



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 13
BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA



TESIS

“RED DE APOYO FAMILIAR EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 QUE
ACUDEN A LA UMF 25 TUXTLA GUTIÉRREZ, 2017”

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARÍA GISELA VÁZQUEZ HERNÁNDEZ
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°. 13
MATRÍCULA: 98075226 TELÉFONO: 9611708151
Correo Electrónico: vazquezgisela@hotmail.com

ASESOR METODOLÓGICO:

DR. JORGE MANUEL ALEGRÍA SÁNCHEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
JEFE DE PRESTACIONES MÉDICAS
MATRÍCULA: 99070201 TELÉFONO: 9688790965
Correo Electrónico: Jorge.alegria@imss.gob.mx

ASESOR DE CONTENIDO:

DRA. ROCIO ALEJANDRA MARTÍNEZ CRUZ
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°. 25
MATRÍCULA: 99078666 TELÉFONO: 9612157482
Correo Electrónico: rocio.martinezc@imss.gob.mx
TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS; 2017.

Índice	
RESUMEN	1
MARCO TEÓRICO	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
JUSTIFICACIÓN	31
OBJETIVOS	32
OBJETIVO GENERAL	32
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
HIPÓTESIS	33
MATERIAL Y MÉTODOS	34
LÍMITES DE TIEMPO Y ESPACIO	34
UNIVERSO	34
POBLACIÓN DE ESTUDIO	34
MUESTRA	35
CRITERIOS DE SELECCIÓN	36
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	38
DESARROLLO DEL PROYECTO	38
INSTRUMENTO	39
MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	40
RECURSOS	40
RESULTADOS Y ANÁLISIS	41
DISCUSIÓN	57
CONCLUSIONES	60
Recomendaciones	61
BIBLIOGRAFÍA	63
ANEXOS	68

RESUMEN

Título: “RED DE APOYO FAMILIAR EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 QUE ACUDEN A LA UMF 25 TUXTLA GUTIÉRREZ, 2017”

María Gisela Vázquez Hernández (1), Rocío Alejandra Martínez Cruz (2), Jorge Manuel Alegría Sánchez (3).

Vázquez-Hernández M.G.; Martínez-Cruz R.A.; Alegría-Sánchez J.M.

ANTECEDENTES: La familia es definida como la unidad básica de la sociedad, así como nuestra mayor fuente de apoyo social y personal, por lo tanto es un parte primordial que el sector multidisciplinario de salud debe de tener presente en el proceso salud- enfermedad. El paciente diabético percibirá su enfermedad siempre de acuerdo con sus convicciones anteriores del diagnóstico y sus perspectivas, estas creencias y expectativas están estrechamente relacionadas con la familia. Aunado a eso las enfermedades crónico-degenerativas han ido a la alza entre ellas las diabetes mellitus tipo 2; la prevalencia de la DM en el mundo según la OMS es de 8.5% cifra relacionada con la prevalencia nacional de 9.2% en México, nuestro estado por lo consiguiente cuenta con números oscilando en el 5.4% de prevalencia en la población Chiapaneca con este diagnóstico; por lo tanto la transición epidemiológica de las enfermedades crónicas sobre las enfermedades infecciosas nos muestra la importancia del desarrollo de estudios relacionados con la mejora del tratamiento integral y por ende la calidad de vida del paciente con diabetes.

OBJETIVO: Determinar la red de apoyo familiar de los pacientes diabéticos tipo 2 que acuden a la UMF 25 Tuxtla Gutiérrez 2017.

MATERIAL Y MÉTODOS: Este estudio fue cuantitativo, transversal, descriptivo, observacional y exploratorio en pacientes de la UMF. 25 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas. Se incluyó los familiares de los derechohabientes portadores de DM 2

que cumplan los criterios de selección.

RECURSOS E INFRAESTRUCTURA: El estudio se llevó a cabo en las instalaciones de la unidad de medicina familiar no. 25 del IMSS, los bienes físicos fueron otorgados por el académico, el evalúo de datos se realizaron por el equipo de investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

EXPERIENCIA DEL GRUPO Y TIEMPO A DESARROLLARSE: Se le otorgó al académico adiestramiento particular en el área de metodología de la investigación, durante su curso de especialización. El mentor temático ha liderado nueve proyectos de investigación y se encuentra en el puesto de la Jefatura de Prestaciones Médicas como titular desde el año 2016. El supervisor metodológico ha liderado diez tesis y se desarrolla en el área de Epidemiología de la UMF no. 25 desde el año 2015. El lapso en el cual se ambiciona realizar esta investigación es de 10 meses postremo a su aprobación por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación de Salud, al cual pertenece el HGZ no. 2 de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

RESULTADOS: Los resultados de la presente investigación permitieron determinar el grado de red de apoyo familiar de los pacientes de la UMF 25; clasificándolo en los grados; alto, medio y bajo, en base a variables tanto sociodemográficas como económicas, intelectuales y complicaciones propias de la enfermedad de base. El 69.1% de los pacientes diabéticos que asisten a la UMF 25 cuentan con una red de apoyo media, predominando mayor grado de red de

apoyo en hombres; con una red de apoyo alta en el 27.8% de los varones en comparación del 10% de las mujeres, se presentó mayor red de apoyo familiar en los pacientes con más de 60 años en la década 60-70 años obtuvo una red de apoyo familiar alta el 15% de los pacientes, 70-80 años 17.2% y después de la 9na década de la vida 45% de los pacientes cuentan con una red de apoyo familiar alta, se observó que en los primeros años de evolución del paciente es mayor el grado de red de apoyo familiar, en la primera década obtuvo una red de apoyo familiar alta 17% de los pacientes en la segunda década 21% y en la 3ra y 4ta década 8% y 0% respectivamente. En base a la escolaridad de los pacientes el 34.2% cuenta con la escolaridad primaria terminada siendo el grado de estudio prevalente en esta población y el 72% obtuvo una red de apoyo media, los pacientes que cursan con complicaciones obtuvieron una red de apoyo media 70.5% y los pacientes que no cursan con complicaciones representaron el 67.7% con una red de apoyo media.

CONCLUSIONES: En este estudio se determinó la red de apoyo familiar de la población diabética derechohabiente de la UMF25, cumpliendo así nuestro principal objetivo, al mismo tiempo se cumplieron los objetivos específicos que nos planteamos al principio de la investigación, que fueron el conocer la red de apoyo familiar en base al sexo, grupo de edad, escolaridad, años de diagnóstico de la enfermedad y complicaciones del paciente, confirmando algunas hipótesis redactadas en un inicio, la red de apoyo familiar si fue mayor en el sexo masculino, fue mayor en los pacientes mayores de 60 años y difiriendo en algunas otras; la red de apoyo no fue proporcional al número de años de evolución, un

mayor grado académico no represento mayor índice de red de apoyo familiar y los pacientes diabéticos con complicaciones no represento mayor red de apoyo familiar como se tenía previsto.

PALABRAS CLAVE: Red de apoyo, Familia, Diabetes Meliitus tipo 2.

MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud la diabetes mellitus es etiquetada como un padecimiento grave, con características crónicas en donde el páncreas no tiene la capacidad de producir suficiente insulina o el cuerpo no puede utilizar de manera adecuada la insulina que se produce. (1). Este déficit insulinémico da como resultado un aumento de glucosa en la sangre.

La Guía de Práctica Clínica de Pre-Diabetes y de Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos en el primer nivel de atención refiere que esta enfermedad se trata de una enfermedad crónica y degenerativa que cuenta con grados variables de predisposición hereditaria y factores ambientales (2).

Dentro de los factores de riesgo asociados a la DM tipo dos son: inactividad física, familiares de primer grado con DM2, raza o grupo étnico (afroamericano, latino, asiático-estadounidense), mujer con antecedente de macrosomía fetal que hayan padecido diabetes mellitus durante el embarazo, mujeres con síndrome de ovario poliquístico, obesidad, acantosis nigricans, colesterol HDL <35 mg/dl, triglicéridos >250 mg/dl. (2).

Por lo tanto la alimentación adecuada, el ejercicio físico ocasional de 3 a 4 veces por semana, el mantenimiento de un índice de masa corporal dentro de parámetros normales y suspender el tabaquismo pueden evitar la aparición de

diabetes de tipo 2 o retrasar su inicio.

EPIDEMIOLOGÍA

La diabetes mellitus tipo dos es un problema a nivel mundial por su incremento sin pausas de casos nuevos así como en su prevalencia como su incidencia; se ha convertido en un verdadero reto el tema de prevención, detección oportuna y el control metabólico en pacientes quienes ya la padecen.

De acuerdo a la OMS este aumento ha sido mayor en los países de economía baja y mediana que en los de economía alta.(1).

Esta situación alarmante en el aumento de la diabetes mellitus dos está estrechamente relacionada con otras enfermedades como lo es la obesidad y el sobrepeso; estos trastornos nutricios se encuentran entre los principales causantes de esta enfermedad.

PANORAMA MUNDIAL

Según la OMS en una nota descriptiva del 2012; la DM 2 figura en el 90% de los casos en todo el mundo de diabetes y se debe primordialmente a la obesidad y sedentarismo, “422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones de 1980. La prevalencia mundial (normalizada por edades) de la diabetes casi se ha duplicado desde ese año, pues ha pasado del 4,7% al 8,5% en la población adulta”.(1).

Se estima que en 2012 hubieron 1.5 millones de decesos ocasionados por la

diabetes; más del 80% de estos decesos se registraron en países de segundo y tercer mundo; y aproximadamente el 50% del total de estas muertes competen a pacientes menores a la octava década de la vida y 55% al sexo femenino. (2).

En las personas con diabetes la mortalidad se duplica frente a las personas sin esta enfermedad. La edad promedio que vive una persona con diabetes mellitus tipo dos es de 65 años. (3) La OMS sospecha que los decesos por esta enfermedad aumentaran al doble entre 2005 y 2030.

PANORAMA EN MÉXICO

En México la prevalencia de sobrepeso y obesidad es del 71.28%, esto equivale que siete de cada diez mexicanos cuentan con un índice de masa corporal patológico. (2)

En los últimos años ha crecido la cantidad de personas que cuentan con este diagnóstico y representa una de las principales motivos de muerte en México; la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 indica que del año 2000 al año 2012, el número de casos aumento 3.4%. (4).

En la ENSANUT 2012, analizo un aumento significativo de enfermos diagnosticados con diabetes en la sexta década de la vida, de manera indiscriminada entre hombres y mujeres, con comportamiento semejante, sexo femenino 19.4%, sexo masculino 19.1%. Para la séptima década de la vida la prevalencia se mostró mayor en el sexo femenino que en el masculino (2.2 % mayor). Dicha diferencia incremento en los enfermos de la octava década de la

vida a un 5.9% entre el sexo femenino y masculino favoreciendo al sexo femenino.

Actualmente en México el 75% del total de los decesos fueron causados por enfermedades crónicas así como el 68% de los años de vida eventualmente perdidos. Los primordiales motivos de muerte por enfermedades no infecciosas fueron las enfermedades cardiovasculares de origen isquémico, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), EVC, y cirrosis hepática. El porcentaje de muerte adjudicable a la DM2 e Hipertensión Arterial (HTA) fue mayor a 17% del total de los padecimientos crónicos en México durante 2006, dichas enfermedades guardan una estrecha relación con la obesidad y el sobrepeso. (4)

En México los estados con prevalencias más altas son: Distrito Federal, Nuevo León, Veracruz, Tamaulipas, Durango y San Luis Potosí.

PANORAMA EN CHIAPAS

Chiapas no es la excepción de la media nacional en cuando a enfermedades crónicas degenerativas; es decir, constituyen un gran reto para la salud de acuerdo a los porcentajes descritos a continuación.

De acuerdo con la clasificación de la OMS, 22.7% de los adolescentes fue ausente en cuanto a actividad física regular, 19.3% realiza actividad física moderada 58.0% de los adolescentes son activos, datos semejantes a las encontradas a nivel nacional, siendo el sedentarismo uno de los principales factores para evitar el desarrollo de DM en el adulto. (5).

El 5.6% de pacientes de la 3ª década de la vida cuenta con diagnóstico de DM2

en Chiapas, con mayor frecuencia en el sexo femenino que en el masculino 3:1. (5).

En los pacientes mayores de la quinta y sexta década de la vida presento un incremento sin discriminar genero 9.2% en hombres y 14.6% , de igual manera hubo un pequeño incremento en hombres mayor o igual a la séptima década de la vida (11.5%) y descendió en el sexo femenino con la misma edad (10.3%). (5).

FISIOPATOLOGÍA

La historia natural de la diabetes mellitus tipo dos incluye diversos trastornos subclínicos en el metabolismo de la glucosa; de primera instancia existe resistencia a la insulina y por lo tanto hiperinsulinemia, continua con un decremento de células B pancreáticas y posteriormente y de manera final una reducción de la elaboración de la insulina; esta puede ser parcial o total. La hiperglicemia daña la asimilación de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

La diabetes mellitus aparece al haber un defecto en la liberación de la insulina a través del páncreas y su función endócrina o pérdida de la sensibilización de los tejidos efectores (resistencia). La liberación de la insulina a través de la despolarización de la célula B del páncreas se lleva a cabo al existir en el sistema un estado hiperglicémico de manera de llegar a una homeostasis glicémica al haber aporte energético durante el consumo de alimentos. La insulina se produce por la activación de las células B. El incremento sérico de los niveles de glucosa activa al transportador de glucosa denominado GLUT 2 cuyo objetivo principal es introducir a la glucosa y la fructuosa al interior célula beta a través del transporte

facilitado así como inducir a la excreción de insulina necesaria para mantener los niveles séricos correctos . Durante el posprandio, el hígado, convierte a la glucosa en glucógeno (depósitos de glucosa). Al mismo tiempo el glucógeno se degrada nuevamente en glucosa durante los periodos de ayuno prolongados (6 a 8 horas), que sale de las células del hígado a la circulación sistémica, de esta manera se regula tanto positiva como negativamente los niveles de glucosa en sangre, es decir el GLUT 2 tiene la capacidad de degradar formar y degradar glucógeno según las necesidades del organismo. (6)

Tras el ingreso de la glucosa a la célula β a través del GLUT2, el carbohidrato es convertido a glucosa-6-fosfato, mediante la glucocinasa. Finalmente, la despolarización de la célula ocurre a causa del cierre de los canales de K^+ sensibles a ATP (KATP), incrementando el potencial de membrana hasta alcanzar la apertura de canales de Ca^{2+} dependientes de voltaje tipo 1. La cinasa C y A PKC y PKA, participan en la fosforilación de proteínas incitan la salida de insulina; y facilitan el cierre del canal K ATP.(6).

En la diabetes tipo 2 existe una pérdida de la homeostasis en la producción y la demanda de la insulina, agregado a un daño a la cantidad de la masa celular provocado por la toxicidad de la glucosa. El receptor de la insulina igualmente puede presentar alteraciones.

DIAGNÓSTICO

En los pacientes con estos factores de riesgo se recomienda realizar pruebas de detección de DM2 para hacer un diagnóstico oportuno y así evitar las

complicaciones ya mencionadas.

Entre las pruebas diagnósticas son la cuantificación de glucosa en plasma tanto en ayuno como 2 horas posteriores a una ingesta de 75 mg de glucosa vía oral, así como la cuantificación de hemoglobina glucosilada.

Los criterios diagnósticos para establecer certeramente que un paciente padece DM2 son los siguientes:

- Glucosa en ayuno ≥ 126 mg/dL (en ayuno de mínimo 8 horas).
- Glucosa sérica ≥ 200 mg/dL a las 2 horas posterior a una prueba oral de tolerancia a la glucosa, esta consiste en ingerir una carga de 75 gramos de glucosa.
- Hemoglobina glucosilada (A1C) $\geq 6.5\%$.
- polidipsia, polifagia, poliuria / hiperglucemia con una glucosa al azar >200 mg/dl. (7).

El diagnóstico de dm2 se realiza de manera tardía, aproximadamente una década posterior del inicio de la enfermedad.

TRATAMIENTO

Los pacientes con sobrepeso y obesidad que presenten diabetes mellitus tipo dos requieren como parte del tratamiento integral no farmacológico la disminución del índice de masa corporal. Con una alimentación baja en carbohidratos, la dieta del mediterráneo ha demostrado ser una buena opción.

Se recomienda iniciar un programa de ejercicio físico con progresión paulatina y

de acuerdo a las posibilidades del paciente aumenta el grado de intensidad y duración del ejercicio, la realización de 150 min a la semana de actividad física aeróbica tres días a la semana y no más de dos días consecutivos. Suspensión del tabaquismo. (2).

El tratamiento inicial para el control glucémico es el estilo de vida y la metformina. Una vez que se llega a la dosis tope se debe de pasar a la terapia con dos fármacos (salvo los inhibidores de las alfa glucosidasas), o un agonista del receptor del péptido similar al glucagón (aRGLP1) o la insulina basal (A). Se recomienda el uso de estatinas en pacientes con factores de riesgo cardiovascular alto o que se trate de paciente masculino con una edad superior a 40 años. Se considera el uso de ácido acetil salicílico en pacientes a dosis de 75 mg día en pacientes que cuentan por lo menos uno de los siguientes factores de riesgo; hipertensión, tabaquismo, historia familiar de enfermedades cardiovasculares, albuminuria, dislipidemia).

COMPLICACIONES

Cuando existen niveles altos de glucosa en sangre hay una producción de descompensación metabólica en el organismo que si se presenta de manera sostenida y constante nos lleva a diversas complicaciones de carácter agudo y crónico, afectando de manera directa y paulatina la calidad de vida del paciente.

La diabetes mellitus es llamada junto con la Hipertensión Arterial sistémica enfermedades silenciosas; ya que el diagnóstico en diversas ocasiones llega a nosotros; el personal de salud de una manera insospechada ante un estudio de

laboratorio tanto de sangre como de orina alterado y sin sintomatología adyacente es así como la hiperglucemia va deteriorando “silenciosamente” el organismo. Por lo tanto, se trata de una de los primordiales motivos de discapacidad que requieren atención de un grupo multidisciplinario de salud de manera permanente. Lo que implica gran necesidad de tratamientos especializados con alto costo.

En México se gasta un aproximado de 3,430 millones de dólares al año en tratamiento y complicaciones (2).

Dentro de estas complicaciones según la American Diabetes Association se encuentran las de origen microvascular como son: La enfermedad renal diabética, retinopatía diabética, neuropatía diabética (neuropatía diabética gastrointestinal, neuropatía diabética urinaria, neuropatía dolorosa) y el pie diabético.

La enfermedad renal crónica secundaria a diabetes mellitus 2 aparece posterior a la primera década del diagnóstico, en el primer lustro en la Diabetes mellitus tipo 1. Se recomienda la vigilancia de la tasa de filtrado glomerular estimado (FGe) por la fórmula de (CKD-EPI). Se sugiere una vez cada 12 meses, valorar el cociente albúmina-creatinina (CAC) y la tasa filtración glomerular. (7). La diabetes mellitus es una de las principales enfermedades causantes de la enfermedad renal crónica. Con una tasa de mortalidad del 10 al 20%(2).

La retinopatía diabética es una complicación de la diabetes y significativamente lleva al paciente a la ceguera. A los 15 años del diagnóstico de diabetes 2% de los pacientes presentan ceguera total y un 10% sufren disminución de la agudeza

visual.(2).

.

La neuropatía diabética es ocasionada por alteración de las terminaciones nerviosas afecta hasta el 50% de los pacientes. (2).

Aunque se pueden ocasionar problemas muy diversos en la neuropatía diabética los síntomas más frecuentes consisten en parestesis, adormecimiento y disminución de la fuerza muscular.

Las amputaciones y lesiones dérmicas secundarias a neuropatía diabética y/o de la enfermedad arterial periférica, son comunes y son un motivo significativo de morbi-mortalidad en el diabético.

El examen de los pies debe ser una vez por año para lograr observar la posibilidad de lesiones que podrían complicarse.

Las complicaciones macro vasculares de mayor frecuencia son enfermedad cerebral vascular e infarto agudo al miocardio. Un 50% de pacientes con diabetes mueren de enfermedad cardiovascular. (1)(2).

Esta enfermedad ha adquirido significancia no solo por los altos índices de mortalidad y morbilidad sino por que el paciente diabético con mal control metabólico lleva a diversas complicaciones. El tratamiento farmacológico es solo una parte del tratamiento, se requieren de medidas no farmacológicas como mejora en la calidad de la alimentación, disminución del índice de masa corporal, evitar el sedentarismo e iniciar actividad física regular, examinar el aseo y cuidados

de los pies y el cuidado de los dientes. Todas estas medidas se llevan a cabo lejos del ojo clínico y son efectuadas en el hogar (8).

La diabetes mellitus se trata de una enfermedad que requiere tratamiento integral y multidisciplinario en el que se encuentra implicado situaciones relacionadas con el estilo de vida tales como la alimentación, actividad física y en algunas ocasiones aplicación del tratamiento que va más allá de tomar una píldora o tableta, es decir; exige un apoyo importante de la familia ya que un buen ambiente familiar disminuye el estrés que causa toda enfermedad crónica y es primordial para el cumplimiento del tratamiento. (9).

La diabetes es una enfermedad complicada y que amerita un tratamiento bien orientado y planteado individualmente y secuencia, necesita de muchas ramas de la medicina motivo por el cual se denomina multidisciplinario para lograr ejercer las distintas etapas de la medicina (prevención primaria, secundaria y terciaria). El paciente diabético evoluciona a múltiples complicaciones orgánicas y sociales, como la falta de apoyo social, miedos, depresión y alteraciones patológicas en la alimentación (10).

La transición demográfica hacia el aumento de la población anciana así como el aumento de la vida media ha sido un factor predisponente para los casos nuevos de pacientes portadores de DM2 en la ancianidad. En la persona anciana existen “fisiológicamente” variaciones en el correcto proceso del metabolismo de la glucosa; como la calidad y cantidad de la insulina y la elaboración de la glucosa por el hígado. Estas alteraciones son esperadas en el adulto mayor y aumentan la

aparición de nuevos casos. (10).

Los ancianos con el diagnóstico de diabetes mellitus son un grupo que ameritan mayores atenciones en sus necesidades. Ya que es una población frágil e indefensa, sin embargo la atención médica se centra en los aspectos orgánicos y muy poca importancia a los aspectos psicológicos y sociales (principalmente familiares) es por eso que los tratamientos fracasan y no logran modificar adecuadamente la conducta del paciente y su entorno frente a la enfermedad y por lo tanto altera directamente la calidad de vida.

El apoyo social es un factor determinante para la protección de la salud.

La familia es el espacio adecuado para ser un entorno seguro y de apoyo, que a lo largo del tiempo y creando su propia manera de interactuar, las cuales constituyen la estructura familiar (11). La estructura familiar es la organización de sus integrantes y la adaptabilidad de los roles y funciones familiares de acuerdo con las demandas propias de la familia que se tengan y a las pautas repetitivas de interacción.

Ante los cambios de ciclo vital, crisis normativas, para normativas que ocurren durante la vida las familias sufren modificaciones, alteraciones en sus procesos de adaptación y buscan la manera de enfrentar y conseguir el funcionamiento familiar.

La familia es columna elemental del paciente diabético y de la sociedad, la familia interviene directamente con la ejecución de las modificaciones del estilo de vida y

el apego terapéutico, ejerce influencia positiva o negativa; puede ayudar a que recuperen la salud o enfermar aún más a los integrantes de la familia. En la familia descubrimos el soporte emocional y físico necesario para sacar al paciente de la enfermedad o continuar con su sufrimiento, si una persona pierde la salud, su entorno también pierde el equilibrio.(12).

La adherencia del tratamiento farmacológico como el no farmacológico representa un factor fundamental en el cuidado del paciente con diabetes y el soporte familiar social el soporte familiar social es considerado un proceso complejo y dinámico que implica Individuos y sus redes sociales, trabajando para satisfacer sus necesidades, proporcionar y complementar los recursos que tienen y, por lo tanto, hacer frente a nuevas situaciones. Los estudios sugieren que el soporte familiar se asocia con adherencia a la medicación y tratamiento dietético. Otros estudios con adultos con DM revelaron que las personas con una baja percepción de soporte familiar presentaron significativamente peor control de glicemia cuando se expone a condiciones altamente estresantes. (13).

Se ha informado que sólo el 30% de los diabéticos adultos diagnosticados en México tienen un control adecuado; por lo tanto, se estima que dos de los tres diabéticos no están controlados (14).

En este sentido se ha demostrado ampliamente que la diabetes no controlada produce retinopatía, nefropatía y alteraciones cognitivas, incluyendo Enfermedad de Alzheimer (15-16); para la prevención de las complicaciones ya mencionadas se ha señalado que las redes de apoyo social entre ellas la familia son una de las

determinantes de la adherencia terapéutica y control de la diabetes.(17-18).

SISTEMAS DE APOYO

Durante el transcurso de la vida se presenta el advenimiento de las crisis propias de la vida diaria y diversas experiencias que se presentan durante la vida cotidiana, pertenecientes al ciclo vital del paciente y de la familia, secundarios a crisis normativas y para normativas, como pérdida de la salud, crisis económicas, pérdida de empleo, etc.

Lo primordial no es que dichas crisis no se presenten si no obtener solución de manera que altere la homeostasis emocional a lo mínimo. Es por eso que las personas cuentan con unos ciertos recursos que los sostienen y buscan la adaptación de los problemas.

El primer recurso es el propio paciente. Cuando el paciente no alcanza a lograrlo por si solo se prepara con otro tipo de recursos extrínsecos que son nombrados “redes de apoyo social” en el paciente con enfermedades crónicas estos sistemas de apoyo cuentan con mucha importancia.

Tipos de sistema de apoyo

Sistemas de apoyo naturales

- Familia
- Compañeros de trabajo

- Compañeros e estudio
- Compañeros de culto y creencias
- Amigos, vecinos etc.
- Sistemas de apoyo organizados
- Servicios sociales institucionales
- Asociaciones de autoayuda
- Organizaciones no gubernamentales
- Ayuda profesional

Se reconocen tres tipos de apoyos:

- Apoyo emocional: percibirse apreciado, amado, tener la confianza y la posibilidad de ser escuchado
- Apoyo tangible o instrumental: prestar ayuda directa o servicios, tales como transporte, cuidados del hogar, cuidado o el acompañamiento al mismo tiempo implica flujo de recursos monetarios ya sea dinero o pago de servicios.
- Apoyo informacional: método en el cual las personas y los paciente se acompañan en solicitar asesoramiento, información que les proporciona las armas para resolver sus dudas, ligado íntimamente al apoyo emocional.
- **Impacto de la diabetes en el grupo familiar**

El reconocimiento de la Diabetes tipo 2 como una enfermedad crónica que afecta a millones de personas en el mundo ha motivado la búsqueda de diversos ámbitos de atención de la salud como así de enfoques y metodologías que favorezcan un

acercamiento real al problema, principalmente en relación con los conocimientos, las percepciones, las actitudes, los temores y las prácticas de los pacientes en el contexto familiar y comunal.

Por ello para responder a las necesidades educativas y a los problemas de las comunidades, se están incorporando las teorías y los modelos de las ciencias sociales a los programas de salud, con el fin de hacerlos más flexibles para controlar y prevenir las enfermedades crónicas (19). La aparición de la Diabetes sitúa al sistema familiar ante una situación nueva e inesperada. Conlleva la carga emocional de una enfermedad que no se "cura"; que precisa tratamiento para siempre; que exige medidas terapéuticas basadas en los cambios en los hábitos de vida, tanto en el sentido dietético como en el del ejercicio físico con las dificultades reales de adaptación que ello exige para el resto de los miembros de la familia; con las complicaciones físicas (disfunción eréctil, retinopatía, arteriopatía, etc.) que pueden ir surgiendo, originando una incapacidad que sobrecarga aún más el sistema. La familia procesará todo esto según su propio conjunto de creencias acerca de la enfermedad y las experiencias previas que posea en el cuidado de pacientes diabéticos, sobretodo en relación con acontecimientos dramáticos e impactantes, es decir las complicaciones micro y macro vasculares.

Una vez presente el diagnóstico se pondrá en marcha los recursos con los que cuente, su cohesión, su capacidad de adaptación y de apoyo y su capacidad organizativa, buscando en caso de ser necesario apoyos extra familiares para

conseguir una correcta homeostasis que asegure un normal funcionamiento del sistema familiar. En muy pocas enfermedades está tan condicionado el éxito terapéutico de la actitud del paciente, de la dinámica de la familia y de la relación sanitario/paciente como en la diabetes. El impacto de la Diabetes sobre el adulto y su familia depende de la fase del ciclo vital en la que establezca el diagnóstico. En cualquiera de ellas, la respuesta del paciente frente a la enfermedad será de acuerdo a sus creencias y expectativas, experimentará un sufrimiento relacionado con la enfermedad crónica o más aún con la pérdida de salud. En el caso de las parejas sin hijos se plantearán la cuestión de tenerlos o no. A los padres les preocupará que sus hijos puedan "heredar" la diabetes. Si la paciente es mujer le preocupará el posible impacto del embarazo sobre su salud y la de su bebé y su capacidad para cuidar un lactante. En caso de la Diabetes Gestacional nos encontramos con el impacto emocional que para una familia supone una enfermedad que entienden "provocada" por el embarazo y el miedo a sus posibles consecuencias. El diagnóstico de Diabetes en un hijo se vive como un cataclismo. Se provoca un clima de drama y abatimiento, de rechazo y agresividad; provoca en los padres reacciones emocionales intensas incluyendo ansiedad, depresión y culpa, que puede llevar a una importante disfunción familiar. El diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 o la aparición de sus complicaciones se realiza con más frecuencia en la cuarta etapa del ciclo vital familiar. Esta se inicia con la salida del primer hijo del hogar paterno, cuando los cónyuges tienen alrededor de 50 años y termina aproximadamente a los 65. En esta fase de contracción, la partida de los hijos condiciona una nueva relación en la pareja; la mujer se encuentra

generalmente sin el objetivo esencial de su vida, que venía constituido por la crianza de los hijos; el marido revisa su trayectoria vital, generalmente enfrentándose con el problema de la jubilación. El diagnóstico de diabetes o la aparición de sus complicaciones instauran un nuevo acontecimiento estresante en un momento del ciclo vital familiar en el que son necesarios todos los recursos para lograr los cambios adaptativos imprescindibles para superar esta etapa de forma funcional. Como en otras familias en las que uno de sus miembros padece una enfermedad crónica, es posible que se atribuya a la diabetes la existencia de una disfunción familiar, lo que dificultará el adecuado control de la enfermedad, transformándose en un círculo vicioso. (20)

Factores que modifican la intensidad del impacto

Según lo mencionado por la psicóloga Iñaki Lorente Armendáriz la presencia de una enfermedad crónica en la familia no afecta de igual manera a todos sus componentes. Se proponen cuatro variables:

1.- La actitud de quien padece de diabetes, es decir; el modo en que la persona diabética afronta su enfermedad depende de la actitud que presente, la intensidad con que “sufra” el familiar también está íntimamente ligada a su postura hacia la misma.

2.- La cercanía o lejanía afectiva a la persona que tiene diabetes. No se trata del grado de parentesco que se tenga, sino de los afectos que nos unen a las personas. No tiene el mismo impacto sobre nosotros la noticia de que tiene diabetes alguien a quien queremos muchísimo que otro al que simplemente le

tenemos cariño.

3.- El grado de compromiso que se haya adquirido en la relación. Cuanto más involucrada se encuentre la persona en esa relación, más influirá y se dejará influenciar por lo que le ocurra al otro. No es igual que la persona con diabetes sea tu esposa que tu hijo.

4.- Las características individuales de la persona diabética. Como es lógico, la edad que tenga quien padece la enfermedad es una de las características individuales determinantes. (21).

Según todo lo anterior, la experiencia de la enfermedad crónica afectará profundamente a la familia en mayor o menor grado y a su vez según la actuación de ésta, podrá mejorar o empeorar el curso de la enfermedad crónica del paciente afectado llevando a la Familia a reaccionar positiva o negativamente frente a esta nueva condición.

Reacción de Adaptación Familiar:

La adaptación de la familia al diagnóstico de la diabetes es extremadamente importante. El proceso de la enfermedad crónica requiere una adaptación de toda la familia a la nueva situación. Esto conlleva un desgaste que puede suponer que se desencadenen situaciones de conflicto y a veces de enfermedad de otros miembros si el personal sanitario no está atento a ello. La reacción de las familias ante una enfermedad crónica no es igual en todos los casos, la mayoría de los

pacientes y sus familias se adaptan adecuadamente a la nueva situación y, a pesar de las tensiones y reestructuraciones que exige, son capaces de reorganizarse e incluso fortalecer sus lazos. Los miembros de la familia necesitan educación, igual que el paciente, para ayudar a hacer posible los cambios de la vida y el soporte necesario. Es especialmente importante que todos los miembros de la familia que vivan con el paciente entiendan las demandas del cuidado de la diabetes. Típicamente los miembros de la familia se convierten en educadores de la enfermedad, ofreciendo estímulo, mostrándole ayuda cuando lo precise, pero recordando no juzgar, es decir; cuando en una familia un miembro tiene una enfermedad crónica, es la familia y en especial un miembro de ella, generalmente la madre, esposa, hija, la que pasa a ser la cuidadora principal del paciente. La cuidadora se ha de ocupar de las atenciones materiales: preparación de la dieta adecuada, supervisión del cumplimiento terapéutico así como de las revisiones periódicas, etc. Además, tanto la persona cuidadora como los demás miembros de la familia son la principal fuente de apoyo emocional y social del paciente y quienes le pueden ayudar en la enfermedad.

Reacción de mala adaptación:

Esta reacción de la Familia puede expresarse en una o dos maneras. Los miembros de la familia pueden retirarse y no ser soporte para el paciente, saboteando los esfuerzos del paciente o poniendo obstáculos para el buen manejo de la diabetes. Este acercamiento con frecuencia es característica de miedo, de negación y falta de educación. Los miembros de la familia pueden ser

extremadamente protectores y fomentar la dependencia. La sobre-protección puede frenar la progresión natural del desarrollo de su vida. Por tanto, el equipo de salud ha de estar atento a aquellas familias que se cierran en sí mismas y quedan atrapadas, llegando a asumir en exceso la responsabilidad del cuidado del enfermo, limitando su autonomía o independencia. En otras situaciones, la familia en cambio, se distancia a causa de la presión de la enfermedad, hasta el punto de desintegrarse por la vía del divorcio, la institucionalización o la muerte. Los cónyuges de los pacientes crónicos a menudo experimentan un padecimiento subjetivo mayor que el del propio enfermo. Los profesionales de la salud con frecuencia se centran en la atención al paciente y pasan por alto el sufrimiento del cónyuge descuidando sus necesidades físicas y emocionales. Si el médico tiene en cuenta las demandas y presiones de la familia además de las del paciente, podrá contribuir a promover un funcionamiento más saludable de todos los afectados. (22)

RED DE APOYO FAMILIAR

La red de apoyo familiar se refiere a conexiones y contactos con personas quienes integran los distintos tipos de familia a través de las cuales obtienen información emocional.

En este sentido, se han propuesto según la escala Apgar familiar factores para determinar la salud física y mental de una familia independientemente de la composición de esta: adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto, resolución. (23). Todos ellos factores esenciales en el cuidado del paciente portador de

enfermedad crónica degenerativo, en donde cada uno de sus miembros varían gradualmente para adaptarse a los cambios internos producidos en su entorno; estos cambios dependen en gran medida de las características propias de cada familia; en el ciclo vital en el que se encuentre, el lugar que ocupa el enfermo en el grupo familiar y de los requerimientos propios del enfermo, recordando que el tratamiento para el paciente diabético es individualizado y personalizado.

Ante el diagnóstico de un trastorno como la diabetes, con su condición de cronicidad y la exigencia de modificaciones en los hábitos y el modo de vida, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar la homeostasis amenazada; el factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevas formas y roles. Con esos cambios adaptativos aparecen nuevos riesgos para otros miembros de la familia, lo que puede afectar a su vez al familiar enfermo. (13)

Familia, amigos, grupos de autoayuda de la comunidad y estado institucional son los programas que constituyen redes de apoyo social. Se ha demostrado que el apoyo familiar; influye significativamente y de forma directa en la salud y el bienestar de las personas (24); Ya que la familia es donde el paciente con diabetes pasa el mayor parte de su tiempo; de igual manera es el contacto diario y directo de interacción social. La familia no solamente proporciona apoyo material y emocional, se encuentra también la retroalimentación de conocimientos en relación a la patología propia del paciente, esta retroalimentación es esencial para

su bienestar y su salud. (25,26).

Parte importante del control metabólico se basa en la alimentación del paciente con diabetes; por lo tanto la hora de la comida es un determinante importante la cual se lleva a cabo en el hogar. En el estudio “RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL SUPPORT NETWORKS AND DIABETES CONTROL AND ITS IMPACT ON THE QUALITY OF LIFE IN OLDER COMMUNITY-DWELLING MEXICANS” (27).

Se administró un cuestionario a los sujetos del estudio para evaluar las siguientes variables sociodemográficas: edad, sexo, matrimonio estado, educación, lugar de consumo de alimentos y número de años de diagnóstico.

Se encontró que la frecuencia de pacientes controlados fue significativamente mayor en el grupo de personas que comieron su comida en el hogar en comparación con los que comieron fuera del hogar (68% frente a 50%, $p < 0,05$). Además, el grupo de diabéticos que había sido diagnosticado entre uno y cinco años tenía una significativa de mayor porcentaje de pacientes controlados comparado con aquellos con 6 o más años de tiempo de diagnóstico (76% frente a 60%, $p < 0,05$).

En dicho estudio, se encontró un mayor porcentaje de control diabético en personas que prepararon y comieron su comida en casa. Esto muestra indirectamente el efecto del cumplimiento de una dieta saludable para las personas que se preparan comidas en casa porque, en nuestra cultura, el suministro y el consumo de la comida fuera de casa son altas en carbohidratos y grasas saturadas.

Por otro lado, un mayor porcentaje de control diabético en el grupo de personas con diabetes diagnosticada previamente se encontró menos veces. Este hallazgo sugiere que las personas recién diagnosticadas ingresan los grupos comunitarios que promueven la salud están más dispuestos a adherirse. (27).

Otra variable de importancia ya estudiada en estudios anteriores como “Percepción del apoyo familiar y dificultades relacionadas con la diabetes en el adulto mayor” fue la edad ya que la red de apoyo familiar en un adulto mayor es de mayor tamaño al incluir al conyugue e hijos adultos y familiares cercanos al tratarse en gran medida de pilares familiares. Así como de forma general, se pudo constatar en cuanto al sexo que el mayor nivel de relaciones familiares percibidas por el adulto mayor se encuentra prioritariamente en el nivel bajo en el caso de las mujeres y un buen apoyo familiar en el caso de los hombres. Por otra parte, y en lo que a las edades se refiere, existe un considerable descenso en el nivel de relaciones extra-familiares percibido en las mujeres y regular apoyo en los hombres. Más de las tres cuartas partes de los adultos mayores no presentaron problemas con el manejo de la diabetes y tan sólo una cuarta parte refiere tener dificultad con el manejo de su enfermedad. (9).

Se ha señalado que las redes de apoyo social son una clave determinante de la adherencia terapéutica y el control de la diabetes; entre ellas, la red de apoyo familiar, por lo que es de interés determinar la relación y los mecanismos que explican el efecto de las redes de apoyo social en el control de la diabetes mellitus. (27).

Por lo que es de nuestro interés determinar la red de apoyo familiar de nuestros pacientes derechohabientes junto con sus variables; conociendo así de esa manera puntos a tratar para la mejora del control metabólico del paciente con diabetes en relación con la red de apoyo familiar.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes mellitus a través de las últimas décadas ha ido en aumento y por lo tanto las complicaciones ante el número exagerado de pacientes con diabetes en descontrol, este fenómeno puede explicarse por diversos factores como el desconocimiento de la enfermedad falta de recursos económicos, falta de interés por mantener un adecuado estilo de vida y principalmente por no contar con el apoyo de la familia. La urbanización creciente y la globalización traen consigo cambios en el estilo de vida del mexicano tales como el sedentarismo, alimentación inadecuada con alto consumo de comida chatarra que da como resultado el sobrepeso y la obesidad.

La diabetes mellitus constituye la primera causa de muerte en la población adulta, no existe cura para esta enfermedad; es decir se trata de una enfermedad crónica por lo tanto el método para cuidar la salud de estos pacientes es el tratamiento

farmacológico y los cambios en el estilo de vida (de por vida) para ello es muy importante que el paciente tenga conocimiento de su enfermedad el cuidado y tratamiento, aunada la participación de su primer entorno social; la familia, entendiendo que se trata de un punto clave y parte aguas para el adecuado control glicémico; ya que en estudios anteriormente realizados se ha observado un aumento en el control glicémico en aquellos pacientes con adecuada red de apoyo familiar, en un porcentaje bastante significativo. Si como institución conociéramos la red de apoyo familiar de nuestros pacientes diabéticos, tendríamos el conocimiento de nuestras debilidades y puntos de reforzamiento para el tratamiento integral de nuestros pacientes y así evitar complicaciones de manera pertinente, complicaciones que directamente golpea nuestro sistema de salud en diversos aspectos; entre ellos el económico.

Es por eso nos surge la necesidad de hacernos el siguiente cuestionamiento

¿Cuál es la red de apoyo familiar que reciben los pacientes diabéticos adscritos a la UMF. 25, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas?

JUSTIFICACIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 se trata de una enfermedad que a través de los años se ha convertido en una pandemia a nivel mundial, y en nuestro país esto no es una excepción, hay un aumento muy significativo de personas recién diagnosticadas en cualquier grupo de edad con diabetes mellitus tipo 2 en los últimos años y la mayoría de ellos no cuentan con un control metabólico y glicémico adecuado y como consecuencia existe un aumento al mismo tiempo de la cantidad de pacientes con complicaciones propias de la diabetes a corto y largo plazo, afectando de manera directa, la calidad de vida del paciente y la calidad de vida de su entorno social familiar.

La familia uno de los principales grupos de apoyo para el auxilio en la vigilancia y tratamiento de la enfermedad, es primordial para la toma de decisiones y en la

ejecución de las acciones tanto emocional, farmacológico como no farmacológicas (estilo de vida; alimentación equilibrada, actividad física regular) así como acciones exigidas para el control óptimo de la propia enfermedad.

Por lo cual es de nuestro interés conocer el apoyo familiar que reciben los pacientes derechohabientes adscritos a la UMF 25 e identificar aspectos modificables hacia la mejoría de las relaciones familiares, para así ser orientados hacia la participación de la enfermedad del paciente y de manera indirecta la mejora de su control glicémico-metabólico y prevención de complicaciones micro y macro vasculares a corto y largo plazo que alteran la calidad de vida tanto del paciente como de la familia.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la red de apoyo familiar que reciben los pacientes diabéticos adscritos a la UMF 25, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la red de apoyo familiar por grupo de edad de los pacientes diabéticos adscritos a la UMF 25 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas.
- Conocer la red de apoyo familiar de acuerdo al sexo de pacientes diabéticos adscritos a la UMF 25 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- Conocer la red de apoyo familiar de acuerdo a los años de evolución de del paciente diabético adscritos a la UMF. 25 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- Conocer la red de apoyo familiar de acuerdo la escolaridad de los pacientes diabéticos adscritos a la UMF 25 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
- Conocer la red de apoyo familiar de acuerdo a las complicaciones de los pacientes diabéticos adscritos a la UMF 25 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

HIPÓTESIS

- El apoyo familiar que reciben los pacientes con diabetes mellitus en la UMF 25 es bajo.
- El apoyo familiar que reciben los pacientes seniles con diabetes mellitus es mayor al apoyo familiar que recibe el adulto joven.
- El apoyo familiar que reciben las mujeres que padecen diabetes mellitus es menor al apoyo familiar que reciben los varones.
- El apoyo familiar que reciben los pacientes que padecen diabetes mellitus de reciente diagnóstico es menor al apoyo familiar que reciben los pacientes de larga evolución.
- El apoyo familiar que reciben los pacientes que padecen diabetes mellitus con escolaridad media superior es mayor al apoyo familiar que reciben los pacientes con diabetes mellitus analfabetas.

- El apoyo familiar que reciben los pacientes que padecen diabetes mellitus con complicaciones es mayor al apoyo familiar que reciben los pacientes con diabetes mellitus sin complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, transversal, descriptivo, observacional y exploratorio en pacientes de la UMF 25 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas.

LÍMITES DE TIEMPO Y ESPACIO

Se realizó las actividades correspondientes a la recolección de datos, así como su análisis y resultados en el periodo de enero a octubre del 2018.

El espacio se encuentra designado por la estructura de la Unidad Médica Familiar 25 del IMSS en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

UNIVERSO

Constituido por derechohabientes adscritos a la Unidad Médica Familiar 25 del IMSS en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Constituido por 3127 sujetos correspondientes a los derechohabientes adscrito a la Unidad Médica Familiar 25 del IMSS en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, con

diagnóstico de diabetes mellitus 2.

MUESTRA

La muestra se calculó mediante la fórmula de Daniels, a partir de la población con diagnóstico de diabetes mellitus en total 3127 pacientes que acuden a consulta a la UMF No. 25, con la cual se desglosa a continuación:

Tipo de Muestreo: Probabilístico aleatorio simple.

Tamaño Mínimo de Muestra:

$$n = z^2 pqN$$

$$N a^2 + z^2 pq$$

$$n = (1.96)^2 (0.5) (0.5) (3127)$$

$$(198) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)$$

$$n = (1.96)^2 (0.5) (0.5) (3127)$$

$$(198) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)$$

$$n = 3.8416 (0.5) (0.5) (3127) = 30003 = 342$$

$$7.8175 + 0.9535 = 8.7779$$

$$n = 342$$

N: universo (3127)

a²: Error de estimación (0.05)

N: tamaño de la muestra (342)

Z; nivel de confianza para un 95% (intervalo de confianza) vale=1.96

p: probabilidad de éxito (0.5)

q: probabilidad de fracaso (0.5)

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Familiares de los derechohabientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, adscrita a la Unidad Médica Familiar No. 25 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas, que firme el consentimiento informado para su participación y que se encuentren en el espacio físico de la Unidad en el periodo de recolección de datos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Familiares de los derechohabientes que rechacen o no acepten la participación en el estudio al no firmar el consentimiento informado.
- Derechohabientes que no sepan leer y escribir.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Familiares de los derechohabientes que contesten de forma incorrecta, incompleta el cuestionario, o que origine confusión para su interpretación.

VARIABLES DE ESTUDIO

Variable dependiente

- Red de apoyo familiar

Variable independiente

- Edad
- Sexo
- Años de evolución de la enfermedad
- Escolaridad
- Complicaciones de la enfermedad

OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Naturaleza	Escala	Indicador
Red de apoyo familiar	Contactos personales a través de los cuales se recibe apoyo físico y emocional, ayuda material, servicios e información.	Cualitativa	Ordinal	Bajo Medio Alto
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento. (OMS)	Cuantitativa	Continua	Número de años cumplidos

Sexo	Se refiere a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres. (OMS)	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Hombre Mujer
Tiempo de evolución de la enfermedad	Años transcurridos desde el inicio del diagnóstico de la enfermedad	Cuantitativa	Continua	No. De años con el diagnóstico
Escolaridad	Ultimo grado de estudios	Cualitativa	Continua	Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Postgrado
Complicaciones de la enfermedad	Situación que alarga y agrava el curso de una enfermedad y que no es propio de ella.	Cualitativa	Nominal	Macrovascular Microvascular

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó para captura de las encuestas el programa SPSS versión 22 posteriormente se realizó análisis estadístico aplicando pruebas no paramétricas medidas de tendencia central desviación estándar, se realizó prueba de chi cuadrada para variables cualitativas con una confianza de 95%.

DESARROLLO DEL PROYECTO

El protocolo se sometió a revisión del Comité Local de Investigación del Hospital General de Zona No. 24 de Poza Rica, Veracruz con número de registro R-2018-

3005-19. Una vez registrado se giró el oficio correspondiente para que el director y administrador de la Unidad de Medicina Familiar 25 brinden las facilidades para la realización de la investigación en el periodo de 10 meses a partir de enero a octubre del 2018.

Se informó ampliamente y solicitará el consentimiento informado a los sujetos que deseen colaborar, resaltando la importancia de su participación y que esta no tendrá ningún riesgo para su salud.

El instrumento fue aplicado dentro de las instalaciones de la Unidad Médica Familiar No. 25, a los derechohabientes que exprofeso de su firma decidieron participar, se seleccionaron a través de su presencia física en la UMF donde reciben atención médica. Los datos que se obtuvieron totalmente confidenciales y de manera anónima.

Posteriormente se procedió al análisis de la información recabada en el programa SPSS versión 22. Los resultados se presentaron en gráficas y tablas de frecuencia, con referencia a los objetivos del estudio y dirigidos a la comprobación o no de las hipótesis.

Por último se realizaron la discusión de los resultados con estudios realizados en otros países así como la comparación de los resultados que se obtenga finalizando con recomendaciones para la estadística nacional y local.

INSTRUMENTO

Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario de “instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2”, tomado de la Red de Revistas Científicas de

América Latina, el Caribe, España y Portugal, realizada por Isabel Valadez Figueroa, Noé Alfaro Alfaro, Guillermo Centeno Covarrubias y Carlos Cabrera Pivaral, dirigida hacia familiares de pacientes con DM tipo 2. Posee un índice de Alfa de Cronbach de 0,93 y coeficiente de concordancia de Kappa de 0,81.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó cuestionario auto aplicado a los sujetos de estudio que cumplan con los criterios de inclusión el cual consta de 24 items con respuestas tipo Lickert, que discriminan por edad sexo y años de evolución; con cinco alternativas de respuestas en cada una de ellas, las cuales van del uno al cinco (de negativo a positivo, respectivamente), que da una puntuación máxima o mínima. Basado en los conocimientos familiares sobre medidas de control y complicaciones (apoyo informacional) y actitudes hacia el enfermo (apoyo tangible), El apoyo familiar global es clasificado en las categorías de alto, medio y bajo de acuerdo con la puntuación obtenida en el instrumento. Se determinó de la siguiente manera: apoyo familiar bajo, puntuaciones entre 51 y 119; apoyo familiar medio, entre 120 y 187; y apoyo familiar alto, entre 188 y 255. Se dará el tiempo de 20 minutos para contestar el cuestionario.

RECURSOS

Humanos:

1 Médico Residente de medicina familiar.

2 Médico especialista de medicina familiar (asesor metodológico)

3 médico especialista en epidemiología (asesor de contenido)

2 Encuestadores.

Materiales:

Cuestionarios

Hojas de papel blancas

Bolígrafos

Lápices

Una computadora

Financieros:

Los propios del investigador

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Durante el periodo de junio 2017 a octubre 2019, se llevó a cabo un estudio en la Unidad de Medicina Familiar 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. En donde se realizaron 312 encuestas a pacientes que cursan con el diagnóstico de DM2, de las cuales se eliminaron 10 ya que cumplían con criterios de exclusión debido a que no fueron contestadas de manera correcta, quienes fueron los considerados como la muestra final para el análisis estadístico observando los siguientes resultados:

La muestra estuvo conformada por 90 hombres que corresponde al 29.9% y 210 mujeres que corresponde al 70.1% (Tabla 1) (Grafico 1)

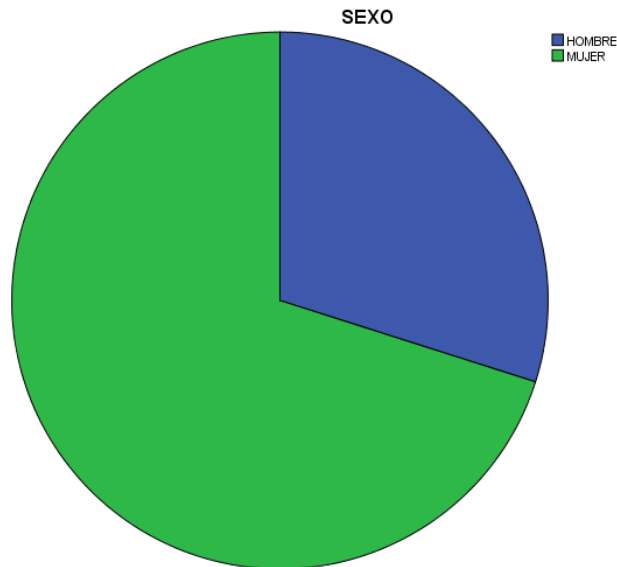
Tabla 1. Sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
--	------------	------------	----------------------

HOMBRE	90	29.9	29.9
MUJER	211	70.1	100.0
Total	301	100.0	

Fuente: Recolección de datos basada en encuestas realizadas en la UMF 25

GRAFICA 1. SEXO



Fuente: Recolección de datos basada en encuestas realizadas en la UMF 25

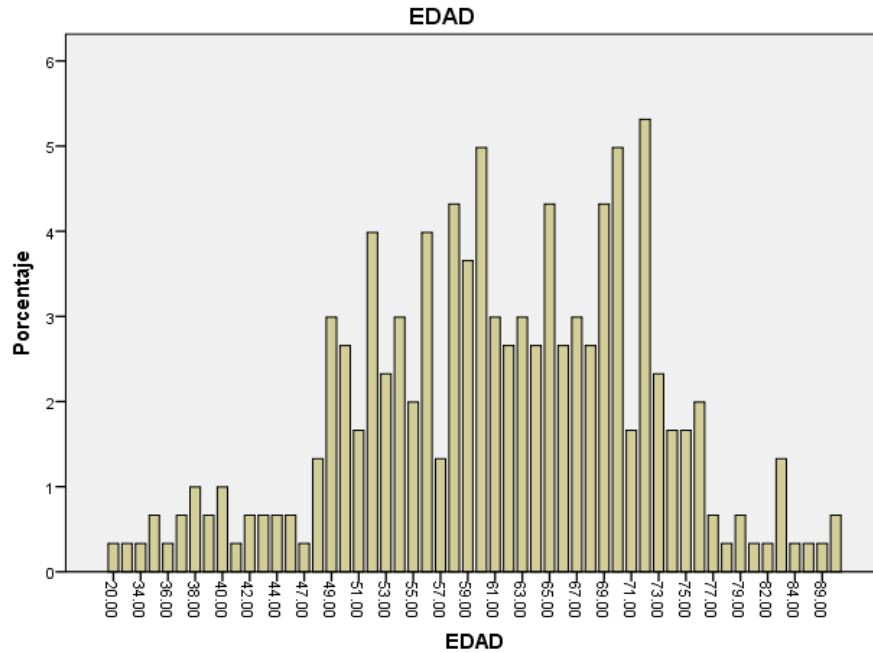
Se encontró que la edad mínima fue 20 años con una máxima de 93 años. Una media de 61.32, mediana 62 y moda de 72 años de edad. Desviación estándar 11.174 (Tabla 2 y Grafica 2).

TABLA 2. EDAD

EDAD	
N	301
	0
Media	61.3256
Mediana	62.0000
Moda	72.00
Desviación estándar	11.17439
Mínimo	20.00
Máximo	93.00

Fuente: Recolección de datos basada en encuestas realizadas en la UMF 25

GRAFICO 2. EDAD



Fuente: Recolección de datos basada en encuestas realizadas en la UMF 25

En cuanto a la variable años de evolución del paciente, nuestra muestra nos arroja un mínimo de 3 meses de evolución, máximo de 40 años, media 12.03 y moda 15; desviación estándar de 8.26. (Tabla 4)(Gráfica 4)

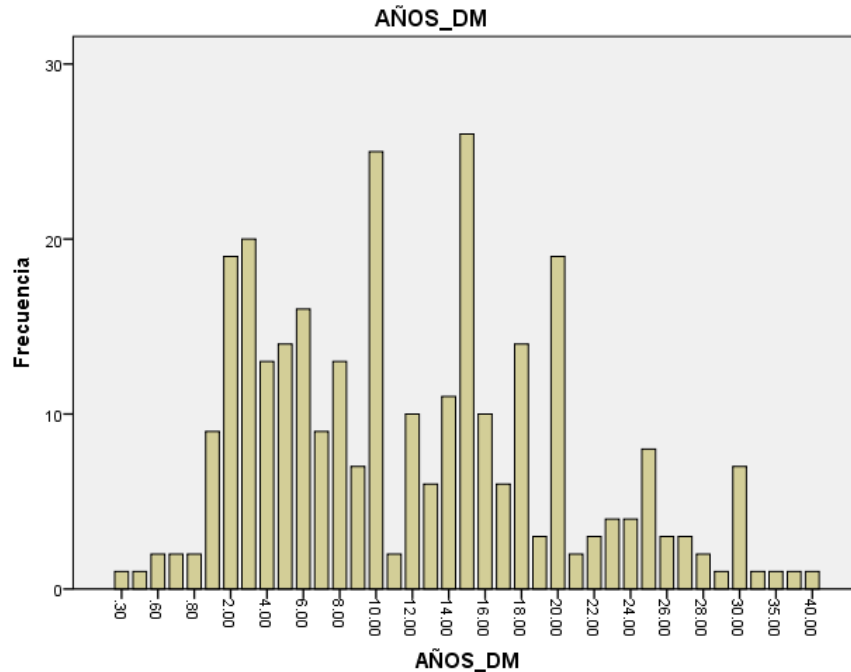
TABLA 3. AÑOS DE DM

N	301
	0
Media	12.0332
Mediana	10.0000
Moda	15.00
Desviación estándar	8.26357
Mínimo	.30

Máximo	40.00
--------	-------

Fuente: Recolección de datos basada en encuestas realizadas en la UMF 25

GRÁFICO 3. AÑOS DM



Fuente:

Recolección de datos basada en encuestas realizadas en la UMF 25

Escolaridad: 143 pacientes de nuestra muestra total cuenta con primaria terminada (47.5%), seguido por escolaridad secundaria con 47 pacientes (15.6%) y posteriormente analfabeta 45 pacientes (15%), con preparatoria terminada 33 pacientes (33%) y finalmente 32 pacientes cuentan con licenciatura (10.6%) (Grafica 6) (Tabla 6)

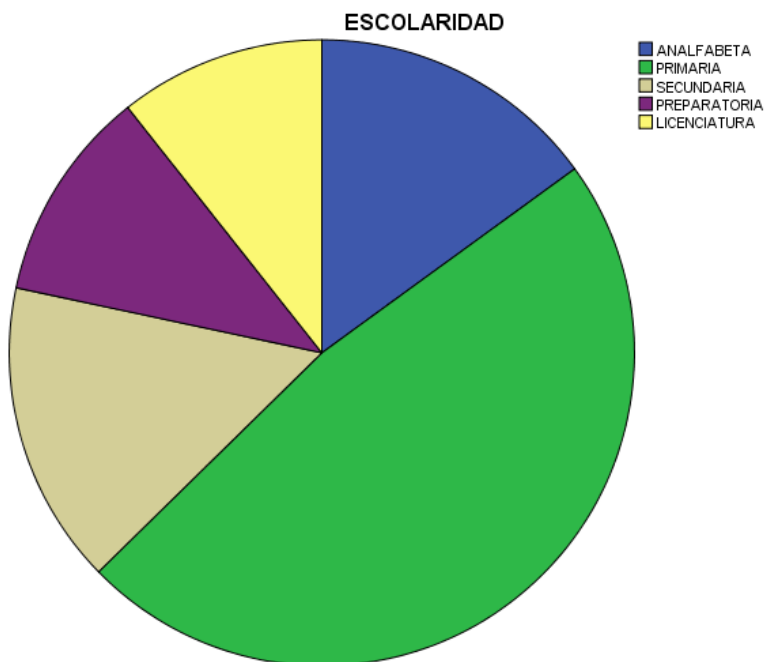
TABLA 4 ESCOLARIDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ANALFABETA	45	15.0	15.0	15.0
	PRIMARIA	143	47.5	47.7	62.7
	SECUNDARIA	47	15.6	15.7	78.3
	PREPARATORIA	33	11.0	11.0	89.3
	LICENCIATURA	33	10.7	10.7	100.0

Total	301	100.0	
-------	-----	-------	--

Fuente: Recolección de datos basada en encuestas realizadas en la UMF 25.

GRAFICO 4



Fuente: Recolección de datos basada en encuestas realizadas en la UMF 25

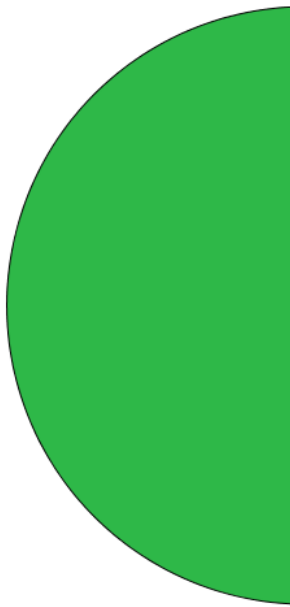
La información obtenida comenta que 248 pacientes de nuestra muestra no cuentan con alguna complicación micro y macrovascular (82.4) y 53 de nuestros pacientes si la tienen (17.6). (Tabla 8) (Grafico 8)

TABLA 5. COMPLICACIONES

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	53	17.6	17.6	17.6
NO	248	82.4	82.4	100.0
Total	301	100.0	100.0	

Fuente: Recolección de datos basada en encuestas realizadas en la UMF 25

GRAFICO 5. COMPLICACIONES



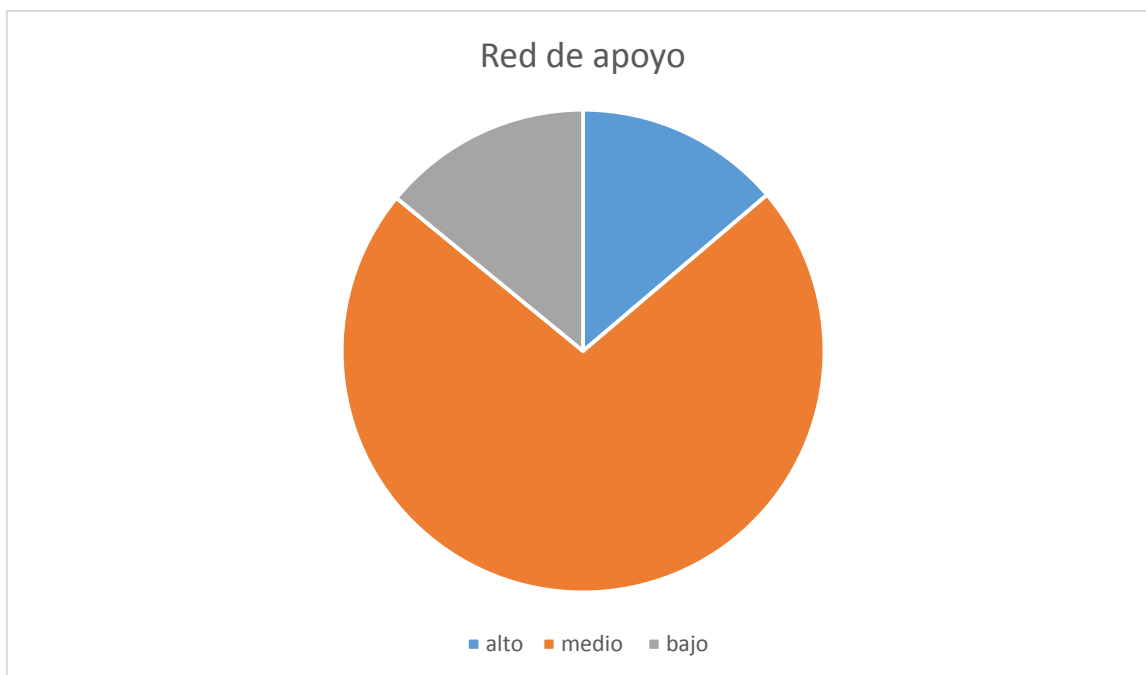
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	BAJO	47	15.6
	MEDIO	208	69.1
	ALTO	46	15.3
	Total	301	100.0

Fuente: Recolección de datos basada en encuestas realizadas en la UMF 25

La red de apoyo familiar en la población estudiada se catalogó con media en un 69.1% con un total de 208 pacientes; baja en un 15.6%; 47 pacientes y alta en 15.3%; 46 pacientes. (Tabla 6). (Grafico 6)

TABLA 6. RED DE APOYO

GRÁFICO 6. RED DE APOYO



ANÁLISIS BIVARIADO

La red de apoyo familiar en el sexo masculino fue catalogado como medio en 51 pacientes lo que arroja un porcentaje de 56.6%, 25 pacientes cuentan con red de apoyo familiar alto, es decir; 27.7.2% de los pacientes y bajo en un 15.55% de los derechohabientes masculinos; es decir 14 pacientes cuentan con una red de apoyo bajo (Tabla 7) (Gráfica 7)

El sexo femenino el 74.1 % de pacientes tienen una red de apoyo medio (155 pacientes) el 15.7 % cuenta con una red de apoyo bajo (33 pacientes) y el 10.04% red de apoyo familiar alto (21 pacientes). (Tabla 7)(Gráfico 7)

RED APOYO		SEXO		Total
		HOMBRE	MUJER	
BAJ	Recuento	14	33	47
O	% dentro de SEXO	15.6%	15.8%	15.7%

MED	Recuento	51	155	206
IO	% dentro de SEXO	56.7%	74.2%	68.9%
ALT	Recuento	25	21	46
O	% dentro de SEXO	27.8%	10.0%	15.4%

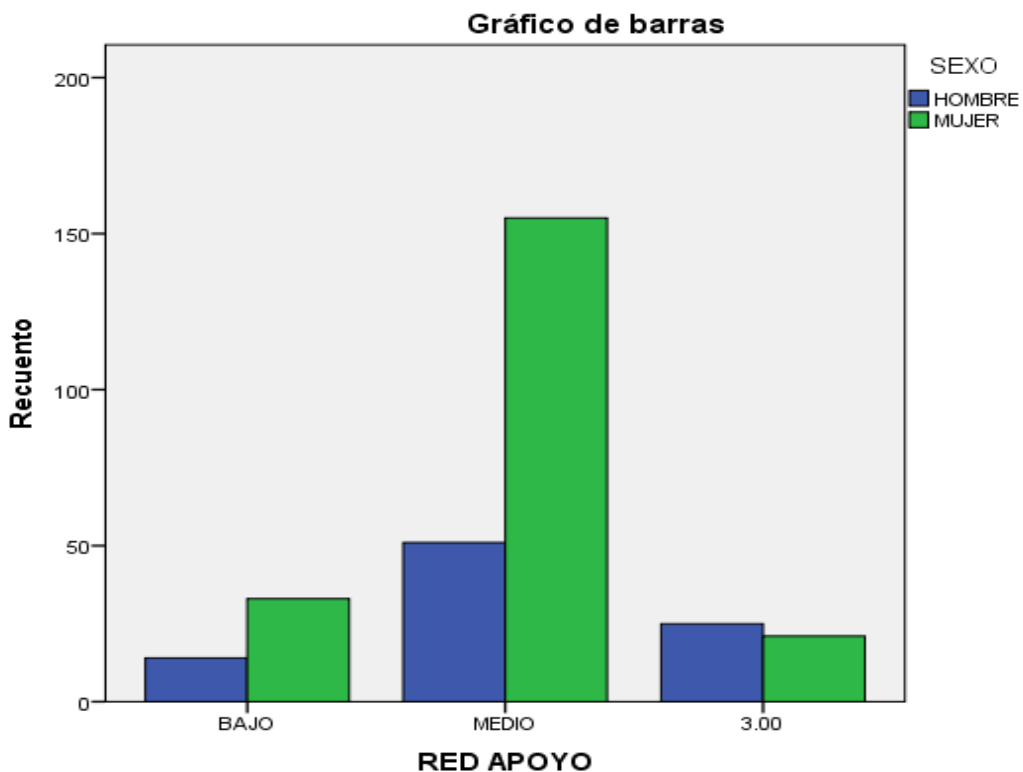
Fuente: Recolección de datos basada en encuestas realizadas en la UMF 25

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	P=
Chi-cuadrado de Pearson	15.991(a)	2	.000
Razón de verosimilitudes	14.850	2	.001
Asociación lineal por lineal	6.528	1	.011
N de casos válidos	301		

Si existe asociación entre las variables red de apoyo y sexo ya que obtuvimos chi-cuadrado de Pearson 15.991 (a) gl 2 p= 0.00

GRÁFICA 7



Fuente: Recolección de datos basada en encuestas realizadas en la UMF 25

Red de apoyo familiar por grupo de edad

Nuestro paciente del rango de edad 20-29 años obtuvo una red de apoyo buena obteniendo así el 100%, los pacientes del rango de edad de 30 a 39 años el 66.7% obtuvo una red de apoyo media, el 25% una red de apoyo baja y el 8.3% una red de apoyo alta, nuestros pacientes con edad de 40-49 años 76.9% cuentan con una red de apoyo media, 19.2 % baja y 3.8% alta.

El grupo de edad de 50-59 años se encuentra 69% con una media red de apoyo, 17.2% baja y 13.8 alta. Nuestros pacientes de 60-69 años el 73% cuentan con una red de apoyo media, 15% con una red de apoyo alta y el 12% con una red de apoyo baja. Los pacientes con edad dentro de 70-79 años el 70.3% cuenta con una red de apoyo media, el 17.2% alta y el 12.5% baja. Los pacientes con rango de edad de 80-89 años 45% cuenta con una red de apoyo alta, el 36.4% bajo y el 18.2% medio. Nuestros dos pacientes mayores de 90 años obtuvieron una red de apoyo alta, siendo así el 100% con red de apoyo alta en esa década de la vida. (Tabla 8). (Gráfica 8)

TABLA 8. ASOCIACIÓN RED APOYO*EDAD (AGRUPADO)

RED DE APOYO		[20-30>	[30-40>	[40-50>	[50-60>	[60-70>	[70-80>	[80-90]	Total
BAJO	Recuento	0	3	5	15	12	8	4	47
	%	0.00%	25.00%	19.20%	17.20%	12.00%	12.50%	36.40%	15.60%
MEDIO	Recuento	0	8	20	60	73	45	2	208
	%	0.00%	66.70%	76.90%	69.00%	73.00%	70.30%	18.20%	69.10%
ALTO	Recuento	1	1	1	12	15	11	5	46
	%	100.00%	8.30%	3.80%	13.80%	15.00%	17.20%	45.50%	15.30%

Fuente: Recolección de datos basada en encuestas realizadas en la UMF 25

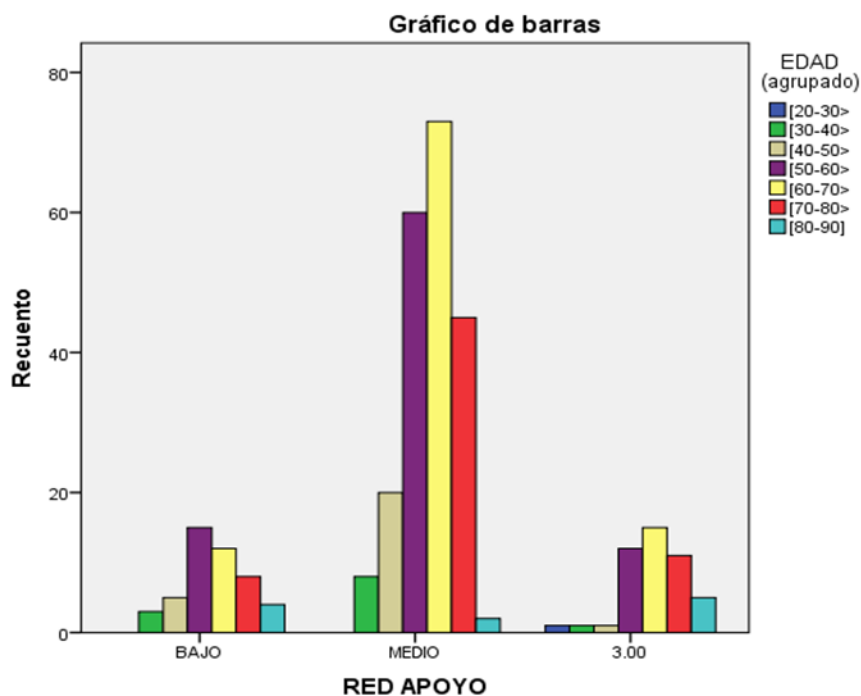
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24.895(a)	12	.015
Razón de verosimilitudes	22.719	12	.030
Asociación lineal por lineal	2.561	1	.110
N de casos válidos	301		

Fuente: Recolección de datos basada en encuestas realizadas en la UMF 25

Si existe asociación entre las variables red de apoyo y grupo de edad ya que obtuvimos chi-cuadrado de Pearson 24.895 (a) gl 12 p=.015

GRAFICA 8. ASOCIACIÓN RED APOYO*EDAD (AGRUPADO)



Fuente: Recolección de datos basada en encuestas realizadas en la UMF 25.

Red de apoyo familiar respecto a los años de evolución del paciente.

En nuestro rango de 0-9 años 85 pacientes tuvieron una red de apoyo media siendo nuestro 66.4%, 26 cuentan con una red de apoyo baja (20.3%) y finalmente 17 pacientes con red de apoyo alta (13.2%). En el rango de 10-19 años 82 personas tienen una red de apoyo media (72.5), 21 personas con red de apoyo alta (18.5) y 10 personas con red de apoyo baja (8.8).

Los pacientes en edad de 20-29 años 32 pacientes tienen una red de apoyo media (65.3), 9 cuentan con red de apoyo baja (18,3) y 8 con red de apoyo alta (16.3), Por último los pacientes de 30 a 40 años de evolución 8 pacientes tienen una red de apoyo media (80%), 2 pacientes con una red de apoyo baja (20%) y 0 pacientes con red de apoyo alta. (Tabla 9). (Gráfica 9)

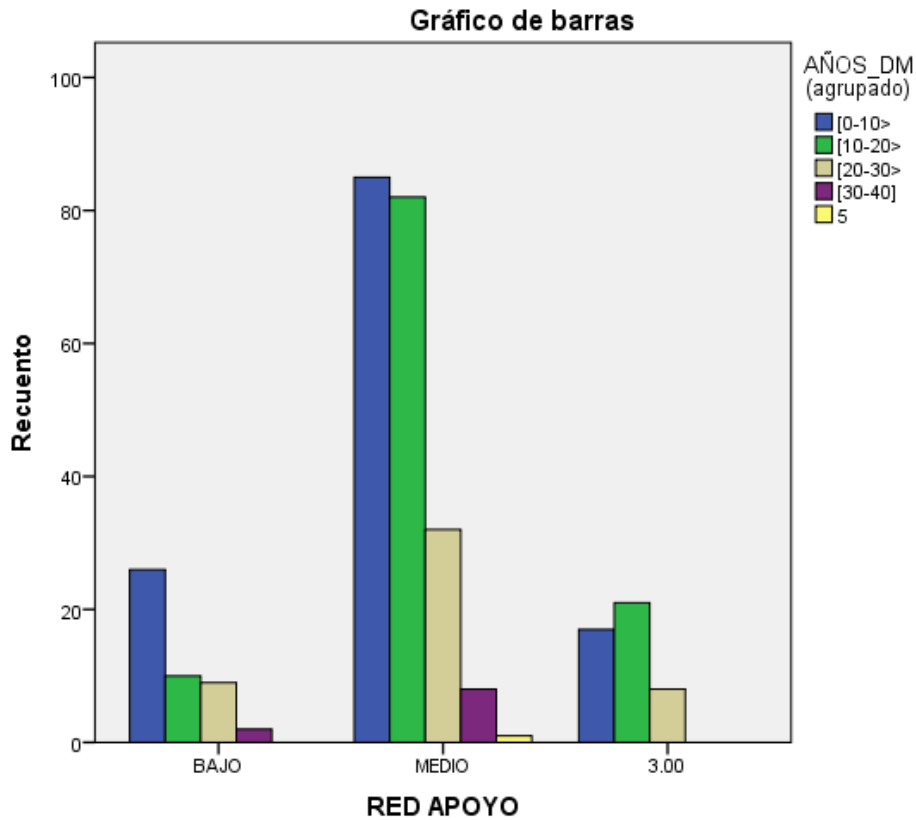
Tabla 9. RED APOYO*AÑOS DM (agrupado)

Recuento

		AÑOS DM (agrupado)				Total
		[0-10>	[10-20>	[20-30>	[30-40]	
RED	BAJO	26	10	9	2	47
APOYO	MEDIO	85	82	32	8	208
	ALTO	17	21	8	0	46
Total		128	113	49	10	301

Fuente: Recolección de datos basada en encuestas realizadas en la UMF 25

GRAFICA 9. ASOCIACIÓN. RED DE APOYO*AÑOS DM



Fuente: Recolección de datos basada en encuestas realizadas en la UMF 25

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	69.001 ^a	76	.703
Razón de verosimilitud	77.135	76	.442
Asociación lineal por lineal	.417	1	.519
N de casos válidos	290		

No existe asociación entre las variables red de apoyo y años de evolución de DM ya que obtuvimos chi-cuadrado de Pearson 69.001 (a) gl 76 p=.703

Red de apoyo respecto a la escolaridad de pacientes con DM2

Nuestros pacientes analfabetas 75.5% obtuvieron una red de apoyo media, 13.3% alta y 11.1% baja; los pacientes con la primaria terminada 72% cuentan con una red de apoyo media; 13.9% baja y 13.9% alta, los pacientes que cuentan con secundaria terminada 68.0% cuentan con una red de apoyo media, 17% alta y 14.8% con una red de apoyo baja, los que cuentan con preparatoria terminada 57.5% tienen red de apoyo media; 27.2% bajo y 15.1% alto los pacientes quienes terminaron la licenciatura 62.5% cuentan con red de apoyo familiar media, 21.8% alta y 15.6% baja. (Tabla 10). (Gráfico 10)

Tabla 10. ASOCIACIÓN RED APOYO*ESCOLARIDAD

		ESCOLARIDAD					Total
		ANALFABET A	PRIMARI A	SECUNDARI A	PREPARATORI A	LICENCIATUR A	
RED APOYO	BAJO	6	20	7	9	5	47
	MEDIO	34	103	32	19	20	208
	ALTO	5	20	8	5	7	45
Total		45	143	47	33	32	300

Fuente: Recolección de datos basada en encuestas realizadas en la UMF 25.

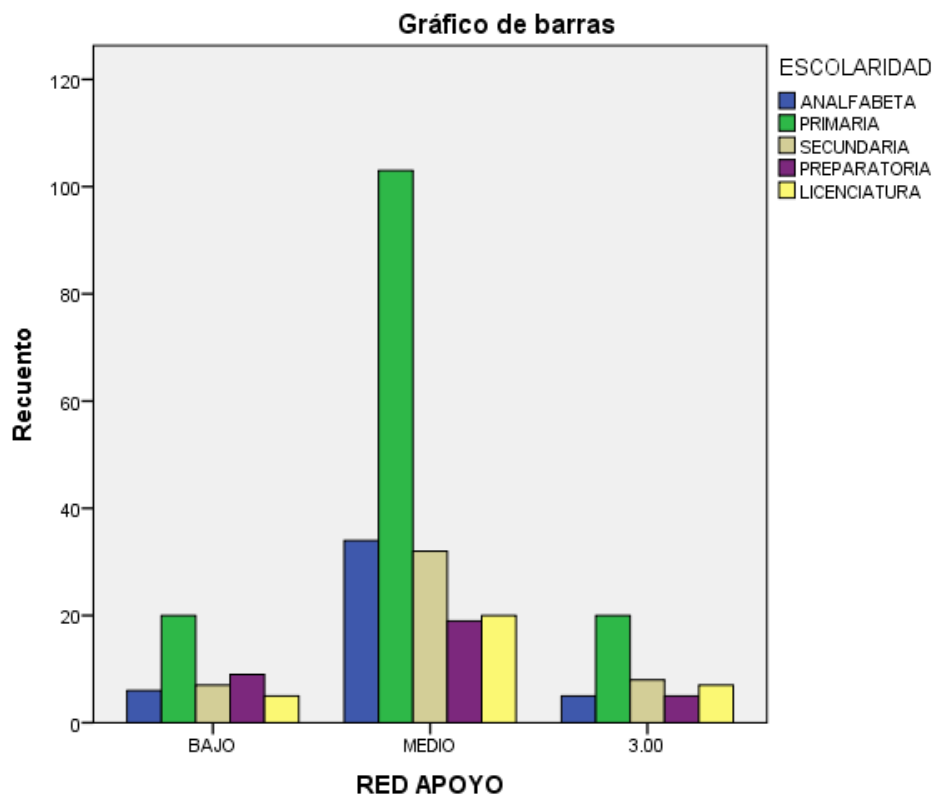
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.243(a)	8	.620
Razón de verosimilitudes	5.698	8	.681
Asociación lineal por lineal	.009	1	.924
N de casos válidos	300		

Fuente: Recolección de datos basada en encuestas realizadas en la UMF 25.

No existe asociación entre las variables red de apoyo y escolaridad ya que obtuvimos chi-cuadrado de Pearson 6.243 (a) gl 8 p=.62

GRAFICO 10. ASOCIACIÓN RED DE APOYO/ESCOLARIDAD



Fuente: Recolección de datos basada en encuestas realizadas en la UMF 25

Red de apoyo familiar en base a complicaciones de los pacientes

En base a los pacientes que no cuentan con complicaciones 67.7% cuentan con una red de apoyo medio, 16.5 cuentan con una red de apoyo bajo, y el 15.7% alto, nuestros pacientes que si cuentan con alguna complicación micro o macrovascular 75.5% cuentan con una red de apoyo alto; 13.2 % alto y 11.3% bajo. (Tabla 11) (Gráfico 11).

TABLA 11. ASOCIACIÓN RED APOYO*COMPLICACIONES

		COMPLICACIONES		Total
		SI	NO	
RED APOYO BAJO	Recuento	6	41	47
	% dentro de COMPLICACIONES	11.3%	16.5%	15.6%
MEDIO	Recuento	40	168	208
	% dentro de COMPLICACIONES	75.5%	67.7%	69.1%

ALTA	Recuento	7	39	46
	% dentro de COMPLICACIONES	13.2%	15.7%	15.3%
Total	Recuento	53	248	301
	% dentro de COMPLICACIONES	100.0%	100.0%	100.0%

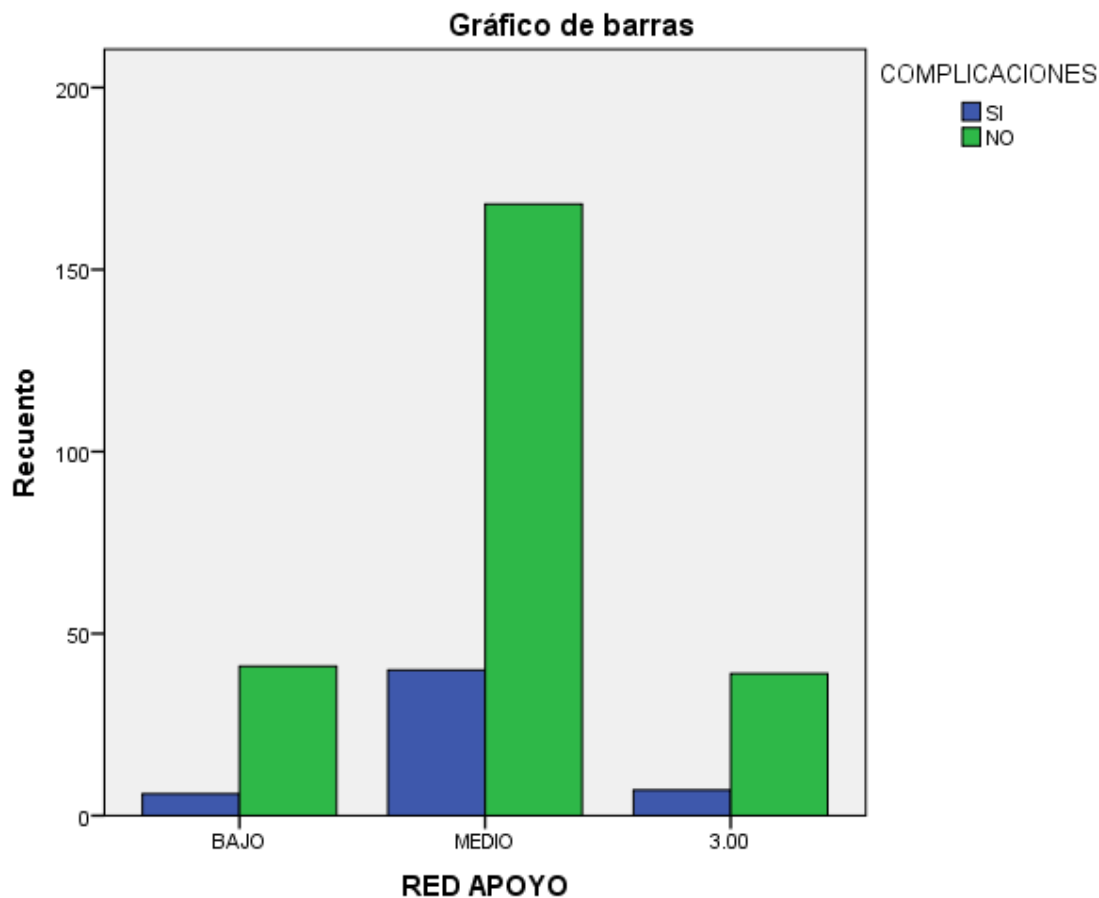
Fuente: Recolección de datos basada en encuestas realizadas en la UMF 25

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.318(a)	2	.517
Razón de verosimilitudes	1.381	2	.501
Asociación lineal por lineal	.102	1	.749
N de casos válidos	301		

No existe asociación entre las variables red de apoyo y complicaciones ya que obtuvimos chi-cuadrado de Pearson 1.318 (a) gl 2 p=.517

GRAFICO 11. ASOCIACIÓN COMPLICACIONES



Fuente: Recolección de datos basada en encuestas realizadas en la UMf 25

DISCUSIÓN

Conocemos que la diabetes mellitus es el tercer problema de salud pública más importante en el mundo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud la diabetes será la séptima causa de mortalidad en el 2030. Debido al crecimiento de

la población, la longevidad, la urbanización, globalización y un aumento de la obesidad y el sedentarismo.

Actualmente en México es uno de los países con una de las cifras más altas de obesidad y de DM, tiene una prevalencia del 8%. El Instituto Mexicano del Seguro Social brinda cuidado médico al 60% de la población del país; principalmente a pacientes con enfermedades crónico degenerativas.

Esta investigación se enfocó en el análisis de la red de apoyo familiar de los pacientes que acuden a su control metabólico en el Instituto Mexicano del Seguro Social, de acuerdo a la Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales para el 2050, 21, 244,819 será el número de consultas anuales en el primer, segundo y tercer nivel de atención para pacientes diabéticos, 1,543,135 será el número de pacientes diabéticos en tratamiento y 84,695 pacientes hospitalizados por complicaciones agudas y crónicas de la enfermedad.(28).

En este estudio se permitió identificar la red de apoyo familiar en los pacientes diabéticos de la UMF 25 y su relación con las diferentes variables desde la perspectiva de la individualidad de cada paciente que influyen de manera positiva o negativa en la red de apoyo. Uno de los factores o variables que se retomaron en este estudio fue el sexo del paciente; se observó mayor población del sexo femenino portador de diabetes mellitus en comparación con el sexo masculino. En relación con el perfil de los pacientes predominó el sexo femenino 70.1% la explicación más factible radica que de acuerdo con el ENSANUT 2016 (29) las mujeres representan un mayor diagnóstico de diabetes que los hombres tanto en localidades urbanas como rurales, teniendo una red de apoyo alta el 27.8% de los pacientes masculinos en comparación con el 10% de los pacientes femeninos. En el estudio “importancia de las redes de apoyo familiar en el paciente con diabetes mellitus” se encontró que los varones reciben mayor apoyo familiar que las mujeres y que lo reciben de una mujer. (30). Nuestros resultados llegan a concordar con el estudio “La importancia de las redes de apoyo como soporte al padecimiento”, el cual comenta que el sexo femenino se auto percibe más

valorada en la red de apoyo social que en la red de apoyo familiar, ya que en ocasiones en la familia ocurre falta de solidaridad a la mujer y es cubierto por amistades e instituciones. (31)

Referente al tópico edad; la edad de los pacientes en el presente estudio tiene como promedio la séptima década de la vida, reconociendo así que la aparición de la enfermedad es proporcional al número de años de vida. La red de apoyo familiar en relación a la edad se comportó de manera proporcional respecto al mayor número de años de los pacientes, obteniendo red de apoyo alta en un mayor porcentaje en pacientes de la 7, 8 y 9 na década de la vida, en el artículo denominado “la red de apoyo familiar en la vejez” se implementa que es de vital importancia en el adulto mayor participación de la familia en comparación con el adulto joven para cualquier ámbito biopsicosocial- enfermedad. (32). La red de apoyo familiar en asociación con el número de años de evolución de la enfermedad se comportó de manera desordenada y aleatoria de igual manera que en nuestra variable escolaridad y complicaciones micro y macrovasculares propias de la enfermedad. Esto contradice al estudio “funcionalidad y red de apoyo familiar en pacientes diabéticos tipo II” realizado en Iahula, Mérida se obtuvo una relación significativa entre el tiempo de evolución de la diabetes, este mismo estudio nos remarca la importancia principalmente del conyugue (quien forma parte de familia, en el control glicémico) siendo una variable no estudiada en esta investigación. (33).

Parte importante para el control metabólico de los pacientes con DM2 es la intervención multidisciplinaria, es por eso que existen programas en el instituto como “DiabetIMSS”, este programa está compuesto por doce módulos, que cada uno se desarrolla mensualmente, en una de estas doce sesiones está destinada y se pide la participación del cuidador principal, para lograr una red de apoyo familiar fuerte y bien establecida; reconociendo así la importante labor de la familia. Los resultados obtenidos en este estudio nos marcan una red de apoyo media en la mayoría de nuestros pacientes independientemente del sexo, edad,

nivel de escolaridad, complicaciones de la propia enfermedad.

CONCLUSIONES

- La red de apoyo familiar que obtuvo la población de pacientes diabéticos de

la UMF 25, en un 70% fue catalogado como “red de apoyo familiar medio”; de acuerdo al instrumento aplicado en esta investigación. La preocupación social por esta enfermedad es tan grande que no hay estamento político e institucional que no haya diseñado planes integrales de educación y de la asistencia al diabético en todo el mundo. (34)

- La red de apoyo familiar en relación al sexo se determinó con mayor porcentaje en el sexo masculino, prevaleciendo red de apoyo familiar alto en mayor número en varones que en mujeres.
- Se concluye que la red de apoyo familiar respecto a grupo de edad es directamente proporcional a la edad del paciente estudiado, obteniendo una red de apoyo alto en los pacientes de la 7,8 y 9na década de la vida.
- No existe asociación entre el número de años de evolución del paciente y el grado de red de apoyo familiar, sin embargo se observa una disminución de la red de apoyo respecto al mayor número de años de evolución del paciente.
- No existe relación entre la red de apoyo familiar y el grado de escolaridad de los pacientes y no se observó ningún fenómeno con el instrumento aplicado.
- No existe relación entre la red de apoyo familiar y las complicaciones del paciente de igual manera no se observó ningún fenómeno de interés en los resultados.

RECOMENDACIONES

Este estudio presenta algunas limitaciones debido a las características

metodológicas en el que no pueden controlarse diversos factores de confusión, es por eso que en algunas encuestas se optó por modificar la auto aplicación del instrumento, se asevera que se están realizando medidas para la educación del paciente diabético y de su entorno en las instalaciones de la UMF 25, sin embargo; se podría realizar nuevas estrategias de reforzamiento en la educación de la familia para esta enfermedad y así lograr una red de apoyo alta en el 100% de nuestros pacientes. De esta manera disminuiríamos de manera considerable los famosos “gastos bolsillo”, así como la dependencia del paciente a la familia que se generan en nuestros pacientes con múltiples complicaciones. Es necesario realizar estudios complementarios acerca de cómo la red de apoyo familiar interviene de manera directa en el control metabólico del paciente; es decir; que tanto favorece positivamente al control glicémico ya que en teoría se generaría mayor conciencia por parte del sector salud el conocer por el método científico la verdadera importancia de la finalidad de la educación del paciente, y de su familia de la enfermedad, respetando costumbres, creencias y estilo de vida ya que las consecuencias de un descontrol metabólico pueden ser graves e incluso vitales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Federation ID. Informe Mundial de la diabetes. Resum orientación [Internet]. 2016;4. Disponible en: <http://www.idf.org/node/26452?language=es>
2. FM Diabetes. Federación Mexicana de Diabetes, A.C. [Internet]. Disponible en: <http://fmdiabetes.org>
3. Capraro S. Epidemiología y determinantes sociales asociados a la obesidad y la diabetes tipo 2 en México. 2014;77(3).
4. Secretaria de Salud. Estrategia nacional para el control la prevención del sobrepeso, obesidad y la diabetes. Primera ed. México, DF: IEPSA; 2013.
5. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa, Chiapas. Primera edición. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013. Disponible en: encuestas.insp.mx
6. Cervantes-V RD, Presno-B. JM. Fisiopatología de la diabetes y los mecanismos de muerte de las células β pancreáticas. Rev Endocrinol y Nutr [Internet]. 2013;21(3):98–106. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/endocrinologia>
7. William T. Cefalu, editor. Standars of medical care in diabetes 2017. 40.2017
8. .Tobergte DR, Curtis S. Diabetes CENETEC. J Chem Inf Model. "Diagnóstico metas de control ambulatorio y referencia oportuna de diabetes y prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en adultos en el primer nivel de

atención. 2013;53(9):1689–99.

9. Pérez ZM, Acuña VR, Serrano AM. Percepción del apoyo familiar y dificultades relacionadas con la diabetes en el adulto mayor. 2015; 14(1).

10. Alcaíno DE, Bastías NDC, Benavides CA, Figueroa DC, Luengo CE. Cumplimiento del tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus de tipo 2 en adultos mayores: Influencia de los factores familiares. Gerokomos. 2014; 25(1):9–12.

11.-Medellin MM, Rivera ME, López J, Kanán G, Rodríguez-Orozco AR. Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. Salud Ment. 2012; 35(2):147–54.

12. Depaux R, Campodónico L, Ringeling I, Segovia I. En el camino al centro de salud familiar. Santiago: Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2008. [Consultado el 6 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.siad-sps.cl/file/view/2318/en-el-camino-al-centro-de-salud-familiar-minsal-2008>.

13. Boas LCG, Foss MC, Cristina M, Freitas F De, Pace AE. Relationship among social support, treatment adherence and metabolic control of diabetes mellitus patients . 2012; 20(1):52–9.

14.- Hernández-Romieu AC, Elnecavé-Olaiz A, Huerta-Uribe N, Reynoso-Noverón N.. Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores asociados al control de la diabetes mellitus en México. Salud Pública Mex 2011; 53:34-9.

- 15 . Cahana-Amitay D, Albert ML, Ojo EA, Sayers J, Goral M, Obler LK, et al. Effects of hypertension and diabetes on sentence comprehension in aging. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2013; 68(4):513-21.
16. Pan J, Li Q, Zhang L, Jia L, Tang J, Bao Y, et al. Serum glycated albumin predicts the progression of diabetic retinopathy -- a five year retrospective longitudinal study. J Diabetes Complications 2014; 28:772-8.
17. Garay-Sevilla ME, Nava LE, Malacara JM, Huerta R, Díaz de León J, Mena A, et al. Adherence to treatment and social support in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. J Diabetes Complications 1995; 9(2):81-6.
18. Miller TA, Dimatteo MR. Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. Diabetes Metab Syndr Obes 2013; 6:421-6.
- 19 Dres. Arauz AG, Sánchez G, Padilla G, Fernández M, Rosello M Desarrollo (Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (Inciensa), “Guía para diabéticos”. Tres Ríos. Costa Rica. Año 2002, LECTORES@DIARIOBUENOSAIRES.COM.AR
20. Abordaje familiar”. www.diabetic-help.com/Abordaje%20familiar%20DE%20La%20Diabetes - 10k
- 21 Lorente A,I. “Un diabético en la familia”. Año 2002. controlatudiabetes.com/un_diabetico_en_la_familia.htm - 26k
22. Educación. Diabetes y familia”. www.clinidiabet.com/es/infodiabetes/02_educacion/06_viviendo/08.htm - 5k
- 23.- Huerta G JL. La familia en el proceso salud enfermedad. Primera edición; 2005.

- 24.-Huxhold O, Fiori KL, Windsor TD. The dynamic interplay of social network characteristics, subjective well-being, and health: the costs and benefits of socio-emotional selectivity. *Psychol Aging* 2013; 28(1):3-16.
25. Huxhold O, Miche M, Schüz B. Benefits of having friends in older ages: differential effects of informal social activities on well-being in middle-aged and older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2014; 69(3):366-75.
26. Yang YC, Schorpp K, Harris KM. Social support, social strain and inflammation: evidence from a national longitudinal study of U.S. adults. *Soc Sci Med* 2014; 107:124-35.
27. Víctor Manuel Mendoza-Núñez¹, Cristina Flores-Bello², Elsa Correa-Muñoz¹ RR-U galde¹ and MR-R. *Nutrición Hospitalaria Trabajo Original*. Vol. 33. 2016. p. 1312–6.
28. Instituto Mexicano del Seguro Social Dirección de Finanzas Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales. *Evaluación de los Riesgos Considerados en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales 2007*
29. Instituto Nacional de Salud Pública. *Encuesta Nacional de Salud y nutrición de medio camino 2016*. Cuernavaca Morelos, México: Instituto Nacional de salud Pública.
30. Cartas D, Mondragon L, Et al. *Importancia de las redes de apoyo familiar en los pacientes con Diabetes Mellitus*. 2013.
31. Alvarez G, Pinto B, *la importancia de las redes de apoyo como soporte al padecimiento, pob. Y salud en mesoamerica 2011: vol 9*.
32. Arias C. et al. *La red de apoyo social en la vejez*. *Revista de psicología da*

IMED. Volumen 1. N. 1 147.

33 Herrera L, Quintero O, Hernández M et al. Funcionalidad y red de apoyo familiar en pacientes diabéticos tipo II. Servicio de endocrinología Iahula Mérida, academia 2017. Volumen 1: 62-72.

34 Davis Mj, Heller S. Skinner TC, et al Education and autocontrol diebetics patients. BMJ 2008; 336:491-5

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO

No. De folio _____

A continuación se presenta una serie de enunciados, le agradecemos sean respondidas con la mayor sinceridad de su parte. Recuerde que sus respuestas son de carácter anónimo y la información será utilizada con fines de investigación. Por favor complete lo que se solicita o marque con una X la palabra o espacio que represente su opción elegir las cuales van del uno al cinco (de negativo a positivo, respectivamente).

Ficha de identificación de su paciente

Fecha: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Escolaridad: _____

Tiempo de evolución en años de su paciente: _____

Complicaciones que presenta su paciente: _____

Enunciados	siempre	Casi siempre	ocasionalmente	Rara vez	nunca
1. El diabético descontrolado llega a tener gangrena en los pies					
2. El diabético debe medirse el azúcar en la sangre en su casa					
3. Son comunes las infecciones en los diabéticos					
4. La preparación de los alimentos del enfermo diabético es realizado por:					
a) El paciente mismo					
b) El conyugue					
c) La hija (o) mayor					
d) Otra persona					
5. La administración de la medicina al paciente diabético es realizada por:					
a) El paciente mismo					

b) El conyugué					
c) Otro familiar					
6. Usted está de acuerdo que para mantenerse en control el enfermo diabético tiene que					
a) Tomar sus medicamentos					
b) Llevar su dieta					
c) Hacer ejercicio					
d) Cuidar sus pies					
e) Cuidar sus dientes					
7. Le ayuda a su familiar a entender las indicaciones del medico					
8. Cuando su familiar enfermo come más alimentos de los indicados usted					
a) Le recuerda el riesgo					
b) Le retira los alimentos					
c) Insiste tratando de convencerlo					
d) Insiste amenazandola					
e) No dice nada					
9. Se da usted cuenta cuando a su familiar se le olvida tomar su medicina					
10. Considera que es problema preparar la dieta de su familiar diabético					
a) Porque no sabe					
b) Porque no le gusta					
c) Porque le quita tiempo					
d) Porque le cuesta mucho dinero					
11. Qué hace usted cuando su familiar diabético suspende el medicamento sin indicación médica					
a) Le recuerda					
b) Insiste de convencerlo					
c) Le lleva la medicina					
d) Lo regaña					
e) Nada					

12.Pregunta al médico sobre las diferentes combinaciones de alimentos para su familiar					
13.Considera necesario que el diabético acuda al dentista					
14.Motiva a su familiar a hacer ejercicio (caminar)					
15.El ejercicio físico baja el azúcar					
16.A los enfermos diabéticos puede bajárseles el azúcar					
17.La azúcar en la sangre debe medirse antes de los alimentos					
18.Procura tenerle a su familiar diabético los alimentos que requiere a sus horas					
19.Cuando el paciente tiene cita con el médico para su control usted					
a) Lo acompaña					
b) Le recuerda su cita					
c) Está al tanto de sus indicaciones					
d) No se da cuenta					
20.Conoce la dosis de medicamento que debe de tomar su familiar					
21.Platica con el medico acerca de la enfermedad y de las indicaciones que le dieron a su familiar					
22.¿Su familiar diabético toma alguna otra cosa para su control aparte del medicamento?					
a) Tés					

b) Homeopatía					
c) Remedios caseros					
23. Considera necesario para el cuidado de los pies del diabético					
a) El uso adecuado de calzado					
b) El uso de talcos					
c) El recorte adecuado de las uñas					
d) Que evite golpearse					
24. Su familiar diabético se encuentra en la casa solo					

A=Siempre B=Casi siempre C=Ocasionalmente D=Rara vez E=nunca

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad y fecha	2017					2018			2019			2020	
	Mar	Abr	May	Jun-Ago	Sep-Dic	Ene-Oct	Nov	Dic	Ene-Mar	Abr-Jun	Jul-Dic	Ene-Feb	Mar
Delimitación del tema													
Planteamiento del problema													
Recuperación, revisión y selección de bibliografía													
Elaboración del protocolo													
Presentación y revisión por el comité de investigación													
Recolección y tabulación de datos													
Análisis estadístico y resultados													
Elaboración de reporte final													
Presentación final													
Otras actividades (difusión y/o publicación)													

CONSENTIMIENTO INFORMADO

 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 "RED DE APOYO FAMILIAR DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 25 IMSS, CHIAPAS, 2017"	
Nombre del estudio:	_____
Patrocinador externo (si aplica):	No
Lugar y fecha:	UMF 25
Número de registro:	R-2018-3005-19
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la red de apoyo familiar de los pacientes diabéticos tipo 2 que acuden a la Unidad de Medicina Familiar número 25 del IMSS en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Debido al incremento desmesurado de la población con el diagnóstico de diabetes mellitus se hace más frecuente la necesidad de atención a la salud e esta población, teniendo directa relación con el personal de salud. La población derechohabiente con diabetes mellitus de la Unidad Médica Familiar No. 25 del IMSS, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; ha aumentado su número en los últimos años.. Por lo cual es de nuestro interés conocer el apoyo familiar que reciben los pacientes adscritos a la UMF. No. 25 e identificar aspectos modificables hacia la mejoría de las relaciones familiares orientados hacia la participación de la enfermedad del paciente y de manera indirecta la mejora de su control glicémico y prevención de complicaciones a corto y largo plazo.
Procedimientos:	Cuestionario.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Clave: 2810-009-013	Determinar la red de apoyo familiar en los pacientes diabéticos tipo 2 que acuden a la Unidad de Medicina Familiar número 25 del IMSS en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si al término de la investigación
Participación o retiro:	Opcional
Privacidad y confidencialidad:	Si
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No
Beneficios al término del estudio:	Si
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	DRA. MARÍA GISELA VÁZQUEZ HERNÁNDEZ
Colaboradores:	DRA. ROCÍO ALEJANDRA MARTÍNEZ CRUZ Y DR. JORGE MANUEL ALEGRÍA
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
Nombre y firma del sujeto _____	DRA. MARÍA GISELA VÁZQUEZ HERNÁNDEZ
Testigo 1 _____	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Nombre, dirección, relación y firma _____	Testigo 2 _____
	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	