

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 55
FRESNILLO, ZACATECAS.



FACTORES QUE INFLUYEN EN EL MAL CONTROL METABÓLICO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARIA AUXILIO PÉREZ LANDEROS

FRESNILLO, ZACATECAS

Hospital General de
Zona I. F. No 2
Fresnillo, Zac



Defatura de Enseñanza
e Investigación

2005

m347019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL MAL CONTROL METABOLICO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DRA. MARIA AUXILIO PÉREZ LANDEROS

AUTORIZACIONES:


DRA. AURORA DEL VILLAR BARRIOS

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 55 DE FRESNILLO, ZACATECAS.


DR. JESÚS ALFONSO HERNÁNDEZ LARA.

ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS
MEDICO FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 4
GUADALUPE, ZACATECAS.


DR. SERGIO VALENCIA SEGURA.

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 2
FRESNILLO, ZACATECAS.

FRESNILLO, ZACATECAS

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: MARIA AUXILIO PEREZ LANDEROS

FECHA: 19-08-2005

FIRMA: 

2005



**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL MAL CONTROL
METABÓLICO DEL PACIENTE CON DIABETS MELLITUS
TIPO 2**

TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR.

PRESENTA:

DRA. MARIA AUXILIO PÉREZ LANDEROS

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ ORTEGA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

FRESNILLO, ZACATECAS

2005

ÍNDICE

1. ANTECEDENTES.	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	6
3. JUSTIFICACIÓN.	7
4. OBJETIVOS:	8
4.1 Objetivo general.	8
4.2 Objetivos específicos.	8
5. METODOLOGÍA:	10
5.1 Tipo de estudio.	10
5.2 Población de estudio:	10
5.2.1 Población.	10
5.2.2 Lugar.	10
5.2.3 Tiempo.	10
5.3 Muestreo:	10
5.3.1 Tipo de muestra.	10
5.3.2 Tamaño de la muestra.	10
5.4 Criterios de selección:	11
5.4.1 Criterios de inclusión.	11
5.4.2 Criterios de exclusión.	11
5.5 Variables a recolectar:	11
5.5.1 Variable dependiente.	11
5.5.2 Variables independientes.	11
5.5.3 Operacionalización de variables.	12
5.6 Procedimientos para captar la información.	20

5.7 Consideraciones éticas.	20
6. RESULTADOS.	21
7. DISCUSIÓN.	33
8. CONCLUSIONES.	35
9 . REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	36
10. ANEXOS:	39
10.1 Anexo 1. Hoja de recolección de datos.	39
10.2 Anexo 2. Método de Graffar para nivel socioeconómico.	43
10.3 Anexo 3. APGAR familiar.	45
10.4 Anexo 4. Cuestionario MOS de apoyo social.	47
10.5 Anexo 5. Carta de consentimiento informado.	49

1. ANTECEDENTES

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, determinada genéticamente en la que el sujeto presenta alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, de las proteínas y grasas, y una relativa o absoluta deficiencia en la secreción de insulina con grados variables de resistencia a ésta.¹

Es problema de salud que afecta entre el 2 y el 5% de la población mundial.² Entre el 85 y 90% de los pacientes con DM son diabéticos tipo 2.³ En la Declaración de las Américas sobre la diabetes se plantea que cuando está enfermedad está mal controlada, puede representar una carga pesada económica para el individuo y la sociedad, y que dependiendo del país, la diabetes puede alcanzar entre el 5 y 14% de los gastos de salud, pero que es posible promover la salud y prevenir las complicaciones en las personas con diabetes mediante un buen control de la glicemia.²

Es una enfermedad de elevada prevalencia en la población general y representa, tanto por ella misma como por las complicaciones que de ellas se derivan, un motivo frecuente de consulta en el ámbito de atención primaria.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la DM aumentará en las primeras décadas del siglo XXI. En un 122%, lo que representará pasar de la cifra actual de 135 millones de personas diabéticas en el mundo a una cifra de 300 millones.⁴

La DM tipo 2, es y será en este milenio que está comenzando un problema grave de salud y que desde el punto de vista epidemiológico actualmente ocupa a nivel mundial y nacional el tercer lugar en mortalidad. En México 7.2% de la población es diabética.⁵ En la Unidad de Medicina Familiar No. 55 de Fresnillo, Zacatecas. La prevalencia es de un 3.23%.⁶

El factor fundamental entre la aparición de las complicaciones agudas y crónicas es la hiperglucemia. En los últimos años se ha esclarecido el papel de la hiperglucemia sobre la incidencia mayor de infecciones en pacientes con diabetes, particularmente por hongos oportunistas.⁷

La DM tipo 2 pasa por un periodo asintomático de años. Esto indica una demora de años en el tratamiento; esto también indica que muchos de los pacientes ya presentan complicaciones cuando son diagnosticados. Por lo que debe fomentarse la detección de la diabetes en consultorio. Después de ser diagnosticados y a pesar de haber presentado síntomas por hiperglucemia, muchos pacientes vuelven a estar asintomáticos ó a presentar síntomas tan leves que el apego al tratamiento se reduce drásticamente, al mismo tiempo que la deserción se incrementa. Graber y colaboradores publicaron en 1992 un estudio en el que encontraron que en las condiciones óptimas de servicio el 15%, de los pacientes atendidos en una clínica de diabetes en Tennessee EE.UU. desertaron después de la primera consulta.⁸

Por tratarse de un padecimiento tan antiguo como la humanidad, el aspecto educacional muchas veces ha sido relegado por que para su atención requiere de grandes esfuerzos organizados y recursos, y los resultados son a largo plazo . El tratamiento del diabético debe incluir, en orden de importancia: educación, alimentación, ejercicio y medicación; orden comúnmente invertido por el corto tiempo de consulta, falta de entrenamiento o deficiente actitud del médico hacia la educación de estos pacientes. El objetivo primordial de esta última es mejorar el control, evitar o disminuir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida.⁹

Las familias de los pacientes diabéticos son afectadas por la enfermedad, por lo que es necesario involucrar y orientar a todos los integrantes de ese grupo sobre la diabetes y su control.¹⁰

Con el fortalecimiento de la atención primaria, las técnicas educativas no solo van dirigidas al individuo, si no también a la comunidad y a la familia, motivados por mejorar la educación al diabético que se ha detectado como un problema de salud. Se considera como apoyo familiar adecuado, cuando al menos uno de los familiares posee los conocimientos sobre diabetes (que es, en que consiste, sus síntomas y complicaciones más frecuentes, la importancia del chequeo medico periódico, de la dieta, de los ejercicios y el tratamiento, forma de realizar el benedict y de inyectar la insulina).¹¹

Es necesario enfatizar al paciente la aceptación de su padecimiento, identificar los factores afectivos y de ansiedad que ello implica, ya que su manejo adecuado también se asocia con una mejoría en la calidad de vida y en el apego terapéutico. La trascendencia económica del consumo inadecuado de fármacos es indiscutible y es un autentico reto para los administradores, debido al derroche económico que hacen los pacientes; en estudios realizados con este propósito se encontró un consumo menor al 75%.³

Por lo menos 40-50% de todos lo pacientes que padecen DM tipo 2 y que sobreviven hasta las etapas avanzadas de esa enfermedad requieren de insulina tarde ó temprano para lograr un control optimo de la glucemia. Por tanto, el uso de insulina a menudo se vuelve necesario de 5 a 10 años después de hacer el diagnóstico de DM tipo2 como resultado principalmente de la evolución natural de la enfermedad, no por causa del fracaso de otras terapéuticas ó del poco apego del paciente a estas terapéuticas.¹²

Entre los factores que influyen para diabético existen estudios en cuanto a las características sociodemográficas y calidad de vida. En un estudio que se realizó sobre el perfil del paciente diabético tipo 2, de una clínica periférica de la caja Costarricense de Seguro Social se registro un total de 603 pacientes de los cuales 432 (71.6%) eran DM tipo

2, con 55 años o más esta población se caracterizó por ser en la mayoría mujeres (71%), de baja escolaridad, de bajo nivel económico (28% asegurados por el estado), con alta prevalencia de patologías crónicas como hipertensión arterial (61.9%), obesidad (78.5%, incluyendo, sobrepeso) y dislipidemia (41.5%).¹³ La edad promedio fue de 67 ± 11 ,⁴ sexo masculino 35% RM 1.25 (IC95% 0.61- 2.54, $p= 0.5$), escolaridad primaria ó menos 78.57% RM 2.8 (IC 95% 1.14-6.8, $p =0.02$), evolución de la enfermedad < de 5 años 42.86% RM 1.23 (IC95% 0.62-2.42, $p = 0.5$),³ labores del hogar 14% -63.0%, trabajador activo 16%- 26.2%,⁴⁻¹⁴ pensionado o jubilado 9.3%, desempleado 1.5%.¹⁴ en estudio de candidiasis oral encontraron 22.9%, con control y el 77% con descontrol glucémico.¹⁵

El 87% de los diabéticos eran obesos y el 42% hipertensos. Solo el 13% de los diabéticos se consideraron controlados, el 56% ya presentaban alguna complicación crónica. El 55% solo acudían de 1 a 5 veces por año a consulta. Aun que la convivencia de la familia con los miembros diabéticos era alta el apoyo familiar fue escaso.¹⁶ en la presencia de apoyo social primario fue de 97.5%.¹⁷

En estudios clínicos y de observación se han demostrado los efectos adversos de la obesidad y el estilo de vida sedentario, así como los beneficios de la pérdida moderada de peso y las conductas con ellas relacionadas, incluido el aumento del nivel de actividad física, en el mantenimiento del control metabólico y la reducción de la incidencia de la DM tipo 2.¹⁸

La unidad más comúnmente usada para definir la obesidad es el índice de masa corporal (IMC), que se calcula dividiendo el peso del paciente en kilogramos entre el cuadrado de su talla en metros.¹⁹

Por las razones mencionadas, consideramos importante identificar en el paciente con diagnóstico de DM tipo 2 la frecuencia de no apego terapéutico, su correlación con el control metabólico, así como aquellos factores de riesgos asociados, con el fin de efectuar programas tendientes a modificarlos e incidir así en el control metabólico en el paciente diabético.²

Para mejorar la calidad del tratamiento de la diabetes es necesario empezar identificando las barreras para su control adecuado.²⁰

En un estudio se encontró que en el grupo identificado con funcionalidad familiar llevaba un buen control el 80% mientras que solo el 56% perteneciente a familias disfuncionales tuvieron estas características. ($p < 0.0001$)²¹

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la práctica de la medicina familiar la diabetes mellitus ocupa el tercer lugar en la consulta del primer nivel de atención es la patología crónica que cada vez se observa con mayor frecuencia, sus tasas de incidencia y prevalencia tienden a incrementarse día con día coincidiendo con la fase de transición epidemiológica donde paulatinamente van descendiendo enfermedades infecciosas para dar paso a las crónicas degenerativas.

Las altas tasas de morbimortalidad se incrementan en nuestro medio por nivel socioeconómico bajo, desde la no aceptación de la enfermedad, el no llevar dieta, no acudir a club, no llevar tratamiento, esto da complicaciones a muy temprana edad, ocasionando disfuncionalidad familiar y alteraciones en el ámbito social y laboral.

Promover junto con el equipo multidisciplinario para concientizar al paciente diabético en la aceptación de su enfermedad y de esta manera se podría lograr que lleve su tratamiento en forma integral.

El gran impacto en costos que tiene esta enfermedad para la seguridad social, muestra una realidad nacional que obliga a reflexionar sobre:

¿Cuáles son los factores que influyen en el mal control metabólico del paciente con diabetes mellitus tipo 2?

3. JUSTIFICACIÓN

La diabetes mellitus es un problema de salud que afecta entre el 2 y el 5% de la población mundial y el 85 al 90% de los pacientes con DM son diabéticos tipo 2.

La DM tipo 2, es y será en este milenio que está comenzando un problema grave de salud y que desde el punto de vista epidemiológico actualmente ocupa a nivel mundial y nacional el tercer lugar en mortalidad. En México 7.2% de la población es diabética. En la Unidad de Medicina Familiar No. 55 de Fresnillo, Zacatecas, la prevalencia es de un 3.23%.

La no aceptación de la enfermedad por parte del paciente por no tener un amplio conocimiento acerca de la evolución de la enfermedad es motivo que el paciente no lleve un tratamiento en forma integral además la percibe como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declina su adherencia terapéutica. En virtud de que la diabetes requiere de un manejo cotidiano independiente de los médicos, es necesario que todo diabético perciba su propia conducta como parte de la responsabilidad de el control de la enfermedad y que las personas de su entorno otorguen el apoyo adecuado para lograr los objetivos del tratamiento.

La diabetes mellitus presenta múltiples complicaciones por lo que se insiste en el buen control metabólico de cada paciente y de esta manera las complicaciones se diagnostiquen en etapa temprana y poder proporcionar un mejor manejo así como el reconocimiento de las mismas por el paciente y el núcleo familiar.

Se debe promover con el equipo de salud la modificación de la historia natural de la enfermedad así como los factores de riesgo de la misma (obesidad, sedentarismo, toxicomanías, dieta, apego al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico, acudir a club de diabéticos) y de esta manera lograr aumentar las cobertura de paciente diabético con valores de glucemia dentro de límites normales, de acuerdo a la Norma Oficial de la Diabetes para lograr

disminuir las complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente en la sociedad, ambiente laboral y el núcleo familiar.

El impacto del conocimiento de estos factores por parte del personal de salud y su modificación en los pacientes diabéticos se reflejará en la disminución de los costos que genera esta patología.

4. OBJETIVOS

4.1.- OBJETIVO GENERAL:

Determinar los factores que influyen en el mal control metabólico del paciente con diabetes mellitus tipo 2.

4.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Determinar la prevalencia de pacientes diabéticos controlados.

Determinar si los siguientes factores influyen en el mal control metabólico del paciente con diabetes mellitus tipo 2

- Factores sociodemográficos: Edad, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico, sexo, toxicomanías, antecedentes heredo familiares.
- Factores de la familia y sociedad: Funcionalidad familiar, apoyo social.
- Enfermedades concomitantes: Hipertensión arterial sistémica, dislipidemias, obesidad.
- Factores inherentes a la diabetes: Tiempo de evolución del padecimiento, sedentarismo, acudir control médico, tratamiento médico, dieta y la asistencia a club de diabéticos y edad de años al diagnóstico.

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO:

Estudio transversal analítico. (observacional, comparativo, retrospectivo, transversal).

5.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO:

5.2.1 POBLACIÓN:

Pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2.

5.2.2 LUGAR:

En la U.M.F. No. 55 Fresnillo, Zacatecas.

5.2.3 TIEMPO:

Durante junio a diciembre de 2003.

5.3 MUESTREO:

5.3.1 TIPO DE MUESTRA:

Muestra no probabilística, por conveniencia.

5.3.2 TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se determinó mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 PQ}{D^2} \quad n = \frac{(1.96)^2 \cdot 0.5 (1-0.5)}{(0.05)^2} = 384$$

n = número total de la población estudiada

Z = 1.96 (intervalo de confianza 0.95)

P= 0.05 (La proporción de observaciones que se espera obtener en una categoría)

Q= 1 - 0.5 (Es la contraparte del porcentaje de observaciones en una categoría y es igual a 1- p)

D= 0.05 (error estándar ó margen de error)

5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN:

5.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes derechohabientes con diabetes mellitus tipo 2 que acudieron a la consulta externa adscritos a la U.M.F. No. 55 del IMSS en Fresnillo, Zac.

5.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes diabéticos tipo 2 que no acepten participar en el estudio.

5.5 VARIABLES A RECOLECTAR:

5.5.1 VARIABLEDEPENDIENTE:

Paciente diabético que no lleva un buen control metabólico

5.5.2 VARIABLES INDEPENDIENTES.

Sociodemográficas:

- Edad.
- Sexo.
- Escolaridad.
- Ocupación.
- Nivel socioeconómico.
- Antecedentes heredofamiliares.
- Toxicomanías.

Enfermedades concomitantes:

- Hipertensión arterial sistémica.
- Dislipidemia.
- Obesidad.

Factores inherentes a la diabetes:

- Tiempo de evolución del padecimiento.
- Edad de años al diagnóstico.
- Acudir a control médico.
- Tratamiento médico.
- Dieta.
- Sedentarismo.
- Club de diabéticos.

Familia y sociedad:

- Funcionalidad familiar.
- Apoyo social.

5.5.3 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES:

Variable dependiente:

Nombre: **Descontrol glucémico**

Definición conceptual: Enfermedad endocrina que se caracteriza por alteraciones en la glucemia que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina.

Definición operacional: De acuerdo a cifras de glucemia la cual no debe de exceder a

125 mg/dl de acuerdo a los resultados de laboratorio en los últimos 3 meses, en el momento de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Controlado y no controlado.

Variable independiente:

Nombre **Edad**

Definición conceptual Tiempo que lleva existiendo una persona o ser vivo desde su nacimiento.

Definición operacional Años cumplidos de una persona al momento de la encuesta

Escala de medición De razón.

Categorías ---

Nombre: **Escolaridad.**

Definición conceptual: Periodo durante el cual se asiste a la escuela para adquirir grado académico.

Definición operacional: Se toma en cuenta el grado académico en el momento de la encuesta.

Escala de medición: Ordinal.

Categorías: Analfabeta, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta (escolaridad baja) secundaria completa, preparatoria y profesional (escolaridad alta).

Nombre: **Ocupación.**
Definición conceptual: Empleo, oficio que se desempeña.
Definición operacional: Desempeño que refieren el momento de la encuesta.
Escala de medición: Nominal.
Categorías: Ama de casa, obrero (a), Empleado(a), comerciante, secretaria, profesionista.

Nombre: **Nivel socioeconómico.**
Definición conceptual: Es la recta administración de los bienes de una familia o sociedad.
Definición operacional: Grado socioeconómico que tiene la familia en el momento de la encuesta, valorado por el método de Graffar.
Escala de medición: Ordinal.
Categorías: Estrato alto, medio alto, medio bajo, obrero y marginal.

Nombre: **Sexo.**
Definición conceptual: Diferencia física y de conducta que distingue a los seres humanos según las funciones que realizan en el proceso de reproducción, se distingue el macho y hembra.
Definición operacional: Registro del sexo en el momento de la encuesta.
Escala de medición: Nominal.
Categoría: Masculino o femenino.

Nombre: **Toxicomanías.**

Definición conceptual: Habito patológico de intoxicarse con sustancias que provocan estados agradables o que suprimen dolor.

Definición operacional: Toxicomanía utilizada en el momento de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Si ó No.

Nombre: **Antecedentes Heredo Familiares.**

Definición conceptual: Tener familiares el paciente con antecedente de diabetes mellitus, en primer grado.

Definición operacional: Presencia de diabetes mellitus (padres, hermanos, hijos), en el momento de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categoría: Si ó No.

Nombre: **Funcionalidad familiar**

Definición conceptual: Capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

Definición operacional: Grado de funcionalidad familiar en el momento de la encuesta. De acuerdo a la valoración por el Apgar familiar

0-3 puntos – Disfunción severa.

4-6 puntos - Disfunción moderada.

7-10 puntos –Familia funcional.

Escala de medición: Ordinal.

Categorías: Familia Funcional, Disfuncional moderada y severa.

Nombre: **Apoyo social.**

Definición conceptual: Es la ayuda que se obtiene del las personas que lo rodean.

Definición operacional: Los datos obtenidos en el momento de la encuesta mediante el cuestionario de MOS de apoyo social, el cual se califica de la siguiente manera 58- a 95 Máximo, de 20-57 Medio y menos de 19 mínimo apoyo.

Escala de medición: Ordinal.

Categoría: Máximo, medio y mínimo apoyo social.

Nombre: **Hipertensión arterial sistémica.**

Definición conceptual: Elevación de la presión arterial por arriba de las cifras consideradas como normales (140/90 mmHg).

Definición operacional: Presencia de hipertensión arterial sistémica en el momento de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categoría: Si ó No.

Nombre: **Dislipidemias.**

Definición conceptual: Presencia de niveles superiores del 5-10% de los lípidos y el colesterol considerados como normales circulantes en el plasma.

Definición operacional: Diagnóstico de hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia en el momento de la encuesta.

Escala de medición: Nominal

Categoría: Si o No

Nombre: **Sobrepeso u Obesidad**

Definición conceptual: Exceso de tejido adiposo, que conlleva a un grado de peligro para la salud. Considerándose desde que existe un aumento del 20 % por arriba del peso relativo o un IMC por arriba del percentil 85.

Definición operacional: Presencia de sobrepeso en el paciente diabético en el momento de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categoría: Si o No.

Nombre: **Tiempo de padecimiento.**

Definición conceptual: Periodo transcurrido desde el diagnóstico hasta un determinado momento.

Definición operacional: Tiempo de diagnóstico de la diabetes mellitus desde su inicio hasta el momento de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Menos de 10 años. Más 11 años.

Nombre: **Sedentarismo.**
Definición conceptual: Que no realiza ninguna actividad física.
Definición operacional: Lo referido por el paciente en el momento de la encuesta.
Escala de medición: Nominal.
Categoría: Si o No.

Nombre: **Control médico.**
Definición conceptual: Es el registro y examen que realiza el medico.
Definición operacional: Lo registrado en el expediente clínico en el momento de la encuesta.
Escala de medición: Nominal.
Categoría: Si o No.

Nombre: **Tratamiento médico.**
Definición conceptual: Practicas que se llevan a cabo para la curación o alivio de las enfermedades bajo tratamiento farmacológico.
Definición operacional: Lo referido por el paciente en el momento de la encuesta.
Escala de medición: Nominal.
Categoría: Si o No, por olvido la inexistencia del medicamento ó no toma.

Nombre: **Dieta.**
Definición conceptual: Régimen en el comer y beber una alimentación

balanceada, equilibrada y completa.

Definición operacional: Lo que el paciente refiere en el momento de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categoría: Si o No.

Nombre: **Asistencia a club de diabéticos.**

Definición conceptual: Participar en grupos de pacientes que padecen diabetes mellitus.

Definición operacional: Lo que el paciente refiera en el momento de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categoría: Si o No.

Nombre: **Edad años al diagnóstico.**

Definición conceptual: Es el tiempo transcurrido desde el diagnóstico del padecimiento.

Definición operacional: El tiempo que refiere el paciente en el momento de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categoría: Mayores de 40 años.

5.6 PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN:

Una vez autorizado el protocolo de investigación, a pacientes diabéticos tipo 2, que acudieron a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 55, a quienes se les informó ampliamente el propósito del proyecto, que voluntariamente aceptaron participar, firmando el consentimiento informado. Y tomándose en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, se procedió a la aplicación de la encuesta y con el apoyo del expediente clínico se completaron los datos, los que posteriormente se capturaron en el programa de cómputo de Excel de Microsoft, y se analizaron en el programa SPSS ver. 9.0, para realizar estadística descriptiva y determinar la asociación de las variables mediante la Razón de Momios con sus intervalos de confianza del 95%, considerando la significancia estadística con valor de $p < 0.05$.

5.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS:

El protocolo se sometió para su aceptación al Comité Local de Investigación del Hospital General de Zona No. 2, el cual fue aprobado y su registro fue con el folio 2003 - 651- 0006.

Los procedimientos humanos se ajustan a las disposiciones éticas contempladas en la Declaración de Helsinki, y sus modificaciones hasta Edimburgo Escocia en el 2000, así como lo dispuesto en la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos.

A todos los pacientes se les dio a conocer y firmar carta de consentimiento informado y se guardó la confidencialidad de los resultados de cada paciente

6. RESULTADOS

Se incluyeron 384 derechohabientes diabéticos con un promedio de edad de 58.11 desviación estándar de 11.6 con un rango de edad de 31 a 93 años. Los diabéticos no controlados 298 (77.6%) y los controlados solo 86 (22.4%). (Cuadro y gráfica 1)

De las características sociodemográficas predominaron el sexo femenino con 58.2% (n = 50) y 69.7% (n = 208), escolaridad primaria con 64 (74.4%) y 200 (67.1%), los trabajadores activos en el 58.1% (n = 50) y 58% (n = 173), el nivel socioeconómico obrero con 44 (51.2%) y 155 (52.1%) en controlados y no controlados respectivamente. (Cuadros y gráficas del 2 al 5)

De las enfermedades concomitantes la principales fueron la hipertensión arterial sistémica con 83 (39.7%), la obesidad con 60 ((28.7%) y la hipertensión más la obesidad con 43 (20.5%). (Cuadro y gráfica 6)

La funcionalidad familiar medida a través del APGAR familiar resultó con predominio de la familia funcional en el 74.4% (n = 64) y 166 (55.7%), disfunción moderada en el 18.7% (n = 16) y 36.5% (n = 109), disfunción severa en el 6.9% (n = 6) y 7.8% (n = 23); el apoyo social medido mediante el cuestionario MOS fue bueno en su mayoría en el 73.4% (n = 63) y 50.3% (n = 150), en pacientes controlados y no controlados respectivamente (Cuadro y gráfica 7-8).

De los factores asociados al mal control glucémico de los pacientes diabéticos tipo 2 con significancia estadística fueron: la asistencia a las actividades del club de diabéticos con Razón de Momios de 2.81 con Intervalo de Confianza del 95% (IC95%) de 1.65-4.79 y valor $p < 0.001$; y la asistencia mensual a sus citas médicas de control con RM 3.09 (IC95% 1.01-10.50, $p = 0.028$); el seguimiento de la dieta con RM 2.88 (IC95% 1.50-5.63, $p =$

0.0005); la disfuncionalidad familiar RM 2.31 (IC95% 1.31-4.10, $p = 0.001$); apoyo social malo RM 5.36 (IC95% 1.76-18.24, $p < 0.001$).

Factores protectores para mal control fueron el sexo masculino RM 0.60 (IC95% 0.36-1.01, $p 0.04$); apoyo social regular RM 0.49 (IC95% 0.23-1.01, $p 0.03$).

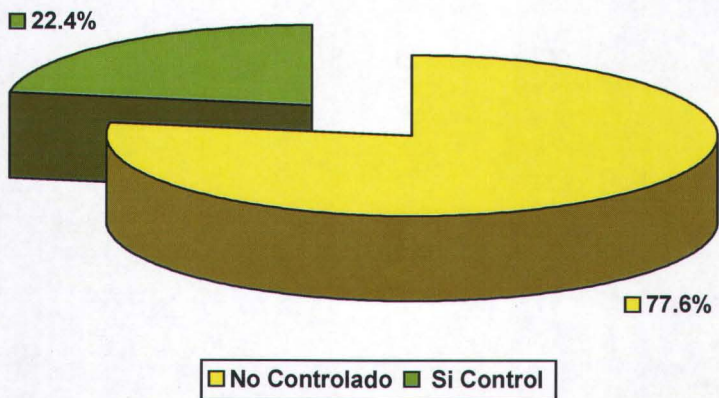
De factores que insinuaron cierta asociación, pero sin significancia estadística fueron: la escolaridad alta con RM 3.52 (IC95% 0.35-35.56, $p=0.21$). (Cuadros 9 y 10)

Cuadro 1. Control glucemico de los pacientes diabéticos tipo 2 encuestados en la UMF No. 55 Fresnillo, Zac. 2003.

Pacientes	Número	%
Controlados	86	22.40
No controlados	298	77.60
Total	384	100.0

Fuente: Encuestas.

Gráfica 1.
Control glucemico de los pacientes diabéticos tipo 2 encuestados en la UMF No. 55 Fresnillo, Zac. 2003.



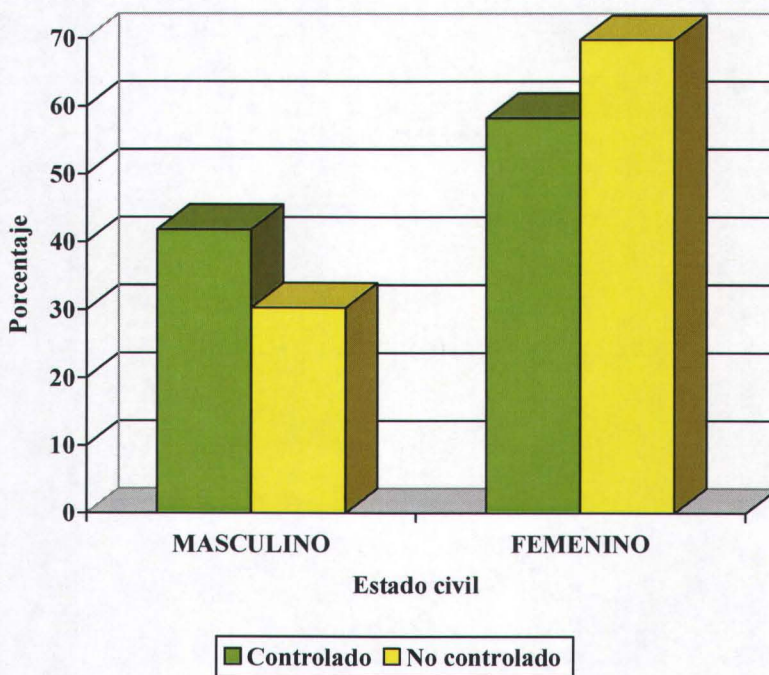
Fuente: Cuadro 1.

Cuadro 2. Sexo según control glucémico de los pacientes diabéticos tipo 2 encuestados de la UMF No. 55 Fresnillo, Zac. 2003.

SEXO	CONTROLADOS		NO CONTROLADOS	
	Número	%	Número	%
Masculino	36	41.8	90	30.3
Femenino	50	58.2	208	69.7
Total	86	100.0	298	100.0

Fuente: Encuestas

Grafica 2.
Sexo según control glucémico de los pacientes diabéticos tipo 2 encuestados de la UMF No. 55 Fresnillo, Zac. 2003.



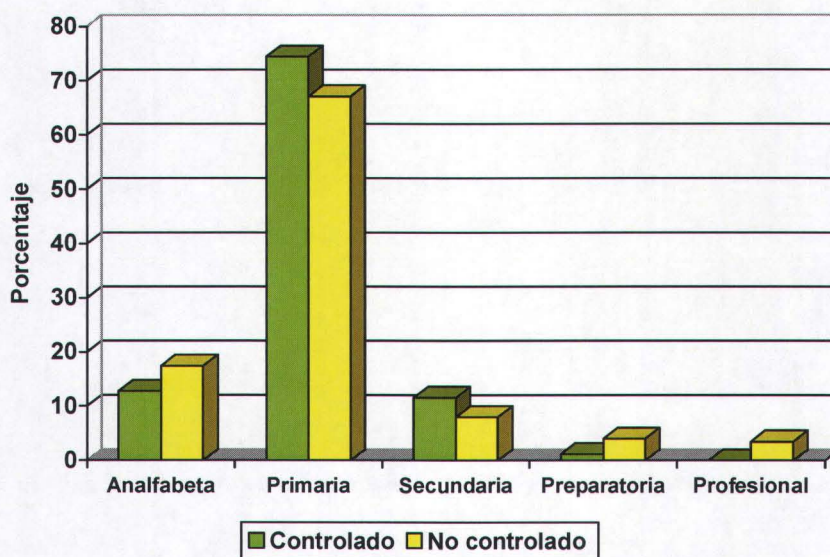
Fuente: Cuadro 2.

Cuadro 3. Escolaridad según control glucémico de los pacientes diabéticos tipo 2 encuestados de la UMF No. 55 Fresnillo, Zac. 2003.

ESCOLARIDAD	CONTROLADOS		NO CONTROLADOS	
	Número	%	Número	%
Analfabeta	11	12.8	52	17.4
Primaria	64	74.4	200	67.1
Secundaria	10	11.6	24	8.0
Preparatoria	1	1.2	12	4.0
Profesional	0	0.0	10	3.5
Total	86	100.0	298	100.0

Fuente: Encuestas.

Gráfica 3.
Escolaridad según control glucémico de los diabéticos tipo 2 encuestados de la UMF No. 55 Fresnillo, Zac. 2003.



Fuente: Cuadro 3.

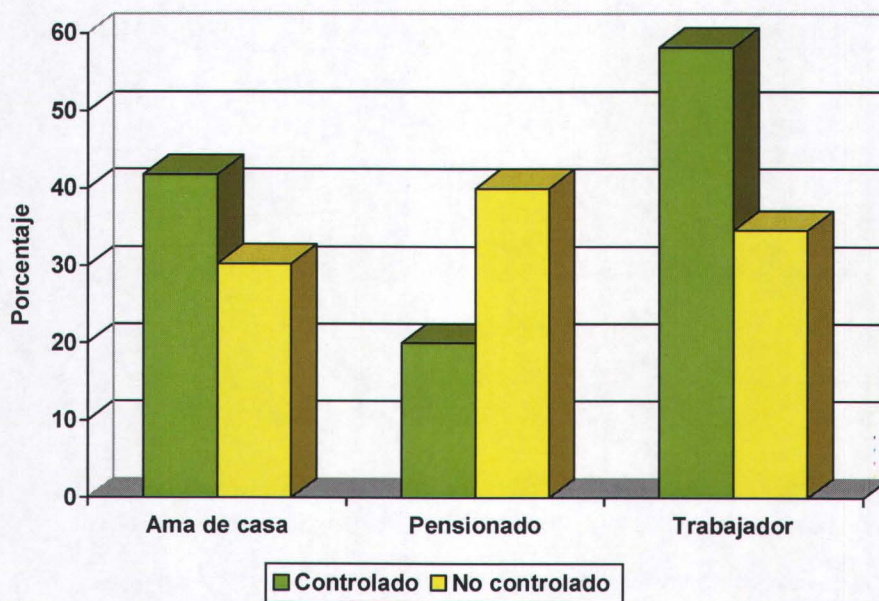
Cuadro 4. Ocupación según control glucémico de los pacientes diabéticos tipo 2 encuestados de la UMF No. 55 Fresnillo, Zac. 2003.

Ocupación	CONTROLADOS		NO CONTROLADOS	
	Número	%	Número	%
Ama de casa	26	30.2	95	32.0
Pensionado	10	11.7	30	10.0
Trabajador activo	50	58.1	173	58.0
Total	86	100.0	298	100.0

Fuente: Encuestas.

Gráfica 4.

Ocupación según control glucémico de los pacientes diabéticos tipo 2 encuestados de la UMF No. 55 Fresnillo, Zac. 2003.



Fuente: Cuadro 4.

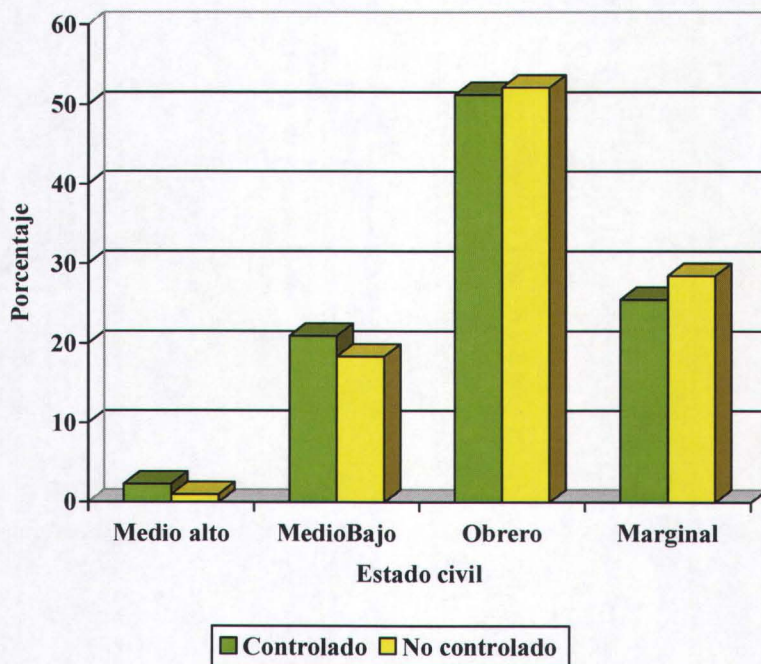
Cuadro 5. Nivel socioeconómico según control glucémico de los diabéticos tipo 2 encuestados de la UMF No. 55 Fresnillo, Zac. 2003.

Nivel socioeconómico	CONTROLADOS		NO CONTROLADOS	
	Número	%	Número	%
Medio Alto	2	2.3	2	1.0
Medio Bajo	18	21.0	56	18.4
Obrero	44	51.2	155	52.1
Marginal	22	25.5	85	28.5
Total	86	100.0	298	100.0

Fuente: Encuestas

Gráfica 5.

Nivel socioeconómico según control glucémico de los diabéticos tipo 2 encuestados de la UMF No. 55 Fresnillo, Zac. 2003.



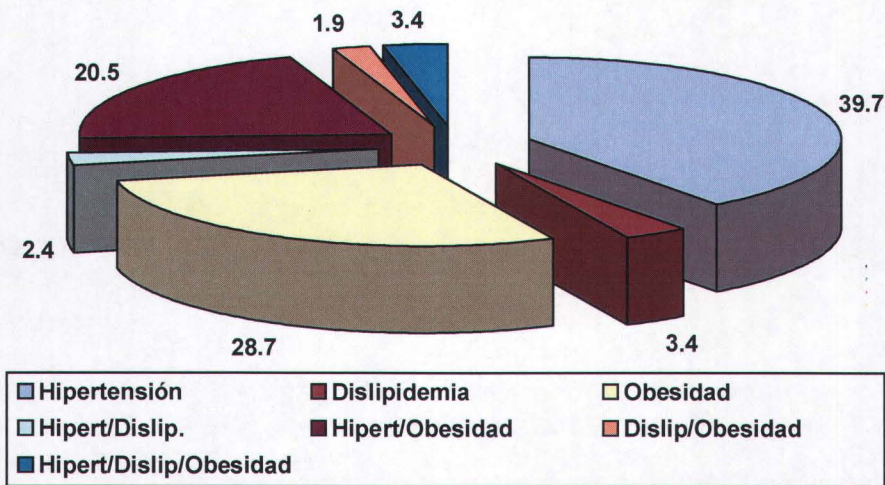
Fuente: Cuadro 6.

Cuadro 6. Enfermedades concomitantes de los diabéticos tipo 2 encuestados de la UMF No. 55 Fresnillo, Zac. 2003.

Enfermedades concomitantes	Número	%
Hipertensión arterial	83	39.7
Dislipidemia	7	3.4
Obesidad	60	28.7
Hipertensión/dislipidemia	5	2.4
Hipertensión/ obesidad	43	20.5
Dislipidemia/ obesidad	4	1.9
Hipertensión/dislipidemia/obesidad	7	3.4
Total	209	100.0

Fuente: Encuestas

Gráfica 6.
Enfermedades concomitantes de los diabéticos tipo 2 encuestados de la UMF No. 55 Fresnillo, Zac. 2003.



Fuente: Cuadro 5.

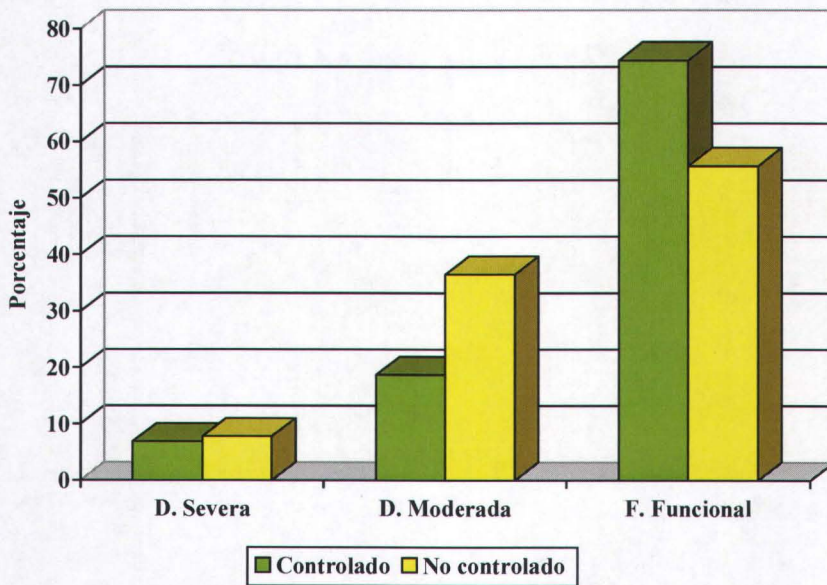
Cuadro 7. Funcionalidad familiar según control glucémico de los pacientes diabéticos tipo 2 encuestados de la UMF No. 55 Fresnillo, Zac. 2003.

Funcionalidad Familiar	CONTROLADOS		NO CONTROLADOS	
	Número	%	Número	%
Disfunción Severa	6	6.9	23	7.8
Disfunción Moderada	16	18.7	109	36.5
Familia Funcional	64	74.4	166	55.7
Total	86	100.0	298	100.0

Fuente: APGAR familiar.

Gráfica 7.

Funcionalidad familiar según control glucémico de los pacientes diabéticos tipo 2 encuestados de la UMF No. 55 Fresnillo, Zac. 2003.



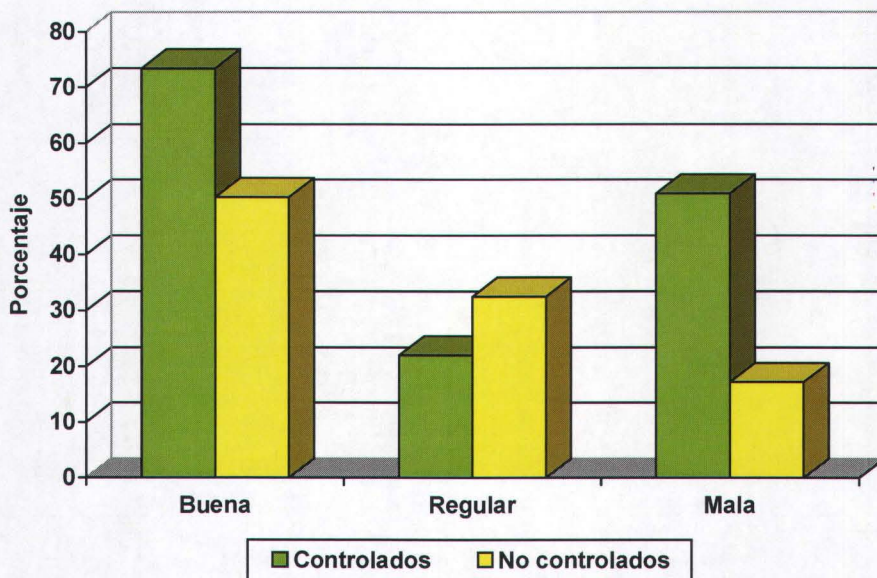
Fuente: Cuadro 7.

Cuadro 8. Apoyo social según control glucémico de los pacientes diabéticos tipo 2 encuestados de la UMF No. 55 Fresnillo, Zac. 2003.

Apoyo social	CONTROLADOS		NO CONTROLADOS	
	Número	%	Número	%
Bueno	63	73.4	150	50.3
Regular	19	22	97	32.5
Malo	4	51	51	17.2
Total	86	100.0	298	100.0

Fuente: Valoración MOS.

Gráfica 8.
Apoyo social según control glucémico de los pacientes diabéticos tipo 2 encuestados de la UMF No. 55 Fresnillo, Zac. 2003.



Fuente: Cuadro 8.

Cuadro 9. Factores sociodemográficos asociados a mal control glicémico de los pacientes diabéticos tipo 2 de la UMF No. 55 Fresnillo, Zac. 2003.

Factores	Controlados		RM	IC95%	P*
	Si	No			
Sexo					
Femenino	50	208	1.00	-	-
Masculino	36	90	0.60	0.36-1.01	0.042
Escolaridad					
Alta	11	46	1.00	-	-
Baja	75	252	0.80	0.37-1.70	0.543
Socioeconómico					
Alto	2	2	1.00	-	-
Bajo	84	296	3.52	0.35-35.56	0.217**
Ocupación					
Ama de casa	26	95	1.00	-	-
Pensionado	10	30	0.82	0.33-2.06	0.643
T. activo	50	173	0.95	0.53-1.67	0.841
Toxicomanías					
No	68	240	1.00	-	-
Si	18	58	0.91	0.49-1.73	0.763
Sedentarismo					
No	51	150	1.00	-	-
Si	35	148	1.44	0.86-2.41	0.142
Edad al Dx.					
> de 41 años	68	288	1.00	-	-
< de 40 años	18	70	0.92	0.50-1.71	0.773

*Prueba de X^2

**Prueba exacta de Fisher.

Fuente: Encuestas.

Cuadro 10. Factores clínicos asistenciales asociados a mal control glucémico de los pacientes diabéticos tipo 2 de la UMF No. 55 Fresnillo, Zac. 2003.

Factores	Controlados		RM	IC95%	P*
	Si	No			
Años de evolución					
Menos 10 años	63	188	1.00	-	-
Más 11 años	23	110	1.60	0.91-2.83	0.080
Antecedentes Heredo-Fam.					
No	37	108	1.00	-	-
Si	49	190	1.33	0.79-2.23	0.253
Asistencia a Club Diabéticos					
Si	39	68	1.00	-	-
No	47	230	2.81	1.65-4.79	< 0.001
Asistencia a citas médicas					
Si	82	259	1.00	-	-
No	4	39	3.09	1.01-10.50	0.028
Apego a Tratamiento					
Si	79	258	1.00	-	-
No	7	40	1.75	0.72-4.46	0.187
Dieta					
Si	72	191	1.0	-	-
No	14	107	2.88	1.50-5.63	<0.001
Funcionalidad familiar					
Funcional	64	166	1.0	-	-
Disfuncional	22	132	2.31	1.31-4.10	0.001
Apoyo social					
Bueno	63	150	1.0	-	-
Regular	19	22	0.49	0.23-1.01	0.03
Malo	4	51	5.36	1.76-18.24	<0.001

*Prueba de X²

Fuente: Encuestas

7. DISCUSIÓN

El promedio de edad de la población estudiada de 58.2 años es similar a la reportada por otros autores.^{13,16}

El grado de control glucémico encontrado en este estudio del 22.4% es igual al reportado en otro estudio¹⁵ esto puede ser a que la mayoría se encuentran en la tercera edad, por tal motivo la familia y la sociedad los consideran ser improductivos por lo que no les ayudan a la aceptación de dicho padecimiento y control del mismo.

En un estudio¹³ el sexo femenino fue mayor a razón de 2.3:1, semejante a lo que encontramos nosotros de 2.4:1, además de que se asocio a un mal control glucémico una vez y media más que los hombres, se esperaba lo inverso debido a que la mujer es más ordenada y sigue las indicaciones de su terapia, y el hombre menor adherencia al tratamiento y por sus actividades laborales y por consiguiente mayor descontrol.

El predominio de la escolaridad primaria ó menos es muy semejante a la reportada en otras investigaciones^{13,16} esto es porque el promedio de edad de los entrevistados es de 58 años y en su época escolar la primaria era lo aceptable para incorporarse a la vida laboral. Aunque solo se insinuó con dos veces más que los de escolaridad mayor, la baja escolaridad implica un menor conocimiento del autocuidado de la salud.

De las enfermedades concomitantes, la hipertensión arterial en este estudio fue del 39.7% otros autores han reportado mayor número de casos (61.9% y 48%)^{13,17}. La dislipidemia se encontró en muy bajo porcentaje (3.4%) en comparación con lo reportado por otros autores que es de (41.5%),¹³ la diferencia puede ser porque la fuente de información para este dato fue el expediente clínico y solo si estaba consignado era tomado en cuenta. La obesidad sola se presentó en el 28.7%, la obesidad asociada con otra enfermedades concomitante fue del 25.8%, por lo que de manera global se encontró que la

obesidad se presento en el 54.5% de la población estudiada, muy semejante a lo encontrado en una investigación que fue de 53%,¹⁷ aunque otros estudios alcanzan el 87%.¹⁶ Esto nos indica que no se esta llevando a cabo el tratamiento en forma integral, este es un factor de riesgo muy importante pero muy difícil de poder controlar por la no aceptación por parte del paciente para bajar de peso.

En pacientes con una evolución mayor de 11 años de la diabetes se insinuó una asociación de una vez y media en relación a los menores de 10 años de evolución, esto es el resultado por un lado a la disminución gradual del organismo de la respuesta a los hipoglucemiantes orales y la poca aceptación por parte de los pacientes de la terapia con insulina. Aunque en un estudio demostraron tener más apego al tratamiento los que tienen menos de 5 años de evolución.³

La funcionalidad familiar se reporta buen control en un 74.4%, en contraste con lo reportado en el otro investigación donde funcionalidad familiar fue 80%²¹ por lo que se deduce en nuestro estudio que la funcionalidad familiar es fundamental para que el paciente lleve un buen control, en la conciencia de que si uno de los padres es el enfermo tarde o temprano los hijos muy probablemente debutarán en la diabetes, por lo que la terapia no farmacológica, no debe ser únicamente para el paciente sino para toda la familia.

Se encontró que la mitad tiene un buen apoyo social en comparación con otros estudios que reportan hasta del 97.5%,¹⁷ pero cuando las redes de apoyo social son malas se asocia cinco veces más al descontrol del paciente diabético, estos apoyos cobran mayor importancia cuando los pacientes son más viejos y viven solos.

8. CONCLUSIÓN

La prevalencia del paciente diabético que no lleva un buen control es alta 77.6% los factores asociados fueron nivel socioeconómico bajo, no asistir al club del diabético, no acudir a sus citas con el médico, no llevar apego al tratamiento, no llevar su dieta, presentar disfuncionalidad familiar y tener apoyo social malo.

Si consideramos que la diabetes es una enfermedad hereditaria hace falta promover más el programa de detección de acuerdo a los factores de riesgo por lo que es muy importante que el equipo multidisciplinario insista con el paciente diabético para que su familia se realice la detección y de esta manera tratar de modificar los factores de riesgo que sean posibles.

Es necesaria cambiar la visión en el manejo de la diabetes, de verla de manera individual en un paciente, a un padecimiento familiar con alta influencia cultural.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castillo PE. Diabetes mellitus. (Sitio de Internet). Disponible en URL: <http://www.radioformula.com.mx/rf2001.asp?ID2=24456>. Acceso el 28 septiembre 2004.
2. Quitantes HA, Lopez GL, Curbelo SV, Montano LJ, Menchaca LP, Quitantes MA. La calidad de vida del paciente diabético. Rev Cubana Med Gen Integr 2000; 16 (1): 50-6.
3. Duran VB, Rivera CHB, Franco GE, Apego al tratamiento farmacológico en paciente con diagnostico de diabetes mellitus tipo 2. Sal Pub Mex 2001; 43 (3) 233-236.
4. Sender PM, Vernet VM, Larrosa SP, Tor FE, Foz SM. Características sociodemográficas y clínicas de una población de pacientes con diabetes mellitus. Aten Primaria 2002; 29(8): 474-480.
5. Galván JG. Evaluación integral del paciente con diabetes mellitus. Rev Educ Sal 2001; 5(45):25-36.
6. Índice de atención al paciente diabético "35 puntos" Fuente: en base al censo de pacientes-SIAIS Delegación Zacatecas U.M.F. No. 55. periodo 20/10/04.
7. Rodríguez SJ. Complicaciones crónicas de la diabetes. Rev Educ Sal 2000; 4(35): 45-57.
8. Espinoza CJ, Rodríguez SJ. Diagnóstico y valoración del paciente diabético evolucionado. Metas terapéuticas. Rev Educ Sal 2001; 5(45):26-38.
9. Alpizar SM, Pizaña BJ, Zarate AA. Diabetes mellitus en el adulto mayor. Rev Med IMSS 1999; 37(2):117-124.
10. Zúñiga GS, Islas AS. Educación del paciente diabético un problema ancestral. Rev Med IMSS 2000; 38(3):187-191.

11. Valenciaga RJ, Gonzales VF, Pons BP, Sanchez VO. Repercusión en el control de la diabetes mellitus de una técnica educativa dirigida a la familia. Rev. Cubana Med 1990; 29(2): 253-9.
12. Deblinger L. Como utilizar la insulina en la diabetes tipo 2. Atención Médica 2002; 15(2):10-21.
13. Laclé MA. Perfil del paciente diabético tipo 2 de 55 y más años, de una clinica periferica de la caja costarricense de seguro social. (cita 2004 Jun 4) Disponible en URL: <http://www.médicos.sa.cr/actamed/n2/diabetes2.htm>. Acceso el 12 julio 2004.
14. Lopez CJ, Araiza AC, Rodríguez MJ, Munguia MC. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Sal Pub Mex 2003; 45(4):259-268.
15. Aranda PE, Kawa KS, Salazar VA. Frecuencia de candidiasis oral en pacientes diabéticos tipo 2 ambulatorios en el hospital general Manuel Gea González. Estudio clínico micológico. Rev Med Derm 2002;46(1):3-9.
16. Alfaro IG, Perez HC. Perfil de la familia del diabético: características sociodemográficas y clínicas. Arch Med Fam 2002; 4 (3):95-98.
17. Fernández L J, Orozco BD, Rancaño GI, Hernández MR. Evaluación de la calidad de vida en un grupo de enfermos de diabetes mellitus atendidos en un Centro de Salud. Rev SVMFIC 1999; (6):1-11. Disponible en URL: <http://www.svmfyc.orc/Revista/Num6-1999/sistema52.html>.
18. Mayer DE, Costacou T, Obesidad y estilo de vida sedentario: factores de riesgo modificables para prevenir la diabetes tipo 2. Current Diabetes Reports Latin America 2001; 2:167-174.

19. Chavez TN, Tamayo RR, Lizardi CJ. Factores de riesgo en diabetes Mellitus tipo 2. Med. Int Mex. 2003; 19(5) 301-309.
20. Rosenzweig J, Wender RC. Como evaluar la atención a los diabéticos. Atención Médica 2002; 15: 37-44.
21. Mendez LD, Gomez LV, Garcia R M, perez LJ, Navarrete EA, disfunción Familiar y control del paciente diabético tipo 2. Rev Med IMSS 2004; 42 (4) 281-284
22. Huerta GJ. PAC Medicina Familiar. 1ª. Ed. México DF: Intersistemas; 1999. p. 56-57.
23. De la Revilla AL, Fleitas CL. Instrumentos para el abordaje familiar. En: Zurro AM, Cano JF. Medicina familiar principios de la atención primaria de la salud. España: Edit. Harcourt Brace; 1999. tabla 8.4.

10. ANEXOS

10.1 Cédula de recolección de datos.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ZACATECAS
UMF No. 55 FRESNILLO, ZACATECAS.

“FACTORES QUE INFLUYEN PARA QUE EL PACIENTE DIABÉTICO NO
LLEVE UN BUEN CONTROL”.

Fecha: _____ Folio: _____

Ficha de Identificación:

Nombre: _____

No. Afiliación: _____ No. De Consultorio: _____ Turno: _____

1.- Diabetes Mellitus tipo 2: _____

2.-Control de Glicemia

Valor Control Metabólico en los últimos 3 meses

(1).-Glicemia menor de 110 mg: _____

(2).- Glicemia menor a 140 mg: _____

(3).-Glicemia mayor a 140 mg: _____

(1).-Controlado _____ (2).-No controlado: _____

3.-Edad: _____

4.-Sexo: (1). Masculino: _____ (2). Femenino: _____

5.-Escolaridad: (1). Analfabetismo _____ (2). Primaria _____ (3). Secundaria _____

(4). Preparatoria _____ (5). Profesional: _____

6.-Ocupación: (1). Ama de Casa: _____ (2).Pensionado: _____ (3).Trabajador Activo: _____

7.-Años de Evolución: (1). Menos de 5 años: _____ (2). De 6 a 10 años: _____

(3). Más de 11 años: _____

8.- Toxicomanías (1). Sí: _____ (2). No: _____

9.-Sedentarismo (1). Si _____ (2). No _____

10.- Antecedente de familiar con diabetes mellitas: (1). Si _____ (2). No _____

11.-Enfermedades Concomitante: (1). HTA _____ (2). Dislipidemias _____ (3). Obesidad _____

Talla: _____ Peso: _____ IMC: _____

12.-Edad al diagnostico: (1). 30 a 40años _____ (2). 41 a 50 _____ (3). 51 a 60 _____

(4). Más de 61 años. _____

12.- Acude a control médico cuando tiene cita: (1). Si _____ (2). No _____

13.-Lleva su tratamiento como se lo indica el médico: (1). Si _____ (2). No _____

14.- ¿Lleva dieta para diabético? (1). Si _____ (2). No _____

15.- ¿Asiste algún club de diabéticos? (1). Si _____ (2). No _____

16.- Nivel socioeconómico:

A.- Profesión del jefe de familia _____

1. Universitario, alto comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas
2. Profesionista técnico, mediano comerciante, o de la pequeña industria
3. Empleado sin profesión técnica definida, o universidad inconclusa.
4. Obrero especializado: Tractorista, taxista etc
5. Obrero no especializado, servicio domestico etc.

B.- Nivel de instrucción de la madre _____

1. Universitaria o su equivalente
2. Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa
3. Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos)
4. Educación primaria completa
5. Primaria incompleta, analfabeta

C.-Principal fuente de ingreso familiar _____

1. Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, rifas etc)
2. Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios profesionales (Médicos, abogados, etc) deportistas profesionales
3. Sueldo quincenal o mensual
4. Salario diario o semanal
5. Ingresos de origen público o privado (subsidios)

D.-- Condiciones de la vivienda _____

1. Vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias
2. Vivienda amplia sin lujos pero confortable y buenas condiciones sanitarias
3. Vivienda con espacios amplios reducidos pero confortable y buenas condiciones sanitarias
4. Vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias
5. Vivienda improvisada construida con materiales de desecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias.

17.-APGAR Familiar

	Casi Nunca	A veces	Casi siempre
A. ¿Esta satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	_____	_____	_____
B. ¿Discuten entre uds. los problemas que tienen en casa?	_____	_____	_____
C. ¿Las decisiones importantes se toman En conjunto?	_____	_____	_____
D. ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y ud. Permanecen juntos?	_____	_____	_____
E. ¿Siente que su familia le quiere?	_____	_____	_____

18.- Valoración de apoyo social:

Aproximadamente ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar a cerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el número de amigos íntimos y familiares cercanos _____

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
1.-Alguien que le ayude cuando tenga que estar en cama					
2.- Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar					
3.- Alguien que le aconseje cuando tenga problemas					
4.- Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita					
5.-Alguien que le demuestre amor y afecto					
6.- Alguien con quien pasar un buen rato					
7.- Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.					
8.-Alguien con quien confiar o con quien hablar de si mismo y sus preocupaciones.					
9.- Alguien que le abrace					
10.- Alguien con quien pueda relajarse					
11.- Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo					
12.- Alguien cuyo consejo realmente desee					
13.- Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas					
14.-Alguien que le ayude en sus tareas domesticas si esta enfermo					
15.- Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos					
16.- Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales					
17.-Alguien con quién divertirse					
18.- Alguien que comprenda sus problemas					
19.- Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido					

10.2 Anexo 2.

Método Graffar para determinar nivel socioeconómico.

En la parte superior del cuadro las letras señalan las cuatro variables en que se basa el método; el puntaje va de 1 a 5 y se indican los diferentes niveles en que se subdivide cada variable. Para clasificar es estrato socioeconómico, se suman las cantidades señaladas en cada variable, según la siguiente tabla:

	A	B	C	D
04-06: Estrato alto	1			
07-09: Medio alto	2			
10-12: Medio bajo	3			
13-16: Obrero	4			
17-20: Marginal	5			

Las cuatro variables y su correspondiente puntaje son las siguientes:

A.- PROFESIÓN DEL JEFE DE FAMILIA:

1. Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.
2. Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc.
3. Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa
4. Obrero especializado: Tractoristas, taxistas, etc.
5. Obrero no especializado, servicio domestico etc.

B.- NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE

1. Universitaria o su equivalente
2. Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa
3. Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos)

4. Educación primaria completa
5. Primaria incompleta, analfabeta

C.- PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS

1. Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar)
2. Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc.), deportistas profesionales
3. Sueldo quincenal o mensual
4. Salario diario o semanal
5. Ingresos de origen público o privado (subsidios)

D.- CONDICIONES DE LA VIVIENDA

1. Vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias
2. Vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias.
3. Vivienda con espacios reducidos pero confortables y buenas condiciones sanitarias.
4. Vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias
5. Vivienda improvisada, construida con materiales de desecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias.¹²

10.3 Anexo 3.

APGAR familiar.

Es un cuestionario que consta de cinco preguntas, mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida en la familia y constituye un instrumento de utilidad para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o si por el contrario, contribuye a su enfermedad. Y sus componentes son:

1. Adaptabilidad: ¿Está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?
2. Participación o compañerismo: ¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y forma como participa con usted en la resolución de ellos?
3. Crecimiento: ¿Encuentra que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?
4. Afecto: ¿Está satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?
5. Resolución (Compartir tiempo y recursos). ¿Le satisface la cantidad de tiempo que y su familia pasan juntos?

Evaluándose de la siguiente forma

	APGAR FAMILIAR		
	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
	2 puntos	1 punto	0 puntos
1.-Adaptabilidad	_____	_____	_____
2.-Participación	_____	_____	_____
3.-Crecimiento	_____	_____	_____
4.-Afecto	_____	_____	_____

5.-Resolución _____

00-03 Disfunción grave

04-06 Disfunción moderada

07-10 Familia funcional ¹²

10. 4 Anexo 4.

Cuestionario MOS de apoyo Social.

Consta de 20 ítemes, tiene la ventaja de estar más orientado hacia elementos estructurales de apoyo social y no solamente funcionales, sus ítems constituyen 4 escalas que miden el apoyo emocional, diagonal, informacional, el apoyo instrumental o ayuda material, la interacción social positiva o las relaciones sociales de ocio y distracción y el apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño.

Proporciona un índice global máximo de 58 a 95, medio de 20 a 57, mínimo menor de 19. y consta de las siguientes preguntas.¹³

Aproximadamente ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted?
(Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar a cerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el número de amigos íntimos y familiares cercanos _____

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
1.-Alguien que le ayude cuando tenga que estar en cama					
2.- Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar					
3.- Alguien que le aconseje cuando tenga problemas					
4.- Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita					
5.-Alguien que le demuestre amor y afecto					
6.- Alguien con quien pasar un buen rato					
7.- Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.					
8.-Alguien con quien confiar o con quien hablar de si mismo y sus preocupaciones.					
9.- Alguien que le abrace					
10.- Alguien con quien pueda relajarse					
11.- Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo					
12.- Alguien cuyo consejo realmente desee					
13.- Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas					
14.-Alguien que le ayude en sus tareas domesticas si esta enfermo					
15.- Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos					
16.- Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales					
17.-Alguien con quién divertirse					
18.- Alguien que comprenda sus problemas					
19.- Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido					

10.5 Consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado factores que influyen para que los pacientes diabéticos no lleven un buen control”, registrado ante el comité Local de Investigación Médica con el número: 2003 – 651-006 El objetivo de este estudio es demostrar las causas por las cuales un paciente no esta controlado.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar una encuesta. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los beneficios que tiene mi participación en el estudio.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder a cualquier pregunta y a aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Fresnillo, Zac., a _____ de _____ 2003.

Nombre y firma del entrevistado.

Dra. María Auxilio Pérez Landeros
Matrícula: 7218605

Nombre firma de un testigo

Nombre y firma de un testigo