



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
COORDINACIÓN DE LEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA  
UNIDAD MEDICINA FAMILIAR NUMERO 13  
TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.**

**“GRADO DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES  
ADSCRITOS AL PROGRAMA DiabetIMSS EN LA UMF 13,  
TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.”**

**TESIS DE POSTGRADO**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:**

**MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**D R. KEIHIN RAMON AHU CHANDOMI.**

**TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS FEBRERO 2020**



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA  
UNIDAD MEDICINA FAMILIAR NUMERO 13  
TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.**



**“GRADO DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES ADCRITOS  
AL PROGRAMA DiabetIMSS EN LA UMF 13, TUXTLA  
GUTIERREZ, CHIAPAS.”**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:  
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

Dr. Keihin Ramón Ahu Chandomi  
Médico Residente de Medicina Familiar  
Unid. de Medicina Familiar N° 13  
Matricula.: 98073822 Tel.: 9612695695  
Correo Electronico: ahu\_mf@hotmail.com

**DIRECTOR METODOLÓGICO Y DE CONTENIDO**

Dr. José Ramiro Cortés Pon.  
Subdirector Médico del Turno nocturno  
Hospital General de Zona 2, Chiapas.  
Matrícula: 11619732  
Teléfono: 961 131 1436  
Correo Electrónico: ramistes@gmail.com

**AUTORIZACIONES**

**DR. LUIS ANTONIO VALLES FLORES  
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE  
EDUCACIÓN EN SALUD, DELEGACIÓN  
ESTATAL, CHIAPAS.**

**DR. HÉCTOR ARMANDO RINCON LEÓN  
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE  
INVESTIGACIÓN EN SALUD,  
DELEGACIÓN ESTATAL, CHIAPAS.**

**TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS FEBRERO 2020**



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
COORDINACIÓN DE LEGACIÓN DE INVESTIGACIÓN MÉDICA  
UNIDAD MEDICINA FAMILIAR NUMERO 13  
TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.**



**“GRADO DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES ADCRITOS AL  
PROGRAMA DiabetIMSS EN LA UMF 13, TUXTLA GUTIERREZ,  
CHIAPAS.”**

**TESIS DE POSTGRADO**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:**

**MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**TESISTA:**

Dr. Keihin Ramón Ahu Chandomi  
Médico Residente de Medicina Familiar  
Unidad de Medicina Familiar N° 13  
Matrícula: 98073822 Teléfono: 9612695695  
Correo Electrónico: ahu\_mf@hotmail.com

**DIRECTOR METODOLÓGICO Y DE CONTENIDO**

Dr. José Ramiro Cortés Pon.  
Subdirector Médico del Turno nocturno  
Hospital General de Zona 2, Chiapas.  
Matrícula: 11619732  
Teléfono: 961 131 1436  
Correo Electrónico: ramistes@gmail.com

## **AGRADECIMIENTOS:**

A Dios quien me ha puesto en los momentos indicados, el cual me ha llenado la vida de retos y también me da la fuerza para superarlos.

A mis padres los cuales me han dado siempre su apoyo consejo y comprensión los cuales siempre serán el mejor ejemplo a seguir y me han enseñado el verdadero amor.

A mis hermanas las cuales han sido mis compañeras y mejores amigas las cuales en momentos difíciles siempre me han enseñado que vale la pena sonreír.

A ti mi persona favorita en el mundo la cual has estado a mi lado en este parte de formación de mi vida siempre dándome tu incondicional apoyo y tu amor gracias por todo Gaby.

A mis amigos los “X-men” que han estado a mi lado en la residencia con los cuales compartí momentos de alegría y también los de desánimo....gracias por estar ahí.

A usted mi modelo a seguir el cual siempre me recibía con entusiasmo, motivándome a dar lo mejor en este proyecto y enseñarme que la medicina familiar no tiene límites muchas gracias Dr. Cortés Pon.

## INDICE

I.	RESUMEN	7
	I.I Antecedentes	7
	I.II Material y Métodos	8
	I.III Recursos e Infraestructuras	8
	I.IV Análisis estadístico	8
II.	MARCO TEÓRICO	9
III.	JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	25
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	27
V.	OBJETIVOS	29
VI.	HIPOTESIS	30
VII.	MATERIAL Y MÉTODOS	31
VIII.	CRITERIOS DE SELECCIÓN	32
	VIII.I Procesamiento de datos y análisis estadístico	32
IX.	VARIABLES DEL ESTUDIO	33
	IX.I variable dependiente	33
	IX.II variables independientes	34
X.	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	35

XI. ASPECTOS ÉTICOS -----	37
XII. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD -----	39
XIII. RESULTADOS -----	40
XIV. DISCUSIÓN -----	51
XV. CONCLUSIÓN -----	53
XVI. RECOMENDACIONES -----	54
XVII. BIBLIOGRAFÍA -----	55
XVIII. ANEXOS -----	58
XIX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES -----	61

## I.- RESUMEN:

**Título.** Grado de apoyo social en pacientes adscritos al programa DiabetIMSS en la UMF 13.

**I.I Antecedentes:** La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que “la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DMT 2) ha mostrado ser un gran problema para la salud pública”<sup>3</sup> Nuestro país ocupa el décimo lugar entre países con mayor número de diabéticos este predomina con un índice de 9.1%. Entre el año 2000 y 2011, en el IMSS la preeminencia de diabetes entre los afiliados tuvo un incremento de hasta el 10.5%. Actualmente existen 3.2 millones de pacientes con esta enfermedad <sup>4</sup>.

A nivel nacional el 60% de cuidados médicos de la población del país está a cargo del IMSS, teniendo como principal causa de egresos a la diabetes con un costo total anual en 2010 de 452 millones de dólares, que es equiparable al 3% del total de los consumos, con una gran repercusión en los sistemas de salud <sup>5</sup>.

Esta enfermedad ocupa el primer lugar a nivel nacional en mortalidad con una tendencia al incremento, durante el 2011 “se reportaron 21,096 defunciones que corresponden a 18-20 % del total de las ocurridas en el periodo 2004-2011 (Sistema Institucional de Mortalidad, Sismor)” <sup>6</sup>. Para el año 2030 se estima en México que de los 6.8 millones de afectados aumentara a 33 millones<sup>6</sup>.

Los nuevos casos incluirán a infantes y adolescentes nacionales que son aquejados, resultado de una vida con poca actividad física y alimentación no saludable, lo que ha establecido adiposidades en esta población, convirtiéndose en un problema de salud pública<sup>6</sup>.

**Objetivo:** Identificar el grado de apoyo social en pacientes adscritos al programa DiabetIMSS.

**I.II Material y métodos:** Se realizará un estudio de tipo no experimental, transversal observacional, en el servicio de DiabetIMSS de esta unidad de medicina familiar UMF N° 13, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Se incluirá a pacientes adscritos al programa DiabetIMSS en el periodo 01 de diciembre de 2017 al 31 de mayo de 2018. Con un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia. La herramienta de recolección de datos será el cuestionario de MOS que tiene una confiabilidad de alfa de Cronbach 0.96 para los primeros 19 reactivos.

**I.III Recursos e infraestructura:** Se contará con el apoyo de un asesor metodológico, un médico residente de primer año de la especialidad en Medicina familiar. Los recursos financieros serán propios del investigador y apoyo para realización de hemoglobina glucosilada por parte del laboratorio de la UMF 1 del IMSS. En Tuxtla Gutiérrez Chiapas. Se llevará a cabo la recolección de datos en las sesiones mensuales del programa DiabetIMSS de la unidad de medicina familiar UMF N° 13 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

**I.IV Análisis estadístico:** Se llevará a cabo con el programa estadístico, SPSS versión 15, se efectuarán la cálculo de medidas de tendencia central (Media, mediana y moda), porcentajes y sistematizaciones de correlación utilizando la Chi cuadrada, los resultados se presentarán en gráficas y tablas de frecuencia

**Palabras clave:** Diabetes mellitus tipo 2, DiabetIMSS, apoyo social.

## II.- MARCO TEORICO

La Organización Mundial de La Salud (OMS) define a la diabetes como: “Una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce.”<sup>1</sup>, por otra parte la guía de práctica clínica (GPC) define a la diabetes mellitus tipo 2 como “un conjunto de enfermedades sistémicas, crónico-degenerativas, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales”.<sup>2</sup>

Es un problema a nivel mundial que se encuentra en incremento, La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que “la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DMT 2) ha mostrado ser un gran problema para la salud pública”<sup>3</sup> nuestro país se encuentra en los primeros lugares del ranking mundial encontrándose dentro de los primeros lugares teniendo una incidencia cercana al 10%. El IMSS tiene registrados a más de 3 millones de enfermos por diabetes. Lo que provoca que sea uno de los principales motivos de consulta en el primer nivel de atención y posicionándose dentro de los primeros diez motivos de consulta en el segundo nivel de atención<sup>4</sup>.

A nivel nacional el 60% de cuidados médicos de la población del país está a cargo del IMSS, teniendo como principal causa de egresos a la diabetes con un costo total anual en 2010 de 452 millones de dólares, el equivalente a 3% del total de sus gastos, con una gran repercusión en los sistemas de salud <sup>5</sup>.

Esta enfermedad ocupa el primer lugar a nivel nacional en mortalidad con una tendencia al incremento, en el IMSS durante el 2011 “se reportaron 21,096 defunciones que corresponden a 18-20 % del total de las ocurridas en el periodo

2004-2011 (Sistema Institucional de Mortalidad, Sismor)”<sup>6</sup>. Para el año 2030 se estima en México que de los 6.8 millones de afectados aumentara a 33 millones<sup>6</sup>.

Los nuevos casos incluirán a la población joven de mexicanos que son afectados como resultado de un estilo de vida estacionario y alimentación poco sana, lo que ha establecido sobrepeso y obesidad y se ha convertido en una dificultad de salud pública<sup>6</sup>.

Desde la perspectiva de atención médica la diabetes mellitus tipo 2 (DMT 2) en consulta de medicina familiar ocupó el segundo lugar de demanda; mientras que en la consulta de especialidades el quinto lugar, asimismo tiene el primer lugar de años perdidos por muerte prematura y años vividos con incapacidad, teniendo una incidencia en 2010 de 13% de dictámenes de invalidez con un predominio de 8 hombres por 1 mujer , en 2010 se estimó un gasto de un día de los pacientes diabéticos en el IMSS es de 54,939.068 pesos (división de economía en salud,IMSS,2010)<sup>6</sup>.

Los diabéticos tienen mayor riesgo de complicaciones graves, como infarto de miocardio, enfermedad vascular cerebral, ceguera, insuficiencia renal y amputación de miembros pélvicos<sup>5</sup>. La DMT 2 en sus primeras etapas puede cursar en forma sigilosa y, por tanto el diagnóstico se establece en forma remisa; alrededor de 30% a 50% de las personas dañadas desconocen su problema por meses o años, lo que establece que en los sujetos con DMT 2 recién diagnosticada la prevalencia de retinopatía diabética oscile entre 16% y 21%; la neuropatía secundaria a diabetes, entre 25% y 40%, que en la mayoría de los pacientes ya se haya iniciado una lesión macro vascular; la ausencia de identificación de los factores de riesgo y realización de pruebas de detección son condiciones que ayudan este horizonte<sup>2</sup>. El llevar una

existencia no saludable se han relacionado con alteraciones de numerosas determinantes que tienen un impacto razonable en la presentación de complicaciones <sup>7</sup>.

“El riesgo cardiovascular (RCV) se ve aumentado en aquellos pacientes diabéticos que presentan alguna otra comorbilidad simultánea, como es el caso de la hipertensión arterial sistémica (HAS) sobre agregada a la diabetes, incrementando el riesgo de complicaciones macro y microvasculares en aproximadamente un 20%” <sup>7</sup>, pacientes diabéticos que a su vez padecen una patología cardiovascular existente, presentan la asociación DM2-HAS en un 77% <sup>7</sup>, estas patologías comparten factores de riesgo similares los cuales se ligan a la inactivación física, tabaquismo, sobrepeso e hipertensión arterial que presenta la población en grupos etarios medios y avanzados <sup>3</sup>. El adecuado mantenimiento de una patología impacta de manera inmediata en la otra, de esta manera la conjugación de DMT 2 con enfermedades vasculares representan un gran reto en el sistema de salud debido a sus repercusiones epidemiológicas, económicas y sociales <sup>7</sup>. En los programas de sustitución de función renal 5 de cada 10 pacientes atendidos cuentan con diagnóstico de DM2 y la mitad de estos pacientes muere por causa cardiovascular <sup>6</sup>.

En cuanto a la morbimortalidad en México se ha presentado una disminución de enfermedades infectocontagiosas aumentado las causas por enfermedades crónicas degenerativas las cuales se han convertido en una de las primeras causas de muerte en nuestro país esto se ha favorecido por estilos de vida poco saludables <sup>7</sup>.

En el 2012 la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) anunció que hay

6.4 millones de pacientes con diabetes mellitus y la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en adultos, fueron: 5.3% sobrepeso-obesidad, hipertensión 33%, hipercolesterolemia 14.1% mujeres y 11.7% en hombres; el 68.5% (4.4 millones) de casos de diabetes contaron con algún componente de riesgo cardiovascular adicional como tabaquismo, hipertensión o hipercolesterolemia <sup>3</sup>.

La OMS menciona al modo de vida como una manera frecuente de vivir, que se basa en la interacción entre las ambientes de vida y los modelos individuales de conducta, que están determinados por componentes socioculturales y por las características personales de los individuos cuya definición es “patrón de conducta que ha sido elegido de las alternativas disponibles para la gente de acuerdo a su capacidad de albedrio y circunstancias socioeconómicas”<sup>8</sup>, en la prevención existen como primordiales responsables a los modos de vida que adoptan las personas, y por ello son objetivos primordiales de las intervenciones terapéuticas y educativas, así como de la aparición de complicaciones que afectan a la vida del paciente<sup>8</sup>.

La evidencia científica expone que se puede prevenir la diabetes con medidas citadas de cambio de estilo de vida y es dos veces más eficaz que los fármacos <sup>6</sup>. Así como las hospitalizaciones relacionadas con enfermedades crónicas las cuales pueden considerarse potencialmente prevenibles. Hospitalizaciones potencialmente prevenibles (PPH) se definen como: “aquellos que se consideran evitables si existe atención oportuna y eficaz en la comunidad”, entre las relacionadas con la diabetes incluyen aquellas relacionadas con las complicaciones, así como las fluctuaciones de la glucemia<sup>9</sup>.

En nuestro país, Cabrera-Privaral et al. “Demostraron que la educación en diabetes incidía en que mejorara el control [.....] glucemia en ayunas, en comparación con un grupo que recibía asistencia tradicional”<sup>10</sup>. La alteración, en sentido positivo, de la sapiencia, las condiciones y las actuaciones alrededor de la salud de los individuos, grupos y colectividades ha propiciado una mejora en educación en salud. Este cambio en la conducta se logra al cambiar los conocimientos y las actitudes<sup>10</sup>. En nuestro estado, el escenario es preocupante: solo uno de cada cinco chiapanecos tiene seguridad social; la mayor parte en el Instituto Mexicano del Seguro Social <sup>11</sup>, Se han elaborado múltiples estudios de depresión en pacientes diabéticos. Nazar y Salvatierra, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, a partir del uso del *Hopkins Sympton Check List-25*, reportan una prevalencia de depresión en mujeres de 32.2 % y 25 % en hombres, en la que la calidad de vida se ve afectada primordialmente por la interrupción del proyecto de vida, con superioridad en pacientes masculinos <sup>11</sup>.

Un estudio realizado en Chiapas, en unidades de salud de Tuxtla Gutiérrez evidencia el creciente potencial de los miembros de la familia tienden apoyar a un miembro afectado por una condición crónica, así como el riesgo compartido entre los cónyuges, hay una oportunidad para optimizar el descubrimiento de diabetes y incentivar a las parejas para acrecentar los esfuerzos de ayuda para mejorar la alimentación y hábitos de ejercicio físico <sup>12</sup>, evidenciando el potencial de desarrollar estrategias que involucren a la familia favorecerá el autocuidado del paciente <sup>12</sup>. Investigaciones revelan una limitada intervención por algunos subgrupos de la población y el tema de involucrar a las familias en el manejo de enfermedades crónicas y la prevención <sup>12</sup>.

Enseñar al paciente es capacitarlo con la sabiduría y habilidades necesarias para encarar los requerimientos del tratamiento, así también originar los estímulos y las emociones de certeza y compromiso para atender cotidianamente de su monitoreo, sin impactar su amor propio y tranquilidad <sup>13</sup>.

El compromiso del paciente en el manejo de enfermedades crónicas es Cada vez más importante para mejorar los resultados de los pacientes; Los proveedores de servicios son reconocidos por fomentar el compromiso de los pacientes<sup>12</sup>.

La intención del conocimiento es comunicar e incentivar a la colectividad a implantar y conservar prácticas de vida saludables, asimismo crear y llevar acabo cambios ambientales, conducir a la creación de recursos humanos y la exploración de su campo. Se organiza a partir de la consideración-acción; donde tanto como instructor como alumno efectúan una reflexión sobre los estilos de vida provechosos para la salud a través del diálogo y la acción, establecidas donde se reconoce pérdidas y aciertos <sup>13</sup>.

Actualmente los proyectos educativos se establecen con frecuencia como intromisiones engorrosas en las que frecuentemente es complicado precisar el “ingrediente activo”. El que actualmente una planificación manifieste ser concreto puede ser gracias a algún patrón teórico de composición, en el que se manejen destrezas del mentor, el espacio de concentración del grupo, la relación de comunicación de los integrantes y demás componentes <sup>13</sup>.

Una educación grupal debe ser lo mejor posible, de alta calidad y debe adecuarse a las necesidades de los pacientes; el aprendizaje en tramas poco familiares es más complicado para el adulto mayor que para los pacientes jóvenes <sup>10</sup>.

El programa institucional maneja un proceso pedagógico de tipo activo participativo, con énfasis en el conjunto de capacidades relacionadas con la tipificación y la resolución de problemas. El proceso educativo en salud debe ser interactivo e implica todos los procesos de la vida y es a través de estos que el individuo puede cambiar sus hábitos poco sanos hacia otros que le permitan un adecuado control de su enfermedad <sup>14</sup>.

Se han creado estrategias para el tratamiento de la diabetes mellitus que se basan en realización de grupos, que con lleva ventajas sobre un modelo tradicional ya que de este modo los integrantes obtienen sustento emocional y social de personas con mayor experiencia en este ámbito, lo que da un ejemplo a los nuevos integrantes y facilita que se cumplan las metas de control. Estos grupos se atienden mediante estrategias donde se lleva a cabo la medición metabólica idónea, los planes de enseñanza que tienen como finalidad el autocuidado, así como estrategias para fomentar los estilos de vida saludable que lleven a un buen control del peso corporal. Existen estudios que han demostrado que este tipo de sustento emocional de forma grupal tiene beneficios en los pacientes ya que impacta directamente en los días de estancia hospitalaria teniendo reducción en estos y aumento en la calidad de vida. Es de suma importancia entender que el tratamiento de los paciente con diabetes debe ser un sistema coordinado que involucre la participación activa de los pacientes y familia<sup>5</sup>.

En el año de 2008 el IMSS impulso la instalación de un programa cuya finalidad es la de preparar una serie de equipos compuestos por distintos profesionales de la salud con el fin asistencial y educacional grupal con especial énfasis en el paciente y su familia cuyo nombre es programa institucional para la prevención y atención de

la diabetes mellitus (DiabetIMSS). El principal objetivo de este programa es llevar a cabo modificaciones en la forma de vida de los pacientes que los lleven a encontrarse en las metas de control metabólico óptimas, los cuales se evalúan mediante la medición de glucosa, lípidos y tensión arterial, así como detectar de manera temprana posibles complicaciones que puedan existir causadas por la diabetes. No existe hasta el momento datos que indiquen un adecuado proceso de la atención que se lleva a cabo en este programa, por lo que es de importancia evaluar al programa DiabetIMSS<sup>5</sup>.

La determinación de referir a un paciente a cualquiera de los servicios que integra este programa, se basa principalmente en las necesidades individuales de cada paciente, al cual se le explica que deberá acudir a cada parte que integra dicho programa mientras que este forma parte de DiabetIMSS<sup>15</sup>.

Teniendo en cuenta que en la atención médica en primer nivel es la prevención la que conforma los cimientos de esta, ya que la diabetes genera un fuerte impacto social y a su vez económico el IMSS puso en marcha el programa DiabetIMSS<sup>3</sup>.

Este programa fue lanzado con un objetivo fundamental el cual es llevar a cabo una atención de forma eficaz y ordenada a los pacientes portadores de diabetes, con la finalidad de que estos tengan niveles metabólicos adecuados, así como referir de forma oportuna a pacientes que pudieran presentar complicaciones y dar el tratamiento adecuado a la población derechohabiente<sup>6</sup>.

En el programa diabetIMSS tiene como objetivo la atención con objetivo en las necesidades y valores de los diabéticos, de esta forma se alienta al trabajo en equipo y se capacita al personal de salud para que las decisiones sobre el programa se tomen de manera en la que todos los integrantes participen<sup>6</sup>.

Se han encontrado investigaciones que demuestran que los resultados de las mediciones de paraclínicos y antropométricos son de importancia para la visualizar si los modelos educativos que los que participan los integrantes del programa y sus familias son adecuados<sup>14</sup>.

Las metas de niveles séricos de glucosa son individualizadas, tomando en cuenta elementos como expectativa de vida, tiempo de duración de la enfermedad, presencia o ausencia de complicaciones microvasculares y macrovasculares; los objetivos de glucosa se plantean en contexto con el estado mental, social y económico <sup>2</sup>.

Las metas en adultos diabéticos de recién diagnosticados, sin datos clínicos de riesgo cardiovascular, el control glucémico normal o lo más próximo a lo normal ha mostrado prevenir el desarrollo de complicaciones microvasculares <sup>2</sup>.

Los pacientes de recién diagnóstico con mayor esperanza de vida [...] deben tener metas más apegadas de A1c de 6.5%; en pacientes con DMT2 de larga evolución [...] las metas de A1c deben tener mayor flexibilidad en los niveles de control pudiéndose encontrar en el 8% de A1c aun cuando estos cuenten con educación sobre su patología, un buen control glucémico y el uso de fármacos hipoglucemiantes<sup>2</sup>,

La OMS especifica adherencia terapéutica como: “la medida en que los comportamientos del paciente coinciden con las recomendaciones médicas o del personal de salud, en términos de toma de medicación, dietas y cambios en el estilo de vida”<sup>16</sup>. En la actualidad los pacientes diabéticos cuentan con un manejo multidisciplinario con objetivo en la alimentación, actividad física, estrategias de

autocuidado y tratamiento farmacológico, lo que ha dado como resultado un descenso en morbimortalidad<sup>16</sup>.

El control de los diabéticos implanta un gran reto, ya que hablamos de una afectación compleja que necesita el abordaje de varios factores, como la continuidad a los indicadores de control metabólico (hemoglobina glucosilada, colesterol LDL y presión arterial) o de indicadores somato métricos; la identificación temprana de complicaciones; la administración y la adherencia a la terapia farmacologica; así como plan de alimentación, ejercicio físico, medidas de autocuidado y automonitoreo), además de la aplicación de técnicas específicas de apoyo emocional y de modificación conductual, para lo que se requiere el compromiso activo del paciente y su familia <sup>6</sup>.

Así mismo hoy en día existen un elevado porcentaje de estos pacientes que no asisten a las metas de control metabólico por la falta de responsabilidad terapéutica y de apoyo social (AS) <sup>16</sup>. Ciertamente es que la realidad plantea que tiene su propio comportamiento y que no asisten a sus citas programadas, por lo que es sumamente necesario identificar el perfil de uso de los servicios del módulo DiabetIMSS por pacientes con DMT 2 <sup>15</sup>.

Con un predominio en el género femenino con 64.8% (IC 95%; 56.4-73.2), la edad promedio fue 54.83 años (IC95%; 53.04-56.63) <sup>15</sup>.

Después de un año de intervención educativa en pacientes diabéticos que acudieron al módulo DiabetIMSS, estos presentaron una disminución significativamente minúscula en cuanto a la estadística en los parámetros clínicos como el peso, el IMC y el perímetro abdominal. En cuanto a los parámetros bioquímicos, se observó una disminución significativa en glucosa, triglicéridos y

hemoglobina glucosilada, podemos deducir que la intervención educativa participativa del paciente diabético ofrece beneficios en la disminución de los parámetros mencionados, mas no en el control metabólico y glucémico <sup>10</sup>.

Tener conocimiento de la forma de operar del módulo DiabetIMSS permite saber las carencia y la necesidad de la existencia de un equipo compuesto por diferentes profesionales de la salud que se encuentren laborando únicamente para este módulo, ya que la falta de estos ha propiciado un ambiente desfavorable en los servicios que forman el programa, ya que el servicio que se proporciona a la población que conforma el DiabetIMSS se basa principalmente por el médico de familia y enfermería, poniendo en riesgo la atención multidisciplinaria con la que deben contar estos pacientes para tener una atención de calidad necesaria en el programa educacional<sup>15</sup>.

De esta forma, la correcta adherencia terapéutica farmacológica y no farmacológica son los pilares principales en el correcto manejo del diabético, existen factores que podrían influenciar esta adherencia, entre los cuales encontramos el apoyo social (AS), el cual es una serie de procesos complejos y móviles que envuelven a los sujetos y su red social, con el fin de proveer sus necesidades y completar los recursos con los que cuentan, de esta manera afrontar situaciones nuevas que se presenten, teniendo como proveedores fundamentales a la familia y trabajadores del sector salud<sup>17</sup>.

Aunque adherencia terapéutica y el apoyo social han sido estudiados de manera amplia, se ha prestado poca atención a la correspondencia entre la adherencia terapéutica y la percepción Apoyo social, o la necesidad de este apoyo entre las Personas con DM 2 <sup>18</sup>; se puede inferir sobre la importancia clínica del AS cuando

se observa su efecto sobre los cambios de comportamiento para el autocuidado; este efecto se ha demostrado [...], que enfatiza la influencia de AS en la gestión de la DMT 2 y el mantenimiento de comportamientos preventivos o de protección de la salud<sup>18</sup>. La literatura ha presentado resultados controvertidos sobre la relación entre la adherencia y el control metabólico, a veces en línea con, a veces difiere<sup>18</sup>. También debe tenerse en cuenta que la adherencia al sistema terapéutico, En oposición al control metabólico, es visto como una conducta humana que, como tal, está sujeto a influjos directos del entorno social en que viven los individuos <sup>18</sup>.

Algunas investigaciones manifiestan que existe una relacione entre el apoyo social y adherencia terapéutica farmacológica y nutricional; en los que se encuentran involucrados diabéticos en etapa adulta, se encontró que las personas con baja percepción de apoyo social presentaron niveles de control glucémico fuera del rango de normalidad, cuando estos se encuentran sometidos a un nivel alto de estres<sup>17</sup>.

Aunque existen numerosos estudios sobre adherencia terapéutica y apoyo social, es mínima la información existente sobre la correspondencia entre adherencia terapéutica al tratamiento y el apoyo social sentido, así como que tanto los pacientes diabéticos necesitan de este apoyo<sup>17</sup>.

El AS puede ser un factor invaluable, apto de ayudar a la gente a adaptarse mejor a las demandas que la enfermedad impone. Saber la conformación y las formas del AS ayuda a comprender la forma en que las que interactúan socialmente de las personas se producen, Y de que forma estas relaciones pueden proveer o mejorar los comportamientos que promueven, y protegen la salud <sup>18</sup>.

En el manejo de las patologías, la familia juega un papel primordial. En el paciente diabético, la familia sumado con el apoyo social, son proveedores de apoyo para

sobrellevar estar enfermedad. Se hace énfasis que el apoyo familiar influye directamente en la forma que los pacientes llevan a cabo el proceso de aceptación y adaptación de la enfermedad<sup>19</sup>. Una investigación realizada en la UMF 43 de altotonga, perteneciente a la delegación de Veracruz, mostro que el apoyo emocional con el que contaban los pacientes se encontraba en un 77%, mientras que el apoyo afectivo se presentó en un 90% y por su parte el apoyo instrumental lo formaba el 81%, la red de apoyo social se conformaba con una media de 4 familiares y 2 amigos, datos por debajo de lo reportado por la comunidad médica, en esta investigación los niveles de glucemia manejado por los pacientes fue mayor de 120 md/dl.<sup>19</sup>

Apoyo social (AS) se define como “la percepción subjetiva del apoyo con que cuenta el paciente (emocional, instrumental e informacional), confianza e intimidad por parte de sus redes familiares y sociales (Remor, 2002)”<sup>20</sup>. Es una característica con la que cuenta un grupo en el cual la persona se siente protegido, amado y valuado como miembro de la res, lo que le confiere obligaciones que guardan relación con la protección que se necesita para las diferentes situaciones de estrés<sup>21</sup>.

Un esquema de organización generalmente aceptado Distingue entre tres componentes del apoyo social: (a) integración social, Que recoge la extensividad y estructura de Los lazos sociales; (B) apoyo promulgado, que a menudo se cuantifica Por la frecuencia con la que se recibe una variedad de Disposiciones sociales de apoyo; Y (c) calidad percibida del apoyo, Que se refiere a las evaluaciones cognitivas de un individuo de la Disponibilidad de apoyo (Schwarzer & Leppin, 1991).<sup>22</sup>.

La familia forma parte de la red de apoyo con la que cuenta una persona, siendo parte fundamental con la capacidad de brindar apoyo de una forma incondicional aunque existan factores adversos. El apoyo social tiene un efecto directo sobre las posibles complicaciones negativas que la patología lleva acabo sobre el paciente y sus cuidadores, teniendo efecto positivo disminuyendo el riesgo de recaídas, sobre todo cuando se cuenta con habilidades sociales mayores, lo que disminuye la incidencia de días hospitalarios, estabilidad de la patología y de forma emocional con resultado favorable en la calidad de vida<sup>21</sup>.

El paciente crónico necesita ampliamente al apoyo social para poder sobre llevar de forma exitosa las vicisitudes que se presenten a lo largo de la enfermedad, por lo tanto una familia funcional en un factor determinante que afecta directamente sobre el estado de salud o aparición de una enfermedad entre sus integrantes<sup>21</sup>.

El correcto funcionamiento de la familia es una determinante importante que no debe pasar desapercibido en la evaluación del apoyo social del enfermo y su familia, es decisivo para el mantenimiento del estado de salud o el surgimiento de patologías entre sus integrantes<sup>21</sup>.

Se ha señalado que las tramas de apoyo social son determinantes de la adherencia terapéutica y control de la diabetes, Por lo que es de interés determinar la relación y los mecanismos Que explican el efecto de las redes de apoyo social en el manejo de la diabetes mellitus <sup>23</sup>, Las redes de apoyo social se refieren a conexiones y relaciones con personas a través de las cuales obtienen información emocional <sup>23</sup>.

Las particularidades más primordiales de un grupo que otorga apoyo social son su tamaño, la estreches de los vínculos. La densidad, la carencia de heterogeneidad y la dispersión<sup>24</sup>. El apoyo social crea actúa como reductor del estrés y de los hechos

principales estresantes. Su falta o disminución puede ser un factor que aumente el estrés en sí mismo<sup>24</sup>.

De este modo tenemos dos tipos de red social las cuales se dividen en informales y formales siendo estas: Las redes informales son Miembros de la familia y amigos, siendo el vínculo emocional el factor que determina el apoyo mutuo y la reciprocidad. Las formales incluyen grupos de la comunidad y Asociaciones de la sociedad civil, cuyos miembros son través de una membresía que establezca compromisos, directrices y reglas de trabajo y organización jerárquica establecidos por ellos mismos<sup>23</sup>.

Tenemos que el apoyo social percibido es una valoración de forma cognitiva que tiene el sujeto sobre su red social que le permiten saber que tanto dispone o dispondrá del apoyo en caso de necesitarlo. La valoración de esta percepción se realiza mediante la medición de forma transicional tomando en cuenta el presente o el futuro, puede ser considerado un recurso externo que en unión con otros factores, construye la forma en que el sujeto podrá enfrentarse de forma exitosa a las necesidades del medio en el que se desenvuelve<sup>25</sup>.

El medical outcomes study cuenta con el cuestionario MOS desarrollado por Sherbourne y Stewart en 1991; este instrumento está formado por 20 preguntas que están orientadas principalmente a la evaluación de la percepción de apoyo social por parte de los individuos<sup>24</sup>. Fue diseñado de una forma corta y autoaplicado por individuos que padecen patologías de forma crónica en los estados unidos americanos, que ha demostrado una adecuada variabilidad entre las preguntas que lo conforman. Tiene como finalidad evaluar componentes del apoyo social como lo son la red social, el apoyo emocional/informacional, el apoyo instrumental, la

interacción social positiva y el apoyo afectivo<sup>24</sup>. Estudios han demostrado que existen ventajas y niveles psicométricos aceptables en este instrumento<sup>20</sup>, La existencia de estudios que han validado este cuestionario en otros países nos permiten tener confianza en la calidad del instrumento con buenas participaciones en el nivel psicométrico y estructural<sup>24</sup>.

### ***III.- JUSTIFICACION DEL ESTUDIO***

Debido a la alta incidencia, prevalencia y cronicidad que presenta la diabetes mellitus en México es de suma importancia evaluar su abordaje desde diferentes puntos como lo son el tratamiento farmacológico, físico, dietético y social. En los últimos años los pacientes que son portadores de diabetes mellitus tipo 2 han aumentado su expectativa de vida lo que se traduce en periodos de manejos farmacológicos más prolongados, con un impacto económico importante, por lo que fortalecer el manejo con cambios en los estilos de vida podría reflejar un mejor control hipoglucemiante y disminuir los costos en tratamientos farmacológicos.

Evaluar el contexto social de pacientes diabéticos y como este influye en el comportamiento del paciente con respecto a su patología, así como las afecciones que esta podría ocasionar a nivel familiar en sus relaciones interpersonales o económicas es relevante.

El programa DiabetIMSS proporciona educación al paciente con el fin de obtener un mejor control glucémico y evitar riesgo de complicaciones, en este contexto es trascendente incorporar a la familia como pilar del tratamiento.

Este estudio es factible de realizarse en la UMF 13 debido a que cuenta con el programa DiabetIMSS donde se brinda una atención más integral al manejo de pacientes diabéticos por lo tanto se podría evaluar los efectos que presenta el apoyo social en la población diabética adscrita a este programa

Se cuenta con estudios que relacionan diabetes mellitus tipo 2 y apoyo social por lo que será trascendente realizar este estudio en nuestra comunidad, de esta forma

podríamos realizar modificaciones o reforzar la metodología utilizada en el programa DiabetIMSS y aprovecharlos en beneficio del paciente, ya que los pacientes no solo tienden a apoyarse en sus médicos tratantes sino también en su red social.

#### **IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El apoyo social se define como la percepción subjetiva del apoyo con que cuenta el paciente, confianza e intimidad por parte de su red familiar y social <sup>20</sup>. Contar con apoyo social crea un efecto positivo en lo que corresponde a la salud, principalmente sobre las emociones, el afrontamiento, la adhesión a los medicamentos, lo espiritual y un buen estilo de vida <sup>20</sup>. El apoyo social es una variable elemental para el paciente y la familia es el principal proveedor del mismo <sup>20</sup>.

Tener una adecuada red de apoyo es importante, sobre todo en la aceptación del tratamiento y la enfermedad <sup>20</sup>. A pesar de esto aún existe un elevado grupo de pacientes que no llevan a cabo los niveles aceptados del control de la enfermedad por carencia en adherencia al tratamiento y apoyo social<sup>16</sup>.

Existen estudios que nos llevan a pensar que existe una relación entre el apoyo social y adherencia terapéutica tanto medicamentoso como nutricional; otras investigaciones en las que participan población adulta portadora de diabetes mellitus arrojaron resultados en los cuales existe una baja sensación de apoyo social teniendo controles de glucosa por fuera de lo ideal, cuando estos se encuentran en situaciones de estrés<sup>17</sup>.

Dentro de los problemas que atañen a la salud pública encontramos a la diabetes tipo 2 con un aumento a nivel global, nuestro país forma parte del ranking mundial encontrándose dentro de los primeros lugares teniendo una incidencia menor al 10%. El IMSS tiene registrado más de 3 millones de portadores de diabetes. Teniendo uno de los tres primeros lugares en necesidad de consulta de medicina

en el primer nivel de atención y se encuentra dentro de los diez primeros como motivo de consulta en segundo nivel de atención<sup>4</sup>.

El principal objetivo del tratamiento es tener un adecuado control de la glucemia que influye directamente en el nivel de salud. Los diabéticos con adecuado control cuentan con una mejor calidad de vida, mayor estado de salud lo que ocasiona una baja en la necesidad de los servicios de salud repercutiendo con un menor costo en su atención en comparación con los descontrolados<sup>4</sup>.

Las unidades médicas del primer nivel de atención que forman parte del IMSS cuentan con modelos de atención tradicionales y modernos dentro de los cuales forma parte el programa DiabetIMSS. El cual está compuesto de forma multidisciplinaria constituido por el medico de familia, enfermería, licenciado en nutrición y trabajo social, los cuales deben atender a pacientes con diabetes menor de 10 años de evolución sin la existencia de complicaciones<sup>4</sup>.

Los pacientes diabéticos requieren por lo tanto un de apoyo social y como este influye en apego a tratamiento para lograr niveles glucémicos óptimos que le otorguen una vida de calidad dado lo anterior nos formulamos la siguiente pregunta:

*“¿CUAL ES EL GRADO DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES ADSCRITOS AL  
PROGRAMA DiabetIMSS DE LA UMF 13?”*

## **V.- OBJETIVOS**

- Objetivo general:

1.- Identificar el grado de apoyo social en pacientes adscritos al programa DiabetIMSS.

- Objetivos específicos:

1.- Caracterizar sociodemográficamente por edad, estado civil y género a los pacientes adscritos al programa DiabetIMSS

2.- Determinar el control glucémico.

3.- Determinar el apoyo emocional entre los integrantes del programa DiabetIMSS.

4.-Conocer el apoyo afectivo de pacientes adscritos al programa DiabetIMSS

## **VI.- HIPÓTESIS**

El apoyo social se encuentra pocas veces en pacientes adscritos al programa DiabetIMSS.

Existirá un predominio de género femenino, en pacientes adscritos al programa DiabetIMSS

El control glucémico es normal en pacientes adscritos al programa DiabetIMSS.

El apoyo emocional entre los integrantes del programa DiabetIMSS se encuentra algunas veces.

El apoyo afectivo se encuentra pocas veces en pacientes adscritos al programa DiabetIMSS.

## **VII.- MATERIAL Y MÉTODOS**

### **Diseño del Estudio:**

No experimental, transversal observacional.

### **Lugar de Estudio:**

Unidad de Medicina Familiar: UMF 13, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

### **Universo**

Pacientes diabéticos adscritos a la UMF 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

### **Población de estudio:**

Pacientes adscritos al programa DiabetIMSS de la UMF 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

### **Periodo de Estudio:**

15 de marzo 2017 al 01 de marzo del 2020.

### **Periodo de Recolección de datos:**

01 de diciembre 2017 al 31 de mayo 2018

### **Tipo de Muestreo:**

No Probabilístico por conveniencia.

### **Tamaño de la Muestra:**

No aplica

## **VIII.- CRITERIOS DE SELECCIÓN**

Criterios de Inclusión:

- Pacientes adscritos a programa DiabetIMSS
- Hombres y mujeres

Criterios de Exclusión:

- Pacientes que no acepten participar en el estudio

Criterios de eliminación:

- Cédulas incompletas
- Cuestionarios mal requisitados
- Pacientes que pierdan derechohabiencia

### **VIII.I Procesamiento de datos y análisis estadístico:**

Se llevara a cabo con el programa estadístico, SPSS versión 15, se efectuarán la medición de medidas de tendencia central (Media, mediana y moda), porcentajes y cálculos de correlación utilizando la Chi cuadrada, los resultados se presentaran en gráficas y tablas de frecuencia.

## **IX.- OPERACIONALIZACIÓN**

### **IX.I VARIABLE DEPENDIENTE**

#### **DEFINICIÓN**

**APOYO SOCIAL:** se define como la apreciación subjetiva del apoyo con que cuenta el paciente, confianza e intimidad por parte de sus redes familiares y sociales. .

**TIPO DE ESCALA:** *CUALITATIVA ORDINAL*

**INDICADOR:** Apoyo social

## IX.II VARIABLES INDEPENDIENTES

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>	<b>INDICADOR</b>
CONTROL GLUCEMICO	Continua medición de la glucemia, que se puede realizar en cualquier momento	Niveles de hemoglobina glucosilada por debajo o cercano de 7 %, o glucosa preprandial entre 80-130 mg/dl, o posprandial inferior a 189 mg/dl	Cuantitativa	Numérico
APOYO EMOCIONAL	Expresión generalmente verbal de emociones positivas, comprensión empática y estimulación para expresar sentimientos	Se obtendrá a partir de la aplicación del inventario MOS	Cualitativa Ordinal	Nunca Pocas veces La mayoría de las veces Siempre
APOYO AFECTIVO	Expresión verbal y conductual de manifestaciones de amor o afecto, como abrazos y caricias	Se obtendrá a partir de la aplicación del inventario MOS	Cualitativa Ordinal	Nunca Pocas veces La mayoría de las veces Siempre
EDAD	Edad de un individuo expresada como el periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.	Números de años que ha vivido una persona hasta la fecha actual expresada en años.	Cuantitativa Discontinua	Edad en años (35, 36, 47,58...)
GENERO	Conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y afectivas que caracterizan cada sexo.	Condición que distingue el hombre de la mujer por medio de sus órganos reproductores.	Cualitativa nominal.	1.- Masculino 2.- femenino
ESTADO CIVIL	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Estado civil mencionado el paciente momento del estudio.	Cualitativa nominal	1.- Soltero. 2.- Casado. 3.- Viudo. 4.-Unión libre. 5.- Divorciado.

## X.- INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos estuvo dividida en dos segmentos:

- A. **Datos Socio demográficos:** En el cual se obtuvieron datos específicos del paciente como lo son la edad, sexo, estado civil.
- B. **Cuestionario de MOS:** es un instrumento realizado por el Medical Outcomes Study efectuado en pacientes con patología crónica. Este cuestionario cuenta con 20 preguntas que evalúan la percepción de apoyo social que tiene el individuo; fue diseñado de una forma corta y autoaplicado en pacientes crónicos en el país americano, ha demostrado tener una adecuada variabilidad en sus preguntas. Este instrumento evalúa componentes como lo son:
  - a) Red de apoyo social: evalúa de forma numérica el tamaño de la red social (amigos y familiares).
  - b) Apoyo social emocional/informacional: lo conforman los consejos y orientación con el que cuenta el individuo así como el aporte emocional.
  - c) Apoyo instrumental: caracterizado por la conducta o material de apoyo;
  - d) Interacción social positiva: se caracteriza por la disposición de los individuos para realizar actividades placenteras
  - e) Apoyo afectivo: lo conforman las expresiones de amor y cariño.

El primer reactivo se refiere al tamaño de la red social. Los reactivos restantes se miden con escala tipo Likert, puntuando del 1 “Nunca” al 5 “Siempre”, y recogen valores referidos a tres dominios del apoyo social: apoyo emocional/informacional,

apoyo afectivo y apoyo instrumental. El alfa de Cronbach promedio fue de 0.96 para los primeros 19 reactivos

a) **Procedimiento:**

El protocolo se someterá a revisión del comité local de investigación y ética número 3035 del Hospital General de Zona no. 24 de Poza Rica, Veracruz para que en caso de su aceptación sea registrado al Sistema de Registro Electrónico del Comité de Investigación (SIRELCIS) para su registro.

Una vez asentado se girarán los oficios correspondientes para que el Director de la Unidad N° 13 nos brinde las facilidades para la realización del estudio.

A los pacientes que cumplan los criterios de inclusión se les realizara el cuestionario de MOS. Para apoyo social

Posteriormente se realizará la captura de las encuestas en el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para su análisis e interpretación, determinando las variables con mayor proximidad al problema planteado.

## **XI.- ASPECTOS ETICOS**

Este protocolo de estudio se apegara a la Ley General de Salud, sometiéndose a evaluación por un comité de ética e investigación del instituto mexicano del seguro social donde será evaluado para determinar si es factible realizarlo. Los resultados arrojados por las encuestas serán manados de forma confidencial.

Conforme a lo determinado por el reglamento de la ley general de salud, en lo que conforma investigación para la salud en México (secretaria de salud 1986): en su título segundo “los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”. El siguiente estudio se considera sin riesgo acorde a lo estipulado en el capítulo 1 disposiciones comunes, art 17 párrafo 1, investigación sin riesgo.

Para salvaguardar la integridad de los participantes, no contara con datos personales como lo son nombre, dirección en el cuestionario de recolección, previo a su aplicación se otorgara una explicación que se entendible, sobre la justificación y objetivos del estudio, permitiéndose la aclaración de cualquier duda sobre la investigación, así como los beneficios y otros puntos relacionados con la investigación, los individuos contarán con la libertad de retirarse del estudio en el momento que lo decidan y podrán dejar de participar en la investigación si así lo desean de acuerdo con las fracciones 1,6,7 y 8 .

En lo que respecta al consentimiento informado, se instauró lo determinado en el art. 23 del mismo reglamento: “En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado”.

Este estudio tendrá base en los doce principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial; “Guía de recomendaciones para los médicos biomédica en personas” Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre de 1989.

## **XII.- RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD**

### **Recursos Humanos:**

1. Un director metodológico.
2. Un director de contenido
3. Un médico residente de primer año de la especialidad en Medicina Familiar.

### **Recursos Materiales:**

Materiales diversos de papelería

Cuestionarios

Equipo de computo portátil

### **Recursos Financieros:**

Recursos del propio Investigador.

Hemoglobina glucosilada estará apoyada por el laboratorio de la UMF 13 del IMSS

### **XIII.-RESULTADOS.**

El presente estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar N° 13 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; se incluyeron 270 encuestas de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 los cuales se encuentran adscritos al programa DiabetIMSS de dicha unidad que cumplieron con los criterios de inclusión en el periodo de estudio.

#### **A.- ANALISIS UNIVARIADO.**

##### **VARIABLES SOCIOCULTURALES.**

La población de estudio fue de un total de 270 encuestas de pacientes con diagnóstico Diabetes Mellitus Tipo 2, pertenecientes al universo de trabajo de la unidad médica familiar N° 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

En el presente estudio se describen las características socio demográficas, el control glucémico, el apoyo emocional y apoyo afectivo de los pacientes adscritos al programa DiabetIMSS.

En cuanto a la edad el valor mínimo fue de 30 años y el valor máximo fue de 73 años, con una media de 49.30 años y una mediana de 50 años de edad.

En relación al género, del total de 270 encuestas realizadas la frecuencia fue dividida en porciones desiguales encontrando 165 (61.1%) de femenino y 105 (38.9%) de masculino. Ver detalles en tabla 1.

**TABLA 1. GÉNERO**

	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>MASCULINO</b>	105	38.9
<b>FEMENINO</b>	165	61.1
<b>TOTAL</b>	270	100

Fuente: cedula de recolección de datos (cedula aplicada a los pacientes con diagnóstico diabetes mellitus adscritos al programa DiabetIMSS).

En cuanto al estado civil el más frecuente fue unión libre con 35.6% (96 casos) en segundo lugar casado con 31.9% (86 casos) seguido de divorciado con 12.2% (33 casos) ver detalle tabla 2.

**TABLA 2.- ESTADO CIVIL**

	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>SOLTERO</b>	26	9.6
<b>CASADO</b>	86	31.9
<b>UNION LIBRE</b>	96	35.6
<b>DIVORCIADO</b>	33	12.2
<b>VIUDO</b>	29	10.7
<b>TOTAL</b>	270	100

Fuente: cedula de recolección de datos (cedula aplicada a los pacientes con diagnóstico diabetes mellitus adscritos al programa DiabetIMSS).

En cuanto al control glucémico el valor mayor frecuencia fue 145 mg/dl (26 casos) seguido de 132 mg/dl (19 casos) y por ultimo 156 mg/dl (18 casos) ver detalle tabla 3.

**TABLA 3.- CONTROL GLUCEMICO**

<b>VALOR GLUCEMICO</b>	<b>FRECUENCIA</b>
<b>145 mg/dl</b>	26 casos
<b>132 mg/dl</b>	19 casos
<b>156 mg/dl</b>	18 casos

Fuente: cedula de recolección de datos (cedula aplicada a los pacientes con diagnóstico diabetes mellitus adscritos al programa DiabetIMSS).

En apoyo emocional de los 270 casos se encontró que con mayor porcentaje se encuentra medio 58.5% (158 casos) segundo lugar máximo 35.9 % (97 casos) y por ultimo mínimo 5.6% (15 casos) ver detalle tabla 4.

**TABLA 4.- APOYO EMOCIONAL**

	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>MAXIMO</b>	97	35.9
<b>MEDIO</b>	158	58.5
<b>MINIMO</b>	15	5.6
<b>TOTAL</b>	270	100

Fuente: cedula de recolección de datos (cedula aplicada a los pacientes con diagnóstico diabetes mellitus adscritos al programa DiabetIMSS).

En apoyo afectivo de los 270 casos se encontró que con mayor porcentaje se encuentra máximo 51.9% (140 casos) segundo lugar medio 43.0% (116 casos) y por ultimo mínimo 5.2% (14 casos) Ver tabla 5.

**TABLA 5.- APOYO AFECTIVO**

	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>MAXIMO</b>	140	51.9
<b>MEDIO</b>	116	43.0
<b>MINIMO</b>	14	5.2
<b>TOTAL</b>	270	100

Fuente: cedula de recolección de datos (cedula aplicada a los pacientes con diagnóstico diabetes mellitus adscritos al programa DiabetIMSS).

## B.- ANÁLISIS BIVARIADO.

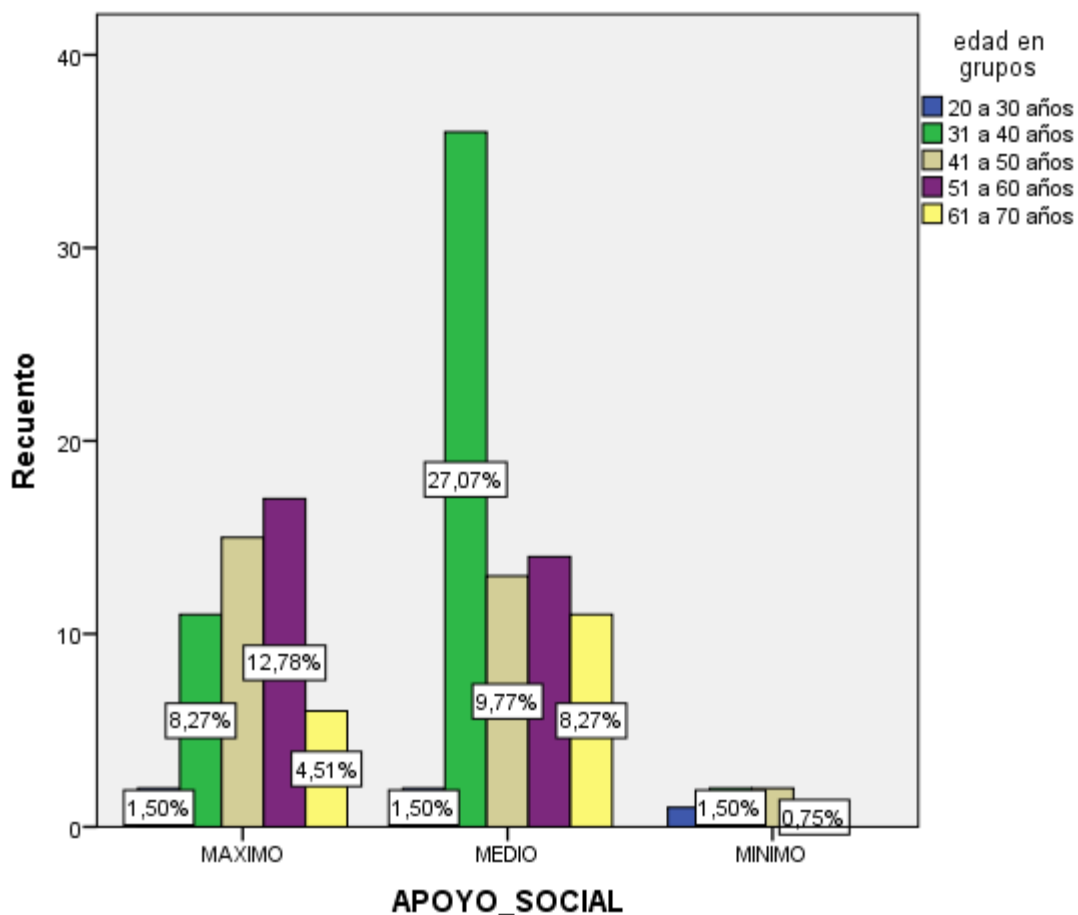
### VARIABLE DEPENDIENTE.

La población de estudio fue de un total de 270 encuestas de pacientes con diagnósticos de Diabetes Mellitus Tipo 2 adscritos al programa DiabetIMSS, pertenecientes al universo de trabajo de la unidad médica familiar N° 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Se describen las características de las variables independientes Sociodemográficas, control glucémico, apoyo emocional, apoyo afectivo y del variable dependiente apoyo social en relación con los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 adscritos al programa DiabetIMSS.

En cuanto al grupo etario que predomina en pacientes diabéticos con diagnóstico de diabetes mellitus se observó que predomina entre los 31 y 40 años con un apoyo social medio con 27.07% seguido por el grupo de edad de 51 a 60 años con apoyo social máximo con 12.78% ver grafica 1.

**GRAFICA 1.- APOYO SOCIAL-GRUPO ETARIO**



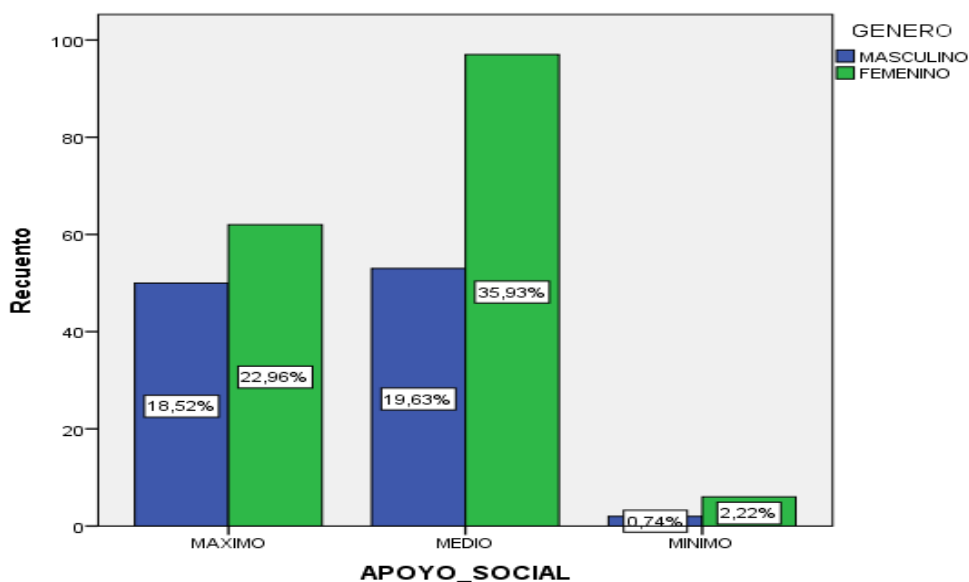
Fuente: cedula de recolección de datos (cedula aplicada a los pacientes con diagnóstico diabetes mellitus adscritos al programa DiabetIMSS).

En relación al género que prevalece con apoyo social en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 fue el género femenino 61.11% (165 casos) seguido del género masculino con el 38.89% (105 casos). Ver detalles Tabla 6. Así mismo se analizó por grado de apoyo social en donde se encontró que en el género femenino el apoyo social medio obtuvo el 35.93% (97 casos) y en el género masculino el apoyo social máximo obtuvo 22.96% (50 casos). Ver grafica 2.

TABLA 6	
GÉNERO	APOYO SOCIAL PORCENTAJE
FEMENINO	61.11%
MASCULINO	38.89%
TOTAL	100%

Fuente: cedula de recolección de datos (cedula aplicada a los pacientes con diagnóstico diabetes mellitus adscritos al programa DiabetIMSS).

### GRAFICA 2.- APOYO SOCIAL-GENERO



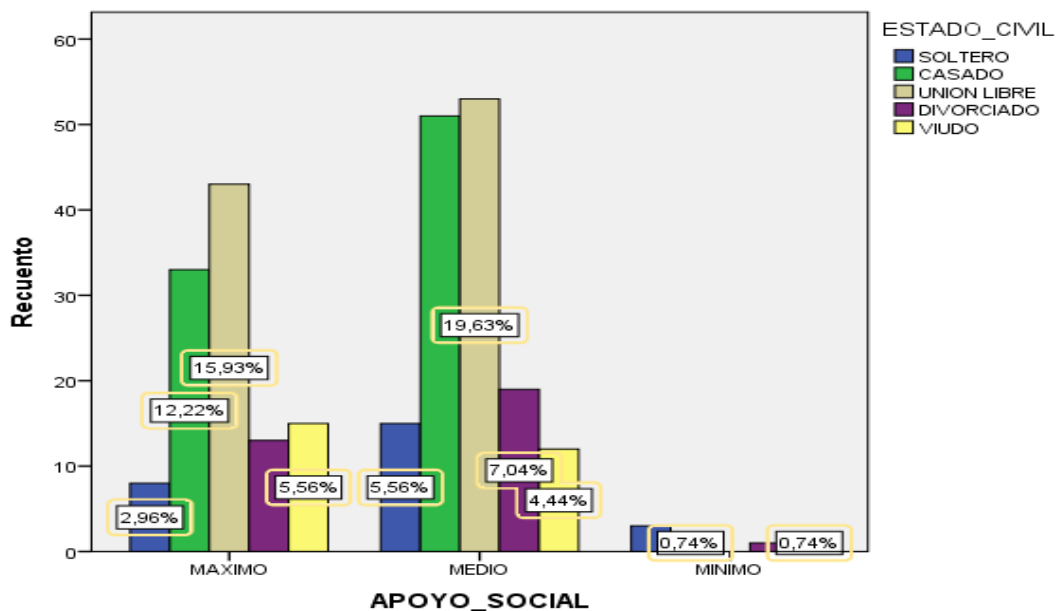
Fuente: cedula de recolección de datos (cedula aplicada a los pacientes con diagnóstico diabetes mellitus adscritos al programa DiabetIMSS).

Se encontró que en cuanto a los pacientes con apoyo social el estado civil unión libre tuvo el 35.55% (96 casos) seguido de casado con 31.85% (86 casos). Ver detalles tabla 7. Se analizó por grados de apoyo social en donde el apoyo social medio el estado civil unión libre obtuvo el 19.63% (53 casos), en el apoyo social máximo unión libre obtuvo el 15.93% (43 casos) y para apoyo social mínimo soltero obtuvo 0.74% (3 casos). Ver detalles en tabla 7 y gráfica 3.

TABLA 7	
ESTADO CIVIL	APOYO SOCIAL PORCENTAJE
UNION LIBRE	35.55%
CASADO	31.85%
DIVORCIADO	12.22%
VIUDO	10.74%
SOLTERO	9.62%
TOTAL	100%

Fuente: cedula de recolección de datos (cedula aplicada a los pacientes con diagnóstico diabetes mellitus adscritos al programa DiabetIMSS).

### GRAFICA 3.- APOYO SOCIAL-ESTADO CIVIL



Fuente: cedula de recolección de datos (cedula aplicada a los pacientes con diagnóstico diabetes mellitus adscritos al programa DiabetIMSS).

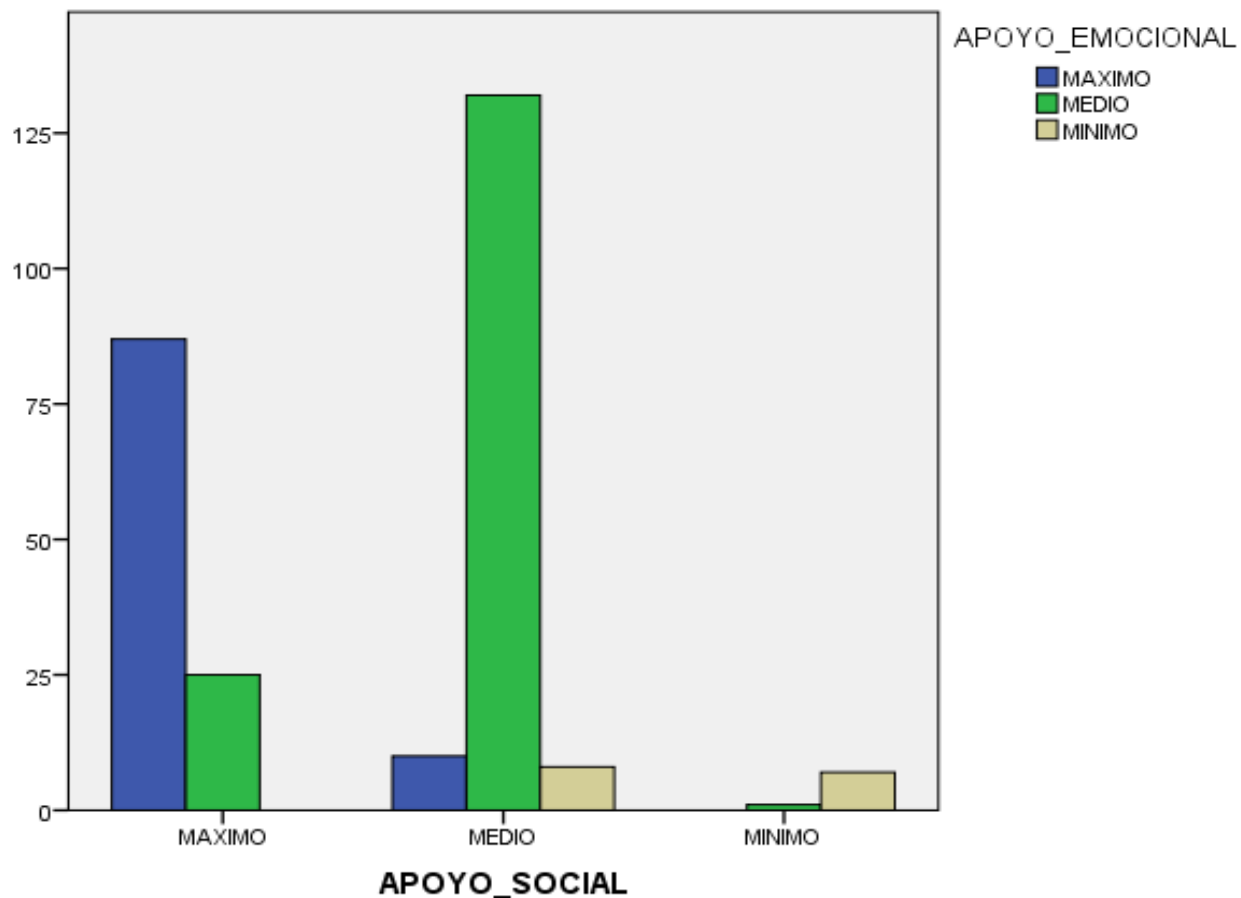
El grado de glucemia que se encontró en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 adscritos al programa DiabetIMSS de acuerdo al grado de apoyo social máximo fue de 9.8% (11 casos) con glucemia 156 mg/dl, en el apoyo social medio fue 10% (15 casos) con glucemia de 145 mg/dl. Ver detalles Tabla 8.

<b>TABLA 8</b>		
<b>APOYO SOCIAL</b>	<b>GLUCEMIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>MAXIMO</b>	156 mg/dl	9.8%
<b>MEDIO</b>	145 mg/dl	10%
<b>BAJO</b>	164 mg/dl	7.8%

Fuente: cedula de recolección de datos (cedula aplicada a los pacientes con diagnóstico diabetes mellitus adscritos al programa DiabetIMSS).

La relación entre apoyo social y apoyo emocional se encontró el apoyo social máximo el apoyo emocional máximo obtuvo el 77.6% (87 casos) mientras que en apoyo social medio el apoyo emocional medio obtuvo la mayoría con el 88% (132 casos) para el apoyo social mínimo el apoyo emocional mínimo obtuvo la mayoría con 87.5% (7 casos). Ver grafica 4

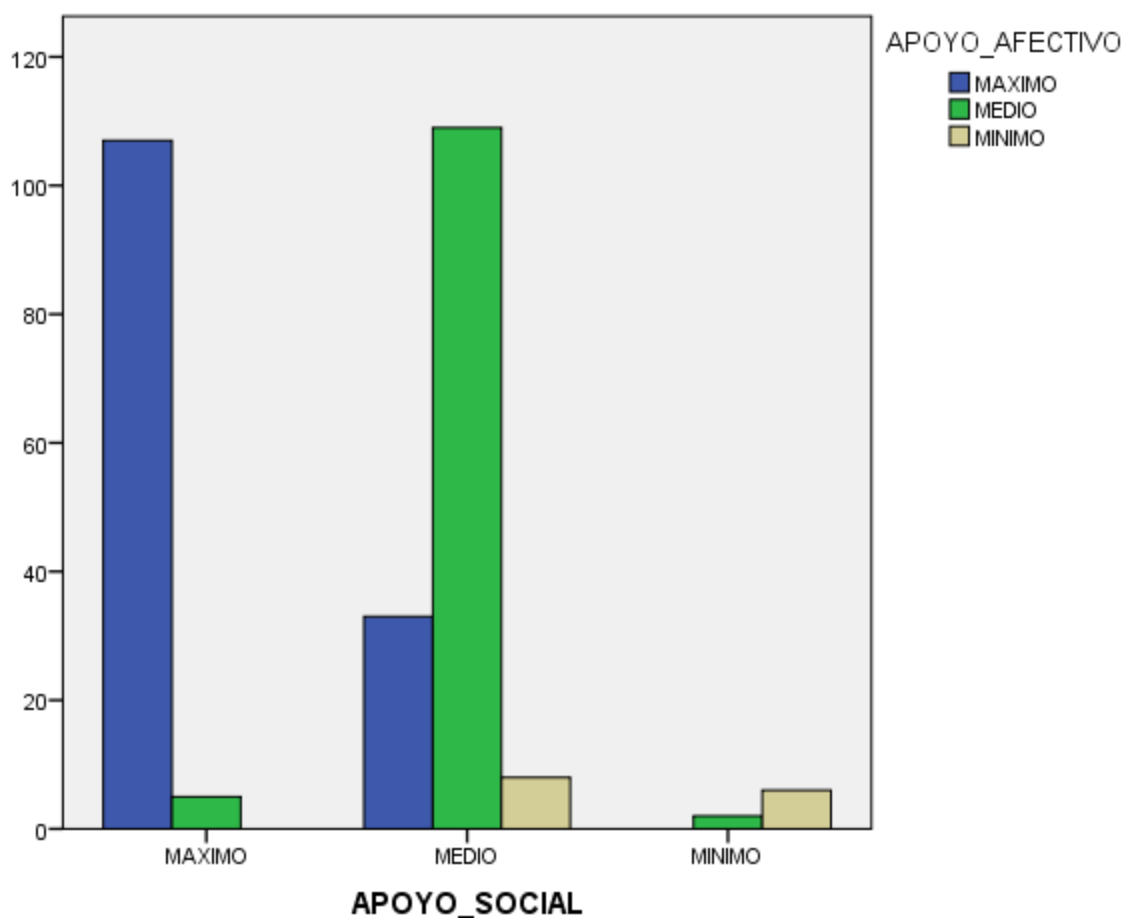
**GRAFICA 4.- APOYO SOCIAL-APOYO EMOCIONAL**



Fuente: cedula de recolección de datos (cedula aplicada a los pacientes con diagnóstico diabetes mellitus adscritos al programa DiabetIMSS).

En cuanto a la relación entre apoyo social y apoyo afectivo se encontró que en el apoyo social máximo predominó el apoyo afectivo máximo con el 95.5% (107 casos) mientras que para el apoyo social medio el apoyo afectivo que más se presentó fue el apoyo social medio con el 72.6% (109 casos) por otro lado en el apoyo social mínimo se encontró que predominó el apoyo afectivo mínimo con el 75% (6 casos). Ver gráfica 5

**GRAFICA 5.- APOYO SOCIAL-APOYO AFECTIVO**



Fuente: cedula de recolección de datos (cedula aplicada a los pacientes con diagnóstico diabetes mellitus adscritos al programa DiabetIMSS).

#### **XIV.-DISCUSION**

La diabetes mellitus forma parte de las enfermedades crónico degenerativas; la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que “la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DMT 2) ha mostrado ser un gran problema para la salud pública”<sup>3</sup> y en América latina, México está entre los diez países con mayor número de diabéticos cuya prevalencia es de 9.1%. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la prevalencia de diabetes entre sus afiliados aumentó de 8.7 a 10.5% y actualmente se encuentran registrados 3.2 millones de pacientes con diabetes <sup>4</sup>

Esta enfermedad ocupa el primer lugar a nivel nacional en mortalidad con una tendencia al incremento, en el IMSS durante el 2011 “se reportaron 21,096 defunciones que corresponden a 18-20 % del total de las ocurridas en el período 2004-2011 (Sistema Institucional de Mortalidad, Sismor)” <sup>6</sup>. Para el año 2030 se estima en México que de los 6.8 millones de afectados aumentara a 33 millones<sup>6</sup>.

Dentro de los objetivos del primer nivel de atención se encuentra la implementación del programa DiabetIMSS, el cual tiene como propósito mantener a los pacientes diabéticos en niveles óptimos de glucemia mediante la realización de sesiones durante un período de tiempo determinado.

En el presente estudio se describe la relación que guarda el apoyo social en el control de los pacientes diabéticos adscritos al programa DiabetIMSS de la unidad familiar número13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, así como las características sociodemográficas.

Teniendo en cuenta que la variable de valor del presente estudio apoyo social guarda relación con el apoyo emocional y afectivo encontrándose en un 77.6%

como máximo en el apoyo emocional mientras que en el afectivo se encuentra en un 95.5% de los casos.

Al analizar la correlación entre el grado de apoyo social y estado civil se encontró que los pacientes con mayor grado de apoyo son aquellos que se encuentran en unión libre por encima de los cuales su estado civil es casado.

Al comparar entre géneros el apoyo social se hizo presente de forma mayoritaria en el sexo femenino predominando 61.1% contra un 38.8% del sexo masculino.

Mientras que el grupo etario con mayor apoyo social lo conforman pacientes que se encuentran en un rango de edad entre 31 a 40 años.

Por otra parte el control glucémico relacionado con apoyo social fue de 156 mg/dl en pacientes con un apoyo social máximo.

No se encontraron estudios relacionando la variable de apoyo social con los pacientes diabéticos.

## **XV.-CONCLUSIÓN**

La diabetes mellitus tipo II se ha convertido en una pandemia y el apoyo social y familiar son fundamentales para el control de esta enfermedad crónica degenerativa, la cual logra igualar a el tratamiento terapéutico, por lo que es importante tomarlo en cuenta para la evolución de la enfermedad en los pacientes que la padecen.

A pesar de que el apoyo social se encuentra predominante en el sexo femenino estas no logran controles glucémicos adecuados, teniendo como media 156 mg/dl lo cual se encuentra fuera de las metas de control aceptados por las guías de práctica clínica y ADA en las cuales se establecen glucemias de control de 130 mg/dl.

Los pacientes que viven en unión libre son los que cuentan con mayor apoyo social siendo en los grupos de edad correspondientes entre los 31 a 40 años sobre las personas que se encuentran casadas; lo que justifica continuar con estudios a mayor profundidad sobre cómo pueden influir las relaciones interpersonales en la evolución de esta patología, ya que si bien los pacientes acuden al grupo de ayuda DiabetIMSS en este programa no se incluye de forma contundente a la familia para lograr los controles óptimos de glucemia en estos pacientes.

Esto debe ocasionar impacto como médicos de primer nivel y DiabetIMSS para realizar de manera conjunta estrategias en las cuales se lograr integrar a los familiares de los pacientes en mayor grado y de esta forma lograr un mejor control glucémico.

## **XVI.- RECOMENDACIONES**

De acuerdo con los resultados obtenidos se recomienda implementar un plan de acción integral al programa DiabetIMSS, estableciendo medidas de mayor impacto para mejorar las metas de control y así disminuir las complicaciones a corto y largo plazo mediante las siguientes acciones:

- Investigar cuales son las redes de apoyo social con las que cuentan los pacientes adscritos al programa DiabetIMSS
- Aumentar el número de sesiones en la cual participen los familiares de los pacientes en el programa DiabetIMSS
- Fomentar el material informativo a los familiares adscritos al programa DiabetIMSS donde se informe de las metas de control glucémico óptimas para estos pacientes.
- Promover actividades que fomenten la integración entre estos pacientes y sus proveedores de apoyo social.
- Realizar investigaciones encaminadas a medir el impacto del programa DiabetIMSS.

## **XVII.- BIBLIOGRAFIA**

- 1.- Who. Int [internet].Latinoamérica: OMS; 2004 [actualizado abril 2016;citado 23 de abril de 2017] disponible en : <http://www.who.int/mediacentre/facsheets/fs312/es/>
- 2.-Diagnostico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en adultos en el primer nivel de atención. México: Secretaria de Salud; 21/marzo/2013
- 3.- Flores-Alvarado LR , Moreno-Vargas J , Delgado-Quiñones EG , Orozco Sandoval R. Factores de riesgo cardiovascular en pacientes de 35 a 74 años con diabetes mellitus tipo 2 en el programa DiabetIMSS. Revista médica MD. 2015 6(4):242-247pp
- 4.- Doubova SV, Ramírez-Sánchez C, Figueroa-Lara A, Pérez-Cuevas R. Recursos humanos para la atención de pacientes con diabetes en unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Publica Mex 2013;55:607-617.
- 5.- Romero-Valenzuela E, Zonana-Nacach A, Colín-García MA. Control de glucosa en pacientes que asistieron al programa de educación DiabetIMSS en Tecate, Baja California. Med Int Méx 2014; 30:554-561.
- 6.- Gil-Velázquez L E, Sil-Acosta M J, Aguilar-Sánchez L, Echevarría-Zuno S, Michaus-Romero F, Torres-Arreola L P, Perspectiva de la diabetes mellitus tipo 2 en el Instituto Mexicano del Seguro Social, Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013;51(1):58-67
- 7.- Mendoza-Romo M A, Montes-Acuña J F, Zavala-Cruz G G, Nieva-de Jesús R N, Ramírez-Arreola M C, Andrade-Rodríguez H J, Efecto de DiabetIMSS sobre el riesgo cardiovascular, la tensión arterial y el colesterol-HDL en pacientes con síndrome metabólico, Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017;55(1):32-9
- 8.- *Figueroa-Suárez M E, Cruz-Toledo J E, Ortiz-Aguirre A R, Lagunes-Espinosa A L, Jiménez-Luna J, Rodríguez-Moctezuma J R.* Estilo de vida y control metabólico en diabéticos del programa DiabetIMSS. Gaceta Médica de México. 2014;150:29-34.
- 9.-Manski-Nankervis J, Furler J, Audehm R, Blackberry I, Young D. Potentially preventable hospitalisations: are they a useful marker of access to and experience of care in general practice among people with type 2 diabetes?. Australian Journal Of Primary Health [serial on the Internet]. (2015, June), [cited May 1, 2017]; 21(2): 214-220. Available from: Academic Search Complete.
- 10.- León-Mazón M A, Araujo-Mendoza G J, Linos-Vázquez Z Z. Eficacia del programa de educación en diabetes en los parámetros clínicos y bioquímicos. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2012;51(1):74-9.
- 11.- Mario Fu-Espinosa M, Trujillo-Olivera L E.Trastorno depresivo y aspectos relacionados con beneficiarios DiabetIMSS. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013;51(1):80-5
- 12.- Fort M, Castro M, Peña L, López Hernández S, Camacho G, Arreola Camacho G, et al. Opportunities for involving men and families in chronic disease management: a qualitative study from Chiapas, Mexico. BMC Public Health [serial on the Internet] (2015, Oct 6), [cited may 10, 2017]; 15(1): 1-11. Available from: Academic Search Elite.

- 13- Fernández-Vázquez A, Abdala-Cervantes TA, Alvara-Solís EP, Tenorio-Franco GL y col. Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Esp Med Quir* 2012;17(2):94-99.
- 14.- Mendoza-Romo M A, Velasco-Chávez J F, Nieva de Jesús R N, Andrade-Rodríguez H J, Rodríguez-Pérez C V, Palou-Fraga E., Impacto de un programa institucional educativo en el control del paciente diabético. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2013;51(3):254-9
- 15.- Zúñiga- Ramírez M G, Villarreal Ríos E, Vargas Daza E R, Galicia Rodríguez L, Martínez González L, Cervantes Becerra R G. Perfil de uso de los servicios del módulo DiabetIMSS por pacientes con diabetes mellitus 2. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2013; 21 (2): 79-84
- 16.- Martínez-Domínguez g, Martínez- Sánchez I, de los ángeles rodríguez-gázquez m, agudelo-vélez c, jiménez-jiménez j, lopera-valle j, et al. Adherencia terapéutica y control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, pertenecientes a una institución hospitalaria, de la ciudad de Medellín (Colombia), año 2011. (spanish). *Archivos de medicina (1657-320x) [serial on the internet].* (2014, jan), [cited may 1, 2017]; 14(1): 44-50. available from: mediclatina.
- 17.- Lilian Cristiane Gomes-Villas Boas L C, Cesar Foss M , Maria Cristina Foss de Freitas M C, Emília Pace A. Relación entre apoyo social, adhesión al tratamiento y control metabólico de personas con Diabetes Mellitus. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 20(1):[08 pantallas] ene.-feb. 2012
- 18.- Boas L, Foss M, de Freitas M, Pace A. Relationship among social support, tratment adherence and metabolic control of diabetes mellitus patients. *Revista Latino-Americana De Enfermagem (RLAE) [serial on the internet]* (2012, Jan), [cited May 21, 2017]; 20(1): 52-58. Availabre from: Academic Search Complete
- 19.- Martinez Hernández N J, Hervert Hernández I, Soler Huerta E, Chávez del Valle J R, Mota Velasco. Apoyo Social en la Diabetes Tipo 2. *Aten Primaria.* 2008;40(8):425-31
- 20.- Martínez Basurto A, Sanchez Roman S, Aguilar Villalobos E, Rodriguez Perez V, Adaptacion y validación del cuestionario MOS de apoyo social en pacientes mexicanos con VIH +. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual Vol. 4, Núm. 2, Febrero- Julio 2014*
- 21.- Casanova-Rodas L, Rascón-Gasca M L, Alcántara-Chabelas H, Soriano-Rodríguez A. Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. *Salud Mental* 2014; 37:443-448.
- 22.- Okun M, Lockwood C. Does Level of Assessment Moderate the Relation Between Social Support and Social Negativity?: A Meta-Analysis. *Basic & Applied Social Psychology [serial on the Internet].* (2003, Feb), [cited May 1, 2017]; 25(1): 15-35. Available from: Business Source Complete
- 23 .- Mendoza-Núñez V, Flores-Bello C, Correa-Muñoz E, Retana-Ugalde R, Ruiz-Ramos M. Relationship between social support networks and diabetes control and its impact on the quality of life in older community-dwelling Mexicans. *Nutricion Hospitalaria [serial on the Internet].* (2016, Dec), [cited May 1, 2017]; 33(6): 1312-1316. Available from: Academic Search Complete
- 24.- Londoño, N. E., Rogers, H., Castilla, J. F., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M.A., Oliveros, M., Palacio, J., Aguirre, D. Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150 (chechar bien la ficha es del 2012)

25.- Muñoz-Rodríguez M,y E. Basco M. Indagaciones epidemiológicas en salud mental: usos de servicios de salud y percepción del apoyo social. Rev. Salud pública. 18 (2): 188-200, 2016

**XIIX.- ANEXO 1.**



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: GRADO DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES ADCRITOS AL PROGRAMA DiabetIMSS EN LA UMF 13, TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.

Patrocinador externo (si aplica): Ninguno.

Lugar y fecha: Tuxtla Gutiérrez Chiapas, Periodo de 01 de diciembre de 2017 a 31 de mayo del 2018

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio: Debido a la alta incidencia, prevalencia y cronicidad que presenta la diabetes mellitus en México, es de suma importancia evaluar su abordaje desde diferentes puntos como lo son el tratamiento farmacológico, físico, dietético y social, Evaluar el contexto social de pacientes diabéticos y como este influye en el comportamiento del paciente con respecto a su patología.

Procedimientos: Se realizará a través de una encuesta de recolección de datos.

Posibles riesgos y molestias: Ninguno.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Grado de apoyo social con el que cuentan los pacientes adscritos al programa DiabetIMSS de la UMF13

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Realizar estrategias que fomenten el apoyo afectivo y emocional entre los integrantes del programa diabetIMSS

Participación o retiro: Voluntario.

Privacidad y confidencialidad: SI

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 estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): Se dispone del servicio de consulta externa de medicina familiar para el control metabólico

Beneficios al término del estudio: Se estimara el grado de apoyo social en pacientes adscritos al programa diabetIMSS

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

Investigador Responsable: Dr. Keihin Ramón Ahu Chandomi R1MF

Colaboradores: Dr. José Ramiro Cortez Pon

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](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

Nombre y firma del sujeto

Dr. Keihin Ramon Ahu Chandomi  
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

Coloque su edad, Señale con un "X" al género y estado civil que corresponda

Edad: \_\_\_\_\_ años. Última glucemia \_\_\_\_\_

Género: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_ Soltero. \_\_\_ Casado. \_\_\_ Unión libre. 4.- Divorciado. 5.- Viudo.

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que verdad dispone:

1.- aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiar cercanos tiene en verdad? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar 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, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia en verdad dispone de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (marque con un círculo uno de los números de cada fila)

CUESTIONES: ¿Cuenta con ALGUIEN?	Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	La Mayoría de las Veces	Siempre
2.-que le ayude cuando tenga que estar en la cama					
3.-con quien pueda contar cuando necesite hablar					
4.-que le aconseje cuando tenga problemas					
5.-que le lleve al médico cuando lo necesite					
6.-que le muestre amor y afecto					
7.-con quien pasar un buen rato					
8.-que le informe y ayude a entender la situación					
9.- en quien confiar o con quién hablar de sí mismo y sus preocupaciones					
10.-que le abrace					
11.- con quien pueda relajarse					
12.-que le prepare la comida si no puede hacerlo					

13.-cuyo consejo realmente desee					
14.-con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas					
15.-que le ayuda en sus tareas domésticas si está enfermo					
16.-alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos					
17.-que le aconseje cómo resolver sus problemas personales					
18.-con quien divertirse					
19.- que comprenda sus problemas					
20.-a quien amar y hacerle sentirse querido					

.....GRACIAS



