



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 20

RELACIÓN DE LAS REDES SOCIALES Y EL
CONOCIMIENTO DEL PACIENTE CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 SOBRE SU
ENFERMEDAD Y COMPLICACIONES
CRÓNICAS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

DRA. ELSA GABRIELA LÓPEZ MORENO

Tutora:

DRA. GRISELDA GARCÍA ORTEGA

Asesor Metodológico:

DRA SANTA VEGA MENDOZA

Generación 2007 – 2010

MÉXICO D.F.





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.

TUTORA

DRA. GRISELDA GÓMEZ ORTEGA

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRIA EN BIOÉTICA

ASESOR METODOLÓGICO

DRA. SANTA VEGA MENDOZA

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO EN ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR UMF NO. 20

Vo. Bo.

DRA. VICTORIA PINEDA AQUINO

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD EN LA UMF NO. 20

Vo. Bo.

DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO EN ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR EN LA UMF 20

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por regalarme un tiempo en esta vida, darme una familia hermosa e iluminar mi camino día con día.

A MI PAPÁ

Por infundirme el amor a la medicina, ser mi apoyo incondicional y brindarme lo necesario para iniciar mi sueño y llegar a la meta.
Lo que soy sin duda papá te lo debo a ti, te adoro.

A MI MAMÁ

Por su cariño, comprensión, sin condiciones ni medida, por estimularme a salir adelante siempre, por tener las palabras de aliento.
Mamá eres el motor de mi existencia.

A MI FLACA

Te agradeceré siempre ser mi hermana, mi confidente, mi apoyo, estar conmigo en las buenas y en las malas y haberme ayudado para culminar mi tesis. Tú eres lo mejor que me ha pasado y se en algún momento tu estarás en este lugar y yo a tu lado.

A MIS AMIGOS

Especialmente con los que compartí mis guardias Oskarín, Sa y Angy, por lo aprendido, por su calidad como personas, por quererme, cuidarme y apoyarme cuando más lo necesite así como a mis demás compañeros por haber hecho de estos años algo sumamente valioso como experiencia de vida, por los momentos vividos y porque me quedó con muy buenos amigos.

A ANGY

Por permitirme ser parte de su vida, tú eres un pilar muy importante en la realización de esta meta. Por ser una excelente compañera y amiga.

A ALIS

Gracias por estar conmigo estos años, por aconsejarme, regañarme, compartir risas y llantos en todo este tiempo. Espero sigamos enriqueciendo esta amistad.

A NANIS

Por ser mi compañera en este camino de la vida y la medicina.

DOCTORA GRIS

Gracias por acompañarme en este camino, por hacerme ver que todo se puede, por confiar en mí, por ordenar mis ideas y permitirme plasmar en esta tesis que estoy más que contenta de haber escogido medicina familiar.

A LAS DRAS SANTA, CARMEN Y VICKY

Por creer en mi, por la paciencia, por el apoyo en los momentos complicados de mi vida y brindarme sus enseñanzas en estos 3 años.

A MIS MAESTROS

Que participaron en mi desarrollo profesional durante mi carrera, sin su ayuda y conocimientos no estaría en donde me encuentro ahora, especialmente al Dr. Mondragón, la Dra. Kelly y al Dr. Ortega que me brindaron su apoyo para la realización de esta tesis.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
JUSTIFICACION	12
HIPÓTESIS	13
OBJETIVOS	14
MATERIAL Y MÉTODOS	15
ANALISIS DE RESULTADOS	21
DISCUSIÓN	61
CONCLUSIONES	65
RECOMENDACIONES	67
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	68
ANEXOS	72

RELACIÓN DE LAS REDES SOCIALES Y EL
CONOCIMIENTO DEL PACIENTE CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 SOBRE SU ENFERMEDAD Y
COMPLICACIONES CRÓNICAS

RELACIÓN DE LAS REDES SOCIALES Y EL CONOCIMIENTO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 SOBRE SU ENFERMEDAD Y COMPLICACIONES CRÓNICAS

López- Moreno Elsa G.¹, Ortega García Griselda², Vega Mendoza Santa³

1. Médico Residente del tercer año del curso de especialización de Medicina Familiar
2. Especialista en Medicina Familiar. Maestría en Bioética.
3. Especialista en Medicina Familiar. Profesora adjunta del curso de especialización en Medicina Familiar.

Introducción: Las redes sociales influyen en el conocimiento de la enfermedad y complicaciones crónicas de los pacientes diabéticos, siendo subestimadas en el panorama de la enfermedad, consideramos que las redes sociales formales son las responsables de la actitud del paciente hacia su enfermedad. **Objetivo:** Determinar relación de redes sociales con conocimiento de la enfermedad y complicaciones crónicas en pacientes con DM2. **Material y métodos:** estudio transversal analítico en 151 pacientes de la UMF 20, con DM2, 30 -70 años, marzo a julio 2009, previo consentimiento informado, aplicamos cuestionario expofeso, se codificó datos mediante SSPS, EXCEL, EPI INFO. Se aplicó estadística descriptiva para variables cualitativas (frecuencias/porcentajes) y cuantitativas (media /DE), además aplicamos estadística analítica (cruces 2x2, $p=0.05$, RR e IC al 95%), realizamos correlación de Pearson entre conocimiento y redes. **Resultados:** Media 59 años, femeninos 54%, hogar 44%, casado 72%, diagnóstico sintomatología 58%, evolución media 9 años, con hipoglucemiantes 87%, cifra media glucosa 165. Percepción red formal más importante el médico familiar RR 0.89 (0.76-0.99) $p=0.03$. Red informal pareja con conocimiento regular RR 4.08 (1.37-12.13) $p=0.001$, red social informal familia con conocimiento bajo RR 3.19 (1.15-8.82) $p=0.001$. Redes tecnológicas relación con el conocimiento RR 0.77 (0.56-0.91) $p=0.004$. **Conclusión:** Las redes sociales tanto formales como informales repercuten en el conocimiento del paciente es importante que retomemos su estudio para la educación de la enfermedad y favorecer el autocuidado de nuestros pacientes.

Palabras claves: Conocimiento, DM2, complicaciones crónicas, redes sociales.

IV. INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus Tipo 2 es una enfermedad cronicodegenerativa que tiene como principal característica la disminución de la sensibilidad a la insulina en tejidos como son hígado, músculo y grasa que favorece la disminución de acción de esta hormona, además de acompañarse de alteraciones en la secreción de insulina favoreciendo el estado crónico de hiperglucemia. ⁽¹⁾

Los factores de riesgo principales bien conocidos por los pacientes para padecer DM2 son el genético y los derivados del estilo de vida en cuanto alimentación y sedentarismo. Factores que son difíciles de modificar debido a que los malos hábitos persisten en estos pacientes aun con la información dada por el médico. ^(1,2)

Estos factores de riesgo presentes en la mayoría de los pacientes predisponen a complicaciones crónicas que se presentan por estados crónicos de hiperglucemia al involucrar mecanismos con resultados tóxicos para órganos importantes como son, la activación del diacilglicerol DCG y la Proteína Kinasa PCK y por último la glicación no enzimática que favorecen la hiperglucemia y el daño endotelial en el organismo. ⁽²⁾

Las complicaciones crónicas que pueden presentar los diabéticos mellitus responden al daño vascular provocado por la enfermedad siendo de 2 tipos: microvasculares y macrovasculares. Las macrovasculares se dividen en tres aterosclerosis coronaria acelerada, aterosclerosis cerebrovascular acelerada y enfermedad vascular de extremidades inferiores acelerada, siendo la más frecuente; la aterosclerosis coronaria, mientras que las microvasculares se dividen en retinopatía, nefropatía y neuropatía, así como otras complicaciones como son la neuropatía autonómica, que afecta órganos como el corazón, el esófago, el estómago, el intestino, vejiga y la disfunción eréctil. ⁽³⁾ Generalmente estas complicaciones aparecen cuando el paciente tiene más de 5 años de padecer esta enfermedad, con un control adecuado podemos retrasar el tiempo de aparición, pero con un mal control podemos adelantar las mismas. ⁽⁴⁾

En cuanto a lo que respecta al panorama actual la diabetes es un problema de Salud Pública en México, siendo una enfermedad discapacitante por los daños vasculares que pueden presentarse dependiendo del control glucémico que maneje el paciente, además de ser una epidemia de tipo silenciosa, ya que el 50% de los pacientes diabéticos se desconocen completamente como tal de manera, que cuando, el paciente presenta síntomas, en la mayoría de los casos, ya existe cierto grado de daño en algún órgano blanco, convirtiendo esta enfermedad en un desafío global por la demanda de tratamientos costosos que se administran de por vida, pues las secuelas hacen insuficientes los sistemas de seguridad social ⁽⁵⁾

Es la enfermedad prototipo de las enfermedades crónicas ligadas al proceso de envejecimiento de la población, al incremento de la obesidad y a la adopción de nuevos patrones de comportamiento; como los cambios en la dieta caracterizada por el consumo de grasa saturadas, carbohidratos simples, así como la disminución del consumo de fibras y carbohidratos complejos, aunado a la reducción de la actividad física, que tiene como resultado alteraciones del peso corporal las cuales se asocian fuertemente con la prevalencia de la diabetes.⁽³⁻⁵⁾

Estadísticamente el número de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus 2 va en incremento. La OMS reporta que actualmente existen en el mundo 171 millones de personas con Diabetes Mellitus y se estima que llegaran a 370 millones en el 2030, de este número se considera que pacientes con DM2 corresponde el 92%. En países como Estados Unidos considerado como país de primer mundo, 5.8 millones de personas han sido diagnosticadas con este padecimiento, representando un 2.6% de su población.⁽⁴⁾

Dentro de los aspectos económico más representativos tenemos que en México, la encuesta Nacional de Salud ENSA 2000 registra una prevalencia general de diabetes Mellitus de 7.5% en la población mayor de 20 años, con una morbilidad de 287 180 nuevos casos, y la caracteriza en el décimo lugar de las 20 causas más frecuentes de enfermedad en el país.^(5, 6)

La población en México de personas con diabetes fluctúa entre los 6.5 y los 10 millones (prevalencia nacional de 10.7% en personas entre 20 y 69 años). De este gran total, 2 millones de personas no han sido diagnosticadas con una mayor prevalencia entre la frontera de México y EU, y sin duda el grupo de edad con más muertes por diabetes se ubica entre los 40 y los 55 a, siendo México en la actualidad el 9 lugar en cuanto a prevalencia con una proyección al 2025 hacia el 7 lugar.^(5,6)

El INEGI reporta que la diabetes mellitus se ha mantenido dentro de las primeras 11 demandas de consulta a nivel general. En el 2006 se atendieron 7, 779,198 en primer nivel, con una mayor prevalencia en mujeres.⁽⁷⁾

El Instituto Mexicano del Seguro Social se caracteriza por ocupar el segundo lugar de consulta en primer nivel y el primer lugar de la consulta de especialidades, con una prevalencia general del 8.9%, y una prevalencia del 6% en el grupo de edad de 30 a 64 años, siendo la institución con el segundo lugar de prevalencia más alta del país ocupando un 30% de la población. En primer lugar se encuentra la Secretaría de Salud en su Encuesta Nacional de enfermedades crónicas con una prevalencia del 10.5%. La diabetes mellitus tipo 2 en el IMSS ocupó el primer sitio como causa de muerte en mujeres derechohabientes y el segundo lugar de mortalidad en los hombres, según esta encuesta en el año 2000.^(8,9)

En el Distrito Federal; en sus delegaciones norte y sur; se registra por invalidez y por naturaleza de la lesión un total de 192 casos, de los cuales 146 son hombres y 46 mujeres, reportando que la delegación 01, tiene el tercer lugar de consulta con 227,219 pacientes de estos 2,129 son de primera vez y el resto son subsecuentes, siendo el género femenino el mayor número de casos reportados en un número de 134,113 casos. La SUI-27 estadística realizada en la delegación norte del D.F clasificó a la diabetes en el 2006 como la tercera causa de consulta con una mortalidad del 37.6%.^(8,10)

La Unidad de Medicina Familiar no. 20 de Vallejo, en el Distrito Federal ocupa el segundo lugar en la consulta de enfermedades crónicas degenerativas atendiendo un total de 10, 951 con un porcentaje de diabéticos tipo 2 del 90 al 95%.⁽⁹⁾

En términos económicos los costos de la diabetes son variados tanto en tratamiento, pérdidas de salario de una persona con invalidez prematura, costos de recursos monetarios y de tiempo que los individuos tienen que desviar de otras actividades, hacia los cuidados de su enfermedad y finalmente el costo psicológico como la discriminación, es también otra dimensión de estudio en estos pacientes:⁽¹⁰⁾

Uno de los parámetros importantes que demuestran el incremento del número de casos de pacientes diabéticos es mediante los costos que produce la enfermedad. Estudios realizados a nivel mundial refieren que el costo de los pacientes con diabetes mellitus y sus complicaciones generan costos de tipo directo e indirecto importantes, los estudios mas recientes son ADA, en Estados Unidos realizado en el año 2002 que refiere un costo anual total de 133 mil millones de dólares, con un costo directo del 70% e indirecto del 30% y un estudio financiero realizado en México con el nombre de Arredondo, en el año del 2005, que refiere un costo en México que llegó a los 0.3 mil millones de dólares, con un costo directo de 44% y uno indirecto de 56%..⁽¹⁰⁻¹⁶⁾

A nivel nacional en nuestro país, esta enfermedad consume del 5 al 14% de los gastos dedicados a asistencia médica y los costos directos e indirectos de la atención asciende 2618 millones de dólares anuales, específicamente los costos indirectos y directos de la enfermedad son de 330 y 100 millones de dólares respectivamente de forma anual aumentando en caso de presentar las complicaciones propias de la enfermedad, sin embargo los más importantes son los costos intangibles, o psicosociales, puesto que tienen un gran impacto en la vida de la gente con diabetes y en sus familias incluyendo estrés, dolor y ansiedad, así la expectativa y calidad de vida pueden resultar muy deterioradas por la diabetes⁽¹⁰⁻¹⁶⁾ En el Instituto Mexicano del Seguro Social el gasto anual excede a los 2000 millones de pesos.⁽⁸⁾

Del total de diabéticos a nivel nacional, el porcentaje de pacientes con complicaciones crónicas reportan que un 40% tiene diálisis peritoneal, 60% presenta algún tipo de neuropatía periférica que evoluciona a pie diabético que necesita amputación en un total de 2 terceras partes y con retinopatía proliferativa un 8% y de estos evolucionaran más de un 5% a ceguera ⁽¹⁷⁾

Desconociendo por la falta de estudio sobre el tema que porcentaje de estos pacientes conocía que iba a evolucionar o a padecer algún tipo de complicación crónica, solo estadísticas que nos dicen que 1 de 4 muertes es secundaria a estas complicaciones. ⁽¹⁷⁾

Dentro de los instrumentos de apoyo para definir y estandarizar parámetros para su prevención, detección, diagnóstico y manejo de la Diabetes Mellitus, que permiten mejorar la calidad de vida del paciente al reducir sus complicaciones y mortalidad, se encuentra la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 "PARA LA PREVENCION, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS EN LA ATENCION PRIMARIA". Así como la GUIA CLINICA del IMSS capitulo 08 de enfermedades crónico degenerativas ^(18,19)

V. MARCO TEÓRICO

Un paciente consulta el primer nivel ya sea por manifestaciones clínicas conocidas de la diabetes como polidipsia, polifagia, poliuria, y pérdida de peso, u otras manifestaciones no características como pueden ser astenia, adinamia, boca seca, piel seca, prurito genital, vaginitis o balanitis, alteraciones visuales y neurológicas, o como sucede en la mayoría de los casos cursar de forma asintomática⁽²⁰⁾

Por lo que el médico familiar se enfrenta en la consulta con pacientes que exigen un reto de suma importancia caracterizado por la educación del paciente y la vigilancia de apego al tratamiento, para lo cual es necesario fortalecer nuestra cultura médica, así como favorecer la empatía con nuestro paciente^(20,21)

A las complicaciones crónicas que se enfrenta el médico de forma temprana por el descontrol metabólico del paciente, la retinopatía diabética junto con otros datos de patología ocular se relaciona directamente con la prevalencia, incidencia y severidad de la enfermedad, con una aparición en un tiempo mayor de un año de diagnóstico de la enfermedad, y en pacientes con más de 30 años de evolución el 90% tendrá afectación ocular^(17, 22)

En el caso de nefropatía diabética se considera una prevalencia del 33%, convirtiendo a este padecimiento como la causa más común de enfermedad renal, así como da cuenta de 1/3 de los pacientes con diálisis, con un porcentaje del 5 hasta 16% en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, se desconoce el inicio de la enfermedad pero esta en estrecha relación con el control glucémico, en general rara vez se presentará antes de los 10 años de padecer la enfermedad.^(23, 24)

Datos existentes sobre la prevalencia de neuropatía diabética son variables, diversas estadísticas demuestran que el 5 a 60% de los diabéticos tiene o ha tenido manifestaciones de neuropatía diabética, estos datos son secundarios al método diagnóstico, ya que clínicamente el porcentaje será mas bajo y mediante electromiografía el número de casos detectados será mayor, la forma más característica es la polineuropatía de predominio sensitivo, que compromete preferentemente a las extremidades inferiores, pudiéndose presentar en forma asintomático o con escasos síntomas subjetivos, clínicamente podemos encontrar disminución de la sensibilidad, y el paciente expresar parestesias, sensación de quemadura y dolores de intensidad variable, con predominio nocturno. En los casos de NEUROPATIA DIABETICA AUTONOMICA (NDA) La NDA puede afectar a múltiples sistemas y determina una elevada morbilidad, sus órganos de choque mas frecuentes en diabéticos en México son corazón, intestino y aparato reproductor, este último principalmente en hombres.⁽²⁵⁾

Para su diagnóstico y tratamiento existen parámetros médicos bien establecidos, en fuentes primarias y secundarias en cuanto a literatura medica del tema. La prevención

de las complicaciones va dirigida al riesgo que padece el diabético de tener comorbilidad con otras enfermedades, como son la enfermedad vascular cerebral y cardiopatía Isquémica, por lo tanto la educación de la población es el componente fundamental de una campaña de prevención, un ejemplo representativo de esto es la formación de educadores que existe en cuatro estados de la República que son Nuevo León, Jalisco, Guanajuato y San Luis Potosí, siendo un proyecto apoyado por el Patrimonio de Beneficencia Pública, que tienen como finalidad impulsar el programa de prevención de diabetes a nivel estatal y nacional, realizado en el año 2001. ⁽²⁶⁾

El objetivo de la consulta de primer nivel va dirigido a la promoción y prevención de las complicaciones tardías secundarias al descontrol crónico, por lo que se ha realizado una serie de acciones para que el paciente conozca su padecimiento y sea el principal encargado de su salud y control. ⁽²⁷⁾

En el 2001 se lanza un programa nacional llamado “México, por la prevención de la diabetes”, con el objetivo de informar y educar a la población acerca de las secuelas de la enfermedad, la finalidad específica era, dar a conocer que es, la enfermedad para prevenirla y en caso de padecerla controlarla y vivir con ella, u Slogan fue el siguiente:

Esta es una enfermedad con el azúcar al revés, adivina que es...

IMSS, ISSTE, medios privados y el Centro Nacional Vigilancia Epidemiológica cuentan con un cuestionario para identificar factores de riesgo, el cual puede ser realizado a todo aquel que lo solicite por lo que el conocimiento de su existencia es importante y debe ser transmitido a toda la población. ^(28,29)

La numeralia de la Diabetes Mellitus es la siguiente:

De cada 100 pacientes, 14 desarrollan daño renal, la presentación de un EVC es 2.5 veces mayor en diabéticos, el 30% de problemas de pie diabético terminan en amputación, 100 de 100 pacientes diabéticos padecen neuropatía y de 5 pacientes 2 padecen ceguera. ⁽²⁹⁾

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 una gran responsabilidad de ahí que su entorno sea una parte primordial. ^(30,31) Para el paciente diabético sus redes sociales más importantes son su familia y la institución representada por el médico, porque son las que pueden brindar un conocimiento adecuado del padecimiento y de sus complicaciones crónicas. ⁽³¹⁾

Estos pacientes buscan que estas redes sean un proceso de fortalecimiento de sus relaciones interfamiliares y extrafamiliares que participen en la solución de situaciones de estrés tanto normativo como no normativo secundarios a su enfermedad, estas redes se dividen en dos tipos las formales y la informales, siendo las primeras representadas

por el equipo de salud y que tienen la obligación de capacitar al paciente, mientras que las segundas son las formadas por la familia, amigos, conocidos, así como medios publicitarios con la radio y la televisión y en la actualidad el uso de Internet, ⁽³⁰⁻³⁷⁾

Es sumamente importante definir el concepto de red social considerándolo como un proceso que surge de las interrelaciones personales características de cualquier grupo humano, por las cuales los individuos mantiene una identidad social, reciben ayuda, servicios e información estando en disposición de desarrollar nuevos contactos, intensificar relaciones, optimizar recursos, complementar los servicios, descentralizar intervenciones y promover la corresponsabilidad y la autoorganización del individuo y su familia. ⁽³⁰⁻³⁷⁾

Nunca debemos olvidar que el estudio de las redes sociales es una herramienta útil para el médico familiar, que si conocemos las dimensiones de la misma; nos daremos cuenta del impacto de esta red en el paciente y podremos manipularlas en beneficio del mismo: ⁽³¹⁻³⁴⁾

Siendo la perspectiva del médico familiar la utilización de redes recordemos que la dimensión estructural se interesa por el análisis de las condiciones objetivas del proceso de apoyo y la forma de las relaciones sociales humanas del paciente; mientras que la perspectiva funcional analiza la función que esas características cumplen para el sujeto, que se clasifican de manera genérica en instrumentales y expresivas. Por consiguiente, se introduce una diferencia entre los fines y los medios de la acción, de tal modo que la función instrumental hace referencia a los actos que la persona emprende para lograr unos fines, que difieren de los medios para conseguirlos, mientras que la función expresiva alude a las acciones que el individuo realiza y cuyo fin son ellas mismas. Sin embargo, el apoyo, así como la red social, no es constante y experimenta transformaciones a lo largo de la vida y enfermedad del paciente ⁽³⁰⁻³⁷⁾

Las que interesan en este trabajo son las redes vistas desde un punto de vista formal e informal. Así nos referiremos a redes informales o de “bordes borrosos” a esas redes de intercambio y ayuda mutua donde no existen contratos preestablecidos y donde un factor fundamental es la afectividad. Siendo redes conformadas principalmente por parientes cercanos, vecinos y amistades que, mediante el intercambio recíproco de bienes y servicios entretejen y alimentan sus vínculos. A diferencia de las redes formales o de “bordes definidos” que se caracterizan por interacción del individuo, la familia o un grupo social de manera concreta estableciendo en sectores formales de la sociedad.

Este tipo de relaciones tiende a ser impersonal y jerárquica; el factor reciprocidad no es el ingrediente que sustenta la existencia y permanencia de estos vínculos sociales, como puede ser la escuela, el trabajo, las instituciones de salud y sus representantes. Algo nuevo en nuestra sociedad son las redes informales que nacieron con el avance

tecnológico de la sociedad, permitiendo el cambio hacia una comunicación bidireccional de “usuario a usuario”, donde el flujo de información transcurre de forma relativamente compleja “saltando” de usuario en usuario.

Aunque con características de ambas redes se considera informales por no tener el sentido de concretividad. Esta nueva situación implica un escenario completamente nuevo a la hora de controlar y gestionar la información que fluye hacia los pacientes no solo a los pacientes diabéticos sino a toda clase de pacientes por lo que debemos indagar la información que se obtiene de esta manera ⁽³⁰⁻³⁷⁾

Dentro de las redes informales podemos encontrar revistas como “*Diabetes Hoy*” “*Mellitus, Diabetes, Obesidad y Salud*”, que son de impresión mensual, fundaciones como “*La Federación Mexicana de Diabetes*”, la cual maneja una página en Internet con información de relevancia para el paciente diabético, libros, programas de radio (*D de Diabetes*, que se transmite, en el 1060 AM) así como comerciales televisivos y programas educativos que aparecen en las cadenas televisoras mexicanas, por ejemplo en el canal 22.

Los procesos de red de los pacientes diabéticos constituyen un espacio de relaciones complejas, factibles de ser estudiadas a partir de variables específicas que consideran el contexto y la cultura dominante, lo que conlleva a conceptualizarlas como sistemas abiertos que a través de intercambios dinámicos, potencian los recursos que poseen, así su estudio en el campo de salud se ha orientado al conocimiento de su influencia o efecto en la atención y uso de los servicios y la estabilidad que proporcionan para la disminución de riesgo o el curso de enfermedad ^(34,36)

Por lo que el conocimiento del médico familiar de las redes involucradas con nuestro paciente nos permitirá un mejor control. Las redes sociales son de gran importancia para las personas que padecen diabetes al favorecer su desarrollo social y psicológico, para la aceptación y decisión de autocuidado, entonces se perciben como una herramienta poderosa de protección ante la enfermedad ⁽³⁴⁻³⁶⁾

El médico familiar debe estar enterado de la presencia o ausencia de redes sociales y de las que si presente el paciente diabético, estudiar las características de la misma en cuanto tamaño, densidad composición, distribución, atributos de vínculos específicos y tipo de funciones. Así mismo determinar que red es afectiva o instrumental. Esta información nos permitirá en dado caso interactuar con las redes presentes y ampliar otras redes que pueden ser determinantes en el tratamiento integral de nuestro paciente ⁽³⁴⁻³⁶⁾.

Estas redes sociales que se establecen en forma natural dentro de la sociedad son un apoyo emocional, especialmente para dar y recibir amor y afecto, y también son ayuda instrumental, porque pueden proporcionar servicios, bienes, información y situaciones agradables de vida. Así, entonces, lo que confiere identidad a una comunidad, lo que permite definir si se está ante una comunidad, no es el conjunto de instituciones creadas, sino el conocimiento de la gama de relaciones y vínculos sociales que se establecen entre los miembros de un contexto geográfico delimitado. ^(34,36)

VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las redes sociales del diabético son un terreno poco explotado en México ya que no consideramos otras redes fuera del apoyo familiar y de este apoyo no indagamos sobre la dimensión estructural y funcionalidad de esta red, no vemos que la misma institución y sus representantes así como la nueva tecnología que nos enfrenta al uso de internet, la televisión, radio, clubes de autoayuda son redes que pueden ser de utilidad para el paciente, ya que, cumplen con las características propias de una red social recordando que como concepto las redes sociales son algunas o todas las unidades sociales con las que un individuo está en contacto con las cuales se mantiene una identidad social, se recibe ayuda, servicios e información estando en disposición de desarrollar nuevos contactos, intensificar relaciones, optimizar recursos, complementar los servicios, descentralizar intervenciones y promover la corresponsabilidad y la autoorganización del individuo y su familia.

Así que sin duda es terreno del médico familiar considerar que el paciente diabético cuenta con estas redes debiendo indagar, investigar o fortalecer las mismas al conocerlas las características de las redes del paciente diabético, en cuanto cuales son de utilidad, como son percibidas por el paciente y cuales podemos fortalecer para mejorar la percepción de la enfermedad y retardar la aparición de las complicaciones propias del padecimiento.

Considerando que la mayor información que puede tener un paciente diabético en cuanto a su enfermedad y los riesgos de complicaciones o secuela, es información sumamente importante para disminuir estadísticas a nivel mundial, a nivel país y a nivel estado, sin embargo lo más importante es que si el conocimiento es poder, el paciente podrá tener una mejor calidad de vida y es aquí donde es muy importante la presencia de redes sociales en la vida del paciente, ya que la familia es la base primordial de ayuda en ellos, pero el medio institucional, mediante campañas de salud informativas, apertura de más espacios en Internet, la existencia de trípticos, el aumento de pláticas en sus unidades y la representatividad del médico de primer nivel al explicar en forma clara, sencilla y entendible las secuelas que puede presentar, tal vez esto despierte en el paciente el interés de un mejor cuidado, y en el médico la cultura de estar al día en cuanto toda información que pueda ayudar al paciente a mejorar su calidad de vida. Así en la relación de redes sociales con la información que maneja el paciente pensamos que a pesar de utilizar el mejor programa de educación para pacientes con este padecimiento esté estará condenado al fracaso, de no tomarse en consideración el contexto sociocultural, las creencias, percepciones, representaciones, modelos, conductas, deseos, expectativas y necesidades de los pacientes diabéticos. Lo anterior nos lleva a preguntarnos

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿CUÁL ES LA RELACIÓN DE LA REDES SOCIALES Y EL CONOCIMIENTO DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 SOBRE SU ENFERMEDAD Y COMPLICACIONES CRÓNICAS?

VII. JUSTIFICACIÓN

La diabetes mellitus es en la actualidad una epidemia mundial reconocida como un problema de salud pública, la perspectiva es alarmante con una incidencia que va en aumento presentándose en edades tempranas y con diagnósticos tardíos considerándose alarmante el número de pacientes sin información de la enfermedad siendo un verdadero desafío global por ser una enfermedad con complicaciones causantes de discapacidad, invalidez o muerte que hacen insuficientes los sistemas de seguridad social

En México esta enfermedad consume del 5% al 14% de los gastos dedicados a la asistencia médica con costos que asciende 2618 millones de dólares al año, mientras que en el instituto el gasto anual excede 2000 millones de pesos.

Después de describir el panorama actual de la enfermedad, esta nos obliga a pensar que es lo que estamos pasando por alto, sabemos qué es una enfermedad de interés para muchos investigadores, qué tenemos programas dirigidos a mejorar la calidad de vida de los pacientes, que contamos con guías de ayuda institucionales, qué nos encontramos regidos por normas oficiales para el diagnóstico, y tratamiento de la enfermedades, entonces porque nos seguimos enfrentando a un aumento de casos de pacientes con diabetes y sus complicaciones, con el cambio de paradigma medico probablemente este relacionado con la calidad de redes sociales en la vida del paciente, a la información que estos manejan proveniente de sus redes, redes que tiene sus deficiencias bien conocidas consideradas como factores de riesgo como son la falta de cobertura de los servicios de salud, la ausencia de insumos en cuanto a terapia farmacológica, envíos tardíos a segundo nivel, así como factores del propio paciente como son la falta de apego terapéutico, la mala percepción de redes sociales, por lo que el primer paso es indagar y conocer el tipo de redes presentes en el paciente y cuales se relacionan directamente con el control del paciente.

VIII. HIPÓTESIS GENERAL

- El conocimiento del paciente diabético sobre su enfermedad y complicaciones crónicas es bajo y depende de sus redes sociales presentes.

IX. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación de las redes sociales con el conocimiento de la enfermedad y complicaciones crónicas en pacientes diabéticos tipo 2.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar las características sociodemográficas de los pacientes diabéticos.
2. Identificar las características clínicas de la enfermedad (tipo de diagnóstico, tiempo de diagnóstico, frecuencia de consulta, tratamiento utilizado, cifras de glucemia).
3. Identificar la principal red social formal presente en pacientes diabéticos.
4. Identificar la principal red social informal presente en pacientes diabéticos.
5. Identificar la principal red social tecnológica reconocida por el paciente.
6. Identificar el conocimiento adquirido del paciente sobre su padecimiento y complicaciones del mismo.

X. SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS.

CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO:

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social, la cual se encuentra ubicada en el norte del Distrito Federal. Ubicada en Vallejo No. 675, Col. Magdalena de las Salinas; Delegación Gustavo A. Madero, México D.F. la cual cuenta con los servicios de consulta externa, medicina preventiva, laboratorio, servicio de dental. Con adecuada accesibilidad por medio colectivo o privado.

DISEÑO

TIPO DE ESTUDIO: Cohorte descriptiva

- Transversal analítico, ambiespectivo, abierto.

GRUPOS DE ESTUDIO:

Características del grupo de estudio:

- Pacientes adscritos a la UMF 20 con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acuden a su consulta de control mensual de control, de ambos turnos, en los 30 consultorios.

Los criterios de inclusión:

- Pacientes derechohabientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 que acepten participar en el estudio.
- Pacientes de entre 30 a 70 años que acuden a la consulta de la UMF no. 20 de ambos turnos y de todos los consultorios.
- Pacientes con más de 1 año de diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2.

Los criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 que no deseen ingresar al estudio.
- Pacientes diabéticos entre 30 a 70 años con algún tipo de trastorno mental o déficit auditivo.

Los criterios de eliminación.

- Pacientes con encuestas incompletas.
- Pacientes que aún contestando la encuesta decidan no participar

TIPO DE MUESTRA

Sistematizado por conglomerado tomando en cuenta todos los consultorios y ambos turnos de la UMF no. 20.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Calculo del tamaño de muestra:

$$z=1.96$$

$$p = 9\% = 0.09$$

$$q= 1-p$$

$$d= 0.05 (5\%)$$

$$n = \frac{z^2 (p-q)}{d^2}$$
$$n = \frac{(1.96)^2 (0.09) (0.91)}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.09) (0.91)}{0.0025}$$

$$n = \frac{0.31462704}{0.0025} =$$

$$n = 125.850816 + 20\%$$

Tamaño de la muestra: 126 + 20%

Con el 20% se obtuvo una muestra total de 151 pacientes. Se aplicó a la información estadística descriptiva La captura de datos se llevo a cabo mediante el paquete estadístico SPSS versión I6 y EPI-INF0.

VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION
Conocimiento de enfermedad y complicaciones crónicas de DM2.	La percepción que tiene el paciente acerca de su enfermedad en general y de los riesgos de padecer diabetes a largo plazo.	Grado de conocimiento sobre complicaciones crónicas de los pacientes con DM2. Se medirá en rangos, dependiendo del número de respuestas correctas Bueno = de 17 a 15 Regular= 14 a 11 Malo= 10 o 0 menos	Cualitativa ordinal
Conocimiento de daño a órganos y afectación de vida.	La percepción que tiene el paciente acerca de las complicaciones crónicas y el impacto de la enfermedad en su vida	Se hicieron preguntas abiertas. Las respuestas más frecuentes que maneja el paciente se agrupo en categorías: Información superficial Conocimiento Sin conocimiento	Cualitativa ordinal

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION
Redes formales	Redes de interrelaciones sociales Conjunto de contactos que son de importancia para el control de pacientes con enfermedades crónicas. Contactos que son objetivos basados en evidencia confiable.	Redes sociales Formales 1. Médico Familiar 2. Asistente médica 3. Enfermería 4. Trabajo social 5. Otro médico (especialista de la HGZ, particular, otro médico familiar) 6. Grupos de autoayuda.	Cualitativa Nominal Tasa, razón proporción
Redes informales	Redes de interrelaciones sociales Conjunto de contactos que son de importancia para el control de pacientes con enfermedades crónicas. Su ayuda depende de conocimiento empírica y lazo afectivo o en caso de los medios informativos carecen de un lazo afectivo	Redes sociales Informales 1. Pareja 2. Familia 3. Amigos 4. Compañeros 5. Televisión 6. Radio 7. Revistas 8. Internet 9. Grupos de autoayuda	Cualitativa nominal Tasa, razón proporción

VARIABLES UNIVERSALES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION
Sexo	Características fenotípicas que caracterizan a un hombre o a una mujer	Masculino Femenino	Cualitativa Nominal - Frecuencias/porcentaje
Edad	Tiempo que ha vivido la persona en años cumplidos	30 a los 70 años.	Cuantitativa Continua de razón DE. media, moda, mediana.
Escolaridad	Grado estudiado en una escuela de una persona	Primaria Secundaria Nivel medio Carrera técnica Licenciatura Sabe leer y/o escribir Analfabeta	Cualitativa Ordinal
Estado civil	Situación legal en cuanto a la relación con una pareja	Estado civil que tiene el paciente diabético en el momento del estudio. Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre	Cualitativa nominal - Frecuencia/porcentaje.
Ingreso económico mensual	Percepción monetaria por prestación de mano de obra o la percepción del dinero de otra fuente.	Sin salario Sueldo Pensión	Cualitativa Ordinal Mediana
Tipo de diagnóstico	Forma de en que se elaboro el diagnostico	Forma de en que se elaboró el diagnóstico 1. Detección por destrostix o glicemia en ayunas. 2. Clínica: por presencia de signos y síntomas 3. Otros: Hallazgo incidental	Cualitativa nominal Frecuencia/porcentaje
Tiempo de evolución de la enfermedad	Periodo que ha transcurrido desde el diagnóstico a la aplicación del instrumento	Interrogatorio directo Más de 1 año.	Cuantitativa continua o de razón DE, moda media y mediana.
Frecuencia de la consulta	Frecuencia con que asiste a consulta el paciente diabético	Interrogatorio directo Asistencia a consulta por días.	Cuantitativa continua, desviación estándar
Tratamiento farmacológico	Medicamento que usa el diabético para control de su enfermedad	Interrogatorio directo -Antidiabéticos orales -Insulina -Antidiabéticos + insulina -Otros	Cualitativa nominal - frecuencia/porcentaje
Cifra de glucemia	Control mediante análisis de laboratorio de los niveles de glucemia venosa de un paciente	Interrogatorio directo o búsqueda en expediente Solo se tomarán las ultimas 2 cifras del expediente	Cuantitativa continua Media, moda mediana desviación estándar

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

El estudio se llevó a cabo en pacientes de la UMF 20 en el periodo del 01 de marzo al 01 de julio del 2009 en cada consultorio en ambos turnos, se aplicó una encuesta tipo entrevista, creada por el investigador el cual evaluó las características sociodemográficas, antecedentes de la enfermedad, conocimiento general, sobre complicaciones y tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus, previo consentimiento del paciente.

Se aplicó a demás un instrumento llamado DUKE UNC II, que se desarrollo para evaluar el apoyo social en la población en general. En este caso dirigida a los pacientes diabéticos.

Se aplicó una encuesta estructura basada en instrumentos como son DKQ 24, el cual fue validado en población México Americana creado para evaluar las condiciones de conocimiento sobre la enfermedad, así como instrumento Duke-Unc de apoyo social, ambos de ayuda para realización de una encuesta dirigida de forma objetiva a pacientes diabéticos.

La encuesta estructura aplicada en este estudio consto de 4 partes, una primera parte que indaga sobre características sociodemográficas así como características generales de la enfermedad, un anexo 1 el cual es un cuestionario sobre conocimientos básicos del paciente con diabetes, un segundo anexo que indaga 2 dimensiones de las redes afectiva y estructural y a su vez la estructural en percepción económica y de información sobre ítems básicos de la enfermedad y un tercer anexo donde se indaga de manera directa dirigida las personas representativas durante el curso de la enfermedad así como los temas en que el paciente se percibe con menor información y que le gustaría saber.

Dentro de las características sociodemográficas se indaga edad, género, ocupación, salario y estado civil. En cuanto a los antecedentes de la enfermedad: tipo de diagnóstico, tiempo de evolución, frecuencia de la consulta, tipo de tratamiento y medicamentos usados.

En el anexo de conocimiento se realizaron una serie de ítems básicos en la educación del paciente según Norma Oficial Mexicana y Guía clínica del IMSS. Con un total de 17 enunciados para contestar con un si o no. Agrupándolos en tres grupos según numero de aciertos de 0-10 consideramos malo el conocimiento, 11-14 regular y mayor de 15 bueno.

En el anexo de redes sociales basadas en dos tipos afectiva e instrumental esta última en su dimensión informativa y económica, se preguntó sobre redes formales e informales.

Este cuestionario fue aplicado por el investigador para evitar sesgos en los resultados del estudio.

Posteriormente terminado el periodo de encuestas, se procedió el vaciado de datos a la base de datos SPSS versión 16 así como EXCEL, lo cual fue llevado a cabo por el investigador guiado por su asesora.

ANÁLISIS DE DATOS:

Previa codificación de datos mediante el programa estadística SPSS, EXCEL así como EPI –INFO, se utilizó estadística descriptiva para variables cualitativas (frecuencia y porcentajes) y cuantitativa (media, moda, mediana, DE). Posteriormente se aplicó estadística analítica mediante avances de 2x2 tomando en cuenta valor de $p = <0.05$, RR e IC 95% y finalmente se realizó correlación de Pearson entre el conocimiento y sus redes.

XI. RESULTADOS

Se analizó una muestra de 151 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF no.20 Vallejo con las siguientes características sociodemográficas: el 63% (n=96) del sexo femenino y el 37% (n=55) masculino, con una edad mínima de 35 años y máxima de 70 años, con una media de 59, mediana de 61, moda de 65 y una DE de 8.7. (Cuadro 1, Gráfico 1- 2)

Ocupación: 44% (n=67) dedicados al hogar, 20% (n=30) son pensionados, 32% (n=48) trabajadores activos así como 4% (n=6) desempleados. El 5% (n=7) eran solteros, con un 72% (n=110) casados; 17 (n=26) viudos, 3% (n=4) divorciados; 3% (n=4) unión libre. (Cuadro 1, Gráfico 3-4)

Escolaridad: primaria: 64% (n=97), secundaria: 17% (n=25), nivel medio superior: 4% (n=6); carrera técnica: 5% (n=8), licenciatura 3% (n=4); sabe leer y/o escribir: 5% (n=7), analfabeta 2.6% (n=4). (Cuadro 1, Grafico 5)

En cuanto la percepción monetaria: 38.4% (n=58) no percibían salario; con un 33.1% (n=50) por su trabajo y un 28.5% (n=43) por pensión de cónyuge o directamente por sus años de trabajo. Con un ingreso monetario desde 0 como mínimo y 25 000 como máximo. (Cuadro 1, Gráfico 6-7)

En cuanto a la historia de la enfermedad dentro de la forma de diagnóstico encontramos que el 38% (n=58) fue por detección, mientras que el 58.3%(n=88) fue por sintomatología y un 3.3% (n=5) mencionó desconocer cómo se les realizó el diagnóstico. Con un tiempo de evolución: mínimo de 1 año y con un máximo de 34 años, media de 9.42, mediana 9.00, moda de 10 años. (Cuadro 2, Gráfico 8-9)

Dentro de la frecuencia de la consulta encontramos una media, mediana y moda de 30. Mínimo de cada 30 días la consulta y con un máximo de 90. El tratamiento empleado en el 87% (n=131) fue con hipoglucemiantes orales dentro de este la Glibenclamida utilizada en el 21% de los pacientes(n=32), la Metformina con 13.2% (n=21) de los pacientes es el segundo medicamento más empleado y se encontró el uso de ambos en el 55% (n=83) la insulina solo en el 6% de la muestra (n=9), y la combinación insulina con hipoglucemiantes en el mismo porcentaje. (Cuadro 2, Gráfico 10-11-12).

Las cifras de glucosa se tomaron en revisión con el expediente las últimas dos cifras encontradas en sus notas obteniendo los siguientes datos: en la primera con una mínima de 68 y una máxima de 400 mg/dl, media de 165.75, mediana 162, moda de 140. Con una DE de 52.736 mientras que en la segunda se encontró una mínima de 70 y una máxima de 430 mg/ dl, media de 165, mediana de 154.50 y una moda de 140 con una DE de 52.435. (Cuadro 3, Gráfico 13-14)

La aplicación de la encuesta acerca de conocimientos generales arrojó lo siguiente: la diabetes es una enfermedad que se puede heredar: el 66% (n=100) respondió correctamente, incorrectamente el 29% (n=44) y no lo sé en un 4.6% (n=7). En la pregunta 2 que indaga acerca del exceso de glucosa en el cuerpo correctamente 57% (n=86), incorrecta el 22.5% (n=34), no lo sé 19.9% (n=30) no fue contestada por 0.7% (n=1). En cuanto al órgano blanco de daño de la diabetes, la tercera pregunta habla de la mala función del páncreas en pacientes diabéticos: correcta un 37% (n=57), incorrecta un 15.2% (n=23), no lo sé en un 47.0% (n=71). Se preguntó, si los síntomas de la diabetes siempre se reconocen: respondió correctamente el 51.7% (n=78): incorrecto un 33.8% (n=51), y el 13.9% (n=21) respondió que no sabía, un 0.7% (n=1) no respondió. En cuanto a la sintomatología clásica (los síntomas de la diabetes son: mucha sed, mucha hambre e ir frecuentemente al baño) respondieron que sí 88.1% (n=133), con un no el 9.3% (n=14), no lo sé 1.3% (n=2), sin responder el 1.3% (n=2). (Cuadro 4-5, Gráfico 15-16).

En cuanto a la parte enfocada a las complicaciones de manera general que pregunta sobre si la diabetes puede producir graves problemas de salud: el 89.4% (n=135) respondió correctamente, no fue contestada por un 2.6% (n=4), con un no lo sé: 2.6% (n=4), respondieron que no el 5.3% (n=8). El conocer los daños de padecer diabetes: que sí el 76.2% (n=115), respondieron que no 15.9% (n=24), con un no lo sé el 5.3% (n=8) y no contestó el 2.6% (n=4). (Cuadro 6, Gráfico 17)

Las preguntas relacionadas con los órganos afectados por la diabetes, se crearon 2 grupos los que mencionaron que sí sabían del daño y en otro se junto a los que respondieron que no, que no sabían o que no contestaron, en caso de respuesta afirmativa se agruparon todas las contestaciones en 3 subgrupos: con conocimiento, solo con información y sin conocimiento.

1. El riñón: **respondieron sí el 70.2% (n=106)** y no el 29.8% (n=45). De los casos afirmativos encontramos que el subgrupo de **conocimiento** (retención de líquidos, disminución de función y diálisis) contaba con el 50% (n=53), los que tenían solo **información** (infecciones que se perjudicaba o que no limpiaba el organismo) corresponden al 12.1% (n=13) y **sin conocimiento** (no contestaron o no lo sabían) 37.7% (n=40). (Cuadro 7, Gráfico 18)
2. Los ojos: respondieron **sí el 74.8% (n=113)**, no el 25.1% (n=38). De esos 113 pacientes tenemos con **conocimiento** al 69% (n=78) y **sin conocimiento** a 31% (n=35). (Cuadro 7, Gráfico 18).
3. Corazón: el **37.7% (n=57) respondió que sí**, mientras que no el 62% (n=94). De esos 57 pacientes obtuvimos **con conocimiento** (infarto y daños de los vasos) al 45.6% (n=26) **con información** (dolor inespecífico) al 5.2% (n=3) y **sin conocimiento** al 49% (n=28) (Cuadro 7, Gráfico 18).

4. Los pies: **respondieron si el 80.1% (n=121)** y no un 19.8% (n=30). Nos muestra 2 de los 3 grupos **con conocimiento** (infecciones, úlceras, disminución de la sensibilidad, dolor urente y amputaciones) en un 65.2% (n=79) y **sin conocimiento** 34.7% (n=42). (Cuadro 7, Gráfico 18).
5. Altera el funcionamiento sexual: **si un 15.9% (n=24)**, negativa en un 84.1% (n=127). En los casos que respondieron que si; se agruparon **con conocimiento** (alteraciones en la respuesta sexual) a 66% (n=16) y **sin conocimiento** a 33.3% (n=8). (Cuadro 7, Gráfico 18).

En cuanto si la diabetes había afectado alguna parte del cuerpo: respondieron que si 39.1% (n=59), un 1.3% (n=2) no respondió, que no en un 48.3% (n=73), con un no lo sé el 11.3% (n=17). De los pacientes que respondieron que si, la complicación mas frecuente es el daño a los ojos con un 45% (n=27), con un 38.9% (n=23) el daño de pies, el daño renal con un 23.7% (n=14), otros como cansancio o malestar general en un 10% (n=6), corazón en un 8.4%(n=5) y funcionamiento sexual 1.6% (n=1).

La diabetes mejora solo con dieta: respondieron que si el 33.1% (n=50), que no el 57.0% (n=86), con un no lo sé: 9.9% (n=15). La diabetes mejora solo con medicamentos (15), No el 69%(n=104), respondieron que si el 17.2% (n=26), con un no lo sé: 13.9% (n=21). La diabetes se controla mediante dieta, ejercicio y medicamentos (16): Si respondieron el 94.7% (n=143), no respondió el 0.7% (n=1), con no el 2.6% (n=4) y con no lo sé el 2% (n=3). Considera que la diabetes ha afectado su vida (17): respondiendo que si 55.6% (n=84), que no el 39.1% (N=59), no respondieron el 2% (n=3), no lo sé respondió el 3.3% (n=5). De los pacientes que percibieron afectación a su vida el 41% (n=35) lo asimila de alguna manera con limitación física, no definió como ha sido este daño en un 23.8% (n=20), en un 15.4 (n=13) en que ya no puede hacer su vida como la hacía antes tanto en actividades físicas como alimentación, con un 9.5% (n=8) con la imposibilidad de comer alimentos que le gustan, en un 4.7% (n=4) se siente muy cansado y lo relaciona con la enfermedad, con un 3.5% (n=3) se siente triste por tener la enfermedad y por último con un 1.1% (n=1) se siente inútil. (Cuadro 8, Gráfico 19)

En cuanto al puntaje del cuestionario se formaron 3 grupos según el número de aciertos obtenidos grupo: malo (0-10 aciertos) en un 50.3% (n=76), regular (11-14 aciertos) correspondió a un 45.7% (n=69) y bueno de (15-17 aciertos) en un 4% (n=6). (Cuadro 9, Gráfico 20).

En cuanto a consideración del paciente la percepción de la información se considero: buena en un 16.6% (n=25), regular en un 55.5% (n=84), mala para el 25.8 (n=39) y ninguna solo el 0.7% (n=1). No fue contestada por el 1.3% (n=2).

Los resultados obtenidos en la encuesta a 151 pacientes sobre redes sociales presentes determinante en la historia de la enfermedad encontramos según el área formal e informal así como la dimensión instrumental y afectiva los siguientes datos. (Cuadro10)

- Área formal afectiva: Médico: presente en un 45.7% (n=69). (Cuadro 10, Gráfico 23).
- Área formal instrumental: en su dimensión para brindar información: (Cuadro 10, Gráfico 21).
 - Médico familiar: presente en un 76.8 (n=116)
 - IMSS. En un 45.7% (n=75)
 - Enfermera: presente en un 15.9% (n=24)
 - Asistente médica: presente en un 31.1% (n=47)
 - Otro médico: presente en un 51.7(n=78)
 - Trabajo social: presente en un 27.2% (n=41)
 - Grupo de autoayuda formal: presente en un 15.2%(n=23)
- Área informal afectiva: pareja en un 62.3% (n=94), familia en un 84.8% (n=128), amigos en un 49% (n=74), compañeros en un 15.2% (n=23). (Cuadro 10, Gráfico 24).
- Área informal instrumental (información): Fuente no médica en un 55.6% (n=84), pareja en un 38.4 %(n=58), hijos en un 62.3% (n=94), amigos en un 25.6% (n=39), compañeros en un 8.6% (n=13). (Cuadro 10, Gráfico 22).
- Área informal instrumental (ayuda económica): pareja en un 55% (n=83), familia 52.3% (n=79), amigos en un 6%(n=9) y compañeros en un 3.3 % (n=5). (Cuadro 10, Gráfico 25).
- Área informal tecnológica: televisión presente en un 57.6% (n=87), radio en un 25.5% (n=37), revista en un 15.2% (n=23), internet 8.6% (n=13) y grupos de autoayuda informal con un 3.3% (n=5).(Cuadro 10, Gráfico 26).

La persona más importante por haberles brindado comprensión y cariño durante la enfermedad se consideró a la pareja con un 50.3%(n=76), en segundo lugar los hijos con un 32.5%(n=49), en un tercer lugar con el mismo porcentaje de 6.6% (n=10), encontramos a otro familiar, así como ninguna persona, le sigue el médico familiar con un 2.6% (n=4) y por ultimo con un 1.3% (n=2) los amigos. (Cuadro11, Gráfico 27).

En cuanto a la persona más representativa para la información que maneja de su enfermedad se consideró al médico familiar en primer lugar con 51.7% (n=78), le sigue otro médico con un 19.9% (n=30) y en tercer lugar los hijos con un 7.3% (n=11). (Cuadro 11, Gráfico 28). La que se le atribuye mayor percepción económica para eventos relacionados con la enfermedad (de las siguientes personas la que me ha ayudado a mejorar cuando se descontrola mi enfermedad ha sido): con un 43% (n=65) la pareja, después con un 29.1% (n=44), ninguno con un 22.5% (n=34), por último amigos y médico familiar con un 0.7% (n=1). (Cuadro 11, Gráfico 29).

En cuanto a la pregunta de deseo de capacitación sobre la diabetes los pacientes les gustaría que se platicará con los hijos tanto para prevención como para entendimiento de la enfermedad en ellos en un 56.2% (n=85), en segundo lugar a la pareja con un 46.3% (n=70), al médico familiar en tercer lugar con un 11.9% (n=18) para que éste les explique en forma clara y sencilla la información acerca del padecimiento, con un 8.6% (n=13) refirieron que no les interesa que se capacita a alguien, le sigue la asistente médica con un 5.9% (n=9) para un mejor trato hacia ellos, con un 3.9% (n=6) a la trabajadora social, con un 3.3% (n=5) algún familiar, con un 2.6% a otro médico y con 1.3% (n=2) a un amigo, por ultimo con 0.6% (n=1) a un compañero del trabajo.

Los pacientes identificaron en los siguientes temas en donde se siente que tiene escasa información acerca de su enfermedad: (Cuadro12, Gráfico 30).

1. Las complicaciones de padecer diabetes a largo plazo: 77% (n=117)
2. Medidas generales respecto a mi enfermedad: 48.3% (n=73)
3. Porque me dan los medicamentos que tomo o me aplico con un 30.4% (n=46)
4. Cuáles son las platicas que dan en mi clínica con un 24.5% (n=37)
5. Saber en si el porque de mi enfermedad con ejercicio que debo practicar con un porcentaje de 20.5% (n=31) para cada uno.
6. Como vigilar mi azúcar en casa con un 15.2% (n=23)
7. Los alimentos que debo integrar o no a mi dieta con un 13.9%(n=21).
8. Los datos de alarma para asistir a urgencias con un 11.9% (n=18).
9. Otros temas con un 1.9% (n=3)

En cuanto a lo que le gustaría saber de la enfermedad tenemos lo siguiente: (Cuadro 13, Gráfico 31)

1. Los daños de la diabetes con un 43.7% (n=66).
2. Medidas de higiene relacionada a mi enfermedad con un 31.1% (n=47)
3. Programas de televisión acerca de la diabetes: con 29.8 (n=45)
4. Programas de radio acerca de la diabetes: con un 29.1 (n=44)
5. Sobre medicamentos para la diabetes: 23.8 (n=36)
6. Sobre revistas acerca de la diabetes: 22.5% (n=34)
7. Dieta y ejercicio con un 19.8 (n=30) para cada uno.
8. El saber el porque de la enfermedad 19.2 (n=29).

9. Los datos de alarma para asistir a urgencias 17.8 (n=27)
10. Como vigilar su azúcar en casa: 15.2% (n=23)
11. Otros temas: 3.3% (n=5).

En cuanto a la aplicación del instrumento DUKE UNC encontramos que estos pacientes: el 61% de la población a la que se le aplicó el instrumento correspondiente a 92 pacientes contaban con apoyo normal (en lo referente a redes informales) mientras que el 39% (n=59) se encontraban con escaso apoyo. Aún en la parte de apoyo normal encontramos que dentro de este grupo el 8% correspondiente a 7 personas cuentan con escaso apoyo confidencial y en el área afectiva de este total normal, se encontró un 9% (n=8) con escaso apoyo afectivo. (Cuadro 14, Gráfico 32)

Posteriormente a la obtención de datos generales se aplicó estadística avanzada con correlación de Pearson con los siguientes resultados significativos de las redes formales el médico familiar desde la perspectiva afectiva .208 con un $p=.01$, informativa .152 con una $p=0.06$ resto del personal médico considerado red formal no significativa, mientras que dentro de las redes informales solo los compañeros en el área informativa con .159 con una $p=0.05$ y en el área afectiva .194 con una $p=0.01$, el resto abarcando a las tecnológicas sin significancia estadística bilateral. (Cuadro 15, Gráfico 32-35)

En la relación de la ausencia de redes formales representadas por el equipo de salud con el conocimiento bajo obtuvimos un riesgo de exposición de 1.16 (1.01-1.32), $p=0.03$, siendo el médico el puntaje alto con un RR de 1.40, $p=0.06$. (Cuadro 16)

En cuanto a la presencia de redes formales (equipo de salud) con el conocimiento bajo tuvimos un RR 0.89 (0.76-0.99) $p=0.03$. (Cuadro 17)

La relación de ausencia de redes sociales (equipo de salud) con conocimiento regular y bueno (ambos se agruparon en el mismo rubro) RR 0.87 (0.77- 0.98) $p=0.03$. (Cuadro 17). La relación de presencia de redes sociales (equipo de salud) con conocimiento adquirido aceptable obtuvimos RR 1.12 (1.02-1.30) $p=0.03$. (Cuadro 18-19).

Sin redes informales (pareja, familia, amigos y compañeros) y conocimiento bajo RR 1.16 (0.95-1.42) $p=0.15$ contra la presencia de estas RR 0.88 (Cuadro 20- 21)

Sin redes informales y conocimiento regular RR 0.86 (0.72-1.02) $p=0.11$ cuando se maneja con redes solo cambia RR a 1.15 (Cuadro 22-23)

La relación con redes sociales en su dimensión estructural e informativa el médico con pacientes con conocimiento bajo con RR: 1.58 (1.22-2.06) $p=0.002$, red informal pareja con conocimiento regular en RR 4.08 (1.37-12.13) $p=0.001$, red social informal representada por la familia con conocimiento bajo RR 3.19 (1.15-8.82) $p=0.001$, red informal compañeros con RR 5.29 (1.68-16.63) $p=0.001$ (Cuadro 24)

Las redes tecnológicas se relacionaron con el conocimiento y es un resultado global obtuvieron RR 0.77 (0.56-0.91) $p=0.004$. (Cuadro 25).

En la comparación del instrumento DUKE UNC II con el anexo 2 de redes sociales afectivas del cuestionario ex profeso se encontró un RR 1.34 (1.14-1.58) $p=0.0004$. (Cuadro 26).

**CUADRO 1. PERFIL SOCIODEMOGRAFICO DE PACIENTES DIABETICOS
TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20**

Variable	Descripción	N	%
SEXO	Femenino	96	63.6
	Masculino	55	36.4
EDAD	30-39	5	3.31
	40-49	19	12.58
	50-59	44	29.13
	60-69	71	47.01
	70-79	12	7.94
OCUPACIÓN	Hogar	67	44.4
	Pensionado	30	19.9
	Trabajador	48	31.8
	Desempleado	6	4
ESTADO CIVIL	Soltero	7	4.63
	Casado	110	72.84
	Viudo	26	17.21
	Divorciado	4	2.64
	Unión libre	4	2.64
ESCOLARIDAD	Primaria	97	64.2
	Secundaria	25	16.6
	Nivel medio	6	4
	Carrera Tec.	8	5.3
	Licenciatura	4	2.6
	Leer y/o escribir	7	4.6
	Analfabeta	4	2.6
INGRESO	0-2000	89	58.9
	2001-4000	22	14.6
	4001-6000	11	7.3
	6001-8000	16	10.6
	8001-10000	7	4.6
	10000-12000	3	2
	14000	3	2
PERCEPCIÓN ECONOMICA	Sin salario	58	38.4
	Salario	50	33.1
	Pensión	43	28.5

FIGURA 1
GÉNERO DE LOS PACIENTES CON DM2 EN LA UMF 20
(n=151)

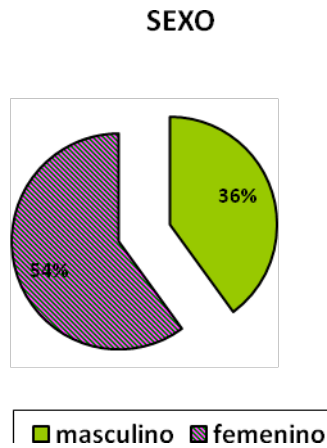
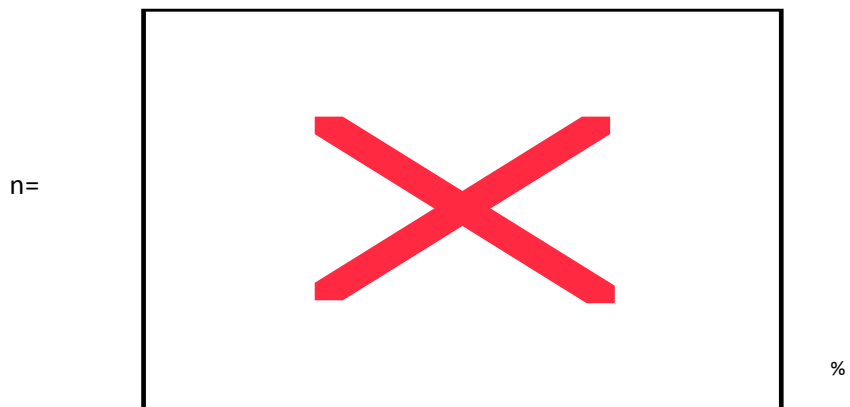


FIGURA 2
GRUPOS DE EDAD DE LOS PACIENTES CON DM2 EN UMF 20
(n=151)



Media de 59 años, mediana de 61, moda de 65, desviación estándar de 8.7.
Mínimo de 35. Máximo de 70 años.

FIGURA 3
OCUPACION DE LOS PACIENTES CON DM2 EN UMF 20
(n=151)

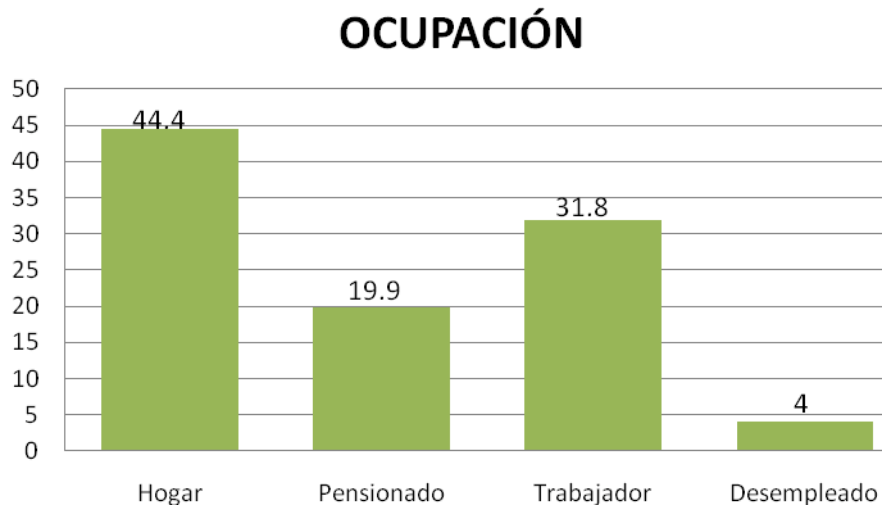


FIGURA 4
ESTADO CIVIL DE LA PACIENTES CON DM2 EN UMF 20
n=151

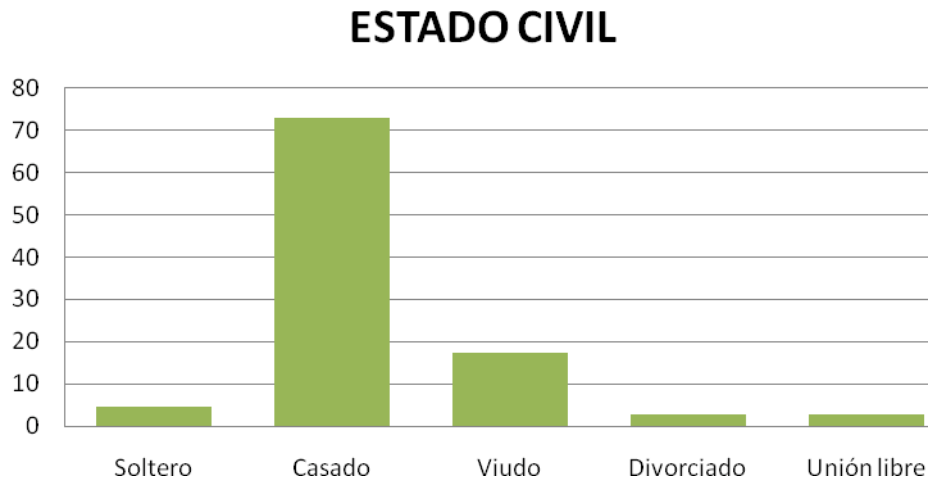


FIGURA 5
ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES CON DM2 EN UMF 20
(n=151)

ESCOLARIDAD

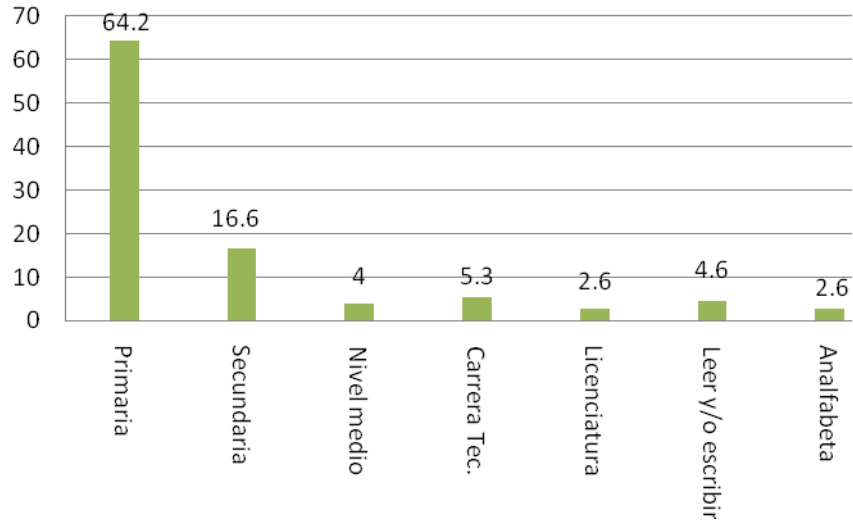


FIGURA 6
INGRESO ECONOMICO MENSUAL DE LOS PACIENTES CON DM2
(n=151)

INGRESO ECONÓMICO MENSUAL

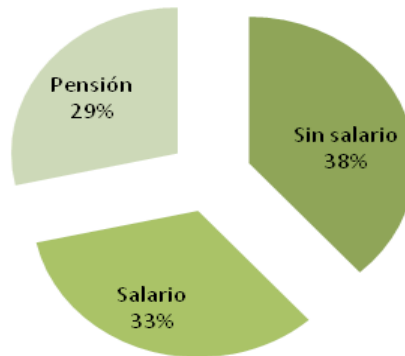
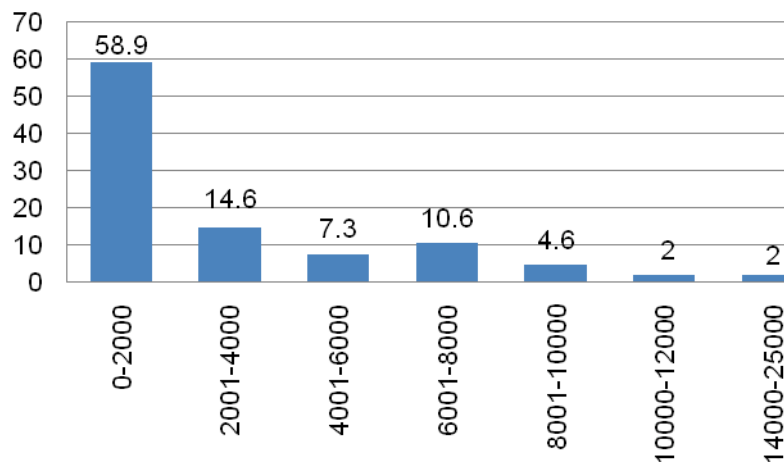


FIGURA 7
INGRESO EN NUMEROS MENSUAL DE LOS PACIENTES CON DM2
(n=151)

INGRESO MENSUAL



Minimo 0, máximo 25 000.

**CUADRO 2 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES
DIABÉTICOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 20 (n=151)**

Variable		n	%
DIAGNÓSTICO	Detección	58	38.4
	Síntomas	88	58.3
	Otro	5	3.3
EVOLUCIÓN	1-5	53	35.09
	6-10	44	29.13
	11-15	28	18.54
	16-20	19	12.58
	21-25	5	3.31
	26-30	1	0.66
	31-35	1	0.66
CONSULTA	Mensual	149	98.67
	Trimestral	2	1.32
TRATAMIENTO	Oral	131	86.75
	Insulina	9	5.96
	insulina+oral	9	5.96
	Otros	2	1.32
MEDICAMENTOS	Sin medicam.	4	2.64
	Glibenclamida	32	21.19
	Metformina	21	13.9
	Ambos	83	54.96
	Otros	11	7.28

FIGURA 8
FORMA DE DIAGNOSTICO EN LOS PACIENTES CON DM2
(n=151)

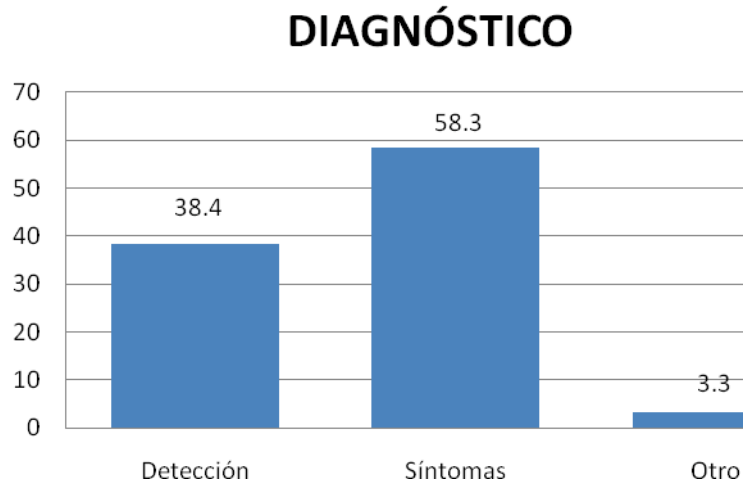


FIGURA 9
TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON DM2
(n=151)

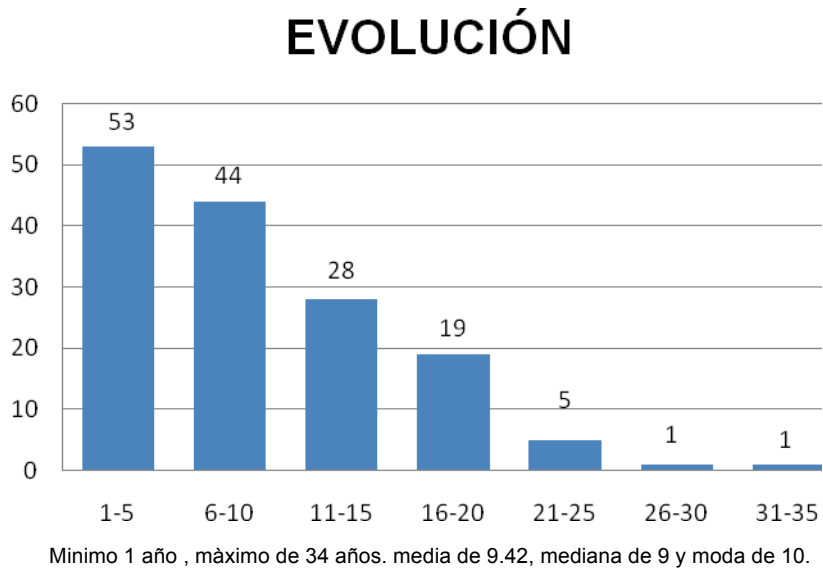


FIGURA 10
FRECUENCIA DE LA CONSULTA
(n=151)

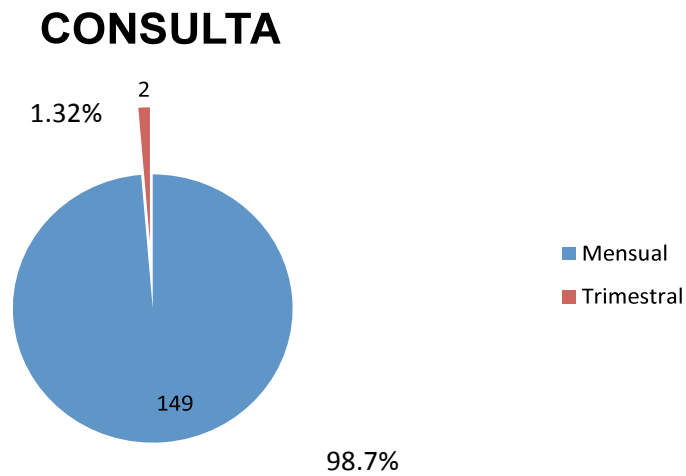


FIGURA 11
TRATAMIENTO UTILIZADO EN LOS PACIENTE CON DM2 DE LA UMF 20
(n=151)

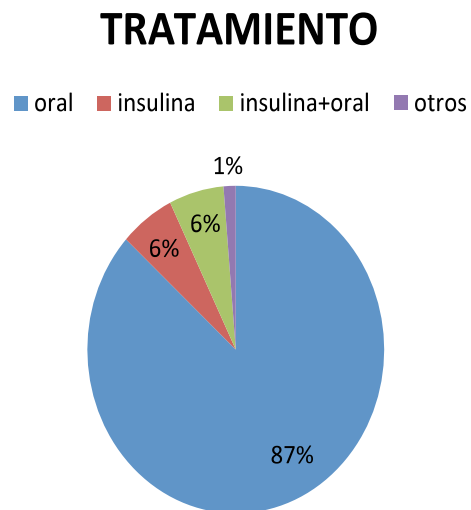
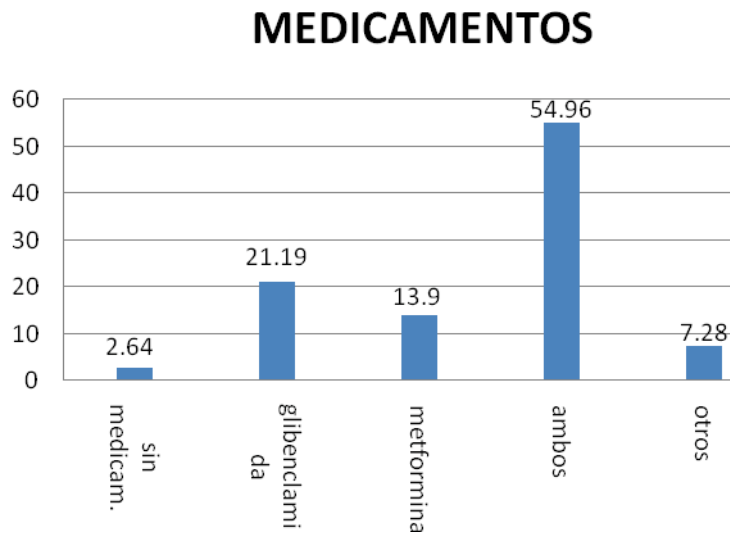


FIGURA 12
MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LOS PACIENTES CON DM2 DE LA UMF 20
 (n=151)



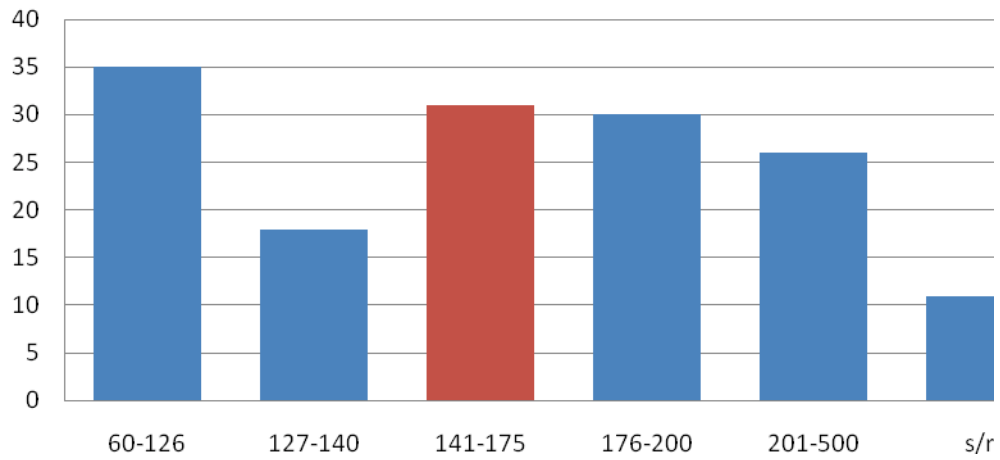
CUADRO 3 ULTIMAS DOS GLUCOSAS REPORTADAS
 EN LOS PACIENTES CON DIABETICOS TIPO 2DELA
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20

GLUCEMIAS		Frecuencia	Porcentaje
GLUCOSA1	60-126	35	23.17
	127-140	18	11.92
	141-175	31	20.52
	176-200	30	19.86
	201-500	26	17.21
	s/r	11	7.28
GLUCOSA2	60-126	28	18.54
	127-140	20	13.24
	141-175	40	26.49
	176-200	22	14.56
	201-500	24	15.89
	s/r	17	11.25

FIGURA 13

GLUCOSA 1 REPORTADA

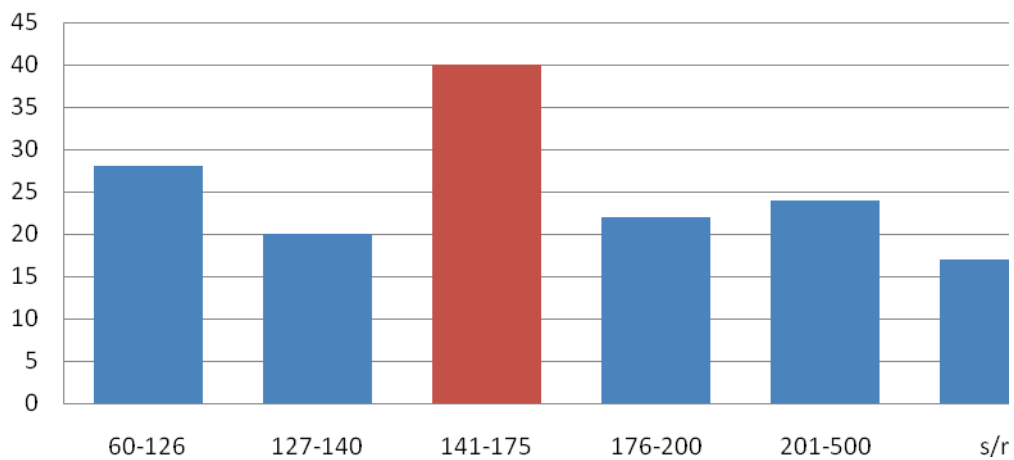
GLUCOSA 1



Mínimo 68 y máxima de 400 mg/dl. Media de 165, mediana de 162 y moda de 140.

FIGURA 14 GLUCOSA 2 REPORTADA

GLUCOSA 2

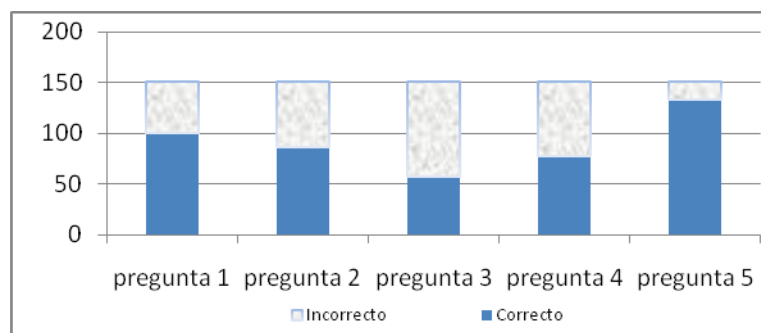


Mínimo de 70 y máxima de 430 mg/dl. Media de 165, mediana de 154 y moda de 140.

CUADRO 4. CUESTIONARIO CONOCIMIENTOS GENERALES DE LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20.

Pregunta		n= 151	%
1.LA DIABETES SE PUEDE HEREDAR	Correcto	100	66.22
	Incorrecto	51	33.77
	Total	151	100
2.DESCONTROL	Correcto	86	56.95
	Incorrecto	65	43.04
	Total	151	100
3.PÁNCREAS	Correcto	57	37.74
	Incorrecto	94	62.25
	Total	151	100
4.SÍNTOMAS	Correcto	78	51.65
	Incorrecto	73	48.34
	Total	151	100
5.SINTOMAS CLASICOS	Correcto	133	88.07
	Incorrecto	18	11.92

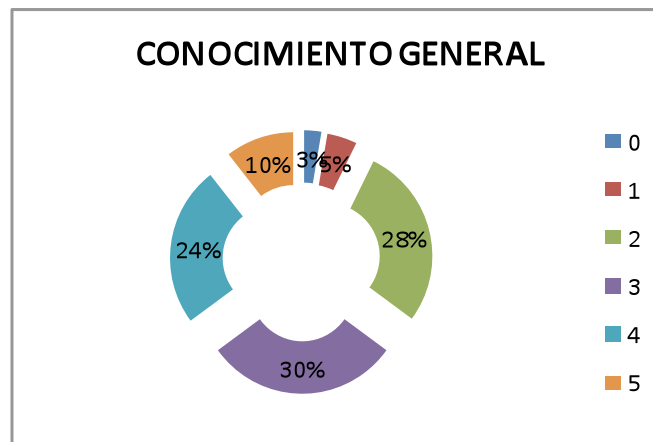
FIGURA 15
CONOCIMIENTO GENERAL DE LA ENFERMEDAD EN LOS PACIENTES CON DM2



CUADRO 5. NÚMERO DE ACIERTOS EN EL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO GENERAL DE LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20.

ACIERTOS	n=151	%
0	4	2
1	7	4.63
2	42	27.81
3	45	29.8
4	37	24.5
5	16	10.59

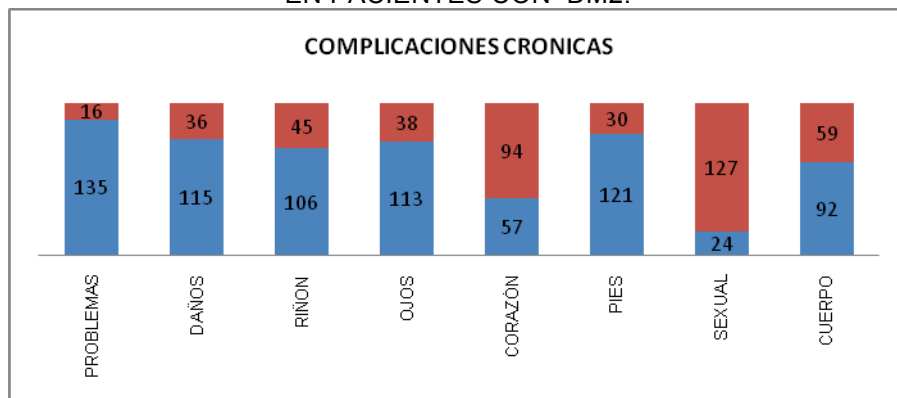
FIGURA 16
NO DE ACIERTOS EN CONOCIMIENTO GENERAL



CUADRO 6. CONOCIMIENTO DE LAS COMPLICACIONES CRONICAS DE LOS PACIENTES CON DIABETICOS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20.

PREGUNTA		N	%
6.Problemas Salud	Correcta	135	89.4
	Incorrecta	16	10.59
7.Daños	Correcta	115	76.15
	Incorrecta	36	23.84
8.Riñón	Correcta	106	70.19
	Incorrecta	45	29.8
9.Ojos	Correcta	113	74.83
	Incorrecta	38	25.16
10.Corazón	Correcta	57	37.74
	Incorrecta	94	62.25
11.Pies	Correcta	121	80.13
	Incorrecta	30	19.86
12.Sexual	Correcta	24	15.89
	Incorrecta	127	84.1
13.cuerpo	Correcta	92	60.92
	Incorrecta	59	39.07

FIGURA 17
CONOCIMIENTO DE LAS COMPLICACIONES CRONICAS
EN PACIENTES CON DM2.

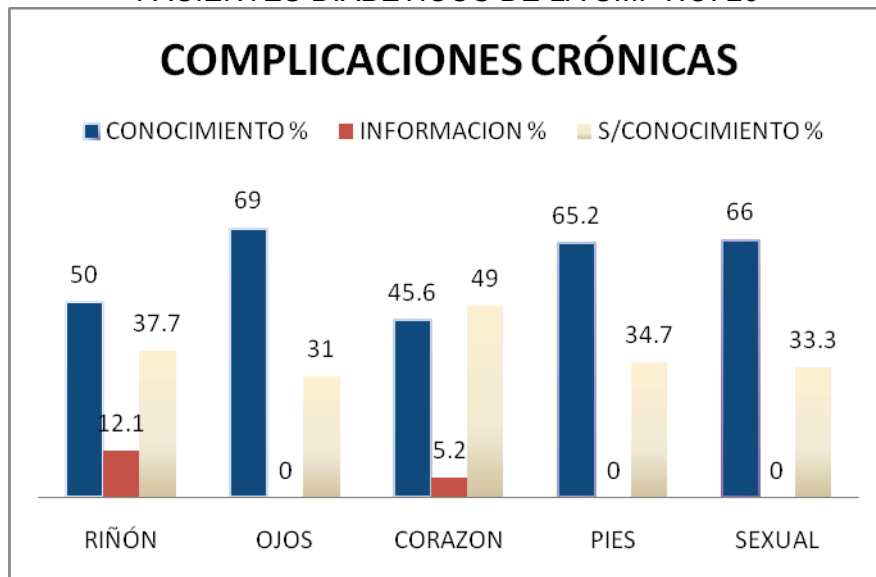


CUADRO 7. CONOCIMIENTO DE LAS COMPLICACIONES CRÓNICAS DE LA DIABETES POR LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20

PREGUNTA	CONOCIMIENTO %	INFORMACION %	S/CONOCIMIENTO %	TOTAL%
RIÑÓN	50	12.1	37.7	70.2
OJOS	69	0	31	74.8
CORAZON	45.6	5.2	49	37.7
PIES	65.2	0	34.7	80
SEXUAL	66	0	33.3	15.9

RIÑÓN: conocimiento: retención de líquidos, edema, disminución de la función, diálisis. Información: infecciones, perjudicarlo, no limpia el organismo. Sin conocimiento: no sabe como daña el riñón o no contestó. **OJOS:** conocimiento: retinopatía, disminución de la visión, ceguera. Sin conocimiento: no lo menciona o no lo contestó. **CORAZÓN:** con conocimiento: IAM y daño a los vasos. Información: dolor no específico. Sin conocimiento: no contestó o no sabe como. **PIES** con conocimiento: infecciones, úlceras, disminución de la sensibilidad, dolor y amputaciones. Sin conocimiento: no contestaron o no saben como. **FUNCIONAMIENTO SEXUAL:** con conocimiento: alteraciones en la respuesta sexual. Sin conocimiento no contestaron o no saben como es dañado.

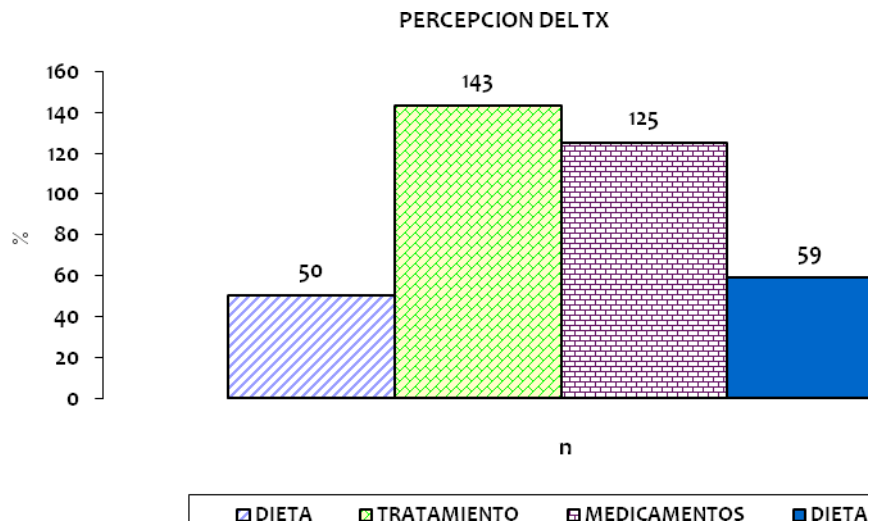
FIGURA 18
CONOCIMIENTO DE LAS COMPLICACIONES CRONICAS EN LOS PACIENTES DIABETICOS DE LA UMF NO. 20



CUADRO 8. PERCEPCION DEL TRATAMIENTO E IMPACTO DE LA ENFERMEDAD POR EL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20.

PERCEPCION DEL TRATAMIENTO		n= 151	%
DIETA	CORRECTA	50	33.11
	INCORRECTA	101	66.88
TX INTEGRAL	CORRECTA	143	94.7
	INCORRECTA	8	5.29
MEDICAMENTOS	CORRECTA	125	82.78
	INCORRECTA	26	17.21
VIDA	CORRECTA	59	39.07
	INCORRECTA	92	60.92

FIGURA 19
PERCEPCIÓN DEL TRATAMIENTO EN
LOS PACIENTES CON DM2 EN LA UMF 20

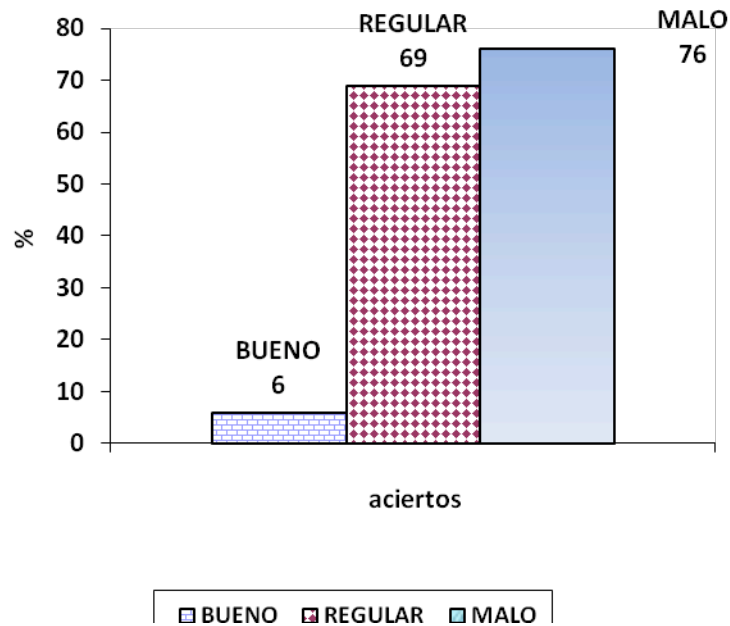


CUADRO 9. RESULTADOS TOTALES DE LA ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS POR LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20. TOTAL 17 PREGUNTAS

CONOCIMIENTO	ACIERTOS	PORCENTAJE
BUENO	6	3.97
REGULAR	69	45.69
MALO	76	50.33

Buena de 15-17 aciertos, regular de 11-14 aciertos y mala de 0 a 10 aciertos.

FIGURA 20
RESULTADO DEL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO EN LOS PACIENTES DIABETICOS CON DM2



CUADRO 10. REDES SOCIALES PRESENTES EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINAFAMILIAR NÚMERO 20

RED	%	n=151
RED FORMAL AFECTIVA		
• MEDICO FAMILIAR	45.7	69
RED FORMAL INSTRUMENTAL-INFORMATIVA		
• MEDICO FAM	76.8	116
• IMSS	45.7	75
• ENFERMERA	15.9	24
• ASISTENTE	31.1	47
• OTRO MEDICO	51.7	78
• TRABAJO S.	27.2	41
• GRUPO FORMAL	15.2	23
RED INFORMAL AFECTIVA		
• PAREJA	62.3	94
• FAMILIA	84.8	128
• AMIGOS	49	74
• COMPAÑEROS	15.2	23
RED INFORMAL INSTRUMENTAL INFORMATIVA		
• FUENTE NO MEDICA	55.6	84
• PAREJA	38.4	58
• HIJOS	62.3	94
• AMIGOS	25.6	39
• COMPAÑEROS	8.6	13
RED INFORMAL INSTRUMENTAL ECONOMICA		
• PAREJA	55	83
• FAMILIA	52.3	79
• AMIGOS	6	9
• COMPAÑEROS	3.3	5
RED INFORMAL TECNOLOGICA		
• TELEVISION	57.6	87
• RADIO	25.5	37
• REVISTAS	15.2	23
• INTERNET	8.6	13
• GRUPO INFORMAL	3.3	5

FIGURA 21

RED FORMAL INSTRUMENTAL-INFORMATIVA

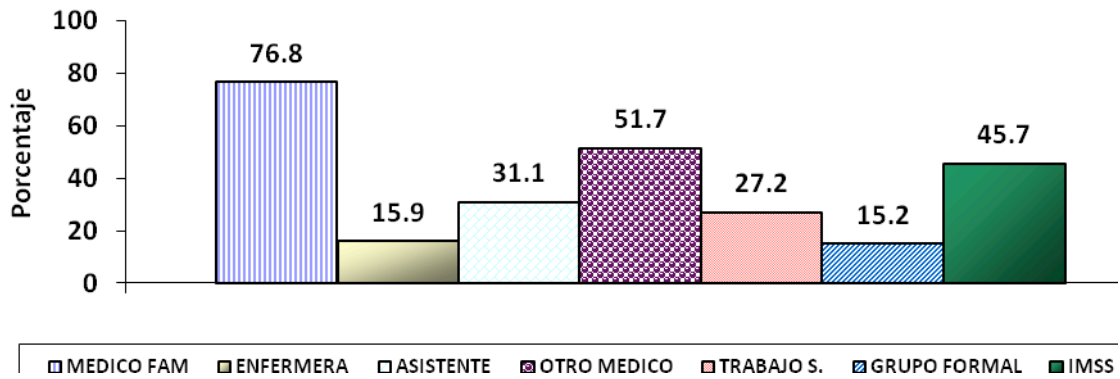


FIGURA 22

RED INFORMAL INSTRUMENTAL-INFORMATIVA

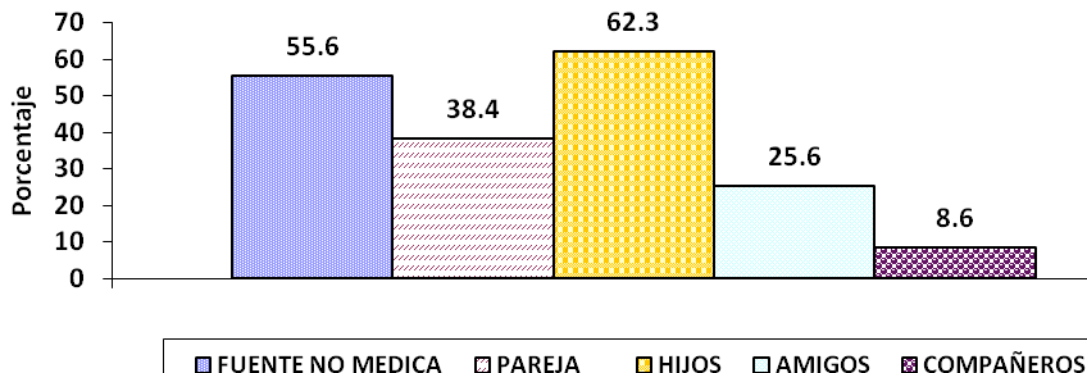


FIGURA 23

RED FORMAL AFECTIVA

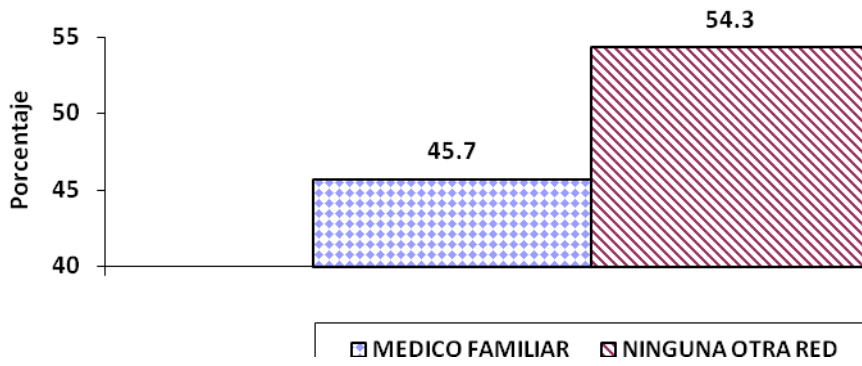


FIGURA 24

RED INFORMAL AFECTIVA

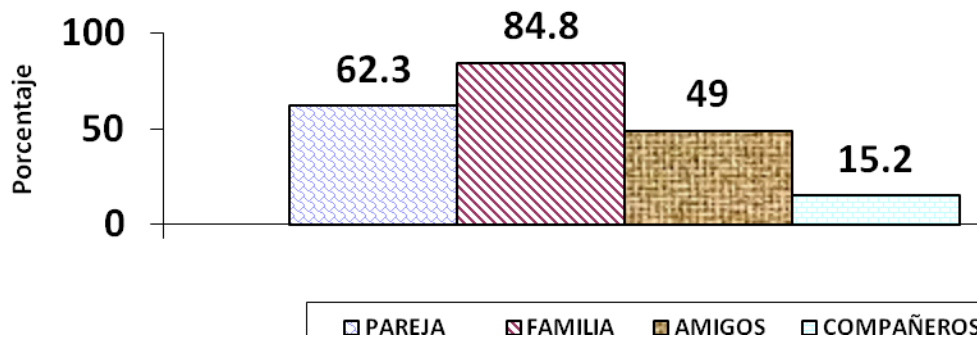


FIGURA 25

RED INFORMAL INSTRUMENTAL ECONOMICA

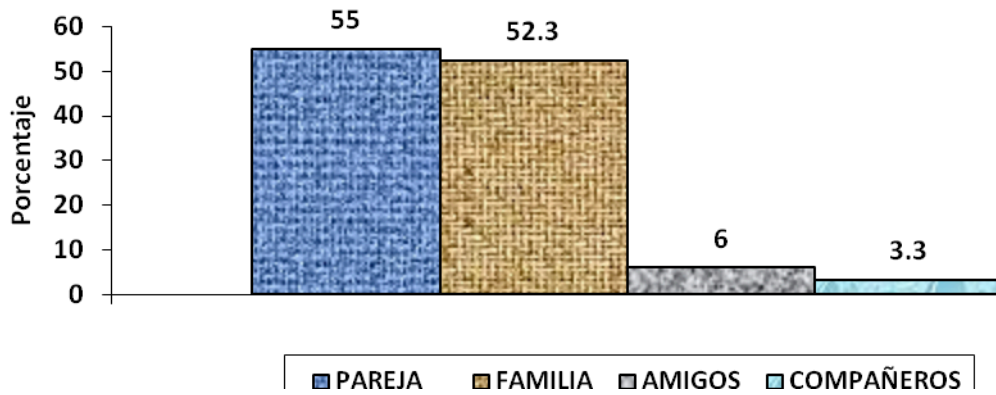
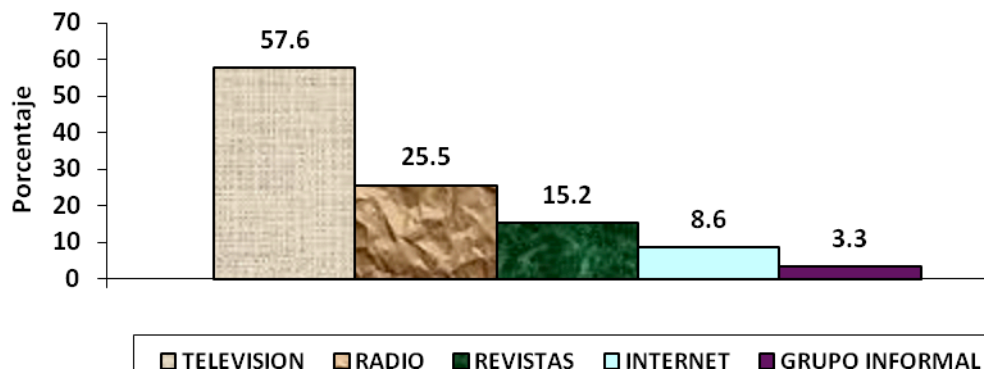


FIGURA 26

RED INFORMAL TECNOLÓGICA



CUADRO 11 PERSONAS MAS REPRESENTATIVAS EN EL TRANCURSO DE LA ENFERMEDAD PARA EL PACIENTE DAIBETICO TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20

		n=151	%
PERCERPCIÓN AFECTIVA	No lo menciona	3	1.98
	Medico familiar	4	2.64
	Pareja	76	50.33
	Hijo	49	32.45
	Otro familiar	10	6.62
	Amigo	2	1.32
	Ninguno	7	4.63
PERCEPCIÓN INFORMATIVA	No lo menciona	1	0.6
	Médico familiar	78	51.6
	Trabajado social	2	1.32
	Otro médico	30	19.86
	Pareja	7	4.63
	Hijos	11	7.28
	Otro familiar	9	5.96
	Amigos	1	0.66
	Grupo de autoayuda	1	0.66
	Ninguna	11	7.28
PERCEPCIÓN ECONÓMICA	No lo menciona	2	1.32
	Médico Familiar	1	0.66
	Pareja	65	43.04
	Hijos	44	29.13
	Otro familiar	6	3.97
	Amigos	1	0.66
	Ninguno	32	21.19

FIGURA 27

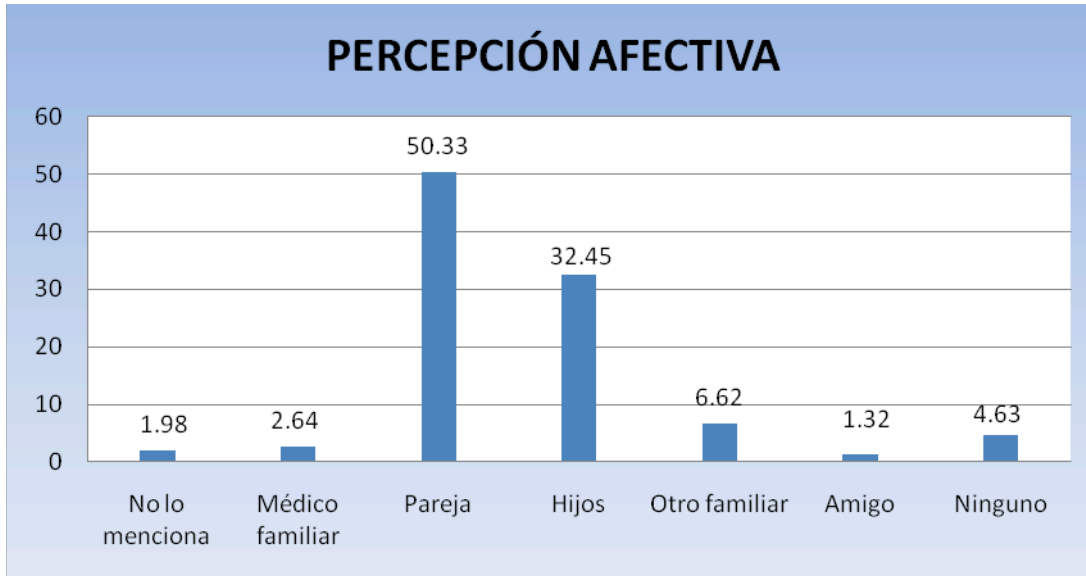


FIGURA 28

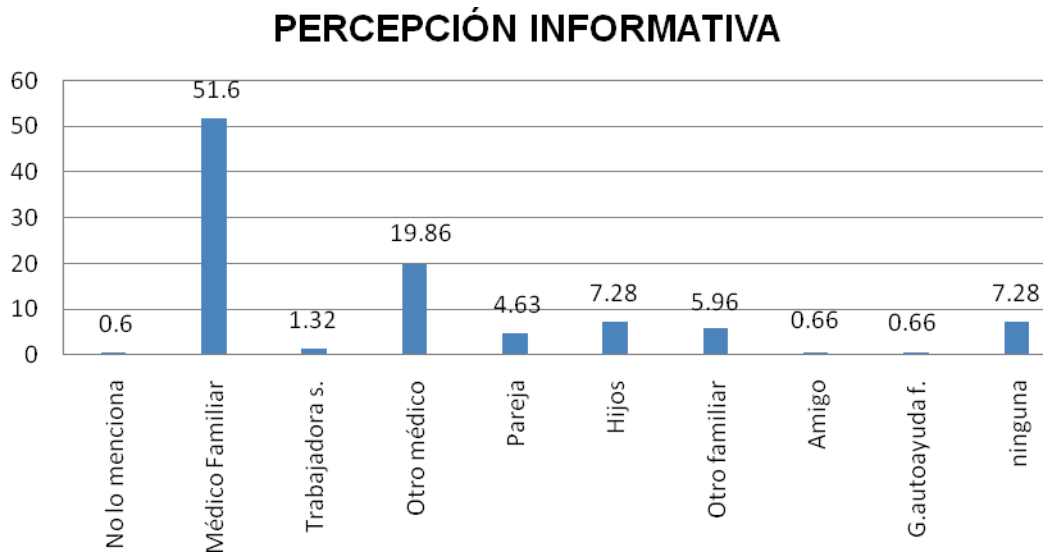
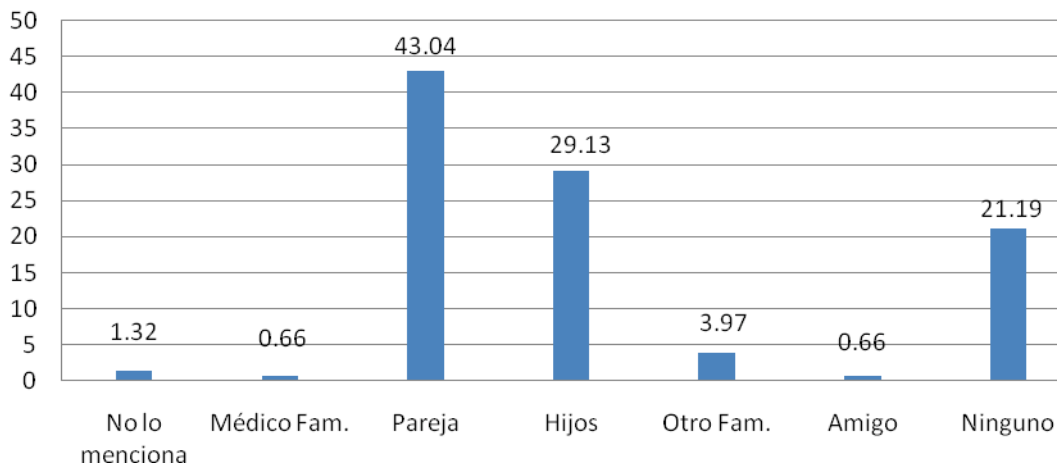


FIGURA 29

PERCEPCIÓN ECONÓMICA

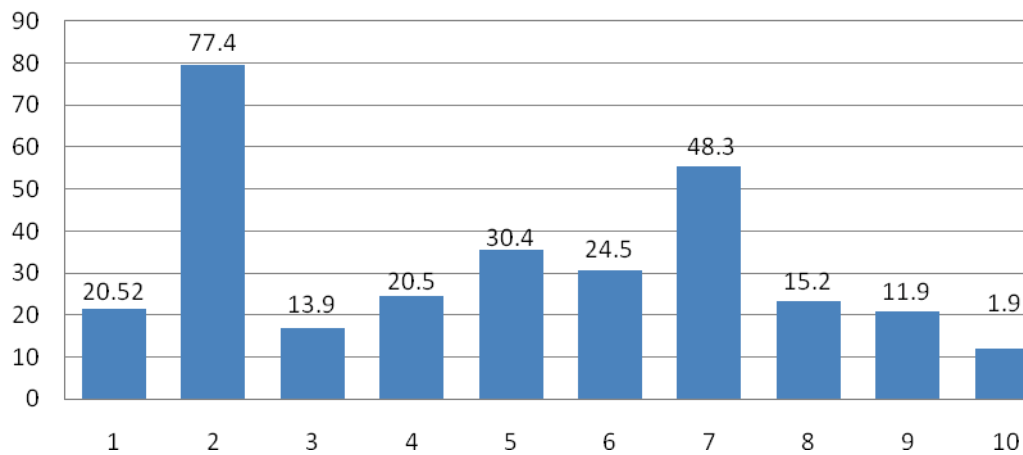


CUADRO 12. TEMAS QUE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20, REFIEREN CON ESCASA INFORMACIÓN

	n=151	%
1. Saber en sí el porque de mi enfermedad.	31	20.52
2. Las complicaciones de padecer diabetes a largo plazo.	117	77.4
3. Los alimentos que debo integrar o no a mi dieta.	21	13.9
4. El ejercicio que debo practicar	31	20.5
5. Porque me dan los medicamentos que tomé o me aplicó.	46	30.4
6. Cuáles son las platicas que dan en mi clínica	37	24.5
7. Medidas generales respecto a mi enfermedad	73	48.3
8. Como vigilar mi azúcar en casa	23	15.2
9. Datos de alarma para asistir a urgencias	18	11.9
10. Otro tema	3	1.9

FIGURA 30

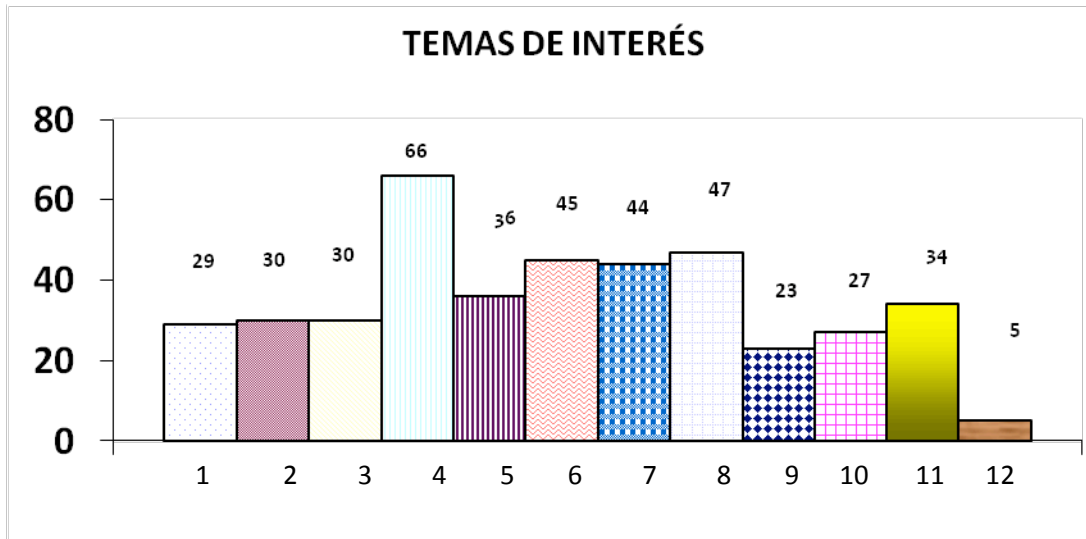
INFORMACIÓN ESCASA



CUADRO 13. TEMAS DE INTERES PARA EL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20.

	n=151	%
1 Saber en sí el porque de mi enfermedad.	29	19.2
2 Dieta	30	19.8
3 Ejercicio	30	19.8
4 Los daños de la diabetes	66	43.7
5 Medicamentos	36	23.8
6 Programas de TV acerca de diabetes	45	29.8
7 Programas de radio sobre diabetes	44	29.1
8 Medidas de higiene relacionadas al cuidado de mi enfermedad.	47	31.1
9 Como vigilar mi azúcar en casa.	23	15.2
10 Los datos de alarma para asistir a urgencias.	27	17.8
11 Revistas sobre diabetes	34	22.5
12 Otro tema	5	3.3

FIGURA 31
TEMAS DE INTERÈS EN PACIENTES DIABETICOS DE LA UMF NO. 20



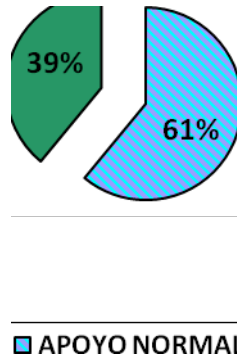
CUADRO 14. RESULTADO DE INSTRUMENTO DUKE-UNC APLICADO A LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20

	n=151	%
Apoyo normal	92	61
Escaso apoyo	59	39

APOYO NORMAL mayor de 33 puntos, ESCASO APOYO por debajo de 32 puntos. Total de puntos 55.

FIGURA 32

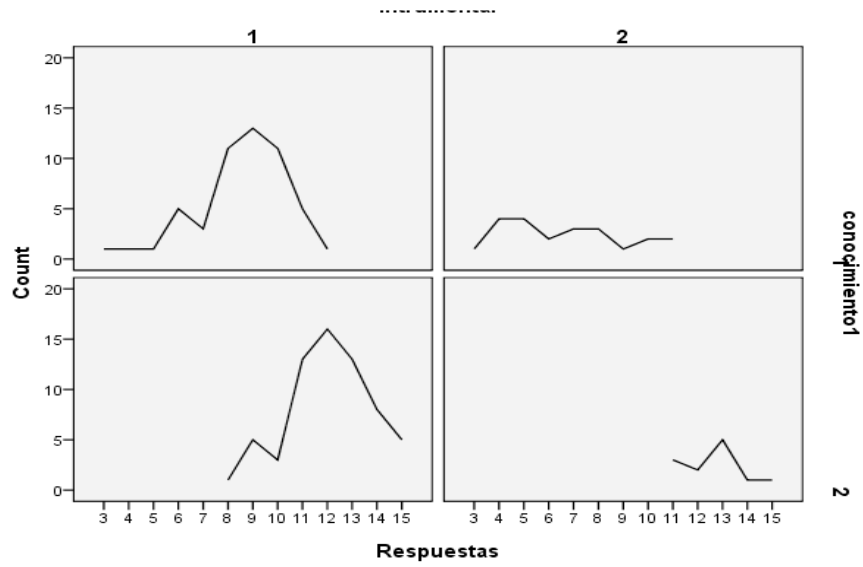
Presencia de apoyo en los paciente con DM2 (DUKE-UNC)



CUADRO 15. RESULTADOS CON SIGNIFICANCIA ESTADISTICA SOBRE EL CONOCIMIENTO VS REDES DE APOYO DE LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20

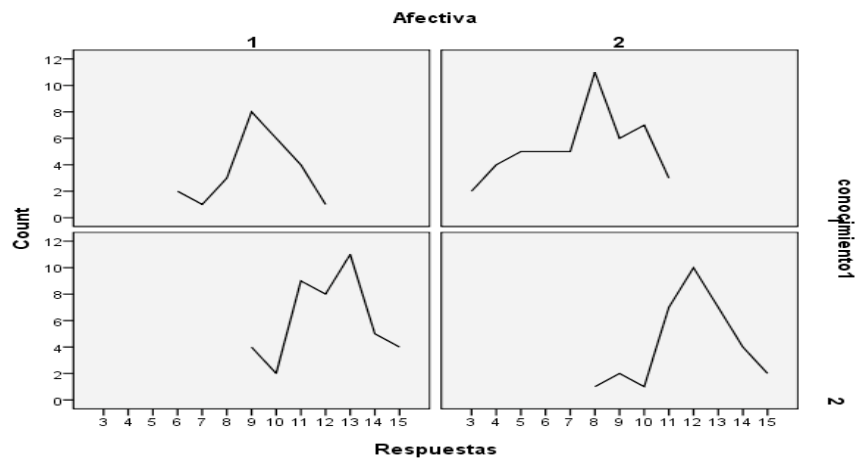
RED		GRADO DE CONOCIMIENTO
Instrumental	Correlación de Pearson	-.152
Médico	P=	0.06
Afectiva	Correlación de Pearson	-.208*
Médico	P=	0.01
Compañeros Afectivo	Correlación de Pearson	-.194*
	P=	0.01
Compañeros Informativos	Correlación de Pearson	-.159
	P=	0.05

FIGURA 33
RED FORMALMEDICO INFORMATIVA



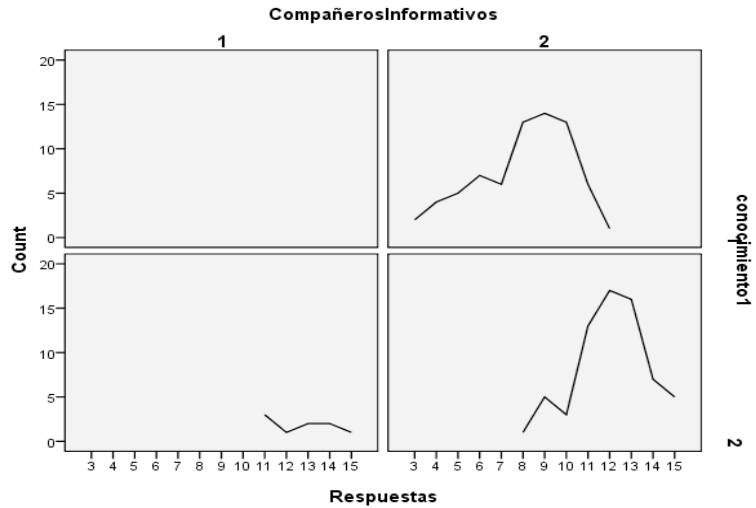
El no. 1 corresponde a la presencia de red instrumental informativa médica, el no. 2 a la ausencia de la misma. El conocimiento se recodificó en 2 grupos el no. 1 conocimiento malo y el no 2 engloba a los de conocimiento regular y bueno.

FIGURA 34
RED FORMAL MEDICO AFECTIVA



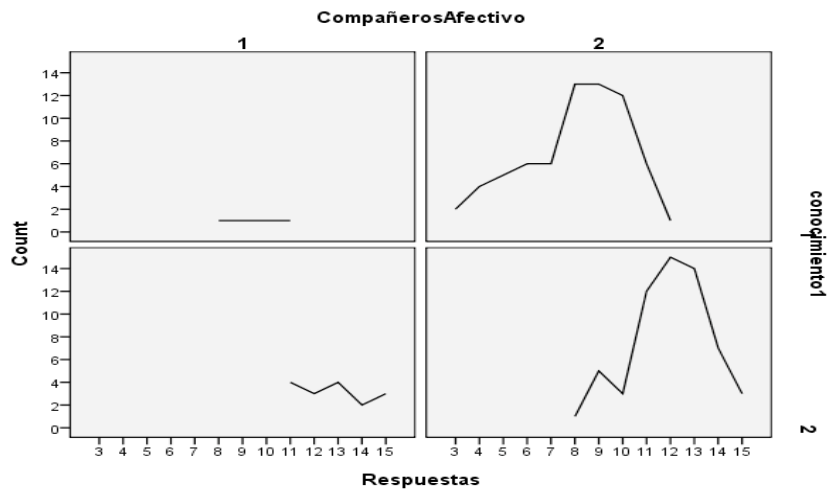
El no. 1 corresponde a la presencia de red instrumental informativa médica, el no. 2 a la ausencia de la misma. El conocimiento se recodificó en 2 grupos el no. 1 conocimiento malo y el no 2 engloba a los de conocimiento regular y bueno.

FIGURA 35
RED INFORMAL COMPAÑEROS
INFORMATIVA



El no. 1 corresponde a la presencia de red instrumental informativa médica, el no. 2 a la ausencia de la misma. El conocimiento se recodificó en 2 grupos el no. 1 conocimiento malo y el no 2 engloba a los de conocimiento regular y bueno.

FIGURA 36
RED INFORMAL COMPAÑEROS
AFECTIVA



El no. 1 corresponde a la presencia de red instrumental informativa médica, el no. 2 a la ausencia de la misma. El conocimiento se recodificó en 2 grupos el no. 1 conocimiento malo y el no 2 engloba a los de conocimiento regular y bueno.

CUADRO 16 RED FORMAL NO PRESENTE Y CONOCIMIENTO BAJO EN LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20

Red formal

Personal de salud	No dan información y conocimiento bajo			
	R.R.	Intervalo de confianza	Chi ²	p > 0.0
Médico	1.40	1.01 - 1.94	3.50	0.06
Otro Médico (Especialista)	0.96	0.96 - 1.33	0.06	0.80
Enfermera	1.02	0.87 - 1.18	0.11	0.73
Asistente Médica	1.14	0.79 - 1.65	0.51	0.47
Trabajadora Social	1.16	0.78 - 1.72	0.59	0.44
Personal no Médico	1.01	0.71 - 1.44	0.00	0.95
IMSS	1.30	0.93 - 1.80	2.40	0.12
Grupo	1.48	0.83 - 2.66	2.20	0.13
Todo el personal de salud	1.16	1.01 - 1.32	4.56	0.03

CUADRO 17. RED FORMAL PRESENTE CON CONOCIMIENTO BAJO DE LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20.

Personal de salud	Si dan información y conocimiento bajo			
	R.R.	Intervalo de confianza	Chi ²	p > 0.0
Médico	0.71	0.52 - 0.99	3.50	0.06
Otro Médico (Especialista)	1.04	0.75 - 1.45	0.06	0.80
Enfermera	0.92	0.58 - 1.48	0.11	0.73
Asistente Médica	0.88	0.61 - 1.27	0.51	0.47
Trabajadora Social	0.86	0.58 - 1.28	0.59	0.44
Personal no Médico	0.99	0.71 - 1.37	0.00	0.95
IMSS	0.77	0.55 - 1.08	2.40	0.12
Grupo	0.67	0.38 - 1.21	2.20	0.13
Todo el personal de salud	0.89	0.76 - 0.99	4.56	0.03

CUADRO 18. RELACION RED SOCIAL FORMAL NO PRESENTE Y CONOCIMIENTO REGULAR EN LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20.

Red formal				
Personal de salud	No dan información y conocimiento regular			
	R.R.	Intervalo de confianza	Chi ²	p > 0.0
Médico	0.67	0.42 - 1.07	3.50	0.06
Otro Médico (Especialista)	1.04	0.76 - 1.42	0.06	0.80
Enfermera	0.93	0.62 - 1.40	0.11	0.73
Asistente Médica	0.89	0.64 - 1.22	0.51	0.47
Trabajadora Social	0.88	0.63 - 1.2	0.59	0.44
Personal no Médico	0.99	0.72 - 1.36	0.00	0.95
IMSS	0.78	0.57 - 1.07	2.40	0.12
Grupo	0.74	0.52 - 1.05	2.20	0.13
Todo el personal de salud	0.87	0.77 - 0.98	4.56	0.03

CUADRO 19. RELACION RED SOCIAL PRESENTE Y CONOCIMIENTO REGULAR DE LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20.

Red formal				
Personal de salud	Si dan información y conocimiento regular			
	R.R.	Intervalo de confianza	Chi ²	p > 0.0
Médico	1.49	0.94 - 2.36	3.50	0.06
Otro Médico (Especialista)	0.96	0.70 - 1.31	0.06	0.80
Enfermera	1.07	0.72 - 1.61	0.11	0.73
Asistente Médica	1.13	0.82 - 1.56	0.51	0.47
Trabajadora Social	1.14	0.82 - 1.59	0.59	0.44
Personal no Médico	1.01	0.74 - 1.38	0.00	0.95
IMSS	1.28	0.93 - 1.76	2.40	0.12
Grupo	1.35	0.95 - 1.91	2.20	0.13
Todo el personal de salud	1.12	1.02 - 1.30	4.56	0.03

CUADRO 20. RELACION RED INFORMAL AUSENTE CON CONOCIMIENTO BAJO DE LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20

Red Informal				
	<u>No dan información y conocimiento bajo</u>			
	R.R.	Intervalo de confianza	Chi ²	p > 0.0
Pareja	1.02	0.73 - 1.73	0.02	0.88
Familia	1.12	0.81 - 1.56	0.48	0.48
Amigos	1.17	0.78 - 1.74	0.62	0.43
Compañeros	2.23	0.82 - 6.09	3.83	0.05
Todo de red Informal	1.16	0.95 - 1.42	1.98	0.15

CUADRO 21. RELACIÓN RED INFORMAL PRESENTE CON CONOCIMIENTO BAJO DE LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20.

Red Informal				
	<u>Si dan información y conocimiento bajo</u>			
	R.R.	Intervalo de confianza	Chi ²	p > 0.0
Pareja	0.98	0.70 - 1.37	0.02	0.88
Familia	0.89	0.64 - 1.23	0.48	0.48
Amigos	0.86	0.57 - 1.28	0.62	0.43
Compañeros	0.45	0.16 - 1.23	3.83	0.05
Todo de red Informal	0.88	0.70 - 1.05	1.98	0.15

CUADRO 22. RELACIÓN RED INFORMAL AUSENTE CON CONOCIMIENTO REGULAR DE LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20.

Red Informal				
	<u>No dan información y conocimiento regular</u>			
	R.R.	Intervalo de confianza	Chi ²	p > 0.0
Pareja	0.98	0.71 - 1.35	0.02	0.88
Familia	0.89	0.64 - 1.24	0.48	0.48
Amigos	0.87	0.62 - 1.22	0.62	0.43
Compañeros	0.63	0.45 - 0.89	3.83	0.05
Todo de red Informal	0.86	0.72 - 1.02	2.55	0.11

CUADRO 23. RELACION RED INFORMAL PRESENTE CON CONOCIMIENTO REGULAR EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20

Red Informal				
	Si información y conocimiento regular			
	R.R.	Intervalo de confianza	Chi ²	p > 0.0
Pareja	1.02	0.74 - 1.41	0.02	0.88
Familia	1.12	0.80 - 1.57	0.48	0.48
Amigos	1.05	0.82 - 1.60	0.62	0.43
Compañeros	1.58	1.12 - 2.23	3.83	0.05
Todo de red Informal	1.15	0.72 - 1.02	2.55	0.11

CUADRO 24. RELACION DE REDES, NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ASPECTOS INFORMATIVOS Y AFECTIVOS EN LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20.

Tipo de Red	Especifica	Conocimiento	Dimensión	RR	Intervalo	Ch2	P= < 0.05
Formal	Medico	Bajo	Informativa / Afectiva	1.58	1.22 - 2.06	9.32	0.002
Formal	Medico	Regular	Informativa / Afectiva	1.51	1.17 - 1.94	14.21	0.0001
Total estratificado				1.57	1.28 - 1.88	21.05	0.00004
Informal	Familia	Bajo	Informativa / Afectiva	3.19	1.15 - 8.82	10.36 5.81*	0.001 0.003*
Informal	Familia	Regular	Informativa / Afectiva	2.07	0.81 - 5.30	4.17 3.04*	0.03 0.08*
Total estratificado				2.64	1.30 - 5.21	12.76	0.0003
Informal	Pareja	Bajo	Informativa / Afectiva	6.71	2.22-20.28	18.78	0.00001
Informal	Pareja	Regular	Informativa / Afectiva	4.08	1.37-12.13	8.71	0.001
Total estratificado				5.26	2.43 - 12.35	28.21	0.000
Informal	Amigos	Bajo	Informativa / Afectiva				
Informal	Amigos	Regular	Informativa / Afectiva	2.60	1.14-5.93	6.01	0.01
Total estratificado				5.72	2.50-12.32	24.30	0.00008
Informal	Compañeros	Bajo	Informativa / Afectiva			31.39	0.000
Informal	Compañeros	Regular	Informativa / Afectiva	5.29	1.68-16.63	9.61	0.001
Total estratificado				11.86	3.16-22.38	21.07	0.000042

CUADRO 25. RELACION DEL CONOCIMIENTO CON REDES INFORMALES EXTERNAS O TECNOLÓGICAS Y NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20.

Tipo de Red	Especifica	Conocimiento	Dimensión	RR	Intervalo	Ch2	P= < 0.05
Informal	Televisión	Bajo	Informativa	0.87	0.63 -1.20	0.75	0.38
Informal	Radio	Bajo	Informativa	0.60	0.36 - 0.98	5.39	0.02
Informal	Revistas	Bajo	Informativa	0.67	0.38 – 1.21	2.20	0.13
Informal	Internet	Bajo	Informativa	0.61	0.26 - 1.39	1.89	0.016
TOTAL				0.77	0.56 -0-91	8.00	0.004
Informal	Televisión	Regular	Informativa	1.15	0.83 – 1.60	0.75	0.38
Informal	Radio	Regular	Informativa	1.48	1.10 – 2.00	5.39	0.02
SUBTOTAL ESTRATIFICADO				1.26	1.03 -1.62	4.19	0.04
Informal	Revistas	Regular	Informativa	1.35	0.95 – 1.91	2.20	0.13
Informal	Internet	Regular	Informativa	1.40	0.94- 2.10	1.89	0.016
TOTAL				1.26	1.11-1.57	8.00	0.004

CUADRO 26 COMPARACION DEL APOYO SOCIAL MEDIANTE EL INSTRUMENTO DUKE UNK EL AREA AFECTIVA DEL CUESTIONARIO APLICADO, CON LAS REDES FORMALES DE LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20.

Tipo de Red	Especifica	Dimensión	RR	Intervalo	Ch2	P= < 0.05
Formal	Medico	Duke / Afectiva	1.43	0.93 - 2.19	3.00	0.008
Informal	Familia	Duke / Afectiva	1.19	1.00 - 1.42	5.20	0.02
Informal	Pareja	Duke / Afectiva	1.53	1.09 - 2.13	8.07	0.04
Sub total estratificado			1.34	1.14 - 1.58	14.33	0.0001
Informal	Amigos	Duke / Afectiva	1.35	0.91 - 2.00	2.50	0.11
Informal	Compañeros	Duke / Afectiva	1.32	0.56 - 3.14	0.41	0.52
TOTAL			1.34	0.15 - 1.56	15.96	0.00006

XII. DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue relacionar a las redes sociales presentes en los pacientes con Diabetes Mellitus con el conocimiento general de la enfermedad así como las complicaciones crónicas.

Existen en la literatura escasa bibliografía acerca de este tema, el médico familiar se enfrenta a diario con pacientes con descontrol metabólico y desconocimiento de su enfermedad y redes de apoyo, mientras que el paciente se enfrenta a información de medios tecnológicos o de redes informales de temas relacionados a su padecimiento las cuales se desconoce la veracidad de la fuente, por lo que es necesario que capturemos estas redes y las empleemos en beneficio del paciente.

En nuestro estudio encontramos que de los 151 pacientes estudiados, la mayoría se encontraba en la sexta década de la vida, predominios del género femenino, escolaridad primaria incompleta, casados y dedicados al hogar. Las características sociodemográficas coinciden con los estudios realizados por De los Ríos Castillo en sus estudios realizados en cuanto a calidad de vida (22, 39), consideramos que esta estadística corresponde a la mayor responsabilidad por parte del género femenino para el cuidado de su salud..

El estrato socioeconómico que prevaleció es un estrato bajo por las condiciones geográficas de la afluencia de la unidad. Este nivel socioeconómico se relaciono directamente con el grado de escolaridad (primaria incompleta) lo que se refleja en el entendimiento de los conceptos básicos de la enfermedad, Vázquez MJ (5)

En cuanto a las características generales de la enfermedad encontramos la Encuesta Nacional de Salud 2000, refiere un promedio de 10 años de padecer la enfermedad, en lo cual coincide con este estudio que arrojó una moda de 10 años, el tipo de diagnóstico más frecuente fue por sintomatología el cual nos sugiere que no se está realizando detecciones en pacientes con factores de riesgo según lo indicado en la Guía Clínica del IMSS así como Norma Oficial Mexicana, Oviedo MM (18,19).

Sobre el tratamiento con hipoglucemiantes la Guía Clínica del IMSS, menciona que el medicamento de primera línea utilizado en los pacientes diabéticos es la glibenclamida a lo cual concuerda con el tratamiento establecido en nuestros pacientes encuestados sin embargo sin apego a las consideraciones del medicamento como son solo en las primeras etapas de la enfermedad y ante la falta de apego a dieta y plan de ejercicio, viendo pacientes con más de 10 años de evolución sin modificaciones pertinentes en el uso de sulfonilureas más con respecto al IMC. Oviedo MM (18) La guía clínica del IMSS en su apartado sobre tratamiento menciona que es factible el tratamiento solo con dieta de estos pacientes a lo cual solo el 33% de nuestra población encuestada conocía este dato.

En cuanto a las cifras de glucosa la Encuesta Nacional de Salud 2000, reporta que la media de los pacientes encuestados corresponde a 96 mg/dl, mientras que nuestro estudio reporta una media de 165 mg/dl, arriba de la cifra considerada en el instituto como control, Vázquez MJ (5)

Estima según estudios la ENSA 2000 Se estima que 14 de cada 100 diabéticos desarrolla nefropatía, 10 neuropatía, 7 a 10 pie diabético 30 % de los cuales terminan en amputación) y 2 a 5, retinopatía. A esto debe agregarse que el riesgo de complicaciones severas como la cardiopatía isquémica es 2.5 veces mayor, lo encontrado en nuestro estudio al ser comparado mostro inversión de los porcentajes retinopatía en primer lugar, neuropatía en segundo lugar y en tercer lugar la nefropatía, un parámetro que pudiera ser línea de estudio para averiguar si estos datos son secundarios a retraso del diagnóstico de las complicaciones o a la falta de entendimiento de los pacientes ante su diagnóstico.

Autores como Bustos SR. (39), considera que existen poblaciones con controles metabólicos malos, por lo que debemos dirigir nuestras acciones en los pacientes diabéticos en cuanto a educación y ampliar redes sociales, priorizar esta educación para disminución del impacto de la enfermedad.

Este autor hace hincapié a la educación del núcleo familiar de manera de extender o hacer posible el control metabólico Bustos (39), en relación con este estudio que no solo busca el apoyo familiar sino también la percepción en toda su dimensión de redes formales así como otras informales de índole tecnológica la difusión de esta últimas para el mejoramiento del conocimiento de los pacientes.

Tenemos en la literatura médica artículos sobre complicaciones crónicas de diabetes Mellitus. Enrique Sabag-Ruiz y cols, (26) describe en su estudio aplicado a 252 pacientes en una unidad del IMSS de Ciudad Obregón Sonora, describe la importancia para la prevención de complicaciones para evitar la limitación funcional en la vida de los pacientes con un mayor énfasis en la detección y educación del paciente diabético.

Se realizó una comparación con el artículo Bustos (39) debido a que no existe literatura que indague de forma completa el conocimiento y redes, aunque este artículo lo indague de manera informal es importante.

Para este autor resultado evidente la poca importancia que los pacientes le dan a la observancia de la dieta y la realización de ejercicio, como parte del tratamiento nuestro estudio registra que el paciente desconoce que existen casos en que solo la dieta puede ser el único tratamiento médico del paciente mientras que en conjunto con ejercicio y medicamentos es muy valorado por el paciente para control de su enfermedad aunque por diversas razones no sea llevado a la práctica lo mas probable sea secundario al desconocimiento de la enfermedad en general y la aparición de complicaciones.

La fuente de información más importante en el estudio de Bustos es la institución de salud, el paciente en la UMF 20 le deja este papel al médico familiar probablemente

porque el mayor contacto que tienen es con este en la consulta mensual, identifica como la red formal de más ayuda al médico.

Relaciona el estudio de Bustos (29) a muy poca información obtenida por partes de los medios masivos de información, nosotros encontramos que existe relación las redes tecnológicas son subestimadas porque no se educa al paciente sobre su importancia, ya que las mismas redes formales deberían de ser las que mejor las conozcan y le ofrezcan al paciente esta opción ante la carga de trabajo por exceso de consulta, siempre tomando en cuenta la accesibilidad el paciente ante estas redes. Además coincidimos que debería alertar a las instituciones asistenciales la información que la televisión, radio, internet, clubs autoayuda o revistas ofrece al paciente evaluando la calidad de dicha información, ya que estudios muestran (30) que se tiene mejor control en pacientes perteneciente algún tipo de autoayuda.

Además muestra escaso conocimiento en cuanto a la génesis y aspectos esenciales de la enfermedad, lo cual lo explica por la probable concepción de la etiología de la enfermedad por explicaciones ambientales que influyen sobre el paciente lo cual se relaciona con nuestro estudio por el alto numero de pacientes encontrados en bajo conocimiento, observando que los que saben no es por la educación sino por la existencia o vivencia de la enfermedad en un conocido.

De ahí partimos que de igual manera el mismo resultado se encuentra en cuanto a conocimientos de pacientes ya que este estudio refleja que conocen las complicaciones pero a nivel de información sabe que órgano se daña, pero no saben el cómo o porqué, relacionándose de igual manera porque existencia el marco teórico de algún familiar que presentó este daño.

Refiere al núcleo familiar primordial para la educación del paciente y mejorar su apego al tratamiento mientras que este estudio consideró importante ampliar las redes informales tanto, familiares, amigos y compañeros para que la información que manejen sea relevante, objetiva y real.

Coincidimos en que no hemos logrado que los pacientes integren conocimientos adecuados sobre la diabetes mellitus probablemente por que el avance tecnológico y el atraso sociocultural, no nos permite visualizar a los trabajadores de salud la verdadera demanda del paciente, olvidamos aclarar los conocimientos previos, integrar la edad, creencias, experiencias, ampliar redes sociales, capacitar estas redes para fomentar una estrategia de autocuidado durante toda la enfermedad y no solo los primeros años de la misma, adaptar nuestra educación al momento de vida y años de enfermedad el paciente. Nuestro resultados arrojaron que la población estudiada solo tuvieron buen conocimiento el 3.97%, regular en un 45.69% y malo en 50.33%.

En base en la poca literatura acerca de la relación de redes sociales con conocimiento de la enfermedad y complicaciones crónicas del paciente diabético este estudio encontró que si tenemos un factor de riesgo ante la presencia de redes de aprender siendo más

representativo la presencia del médico probablemente a la interacción mensual del paciente con su médico familiar, así como con redes informales como son la pareja y la familia, lo cual debería ser tomado muy en cuenta por el tipo de información que pueden transmitir estos al paciente, no hubo relación con redes informales como son los amigos y vecinos, relacionado al tipo de población encontrada que son de la ocupación hogar así como también indirectamente nos habla de la poca socialización del paciente diabético con redes externas. En cuanto a las redes tecnológicas en conjunto son un apoyo del paciente las cuales la dificultad se estas se encuentra en que los pacientes desconocen a estas como de ayuda y por lo tanto no son tomadas en serio, tendríamos que tener pacientes capacitados en programas de televisión, programas de radio, revistas y paginas de internet que hablen sobre temas de diabetes, previamente valoradas por el médico. Nosotros como personal de salud más importante debemos conocer previamente el estado económico, el nivel educativo y la ocupación del paciente para su involucramiento con las redes tecnológicas

Este estudio junto con el realizado por Bustos SR (29) puede ser el punto de partida para diseñar proyectos de investigación en el futuro sobre impacto de las redes tecnológicas relación con el apego terapéutico, con control glucémico y posterior medir nuevas prevalencias

Los resultados de este estudio nos permite atrevernos a afirmar que debemos realizar estrategias de educación no solo en los pacientes sino en personas allegadas al paciente para involucrarlos en el cuidado del enfermo y en un compromiso de autocuidado de estas redes con factores de riesgo para el desarrollo de diabetes, siendo el médico familiar el que directamente conoce al paciente el que puede implementar estrategias de orientación y apoyo, lo que nos permitirá desarrollarnos profesionalmente en el área más importante médica la medicina familiar.

XIII. CONCLUSIÒN

- El perfil sociodemogràfico de los pacientes diabéticos estudiados fue: mayor porcentaje de población femenina, con una media de 64 años, dedicados al hogar con un estado civil casados, con escolaridad primaria y salarios de 0 a 2000 pesos.
- Dentro de las características generales de la enfermedad tenemos que la mayoría de los pacientes se diagnosticaron por sintomatología, con una evolución en un rango de 1 a 5 años, con asistencia a la consulta de forma mensual, con tratamiento con hipoglucemiantes orales, manejados con glibenclamida y metformina principalmente. Los pacientes los primeros 5 años de padecer la diabetes cuentan con la información de la enfermedad, sin llegar a la profundización o apropiación para permitir el conocimiento y por lo tanto al autocuidado.
- La principal red social formal presente en el paciente diabético fue el médico familiar, en ambas dimensiones afectiva e instrumental de tipo informativa. El paciente percibe el papel que desempeña el médico en el cuidado de su enfermedad, aunque la dimensión informativa sea más importante y con menor calidad la dimensión afectiva.
- La principal red informal presente en el paciente diabético fue la familia representada por la pareja y los hijos. Aunque estos no brindan la información adecuada.
- La televisión fue la principal red tecnológica presente en el paciente diabético mediante programas y comerciales sobre diabetes. Aunque la información que brinda no es introyectada por el paciente. Tenemos que capacitar sobre estas redes a nuestros pacientes ya que al ser redes que solo los pacientes con interés tienen acercamiento, si no son conocidas no serán de ayuda, tomando siempre en cuenta la accesibilidad de las mismas.
- La presencia de apoyo según el instrumento DUKE UNC esta presente en la mayoría de los pacientes sin embargo comparado con el cuestionario ex profeso denota la necesidad de realizar instrumentos dirigidos a la enfermedad (diabetes).

- Identificamos el grado de conocimiento según nuestra encuesta en bueno en un 3.97%, regular en 45.69% y malo en 50.33%. con información superficial de la enfermedad en un mayor porcentaje que conocimiento.
- Al relacionar redes con el grado de conocimiento se encontró que hay asociación entre el grado y la red formal de médico familiar, entre grado y la red informal de pareja, familia y compañeros. No encontramos resultados significativos para el resto de las redes. La falta de relación de redes con el conocimiento se debe a la desinterés sobre el impacto de estas en el control de la enfermedad
- Este panorama de la relación de redes con conocimiento nos permite concluir que la integración de la dimensión afectiva con la informativa nos brinda un mejor resultado en cuanto conocimiento del paciente, puesto que la relación de las redes formales solo por obligación no es de impacto en la salud y autocontrol del paciente, debemos mejorar la calidad en la comunicación con el paciente, mientras que las redes informales tiene un peso mayor por la afectividad que brinda los integrantes de la familia en el paciente que al parecer es de mayor peso.

XIV. RECOMENDACIONES

Es importante no subestimar el impacto de las redes sociales en la vida del paciente diabético, es indispensable la creación de instrumentos que evalúen el conocimiento de estos pacientes y la forma en como están involucradas cada una de las personas que se encuentran relacionadas con los diabéticos desde el equipo de salud, familia, amigos, compañeros y la información brindada por los medios ya que juegan un papel determinante para el apego al tratamiento médico establecido, así como la propia prevención en personas con factores de riesgo para presentar la enfermedad.

Las características de estos instrumentos deben adecuarse a los pacientes pertenecientes a la unidad médica tomando en cuenta mucho el lenguaje a utilizar así como los objetivos perseguidos en la Norma Oficial Mexicana y Guía Clínica.

Además de capacitarse al médico de manera continua para el manejo de la información que llega en manos del paciente para desechar, desmitizar o apoyar la misma, siempre en beneficio del paciente y adecuándose a las necesidades de cada persona.

En cuanto la encuesta realizada por el investigador puede ser un instrumento que se ajuste a la población diabética con un lenguaje dirigido de forma objetiva, clara y sencilla puede arrojar datos determinantes para relacionar la presencia de redes en el conocimiento de la enfermedad y ser el inicio de la creación de evaluaciones durante la consulta.

Es importante el seguimiento de este estudio mediante estudios de casos y controles, así como ampliar el número de pacientes para una muestra más representativa y estudios sobre la relación- médico paciente en la unidad UMF no.20 de Vallejo.

Es necesario concluir que el conocimiento del paciente diabético aunque se encuentre presente es malo, reflejándose en el descontrol y las estadísticas en cuanto a complicaciones crónica y que las redes sociales que son de suma ayuda están siendo poco estudiadas, que si continuamos dejando atrás el involucramiento del paciente con sus redes no avanzaremos en cuanto educación de la población para prevenir o controlar la enfermedad.

XV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vélez AH, Rojas MW. Fundamentos de Medicina. Endocrinología corporación para investigaciones biológicas. 5 Ed. Colombia 1998.
2. Braunwald E, Isselbacher KJ. Petersdoff RG, Wilson JD, Martin JB. Fauci AS, editores. Harrison, Principios de Medicina Interna. 14 Ed. México: Interamericana; 1999.
3. Diabetes Care, January 2003. 26. (Supl 1): s5-10.
4. Chávez TNC. Factores de riesgo en diabetes mellitus tipo 2. Med Int. Méx. 2003; 19(5); 301-10
5. Vázquez MJ, Gómez DH. Diabetes Mellitus en población adulta del IMSS. Resultado de la Encuesta Nacional de Salud 2000. Revista Medica del IMSS 1 2006 (44): 13-26.
6. Mensaje del doctor Julio Frank Mora, Secretario de Salud. Inauguración del 15º Congreso Nacional de la Federación Mexicana de Diabetes. <http://www.salud.gob.mx>.
7. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática: <http://www.inegi.com>.
8. Diabetes Portal web Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ¿Qué es la diabetes? <http://www.imss.gob.mx/salud/diabetes>
9. Diabetes Mellitus. Portal web de la secretaria de salud. <http://www.salud.df.gob.mx/>
10. División Técnica de Información Estadística en Salud. Tendencias y distribución de los principales motivos de consulta en medicina familiar, por edad, sexo y delegación institucional, 1991-2002. Rev Med IMSS 2003; 41 (supl 1) Anexo Estadístico.
11. ARIMAC. Área de información médica y archivo clínico. UMF NO. 20
12. Asociación Latinoamericana de Diabetes. Simposio sobre economía y diabetes. Sao Paulo Brasil 27 de septiembre del 2004.
13. American Diabetes Association. Economic Cost of Diabetes in the USA in 2002. Diabetes Care 2003; 26 (3): 917-932.

14. Arredondo A, Zúñiga A. Economic consequences of epidemiological changes of diabetes in middle income countries. The Mexican Case. *Diabetes Care* 2004; 27 (1): 104-9.
15. American Diabetes Association, Standards of Medical Care for patients with DM. *Diabetes Care* 2002; 25, (supl 1) 33-49.
16. UK Prospective Diabetes Study Group Tight Blood Pressure Control ald risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes UKPDS 38 *BMJ* 1998; 317: 703-13.
17. Escobedo PJ, Rico VB. INCIDENCIA Y LETALIDAD DE LAS COMPLICACIONES AGUDAS Y CRONICAS DE LA DIABETES MELLITUS EN MEXICO. *Salud Pública Mex* 1996; (38): 236-242.
18. Oviedo MM, Espinoza LF. GUIA CLINICA PARA EL DIAGNOSTICO Y EL MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2. Capitulo 8. Enfermedades crónicas. *Rev Med IMSS* 2003; 41 (Supl 1) <http://www.imss.gob.mx>
19. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 "PARA LA PREVENCION, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS EN LA ATENCION PRIMARIA".
20. Viniegra VL. Las enfermedades crónicas y la educación. La diabetes mellitus como paradigma. *Rev. Med Inst. Mex Seg Soc* 2006; 44 (1): 47-59.
21. Mendoza VF, Velázquez MO, Martin AM. Comunicación y perspectiva de audiencia una investigación cualitativa para la diabetes. *Revista de Endocrinología y Nutrición*. enero-marzo 2000, 1 (8) 5-13.
22. Lima GV. ¿Cómo prevenir la deficiencia visual en pacientes con retinopatía diabética? *Rev Endocrinol Nutr* 2003; 11 (2): 55-60
23. De los Ríos CJ, Barrios SP. Valoración sistemática de la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo2 nefropatía diabética. *Rev. Med Hosp. Gen Mex*. 2005; 68 (3): 82-94.
24. Sandoval JL, Ceballos MC. Calidad de vida en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria. *Rev. Med Inst. Mex Seguro Soc* 2007; 45 (2): 105-9.

25. Aliss SJ, Cervantes Rodríguez M, Ibarra Olmos A. Prevalencia de neuropatía periférica en DM2. *Acta Medica Grupo Ángeles* enero-marzo 2006 (4). 13-7.
26. Ruiz SE, Complicaciones crónicas en la diabetes mellitus. Prevalencia en una unidad de medicina familiar. *Rev. Med. IMSS* 2006; 44 (5): 415-21
27. Lermon GI. La atención del paciente más allá del primer nivel de atención. *Salud Publica de México* año/vol. 49 # especial. Inst. Nac. Salud Pública Cuernavaca México, 99-103.
28. Cuidados de la diabetes Mellitus. Federación Mexicana de Diabetes. Disponible en <http://www.fmdiabetico.org/V2/paginas/index.php>.
29. Portal temático sobre la diabetes "Unidos hacia una mejor calidad de vida" Disponible en <http://www.todoendiabetes.org/diabe2/servlet/CtrlInteriorSec>.
30. Grupos de Autoayuda de pacientes Obesos o con Sobrepeso, Hipertensos y Diabéticos. Guía de Operación. IMSS junio 2005.
31. Reynals E., Diumenjo M., Parola A. Algunas reflexiones, desde la antropología, a propósito de los programas de educación de personas con obesidad, riesgo cardiovascular o diabetes. *Rev. Med. Universitaria* (3) 1, 2007.
32. Comité de Educación en Diabetes Fundación IMSS, A.C El papel del derechohabiente en la prevención y control de la diabetes mellitus. *Rev. Med Inst. Mex Seguro Soc* 2007; 45 (2): 101-3.
33. Méndez LD, Gómez LM. Disfunción Familiar y control del paciente diabético Tipo 2. *Rev. Med IMSS* 2004; 42 (4): 281-84.
34. Terán TM, Ponce RER, Irigoyen CA. Redes Sociales en la Atención Médica Familiar. *Arch Med Fam* 1999; 1 (2): 35-44.
35. Rodríguez MM. Importancia del apoyo familiar en el control glucémico. *Salud Pública de México*. ene-feb. 1997 1 (39): 44-8.
36. Meléndez MJC, Navarro JM, Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista Manheim. *Salud pública de México*. noviembre-diciembre (49): 6-10.
37. Velasco ML. Manejo del enfermo crónico y su familia. (sistemas, historias y creencias). 2a Ed. Manual Moderno. 2001.

38. De los Ríos Castillo JL, Sánchez SJ, Barrios SP, Guerrero SV. Calidad de vida en pacientes *con diabetes mellitus tipo 2*. Rev Med IMSS 2004; 42 (2): 109-16.
39. Bustos SR, Barajas MA. López HG, Sánchez NE. Palomera PR. Islas GJ. Conocimiento sobre diabetes Mellitus en pacientes diabéticos tipo 2 tanto urbanos como rurales del occidente de México. Archivos en Medicina Familiar Vol. 9 (3) 147-159.

XVI. ANEXOS

ANEXO 1. Cuestionario de conocimiento y redes sociales en pacientes con DM2.

Le invito a contestar el siguiente cuestionario, tomando en cuenta que sus respuestas son confidenciales y que tiene por objeto contribuir a la investigación acerca de **LA DIABETES MELLITUS** en esta unidad.

Instructivo.

Llene por favor los datos que se le soliciten, leyendo cuidadosamente y marque con una "X" según corresponda encima de la opción que considere la correcta

NOMBRE _____ EDAD: _____

AFILIACION _____ SEXO F _____ M _____

OCUPACION	Hogar	1
	Pensionado/jubilado	2
	Trabajador activo	3
	Desempleado	4
EDO CIVIL	Soltero	1
	casado	2
	viudo	3
	divorciado	4
	unión libre	5
ESCOLARIDAD	Primaria	1
	Secundaria	2
	Nivel medio	3
	Carrera Técnica	4
	Licenciatura	5
	Sabe leer y escribir	6
	Analfabeta	7
INGRESO ECONOMICO MENSUAL	Sin salario	1
	Percibo dinero de:	2
	Pensión	3
	Un familiar: -¿Quién?	4
COMO SE REALIZO EL DIAGNOSTICO	Detección	1
	Síntomas	2
	Desconoce	3
TIEMPO DE EVOLUCION		
FRECUENCIA DE LA CONSULTA		
TRATAMIENTO	Antidiabéticos orales	1
	Insulina	2
	Antidiabéticos + Insulina	3
	Otros	4
Antidiabéticos orales: a) Glibenclamida b) Metformina c) Ambos d) Otros		1
		2
		3
		4
CIFRAS DE GLUCOSA (Dos ultimas)		

INDAGA SOBRE EL CONOCIMIENTO GENERAL DE LA ENFERMEDAD Y SUS COMPLICACIONES CRÓNICAS.

INSTRUCCIONES

Le invito a contestar el siguiente cuestionario, tomando en cuenta que sus respuestas son confidenciales y que tiene por objeto contribuir a la investigación acerca de **LA DIABETES MELLITUS** en esta unidad.

CONTESTE SI, NO O NO LO SE SEGÚN SU CASO A LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS.:

NO.	PREGUNTA	SI	NO	NO LO SE
1.	La diabetes es una enfermedad que se puede heredar			
2.	La diabetes es secundaria a un descontrol de la azúcar que produce mi cuerpo.			
3.	La diabetes es secundaria a una mala función de mi páncreas			
4.	Los síntomas de la diabetes siempre se reconocen			
5.	Los síntomas de la diabetes son: mucha sed, mucha hambre e ir frecuentemente al baño.			
6.	La diabetes puede producir graves problemas de salud			
7.	Conozco los daños de padecer diabetes			
8.	La diabetes lastima mi riñón. Si: mencione de que forma			
9.	La diabetes lastima mis ojos. Si: mencione de que forma			
10.	La diabetes lastima mi corazón. Si: mencione de que forma			
11.	La diabetes lastima mis pies. Si: mencione de que forma			
12.	La diabetes lastima mi funcionamiento sexual Si: mencione de que forma			
13.	La diabetes ha afectado alguna parte de mi cuerpo Cual:			
14.	La diabetes mejora solo con dieta.			
15.	La diabetes mejora solo con medicamentos			
16.	Mi diabetes se controla mediante una dieta especial, la realización de ejercicio y medicamentos.			
17.	Considero que la diabetes ha afectado mi vida Si de que forma:			

		Buena	regular	mala	Ninguna
18.	Considero que la información que manejo de mi enfermedad es:				

REDES SOCIALES: INDAGA SOBRE LA DIMENSION INSTRUMENTAL (MONETARIA E INFORMATIVA) Y AFECTIVA.

		SI	NO	NO LO SE
1.	Mi médico familiar me brinda información acerca de mi enfermedad.			
2.	Mi médico familiar me brinda apoyo y comprensión con los aspectos relacionados a mi enfermedad			
3.	La enfermera de mi clínica me ha orientado sobre mi enfermedad.			
4.	La asistente médica de mi consultorio me brinda información acerca de la importancia de mis citas.			
5.	La información que tengo sobre mi enfermedad la obtuve de otro médico			
6.	La información que tengo de mi enfermedad la obtuve por personal no medico Quien:			
7.	Asisto a plática de mi enfermedad con la trabajadora social de mi clínica.			
8.	Considero al IMSS como pilar importante en el cuidado de mi enfermedad.			
9.	Considero a mi médico familiar como parte de un equipo importante en el cuidado de mi salud			
10.	Asisto a grupo de autoayuda formal			
11.	Mi pareja me brinda comprensión y afecto sobre mi enfermedad			
12.	Mi pareja me ayuda con la búsqueda de información sobre mi enfermedad			
13.	Mi pareja me brinda ayuda económica con situaciones propias de mi enfermedad			
14.	Mi familia me brinda comprensión y afecto sobre aspectos de mi enfermedad,			
15.	Mi familia me da información sobre mi enfermedad			
16.	Mi familia me brinda apoyo económico con aspectos relacionados con mi enfermedad.			
17.	Mis amigos me ofrecen comprensión y afecto con todo lo relacionado a mi enfermedad.			
18.	Mis amigos me brindan información acerca de mi enfermedad.			
19.	Mis amigos me brinda ayuda económica con respecto a mi enfermedad			
20.	Mis compañeros me brindan comprensión y apoyo acerca de mi enfermedad.			
21.	Mis compañeros me brindan información acerca de mi enfermedad.			
22.	Mis compañeros me ofrecen apoyo económico cuando tengo problemas relacionados con mi enfermedad.			
23.	La televisión me ha brindado información sobre mi enfermedad mediante programas y comerciales. ¿Cual?			
24.	En la radio he escuchado programas de ayuda para mi enfermedad. ¿Cuál?			
25.	Conozco y compro revista que me ayudan sobre temas respecto a mi enfermedad. ¿Cuál?			
26.	Tengo acceso y utilizo el internet para buscar temas relacionados a mi enfermedad			
27.	Pertenezco a un grupo de autoayuda informal de pacientes con diabetes.			

ACERCA DE LAS PERSONAS MAS REPRESENTATIVAS EN EL PACIENTE DIABETICO.

DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS MARQUE CON UNA CRUZ UNA SOLA OPCION:

1.- Considero que la siguiente persona ha sido la más importante para mí por haberme brindado comprensión y cariño durante el curso de mi enfermedad:

Médico familiar	()
Trabajadora social	()
Asistente médica	()
Otro médico	()
Mi pareja	()
Mis hijos	()
Alguno otro familiar	()
Amigo	()
Compañero	()
Grupos de ayuda informales	()
Grupo de ayuda formales	()
Ninguna	()

2. De las siguientes personas la que me ha dado su apoyo económico que me ha ayudado a mejorar cuando se descontrola mi enfermedad ha sido:

Medico familiar	()
Trabajadora social	()
Asistente médica	()
Otro médico	()
Mi pareja	()
Mis hijos	()
Alguno otro familiar	()
Amigo	()
Compañero	()
Grupos de autoayuda informales	()
Grupo de autoayuda informal	()
Ninguno	()

3. De las siguientes personas la que me ha dado su apoyo con información que me ha ayudado a mejorar cuando se descontrola mi enfermedad ha sido:

Medico familiar	()
Trabajadora social	()
Asistente médica	()
Otro médico	()
Mi pareja	()
Mis hijos	()
Alguno otro familiar	()
Amigo	()
Compañero	()
Grupos de autoayuda informales	()
Grupo de autoayuda formal	()
Ninguna	()

4. He obtenido información que considero importante acerca de mi enfermedad a través de:

Programas televisivos	()
Comerciales de TV	()
Internet	()
Radio	()
Revistas	()
Grupos de autoayuda informales	()
Ninguno	()

5. Considero que mi información es escasa sobre mi enfermedad en cuanto:
(Marque con una cruz una o más de las siguientes opciones)

• Saber en si el porqué de mi enfermedad	()
• Las complicaciones de padecer diabetes a largo plazo.	()
• Los alimentos que debo integrar o no en mi dieta.	()
• El ejercicio que debo practicar.	()
• Porque me dan los medicamentos que tomo o me aplico.	()
• Cuales son las platicas que se dan en mi clínica	()
• Medidas generales respecto a mi enfermedad	()
• Como vigilar mi azúcar en casa	()
• Datos de alarma para asistir a urgencias	()
• Otros temas: cuál	()

6. Me interesaría saber de mi enfermedad lo siguiente:
(Marque con una cruz una o más de las siguientes opciones)

• El saber el porque de mi enfermedad	()
• Dieta	()
• Ejercicio	()
• Los daños de la diabetes	()
• Medicamentos	()
• Programas de TV	()
• Programas de radio que me den información sobre mi enfermedad.	()
• Revistas de diabetes	()
• Medidas de higiene relacionadas al cuidado de mi enf.	()
• Como vigilar mi azúcar en casa	()
• Los datos de alarma para asistir a urgencias	()
• Algún otro tema: ¿cual?	()

7. Me gustaría que se capacitará sobre mi enfermedad a:

(Puede marcar más de una opción con una cruz)

Médico familiar	()
Trabajadora social	()
Asistente médica	()
Otro médico	()
Mi pareja	()
Mis hijos	()
Alguno otro familiar	()
Amigo	()
Compañero	()
A la persona que me cuida	()
Nadie	()
No me interesa	()

8. La persona que me cuida generalmente es:

• Esposo	()
• Hijos ¿Cuál?	()
• Hermanos ¿Cuál?	()
• Otro familiar ¿Quién?	()
• Otra persona ¿Quién?	()

Comentario

CUESTIONARIO DUKE-UNC -

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario autoadministrado

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

CUESTIONARIO DUKE -UNC-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario autoadministrado, que consta de 11 ítems y una escala de respuesta tipo likert (1-5). El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos.

La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. A menor puntuación, menor apoyo. En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación < 32. Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

ANEXO 2.

México D.F. a _____ de _____ del 2009.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado

RELACION DE LAS REDES SOCIALES Y EL CONOCIMIENTO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 SOBRE SU ENFERMEDAD Y COMPLICACIONES CRÓNICAS

Registrado ante el Comité Local de Investigación

R-2009-3404-6

El objetivo del estudio es obtener información que nos permita conocer **cuál es el conocimiento de la enfermedad y complicaciones crónicas en pacientes diabéticos y de que red social presente depende**. Se me ha explicado que mi participación consistirá en aceptar leer cuidadosamente el siguiente cuestionario y contestar lo más honestamente posible las preguntas que se plantean en él.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes:

No se pone en riesgo la integridad de las pacientes

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente, el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).

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

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Dra. Elsa Gabriela López Moreno
R3 Medicina Familiar

Números telefónicos a los cuáles puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio, 53 33 11 00 ext. 15320.

Testigo