



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACION DE PLANEACION Y ENLACE**



**COORDINACION AUXILIAR DE INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 4 GUAYMAS, SONORA**

TESIS

**PERCEPCIÓN DEL APOYO SOCIAL EN EL ESTILO DE VIDA DEL
PACIENTE CON DIABÉTES MELLITUS TIPO 2 EN UNA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. ERNESTO RAMÓN ALAPIZCO VALENZUELA

GUAYMAS, SONORA, MÉXICO.

SEPTIEMBRE 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PERCEPCIÓN DEL APOYO SOCIAL EN EL ESTILO DE VIDA DEL
PACIENTE CON DIABÉTES MELLITUS TIPO 2 EN UNA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

ERNESTO RAMÓN ALAPIZCO VALENZUELA

AUTORIZACIONES



DR. JOSÉ LUIS ROBLES GUTIÉRREZ
ASESOR DE TESIS

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES.

UMF 4, GUAYMAS, SONORA

GUAYMAS, SONORA

2013

**PERCEPCIÓN DEL APOYO SOCIAL EN EL ESTILO DE VIDA DEL
PACIENTE CON DIABÉTES MELLITUS TIPO 2 EN UNA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
ERNESTO RAMÓN ALAPIZCO VALENZUELA**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**



DR. EUSEBIO ROSALES PARTIDA

**CORRDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACIÓN SONORA**



DRA. BENITA ROSARIO URBAN REYES

**COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN SONORA**



DRA. CRUZ MONICA LÓPEZ MORALES

**COORDINADOR AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN SONORA**

GUAYMAS, SONORA

2013

**PERCEPCIÓN DEL APOYO SOCIAL EN EL ESTILO DE VIDA DEL
PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UNA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

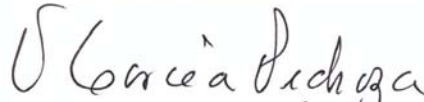
PRESENTA

DR. ERNESTO RAMÓN ALAPIZCO VALENZUELA

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

PERCEPCIÓN DEL APOYO SOCIAL EN EL ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE CON DIABÉTES MELLITUS TIPO 2 EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

Índice

Marco teórico.....	5
Planteamiento del problema.....	15
Justificación.....	17
Objetivos.....	18
Metodología.....	20
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	23
Método para recolectar la información variables de estudio.....	24
Consideraciones éticas.....	26
Resultados.....	28
Discusión.....	35
Conclusiones.....	37
Referencias bibliográficas.....	38
Anexos.....	43

Índice de tablas.

Tabla 1.- PERCEPCION DEL APOYO SOCIAL EN EL ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS DEL PROGRAMA DIABETIMSS	31
Tabla 2.- PERCEPCION DEL APOYO SOCIAL EN EL ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS DE CONSULTA EXTERNA	33
Tabla 3.- PERCEPCION DEL APOYO SOCIAL Y ESTILO DE VIDA EN RELACIÓN AL GRUPO DE EDAD DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS DEL PROGRAMA DIABETIMSS	47
Tabla 4.- PERCEPCION DEL APOYO SOCIAL Y ESTILO DE VIDA EN RELACIÓN AL GRUPO DE EDAD DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS DEL PROGRAMA CONSULTA EXTERNA	48

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme estar con salud, y darme la oportunidad de superarme en lo personal y profesionalmente. A mi esposa CELIA B. ALVARADO DUARTE y a mis hijos YESSICA, ABRAHAM Y EDGARDO porque siempre estuvieron alentándome y dándome ánimos en los momentos que sentía desfallecer. Pues con el apoyo de ellos, que han sacrificado su tiempo, paciencia y comprensión en los momentos difíciles, hubiera sido imposible cumplir esta meta en mi vida. Así como también al Dr. JOSE LUIS ROBLES GUTIERREZ, que como coordinador y amigo, que siempre estuvo pendiente y recibiendo de su parte siempre aliento.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis padres RAMON Y MARTHA, de quienes siempre con su amor y aliento me han inspirado para seguir adelante con los proyectos que me propongo. A mi esposa CELIA por su apoyo, dedicación y amor. A mis hijos YESSICA, EDGARDO Y ABRAHAM, que en todo momento han estado a mi lado fortaleciéndome. A todos ellos con todo mi amor.

Resumen

TÍTULO: PERCEPCIÓN DEL APOYO SOCIAL EN EL ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE CON DIABÉTES MELLITUS TIPO 2 EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

¹Alapizco-Valenzuela E.R.,²Robles-Gutiérrez J. L. Médico Familiar, ²Coordinador clínico de educación e investigación en salud UMF 4

ANTECEDENTES

La Diabetes Mellitus tipo 2 tiene prevalencia mundial de 180 millones casos, con aumento gradual, se estima que se duplique para el 2030. El tratamiento es complicado e involucra diversas circunstancias que contribuyen al abandono. Es indispensable que el paciente realice modificaciones en su manera de vivir y para lograrlo requiere el apoyo de la familia. Pues es ella quien determina el estilo de vida de cada grupo en particular. Por otro lado, la falta de adherencia de los pacientes con enfermedades crónicas, implica una alta carga económica a los individuos y a la sociedad. **Objetivo:** Determinar la percepción del apoyo social en el estilo de vida del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2. **Metodología:** Estudio epidemiológico, analítico, transversal y prospectivo, se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 4., se tomó muestra de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2, de Diabetimss con un grupo de 47 personas y otro grupo de la consulta externa de 47 personas, se planea la aplicación de los siguientes instrumentos: (IMEVID) para medir el Estilo de Vida en Diabéticos y Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, que evalúan la percepción de dicho apoyo, previo consentimiento informado. Los datos se procesaran en el programa SPSS, para su análisis con X², se presentarán en gráficas y tablas, con resultado y conclusiones. **Resultados:** De acuerdo a las encuestas de IMEVID y Escala multidimensional de apoyo social, realizados en pacientes del programa de Diabetimss. Se encontró que la percepción

de poco apoyo social y con inadecuado estilo de vida nos reportó un 53% y con adecuado estilo de vida 16.9%, respecto a la percepción de apoyo social satisfactorio y con inadecuado estilo de vida el porcentaje fue de 19.08% y con adecuado estilo de vida de 10.6%. El reporte de la percepción de apoyo social en el estilo de vida en pacientes con Diabetes Mellitus de la consulta externa se encontró que la percepción de poco apoyo con inadecuado estilo de vida fue de 36.16%, y con adecuado estilo de vida 12.76%, con apoyo social satisfactorio e inadecuado estilo de vida correspondió a un 34.0%, y con adecuado estilo de vida fue de 16.98%. **Conclusión:** se detectó que es muy importante establecer un programa en el que se involucre al usuario, la familia y la sociedad; recalándose que el llevar un buen estilo de vida, y recibir un buen apoyo social, son clave para cumplir con el tratamiento y por ende tener un buen control metabólico de la enfermedad y con ello se disminuye los riesgos de complicaciones.

Palabras clave: *Apoyo social, estilo de vida.*

Introducción

La Diabetes Mellitus tipo 2, tiene prevalencia mundial de 180 millones de casos, con aumento gradual, se logra estimar que se duplique para 2030. De esta forma constituye una de las principales causas de invalidez y mortalidad prematura, tanto en países desarrollados como en los que se encuentran en pleno desarrollo.

En México en cuanto a los resultados encontrados en la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA), la prevalencia de Diabetes Mellitus 2 en hombres y mujeres a partir de 20 años en adelante, nos proporciona resultados de 7.5% esto representa un 3.7 millones de casos. La prevalencia fue ligeramente mayor en mujeres con 7.8% que en hombres con 7.2%.

La Diabetes Mellitus 2 no es sólo producto de factores hereditarios y ambientales, sino también de los estilos de vida. Es también uno de los factores de riesgo más importantes para desarrollar enfermedades cardiovasculares, siendo así un aumento del costo de las asistencias sanitarias y hospitalización para el tratamiento de la Diabetes Mellitus 2, sus complicaciones e implicaciones médicas y psicológicas las cuales influyen en el sistema social y familiar.

Dada la complejidad de la Diabetes Mellitus 2 su atención es costosa, tardía y poco satisfactoria, ya que se estima que el gasto generado consume una gran parte de los centros de atención médica, por lo que este adquiere especial relevancia.

El presente estudio como base fundamenta los conceptos en el cual se reconocen 3 tipos de apoyo importantes para los pacientes con Diabetes Mellitus 2, los cuales son apoyo emocional, tangible o instrumental e informacional.

Se identifica que la falta de indicaciones médicas farmacológicas y cambios de estilos de vida suelen ser un reto para el paciente diabético a todos los niveles. Es por ello que la falta de apego proporciona complicaciones en la diabetes que causa un deterioro físico, y esto suele repercutir en la calidad de vida de los pacientes.

Un estudio realizado con anterioridad se observó el efecto de los factores biológicos, socioculturales y el apoyo social en el estilo de vida en el paciente con Diabetes Mellitus 2. Se evidencio que el apoyo social contribuye al explicar el estilo de vida con un 21.3% (Cuervo, 2001).

Es por ello que se pretende identificar y resaltar las áreas en las que se tienen que intervenir y considerar para llevar a cabo una implementación de programas exitosos, en el que se puedan involucrar tanto al usuario, familia y sociedad.

MARCO TEORICO

Uno de los principales problemas epidemiológicos, a nivel mundial, es el predominio de padecimientos crónicos-degenerativos y, dado que no sólo son producto de factores hereditarios y ambientales, su carácter complejo, multidimensional y multifactorial, además de expresarse como un aumento del costo de la asistencia sanitaria, incluye en su evolución, tanto implicaciones médicas y psicológicas como sociales y familiares.

Entre estos padecimientos crónicos-degenerativos de predominio mundial, la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), desorden metabólico crónico caracterizado por niveles elevados de glucosa en sangre, constituye una de las principales causas de invalidez y mortalidad prematura tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. La diabetes es una enfermedad crónica que se ha convertido en un problema de salud pública en México.^{1,2,3}

Según la NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus. La epidemia de la Diabetes Mellitus (DM) es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una amenaza mundial. Se calcula que en el mundo existen más de 180 millones de personas con diabetes y es probable que esta cifra aumente a más del doble para 2030. En 2005 se registraron 1.1 millones de muertes debidas a la diabetes, de las cuales alrededor de 80% ocurrieron en países de ingresos bajos o medios, que en su

mayoría se encuentran menos preparados para enfrentar esta epidemia. En México, de acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA), la prevalencia nacional de Diabetes Mellitus en hombres y mujeres adultos de más de 20 años fue de 7.5%, lo que representa 3.6 millones de casos. La prevalencia fue ligeramente mayor en mujeres (7.8%) respecto de los hombres (7.2%). De conformidad con la información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT) la prevalencia aumentó a 14%, lo que representa un total de 8 millones de personas con diabetes. ⁴

La organización mundial de la salud reportó en enero del 2011 que el 80% de las muertes por diabetes se registra en países de ingreso bajos y medios; casi la mitad de esas muertes corresponde a personas menores de 70 años y un 55% a mujeres. ⁵

González-Pier, considera que el patrón de causas de muerte en México ha evolucionado con rapidez en las últimas décadas. La Diabetes Mellitus es actualmente una de las enfermedades crónicas no transmisibles más comunes en las sociedades contemporáneas de todo el mundo. En 1955 las enfermedades transmisibles fueron responsables del 70% de todas las muertes en el país, pero hoy en día solo contribuyen con el 12%. Durante este mismo intervalo, la proporción de muertes causadas por enfermedades no transmisibles se ha elevado de 23 a 75 % del total. ⁶

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en su publicación México de un vistazo 2011, cita en el apartado “Defunciones generales” por principales causas 2009, la Diabetes Mellitus tipo 2 en el segundo lugar de mortalidad general con un porcentaje de 13.8%.⁷

Es de sobra conocido que en la Diabetes Mellitus 2, se desarrolla una serie de complicaciones que determinan un alto grado de morbilidad y mortalidad. Su tratamiento es complicado e involucra diversas circunstancias que, en el mayor de los casos, contribuyen al abandono del tratamiento, por lo que se requiere que el paciente realice modificaciones en su comportamiento. Sin embargo, dichas modificaciones no sólo dependen del enfermo, también el apoyo que reciba es importante y, es en este marco en que las circunstancias del entorno social y familiar tendrán un peso determinante.⁷

Tejada, Grimaldo y Maldonado (2006) realizaron una investigación de corte cualitativo y cuyo propósito fue explorar las percepciones de los enfermos diabéticos y sus familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento. Se encontró que el apoyo familiar tiene una repercusión directa sobre la aceptación de la enfermedad por parte del enfermo y el desarrollo de un conjunto de conductas que le permiten mantener el control de su enfermedad. Los autores recomiendan que los profesionales de la salud deban considerar la dimensión de familia que incluso otras redes sociales como otros parientes y amigos cuando brinda atención al enfermo de diabetes.⁸

Generalmente, se reconocen tres tipos de apoyo: 1) el emocional, definido como sentimientos de ser amado y de pertenencia, intimidad, el poder de confiar en alguien, y la disponibilidad de alguien con quien hablar; 2) el tangible o instrumental, que se ha determinado como prestar ayuda directa o servicios; 3) y el informacional, proceso en el cual las personas buscan información, consejo o guía que les ayude a resolver sus problemas, éste no es fácil separarlo del emocional. Por lo tanto, el apoyo informacional y el tangible pueden considerarse como apoyo emocional.⁹

Alonso, Carmona, García y Vega (1999), realizaron un estudio en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, determinaron la relación entre las influencias interpersonales (apoyo social) con la práctica de estilo de vida (ejercicio, nutrición). Al aplicar la correlación de Pearson en lo que se refiere a la relación de apoyo social fue positiva entre el apoyo emocional y el estilo de vida nutrición ($r = .24$, $p = .08$), el apoyo tangible obtuvo una correlación positiva de $r = .23$ y una significancia de $.09$.¹⁰

Vinaccia y Cols, se propusieron estudiar la calidad de vida y la conducta de enfermedad en personas con diabetes y observar si existe relación entre ellas. Encontraron que la función física esta inversamente relacionada con la percepción psicológica y somática de la enfermedad. La salud mental también se encontró inversamente relacionada a la distorsión afectiva, la negación y la irritabilidad.¹¹

Por otra parte la adherencia es un requisito para que los avances científicos y terapéuticos generen resultados positivos en el tratamiento de las enfermedades

crónicas, especialmente de la Diabetes Mellitus tipo 2 y para evaluar la efectividad del régimen terapéutico.^{12, 13}

El reconocimiento y la preocupación por el hecho de que a menudo los pacientes no siguen las prescripciones médicas de los profesionales de la salud se remontan a tiempos muy antiguos. Hipócrates afirmaba en algunos de sus escritos que algunos pacientes mentían al médico cuando eran interrogados acerca de si habían tomado las medicinas indicadas; en efecto, en el corpus hipocrático se habla ya de los errores y engaños de los enfermos y de cómo aquellos eran considerados como un obstáculo para la curación del paciente, teniendo en cuenta que para él y luego para Galeno siete siglos después el arte de la medicina consistía en ayudar a la naturaleza en su esfuerzo curativo.

El papel del enfermo era juzgado como fundamental, así como la enfermedad, el oficio del médico y las circunstancias externas (Ballester, 2003, 2004, 2005; Meichenbaum & Turk, 1991).^{14, 15, 16, 17, 18}

La Diabetes como padecimiento crónico a partir de su diagnóstico requerirá de atención durante toda la vida, representa un problema de grandes dimensiones debido a que una gran parte de los diabéticos manifiestan bajo apego al tratamiento, lo que conduce a un deficiente control de la enfermedad y como consecuencia a que se presenten con más frecuencias síntomas, y a que el impacto en la vida diaria en la persona represente un desgaste físico y emocional. Solo una pequeña fracción de

los afectados acude regularmente a los servicios de salud y de estos entre 25 y 40 % logran el control metabólico deseado.¹⁹

La falta de adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas, como lo es la Diabetes tipo 2, implica una alta carga económica a los individuos y a la sociedad. Dada la particular complejidad de las enfermedades crónicas su atención es costosa, tardía y poco satisfactoria. Por sus características propias, requieren tratamientos prolongados (medicamentos, dieta, ejercicio y cuidados especiales) que llegan a formar parte de la vida cotidiana del paciente y que, en un momento dado, su cumplimiento está en función del estado emocional del paciente, la falta de motivación, desconocimiento, baja autoestima y factores culturales, entre otros. Así pues, para alcanzar un tratamiento efectivo se hace necesario que sean tomadas en cuenta las necesidades y expectativas del paciente a fin de que comprenda los objetivos del tratamiento y las modificaciones necesarias a su estilo de vida.²⁰

Los síntomas de ansiedad o depresión en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 son importantes debido a sus efectos negativos en el control glucémico,²¹ el apego al tratamiento²² y en la calidad de vida.²³

Pineda y Cols. (2004) plantearon un estudio cuyo objetivo fue determinar los niveles de depresión y su sintomatología característica en pacientes adultos con diabetes Mellitus tipo 2. Los resultados indicaron que un 55% de los pacientes evidenciaron algún tipo de nivel de depresión. Los sujetos del sexo femenino evidenciaron niveles más grandes de depresión y un mayor índice de sintomatología característica de esta

alteración del estado del ánimo, que los hombres. Las conclusiones del presente estudio confirman la comorbilidad entre la depresión y la Diabetes Mellitus tipo 2 y plantean la necesidad de la atención psicológica a poblaciones clínicas con esta condición crónica, debido al impacto potencial que podría tener la depresión, el manejo y calidad de vida de pacientes con diabetes.²⁴

La Diabetes Mellitus tipo 2, es consecuencia de la interacción de factores genéticos y ambientales entre los que el estilo de vida juega un papel fundamental.²⁵ El conocimiento del estilo de vida y su medición es una prioridad para los médicos que atienden a pacientes con Diabetes, pues algunos de sus componentes como tipo de alimentación,^{26,27} actividad física,²⁸ presencia de obesidad,²⁹ consumo de alcohol³⁰ y consumo de tabaco,³¹ entre otros, se han asociado a la ocurrencia, curso clínico y control de la diabetes. La modificación de estos factores puede retrasar o prevenir la aparición de la diabetes o cambiar su historia natural.^{32, 33}

Henry E. Sigerist, plantea en sus escritos, que para el individuo la enfermedad no es solo un proceso biológico, sino una experiencia que puede afectar su vida y sus actos. Igualmente hay predisposición hereditaria, adquirida con gran influencia en el modo de vivir, donde la religión, la educación, las condiciones sociales y económicas, son factores que determinan la actitud del hombre hacia la vida y afectan la forma individual de enfermar.³⁴

La Organización Mundial de la Salud considera al estilo de vida como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los

patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y por las características personales de los individuos. De esta manera, ha propuesto la siguiente definición: “ Los estilos de vida son patrones de conducta que han sido elegidos de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo a su capacidad para elegir y a sus circunstancias socioeconómicas”.³⁵ Entre los dominios que integran el estilo de vida se han incluido conductas y preferencias relacionadas con el tipo de alimentación, actividad física, consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, responsabilidad para la salud, actividades recreativas, relaciones interpersonales, prácticas sexuales, actividades laborales y patrones de consumo,³⁶ define la calidad de vida como una percepción individual de uno a cerca de su posición en la vida³⁷, en el contexto de la cultura y sistema de valores en que vive y en relación con sus metas, sus perspectivas, sus normas y preocupaciones.³⁸

Zaragoza (2007), define la calidad de vida en salud como funcionalidad en las siguientes áreas: psicoemocional, social, física, ocupacional-laboral, percepción del bienestar y salud, sexual y cognitiva.³⁹

En un estudio cualitativo Gallegos, Cárdenas, y Salas (1999), definieron las capacidades especializadas de autocuidado del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2. Los resultados mostraron una categoría nueva relacionada con el cambio de hábitos y actitudes, dentro de lo que sobresale el papel que el paciente confiere a la familia en el cuidado de su enfermedad.⁴⁰ En el 2001 Cuervo, estudio el efecto de los factores biológicos, socioculturales y el apoyo social en el estilo de vida en el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2, en donde se evidenció que el apoyo social

contribuye a explicar el estilo de vida con un 21.3 % de variación explicada $F(1,10) = 28.12, (p < .01)$.⁴¹

El apoyo social ha sido definido de diversas formas: en algunos estudios epidemiológicos se ha definido como el número de contactos e interacciones mantenidas por una persona, otros estudios lo han definido como la percepción de pertenencia a un grupo a redes sociales de comunicación y obligación mutua, mientras que otros autores lo han visto como un protector frente al padecimiento de ciertas alteraciones de carácter psicológicas formulándolo en términos de mecanismos a través de los cuales las relaciones interpersonales de un individuo pueden protegerlos de la patología inducida por el estrés (Gil-Roales, 2004).⁴² El apoyo familiar es clave en el control metabólico de la enfermedad al propiciar un ambiente favorable para reducir el estrés y mejorar el cumplimiento del tratamiento.⁴³ De acuerdo con diversos autores, ^{44,45} dicho apoyo tiene sus bases en las redes sociales, y se deriva de las relaciones interpersonales familiares o de pares.

Es evidente que el apoyo familiar repercute en la enfermedad, su evolución y desenlace; se considera elemento fundamental para desarrollar conductas de salud y autocuidado, así como en la adhesión del enfermo al tratamiento médico.⁴⁶

En lo que respecta a estudios sobre apoyo social en México, Robles, se encontraron principalmente los siguientes reportes de investigación: dos con enfoque cuantitativo: 1) el de Robles⁴⁷ referido a las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes en

una zona marginal de Guadalajara y cuyos resultados mostraron que las características del enfermo son diferentes en relación con la edad, el sexo y el parentesco de las fuentes de apoyo; y 2), el de Borges y Gómez ⁴⁸ quienes se propusieron describir las características sociodemográficas y las determinantes de la utilización de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. Luego bajo la perspectiva cualitativa destacan dos referencias: 1) Mercado ^{49,50} sobre la perspectiva de los sujetos enfermos, estudios realizados según el enfoque de la experiencia del padecimiento, los cuales proponen incorporar el punto de vista de los sujetos sociales y de la subjetividad en el campo de la salud; y 2), Alcántara ⁵¹, estudio metacéntrico realizado en tres ciudades de México cuyos resultados muestran las diferentes percepciones de los pacientes sobre los servicios médicos que reciben según la participación de éstos en grupos de autoayuda y en actividades de educación para la salud.

No obstante la importancia de los trabajos referidos previamente, estos se realizaron en su mayoría en el contexto de la región centro y occidente y específicamente con población de barrios urbanos populares marginados. En México, poco se sabe o se desconoce, sobre la situación de los enfermos crónicos y específicamente de los diabéticos que habitan en la región norte ⁵².

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El apoyo social ha sido definido de diversas formas: en algunos estudios epidemiológicos se ha definido como el número de contactos e interacciones mantenidas por una persona, otros estudios lo han definido como la percepción de pertenencia a un grupo a redes sociales de comunicación y obligación mutua mientras que otros autores lo han visto como un protector frente al padecimiento de ciertas alteraciones de carácter psicológicas formulándolo en términos de mecanismos a través de los cuales las relaciones interpersonales de un individuo pueden protegerlos de la patología inducida por el estrés (Gil-Roales, 2004).⁴²

En cuanto a los estilos de vida “son patrones de conducta que han sido elegidos de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo a su capacidad para elegir y a sus circunstancias socioeconómicas”.³³

Por sus características propias la DM2, requiere tratamientos prolongados (medicamentos, dieta, ejercicio y cuidados especiales) que llegan a formar parte de la vida cotidiana del paciente y que, en un momento dado, su cumplimiento está en función del estado emocional del paciente, la falta de motivación, desconocimiento, baja autoestima y factores culturales, entre otros. Así pues, para alcanzar un tratamiento efectivo se hace necesario que sean tomadas en cuenta las necesidades y expectativas del paciente a fin de que comprenda los objetivos del tratamiento y las modificaciones necesarias a su estilo de vida.²⁰

La falta de adherencia al tratamiento en la DM2 implica una alta carga económica a los individuos y a la sociedad. Dada la particular complejidad de la enfermedad crónica su atención es costosa, tardía y poco satisfactoria. Se estima que el gasto generado por esta situación consume una gran parte del presupuesto de los centros de atención médica, por lo que este tópico adquiere especial relevancia.

En base a los datos antes expuestos nos lleva a investigar esta problemática y nos formulamos la siguiente pregunta: **¿Cuál es la percepción del apoyo social en el estilo de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2?**

JUSTIFICACIÓN

La diabetes es una enfermedad crónica que se ha convertido en un problema de salud pública en México.^{1, 2,3} La epidemia de la diabetes mellitus (DM) es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una amenaza mundial. Se calcula que en el mundo existen más de 180 millones de personas con diabetes y es probable que esta cifra aumente a más del doble para 2030. En 2005 se registraron 1.1 millones de muertes debidas a la diabetes, de las cuales alrededor de 80% ocurrieron en países de ingresos bajos o medios, que en su mayoría se encuentran menos preparados para enfrentar esta epidemia.⁴

Es de sobra conocido que en la DM2, se desarrolla una serie de complicaciones que determinan un alto grado de morbilidad y mortalidad. Este padecimiento crónico-degenerativo, no sólo es producto de factores hereditarios y ambientales, su carácter es complejo, multidimensional y multifactorial, además de expresarse como un aumento del costo de la asistencia sanitaria, incluye en su evolución, tanto implicaciones médicas y psicológicas, como sociales y familiares.

La falta de adherencia a las indicaciones médicas tanto farmacológica, como cambios de estilo de vida es un reto para la atención del paciente diabético a todos los niveles. Y por tanto, dada la falta de apego se tiene como resultado inmediato un descontrol metabólico que conduce a complicaciones de la diabetes que primeramente causan un deterioro físico que repercute en la calidad de vida de los pacientes. Y para los servicios de salud implica gastos elevados, con el objetivo de poder atender dichas complicaciones. De tal forma que en busca de las posibles

causas del desapego a los tratamientos hay que voltear a ver qué es lo que pasa con el paciente en relación al apoyo que recibe de la familia para poder realizar cambios favorables para su salud y que repercutan en seguir las indicaciones de su médico.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la percepción del apoyo social en el estilo de vida del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar el nivel de apoyo social del adulto con Diabetes mellitus tipo 2.
- Determinar el estilo de vida del adulto con Diabetes mellitus tipo 2.

HIPOTESIS

HIPOTESIS DE TRABAJO:

El estilo de vida favorable es directamente proporcional al apoyo social que recibe el paciente con diabetes mellitus tipo 2.

HIPOTESIS NULA:

El estilo de vida favorable no es directamente proporcional al apoyo que recibe el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2.

MATERIAL Y MÉTODOS

a) Característica del lugar donde se llevara a cabo el estudio:

La investigación se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 4 del IMSS. Guaymas, Son. Con una población adscrita, de 81.000 derechohabientes. que está básicamente conformada por personas dedicadas a trabajos relacionados a la industria marítima como pescadores, empleados de empresas emparadoras y procesadoras de productos pesqueros, obreros de maquiladoras, empleados prestadores de servicios, así como comercio, entre otros.

b) Diseño y tipo del estudio.

- Tipo de investigación: Epidemiológica.
- Tipo de estudio: Analítico
- Diseño del estudio: Transversal, Prospectivo

Lugar de la investigación:

Unidad de Medicina familiar número 4 del IMSS en Guaymas, Sonora. Cuenta con 13 consultorios, con acceso principal por Boulevard Benito Juárez.

c) variables de estudio:

- **Variable dependiente:** Estilo de vida
- **Variable independiente:** Apoyo social

Escalas de medición de variables

<i>Variable</i>	<i>Indicador</i>	<i>Escala de medición</i>
<ul style="list-style-type: none"> Variable independiente: Apoyo Social. 	Con apoyo social Sin apoyo social	Cualitativa Categórica
<ul style="list-style-type: none"> Variable dependiente: Estilo de Vida 	Saludable No saludable	Cualitativa Categórica

1. Apoyo social

Conceptual: Conjunto de recursos sociales existentes, de diferentes naturalezas que recibe un individuo en una situación dada, en su vínculo con el ambiente a través de las relaciones interpersonales y que pueden ser percibidos de manera positiva o negativa, influyendo en su bienestar y capacidad de funcionamiento frente a la enfermedad de manera dinámica.

Operacional: Percepción de un individuo de la protección o apoyo recibido por sus relaciones interpersonales. Para tales efectos de medición se utilizará una encuesta validada la cual se compone de 12 ítems, denominada: escala multidimensional de apoyo social percibido.

2. Estilo de vida

Conceptual: Manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y por las características personales de los individuos.

Operacional: Son patrones de conducta que han sido elegidos de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo a su capacidad para elegir y a sus circunstancias socioeconómicas. Para ello se utilizará el instrumento IMEVID.

3. Diabetes Mellitus Tipo 2

Conceptual: Tipo de diabetes en la que se presenta resistencia a la insulina y en forma concomitante una deficiencia en su producción, puede ser absoluta o relativa.

Operacional: Enfermedad en la que falta parcialmente la insulina en el organismo.

d) Población o universo de estudio de trabajo

Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 adscritos al programa Diabetimss, así como pacientes que son atendidos por su médico familiar.

MUESTRA

-Muestreo no probabilístico, por conveniencia, 100% de un grupo en sesión educativa del programa Diabetimss. Y el mismo número de pacientes que llevan el control de su enfermedad con su médico familiar. Que cumplan con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación del estudio.

CALCULO DE LA MUESTRA.

$$n = \frac{(p_1q_1 + p_2q_2)(K)}{(P_1 - p_2)^2}$$

n= número de individuos que deberán ser estudiados por grupo

p₁= Proporción esperada Grupo A expuesto al fenómeno: 30 % (0.3)

p₂= Proporción esperada Grupo B no expuesto al fenómeno: 60% (0.6)

$$q_1 = 1 - p_1 = 1 - 0.3 = 0.7$$

$$q_2 = 1 - p_2 = 1 - 0.6 = 0.4$$

K= Nivel de confianza y poder (Z_a-Z)

$$Z_a = \text{nivel de confianza } 5\% (.05) = 1.64$$

$$Z = \text{Poder propuesto } = 90\% (0.90) = 1.28$$

$$K = 8.6$$

$$n = \frac{(0.3)(0.7) + (0.6)(0.4)(8.6)}{(0.3 - 0.6)^2} = \frac{3.87}{0.09}$$

$$n = 43$$

Más 10 % de posibles pérdidas

$$n = 47 \text{ (por cada grupo)}$$

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

Criterios de inclusión:

- Que los pacientes tengan más de 6 meses de diagnóstico.
- Que los pacientes se encuentren actualmente bajo tratamiento farmacológico.
- Que sean integrantes del programa educativo Diabetimss.
- Firmar consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Analfabetismo del paciente.

- Pacientes con enfermedades neurológicas, psiquiátricas o cualquier otra que impidiera la comunicación.
- Pacientes con complicaciones graves que impidan realizar actividades de la vida diaria.
- Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1.

Criterios de eliminación:

- Llenado incompleto de encuestas.

INSTRUMENTOS

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO

Se trata de una encuesta constituida por 12 ítems, que evalúan la percepción de apoyo social. Estos ítems se agrupan en 3 factores. El primero mide apoyo social de pares (ítems 6, 7, 9 y 12), el segundo apoyo de la familia (ítems 3, 4, 8 y 11) y el tercero percepción de apoyo de la pareja u otras figuras significativas (ítems 1, 2, 5 y 10). Elaborado por Zimet.1988. El formato de respuesta es de tipo Likert, de cuatro puntos (1 = *casi siempre*; 2 = *a veces*; 3 = *con frecuencia*; 4 = *siempre o casi siempre*). A mayor puntaje obtenido, se estima mayor percepción de apoyo social.

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO:

Para realizar las mediciones en esta investigación se usara La Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, dicho instrumento fue elaborado por Zimet, Dahlem, Zimet y Farley 1988. Dicha encuesta está validada y tiene una confiabilidad alfa de Cronbach. La calificación total para todo en inventario fue de .0849.

IMEVID

Se trata de una encuesta constituida por 25 ítems, agrupados en siete dominios: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, emociones y adherencia terapéutica. Confeccionado por López Carmona y col. 2002. El Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos permite al personal de salud, medir el estilo de vida de los pacientes con DM2 de una manera rápida, válida y confiable. Escala de calificaciones del instrumento: Se asignan calificaciones de 0, 2 y 4 a las tres opciones de respuesta, el valor más alto para la conducta deseable para todo el instrumento es una escala de 0 a 100 puntos.

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO:

Para efectuar las evaluaciones en el presente estudio de investigación, se utilizará el Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos (IMEVID), el cual fue diseñado por López-Carmona JM, Ariza-Andraca CR, Rodríguez-Moctezuma JR, Munguía-Miranda C 2002. Dicha encuesta está validada y tiene una confiabilidad alfa de

Cronbach para la calificación total fue de 0.81 y el coeficiente de correlación test-retest de 0.84.

ANALISIS DE DATOS

Para el análisis de datos se utilizará el paquete estadístico SPSS versión 15. Se realizaran pruebas estadísticas de correlación, Chi cuadrada y razón de momios. La presentación se hará en cuadros y gráficas.

PRINCIPIOS ETICOS

En este estudio no se perjudican los principios de justicia, beneficencia y de respeto. Por ser un estudio sin intervención a través de encuestas, se considera un estudio sin riesgo. Tomando en cuenta que a cada participante se le cuestionará el nivel de información, su tratamiento y su patología, aunque de manera anónima, no deja de ser de alguna manera incómoda, por ello se solicitará la participación libre y voluntaria se le otorgara un formato de consentimiento informado para la participación en protocolos de investigación del IMSS (clave 2810-009-013). En donde se aclara el objetivo de la encuesta, los cuales serán solo con fines de investigación.

Según tratado de Helsinki en su última revisión y del Código de Núremberg, se trata de un estudio con riesgo mínimo por la incomodidad, pero aun así se aplican los principios de justicia, beneficencia y respeto

JUSTICIA: Este principio no se afecta ya que el trato será justo y equitativo y sin riesgo al bienestar vital.

BENEFICIENCIA: Este principio se promueve en el estudio ya que su realización es para fines de mejorar los niveles de prevención de adicciones en los jóvenes. Además aplica el hacer el bien y no hacer daño, ya que se respeta la autonomía de los participantes, así como de sus valores.

RESPECTO: Este principio no se afecta, ya que se respeta la libre voluntad de participar en el estudio bajo carta de consentimiento informado, sin que la decisión de no participar afecte la atención y/o consecución del proceso educativo del estudiante. Se respetara las preferencias de la población estudiada, y no se rebelaran nombres.

La realización del estudio es factible como puede observarse y ya se cuenta con los recursos necesarios para su ejecución, el gasto monetario es costeable por el investigador y el tiempo en el que se lleve a cabo el estudio al ser de origen transversal, no necesita una prolongación temporal.

El estudio será autofinanciado por el investigador.

Resultados:

Al analizar la información procedente al trabajo de campo la cual fue obtenida mediante instrumentos de medición tipo encuesta, encontramos los siguientes resultados: la percepción del apoyo social y el estilo de vida de los pacientes Diabéticos respecto al género se comportó de la siguiente manera. Percepción del poco apoyo social con un inadecuado estilo de vida, se presenta en mayor porcentaje (38.2%) en mujeres, mientras que solo el (14.8%) de hombres perciben poco apoyo social, invirtiéndose la mayoría hacia al género masculino con inadecuado estilo de vida que percibe un apoyo social satisfactorio siendo de 12.7% y de 6.38% en mujeres. Al procesar la información del estilo de vida adecuado encontramos que el 2.1% de hombres perciben poco apoyo social y el 14.8% de las mujeres tienen el mismo sentir. Por otro lado el 0.0% de los hombres con adecuado estilo de vida perciben apoyo social satisfactorio, mientras que el 10.6% de las mujeres comparten la misma opinión (ver tabla 1).

Al analizar particularmente el grupo muestreado de consulta externa encontramos que el poco apoyo social percibido por hombres con inadecuado estilo de vida fue del 17.02%, mientras que en mujeres se reporta 19.14%. En lo realizado a la percepción que tienen los pacientes con inadecuado estilo de vida y apoyo social satisfactorio

las personas del género masculino resultaron en un porcentaje de 10.6% y el género femenino un 23.4%. Mientras que los individuos con adecuado estilo de vida y que perciben poco apoyo social resultaron 4.25% para hombres y 8.51% en mujeres, y

aquellos que reportan apoyo social satisfactorio y adecuado estilo de vida 10.6% corresponde a sexo masculino y 6.38% sexo femenino (ver tabla 2).

Al analizar la percepción de apoyo social respecto al estilo de vida por grupo de edad de Diabetimss encontramos que en el grupo de 20 y 40 años con adecuado estilo de vida no se reporta ningún individuo que perciba apoyo social satisfactorio y solo 1 con poco apoyo social. Mientras que con inadecuado estilo de vida 2 a perciben apoyo satisfactorio y 1 con poco apoyo.

En el grupo de edad de 41 a 50 años, se reporta con adecuado estilo de vida y satisfactorio apoyo 2 y con poco apoyo perciben 2 pacientes, respecto a inadecuado estilo de vida, apoyo satisfactorio no se encuentra ninguno y 10 percibieron poco apoyo.

En lo que respecta al grupo de 51 a 60 se reporta que 2 personas con adecuado estilo de vida perciben satisfactorio apoyo y 4 poco apoyo. Los pacientes con inadecuado estilo de vida 3 corresponden a satisfactorio apoyo social y 6 a poco apoyo.

En el grupo de 61 a 70 años, resulto con adecuado estilo 1 y estar satisfecho con el apoyo social que recibe y 0 esta con poco apoyo en lo que respecta a personas con adecuado estilo de vida. Mientras que en aquellos con inadecuado estilo de vida, 3 perciben apoyo satisfactorio y 8 poco apoyo.

En el grupo de 71 y más se reporta que ningún individuo percibe satisfactorio apoyo social y solo 1 poco apoyo en lo que respecta adecuado estilo de vida.

En lo referente al inadecuado estilo de vida solo un paciente percibe apoyo social satisfactorio y ninguno percibe poco apoyo social.

En el grupo de consulta externa según la edad encontramos que en los 20 a 40 años con adecuado estilo de vida ninguno percibe satisfactorio apoyo social y solo 1 apoyo social, en lo que respecta a inadecuado estilo de vida 1 refirió apoyo social satisfactorio y 1 poco apoyo. En el grupo 41 a 50 años, 2 pacientes perciben apoyo satisfactorio y 2 poco apoyo con adecuado estilo de vida, al analizar el inadecuado estilo de vida 5 refieren estar satisfechos con el apoyo recibido y 4 responde poco apoyo. En la edad comprendida de 51 a 60 años, con buen apoyo social y con adecuado estilo de vida se reportaron 2 y con poco apoyo se refirieron 2. Respecto con inadecuado estilo de vida 7 percibió buen apoyo y 7 con poco apoyo.

Al analizar el grupo de 61 a 70 años encontramos a personas con adecuado estilo de vida y apoyo social a ninguno y 1 dice tener poco apoyo social. En los individuos con inadecuado estilo de vida 2 dicen estar satisfechos y 4 sienten el poco apoyo social, en el grupo de 71 y mas solo 3 de los pacientes con adecuado estilo están satisfecho y 1 percibe poco apoyo social.

Al analizar los pacientes con inadecuado estilo de vida 1 percibe buen apoyo y 1 poco apoyo social.

Tabla 1.

PERCEPCION DEL APOYO SOCIAL EN EL ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS DEL PROGRAMA DIABETIMSS

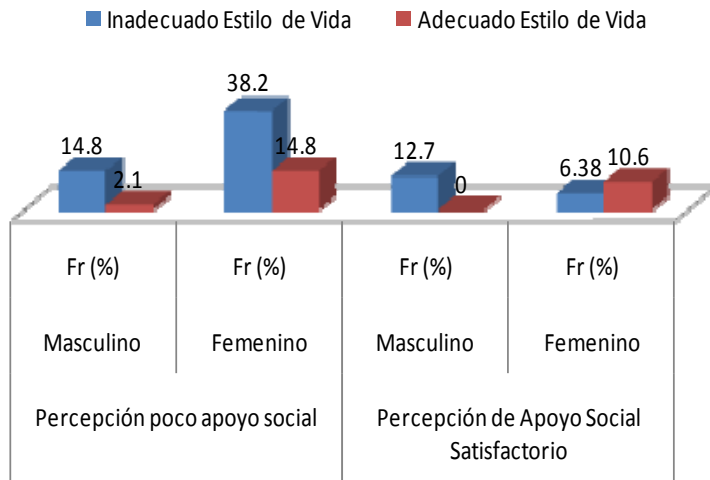
Estilo de vida	APOYO SOCIAL			
	Percepción poco apoyo social		Percepción de Apoyo Social Satisfactorio	
	Masculino Fr (%)	Femenino Fr (%)	Masculino Fr (%)	Femenino Fr (%)
Inadecuado Estilo de Vida	7 (14.8)	18 (38.2)	6 (12.7)	3 (6.38)
Adecuado Estilo de Vida	1 (2.1)	7 (14.8)	0 (0)	5 (10.6)
Total	8 (17.02)	25 (53.19)	6 (12.7)	8 (17.02)
n=47 (100)				
*P¹ .36 *P² .07				

*P¹= Pearson Chi-Square Generomasculino.

*P²= Pearson Chi-Square Generofemenino.

Fuente: Trabajo de campo (encuestas: IMEVID y Escala Multidimensional de Apoyo Social aplicadas en 2012)

PERCEPCION DE APOYO SOCIAL EN EL ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS DEL PROGRAMA DIABETIMSS (%)



Fuente: Trabajo de campo (encuestas: IMEVID y Escala Multidimensional de Apoyo Social aplicadas en 2012)

Tabla 2.

PERCEPCION DEL APOYO SOCIAL EN EL ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS DE CONSULTA EXTERNA

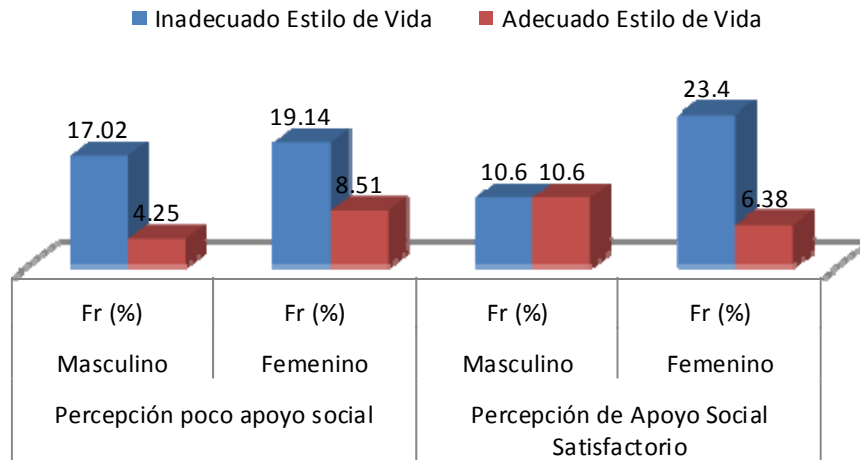
Estilo de vida	APOYO SOCIAL			
	Percepción poco apoyo social		Percepción de Apoyo Social Satisfactorio	
	Masculino Fr (%)	Femenino Fr (%)	Masculino Fr (%)	Femenino Fr (%)
Inadecuado Estilo de Vida	8 (17.02)	9 (19.14)	5 (10.6)	11 (23.4)
Adecuado Estilo de Vida	2 (4.25)	4 (8.51)	5 (10.6)	3 (6.38)
Total	10 (21.27)	13 (27.65)	10 (21.27)	14 (29.78)
n=47 (100)				
*P¹.25 *P².40				

*P¹= Pearson Chi-Square Generomasculino.

*P²= Pearson Chi-Square Generofemenino.

Fuente: Trabajo de campo (encuestas: IMEVID y Escala Multidimensional de Apoyo Social aplicadas en 2012).

PERCEPCION DE APOYO SOCIAL EN EL ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS DE CONSULTA EXTERNA (%)



Fuente: Trabajo de campo (encuestas: IMEVID y Escala Multidimensional de Apoyo Social aplicadas en 2012).

Discusión:

En un estudio realizado por Alonso, Carmona, García y Vega (1999) en donde relacionó apoyo social y apoyo emocional con el estilo del apoyo reporta que el apoyo social contribuye en un 23 % en mejorar el estilo de vida. Por nuestra parte encontramos la mayor parte de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 analizados percibe poco apoyo social, lo que pareciera contradecir los resultados de Alonso y colaboradores. Sin embargo, tendríamos que aclarar que solo es la percepción del paciente lo que se midió en el presente trabajo, es decir; si se tuviera la percepción de los demás integrantes de la familia con seguridad se obtendrían resultados similares.

Por otro lado, en otro estudio realizado por Cuervo en el (2001) estudio el efecto de los factores biológicos, socioculturales y el apoyo social en el estilo de vida en el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2. En donde se evidencio que el apoyo social contribuye a explicar el apoyo de vida con un 21.3 %. En el presente estudio realizado se encontró que el paciente con DM2 adscritos al programa de Diabetimss y de la consulta externa de la UMF#4 de Guaymas sonora, se observó que de acuerdo al apoyo social y el estilo de vida incide de manera favorable y que no hay diferencia significativa con el estudio realizado por Cuervo.

Tejada y colaboradores en el 2006, analizaron la percepción de los pacientes con Diabetes Mellitus y sus familiares, respecto al apoyo que reciben, encontrando que dicho apoyo repercute directamente principalmente en la aceptación de la patología, lo que a su vez permite mejorar el control del padecimiento. Por nuestra parte

encontramos que la percepción del apoyo social satisfactoria fue del 8% de los pacientes con un estilo de vida adecuado y que dicha percepción se acentúa entre la edad comprendida entre los 51 y 60 años de edad. Esto podría explicarse de alguna manera desde la necesidad del paciente por recibir más atención de parte de su familia, lo que posiblemente los enfermos traducen como poca percepción de apoyo social. Resultados que no contrastan con lo encontrado por Tejada.

Conclusiones:

El proyecto que se realizó contribuyó en forma importante para identificar y resaltar las áreas en las que hay que intervenir y considerar para llevar a cabo una implementación de programa exitoso. En el que se involucre al usuario, la familia y la sociedad; en la importancia que significa el llevar un buen estilo de vida y como interviene el recibir apoyo social, para cumplir con el tratamiento, siendo clave para el control metabólico de la enfermedad y por tanto disminuir riesgos de complicaciones. Comprobamos la hipótesis de trabajo y descartamos la hipótesis nula.

La percepción de apoyo social satisfactorio se acentúa en entre el grupo de edad comprendido entre los 51 y 60 años de edad. El 53 % de los pacientes con DM2 del programa Diabetimss perciben poco apoyo social y presentan un inadecuado estilo de vida.

Solo el 16 % de los pacientes que perciben poco apoyo social tiene adecuado estilo de vida. De los pacientes con inadecuado estilo de vida el 19 % perciben apoyo social satisfactorio.

En pacientes con estilo de vida adecuados el 10.6 % de ellos percibe estar satisfechos con el apoyo social. En general el 29.72 % percibe poco apoyo social satisfactorio y el 70.21 % percibe poco apoyo social.

El 72.08 % de los pacientes con DM2 que acuden al programa Diabetimss en la UMF 4, Guaymas, Son. Presenta inadecuado estilo de vida, mientras que el 27.92 % llevan un adecuado estilo de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vázquez RM. Prevalencia de Diabetes Mellitus no insulino dependiente y factores de riesgo asociados en una población de México. *GacMedMex*1993; 129: 191–9.
2. Guerrero RJ, Rodríguez MM. Diabetes Mellitus: un análisis de mortalidad por causa básica. *RevMed IMSS* 1996; 34(1):43–8.
3. Arturo Árcega–Domínguez, Carmen Lara–Muñoz, Sergio Ponce–de–León–Rosales. Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes. Junio de 2005.
4. Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus, NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010.
5. Organización Mundial de la Salud. Diabetes. Nota descriptiva 312. Septiembre 2012.
6. González- Pier E. definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. *Salud Pública Méx.* 2007; 49 (suppl1): 37-52.
7. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) presenta México de un vistazo2011.
8. Tejada, L., Grimaldo, B. y Maldonado, O. (2006). Percepción de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento. *Revista de Salud Pública y Nutrición.* 7.
9. Isabel Valadez Figueroa y col. 2003. Diseño de un instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2.
10. Alonso, M., Carmona, M., García, S., & Vega, C. (1999). Relación de factores personales e influencias interpersonales con estilos de vida en pacientes diabéticos tipo 2. *Enfermería Siglo XXI*, 3, 17-20. PAG 9
11. Vinaccia, S., Fernández, H., Escobar, O., Calle, E., Andrade, I., Contreras, F. y cols. (2006). Calidad de vida y conducta de enfermedad en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II. *Suma Psicológica*, 13 (1), 15-31.
12. Lerman, I. Adherence to Treatment: The Key for Avoiding Long-Term Complications of Diabetes. *Archives of Medical Research* 2005; 36 (1): 301–302.

13. Lancheros Páez L y col. (2010) Identificación de la adherencia al tratamiento nutricional aplicando el modelo de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en un grupo de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidas en la Asociación Colombiana de Diabetes, Diaeta (B.Aires) 2010;28 (133):17-23.
14. Ballester, R. (2003). Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo comportamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con infección por VIH/SIDA. *Psicothema*, 15, 517-523.
15. Ballester, R. (2004). Adhesión terapéutica. Revisión histórica y estado de la cuestión en la infección por VIH. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, 151-175.
16. Ballester, R. (2005). Aportaciones desde la psicología al tratamiento de las personas con infección por VIH/SIDA. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10, 53-69.
17. Meichenbaum, D. y Turk, D.C. (1991). Como facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos. Guía práctica para los profesionales de la salud. Bilbao: Desclee de Brouwer.
18. Stefano Vinacciay col. (2006) Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnostico de hipertensión arterial, *Informes psicológicos*, No. 8 p. 89 – 106.
19. Investigación y desarrollo (2002). El Impacto de la Diabetes en Individuos. *Periodismo de Ciencia y Tecnología*.
20. Pedro Gonzáles-Castro (2011) El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2)
21. Pineda Olvera AE, Stewart SM, Galindo L, Stephens J. Diabetes, depression, and metabolic control in Latinas. *CulturDiversEthnicMinorPsychol* 2007;13:225-231.
22. Nau DP, Aikens JE, Pacholski AM. Effects of gender and depression on oral medication adherence in persons with type 2 diabetes mellitus. *GendMed* 2007;4:205-213.
23. Hervás A, Zabaleta A, De Miguel GJ, et al .Health related quality of life in patients with diabetes mellitus type 2. *AnSistSanitNavar* 2007;30:45-52

24. Pineda, N., Bermúdez, V., Cano, C., Mengual, E., Romero, J., Medina, M. y cols. (2004). Niveles de depresión y sintomatología característica en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2, Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, 23 (1).
25. Juan Manuel López-Carmona y col. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, Salud pública de México / vol.45, no.4, julio-agosto de 2003. .
26. Mann JI. The role of nutritional modifications in the prevention of macrovascular complications of diabetes. Diabetes 1997;46 (Suppl 2):S125-S130.
27. American Diabetes Association. Nutrition recommendations and principles for people with diabetes mellitus. Diabetes Care 1998; 21(Suppl 1):S32-S35.
28. American Diabetes Association. Diabetes mellitus and exercise. Diabetes Care 1998;21(Suppl 1):S40-S44.
29. Bloomgarden ZT. Obesity and diabetes. Diabetes Care 2000;23:1584-1590.
30. Wei M, Kampert JB, Gibbons LW, Blair SN, Mitchell TL. Alcohol intake and incidence of type 2 diabetes in men. Diabetes Care 2000;23:18-22.
31. Haire JD, Glasgow RE, Tibbs TL. Smoking and diabetes. Diabetes Care 1999;22(11):1887-1898.
32. Usitupa MI. Early lifestyle intervention in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus and impaired glucose tolerance. Ann Med 1996;28:445-449.
33. Franz MJ. Lifestyle modifications for diabetes management. Endocrinol Metab Clin North Am 1997;26(3):499-510.
34. Sigerist H. Civilization and Disease. Chicago: The University of Chicago Press; 1943.
35. World Health Organization. Lifestyles and health. SocSci Med 1986;22(2):117-124.
36. Wilson DM, Ciliska D. Lifestyle assessment: Development and use of the FANTASTIC Checklist. Can Fam Physician 1984;30:1527-1532.
37. Bliss C. El estilo de vida y el estándar de vida. En: Nussbaum MC, Sen A. La Calidad de Vida. México, D.F.: 1a. ed. Fondo de Cultura Económica, 1996: 534-557.

38. Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Publica Mex* 2002;44(5):448-463.
39. Zaragoza, J. (2007). Severidad de la EPOC y calidad de vida: El rol moderador del afrontamiento y la autoeficacia. Universidad Sión Bolívar, Caracas
40. Gallegos, Cárdenas & Salas (1999). Capacidades de autocuidado del adulto con DM2. *Investigación y educación en enfermería*, 17(2), páginas.
41. Cuervo, A. (2001). Factores personales, apoyo social y estilo de vida del paciente con DM2. Tesis de maestría no publicada, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
42. Gil-Roales, J. (2004). Apoyo Social y Salud. En J. Gil-Roales (Ed). *Psicología de la salud: aproximación histórica conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
43. Schlenk E., Hart L., "Relationship between health locus of control, health value, and social support and compliance of persons with diabetes mellitus". *Diabetes Care*, 1984; 7 (6): 566-574.
44. Romero-Castellanos M.I., Portilla del Canal L., Licea-Puig M., Perich-Amador P. "Sistemas de apoyo social y control metabólico en la diabetes mellitus". *Rev Cubana Med*, 1989; 28: (6) 660-665.
45. Barrera M., Ainley S. "Thstructure of social support. A conceptual and empirical analysis" *Journal of Community Psychology*, 1983, 11: 133-144.
46. Lin N., Ensel W. "Life stress and health stressor and resources". *American Sociological Review*, 1989, 54: 382-399.
47. Robles Silva, L., et al, Op. cit.
48. Borges-Yañez, S. A. y H. Gómez-Dantés 1998. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. *Salud Pública Mex* 40:13-23.
49. Mercado-Martínez, F.J., L. Robles Silva, I. M. Ramos Herrera, N. Moreno Leal y E. Alcántara Hernández 1999. La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. *Cad. Saúde Pública* 15(1):179-186
50. Mercado-Martínez, F. J., E.C. Alcántara-Hernández, A. Lizardi-Gómez, y R. Benítez-Morales 2003. Utilización de los servicios de salud en México: perspectivas de los individuos con diabetes. *Aten Primaria* 31(1):32-38.

51. Alcántara Hernández, E., L. M. Tejeda Tayabas, F. J. Mercado Martínez, N. Lara Flores, A. Flores Sanchez 2004. Perspectiva de las personas con enfermedades crónicas. Las intervenciones educativas en una institución sanitaria de México Investigación en Salud Vol. VI, No. 3, Diciembre: 146-153
52. Mercado Martínez, Francisco Javier 1996. Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano, Universidad de Guadalajara, Jalisco, México (Serie Medicina Social).

**Anexos:
Carta de consentimiento informado.**



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

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: **IMPACTO DEL APOYO SOCIAL EN EL ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE DIABÉTICO.**

Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno
Lugar y fecha:	Guaymas, Sonora. Agosto 2012
Número de registro:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar el impacto del apoyo social en el estilo de vida del paciente diabético.
Procedimientos:	Aplicación de encuesta
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	-----
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se otorgará personalizado en caso de que el paciente así lo solicite.
Participación o retiro:	Voluntario
Privacidad y confidencialidad:	Encuestas anónimas

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

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

- No autoriza que se tome la muestra.
- Si autoriza que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio: _____

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

Investigador Responsable: Ernesto Alapizco Valenzuela (tel. 6221061056)

Colaboradores: Lic. Enf. Diana Enriquez Arguelles (tel. 6221251835), Dr. José Luis Robles Gutiérrez

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

_____ Nombre y firma del sujeto	<u>Ernesto Alapizco V. / Diana Enriquez A.</u> Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

Anexo 1
CUESTIONARIO IMEVID*

Instructivo

Este es un cuestionario diseñado para conocer el estilo de vida de las personas con diabetes tipo 2. Le agradeceremos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere que refleja mejor su estilo de vida en los últimos tres meses. Elija una sola opción marcando con una cruz X en el cuadro que contenga la respuesta elegida.

Le suplicamos responder todas las preguntas.

Fecha:

Nombre: _____

Sexo: F M

Edad: _____ años.

1. ¿Con que frecuencia come verduras?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
2. ¿Con que frecuencia come frutas?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
3. ¿Cuántas piezas de pan come al día?	0 a 1	2	3 o más	
4. ¿Cuántas tortillas come al día?	0 a 3	4 a 6	7 o más	
5. ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
6. ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
7. ¿Come alimentos entre comidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
8. ¿Come alimentos fuera de casa?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
9. ¿Cuando termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
10. ¿Con que frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? (Caminar rápido, correr o algún otro)	3 o más veces por semana	1 a 2 veces por semana	Casi nunca	
11. ¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
12. ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa	Trabajos en casa	Ver televisión	
13. ¿Fuma?	No fumo	Algunas veces	Fumo a diario	
14. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Ninguno	1 a 5	6 o más	
15. ¿Bebe alcohol?	Nunca	Rara vez	1 vez o más por semana	
16. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	Ninguna	1 a 2	3 o más	
17. ¿A cuántas pláticas para personas con diabetes ha asistido?	4 o más	1 a 3	Ninguna	
18. ¿Trata de obtener información sobre la diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
19. ¿Se enoja con facilidad?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
20. ¿Se siente triste?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
21. ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
22. ¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
23. ¿Sigue dieta para diabético?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
24. ¿Olvida tomar sus medicamentos para la diabetes o aplicarse su insulina?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
25. ¿Sigue las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
			Total	

* Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos

Gracias por sus respuestas

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL.

1. ¿Puedo conversar de mis problemas con mis amigos?
1. Casi siempre 2. a veces 3. con frecuencia 4. siempre o casi siempre
2. ¿Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas?
1. Casi siempre 2. a veces 3. con frecuencia 4. siempre o casi siempre
3. ¿Cuándo tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos?
1. Casi siempre 2. a veces 3. con frecuencia 4. siempre o casi siempre
4. ¿Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme?
1. Casi siempre 2. a veces 3. con frecuencia 4. siempre o casi siempre
5. ¿Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero?
1. Casi siempre 2. a veces 3. con frecuencia 4. siempre o casi siempre
6. ¿Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme?
1. Casi siempre 2. a veces 3. con frecuencia 4. siempre o casi siempre
7. ¿Mi familia me ayuda a tomar decisiones?

1. Casi siempre
2. a veces
3. con frecuencia
4. siempre o casi siempre

8. ¿Puedo conversar de mis problemas con mi familia?

1. Casi siempre
2. a veces
3. con frecuencia
4. siempre o casi siempre

9. ¿Cuándo necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar?

1. Casi siempre
2. a veces
3. con frecuencia
4. siempre o casi siempre

10. ¿Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito?

1. Casi siempre
2. a veces
3. con frecuencia
4. siempre o casi siempre

11. ¿Hay una persona que se interesa por lo que yo siento?

1. Casi siempre
2. a veces
3. con frecuencia
4. siempre o casi siempre

12. ¿Cuándo tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar?

1. Casi siempre
2. a veces
3. con frecuencia
4. siempre o casi siempre

Tabla 3

PERCEPCIÓN DEL APOYO SOCIAL Y ESTILO DE VIDA EN RELACIÓN AL GRUPO DE EDAD DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS DEL PROGRAMA DIABETIMSS

PERCEPCIÓN DEL APOYO SOCIAL			
Estilo de vida	GRUPO EDAD	Percepción de Apoyo Social Satisfactorio	Percepción poco apoyo social
	20 – 40 (4)		
ADECUADO	1	0	1
INADECUADO	3	2	1
	41 – 50 (14)		
ADECUADO	4	2	2
INADECUADO	10	0	10
	51 – 60 (15)		
ADECUADO	6	2	4
INADECUADO	9	3	6
	61- 70 (12)		
ADECUADO	1	1	0
INADECUADO	11	3	8
	71 + (2)		
ADECUADO	1	0	1
INADECUADO	1	1	0

Fuente: Trabajo de campo (encuestas: IMEVID y Escala Multidimensional de Apoyo Social aplicadas en 2012)

Tabla 4

PERCEPCIÓN DEL APOYO SOCIAL Y ESTILO DE VIDA EN RELACIÓN AL GRUPO DE EDAD DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS DEL PROGRAMA CONSULTA EXTERNA

PERCEPCIÓN DEL APOYO SOCIAL			
Estilo de vida	GRUPO EDAD	Percepción de Apoyo Social Satisfactorio	Percepción poco apoyo social
	20 – 40 (3)		
Adecuado	1	0	1
Inadecuado	2	1	1
	41 – 50 (13)		
Adecuado	4	2	2
Inadecuado	9	5	4
	51 – 60 (18)		
Adecuado	4	2	2
Inadecuado	14	7	7
	61- 70 (7)		
Adecuado	1	0	1
Inadecuado	6	2	4
	71 + (6)		
Adecuado	4	3	1
Inadecuado	2	1	1

Fuente: Trabajo de campo (encuestas: IMEVID y Escala Multidimensional de Apoyo Social aplicadas en 2012)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2603
U MED FAMILIAR NUM 1, SONORA

FECHA **29/10/2012**

DR. ERNESTO RAMON ALAPIZCO VALENZUELA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

PERCEPCIÓN DEL APOYO SOCIAL EN EL ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE CON DIABÉTES MELLITUS TIPO 2 EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2012-2603-57

ATENTAMENTE

DR.(A). MIGUEL ZEMPUAL LOPEZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2603

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL