



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2
SANTA MARIA LA RIBERA, CIUDAD DE MÉXICO

**NIVEL DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES DIABÉTICOS MAYORES DE 60
AÑOS EN EL TURNO VESPERTINO DE LA UMF 2**

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. YAZMÍN VIRGINIA VELÁZQUEZ ROCHA



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.



"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3509
U MED FAMILIAR NUM 120, D.F. NORTE

FECHA **03/11/2015**

DRA. YAZMIN VIRGINIA VELAZQUEZ ROCHA

P R E S E N T E

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

NIVEL DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES DIABETICOS MAYORES DE 60 AÑOS EN EL TURNO VESPERTINO DE LA UMF 2

que 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-2015-3509-10

ATENTAMENTE

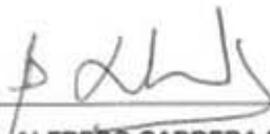
DR. (A). MARIA ESPERANZA VELAZQUEZ SICARDO

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3509

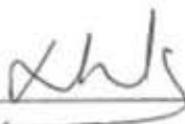
**"NIVEL DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES DIABETICOS MAYORES DE 60
AÑOS EN EL TURNO VESPERTINO DE LA UMF 2"**

El presente proyecto aprobado por el comité de Investigación del Instituto
Mexicano del Seguro Social
Asignándole el número de Folio: R-2015-3509-10

AUTORIZACIONES



DR. ALFREDO CABRERA RAYO
COORDINADOR AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN NORTE



DR. HUMBERTO PEDRAZA MÉNDEZ
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN NORTE



DRA. MARLENE MARMOLEJO MENDOZA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2



DR. ANDRÉS ROCHA AGUADO
INVESTIGADOR ASOCIADO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33



**DRA SONIA ARTEMISA MOCTEZUMA MONDRAGÓN
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
SEDE UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2**

**"NIVEL DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES DIABÉTICOS MAYORES DE 60
AÑOS EN EL TURNO VESPERTINO DE LA UMF 2"**

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

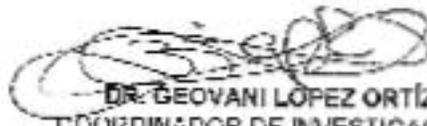
PRESENTA

DRA. YAZMÍN VIRGINIA VELÁZQUEZ ROCHA

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



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

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida, porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, gracias por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más.

A mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Es por ellos que soy lo que soy ahora.

A mí hijo Víctor, quien me prestó el tiempo que le pertenecía para lograr una meta más, gracias por ser siempre mi fuente inspiración, motivación y orgullo en la vida.

A mi esposo por darme el tiempo para realizarme profesionalmente. Gracias por cada momento en familia sacrificado para ser invertido en el desarrollo de esta, gracias por entender que el éxito demanda algunos sacrificios y que el compartir tiempo con ellos, hacia parte de estos sacrificios.

En especial a mis compañeras Ángeles y Magda quiero darles las gracias por los buenos momentos que hemos compartido. Creo que hemos aprendido y aprendemos continuamente de todos y de nosotras mismas, tanto profesional como personalmente. Gracias por su compañerismo, amistad y apoyo moral en todo momento.

A mi asesor de tesis Dr. Andrés Rocha por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento, así como también haberme tenido la paciencia para guiarme durante todo el desarrollo de la tesis.

Contenido

Resumen.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10
ANTECEDENTES	11
MARCO TEÓRICO.....	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	23
JUSTIFICACION.....	24
OBJETIVOS	25
OBJETIVO GENERAL.....	25
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
HIPOTESIS DE TRABAJO	26
MATERIAL Y MÉTODOS.....	27
CRITERIOS DE SELECCIÓN	28
Criterios de inclusión:.....	28
Criterios de exclusión:	28
Criterios de eliminación:	28
VARIABLES.....	29
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.....	31
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	31
ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD.....	32
RECURSOS	34
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	35
DISCUSIÓN.....	49
CONCLUSIONES.....	50
BIBLIOGRAFIA.....	51
ANEXOS.....	53

“NIVEL DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES DIABETICOS MAYORES DE 60 AÑOS EN EL TURNO VESPERTINO DE LA UMF 2”

Yazmin Virginia Velazquez Rocha .¹, Andrés Rocha Aguado²
¹MG IMSS.UMF 2, ². CCEIS.UMF33.IMSS.

Resumen

Antecedentes: La Diabetes Mellitus tipo 2 representa un reto al que deben hacer frente los sistemas de salud por su frecuencia e impacto social. Es un problema de salud en el que se ha observado relación entre el apoyo familiar y el control de la enfermedad.

Objetivo: Identificar el nivel de apoyo social en pacientes diabéticos mayores de 60 años en el turno vespertino de la UMF No. 2.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, observacional, transversal, prospectivo. Se realizó el estudio en la unidad de Medicina Familiar No. 2 se tomó una muestra no probabilística de 362 pacientes con diabetes mellitus se les realizó el cuestionario MOS de apoyo social percibido. Criterios de inclusión: Pacientes diabéticos mayores de 60 años del turno vespertino de la UMF – 2.

Con los resultados obtenidos, se realizó análisis estadístico con medidas de tendencia central y frecuencias. Además de análisis bivariado con chi – cuadrada Posteriormente se mostraron los resultados con gráficas y cuadros.

Recursos materiales: Cuestionarios y Cartas de consentimiento informados impresos. Bolígrafos tinta negra.

Resultados: Se identificó que el apoyo social en pacientes diabéticos mayores de 60 años es máximo en sus 4 dimensiones, se observó que perciben mayor apoyo emocional e instrumental y menor apoyo afectivo y de interacción social positiva.

Palabras clave: Diabetes mellitus, apoyo social familiar.

INTRODUCCIÓN.

La diabetes mellitus pertenece a un grupo de enfermedades metabólicas y es consecuencia de la deficiencia en el efecto de la insulina, causada por una alteración en la función endocrina del páncreas o por la alteración en los tejidos efectores, que pierden su sensibilidad a la insulina. Los islotes pancreáticos están constituidos por cuatro tipos celulares: células β , α , δ y PP o F, las cuales sintetizan y liberan hormonas como insulina, glucagón, somatostatina y el polipéptido pancreático, respectivamente. Durante la diabetes mellitus, la glucemia se eleva a valores anormales hasta alcanzar concentraciones nocivas para los sistemas fisiológicos, provocando daño en el tejido nervioso (neuropatías), alteraciones en la retina (retinopatía), el riñón (nefropatía) y en prácticamente el organismo completo, con un pronóstico letal si no se controla

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) divide en tres los tipos de DM. La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es también llamada insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia. Por lo general, es diagnosticada en niños, adolescentes o adultos jóvenes; puede ser ésta heredable y se caracteriza por una producción deficiente de insulina por las células β del páncreas. La diabetes mellitus tipo 2 (DM2), también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta, se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa 90% de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física. Por último, la diabetes gestacional, la cual es un estado hiperglucémico que aparece o se detecta por vez primera durante el embarazo.

ANTECEDENTES

La diabetes mellitus representa un grave problema de salud pública. Su incidencia oscila entre el 1-2% de la población mundial. El tipo más frecuente es la diabetes no insulino dependiente (DMNID), o tipo 2. Según el INEGI, en el 2010 fue la segunda causa de muerte en mujeres y varones en México: en ese año se registraron 592,018 defunciones, cuyas principales causas fueron las enfermedades del corazón (105,144), la diabetes mellitus (82,964) y los tumores malignos (70,240). La mortalidad es más prevalente en mujeres (43,267) que en hombres (39,692). La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 muestra que se incrementó la prevalencia de diabetes hasta en 9.1% en la población mexicana, principalmente en mujeres con más de 40 años. ⁽¹⁾

La frecuencia de diabetes ha aumentado dramáticamente en los últimos 40 años, sin considerar que tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados existe un subregistro. En el 2012, aproximadamente 350 millones de personas en todo el mundo padecían algún tipo de DM. Se ha estimado que la esperanza de vida de individuos con diabetes se reduce hasta entre 5 y 10 años, y los pacientes con diabetes tienen un riesgo de mortalidad dos veces mayor que las personas sin diabetes.

La Federación Internacional de Diabetes (IDF, por sus siglas en inglés) estimó en el 2010 que México ocupó la décima posición –y la novena en el 2011– entre los países con el mayor número de personas con diabetes (6.8 millones). En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, el Estado de México fue una de las entidades que registraron la más alta prevalencia (entre 9.3 y 10.1%).

Al ser un problema de salud de gran relevancia, la DM es la principal causa de demanda de consulta externa en instituciones públicas y privadas, y uno de los principales motivos para la hospitalización; por ello, la DM2 es el principal problema de salud del país.

La DM2 es la enfermedad crónica no transmisible más frecuente en el mundo. Se considera que dos de los factores de riesgo no modificables para padecer DM2 son la edad y el sexo, pues es más común en mujeres (47.4%) que en hombres (34.7%), y aumenta en proporción directa con la edad (60.8% en mayores de 60 años). ⁽²⁾

MARCO TEÓRICO

En la patogenia de la forma clásica, se acepta que la mayoría de los ancianos tienen una alteración en la secreción insulínica y en la sensibilidad periférica a la misma. Este proceso tiene 3 fases:

1. Resistencia a la insulina, lo que obliga a la célula beta a aumentar su producción de insulina en un intento compensatorio para lograr vencer esta resistencia.
2. De forma progresiva las células beta sufren una disfunción secretora, lo que condiciona la aparición de glucemias en ayuna alteradas, sin llegar estas al rango diabético.
3. Las células fracasan en su producción de insulina y sufren procesos como, apoptosis y muerte celular.

Es decir, con el paso de los años, se desarrollan alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, con un incremento de la glucemia en 10 mg/dL tras la sobrecarga oral de glucosa, lo cual ocurre a partir de la cuarta década de la vida y se produce con independencia del fenotipo o los hábitos de vida. La causa de este fenómeno es una alteración de la segunda fase de la secreción de insulina y/o una disminución de la captación de glucosa mediada por esta hormona; así, es destacable el hecho de que en ancianos sanos se ha encontrado una disminución de los principales receptores para glucosa en el músculo y el tejido adiposo (GLUT4).

Cuando hablamos de DM en el anciano, podemos estar frente a 2 situaciones diferentes:

- Aquellas personas con una DM que apareció antes de los 65 años y que ahora rondan esta edad.
- Los nuevos diabéticos, es decir, aquellos en los que la enfermedad aparece después de los 65 años.

La forma en la que se presenta la DM en las personas mayores de 65 años es peculiar, por lo que es preciso tener en cuenta que:

- Afecta generalmente al sexo femenino (60 a 70 % de los casos son mujeres), lo que tal vez está justificado por el mayor promedio de vida de las féminas y la mayor concurrencia en estas de factores diabetógenos.
- Suele ser una DM oligosintomática, de comienzo solapado, y, en muchas ocasiones, asociada con la obesidad.
- Aunque puede presentarse con la tríada clásica (poliuria, polidipsia y polifagia), esta no es la forma de presentación habitual, sino que se diagnostica de la manera siguiente:
 - Descubrimiento ocasional en la práctica rutinaria o motivada por alguna enfermedad intercurrente.
 - Presencia de sintomatología inespecífica, la cual puede hacer sospechar la presencia de la alteración metabólica (astenia, prurito vulvar y/o moniliasis oral).
 - Presencia de complicaciones crónicas de la DM, tanto microangiopáticas (retinopatía y/o polineuropatía) como macroangiopáticas (cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular o vasculopatía arterial periférica).

- Presencia de complicaciones agudas de la DM, como estado hiperosmolar no cetósico, así como episodios frecuentes de hipoglucemia.

En las últimas décadas, globalmente la diabetes mellitus muestra un incremento importante. La frecuencia mundial de diabetes mellitus para el año 2000 fue estimada en alrededor de 171 millones de personas afectadas y se ha proyectado que en tan solo tres décadas (para 2030) se incrementara a 370 millones.

Por sexo, el femenino es el más afectado y que más demanda atención médica. Con el propósito de tener una atención anticipada dirigida a prevenir la aparición de complicaciones agudas y crónicas, lograr un mejor control metabólico y mejorar la calidad de vida de estos pacientes. ⁽⁴⁾

En la población amparada por el Instituto Mexicano del Seguro Social, la mayor institución de seguridad social en el país y que protege casi a la mitad de la población mexicana, la diabetes es la primera causa de mortalidad, de años perdidos por muerte prematura, de años vividos con discapacidad y de años de vida saludable perdidos. En el 2000, la diabetes contribuyó con 13.30% de los años de vida saludables perdidos en el IMSS. ⁽⁵⁾

La DM ha sido reconocida como un modelo de envejecimiento acelerado pero, en vista de la evidencia actual, esta enfermedad podría considerarse como una patología propia de los adultos mayores, la cual es la tercera causa de muerte en aquellos entre 65 y 74 años. Es probable que el incremento de la diabetes esté relacionado con la epidemia de obesidad. En el caso de la ciudad de México, un estudio mostró que 31.9% de los diabéticos son obesos. No obstante, la asociación entre DM y obesidad en los ancianos ha sido inconsistente. Sin embargo, es importante reconocer que los ancianos diabéticos representan una fracción importante y creciente entre los diabéticos en nuestro país.

Según las recomendaciones de la ADA, la DM en los ancianos se diagnostica (y se trata) de la misma forma que en los pacientes jóvenes aunque pareciera que esta enfermedad metabólica presenta características en los adultos mayores que clínicamente la hacen distinta de la de aquellos. Por ejemplo, los signos y síntomas de la DM en el anciano se han relacionado a incontinencia urinaria, déficit visual, caídas, deterioro funcional y fragilidad, todos ellos síndromes geriátricos clásicos. Incluso, se ha propuesto que la DM que inicia en la vejez pudiera tener un comportamiento fisiopatológico distinto al presentar un curso clínico más benigno que la de aquellos que envejecieron con DM de muchos años de evolución. Por lo tanto, bien podría clasificarse en un apartado diferente a la tipo 1 y 2 tradicionales. ⁽⁶⁾

El papel del médico familiar es fundamental en la prevención de las complicaciones diabéticas, pues éstas se presentarán con menor intensidad y a más largo plazo en la medida que se logre un control glucémico adecuado. Los grupos de ayuda mutua son una estrategia fundamental en la línea educativa para mejorar el control de la enfermedad, ya que las personas con diabetes o hipertensión y sus familiares desempeñan un papel activo en el tratamiento, así como en la prevención de la enfermedad.

El tratamiento de la DM2 se dirige a aliviar los síntomas, mejorar la calidad de vida y la prevención de complicaciones agudas y crónicas, a través de estrategias no farmacológicas y farmacológicas. Entre los beneficios del ejercicio, están la sensación de bienestar, la reducción de peso en ayunas, resistencia a la insulina, hemoglobina glucosilada y lípidos, la mejora en el control de la hipertensión arterial y en el acondicionamiento cardiovascular.

La diabetes por ser una enfermedad crónica, el paciente y su familia desempeñan un papel primordial, y la funcionalidad familiar, nivel socioeconómico, escolaridad y conocimientos sobre la enfermedad son factores psicosociales que afectan el control metabólico.

De acuerdo con la guía de diabetes del Instituto Mexicano del Seguro Social, la mayoría de los pacientes con diabetes tipo 2 no está controlada; una minoría tiene control aceptable y el control bueno es una excepción, situación que no es de extrañar ya que encuestas nacionales de otros países así lo demuestran.

En su evolución natural, la Diabetes mellitus suele producir una afectación multisistémica que, a su vez, puede ocasionar una deficiencia, una discapacidad, una minusvalía o una incapacidad. ⁽⁷⁾

Las enfermedades crónicas y todo lo que incluyen acompañan a los enfermos y sus familiares durante toda su vida, los síntomas, angustias, incertidumbres, cambios físicos y ambientales, así como otras experiencias asociadas a la cronicidad constituyen en su conjunto el padecimiento, el cual es interpretado y afrontado por los enfermos y su red más cercana de diferentes maneras.

Es evidente que el apoyo familiar repercute en la manera en que los enfermos acepten la enfermedad y se adaptan a ella, tanto las personas enfermas como sus familiares le dan gran importancia al apoyo familiar, lo refieren como la disponibilidad de la familia para escuchar a los enfermos, tenerles paciencia, atender sus demandas, y refieren algunos de los beneficios que brinda el apoyo familiar como son el proporcionar seguridad, consuelo, tranquilidad y disponibilidad para cuando se requiere ayuda. Particularmente los familiares reconocen la importancia de mantener el equilibrio emocional en sus familiares y reconocen que el que un enfermo cuente con una red social como la familia, les favorece el apego a la terapéutica y por consiguiente favorece el control de su enfermedad.

Se considera que el apoyo es algo similar a un amortiguador del estrés originado por la enfermedad crónica además de que influye en el desarrollo de las conductas de salud o del auto cuidado, así como en la observancia del tratamiento médico. En ese sentido 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 permitan mantener el control de su enfermedad, es determinante mantener una comunicación estrecha entre los familiares y el enfermo, propiciar condiciones para incrementar el bienestar emocional y físico de los enfermos, de esta manera la familia como red de apoyo social favorece el apego al tratamiento y el control de la enfermedad, desde la perspectiva del modelo de efecto directo, que plantea que el apoyo social tiene efectos en algunos procesos fisis-psicológicos lo que mejora la salud e impide la enfermedad o bien que el apoyo social favorece el cambio de conductas en los individuos, lo cual a su vez tiene consecuencias positivas para la salud. ⁽⁸⁾

El Apoyo Social (AS), considerado como un proceso complejo y dinámico que envuelve los individuos y sus redes sociales, con el intuito de satisfacer sus necesidades, proveer y complementar los recursos que poseen y, de esta forma, enfrentar nuevas situaciones, pudiendo tener como fuentes principales los familiares y los profesionales de la salud.⁽⁹⁾

Los pioneros en el concepto de apoyo social, lo definen como aquellos lazos entre los individuos que desempeñan una parte significativa en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona al promover el dominio emocional, ofrecer consejo y proporcionar retroalimentación sobre la propia identidad y el desempeño.

El apoyo social protege a las personas de las consecuencias negativas, físicas y psicológicas, de los sucesos de vida estresantes, tales como el aislamiento social, la depresión, las enfermedades cardiovasculares; es considerado como la información que permite a las personas creer que se preocupan por ellos, les quieren, son estimados, valorados y pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas.

En los 80, se introduce la definición de apoyo social como las “transacciones interpersonales” que incluyen la expresión de afecto positivo de una persona hacia la otra, la afirmación o respaldo de los comportamientos de otra persona, percepciones o puntos de vista expresados y la entrega de ayuda material o simbólica a otra.

El apoyo social se relaciona a la red social, como un conjunto bien definido de actores, individuos, grupos, organizaciones, comunidades, sociedades globales, entre otros, que están vinculados unos a otros a través de relaciones sociales. ⁽¹⁰⁾

El apoyo social se relaciona con la calidad de vida e incluye el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales (percibidas o recibidas) proporcionadas

por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza, que se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis.

Explorar el apoyo social del adulto mayor se ha visto obstaculizado al ser este un concepto multidimensional que incluye interacciones personales, apoyo social percibido y recibido, redes sociales formales e informales, apoyo emocional, tangible o instrumental e informativo.

La existencia de lazos sociales en los adultos mayores frecuentemente se identifica con la necesidad de ayuda y con la existencia de apoyo social; cuanto mayor es el contacto interpersonal, mayor es el grado de apoyo recibido; sin embargo, la existencia de relaciones sociales no implica en sí misma la provisión de apoyo social ni una red social más amplia es siempre sinónimo de mayor apoyo para el adulto mayor.

El apoyo social tanto familiar como de amigos cercanos y otros allegados, es un factor fundamental en la configuración de las redes sociales informales del adulto mayor, porque le proporciona un conjunto de experiencias compartidas, evitando condiciones de aislamiento social por falta de compañerismo, camaradería, intimidad y contacto físico con personas significativas; cumple funciones protectoras o amortiguadoras contra la enfermedad al aumentar la probabilidad de que el adulto mayor intente practicar y mantener conductas de salud preventiva, disminuir la necesidad de hospitalización, prevenir o posponer la institucionalización en geriátricos, y pueden constituir un valioso recurso para completar o a veces, sustituir, la red social formal. ⁽¹⁰⁾

La enfermedad crónica genera en el paciente y su cuidador incertidumbre, desgaste físico, dependencia, cambios en el estilo de vida y tiene repercusiones sobre el área personal y social del individuo.

Según Ponce y Cols., 2007, entre los principales aspectos que relacionan a la familia con la enfermedad crónica, está: a) la familia puede influir en el curso de la enfermedad crónica, entendiendo que la interacción entre la familia y la tipología de la enfermedad pueden tener una influencia positiva o negativa sobre el curso del proceso crónico, y b) la familia como recurso; conviene destacar que la familia es la fuente principal de apoyo social con que cuenta el paciente crónico para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad, destacando el papel de la cuidadora primaria, que es la que aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional. ⁽¹¹⁾

Siendo una de las principales preocupaciones de los sistemas sanitarios el que los pacientes sean más capaces de participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento y en el control de la realización del programa dietético, se hace necesario incluir la familia. Esta, como fuente principal de apoyo social con que cuenta el paciente crónico, aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y

emocional para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad, por lo que la interacción entre la familia y la tipología de la enfermedad puede tener una influencia positiva o negativa sobre el curso del proceso crónico.

El apoyo social es definido como el 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.

Lo que está más cerca del paciente diabético y en algún momento le sirve como vínculo que influye en su conducta, y por tanto, en la adherencia al tratamiento es el apoyo que los familiares otorgan al enfermo.

Dado que la DM2 involucra una serie de determinantes en el seguimiento o abandono del tratamiento (adherencia terapéutica) se requiere que el paciente modifique sus comportamientos y desde luego, dichas modificaciones no sólo dependen del enfermo, también el apoyo que reciba es importante. En este sentido, la familia, como principal fuente de apoyo social aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional, por lo que su influencia es importante durante el curso del proceso crónico.

La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo, y ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social. Esto se manifiesta cuando un miembro de la familia padece una enfermedad crónica que requiere la contribución afectiva y material de su red de familiar, en especial, para cumplir un conjunto de indicaciones médicas en las que pueden estar implicadas las personas que conviven o comparten la vida cotidiana con el paciente. ⁽¹²⁾

El proceso de envejecimiento, además de los cambios en las políticas públicas, en los perfiles epidemiológicos, en la capacidad de respuesta de los sistemas de salud y seguridad social y en la disposición de recursos, implica la consideración de otros factores que puedan influir en la prolongación de las habilidades funcionales, en la autonomía, en la independencia y en la calidad de vida de las adultas y adultos mayores.

La vejez es considerada como un periodo en el que la persona percibe una diversidad de cambios, que si bien estriban en el estilo y calidad de vida que han tenido a lo largo de su existencia, así como del sistema social y familiar en que se han desenvuelto, influyen en los diferentes ámbitos de cotidianidad. Está demostrado que la existencia de redes sociales facilita la integración social de este grupo poblacional y garantiza el ejercicio de su ciudadanía activa. ⁽¹³⁾

El fenómeno del envejecimiento de las poblaciones muestra repercusiones considerables en el funcionamiento de las estructuras sociales; las redes sociales de apoyo han demostrado ser un formidable recurso para que las personas optimicen su estado de salud y bienestar, y un importante factor restaurador cuando su salud está comprometida, particular importancia en la tercera edad en la que el individuo necesita ser reconocido como ser humano, útil y productivo. ⁽¹⁴⁾

De acuerdo con la afirmación de Pearlin, existen diferencias en el tipo de apoyos que pueden prestarse a los miembros de una red según la clase social, porque los bienes y el poder están distribuidos de manera desigual en la sociedad; en este sentido, la experiencia de envejecer es radicalmente diferente. En muchos países, la falta de cobertura de los servicios de salud y de planes de jubilación, así como la exclusión del mercado laboral formal, resaltan la existencia de un importante número de adultos mayores que no tiene acceso a mecanismos institucionales para satisfacer sus necesidades y que depende de su familia para la supervivencia. México está muy lejos de cubrir satisfactoriamente las necesidades de esta población, particularmente de los más vulnerables: empobrecidos y solos. En este sentido, es necesario incrementar las acciones gubernamentales, comunitarias y sociales para los adultos mayores que contribuyan a la creación de programas y políticas públicas que enfrenten las necesidades de salud, económicas, de servicios y aún de integración social y recreación, que con base en las proyecciones para el futuro se producirán de manera inminente. Resulta indispensable que en las políticas para el adulto mayor se considere la propuesta de la Organización Mundial de la Salud sobre el envejecimiento activo, cuyos pilares son la salud, la participación y la seguridad, como factores protectores frente a las enfermedades que discapacidad en la vejez. ⁽¹⁵⁾

El apoyo social juega un importante e indispensable papel en el quehacer cotidiano de la población adulta mayor, puesto que contribuye a su desarrollo humano, y por ende, ayuda a mejorar su calidad de vida; no obstante, es esencial tener presente que muchas personas adultas mayores también brindan apoyo a su familia y a su comunidad. De ahí que, debemos reconocer el apoyo social (experiencia, conocimiento, construcción de la historia, organización comunal, crianza de los nietos y de las nietas, aporte económico, entre otros) que muchas personas adultas mayores desarrollan tanto en el ámbito familiar como social. ^(16,17)

El aumento de la esperanza de vida en los países industrializados está produciendo un aumento de la población anciana en los mismos y esta población se caracteriza por sufrir un aumento de las patologías crónicas (osteoartrosis, insuficiencia cardiaca, etc.) lo que conlleva un declive físico y psíquico que condiciona su capacidad funcional, siendo cada vez mayor el número de personas que precisan de cuidados. ⁽¹⁸⁾

El cuidado informal sigue representando, en el momento actual, el primer recurso asistencial de atención a las personas dependientes. Este hecho comporta

diversas connotaciones que se deben tener en cuenta a la hora de generar y promover normativas encaminadas al desarrollo del estado del bienestar, donde uno de los objetivos primordiales consiste en la mejora de la calidad de vida de la población, aportando recursos en aquellos casos donde los individuos se vean privados de su autonomía y de sus habilidades necesarias para su desarrollo personal. ⁽¹⁹⁾

El Apoyo social son todos los recursos del entorno favorecedores del mantenimiento de las relaciones sociales, la adaptación, y el bienestar del individuo dentro de un contexto comunitario. Las fuentes de apoyo social más básicas y tradicionales están constituidas por la familia, los amigos y los compañeros de trabajo.

El apoyo social constituye uno de los factores protectores más investigado en la actualidad, y con resultados más positivos, para aumentar la resistencia de las personas ante las transiciones de la vida, los estresores diarios, las crisis personales y en el momento de adaptación o ajuste a las enfermedades, sobre todo, las de carácter crónico. A mayor apoyo social, existe una mejoría de la salud, tanto física como psíquica; el buen apoyo social baja las tasas de mortalidad y aumenta el uso de los servicios de salud y tiene como objetivo alcanzar un grado de satisfacción ante las necesidades sociales básicas (afecto, estima, aprobación, sentido de pertenencia, identidad, y seguridad) de la persona a través de la interacción con otros.

El apoyo social es también un proceso interactivo, gracias al cual, la persona obtiene ayuda emocional, instrumental y económica de la red social en la que se encuentra inserto. Es una transacción interpersonal que incluye uno de los siguientes aspectos: a) preocupación emocional (amor, empatía), b) ayuda instrumental (bienes y servicios), c) información (acerca del contexto), o, d) valoración (información relevante para la auto-evaluación). Además el apoyo social contribuye al mantenimiento de la salud y mejora la evolución de diferentes enfermedades, prevención de psicopatologías y de enfermedades en general. Los individuos que cuentan con apoyo social se enfrentan mejor a las situaciones vitales y estresantes que carecen de él.

No solo se trata de los elementos que brindan el apoyo social, sino de la percepción que la persona tenga de ellos. El apoyo en lo que respecta a su contenido operaria en tres niveles:

Cognitivo: pretende ofrecer información a una persona receptora de apoyo con la intencionalidad de corregir concepciones erróneas y clarificar dudas acerca, por ejemplo de una enfermedad.

Afectivo: para hacer frente a las reacciones y sentimientos de la persona, animándole a que manifieste sus preocupaciones, miedos y dificultades en su vida familiar y relaciones sociales.

Conductual. Destinado a ofrecer estrategias concretas para hacer frente a dichos problemas.

El apoyo social al ser una transacción interpersonal incluiría una de estas Cuatro categorías según House.

- Apoyo emocional (muestras de empatía, amor y confianza).
- Apoyo instrumental (conductas dirigidas a solucionar directamente problemas de la persona receptora).
- Apoyo informativo (recibir información útil para enfrentar el problema).
- Apoyo valorativo (información relevante para la autoevaluación o las comparaciones sociales, excluyendo el aspecto afectivo que pudiera acompañar a esta información).

La OMS define “red” como la agrupación de individuos, organizaciones y agencias, organizados de forma no jerárquica en torno a temas o preocupaciones comunes, que se abordan de manera activa y sistemática, sobre la base del compromiso y la confianza.

De la Revilla y cols. Definen red social como el entramado de relaciones sociales identificables que rodean a un individuo y que le permite recibir apoyo emocional, instrumental y afectivo; se comprende la estrecha relación que existe entre red y apoyo social, de tal forma que cuando se produce un descenso o disminución en la red se aprecia una reducción en la percepción del apoyo social, de tal manera que cuanto más amplia sea la red social de las personas, mayor es la percepción de apoyo social.

Algunas de las dimensiones evaluadas en las redes sociales son: a) el tamaño, (número de personas que componen la red), b) la densidad (grado en que los miembros se conocen o cantidad de interrelación entre los miembros de la red, independientemente del individuo), c) la dispersión geográfica (proximidad o lejanía de los miembros de la red social respecto al individuo estudiado o facilidad en que los miembros de la red pueden ponerse en contacto). d) la fuerza de los vínculos (que incluye el grado de intimidad, hasta el tiempo e intensidad de las), y e) la homogeneidad de los miembros (o similitud demográfica y social de los miembros de la red social).

El cuidado informal se define como la prestación de cuidados de salud a personas dependientes por parte de familiares, amigos u otras personas de la red social inmediata, que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen. Los servicios que incluyen el cuidado informal son: a) de infraestructura básica: alojamiento, alimentación, limpieza, compras, información; b) servicios relacionados directamente con la salud: diagnóstico, compañía, transporte, vigilancia, aplicación de tratamientos; c) la gestión del consumo de servicios

sanitarios: trámites, pagos, información, compra de medicamentos, etc. Estos trabajos se caracterizan por la invisibilidad y el escaso reconocimiento social. ^(20,21)

El cuidador informal principal se puede definir como la persona encargada de ayudar en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria del paciente durante la mayor parte del día, sin recibir retribución económica por ello.

Las medidas de apoyo social generalmente exploran el llamado “apoyo estructural” (tamaño de la red social) o el “apoyo funcional” (percepción del apoyo). El apoyo funcional quizá sea el más importante y es multidimensional: emocional (amor, empatía), instrumental (tangible), informativo (consejos), valoración (ayuda a la autoevaluación) y compañerismo durante el tiempo libre. ⁽²¹⁾

Existen muchas herramientas para medir el apoyo social. Para este estudio me aboque a una, el cuestionario de MOS, que fue desarrollado por Sherbourne y Stewart en 1991 y centraliza el análisis en la percepción de ayuda justificándose en el hecho de que si una persona no recibe ayuda durante un largo periodo de tiempo, esto no quiere decir que no se disponga de apoyo. ^(21,23)

El cuestionario MOS es un cuestionario utilizado desde hace mucho tiempo para la evaluación del apoyo social en pacientes con enfermedades crónicas y ha demostrado buenas propiedades psicométricas evaluando distintas dimensiones de apoyo social. Se caracteriza por ser breve, de fácil comprensión y autoadministrado; permite investigar el apoyo global y sus cuatro dimensiones: a) afectiva, (demostración de amor, cariño y empatía b) de interacción social positiva (posibilidad de contar con personas para comunicarse), c) instrumental (posibilidad de ayuda doméstica) y d) informativa (posibilidad de asesoramiento, consejo, información).

El cuestionario MOS es un instrumento válido y fiable que nos permite tener una visión multidimensional del apoyo social. Su uso nos permitirá descubrir situaciones de riesgo social elevado para poder intervenir sobre las personas y sus entornos sociales.

Además el cuestionario MOS permite conocer la red intrafamiliar y extrafamiliar y medir cuatro dimensiones del apoyo social, emocional/afectivo, instrumental, interacción social positiva y afectivo, consta de 20 ítems. Es breve y sencillo que permite su aplicación en distintos ámbitos. ⁽²¹⁾ El ítem número 1 hace referencia al tamaño de la red social y los 19 ítems están referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional: emocional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo.

Se pregunta mediante una escala de 5 puntos, con qué frecuencia está disponible para el entrevistado cada tipo de apoyo. También se puede obtener una puntuación total donde mayor puntuación sería mayor apoyo percibido. ⁽²¹⁾ El

índice global máximo de apoyo social es de 95 con un valor medio de 57 y un mínimo de 19. La distribución factorial original de los ítems se presenta de la siguiente manera:

- Apoyo emocional (ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19), puntuación máxima: 40, media: 24 y mínima 8.
- Apoyo instrumental (ítems 2,5, 12 y 15), puntuación máxima: 20, media:12 y mínima: 4.
- Interacción social positiva (ítems 7, 11, 14 y 18). Puntuación máxima: 20, media: 12, mínima: 4
- Apoyo afectivo (ítems 6, 10 y 20). Puntuación máxima: 15, media: 9 y mínima: 3.

Son múltiples los estudios que demostraron el impacto que ejerce el apoyo social percibido sobre el proceso salud-enfermedad, así como el efecto beneficioso sobre la evolución de enfermedades como la depresión, la artrosis o diabetes. La manifestación de apoyo social, es considerada como un factor importante para prevenir o mitigar el efecto negativo de los acontecimientos vitales estresantes, tanto de forma directa como mediante un mecanismo tampón o amortiguador. ⁽²⁰⁾

El apoyo social es el principal recurso que las personas utilizan para adaptarse a los cambios de salud y para mejorar su calidad de vida. La falta de apoyo social contribuye a la incidencia de enfermedades y alteraciones patológicas sobre todo en el anciano.

El tener un buen apoyo social puede favorecer el manejo de la intervención preventiva, terapéutica y rehabilitadora de distintos problemas de salud, mediante el fortalecimiento de las relaciones intrafamiliares o el refuerzo de grupos de autoayuda. En consecuencia, tanto la salud física y psíquica mejoran al aumentar el apoyo social. ^(20, 21, 22,23)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad crónica genera en el paciente incertidumbre, desgaste físico, dependencia, cambios en el estilo de vida de la persona, y tiene repercusiones sobre el área personal y social del individuo, de modo que si el paciente no cuenta con él suficiente apoyo o soporte social no logrará la readaptación a la crisis circunstancial que vive.

El apoyo social protege a las personas de las consecuencias negativas, físicas y psicológicas, de los sucesos de vida estresantes, tales como el aislamiento social, la depresión, las enfermedades cardiovasculares; es considerado como la información que permite a las personas creer que se preocupan por ellos, les quieren, son estimados, valorados y pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas.

La existencia de lazos sociales en los adultos mayores frecuentemente se identifica con la necesidad de ayuda y con la existencia de apoyo social; cuanto mayor es el contacto interpersonal, mayor es el grado de apoyo recibido; sin embargo, la existencia de relaciones sociales no implica en sí misma la provisión de apoyo social ni una red social más amplia es siempre sinónimo de mayor apoyo para el adulto mayor.

En la UMF 2 desconocemos cual es el apoyo social que tiene los pacientes diabéticos mayores de 60 años.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es el nivel de apoyo social en pacientes diabéticos mayores de 60 años en el turno vespertino de la UMF 2?

JUSTIFICACION

MAGNITUD

En el 2050, según las proyecciones para México, la población mayor de 60 años será igual o superior que la de menores de 15 años, lo que significa que dicha población se incrementará de los poco más de 9,6 millones que existían en 2006 a entre 27 y 32 millones; además, la mayor parte residirá en zonas urbanas empobrecidas.

La Diabetes Mellitus se considera un problema de salud pública a nivel mundial, se estima que existen en el mundo 170 millones de personas afectadas el cual se duplicara en el 2030. América Latina no es la excepción estimándose que de 13.3 millones de pacientes con diabetes en el año 2000 esta cifra aumentaran a unos 33 millones para el año 2030 lo que representa un incremento de 148%. En el caso de México, se estima que de 6.8 millones afectados aumentará a 11.9 millones con un incremento del 175%.

TRASCENDENCIA

Al conocer el apoyo social del paciente diabético mayor de 60 años se podrán crear estrategias para poder mejorar la calidad de vida en pacientes diabéticos.

VULNERABILIDAD

Pacientes diabéticos mayores de 60 años.

FACTIBILIDAD factible porque contamos con los recursos económicos, humanos y con el apoyo institucional para poder llevarlo a cabo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar el nivel de apoyo social en pacientes diabéticos mayores de 60 años en el turno vespertino de la UMF No. 2.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Aplicar el instrumento MOS en pacientes diabéticos mayores de 60 años para identificar el grado de apoyo social con el que cuentan.

Identificar el sexo más frecuente en donde se presente alteraciones en el apoyo social

Identificar el estado civil que presentan los pacientes diabéticos mayores de 60 años que presenten alteraciones en el apoyo social.

Determinar a qué tipo de familia de acuerdo a su composición pertenecen los pacientes diabéticos mayores de 60 años que presenten alteraciones en el apoyo social.

HIPOTESIS DE TRABAJO

El nivel de apoyo social en pacientes diabéticos mayores de 60 años es mínimo.

MATERIAL Y MÉTODOS

METODOLOGÍA

Tipo de estudio.

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal, prospectivo.

Universo.

Todos los pacientes diabéticos de la UMF 2 del IMSS, tanto turno matutino como turno vespertino, 4283 en total.

Muestra.

Se realizó un muestreo probabilístico, a conveniencia con un nivel de confianza del 95% y un error muestral del 5%. Se ocupó la fórmula estadística Z Obteniendo 185 pacientes.

$$n = \frac{N (\sigma)^2 (Z)^2}{(N - 1)e^2 + \sigma^2 Z^2}$$

El muestreo se hizo de casos consecutivos no probabilístico.

Lugar de desarrollo del estudio.

La investigación se realizó en la Unidad de Medicina Familiar Núm. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Ubicada en Sor Juana Inés de la Cruz No. 81 Col. Santa María la Ribera. Delegación Cuauhtémoc.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

1. Pacientes Diabéticos mayores de 60 años del turno vespertino de la UMF 2.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes Diabéticos mayores de 60 años que cuenten con discapacidad por alguna otra razón no relacionada con la Diabetes Mellitus

Criterios de eliminación:

1. Que no acepten participar en el estudio, negándose a firmar el consentimiento informado.
2. Pacientes diabéticos mayores de 60 años que dejen inconclusa la cedula de identificación.

VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Diabetes mellitus	La diabetes mellitus pertenece a un grupo de enfermedades metabólicas y es consecuencia de la deficiencia en el efecto de la insulina, causada por una alteración en la función endocrina del páncreas o por la alteración en los tejidos efectores, que pierden su sensibilidad a la insulina	Diagnóstico de diabetes Mellitus tipo 2 establecido en el expediente electrónico	Cuantitativa Ordinal	Glucosa en ayuno > 126 mg/dl Glucosa aleatoria > 200 mg/dl. Hb glucosilada > 6.5%
Apoyo social	Lazos entre los individuos que desempeñan una parte significativa en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona al promover el dominio emocional, ofrecer consejo y proporcionar retroalimentación sobre la propia identidad y el desempeño.	Cuestionario MOS	Cuantitativo Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo social escaso < 57 puntos. • Falta de apoyo emocional < 24 puntos • Falta de apoyo instrumental < 12 puntos • Falta de interacción social < 12 puntos • Falta de apoyo afectivo < 9 puntos

Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Años del paciente al realizar el instrumento	Cuantitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. 60 – 65 años 2. 66- 70 años 3. 71 a 75 años 4. 76 a 80 años 5. 81 o > años
Sexo	El conjunto de las condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológicas que caracterizan a cada genero	Manifestación fenotípica del paciente	Nominal Dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Femenino 2. Masculino
Estado civil	Condición jurídica que establece la unión de dos individuos	Estado civil en el que se encuentra la pareja al momento de la encuesta	Cuantitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Casado 2. Soltero 3. Unión libre 4. Divorciado 5. Separado 6. Viudo
Tipo de familia de acuerdo a su composición	Grupo de personas que comparten funciones de familia y habitan bajo el mismo techo	Tipo de familia de acuerdo a su composición que presenta el al momento de la encuesta	Cuantitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nuclear 2. Extensa 3. Compuesta

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

Se buscó en la sala de espera pacientes mayores de 60 años de edad, con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 y se les aplicó el cuestionario MOS el cual cuenta con cuatro dimensiones del apoyo social, confidencial/emocional, instrumental, interacción social positiva y afectivo, consta de 20 ítems. Es breve y sencillo que permite su aplicación en distintos ámbitos. ⁽²¹⁾ El ítem número 1 hace referencia al tamaño de la red social y los 19 ítems están referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional: emocional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo.

Se preguntó mediante una escala de 5 puntos, con qué frecuencia está disponible para el entrevistado cada tipo de apoyo. También se pudo obtener que a mayor puntuación es mayor apoyo percibido. ⁽²¹⁾ El índice global máximo de apoyo social es de 95 con un valor medio de 57 y un mínimo de 19. La distribución factorial original de los ítems se presenta de la siguiente manera:

- Apoyo emocional (ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19), puntuación máxima: 40, media: 24 y mínima 8.
- Apoyo instrumental (ítems 2,5, 12 y 15), puntuación máxima: 20, media:12 y mínima: 4.
- Interacción social positiva (ítems 7, 11, 14 y 18). Puntuación máxima: 20, media: 12, mínima: 4
- Apoyo afectivo (ítems 6, 10 y 20). Puntuación máxima: 15, media: 9 y mínima: 3.

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Con los resultados obtenidos, se realizó análisis estadístico con medidas de tendencia central y frecuencias. Posteriormente se mostraron los resultados con gráficas y cuadros. Mediante el SPSS versión 21.

ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD.

Declaración de Helsinki

Recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica con seres humanos Adoptadas por la 18a Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendadas por la 29a Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, octubre de 1975, por la 35a Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre de 1983 y por la 41a Asamblea Médica Mundial Hong Kong, en septiembre de 1989, Asociación Médica Mundial, año 2000; es una recomendación para guiar a los médicos en las investigaciones biomédicas en seres humanos, donde la preservación de la integridad y el cuidado de la salud de la humanidad son lo más importante. Alude a los Códigos de ética, donde se señala que el interés del médico se encamina al fortalecimiento de la salud mental y física del paciente. Así, sus lineamientos están destinados a proteger a los humanos que puedan intervenir en estudios de investigación clínica, terapéutica, diagnóstica, farmacológica y de ensayos clínicos.

La Ley General de Salud indica en su Título I, capítulo único, artículo 2º, apartado VII, como derecho a la protección a la salud el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud; en el artículo 3º, apartado IX, en materia de salubridad general, como atribución en salubridad general, la coordinación en investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos. Competencia del Consejo de Salubridad en el artículo 17, fracción III, en opinar sobre proyectos de investigación y de formación de recursos humanos para la salud, en su artículo 98 sobre la formación de comisiones de investigación y de ética, para la supervisión de la investigación biomédica, especialmente en seres humanos. En el artículo 100 define las bases para la experimentación en seres humanos, semejantes a las disposiciones de la Declaración de Helsinki. En base a los estatutos mencionados, se considera el presente trabajo como una investigación sin riesgos, pues es un estudio que emplea métodos de técnicas de investigación documental y confidencial.

El estudio cuenta con los recursos necesarios y el apoyo por parte de las autoridades para su realización sin impedimento ya que no se vea afectada en ningún momento la integridad del paciente, manejándose de forma anónima la identidad del mismo. Se estima que el estudio corresponde con riesgo menor del mínimo. Todos los candidatos deberán otorgar consentimiento por escrito y el protocolo deberá ser aprobado por el Comité Local de Investigación.

Una vez integrados los datos en la base para análisis, ningún sujeto se identificará por nombre y sólo se hará por medio de un número de folio. Ninguno de ellos será identificado en informes o publicaciones que pudieran resultar de este estudio. Todos podrán retirar el consentimiento para usar sus datos en el momento en que ellos lo consideren apropiado. Podrán negarse a participar sin

que esto afecte de manera alguna los beneficios o recursos o atención que requieran de la U.M.F.

Este trabajo se efectúa en exploración de conocimientos médicos de índole rutinaria en donde el investigador no tiene injerencia, siendo el trabajo longitudinal, descriptivo y observacional. El presente trabajo cumple con el Reglamento de la Ley general de salud, en materia de Investigación para la salud, Secretaria de Salud 1987, Título Segundo, Capítulo Primero, Artículo 17 Fracción I, por lo que puede aplicarse el Artículo 23 de mismo Reglamento, por lo que se pedirá consentimiento por escrito, en virtud de hacer análisis solo de conocimientos médicos rutinarios Se mantendrá estrictamente la confidencialidad de los datos individuales.

RECURSOS

Recursos humanos	INVESTIGADOR RESPONSABLE: Dra. Yasmín Virginia Velázquez Rocha INVESTIGADOR ASOCIADO :Dr. Andrés Rocha Aguado
Recursos físicos	Salas de espera de consultorios médicos, de la unidad de medicina familiar No.2
Recursos Materiales	Cuestionarios impresos en papel. Cartas de consentimiento informado impresos. Bolígrafos tinta negra. Hojas de recolección de datos.
Recursos Técnicos	Equipo de cómputo. Impresora Calculadora
Recursos Financieros	Los propios del investigador

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

“NIVEL DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES DIABETICOS MAYORES DE 60 AÑOS EN EL TURNO VESPERTINO DE LA UMF 2”

P= PROGRAMADO

R= REALIZADO

ACTIVIDAD 2015-2016	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMB	OCTUBRE	NOVIEMBR	DICIEMBR	ENERO			
DELIMITACIÓN DEL TEMA A ESTUDIAR	R	R												
INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA			R	R										
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO HASTA PRESENTACIÓN AL CLIS					R	R	R							
REVISIÓN DEL PROTOCOLO POR EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN								R						
REGISTRO DEL NÚMERO DE PROTOCOLO								R						
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN									R	R				
ANÁLISIS DE RESULTADOS										R	R			
PRESENTACIÓN FINAL DEL TRABAJO										R	R			

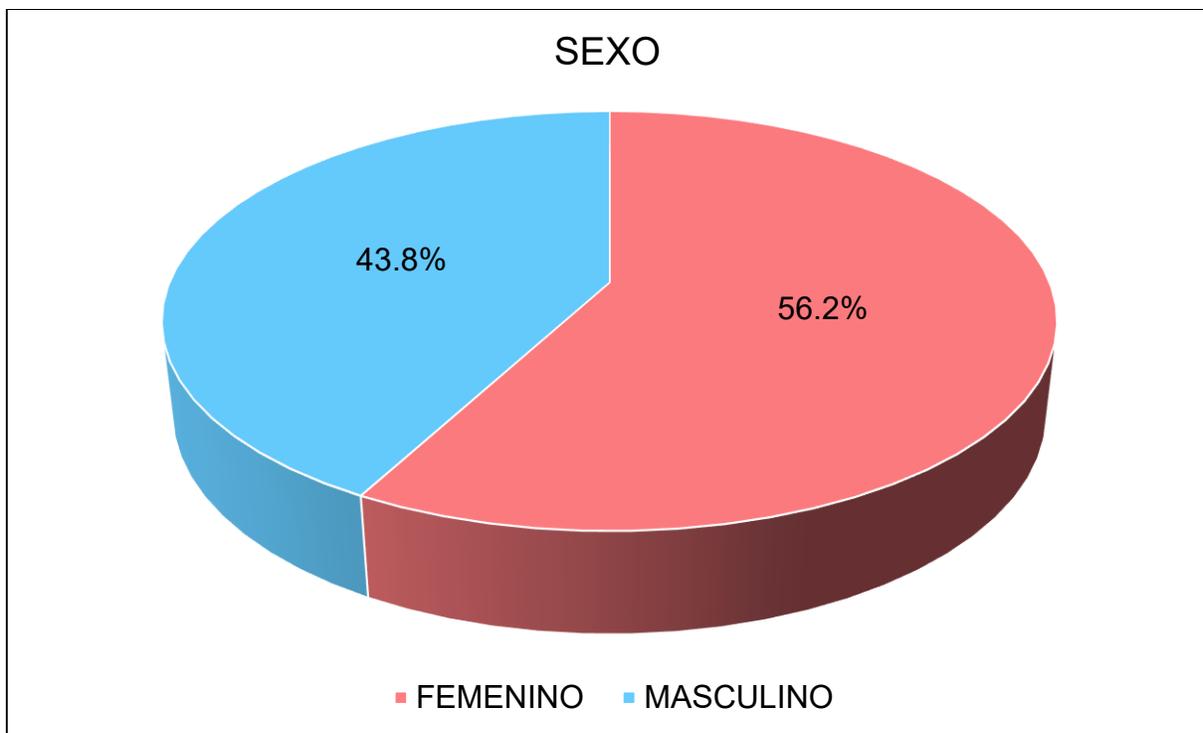
“NIVEL DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES DIABETICOS MAYORES DE 60 AÑOS EN EL TURNO VESPERTINO DE LA UMF 2”

RESULTADOS.

En la población estudiada encontramos que 104 pacientes fueron mujeres (56.2%) y 81 hombres (43.8%), del total de la muestra estudiada.

	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	104	56.2
MASCULINO	81	43.8
Total	185	100.0

Tabla 1

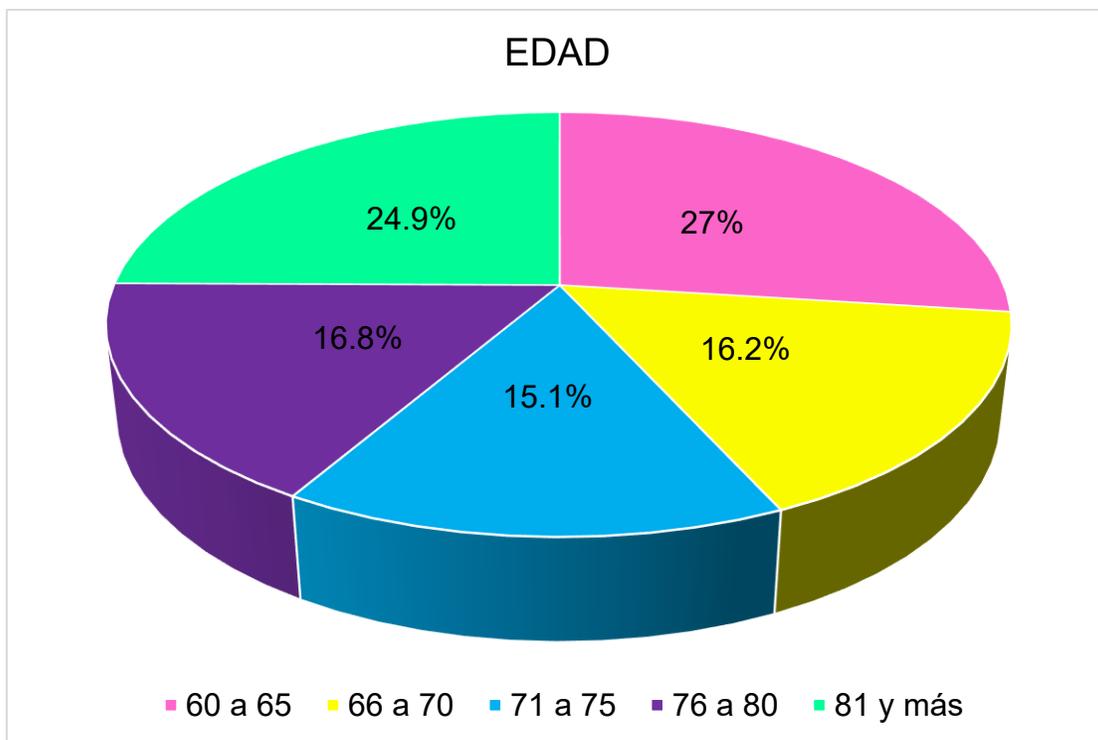


Gráfica 1

La edad de nuestra población estudiada en el rango de 60 a 65 años son 50 (27%), de 66 a 70 años de edad son 30 (16.2 %), de 71 a 75 años de edad son 28 (15.1%), de 76 a 80 años de edad son 31, (7.6%), y mayores de 81 años son 46, (24.9%), lo que representa el total de la población.

	Frecuencia	Porcentaje
60-65	50	27.0
66-70	30	16.2
71-75	28	15.1
76-80	31	16.8
81 y mas	46	24.9
Total	185	100.0

Tabla 2

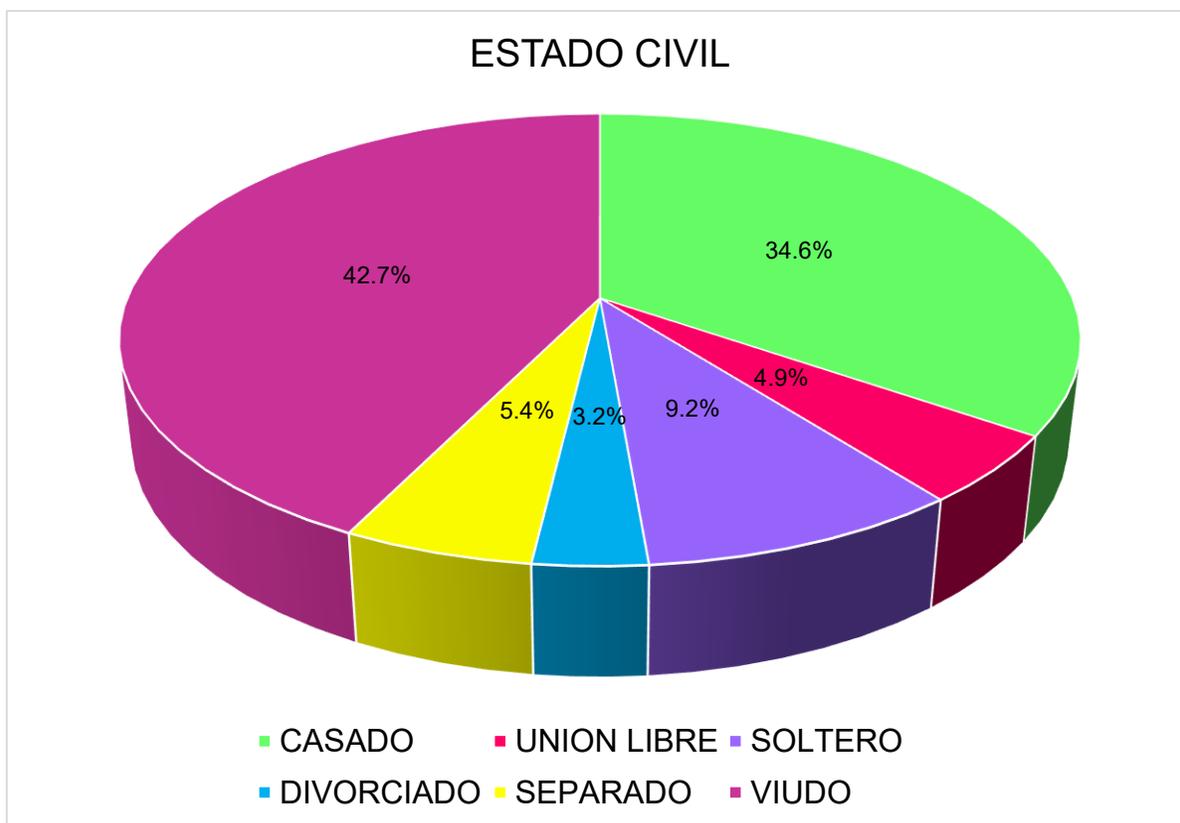


Gráfica 2

El estado civil de la población estudiada fue de 64 casados (34.6%), 9 viven en unión libre, (4.9%), 17 son solteros (9.2%), 6 divorciados (3.2%) de la muestra, 10 separados (5.4%), y finalmente 79 viudos (42.7%) del total estudiado.

	Frecuencia	Porcentaje
CASADO	64	34.6
UNION LIBRE	9	4.9
SOLTERO	16	8.6
DIVORCIADO	6	3.2
SEPARADO	10	5.4
VIUDO	80	43.2
Total	185	100.0

Tabla 3

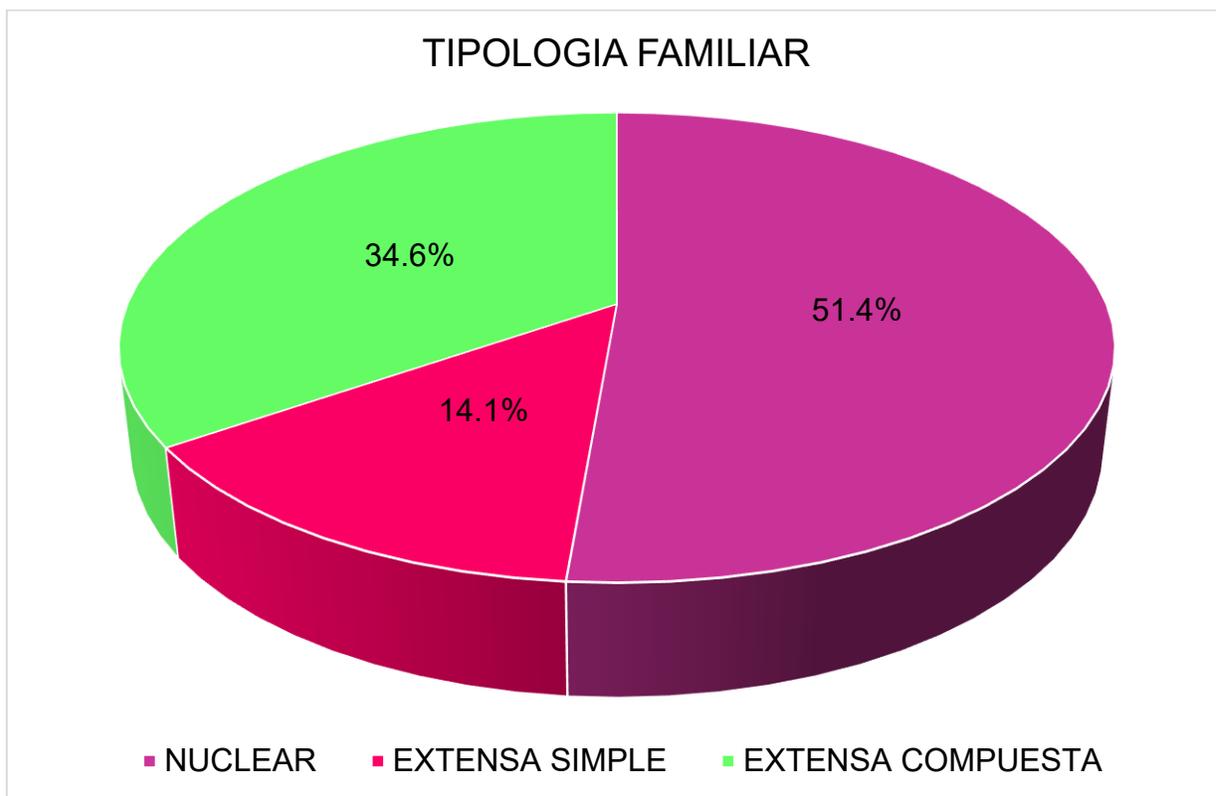


Gráfica 3

En la población estudiada se encontró que de acuerdo a la tipología familiar 95 pertenecen a una familiar nuclear que representa el 51.4%, 26 pertenecen a una familia Extensa simple que es el 14.1% y 64 pertenecen a una familia extensa compuesta que representa el 34.6% restante.

	Frecuencia	Porcentaje
NUCLEAR	95	51.4
EXTENSA SIMPLE	26	14.1
COMPUESTA	64	34.6
Total	185	100.0

Tabla 4

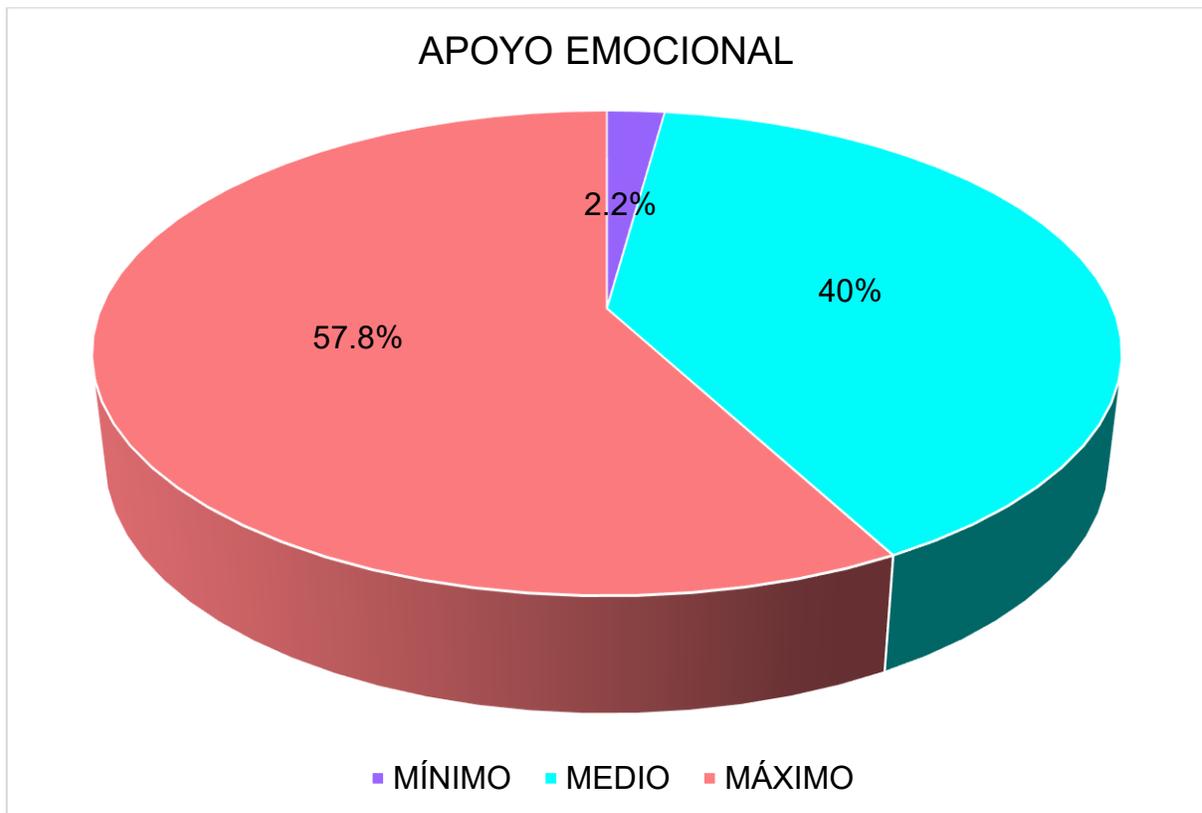


Gráfica 4

En cuanto al Apoyo emocional que involucra la posibilidad de brindar asesoramiento, consejos, información a la persona afectada, a fin de que pueda enfrentar situaciones problema, en la población estudiada se encontró que 4 tienen mínimo apoyo emocional, que corresponde al 2.2%, 74 tienen apoyo medio que es el 40% y 107 cuentan con el máximo apoyo emocional que representa el 57.8%.

	Frecuencia	Porcentaje
APOYO EMOCIONAL MÍNIMO	4	2.2
APOYO EMOCIONAL MEDIO	74	40.0
APOYO EMOCIONAL MÁXIMO	107	57.8
TOTAL	185	100.0

Tabla 5

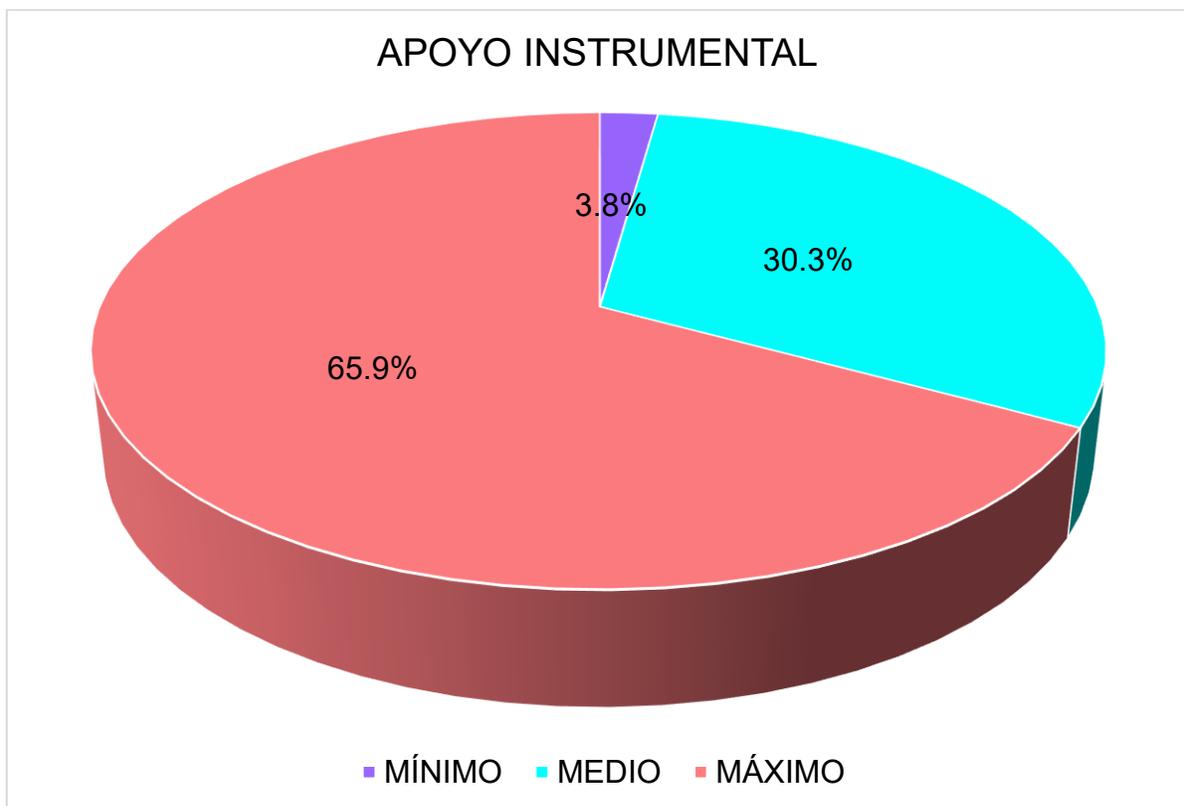


Gráfica 5

Entendiendo el apoyo instrumental como la posibilidad de ayuda doméstica con la que se puede contar, en la población estudiada se encontró que en 7 el apoyo es mínimo (3.8%), en 56 el apoyo es medio (30.3%) y se encontró el máximo apoyo instrumental en 122 que corresponde al 65.9%.

	Frecuencia	Porcentaje
APOYO INSTRUMENTAL MÍNIMO	7	3.8
APOYO INSTRUMENTAL MEDIO	56	30.3
APOYO INSTRUMENTAL MÁXIMO	122	65.9
TOTAL	185	100.0

Tabla 6

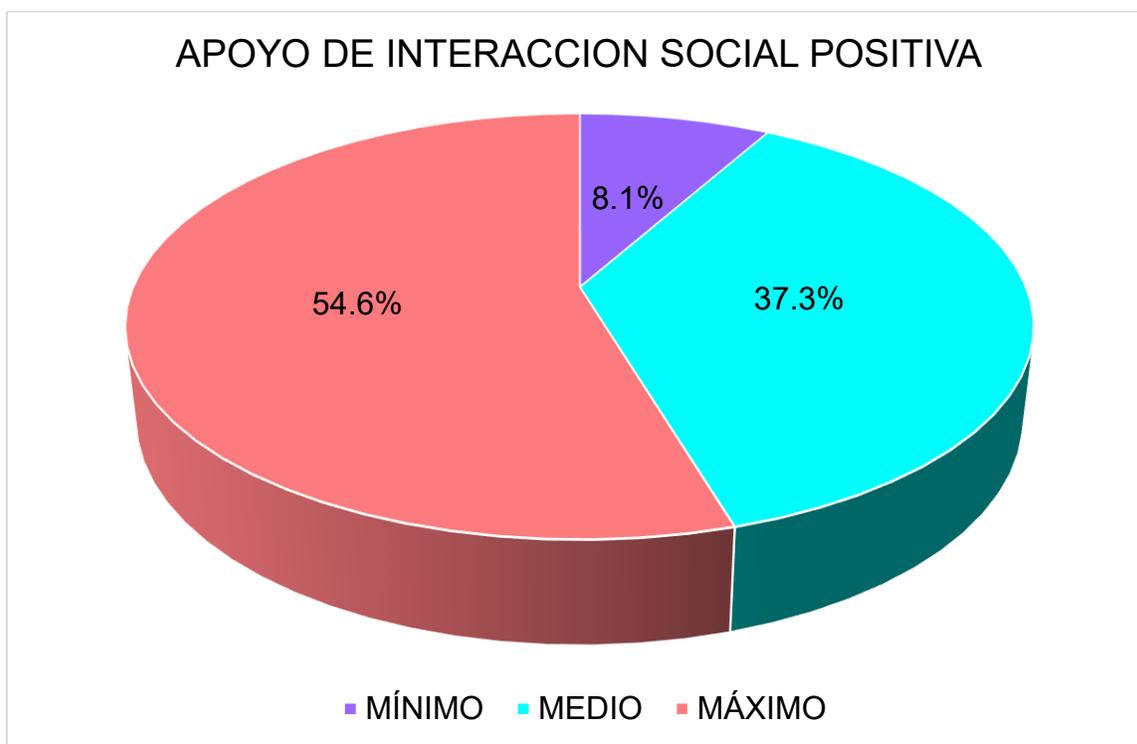


Gráfica 6

El apoyo social se entiende como la posibilidad de contar con personas para distraerse y realizar actividades de ocio, se vio que en 15 el apoyo es mínimo que corresponde a un 8.1%, medio en 69 que representa el 37.3% y en 101 hay un máximo apoyo que es el mayor porcentaje representado (54.6%).

	Frecuencia	Porcentaje
APOYO DE INTERACCIÓN SOCIAL POSITIVA MÍNIMO	15	8.1
APOYO DE INTERACCIÓN SOCIAL POSITIVA MEDIO	69	37.3
APOYO DE INTERACCIÓN SOCIAL POSITIVA MÁXIMO	101	54.6
TOTAL	185	100.0

Tabla 7

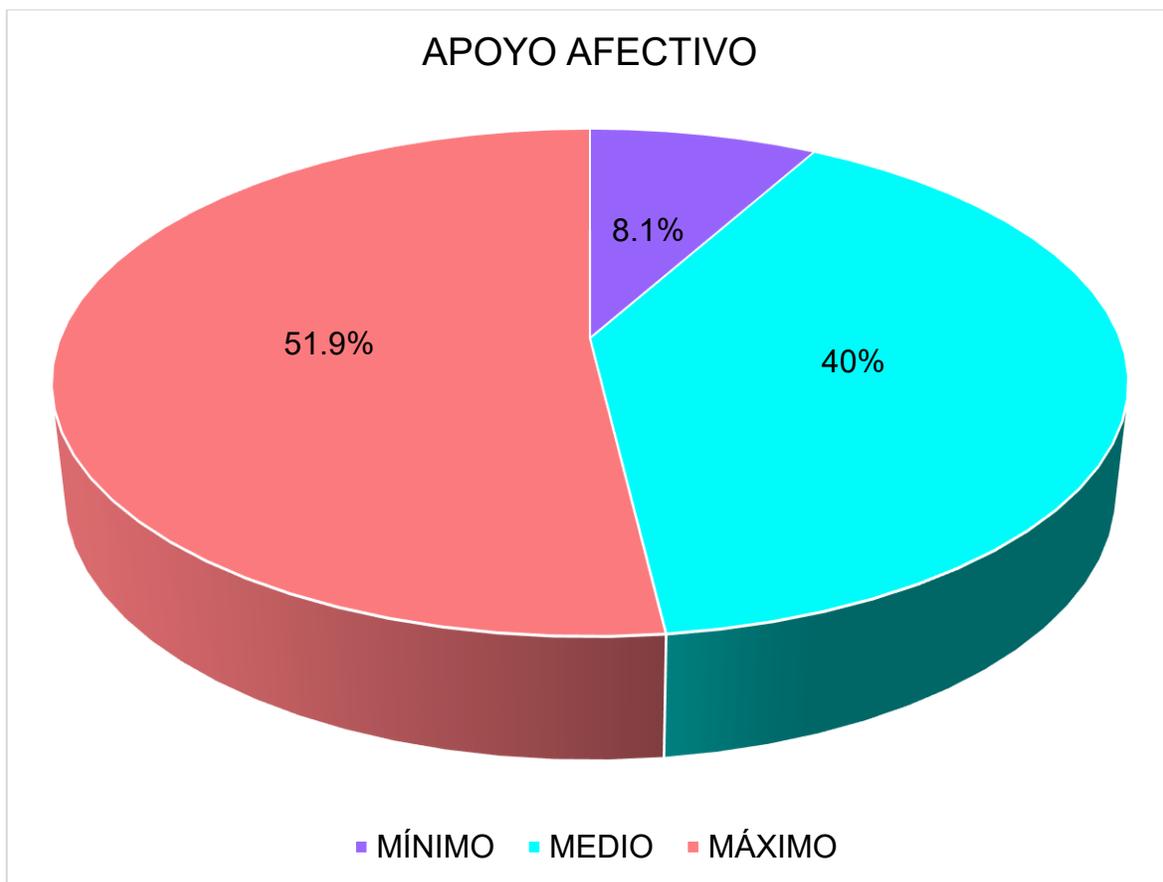


Gráfica 7

En cuanto al Apoyo afectivo manifestado por muestras de empatía, cuidado, amor, cariño y confianza, en la población estudiada se encontró que 55 tienen mínimo apoyo emocional, que corresponde al 29.7%, 48 tienen apoyo medio que es el 25.9% y 82 cuentan con el máximo apoyo emocional que representa el 44.3%.

	Frecuencia	Porcentaje
APOYO AFECTIVO MÍNIMO	15	8.1
APOYO AFECTIVO MEDIO	74	40.0
APOYO AFECTIVO MÁXIMO	96	51.9
TOTAL	185	100.0

Tabla 8



Gráfica 8

El índice global de Apoyo social es considerado como todos los recursos del entorno favorecedores del mantenimiento de las relaciones sociales, la adaptación, y el bienestar del individuo dentro de un contexto comunitario y sabiendo que las fuentes de apoyo social más básicas y tradicionales están constituidas por la familia, los amigos, los compañeros de trabajo en la población estudiada se encontró que en 4 hay un apoyo mínimo que corresponde al 2.2%, en 68 hay medio apoyo (36.8%) y 113 cuentan con máximo apoyo que equivale al 61.1%%. Se obtiene sumando todos los ítems.

	Frecuencia	Porcentaje
ÍNDICE GLOBAL DE APOYO MÍNIMO	4	2.2
ÍNDICE DE APOYO GLOBAL MEDIO	68	36.8
ÍNDICE DE APOYO GLOBAL MÁXIMO	113	61.1
TOTAL	185	100.0

Tabla 9

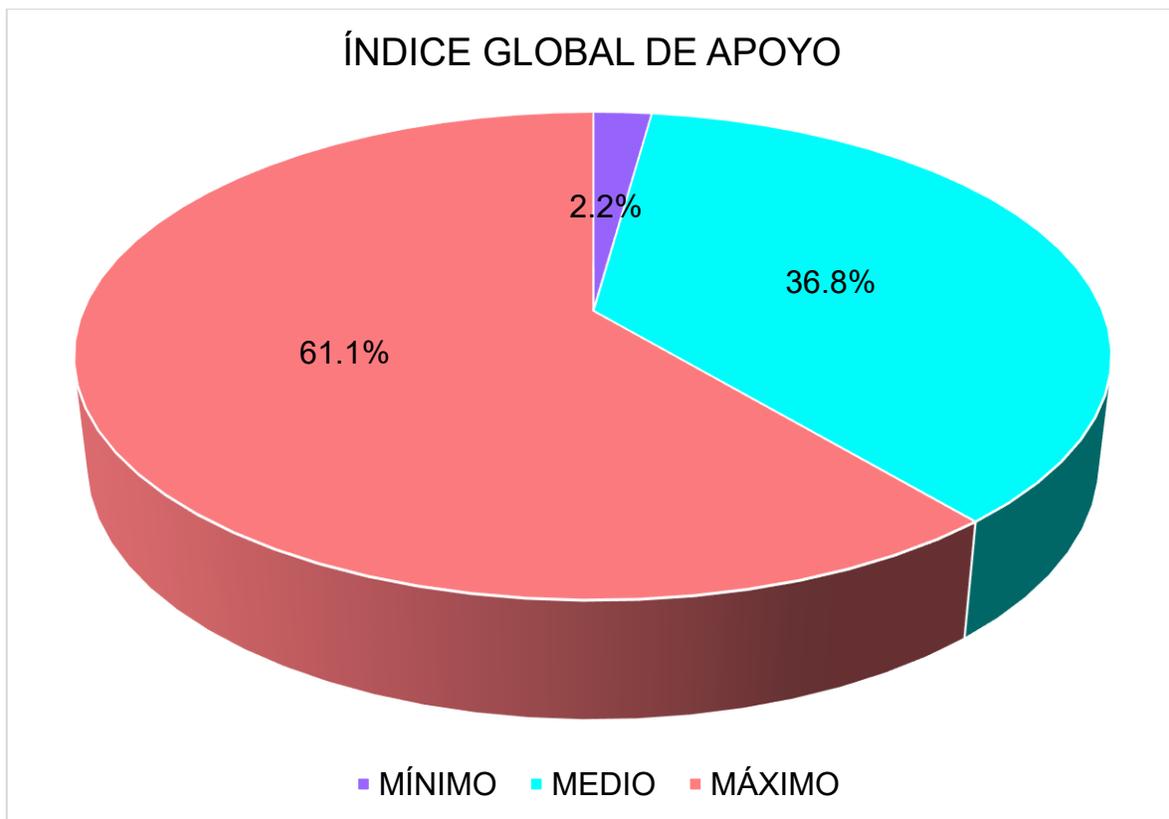
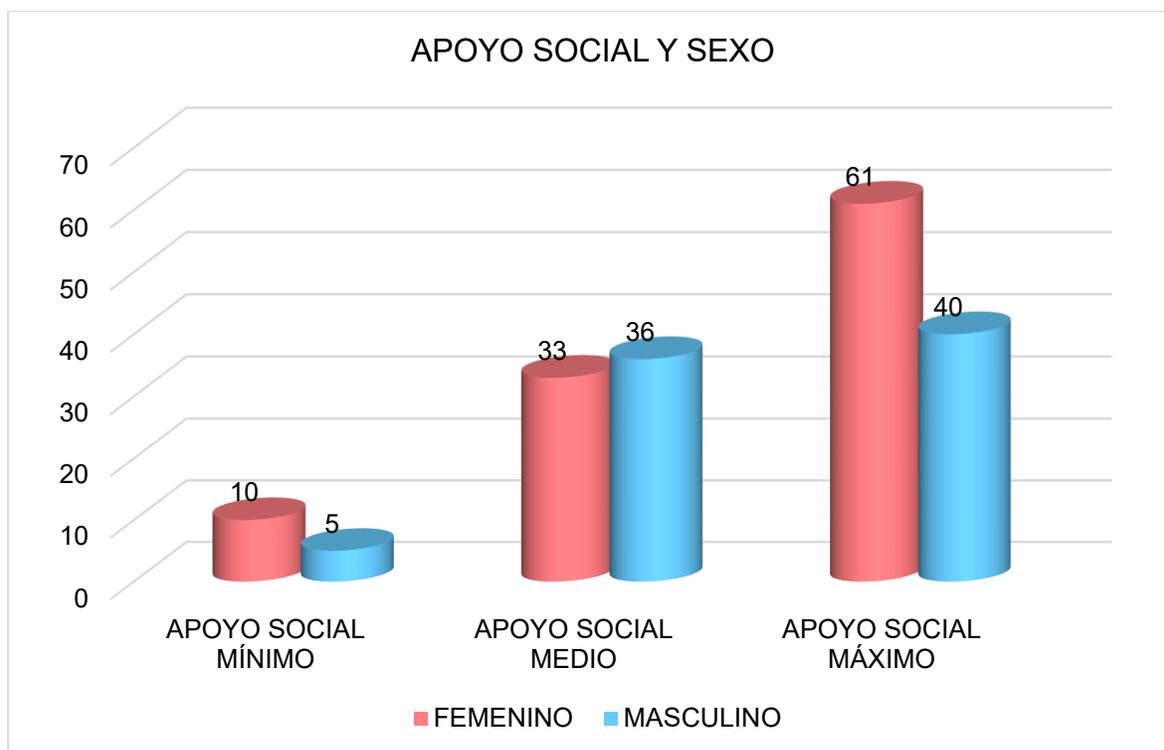


Gráfico 9

En la población estudiada se encontró que en la interacción social positiva hay mayor número de personas que reciben mínimo apoyo, y de estas 10 son mujeres que representan el 9.61% del total de las mujeres, y 5 son hombres que representan el 6.17% del total de hombres, por lo que se observa que las mujeres reciben menos apoyo social comparado con los hombres.

	FEMENINO	MASCULINO
APOYO DE INTERACCIÓN SOCIAL MÍNIMO	10	5
APOYO DE INTERACCIÓN SOCIAL MEDIO	33	36
APOYO DE INTERACCIÓN SOCIAL MÁXIMO	61	40
TOTAL	104	81

Tabla 10

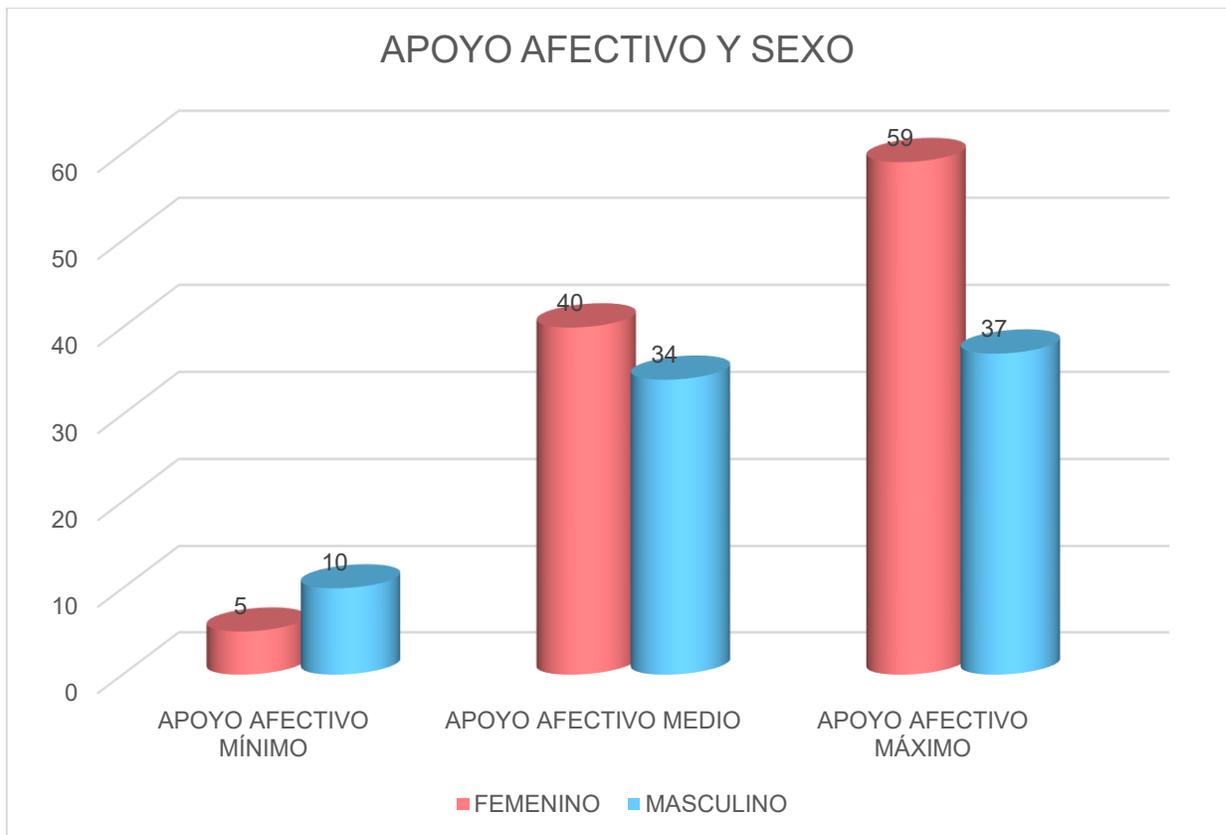


Gráfica 10

En cuanto al apoyo afectivo también se identificó que hay más personas que reciben mínimo apoyo comparado con los otros tipos de apoyo, de estas 5 son mujeres que representan el 4.8% del total de la población de mujeres estudiada, y 10 son hombres que corresponde al 12.34%, del total de la población de hombres, por lo que los hombres reciben menos apoyo afectivo que las mujeres.

	FEMENINO	MASCULINO
APOYO AFECTIVO MÍNIMO	5	10
APOYO AFECTIVO MEDIO	40	34
APOYO AFECTIVO MÁXIMO	59	37
TOTAL	104	81

Tabla 11

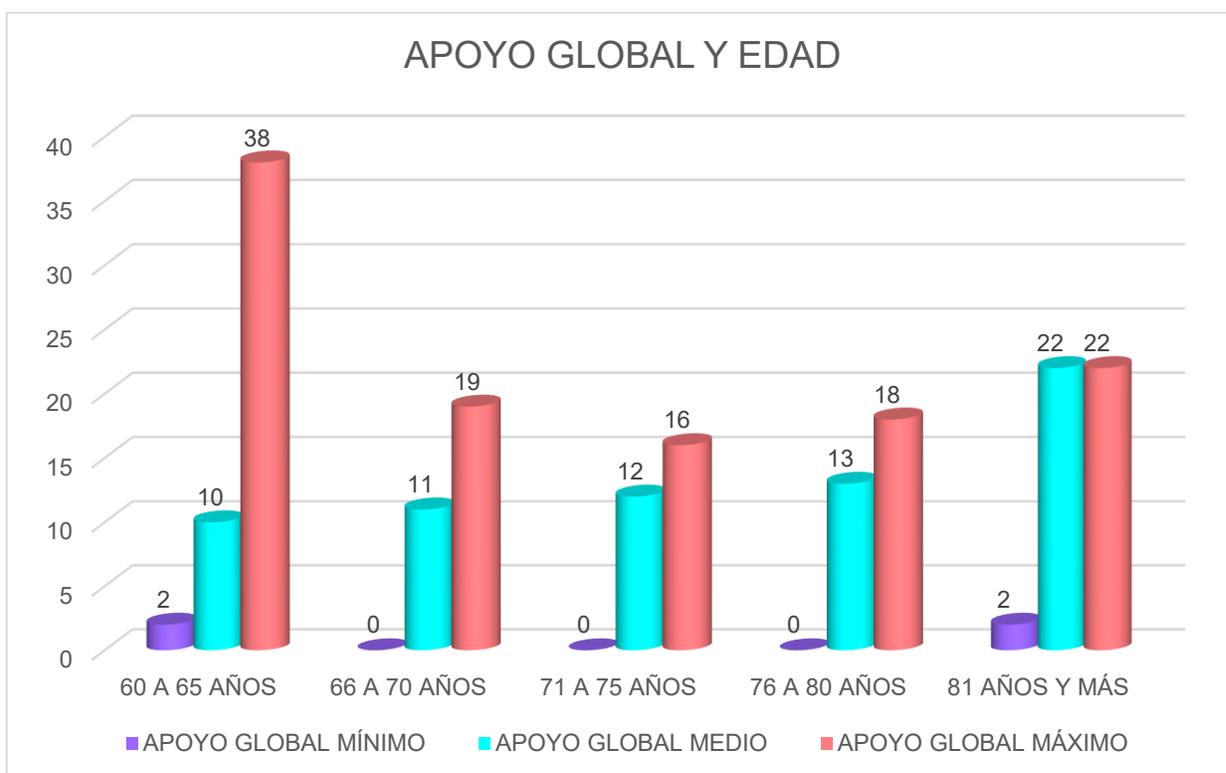


Gráfica 11

Se observó que el 85.93% de la población de 60 a 65 años, el 63.63% de la población de 66 a 70 años, el 57.14% de la población de 71 a 75 años, y el 58.06% de la población de 76 a 80 años cuentan con apoyo global máximo, mientras que solo el 4.34% de la población estudiada de 81 años y más tiene mínimo apoyo global, comparado con la población de menor edad.

	60 A 65	66 A 70	71 A 75	76 A 80	81 Y MÁS
APOYO GLOBAL MÍNIMO	2				2
APOYO GLOBAL MEDIO	10	11	12	13	22
APOYO GLOBAL MÁXIMO	38	19	16	18	22

Tabla 12

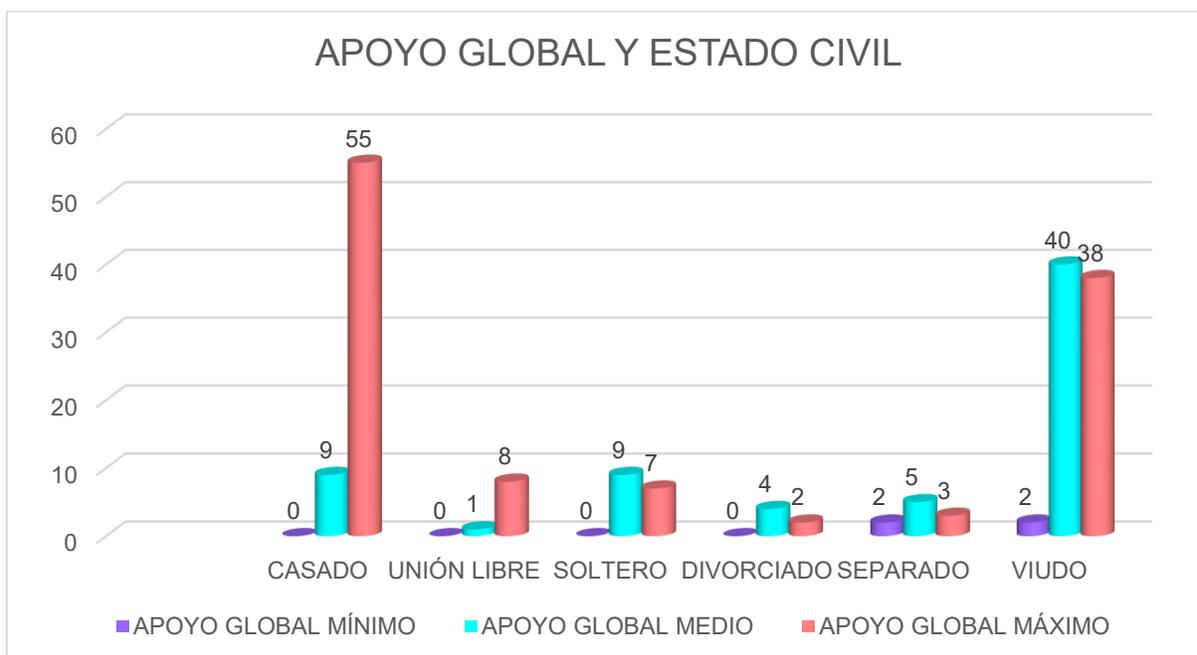


Gráfica 12

En la población estudiada se encontró que el 85.93% de las personas casadas y el 88.88% de las personas que viven en unión libre reciben apoyo global máximo, mientras que el 56.25% de las personas solteras, el 66.66% de las personas divorciadas, el 50% de las personas separadas y el 50% de las personas viudas reciben apoyo global medio, y solo el 20% de las personas separadas y el 2.5% de las personas viudas reciben mínimo apoyo.

	CASADO	UNIÓN LIBRE	SOLTERO	DIVORCIADO	SEPARADO	VIUDO
APOYO GLOBAL MÍNIMO					2	2
APOYO GLOBAL MEDIO	9	1	9	4	5	40
APOYO GLOBAL MÁXIMO	55	8	7	2	3	38

Tabla 13



Gráfica13

DISCUSIÓN.

El objetivo de este estudio fue identificar el nivel de apoyo social con el que cuentan los pacientes diabéticos, de tal forma que entre mayor es el número de familiares cercanos con el que cuentan los pacientes, mayor es el apoyo social percibido, esto coincide con el estudio de Asher y De los Ríos, que señala que cuando se produce un descenso o disminución en la red se aprecia una reducción en la percepción del apoyo social.

En el presente trabajo, la red de apoyo estuvo compuesta, como media, por tres familiares, cifra inferior a la reportada en el estudio de Nury Josefina Martínez Hernández y Col., en las que se cuenta hasta con 7 miembros que en su mayoría proporcionan apoyo emocional, al igual que en estudio, en el que se identificó que los pacientes diabéticos perciben mayor apoyo emocional e instrumental.

En relación con la interacción social positiva, destaca el hecho de que sean las mujeres quienes más perciben este apoyo, hecho observado también en el estudio realizado por Nury Josefina Martínez Hernández y Col.

En un estudio realizado por Aníbal Noriega y Col. indican la relación con el cónyuge como fuente de gran apoyo, lo que concuerda con los datos aquí presentados existe una relación clara entre la percepción positiva de apoyo social y los pacientes diabéticos que tienen pareja, es decir que los pacientes casados perciben mayor apoyo social comparado con los solteros o divorciados.

Según Bellon y Olsen, reportan que cuanto más edad tienen las personas existe una menor percepción de apoyo, semejante a lo que se refleja en el presente estudio, los pacientes diabéticos menores de 65 años perciben mayor apoyo social comparado con los pacientes mayores de 65 años. Es decir que conforme aumenta la edad los individuos presentan una mayor sensación de soledad.

Respecto al apoyo afectivo se observó que los hombres son los que perciben menor apoyo afectivo, resultado que difiere al presentado en el estudio realizado por De la Revilla Ahumada en donde las mujeres percibían menor apoyo sobre todo afectivo.

CONCLUSIONES.

Con los resultados del análisis anterior se identificó que el apoyo social en pacientes diabéticos mayores de 60 años pertenecientes a la UMF núm. 2 es máximo en sus 4 dimensiones, sin embargo se observó que perciben mayor apoyo emocional e instrumental y menor apoyo afectivo y de interacción social positiva.

El aplicar el cuestionario MOS nos permitió identificar que dentro de la muestra de 185 pacientes diabéticos, existen 4 pacientes que están en riesgo social elevado, por no contar con ningún tipo de red social, de estos 3 son del sexo masculino, pertenecientes a una familia nuclear, y con estado civil viudo o separado, para estas personas es necesario contribuir desde la atención de primer nivel a la ampliación del apoyo social, haciendo uso de la comunicación asertiva y escucha activa, podremos indicarles como buscar posibles fuentes de recursos sociales y comunitarios, ya que al percibir mayor apoyo puede ayudarlos a tener un mejor control metabólico y disminuir las complicaciones agudas y crónicas propias de la diabetes mellitus, ya que se ha visto que el apoyo social protege a las personas de las consecuencias negativas, físicas y psicológicas, de los sucesos de vida estresantes, tales como el aislamiento social, la depresión y de las enfermedades cardiovasculares; permite a las personas creer que se preocupan por ellos, que se les quiere, son estimados, valorados y pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas.

Esta investigación puede ser el antecedente para realizar estudios más especializados y profundizar en el tema, hecho que beneficiara que los pacientes diabéticos mayores de 60 años conozcan los diferentes tipos de red de apoyo social con la que cuentan, que no solo se limita a la familia, ya que esto puede ayudar a mejorar su control metabólico.

BIBLIOGRAFIA.

1. Cervantes V.R.D., Presno B.J.M. Fisiopatología de la diabetes y los mecanismos de muerte de las células β pancreáticas. *Revista de Endocrinología y Nutrición* 2013; 21(3):98-106.
2. Cordero H.A., Pinto A. R., Diabetes mellitus tipo 1 y 2. Estudio epidemiológico del primer año del servicio de Consulta Externa del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca. *Evid Med Invest Salud* 2014; 7 (1): 10-18.
3. Yanes Q.M.; Cruz H.J.; Yanes Q.M.A.; Calderín B.R.; et al. Diabetes mellitus en el anciano, un problema frecuente. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2009; 25(2).
4. Vázquez M.J.L., Mercadillo P.M.G., Celis Q.J.G.; Demanda de atención médica por diabetes mellitus en el primer nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2011; 49 (2): 225-231.
5. Escobedo de la P.J., Buitrón G.L.V., Ramírez M.J.C., et al. Diabetes en México. Estudio CARMELA. *Cir Cir* 2011; 79:424-431
6. Aguilar N.S.G., Ávila F.J. A. La diabetes y la vejez. *Rev Invest Clin* 2010; 62(4): 302-304.
7. Guerrero A.M.E., Padierna L.J.L. Descontrol metabólico en diabetes tipo 2. Factores del paciente y del médico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2011; 49 (4):419-424.
8. Tejada T.L.M., Grimaldo M.B.E., Maldonado R.O. Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento. *Revista Salud Pública y Nutrición*. 2006 Ene-Mar; 7 (1):1-9.
9. Gomes V.B.L.C., Foss M.C., Pace A.E. Relación entre apoyo social, adhesión al tratamiento y control metabólico de personas con Diabetes Mellitus. *Rev. Latino-Am.* 2012 ene.-feb; 20(1):1-8.
10. Fernández A. R., Manrique A., Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. *Enfermería Global*. 2010 Jun; (19):1-9.
11. Vega A.O.M., González E.D.S., Apoyo Social: Elemento Clave en el Afrontamiento de la Enfermedad Crónica. *Enfermería Global*. 2009 jun; (16):1-11.
12. Gonzáles C.P., El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). *Waxapa*. 2011 Jul-Dic; 2(5):102-107.
13. Santos de S.Z.C. Adulto mayor, redes sociales e integración. *Trabajo Social*. 2009; (II):159-174.
14. Cardona A.D., Estrada R. A., Chavarriaga M.L.M. Segura C.A.M., Ordoñez M.J., Osorio G.J.J. Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado. Medellín, 2008. *Rev. salud pública*. 2010; 12 (3):414-424.

15. Pelcastre V.B.E., Treviño S.S., González V.T., Márquez S.M. Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2011 mar; 27(3):460-470.
16. Cordero B.W. "El apoyo social para y con las personas adultas mayores". *GACETILLA INFORMATIVA*. 2012 mar (39):1-3.
17. De la Cuesta B.C. El cuidado familiar: una revisión crítica. *Invest Educ Enferm*. 2009; 27(1):96-102.
18. López G.M.J., Orueta S.R., Gómez C. S., Sánchez O.A., Carmona de la M. J., Alonso M.F.J. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *REV CLÍN MED FAM* 2009; 2(7): 332-334.
19. Ruiz R.N., Moya A.L. El cuidado informal: una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción*. 2012; 1:22–30.
20. Suárez C.M.A. Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. *Rev Med La Paz*, 2011; 17(1):60-67.
21. Rodríguez E.S., Enrique H.C. Validación del cuestionario MOS de Apoyo Social percibido. *Psicología, Cultura y Sociedad*. 155-168.
22. De la Revilla L, Luna del C.J., Bailón E, Medina I. Validación del cuestionario de MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia* 2005; 6(1):10-18.
23. Costa R.G., Salamero M. Gil F. Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer. *Med Clin (Barc)*. 2007; 128(18):687-691.

ANEXOS.

“NIVEL DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES DIABETICOS MAYORES DE 60 AÑOS EN EL TURNO VESPERTINO DE LA UMF 2”

Cuantos años tiene usted: _____ Años de diagnóstico con diabetes Mellitus: _____

Sexo:

M	F
---	---

Estado civil:

Casado	Unión libre	Soltero	Divorciado	Separado	Viudo
--------	-------------	---------	------------	----------	-------

Tipología familiar de acuerdo a su estructura:

Nuclear	Extensa	Compuesta
---------	---------	-----------

INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda que Ud. Dispone.

1. Aproximadamente, cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar a cerca de todo lo que se le ocurre).

Escriba el número de amigos íntimos y familiares cercanos _____

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

Marque con un círculo uno de los números de cada fila.

	Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	La mayoría de veces	siempre
2. Alguien que la ayude cuando tenga que estar en la cama	Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	La mayoría de veces	Siempre
3. Alguien con quien pueda contar cuando tenga la necesidad de hablar	Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	La mayoría de veces	Siempre
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	La mayoría de veces	Siempre
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	La mayoría de veces	Siempre
6. Alguien que le muestre amor y afecto	Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	La mayoría de veces	Siempre
7. Alguien con quién pasar un buen rato	Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	La mayoría de veces	Siempre
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	La mayoría de veces	Siempre
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de si mismo y sus preocupaciones	Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	La mayoría de veces	Siempre
10 Alguien que le abrace	Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	La mayoría de veces	Siempre
11 Alguien con quien pueda relajarse	Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	La mayoría de veces	Siempre
12 Alguien que le prepare la comida cuando no puede hacerlo	Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	La mayoría de veces	Siempre
13 Alguien cuyo consejo desee	Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	La mayoría de veces	Siempre

14 Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	La mayoría de veces	Siempre
15 Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	La mayoría de veces	Siempre
16 Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	La mayoría de veces	Siempre
17 Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.	Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	La mayoría de veces	Siempre
18 Alguien con quien divertirse.	Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	La mayoría de veces	Siempre
19 Alguien que comprenda sus problemas	Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	La mayoría de veces	Siempre
20 Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido	Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	La mayoría de veces	Siempre



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS 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: " NIVEL DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES DIABÉTICOS MAYORES DE 60 AÑOS EN EL TURNO VESPERTINO DE LA UMF 2"

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha:

México, Distrito Federal 2015

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

Identificar el nivel de apoyo social en pacientes diabéticos mayores de 60 años en el turno vespertino de la UMF No. 2.

Procedimientos:

Aplicación del instrumento MOS

Posibles riesgos y molestias:

Ninguno ya que solo se aplicara un instrumento sobre conocimiento del paciente diabético.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Conocer cuál es el apoyo social en pacientes diabéticos mayores de 60 años de la UMF 2

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Se darán a conocer los resultados a través de un cartel que se publicara en la coordinación de educación e investigación en salud de la UMF – 2.

Participación o retiro:

Lo puede hacer en cualquier momento que lo desee el paciente.

Privacidad y confidencialidad:

No se requiere identificación alguna del paciente o familiar para la aplicación del estudio.

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

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

Implementar programas para mejorar el apoyo social en pacientes diabéticos de la UMF 2

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

Investigador Responsable:

Dra. Yazmín Virginia Velázquez Rocha. Matrícula. 99354702 UMF 2 Sor Juana Inés de la Cruz No. 81 Col. Santa María la Ribera. Tel 55475510 al 19 Ext. 21407

Colaboradores:

Investigador Asociado: Andrés Rocha Aguado Matrícula 98150508 Tel. 55475510 al 19 Ext. 21407

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 de ambos padres otutores o representante legal

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

