicios médicos, etc. Todas estas conductas tienen lugar en un medio ambiente determinado por diversos elementos, entre los que destacan la familia, el sistema de atención médica, el barrio o colonia, la sociedad, los medios de comunicación , el contexto cultural e ideológico, etc.

En la perspectiva social-ecológica del automanejo de las enfermedades crónicas desarrollada por Russell Glasgow y colaboradores, se incluye al contexto familiar e interacciones con amistades como niveles informales, y a los sistemas de salud, los lugares de trabajo, las políticas de salud, la colonia y la comunidad como niveles formales. (34).

Meissner fue uno de los primeros en considerar que la enfermedad en el ser humano además del componente patológico, cuenta con uno ecológico, constituyendo la familia dentro del contexto social, el más significativo y duradero (35, 36).

Se describe a la familia de distintas formas a lo largo de la historia y una de ellas la define como el grupo formado por marido, mujer e hijos; la familia sigue siendo la unidad básica en la cultura de occidente, conservando aun la responsabilidad de proveer miembros nuevos a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo emocional y físico. Por otra parte la familia es la institución básica de la gran mayoría de las sociedades humanas, representando el fundamento lógico de todo desarrollo cultural. Aun cuando la forma de la familia varía en las diversas sociedades, toda sociedad mantiene algún sistema típico constante, es por eso que cada forma particular de familia se tiene como un valor primario dentro de la sociedad. (37)

Este grupo social es el más importante para el hombre, y es considerado un recurso para el mantenimiento de la salud y la atención preventiva, ya que influye en el individuo a través de sus relaciones de intimidad, solidaridad y afecto. De igual manera a las experiencias emocionales con los alimentos y la exposición a la educación nutricional contribuyen a formar sus hábitos dietéticos; siendo en igual medida, un producto de su cultura y de su grupo social. Esto constituye una unidad, básica de la atención médica y

de la salud, que presenta patrones característicos de morbilidad, la respuesta a los síntomas y a la utilización de los servicios médicos. (35)

El apoyo familiar ha sido tema de interés y de investigación con respecto a las enfermedades crónicas siendo más específicos con respecto a la diabetes mellitus, en caso de padecer esta, la función de apoyo por parte de la familia, adquiere singular importancia, tanto desde el punto de vista físico como emocional, y gracias a ella se pueden resolver situaciones conflictivas que influirán a su vez en el correcto control de la enfermedad.

Uno de los acontecimientos vitales estresantes que obligan a una readaptación de la homeostasis familiar es la aparición de una enfermedad crónica en uno de los miembros del sistema. Ante el diagnóstico de una enfermedad crónica, que exige modificaciones en los hábitos y el modo de vida de uno de los miembros. El factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio y adopten nuevas normas y a veces nuevos roles. La familia procesará todo esto según su propio conjunto de creencias acerca de la enfermedad y las experiencias previas que posea en el cuidado de pacientes con enfermedad crónica, sobre todo en la relación con acontecimientos dramáticos como son las complicaciones de las enfermedades crónicas (38). Estas reacciones dependerán de varios factores como son el tipo de familia, la cultura y educación de cada miembro, el nivel de desarrollo familiar, así como las actitudes propias del enfermo frente al dolor, la invalidez, regímenes terapéuticos, complicaciones y la búsqueda de ayuda para tratar de solucionar sus necesidades (35).

Se ha apreciado en varios estudios que la importancia del apoyo familiar sobre el control metabólico está dada por su influencia en el tratamiento médico, la dieta y el ejercicio, pilares en el pronóstico y evolución del paciente diabético (39).

La aparición de las complicaciones en las enfermedades crónicas por lo regular se presenta con más frecuencia en la cuarta etapa del ciclo familiar. En esta fase de contracción, la marcha de los hijos condiciona una nueva relación de pareja. El convertir a la familia en ésta fase, en una auténtica unidad de cuidados, será lo que facilitará el correcto control integral de la enfermedad crónica (40).

La evaluación del apoyo familiar se ha realizado a través de varios cuestionarios, uno de ellos es el **Cuestionario de Recursos de Apoyo en la Enfermedad Crónica (CRAEC)** fue diseñado y validado por R. Glasgow y colaboradores en 1997, en el Instituto de Investigación de Oregon (41,42); incluye aspectos de los distintos recursos que el paciente podría emplear en el manejo de su enfermedad, abarcando la experiencia que ha tenido sobre los últimos 3 meses desde un enfoque multimimensional. Consta de 64 ítems, basados en el modelo social ecológico, distribuidos en 8 áreas o niveles de soporte en el ambiente psicosocial. En el área específica de la familia se incluyen 9 preguntas que exploran la cantidad de soporte recibido de éste recurso. (Anexo 2,3).

Tomando en cuenta el papel del médico familiar desde el punto de vista bio-psico-social, es vital reconocer la influencia de ciertas situaciones familiares, que se ven reflejadas sobre la salud del paciente con diabetes mellitus tipo 2, que son importantes para su buen control metabólico, en este caso una de las funciones de la familia es prestar apoyo a los miembros que la integran.

En presencia de diabetes mellitus es importante tomar en cuenta los mecanismos adaptativos de la familia y la capacidad de apoyo de esta hacia el paciente.

Nuestro interés en realizar este estudio fue identificar el grado del apoyo familiar, en el control metabólico del paciente, ya que se considera que a mayor apoyo familiar, existe un mayor control metabólico. El valorar lo antes mencionado nos permitirá incidir positivamente en aquellos pacientes en los que detectemos con carencia o escaso apoyo familiar y contribuir a un mejor control metabólico retardando así la presentación de complicaciones para lograr una mejor calidad de vida en el individuo y su familia.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Existe Relación entre el grado de apoyo familiar y el nivel de control metabólico en el diabético tipo 2?

III. HIPÓTESIS:

- Existe una relación directamente proporcional entre el grado de apoyo familiar y el nivel de control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

IV OBJETIVOS DEL ESTUDIO

- **OBJETIVO GENERAL:**

Describir las características del apoyo familiar y determinar su posible relación con el control metabólico del diabetico tipo 2.

- **OBJETIVO ESPECÍFICO:**

1.- Determinar el grado de apoyo familiar en el diabético tipo 2.

2.- Determinar el control metabólico del diabético tipo 2.

3.- Establecer la posible relación entre el grado de apoyo familiar y el control metabólico en el diabético tipo 2.

V. MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO:

A) De acuerdo al periodo en que se capta la información:

Prospectivo. La información se recopiló para y a partir del estudio.

B) De acuerdo a la evolución del fenómeno estudiado:

Transversal. Se examinaron las características de la población en una sola ocasión.

C) Descriptivo: Se especificaron las propiedades, características y los perfiles importantes del fenómeno que se sometió a análisis.

D) De acuerdo a la inferencia del investigador en el periodo en el que se analiza:

Observacional. No influimos ni modificamos alguno de los factores que Intervinieron en la información.

- **Universo de trabajo:**

Adultos entre 20 y 70 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 con mas de un año de evolución, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS.

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

Pacientes con el diagnóstico de diabetes tipo 2 adscritos a la unidad de medicina familiar #21.

Con más de un año de evolución, consignado en el expediente clínico.

Ambos sexos.

Edad comprendida entre los 20-70 años.

Que sepan leer y escribir.

Que aceptaron participar.

Que no contaron con alguna enfermedad crónica degenerativa no asociada a la DM2 tales como: reumatológicas, neurológicas o psiquiátricas.

Que no contaron con Insuficiencia Renal Crónica.

- **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:**

Pacientes que no contestaron todas las preguntas del cuestionario.

Pacientes que no se realizaron los estudios de laboratorio completos.

- **Selección de la muestra:**

La muestra fue realizada tomando en cuenta la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar #21 del IMSS, acumulada hasta agosto del año 2003, la cual fue de 5535 diabéticos. (3)

El tamaño de la muestra para establecer la relación entre el grado de apoyo familiar y el control metabólico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 se calculó de la siguiente forma: Para un intervalo de confianza de 0.10 (con un alfa de 0.5) y un coeficiente de confiabilidad de 0.70, se requirieron al menos de 92 sujetos, mas 20% de pérdida, dió un total de 114 pacientes.

Se utilizó un muestreo estratificado proporcional por edad, tiempo de duración de la enfermedad, complicaciones de la enfermedad de base.

VARIABLES E INSTRUMENTOS

- **Variable dependiente: Control metabólico.**

Definición conceptual:

Valor de los índices bioquímicos y clínicos que al encontrarse entre el rango de normalidad, disminuyen la posibilidad de daño orgánico a largo plazo.

Definición operacional:

Se evaluó de acuerdo a los siguientes parámetros:

Glucemia: Presencia de glucosa en sangre.

Hemoglobina glucosilada: Fracción de la hemoglobina A unida a glucosa; su determinación permite conocer el grado de control de la diabetes mellitus durante períodos prolongados de tiempo.

Colesterol total: Se halla esterificado con ácidos grasos y unido a proteínas en el plasma sanguíneo.

Triglicéridos: grasa formada por la unión de tres moléculas de ácidos grasos con una de glicerol. Constituye el grupo más abundante de grasas neutras.

Índice de masa corporal: Es la relación entre el peso y la estatura de un individuo. Indicador del estado nutricional.

Tensión arterial: dada por la fuerza de la actividad cardíaca, la elasticidad de las paredes arteriales, la resistencia capilar, la tensión venosa de retorno y el volumen de la viscosidad sanguíneos.

Indicadores:

Se consideraron cada uno de los indicadores de control metabólico por separado, clasificando en tres niveles: bueno, aceptable y malo como se muestra a continuación:

	BUENO	ACEPTABLE	MALO
Glucemia (mg/dl) ayunas	80-110	<140	>140
HbA1c(%)	<6.5	<7.5	>7.5
Colesterol total (mg/dl)	<200	<250	>250
Triglicéridos (mg/dl)	<150	<200	>200
índice de masa de corporal:			
H:	<25	<27	>27
M:	<24	<26	>26
Tensión arterial (mmHg)	<140/90	<160/95	>160/95

Modificado (European NIDDM Policy Group, 2ª edición, 1993)
(European IDDM Policy Group, 1ª edición, 1993)

- **Variable independiente:**

Apoyo familiar:**Definición conceptual:**

El **apoyo familiar** es definido como la existencia o disponibilidad de recursos con la cual un individuo puede contar, en las distintas áreas de relación, por parte de los demás individuos: a nivel emocional (proporcionar afecto, cuidado, amor y confianza), instrumental (ayuda, dinero, tiempo, modificación del entorno), informacional (consejos, sugerencias, directrices) y estimación (aceptación, retroalimentación positiva). (5, 6, 7, 8)

Definición operacional:

Valorado a través del Cuestionario de Recursos de Apoyo en la Enfermedad Crónica (CRAEC). (área familiar), constituido por 9 ítems; el cual divide al apoyo familiar en tres niveles: nunca, algunas veces y siempre; de acuerdo a la puntuación descrita mas adelante.

- indicadores

APOYO FAMILIAR

		A	B	C
1	Algún miembro de su familia le ayuda a ejercitarse físicamente			
2	Algún miembro de su familia le pone atención a lo que piensa usted sobre su enfermedad			
3	La familia lo ha motivado para controlar su enfermedad			
4	Cuando sale con la familia alguno de ellos le ha sugerido consumir alimentos adecuados para su dieta			
5	La familia comparte con usted la alimentación indicada para su enfermedad			
6	Alguien de su familia le recuerda tomar sus medicamentos a la hora indicada			
7	La persona que prepara los alimentos se adapta a sus necesidades			
8	Considera usted que el apoyo familiar es importante para el control de su enfermedad			
9	Usted toma tiempo para desarrollar una actividad de su agrado			

A. Nunca B. Algunas veces C. Frecuentemente

- Escala de medición de variables

Apoyo familiar	Puntuación
Nunca	0
Ocasional	1
Frecuente	2

APOYO FAMILIAR	PUNTUACIÓN FINAL
Nunca	0-0
Algunas veces	1-9
Frecuentemente	10-18

Para fines de este estudio, se utilizó únicamente el apartado que incluye el área de apoyo familiar del cuestionario de recursos de apoyo en la enfermedad crónica (CRAEC versión en español). Se realizó una prueba piloto y de acuerdo a sus resultados fue analizada por un comité de expertos conformado por 3 médicos familiares emitiendo cada integrante un juicio de acuerdo o desacuerdo de cada ítem del cuestionario con relación a una categoría ordinal del 1 al 10 del cual se conservó a los valores centrales, como representativos de cada ítem y se eliminó a los dispersos; registrando una versión modificada. (Anexo 2)

Como segundo punto, se recabó el consentimiento verbal de los pacientes que confirmó su participación en el estudio, previa información de los objetivos y el uso que se le dio a esta información.

Previo aplicación de los cuestionarios, el investigador principal explicó al paciente la forma de llenado de los mismos. Se les realizó en forma independiente a todos los pacientes con el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 confirmado por expediente clínico, que cumplieran con los criterios de inclusión. Dicho cuestionario fue aplicado en los pasillos de las salas de espera de consulta externa. A los pacientes que contestaron adecuadamente el cuestionario, se les tomó por el investigador principal, el peso, la talla y tensión arterial y se calculó el índice de masa corporal; se les programó una cita al laboratorio clínico de esta unidad para la toma de glucosa en ayunas, colesterol total,

triglicéridos, depuración de creatinina, HbA1c. Finalmente se formó un expediente integrado por los cuestionarios, una ficha de identificación, registro de talla, peso, Índice de Masa Corporal, tensión arterial, las características generales de la familia, características de la enfermedad y resultados de exámenes de laboratorio; se vaciaron los datos obtenidos de las variables y la puntuación de los cuestionarios en una hoja de concentración de datos (anexo 2), para su posterior manejo estadístico para lo cual se utilizó el SPSS versión 11.

Los datos generales de los diabéticos tipo 2 consignados en el expediente clínico, fueron recabados en una hoja de captura de datos y posteriormente vaciada en una hoja de registro del programa de estadística para las ciencias sociales (SPSS for windows versión 11).

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS.

Para la presente investigación se contó con un investigador principal y un asesor. Los recursos materiales: computadora, impresora, disketts de 3 ½, fotocopias del cuestionario y hoja de captura de datos, financiados por el investigador principal.

CONSIDERACIONES ETICAS.

Esta investigación no implicar riesgo alguno para la salud de los pacientes, por lo que no violó ningún precepto estipulado en la convención de Helsinki y Hawaii para investigación en humanos. A pesar de ser una investigación inocua, de acuerdo a la Ley General de Salud vigente, se requirió el consentimiento verbal del paciente. Además, se contó con la autorización del comité de investigación de la Unidad de Medicina Familiar # 21.

VI. DISEÑO ESTADÍSTICO

En primer término se utilizó el análisis de tipo descriptivo mediante frecuencia, porcentajes, media, mediana, moda, rango y desviación estándar.

En segundo término, se utilizó el análisis estadístico de tipo inferencial a través de métodos estadísticos no paramétricos mediante el coeficiente de correlación de Spearman (r_s).

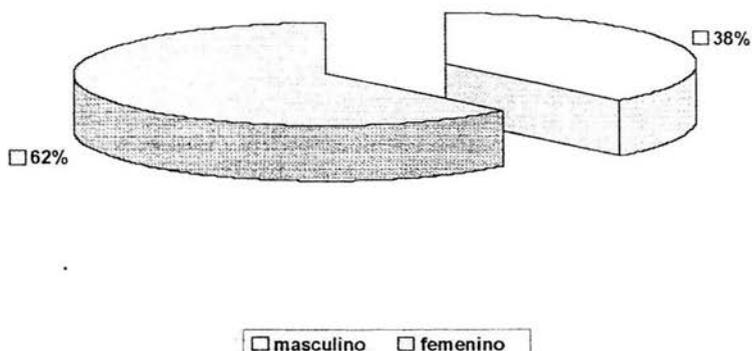
VII. RESULTADOS:

DESCRIPCION DE LA MUESTRA.

De un total de 115 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, se excluyeron a 20 pacientes por que presentaron datos de insuficiencia renal crónica con una depuración de creatinina de menos de 60.00 ml por minuto incluyendo finalmente en el estudio a 95 individuos.

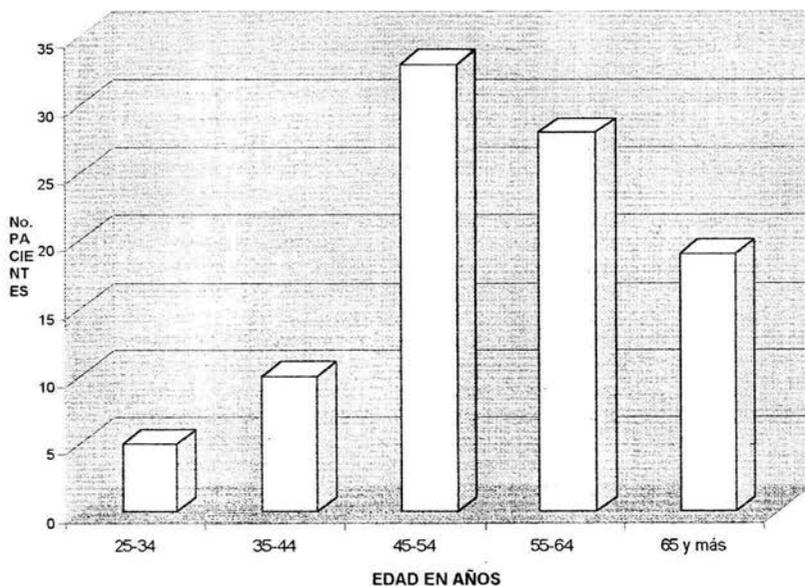
La distribución por género fue de la siguiente manera: 59 individuos (el 62%) del sexo femenino y 36 (38%) del sexo masculino. (Gráfica 1)

GRÁFICA 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR GÉNERO DE DIABÉTICOS TIPO 2 DE LA UMF # 21 AÑO 2003



La distribución por grupos de edad de los pacientes, correspondió en su mayoría entre los 45 y 54 años; y en menor proporción a los pacientes entre 25 y 34 años. El promedio de edad fue de 54 años(± 9.98 de) con un rango de 45 años, un valor máximo de edad de 70 años y un mínimo de 25 años. (gráfica 2)

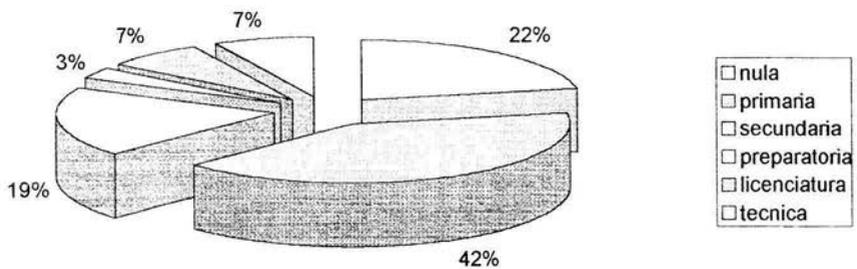
DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD EN
GRÁFICO 2. DIABÉTICOS TIPO 2 DE LA UMF # 21 AÑO 2003



El nivel de escolaridad de la muestra refleja que el mayor porcentaje de los pacientes (42%) con un nivel escolar de primaria y en su minoría con alguna carrera técnica y o bien licenciatura. Se presenta con un 22% aquellos que no terminaron la primaria o bien no acudieron nunca y 19% con secundaria completa.

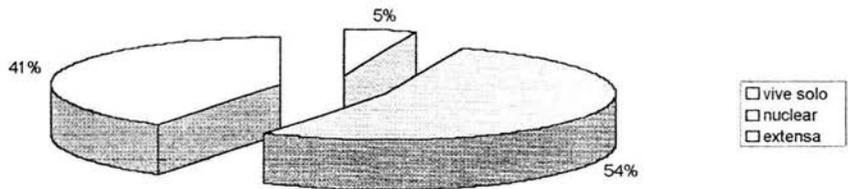
(Grafica 3).

GRAFICA 3 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ESCOLARIDAD EN DIABETICOS TIPO 2 DE LA UMF #21 AÑO 2003



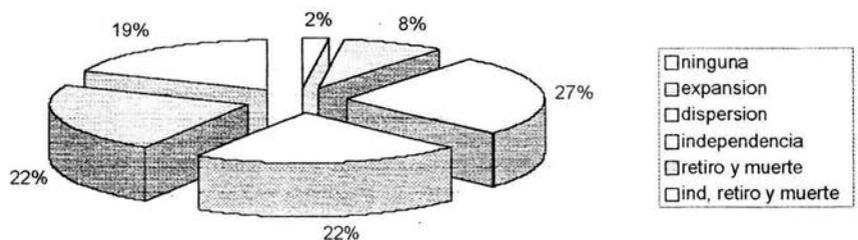
En la tipología familiar de acuerdo a su composición se encontró que: el mayor porcentaje de los diabéticos proviene de una familia nuclear y el menor porcentaje viven solos. (Grafica 4)

GRÁFICA 4. DISTRIBUCION DE LA TIPOLOGIA FAMILIAR SEGUN SU COMPOSICIÓN EN DIABÉTICOS TIPO 2 DE LA UMF #21 AÑO 2003



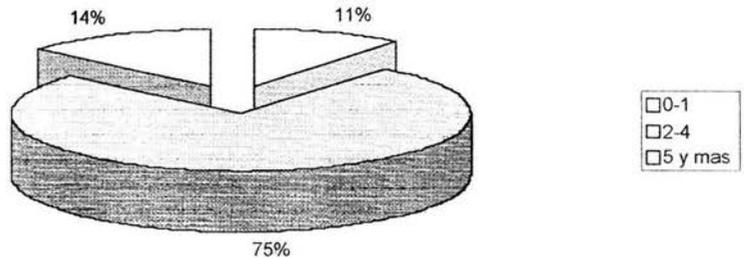
Referente a la etapa del ciclo familiar el mayor porcentaje de los pacientes (27%) se encuentran con su familia en etapa de dispersión, el 22% en independencia, también un 22% en retiro y muerte, el 19% en independencia retiro y muerte; 8% en expansión y 2% en ninguna. (gráfica 5)

GRÁFICA 5. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA ETAPA DEL CICLO FAMILIAR EN DIABÉTICOS TIPO 2 DE LA UMF #21 AÑO 2003



En cuanto al número de integrantes, el 75% se compone por 5 o mas integrantes, el 14% de 2-4 y el 11% por un solo integrante. (gráfica 6)

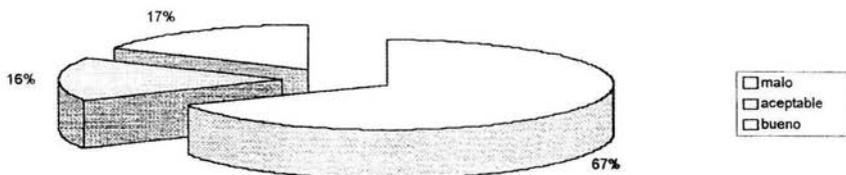
GRAFICO 6. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NÚMERO DE INTEGRANTES DE FAMILIA EN EL DIABETICO TIPO 2 DE LA UMF #21 AÑO 2003



En el tiempo de evolución la distribución mostró que el 74% se encuentra entre el año y los 10 años de evolución de la enfermedad, el 20% entre los 11 y 20 años y un 6% entre los 21-30 años.

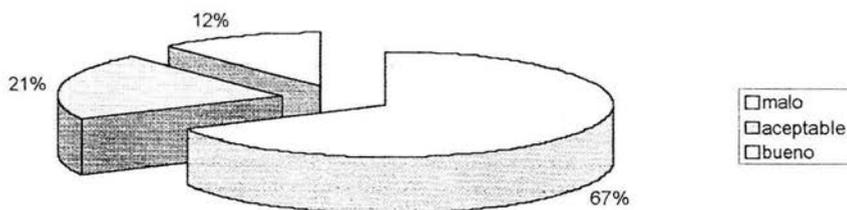
La distribución porcentual del índice de masa corporal, se encontró de la siguiente manera: el 67% de la población con control malo, 17% bueno y 16% aceptable. (Gráfica 7)

GRÁFICO 7. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL IMC DEL DIABÉTICO EN LA UMF#21 AÑO 2003



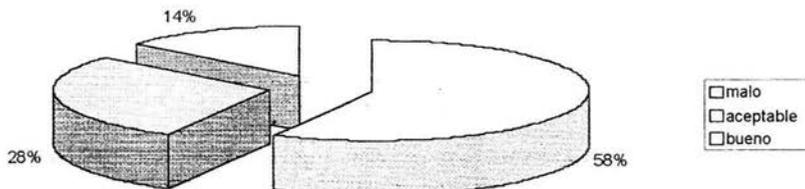
Hablando de las cifras de glucemia el 67% se consideró con control malo, el 21% fue aceptable y el 12% bueno. (Gráfica 8)

GRÁFICO 8. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE VALORES DE GLUCEMIA EN EL DIABÉTICO TIPO 2 DE LA UMF #21 AÑO 2003



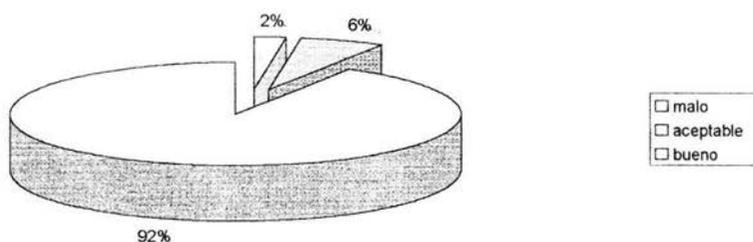
En la Hb1Ac el 58% de los pacientes presentó parámetros de control malo, el 28% aceptable y el 14% bueno. (gráfica 9).

GRÁFICO 9. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE HB1AC EN EL DIABÉTICO TIPO 2 DE LA UMF #21 AÑO 2003



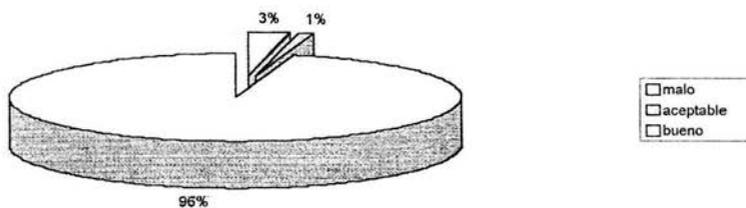
En los datos de tensión arterial sistólica el 92% fue bueno el 6% aceptable y el 2% malo. (gráfica 10).

GRÁFICO 10. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CIFRAS DE TA SISTOLICA EN EL DIABÉTICO TIPO 2 DE LA UMF #21 AÑO 2003



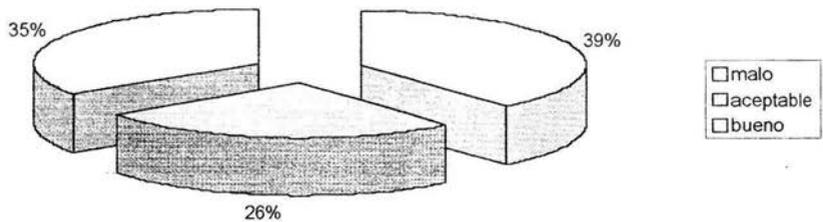
En cuanto a la tensión diastólica el 96% tuvo control bueno, el 3% malo y el 1% aceptable. (Gráfica 11)

GRÁFICO 11. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CIFRAS DE TA DIASTILICA EN EL DIABETICO TIPO 2 DE LA UMF #21 AÑO 2003



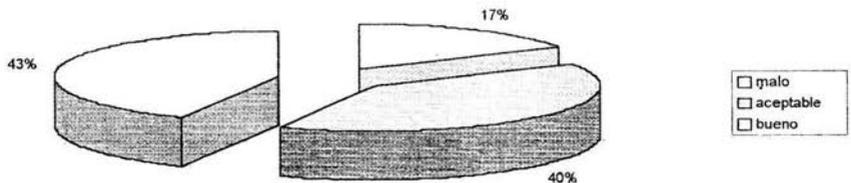
En el control de triglicéridos, los pacientes aparecieron en un 39% con mal control, el 35% bueno y el 26% aceptable. (gráfica y tabla 12)

GRÁFICO 12. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CIFRAS DE TRIGLICERIDOS EN DIABÉTICOS TIPO 2 DE LA UMF # 21 AÑO 2003

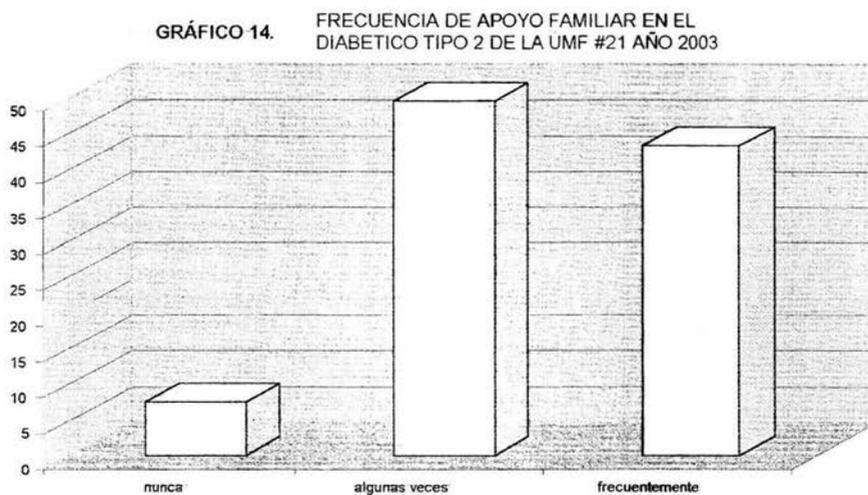


En cuanto a colesterol el 43% de los pacientes tuvo control bueno, el 40% aceptable, y el 17% malo. (gráfica 13)

GRÁFICO 13. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CIFRAS DE COLESTEROL EN DIABÉTICOS TIPO 2 EN LA UMF #21 AÑO 2003



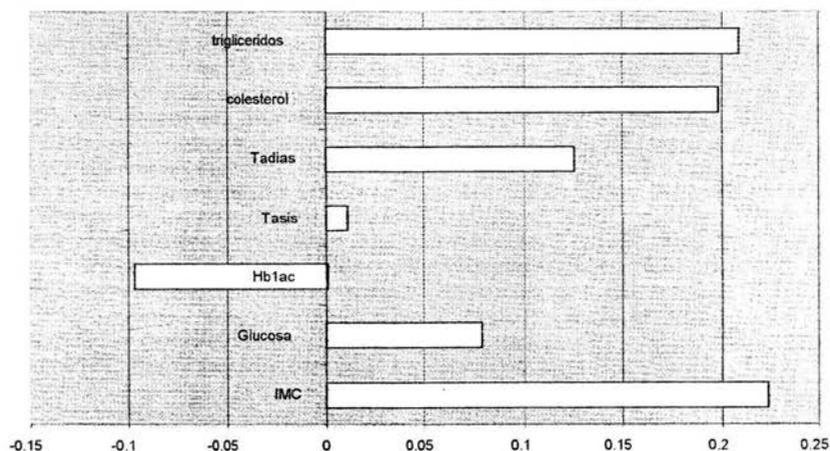
La distribución porcentual de la frecuencia de apoyo familiar se encontró en un 50% con el rubro algunas veces, el 43% frecuentemente y un 7% nunca. (gráfica 14)



ANALISIS ESTADISTICO DEL TIPO INFERENCIAL.

El coeficiente de correlación de Spearman (r_s) resultó con una correlación positiva discreta del grado de apoyo familiar con el índice de masa corporal y con el nivel de triglicéridos de ($r_s=+0.22$, $p<0.05$; $r_s=+0.20$, $p<0.05$ respectivamente); siendo estos los más significativos. En orden decreciente de correlación tenemos al grado de apoyo familiar con los niveles de colesterol en sangre ($r_s=+0.19$, $p<0.5$), la tensión arterial diastolica ($r_s=+0.12$, $p<0.5$) nivel de glucosa en sangre ($r_s=+0.07$, $p<0.5$), tensión sistolica ($r_s=+0.01$, $p<0.1$). Finalmente el grado de apoyo familiar resultó en una correlación negativa con los niveles de Hb1ac en sangre ($r_s=-0.09$, $p<0.5$) (gráfico 15)

GRÁFICO 15. CORRELACIÓN ENTRE EL APOYO FAMILIAR Y EL CONTROL METABOLICO DEL DIABETICO TIPO 2 DE LA UMF #21 AÑO 2003



VIII CONCLUSIONES:

En este estudio llama la atención **que el grado de apoyo familiar tiene una correlación inversamente proporcional con los niveles de Hba1c**, en contra parte con los hallazgos de Lustman Jovanovic Peyrot y colaboradores. (25,26 y 27)

Se puede decir que existe una relación directamente proporcional entre el grado de apoyo familiar y los niveles de **índice de masa corporal** así mismo con los niveles de triglicéridos en sangre de forma mas significativa.

Podemos decir que en esta investigación los **parámetros mas relacionados en forma directamente proporcional con el grado de apoyo familiar** son el IMC y los niveles de triglicéridos, lo que **corrobora la importancia del automanejo de la enfermedad** que se ve influenciada por las modalidades del estilo de vida de los pacientes; por ejemplo tipo de dieta, nivel de actividad física, automonitoreo de variables fisiológicas, que tienen como escenario principal al contexto familiar en contra parte, la relación inversamente proporcional del grado del apoyo familiar con los niveles de Hb1Ac en sangre no es despreciable, ya que representa a la familia como estructura de soporte en el control o descontrol metabólico agudo del paciente, teniendo un menor impacto o incluso negativo en su control a largo plazo. Es lógico pensar que existen otros factores ambientales relacionados que influyen en el estilo de vida del paciente a nivel sociocultural como lo plantea Glasgow y colaboradores en su perspectiva social ecológica del automanejo de las enfermedades crónicas.

El resto de los otros parámetros tomados en cuenta para el control metabólico como son la tensión arterial sistólica, la tensión arterial diastólica, el

colesterol, y glucemia tiene poca relación con el grado de apoyo familiar tal vez por que entren en juego factores además de los ambientales del tipo biológico, como son los genéticos y metabólicos propiamente dichos.

Es aquí donde precisamente entra en juego el papel que desempeña el medico familiar, mediante un abordaje multidisciplinario dentro de un contexto biopsicosocial.

IX. SUGERENCIAS.

Considero que el presente estudio es de suma importancia, ya que nos refleja la influencia del apoyo familiar en el control metabólico, ya sea en forma aguda o a largo plazo según los parámetros relacionados.

Sería conveniente aplicar el cuestionario de apoyo familiar en la consulta diaria ya que nos permitirá detectar a aquellos diabéticos que no cuenten con un adecuado apoyo familiar que los beneficie en su control metabólico; de tal manera que podamos manejarlos incidiendo un poco más en su auto cuidado o detectar de inmediato que requieren integración rápida y oportuna a los grupos de apoyo, con respecto a los diabéticos que sí cuentan con el apoyo familiar adecuado.

X. BIBLIOGRAFÍA:

1.- Glasgow, RE. Outcomes of and for diabetes education research. Diab Educ 1999; 25: 74-88.

2.- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA-1994.

3.- Banco de datos Estadística de la UMF #21 Instituto mexicano del seguro social. (Departamento de epidemiología) año 2003.

4.- Wing RR, Goldstein MG, Acton KJ, et al: Behavioral science research in diabetes: lifestyle changes related to obesity, eating behavior, and pshysical activity. Diabetes Care 2001; 24(1) 117-123.

5.- Pinhas HO; Dolan LD: Increased incidence of non- insulin-dependent diabetes mellitus among adolescents. J Pediatr 1996; 128: 608-615.

6.- Alberti KG, Gries FA, Jervell J, etal: Mellitus No Insulinodependiente Manual para el tratamiento de la diabetes 1993.

7.- Ruíz ML. Criterios de control metabólico. Revista del Hospital clínicas de buenos aires. <http://www.healththing.com/dmd/metabólico.html>

8.- Sarason, I.G. Levine, H.M. Bashman, R.B. c etal. Assessing social support: the social support questionnaire. J Pers Soc Psychol 1983; 44: 127-139

9.- House JS, Umberson D, Landis KR. Structures and process of social support. *Annu Rev of Sociol* 1988; 14: 293-318.

10.- Hupcey J E. Social support: assessing conceptual coherence. *Qual Health Res* 1998; 8: 304-318.

11.- Hutchison S. Social support: factors to consider when designing studies that measure social support. *J Adv Nurs* 1999; 29: 1520-1526.

12.- Berkman, L.F. Assessing the physical health effects of social networks and social support. *Annu Rev Public Health*. 1984; 5: 413-432.

13.- Mitchell, R.E. Trickett, E.J. Social networks as mediators of social support: An analysis of the effects and determinants of social networks. *Community Mental Health J* 1980; 16: 27-44.

14.- Cassel, J. The Contribution of the social environment to host resistance. *Am J Epidemiol* 1976; 104: 107-123.

15.- Cobb, S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med* 1976; 38: 300-314.

16.- Feifel, H. Strack, S. Nagy, V.T. Degree of life-threat and differential use of coping modes. *J Psychosom Res* 1987; 31: 91-99.

- 17.- Helz JW, Templeton B. Evidence of the role of psychosocial factors in diabetes mellitus: a review. *Am J Psychiatry* 1990; 147(10):1275-1282.
- 18.- Menninger WC: Psychological factors in the etiology of diabetes. *J Nerv Ment Dis* 1935;8:1-13.
- 19.- Hinkle LE, Evans FM, Wolf S: Studies in diabetes mellitus, III: life history of three persons with labile diabetes, and relation of the disease. *Psychosom Med* 1951; 13:160-183.
- 20.- Hinkle LE, Evans FM, Wolf S: Studies in diabetes mellitus, IV: life history of three persons with relatively mild, stable diabetes, and relation of 29 significant experiences in their lives to the onset and course of the disease. *Psychosom Med* 1951; 13:184-202.
- 21.- Bruch H, Hewlett I: Psychologic aspects of the medical management of diabetes in children. *Psychosom Med* 1947; 9: 205-209.
- 22.- Slawson PF, Flynn WR, Kollar EJ: Psychological factors associated with the onset of diabetes mellitus. *JAMA* 1963; 185: 96-107.
- 23.- Stein SP, Charles E: Emotional factors in juvenile diabetes mellitus: a study of early life experience of adolescent diabetics. *Am J Psychiatry* 1972; 128:700-704.
- 24.- Hong K-EM, Holmes TH: Transient diabetes mellitus associated with cultural change. *Arch Gen Psychiatry* 1973; 29:683-687.

- 25.- Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE, c et al. Psychiatric illness in diabetes Mellitus: Relationship to symptoms and glucose control. *J Nerv Ment Dis* 1986;174(12) 736-742.
- 26.- Jovanovic L., Peterson CM: The clinical utility of glycosylated hemoglobin. *Am J Med* 1981; 70: 331-337.
- 27.- Peyrot M, McMurry JF. Psychosocial factors in diabetes control: adjustment of insulin-treated adults. *Psychosom Med* 1985; 47: 542-557.
- 28.- Trief PM, Himes CL, Orendorff R, c etal: The marital relationship and psychosocial adaptation and glycemic control of individuals with diabetes. *Diabetes Care* 2001; 24(8): 1384-1389.
- 29.- Schwartz LS, Springer J, Flaherty JA, et al. The role of recent life events and social support in the control of diabetes mellitus, a pilot study. *Gen Hosp Psychiatry* 1986; 8: 212-216.
- 30.- Delamater A, Jacobson A M, Anderson B, c et al. Psychosocial therapies in diabetes. *Diabetes Care* 2001;24:1286-1292.
- 31.- Glasgow RE, Toobert DJ: Social environment and regimen adherence among type II diabetic patients. *Diabetes Care* 1988; 11: 377-386.
- 32.- Peyrot M, McMurry JF, Kruger DF: A biopsychosocial model of glycemic control in diabetes: stress, coping, and regimen adherence. *J Health Soc Behav* 1999; 40: 141-158.

- 33.- Kaholokula JK, Haynes S, Grandinetti A, c et al. Biological, psychosocial, and moderating sociodemographic variables asociated with depressive symtoms and type 2 diabetes. *Diabetes* 2002; 51 (6): 532-535.
- 34.- Glasgow, RE. Outcomes of and for diabetes education research. *Diabetes Educ* 1999; 25: 74-78.
- 35.- Valadez F, Aldrete R, Alfaro N: Influencia de la familia en el control metobólico del paciente dabetico tipo II. *Salud Pública Mex* 1993; 35: 464-470.
- 36.- Meissneer WW. Family dinamics and psychosomatic process. *Fam Process* 1966; (5):142-161.
- 37.- Irigoyen CA *Fundamentos de Medicina Familiar La familia* 2000;1:3
- 38.- Rodríguez –Moran, M. Guerrero-Romero, JF. Importance of family support in the control of glycemia. *Salud Publica Mex* 1997; 39: 44-47.
39. Valenciaga R, González F, Pons B, Sánchez V. Repercusión en el control de la diabetes mellitus de una técnica educativa dirigida a la familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 1995; Abril-junio: 24-26.
- 40.- De la Revilla, L. *Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar*. Barcelona, DOYMA. 1994.

41.- Glasgow RE, Strycker, LA. A social-ecologic approach to assesing support for disease selfhyphen: management the chronic illness resources survey. J Behav Med 2000; 23 (6): 559-583.

42.- Gil I, Vazquez F, Campillo C. Relación entre los niveles de apoyo social y depresión en pacientes diabeticos (Un enfoque multidimensional) Tesis para titulación de Psiquiatría.

43.- Hernández S, Fernández C, Baptista L. Metodología de la Investigación. McGraw Hill.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

2003												PROGRAMADO												2004												ACTIVIDADES												2003												REALIZADO												2004											
M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F												
X	X	X	X																					X	X	X	X	X																																																							
				X																										X																																																					
					X																																																																														
						X	X	X																							X	X	X																																																		
									X																																																																										
										X																																																																									
											X																																																																								
											X																																																																								
											X																																																																								
											X																																																																								

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21
CEDULA DE INVESTIGACIÓN DE APOYO FAMILIAR Y CONTROL
METABOLICO EN EL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2
EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL

Esta investigación tiene autorización para realizarse en esta Unidad de Medicina Familiar.

Me permito solicitarle a usted que conteste las siguientes preguntas, de la manera más veraz posible, la información obtenida será utilizada de forma confidencial, anónima y solo para los fines exclusivos de la investigación

INSTRUCCIONES:

Se leerá cuidadosamente las preguntas y el investigador anotará la respuesta establecida por el paciente.

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

FECHA _____	FOLIO: _____	CONSULTORIO _____	TURNO _____
EDAD _____	SEXO: _____	ESTADO CIVIL _____	
ESCOLARIDAD _____			
OCUPACIÓN _____	DEPENDENCIA ECONOMICA: SI _____ NO _____		PROVEEDOR _____
PRINCIPAL _____			
TALLA _____	PESO _____	I.M.C. _____	

2. CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

INTEGRANTES DE LA FAMILIA:	0 A 1 ()	2-4 ()	5 Y MAS ()
TIPO DE FAMILIA:			
NUCLEAR ()	EXTENSA ()	EXTENSA COMPUESTA ()	VIVE SOLO ()
ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR			
MATRIMONIO ()	EXPANSION ()	DISPERSIÓN ()	INDEPENDENCIA () RETIRO O MUERTE ()

3. CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD

tiempo de evolución	() años
numero de internamientos en el ultimo año	() años
tratamiento: dieta () hipoglucemiantes orales () insulina () tratamientos alternativos ()	
control metabólico: gluc. plas en ayunas () glucosa en orina () HbA1c () TA promedio () Colesterol total () Depuración de creatinina ()	

4. APOYO FAMILIAR

	A	B	C
1 Algún miembro de su familia le ayuda a ejercitarse físicamente			
2 Algún miembro de su familia le pone atención que piensa usted sobre su enfermedad			
3 La familia lo ha motivado para controlar su enfermedad			
4 Cuando sale con la familia alguno de ellos le ha sugerido consumir alimentos adecuados para su dieta			
5 La familia comparte con usted la alimentación indicada para su enfermedad			
6 Alguien de su familia le recuerda tomar sus medicamentos a la hora indicada			
7 La persona que prepara los alimentos se adapta a sus necesidades			
8 Considera usted que el apoyo familiar es importante para el control de su enfermedad			
9 Usted toma tiempo para desarrollar una actividad de su agrado			

A. Nunca B. Algunas veces C. Frecuentemente

5.- PUNTAJE DEL CUESTIONARIO DE APOYO FAMILIAR BASADO EN EL CRAEC.

Puntaje total:	
frecuencia	
0= nunca 1=algunas veces 2= frecuentemente ()	

NIVEL DE INFORMACIÓN Y APOYO SOCIAL EN ENFERMEDADES CRÓNICAS

El control de una enfermedad crónica puede representar un reto que requiere una prolongada inversión de tiempo. Es necesario tomar medicamentos diariamente, hacer ejercicio, seguir una dieta específica, así como visitar constantemente al doctor, lo que en conjunto tiene un importante impacto tanto en el paciente como en la gente que lo rodea. Los siguientes apartados hacen referencia a los múltiples recursos de los cuales el paciente puede hacer uso para controlar su enfermedad. Para cada pregunta elija la calificación que mejor describa sus experiencias en los últimos tres meses.

- A. Nunca.
- B. Algunas veces
- C. Frecuentemente

MÉDICOS Y EQUIPO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD.	A	B	C
1. El doctor o cualquier otra persona encargada del cuidado de su salud (enfermera, nutriólogo) se comunica con usted para explicarle lo que necesita para el control de su enfermedad.			
2. Que tan frecuente es que su médico tenga información sobre su padecimiento a través de periódicos murales, folletos, etc.			
3. Ha tomado junto con el doctor decisiones acerca de sus planes y metas para el control de su enfermedad.			
4. El doctor escucha como se siente y lo que piensa acerca de su enfermedad.			
5. Durante su visita al doctor, éste responde sus preguntas, le asesora y controla sus preocupaciones.			
6. El doctor le explica el resultado de sus estudios (colesterol, presión sanguínea, glucosa, etc).			
7. Es importante el equipo médico para controlar su enfermedad.			
FAMILIA Y AMIGOS.			
8. Tiene parientes cercanos o amigos que le ayuden a ejercitarse.			
9. Ha encontrado entre sus parientes o amigos alguien que ponga atención sobre lo que usted piensa acerca de su enfermedad.			
10. Su familia lo ha motivado para que realice lo necesario para el control de su enfermedad.			
11. Cuando sale con sus amigos o familiares, alguno de ellos le ha sugerido comidas adecuadas a su dieta.			
12. Ha compartido alguna de sus dietas con amigos o familiares.			
13. Alguna persona cercana a usted le recuerda que tome sus medicamentos regularmente.			
14. Algún familiar o amigo le ha preparado alguna vez una comida especial para su enfermedad.			
15. Siente usted que la ayuda de algún familiar o amigo es importante para el tratamiento de su enfermedad.			
16. Se ha tomado el tiempo para hacer algo que usted disfrute o lo distraiga.			
INFORMACIÓN PERSONAL (CUIDADO DE SU SALUD)			
17. Se ha recompensado o felicitado por lo bien que maneja su enfermedad.			
18. Se ha acercado a aquellas personas que puede ayudar en el control de su enfermedad.			
19. Ha platicado con la gente acerca de como pueden ayudarlo a llevar a cabo ciertas actividades para el cuidado de su salud.			
20. Ha buscado experiencias que le puedan ayudar a mejorar su salud.			
21. Ha buscado alguna ayuda no médica (oraciones, meditación, por ejemplo) que contribuya al control de su enfermedad.			

- A. Nunca
 B. Algunas veces
 C. Frecuentemente

	A	B	C
22. Ha organizado su tiempo para llevar a cabo adecuadamente todas sus actividades.			
23. Considera importante mantenerse bajo control para el manejo de su enfermedad.			
COMUNIDAD			
24. Ha dado al menos un paseo por su colonia.			
25. Ha platicado con sus vecinos o con alguna otra persona que ha estado en contacto con personas que han padecido su enfermedad.			
26. Ha intentado organizar con sus vecinos alguna fiesta en su comunidad.			
27. Ha encontrado alimentos de calidad (verduras, frutas, otros) para su dieta en la tienda en donde normalmente realiza sus compras.			
28. Ha salido a caminar o a practicar algún deporte acompañado por sus vecinos.			
29. Ha platicado con alguien acerca de nuevas recetas de comidas adecuadas a su dieta.			
30. Considera que la comunidad en donde vive es importante para el manejo de su enfermedad.			
LA ORGANIZACIÓN DE SU COMUNIDAD:			
31. Ha ido a algún centro de salud a preguntar sobre la enfermedad que padece.			
32. Ha preguntado acerca de comida adecuada a su dieta en cualquiera de los lugares donde ha comido.			
33. Ha encontrado que existen grupos especiales en su comunidad de personas con su enfermedad, en donde llevan a cabo diversas actividades (recreativas, por ejemplo).			
34. Ha conocido gente agradable que padezca su enfermedad.			
35. Va a lugares en donde incluyen comida adecuada a su dieta.			
36. El transporte público que utiliza para trasladarse es adecuado a sus necesidades y limitaciones.			
37. Ha estado en parques para pasar un día de campo, para caminar o para otras actividades.			
38. Considera importantes las organizaciones de la comunidad para mejorar el manejo de su enfermedad.			
LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y LOS SEGUROS.			
39. Ha tenido un seguro médico que cubra el costo de terapias alternativas como quiroprácticas o medicina alternativa (naturista, acupuntura, homeopatía, etc.).			
40. Ha leído artículos en periódicos o revistas de personas que han superado su enfermedad.			
41. Ha tenido algún seguro médico que cubra la mayor parte de sus gastos en equipo médico.			
42. Ha visto anuncios o publicidad que motiva a la gente a no fumar, a comer comida baja en grasas y a ejercitarse diariamente.			
43. Ha visto o escuchado programas en televisión o en radio acerca de temas de salud y formas de vida.			
44. Ha visto programas de noticias que promueven buenos hábitos de salud.			
45. Ha utilizado el Internet para la búsqueda de información relativa a su enfermedad y/o para compartir sus experiencias con otras personas.			
46. Ha visto o escuchado programas de televisión o en radio acerca de la vida de personas que padecen su enfermedad.			
47. Ha visto programas que expliquen su enfermedad de una manera profesional.			
48. Considera importante tener un seguro médico y estar familiarizado con los medios de información para el manejo de su enfermedad.			

- A. Nunca
 B. Algunas veces
 C. Frecuentemente

A B C

ASOCIACIONES COMUNITARIAS			
49. Ha llamado a alguna organización de salud para obtener información acerca de su enfermedad.			
50. Ha observado que gente de su iglesia, trabajo u otra organización lo entiende y apoya en los esfuerzos que usted realiza para manejar su enfermedad.			
51. Ha participado en marchas u otras actividades promovidas por alguna organización del cuidado de su salud (corazón, pulmón, artritis, diabetes, etc.).			
52. Ha asistido a reuniones de beneficencia o de bajo costo (en iglesias, hospitales, por ejemplo) que lo han ayudado a entender su enfermedad.			
53. Ha sido voluntario(a) para organizaciones locales o para algún tipo de causa para la salud.			
54. Ha asistido a talleres de bienestar social o acondicionamiento físico.			
55. Ha llamado o visitado alguna organización de salud para obtener información a través de videos, revistas, folletos, etc.			
56. Ha utilizado recursos de la comunidad como centros de salud, para el manejo de su enfermedad.			
57. Considera importantes las organizaciones de salud para controlar su enfermedad.			
TRABAJO O EMPLEO (SI NO ESTA TRABAJANDO ACTUALMENTE, VAYA A LA PREGUNTA 65)			
58. Ha tenido un horario flexible que ha podido ajustarlo a sus necesidades para la atención de su enfermedad.			
59. Su trabajo ha ofrecido programas de apoyo para su salud.			
60. Su lugar de trabajo cuenta con reglas y políticas que le ayudan a manejar su enfermedad (áreas restringidas para fumar, tiempo para ejercitarse al aire libre, por ejemplo).			
61. Sus colegas lo han suplido para que pueda salir y atender su enfermedad.			
62. Ha tenido que decidir entre la importancia de su trabajo y su enfermedad.			
63. Su jefe inmediato le ha permitido tener tiempo libre para el cuidado de su enfermedad.			
64. Considera importante su lugar de trabajo y ambiente para el control de su enfermedad.			
65. Por favor describa enseguida alguna otra experiencia que no ha sido mencionada en este cuestionario, que haya sucedido durante los últimos tres meses y que le ha ayudado a manejar mejor su enfermedad: _____			