



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE POSTGRADO
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO DEL ÁREA DE LA SALUD



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
COORDINACIÓN AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 9

**“EVALUAR LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE
EGRESADO DEL MÓDULO DE DIABETIMSS DE LA UMF No.9”**

TÉSIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
DRA. LUCIA ROMERO LÓPEZ.

DIRECTORA DE TESIS:
M en C. GUILLERMINA JUANICO MORALES

DIRECTOR METODOLÓGICO:
DR. LUÍS AMADOR RÍOS OLIVEROS

REGISTRO:

ACAPULCO, GUERRERO; DICIEMBRE DEL 2015.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL GUERRERO
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
COORDINACIÓN AUXILIAR DE EDUCACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 9

“EVALUAR LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE EGRESADO DEL MODULO
DIABETIMSS DE LA UMF NO. 9”

DIRECTORA DE LA UNIDAD

DRA. MIRNA MARTINEZ ASTUDILLO



PROFESOR TITULAR

DRA. VIRGINIA PALACIOS CASTILLO



TESISTA

DRA. LUCIA ROMERO LOPEZ



Lucía Romero.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
COORDINACIÓN AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 9

**“EVALUAR LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE
EGRESADO DEL MÓDULO DE DIABETIMSS DE LA UMF No.9”**

DIRECTOR DE TESIS

M en C. GUILLERMINA JUANICO MORALES



Dra. Guillermina Juanico Morales
Coordinador Auxiliar Médico de
Investigación en Salud

LUCIA ROMERO LÓPEZ



MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

"EVALUAR LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE EGRESADO
DEL MÓDULO DIABETIMSS DE LA UMF9 DE ACAPULCO, GRO."



Dra. Ingrid Zaragoza Ruíz

Coordinadora Delegacional de Planeación y Enlace
Institucional



Dra. Francisco Barbosa Castañeda
Coordinador Auxiliar Médico de
Educación en Salud



Dra. Guillermina Juanico Morales
Coordinador Auxiliar Médico de
Investigación en Salud

Dra. Virginia Palacios Castillo

Profesor Titular del Curso de Especialización en
Medicina Familiar



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

Dictamen de Modificación Autorizada

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 1101
U MED FAMILIAR NUM 9, GUERRERO

FECHA 29/06/2015

MTR. LUIS AMADOR RIOS OLIVEROS

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que la modificación al protocolo de investigación en salud con título: **Evaluar los estilos de vida de los familiares del paciente egresado del modulo Diabetimss de la UMF9 de Acapulco, Gro.** y con número de registro institucional: **R-2014-1101-4** y que consiste en:

Cambio de autor responsable
Cambio de coautores

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **MODIFICACION AUTORIZADA.**

ATENTAMENTE


DR.(A) MIRNA MARTINEZ ASTUDILLO

PRESIDENTE DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD No.1101

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Agradecimientos:

Pon en manos del Señor todas tus obras,
y tus proyectos se cumplirán.
Proverbios 16:3

- A Dios: por bendecirme todos los días, por su gran amor que es infinito y por que sin él, simplemente nada existiría.

Ama al Señor tu Dios con todo tu corazón, con toda tu alma, con toda tu mente y con todas tus fuerzas. Marcos 12:30.

- A mis padres: por darme la vida y por que gracias a ellos, he llegado tan lejos, gracias por enseñarme un mundo diferente, por enseñarme disciplina, amor y respeto hacia los demás pero sobre todo a no rendirme nunca a pesar de las adversidades, a luchar con todo mi espíritu, pero sobre todo por acercarme a Dios y por todo el cuidado y amor que cada día otorgan a mis hijos.

“Honra a tu padre y a tu madre, para que vivas una larga vida en la tierra que te da el señor tu Dios” Éxodo 20,12.

- A mis hijos: por el gran sacrificio que hacen conmigo, al soportar la distancia que nos separa y por comprender que todo es hecho por amor.

Instruye al niño en el camino correcto, y aun en su vejez no lo abandonará.
Proverbios 22:6

- A mi Abuelita y a mis Tíos: por alentarme a superarme cada día, pero sobre todo gracias por todo el amor que he recibido de ustedes.

Que el Señor los lleve a amar como Dios ama, y a perseverar como Cristo perseveró. 2 Tesalonicenses 3:5

- Amis hermanos: por compartir toda una vida conmigo, por todo su apoyo incondicional y todas las locuras que los caracterizan.

En todo tiempo ama el amigo; para ayudar en la adversidad nació el hermano.
Proverbios 17:17.

- A mi directora de tesis: por su tiempo, entrega y dedicación por que sin ella esto no seria posible.

“El Señor te bendiga y te guarde; el Señor te mire con agrado y te extienda su amor; el Señor te muestre su favor y te conceda la paz.”

Números 6:24-26

- A mi asesor metodológico por compartir un poco de su sabiduría la cual marco mi vida, a mis revisores de tesis por su paciencia y sus conocimientos y a todos aquellos que pusieron una chispa de amor en esta tesis.

Porque el Señor da la sabiduría; conocimiento y ciencia brotan de sus labios.

Proverbios 2:6

- A mi Coordinador de enseñanza, a mi profesor titular, a mis profesores de áreas clínicas, a las enfermeras (os), asistentes y todo el personal del IMSS, por su paciencia, amistad y buenos consejos.

El segundo es: “Ama a tu prójimo como a ti mismo.” No hay otro mandamiento más importante que éstos. Marcos 12:31

- A mis compañeros por compartir conmigo este ciclo de mi vida.

En fin, vivan en armonía los unos con los otros; compartan penas y alegrías, practiquen el amor fraternal, sean compasivos y humildes. 1 Pedro 3:8

Dios bendijo el séptimo día, y lo santificó,
porque en ese día descansó de toda su obra creadora.

Génesis 2:3

Dedicatoria

Con mucho amor, dedicada a mis hijos: Carlos Martín y Lucía Guadalupe, por ser lo más extraordinario que pudo regalarme la vida y la razón de aferrarme a ella.

ÍNDICE DE CONTENIDO

1.-RESUMEN	9
2. INTRODUCCIÓN.....	10
3.-MARCO TEÓRICO.....	14
4.-JUSTIFICACIÓN.....	27
5.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	28
6.-OBJETIVOS.....	29
6.1.-OBJETIVO GENERAL	29
6.2.-OBJETIVO ESPECIFICO.....	29
7.-HIPÓTESIS.....	30
8.-MATERIAL Y MÉTODOS.....	31
8.1.-DISEÑO DE ESTUDIO.....	31
8.2.-UNIVERSO DE ESTUDIO.....	31
8.3.-TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	31
9.-CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	32
9.1.-CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	32
9.2.-CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	32
10.-ANÁLISIS DE DATOS.....	33
11.-VARIABLES DE ESTUDIO.....	33
11.1.-DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES.....	34
12.-DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.....	37
13.-INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	38
14.-ASPECTOS ÉTICOS.....	41
15.-RESULTADOS.....	43
16.-DISCUSIÓN.....	49
17.-CONCLUSIONES.....	51
18.RECOMENDACIONES.....	52
19-BIBLIOGRAFÍA.....	53
20.-ANEXOS.....	56

1. RESUMEN

“EVALUAR LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE EGRESADO DEL MÓDULO DE DIABETIMSS EN LA UMF No. 9.”

Introducción: El Instituto Mexicano del Seguro Social a través de los programas integrados, tiene como objeto educar al derechohabiente con Diabetes mellitus en el módulo de DiabetIMSS.

Objetivo: Evaluar los estilos de vida de los familiares del paciente egresado del módulo de DiabetIMSS en la UMF No. 9.

Material y Métodos: Estudio transversal descriptivo en adultos familiares de derechohabientes diabéticos adscritos a la UMF No. 9. Se evaluó la función familiar mediante la aplicación del cuestionario Apgar familiar y para la evaluación de los estilos de vida se construyó una cédula la cual se válido por criterio, contenido y constructo. La información se capturo y organizó con el paquete estadístico SPSS versión 20. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva obteniéndose frecuencias simples, medidas de tendencia central y tablas de 2x2.

Resultados: La población estuvo constituida por 190 familiares el 63% del sexo femenino con una edad media 51 años $DE \pm 14.5$ años. Con el test del Apgar familiar el 81% de las familias son funcionales. En lo referente a los estilos de vida el 46% son no saludables y los factores que se asociaron estadísticamente significativos son: La información obtenida del Módulo DIABETIMSS no transmitida adecuadamente OR 5.015, IC95% 1.9-13.4 $p < 0.00$ y el pertenecer a una familia severamente disfuncional OR 2.88 IC95% 1.34-6.2 $p < 0.005$.

Conclusión: El módulo DIABETIMSS brinda información benéfica para el paciente sin embargo al no ser transmitida de forma adecuada esta no repercute en forma positiva en los familiares. Se necesita una intervención educativa que incluya a pacientes y familiares con el objetivo de que se integren a la misma alimentación y faciliten el apego de los pacientes al tratamiento, brindándoles un mejor beneficio.

2. INTRODUCCIÓN.

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2) es un trastorno del metabolismo de los hidratos de carbono, caracterizada clásicamente por: hiperglucemia crónica, resistencia a la insulina y deficiencia relativa en la secreción de insulina. ¹

Los reportes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), estiman que para el año 2025 habrá en América 64 millones de personas con DMT2 de los cuales 40 millones (64%) serán de Latinoamérica y el Caribe. ²

Existe una alta prevalencia en morbilidad y mortalidad (14% del total de adultos). Esto se refleja en un aumento de los costos humanos y económicos.

En los Estados Unidos el costo estimado que se atribuye a DMT2 fue de 245 billones en el 2012, es decir un 41% más alto que los costos calculados anteriormente. ³

Hace 2 décadas, la DMT2 era solo una enfermedad metabólica exclusiva de adultos jóvenes, sin embargo el incremento en la obesidad en adolescentes ha sido asociado con el aumento en la incidencia de DMT2 en jóvenes. ^{4,5}

La prevalencia de obesidad, en niños y adolescentes hispanos en Estados Unidos es considerablemente más alta que los no hispanos, entre la edad de 6-19 años. Los hispanos tienen más prevalencia de síndrome metabólico, hiperglucemia y dislipidemia que predispone adultos con DMT2 y enfermedades cardiovasculares. ⁶

La prevalencia de DMT2 esta aumentando significativamente en la población pediátrica, la cual esta afectada por la obesidad mundial ⁴ significando esto que la población ha tenido una disminución de la actividad física y una alimentación excesiva originando estilos de vida no saludables. ^{7,8}

La diabetes es la primera causa de muerte en México y en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desde el año 2000. Es un problema de Salud Pública de alta prioridad y su tendencia muestra un incremento progresivo en los últimos años. ³

Es un claro ejemplo de la transición epidemiológica que vive el país, así como de la transición de la atención a la salud. Se ha estimado que los costos de la atención a la diabetes en México superan los 300 millones de dólares al año y el comportamiento muestra un patrón ascendente en los próximos años.⁹

Los criterios diagnósticos de la DMT2 incluye la glucemia basal alterada (GBA), la intolerancia a la glucosa y actualmente la American Diabetes Association (ADA) recomienda el uso de la Hemoglobina Glicosilada (HbA1c).¹⁰

Además de incluir la HbA1C como criterio diagnóstico, propone usar un intervalo del 5,7 - 6,4% para definir una “categoría de riesgo aumentado de desarrollar diabetes”. Los individuos que tienen glucemia basal alterada e intolerancia a la glucosa, deben ser informados de riesgo aumentado de padecer diabetes y enfermedades cardiovasculares y deben ser asesorados sobre estrategias eficaces para reducir sus riesgos.¹¹

Uno de los factores más importantes en el manejo de la DMT2, es la alimentación o dieta que los pacientes deben seguir por el resto de su vida.¹²

Una intervención sobre el estilo de vida dirigida a aumentar la actividad física, la reducción de un 5-10% del peso corporal y el uso de algunos agentes farmacológicos han demostrado que pueden prevenir o retrasar el desarrollo de DMT2 en personas con intolerancia a la glucosa.^{11,12}

La actividad física mejora la administración de las reservas de azúcares del cuerpo y actúa en la regulación de las glucemias, mantiene niveles adecuados de masa corporal magra, densidad ósea y potencia muscular, entre otros indicadores de buena forma física; también, permite controlar algunos factores de riesgo cardiovasculares como la hiperglucemia y la hipercolesterolemia. Todo esto se puede lograr con mayor facilidad si se cuenta con una familia altamente funcional que cubre los estados emocionales y físico del paciente y participa activamente en su recuperación, pues se conoce que las emociones pueden descompensar al afectado.¹³

La estrategia de Grupos de Ayuda Mutua tiene como objetivo lograr su consolidación a nivel nacional consiguiendo que funcionen adecuadamente y que sus integrantes consigan una autonomía personal y de grupo con responsabilidad en el autocuidado para el control de sus padecimientos.¹⁴

En el IMSS este grupo es el DiabetIMSS el cual proporciona atención (medico – asistencial) con un enfoque estructurado, integral y multidisciplinario dirigido al paciente Diabético para la prevención de complicaciones, limitación del daño y rehabilitación, con el objetivo de lograr conductas positivas y cambios a estilos de vida saludables.

Los estudios han mostrado que el autocuidado de las personas con DMT2, como su confianza en su propia capacidad de cuidarse, mejora con un adecuado apoyo familiar.¹⁵

Si realizamos un buen plan de actividad física y una alimentación saludable en las primeras etapas (susceptibilidad y sobrepeso), estaremos haciendo prevención de la DMT2; si estamos en la etapa de la alteración de la glucemia en ayunas y/o intolerancia a la glucosa se puede retrasar la evolución a diabetes y finalmente si la persona tiene DMT2 la intervención en esta etapa nos permitirá disminuir las complicaciones crónicas con un adecuado control de la enfermedad.¹⁶

Varios estudios han demostrado que la actividad física combinada con cambios en la dieta puede reducir la progresión a DMT2 en pacientes con intolerancia a la glucosa. Los pacientes con diagnóstico ya establecido, la actividad física regular interviene en el control glucémico y reduce los factores de riesgo cardiovascular y puede reducir la dosis de fármacos. También influye en la reducción de síntomas de depresión por el reciente diagnóstico.¹⁷

Durante décadas se han realizado diversos estudios aleatorios donde se ha estudiado el rol de la dieta y el ejercicio en la prevención de DMT2.

Li G y cols¹⁸ en el 2008, estudiaron los efectos de una intervención en el estilo de vida para prevenir la diabetes. Realizaron un estudio en una comunidad china con 577 hombres y mujeres los cuales tenían intolerancia a la glucosa donde los distribuyeron aleatoriamente a 3 grupos: un programa de alimentación, uno de ejercicios y el tercero que incluía ambos programas. Después de 6 años observaron que las 3 intervenciones tenían resultados similares con una disminución del riesgo para desarrollar DMT2 del 31 al 46%. Comparado con un grupo control sin intervenciones.

Investigadores de la universidad de Copenhague realizaron un seguimiento de 13 semanas a más de 70 hombres daneses con sobrepeso moderado pero sano. Los hombres que hicieron ejercicio moderado (300Kcal/día) x 30 minutos al día perdieron una media de 3.6 kg durante el seguimiento, mientras que la pérdida de peso fue de solo 2.7 kg en los pacientes que hicieron ejercicio (600 kcal/día) durante 1 hora. Los investigadores encontraron que los que realizaban ejercicio durante 30 minutos tenían niveles de energía mayores y una mayor motivación para hacer ejercicio y llevar un Estilo de vida saludable, mientras que los que hicieron una hora. Se sentían agotados, desmotivados y con menor predisposición a realizar cambios saludables.¹⁹

3. MARCO TEÓRICO

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad muy antigua descrita en el papiro de Ebers, descubierto en Egipto en el siglo XV A.c. Fue Areteo de Capadocia quien, en el siglo II de la era cristiana, le dio a esta afección el nombre de diabetes que significaba en griego “correr a través “. ¹

La DM es considerada un problema de Salud Pública, cuyo tratamiento es complejo²⁰ debido a que una acción efectiva ante este problema, exige un enfoque integrado de los aspectos de prevención, cuidados clínicos y educación al paciente; ²¹ es por ello que cuidado y educación deben constituir un binomio integral de los servicios de diabetes. ²⁰ La educación a personas y familiares establece que la tarea educativa se inicia en el momento del diagnóstico y durara al igual que la diabetes toda la vida. ²²

La educación: es la actividad deliberada que pretende influir favorablemente en los demás, sin embargo, existen las más diversas concepciones y prácticas educativas; ²³ mientras que familia: es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad.

La familia es el primer grupo al que se pertenece y del cual se adquieren los valores básicos. Dicho conglomerado psicosocial debe satisfacer las necesidades afectivas de sus miembros, y en este es necesario lograr un progreso armónico e integral; la respuesta afectiva de uno a otro provee la recompensa básica de la vida familiar. Se precisa, por tanto, de la construcción de bases firmes para que la familia pueda funcionar eficazmente. ²⁴

Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad. ²⁵

El interés por el estudio sistemático y científico de la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad con el cual el individuo deja de ser visto como un individuo exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo.²⁶

El máximo líder de la Revolución en Cuba, Fidel Castro, se ha pronunciado por la necesidad de atención a la familia en el nivel primario. En la cumbre de Ministros de Salud de 1998 planteó que los médicos de familia necesitarán conocimientos de psicología y psiquiatría para atender las familias, puesto que estas ponen su confianza en ellos y les piden consejos.

Si se quiere conocer acerca de un país, debe estudiarse la forma de vivir y actuar de las familias que lo integran si se quiere prever el futuro de una sociedad, se puede conocer bastante de este, por medio de la observación a las familias.²⁴

La Educación Diabetológica (ED) debe ser entendida como un programa de aprendizaje integrado y multidisciplinario, que va capacitando y estimulando al diabético en los espacios cognitivo, afectivo y pragmático con el único fin de alcanzar una depurada calidad de vida, mediante la correcta instauración de un modelo de hábitos y estilo de vivir.

Es por ello que educar al paciente es habilitarlo con los conocimientos y destrezas necesarias para afrontar las exigencias del tratamiento, así como promover en él las motivaciones y los sentimientos de seguridad y responsabilidad para educar diariamente su control sin afectar su autoestima y bienestar general. Los objetivos de la educación terapéutica son de manera general, asegurar que el paciente y sus familiares allegados reciban una adecuada educación como parte de su tratamiento.

Un propulsor de la ED fue Joslin que en 1919 publica un Manual de Diabetes dirigido a la lectura del médico y del paciente, convirtiéndose así en uno de los pioneros de la ED,

y en la primera referencia histórica que nombra la importancia de la pedagogía como elemento integrador en el tratamiento de la DM.²⁷

En 1977 la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), según su definición nos dice que la educación permanente debe abarcar todas las dimensiones de la vida y ramas del saber, así como todos los conocimientos prácticos que puedan adquirirse por todos los medios; igualmente debe contribuir a todas las formas de desarrollo de la personalidad, favoreciendo la adaptación del individuo a la sociedad, así como su capacidad para transformarla.²⁷

En 1980 el Centro de Atención al Diabético (CAD) del Instituto Nacional de Endocrinología (INEN) creado en 1972, ya contaba con un programa de educación en diabetes que reunía tres principales líneas de acción: la capacitación de los proveedores de salud para el cuidado y educación en diabetes, la educación terapéutica a personas con diabetes y sus allegados y la educación en salud para prevenir la diabetes en grupos de riesgo y población general.²⁸

En este mismo año se llevaron a cabo una serie de investigaciones encaminadas a determinar la repercusión de la diabetes en la actividad social de las personas o viceversa, encontrándose como una constante de sus resultados: el escaso conocimiento que las personas tenían sobre su enfermedad y las consecuencias que esto acarrea en su control metabólico.²²

La diabetología de finales del siglo XX asumió que no existe tratamiento eficaz de la diabetes sin educación y entrenamiento de su portador. La educación terapéutica devino así en la piedra angular de la atención integral a las personas con diabetes.^{29, 30}

Aquí se denota que la educación diabetológica no es un tema nuevo, pero ha adquirido vital importancia para el tratamiento del paciente, debido a que la información que se transmite del paciente a sus familiares es fundamental para que se consiga un adecuado control metabólico y una adecuada salud mental.

La familia es un sistema que bajo la circunstancia de una enfermedad crónica sufre cambios drásticos tanto en su interior como en su entorno³¹ debido a que el paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia y a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declinará su nivel de adherencia terapéutica.²⁶

La finalidad de la transmisión de la educación diabetológica por el paciente hacia su familia es el garantizar una dinámica familiar funcional.

La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro, haciendo que funcione bien o mal como unidad.

En la dinámica familiar normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás. La salud física de una persona va de la mano con la salud emocional y la estabilidad de la familia como un todo.³¹

Arroyo³¹ menciona que Garber de acuerdo con Jacobson y Leibovich, en su manual de apoyo para padres de niños y adolescentes con diabetes insulino dependientes publicado en México; D.F. en 1995 refiere que, de acuerdo con Jacobson y Leibovich, el curso de la diabetes puede desarrollarse a lo largo de tres distintos periodos: inicio, manejo y complicaciones.

a) Inicio: el paciente y su familia se enfrentan a nuevos problemas, totalmente inesperados. El conocer el diagnóstico puede ser un evento tan agitado y la familia puede estar tan abrumada.³¹ Las familias se convierten en un mundo de incongruencias, culpas y desafectos, donde unos se alejan, otros se involucran en exceso, unos se niegan y quizá el más desprotegido se enferma.

El apoyo familiar demuestra que los miembros del grupo familiar deberán cambiar los roles que sean necesarios, en búsqueda del equilibrio, particularmente en asumir los gastos que genera la enfermedad,²⁶ o de lo contrario se tornara una familia disfuncional las cuales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés descompensación y síntomas lo cual nos limitara la transmisión de información de la educación diabetológica que recibe el paciente.

b) Manejo de la enfermedad: hecho el diagnóstico, los pacientes y sus familias entran en un nuevo estilo de vida que incluye un intercambio diario de alimentos, inyecciones, pruebas de sangre y orina. Lo más recomendable es que reciban una amplia educación en relación con todo lo que implica el padecimiento,³⁰ de esta manera se mejorara la calidad de vida del paciente diabético este concepto de calidad de vida, se extrapola a la salud como la percepción subjetiva de satisfacción del individuo con respecto a su estado físico, mental, psicológico, social y ambiental, influenciada por las experiencias, creencias, expectativa y percepciones de la persona³² y a su vez en estudios realizados en adultos se ha mostrado que a través de programas intensivos de cambio en el estilo de vida (PICEV) que incluyen protocolos de cambio de conducta y la participación de otros profesionales de salud, se puede prevenir la diabetes tipo 2 en un 58%, en personas en riesgo.³³

Los pacientes y sus familias aprenden, olvidan y vuelven a aprender muchas de las partes básicas de la diabetes, por esto es importante la repetición de la información necesaria³¹ es decir; el proceso educativo se debe establecer permanentemente.³⁴

c) Complicaciones: la complicación por el futuro es una de las mayores angustias tanto de la familia como del paciente mismo. La dinámica psicológica de la familia queda envuelta en la adherencia del miembro enfermo al tratamiento que incluye: dieta, ejercicio adecuado y medicación; y esto se refleja en la habilidad de la familia para crear una atmósfera sana o patológica para sus miembros.

Si el paciente diabético no sabe manifestarse en la relación triangular se vera afectada la relación con los integrantes de la familia con lo que se debilitara la capacidad de

crecimiento y defensa del grupo familiar, es por ello que;³⁵ para lograr una buena adaptación se necesitará que todos participen en programas educativos relacionados con el padecimiento, los cuales deberán incluir temas como etiología, manejo y consecuencias de la enfermedad, así como programas psicoterapéuticos que incluyan terapias familiares, conductuales e individuales con el propósito de que un equipo multidisciplinario actúe y oriente a la familia en esta situación de crisis.³¹

La doctora Catherine Le Galés –Camus,³⁶ Subdirectora General de la Organización Mundial de la Salud para Enfermedades no Transmisibles y Salud mental, en la conferencia que dio el 9 junio del 2012 ,en el día mundial de la Diabetes declaró: “muchas de las amputaciones que acarrea la enfermedad se podrían evitar, por lo tanto, es inadmisibles que se produzcan tantas muertes y casos de discapacidad como consecuencia de las amputaciones cuando existen claramente soluciones accesibles para evitarlo”.³⁶ Refiriéndose sin duda a la educación diabetológica, sin embargo se ha observado que entre los determinantes que influyen en esta realidad es innegable que los estilos de vida actual (sedentarismo, estrés), la forma de subsistencia urbana que cada vez impone un ritmo más acelerado e imprevisible a la vida cotidiana, el incremento en el consumo apresurado de alimentos industrializados y poco equilibrados, dejan libre el camino a múltiples riesgos para la salud de alcance desconocido, cuyo efecto está en la base de muchas enfermedades principalmente DMT2 .³⁷

Así mismo la relación entre el grado de escolaridad y el conocimiento alcanzado por los pacientes es tratado en diferentes estudios consultados, en los que se plantea que el nivel bajo de escolaridad, ciertamente, puede limitar el acceso a las informaciones, debido al posible compromiso de las habilidades de lectura, escritura, comprensión, o del habla, condición que puede reducir el acceso a las oportunidades de aprendizaje que se relacionan con el cuidado a la salud.

Personas con bajo nivel de escolaridad parecen también no valorar las acciones preventivas de las enfermedades y, habitualmente, retrasan la búsqueda de la atención médica, situación que repercute en el empeoramiento de la enfermedad.³⁸

Es por ello que es importante que a las personas con diabetes se les deba ofrecer educación continua, ordenada y sistematizada con objetivos claros al momento del diagnóstico y durante su evolución.³⁴

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se creó hace más de 60 años en una época donde las principales enfermedades eran las infectocontagiosas y ahora nuestras principales enfermedades son las llamadas “crónicas degenerativas”,³⁹ principalmente la Diabetes Mellitus que en la consulta externa de medicina familiar ocupa el 2do lugar en demanda a primer nivel y en segundo nivel el quinto lugar ; siendo la 1er causa de muerte como complicación en enfermedad cardiovascular en el IMSS desde el año 2000.⁴⁰

La DM hoy en día consume entre 4.7% y 6.5% del presupuesto del producto interno del IMSS. Es por ello que la atención del paciente diabético es considerada una prioridad, sin embargo el IMSS se encontraba con la problemática de que este grupo de derechohabientes, requerían de más tiempo del establecido que era de 15 minutos para la consulta de medicina familiar, con la finalidad de poder sensibilizar al derechohabiente y poder modificar su conducta, cambiar hábitos de su estilo de vida , enseñarles nuevas habilidades , prescribirles medicamentos , conseguirles apoyo detectar y prevenir las complicaciones tempranas, por este motivo se establece como un programa piloto en el año del 2008 a nivel nacional en las unidades de medicina familiar del IMSS y posteriormente se oficializa en los programas integrados como Modulo DiabetIMSS.

El programa DiabetIMSS proporciona atención (médico –asistencial) con un enfoque estructurado, integral y multidisciplinario que está dirigido al paciente con diagnóstico de DMT2, para la prevención de complicaciones, limitación del daño y rehabilitación, con el

objetivo de lograr conductas positivas y cambios a estilos de vida saludables, buscando la corresponsabilidad del paciente y su familia.

Con el programa DiabetIMSS se organiza la atención médica en procesos centrados en las necesidades y los valores de los pacientes, se fomenta el trabajo en equipo y se faculta al personal operativo para la toma de decisiones coordinadas entre cada uno de los integrantes, incluido el paciente.

Este modelo en México y en el IMSS nos ha enseñado que es factible y que al menos el 70% de los pacientes aceptan este tipo de prestación médica.⁴⁰

Para la implementación del programa DiabetIMSS se llevaron a cabo estrategias organizacionales como:

Realización de un diagnóstico situacional del proceso de atención que se otorgaba en ese momento en las unidades de medicina familiar.

La actualización del censo de pacientes con diagnóstico de diabetes de cada unidad de medicina familiar.

La actualización de la difusión y la supervisión de la aplicación de la Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la DMT2, la Guía técnica para otorgar atención médica en el módulo de DiabetIMSS a derechohabientes con diagnóstico de diabetes mellitus en unidades de medicina familiar.³⁷

Y es así de esta manera como en la unidad de medicina familiar no. 9 de Acapulco Guerrero, inicia como un grupo piloto el 1 de Octubre del 2008 y después de 1 año de desarrollar su trabajo, gracias a sus logros , se instituye como un programa oficial.

La finalidad para la educación grupal es el autocuidado para mejorar el conocimiento de la enfermedad, el control glucémico, el peso corporal y la presión arterial, así como el uso de medicamentos y la identificación de alteraciones de pies, boca, piel, entre otras.

En el modulo se combinan las acciones de la consulta personalizada, con las sesiones educativas de grupo, en un modelo de atención que se ha llamado: “la clínica del paciente crónico”. La finalidad del grupo es llevar al paciente a metas de control metabólico.

Para ello se establece la integración de un equipo de responsables del módulo DiabetIMSS. Para las unidades más pequeñas esta integrado el personal de este equipo por un Médico Familiar, una enfermera y una Trabajadora Social. En unidades más grandes se incluirán un nutriólogo, un psicólogo y el estomatólogo.^{37,40}

La labor esta comprendida por el trabajo en equipo, la primera función es la del Médico Familiar, el cual es el encargado de enviarlo con su valoración clínica al módulo de DiabetIMSS con su respectivo formato 4-30-200, con estudios de laboratorio recientes debidamente autorizados por el Jefe de Departamento Clínico con base a los criterios de inclusión y con los criterios de referencia que establece el programa los cuales se enlistan a continuación:

Criterios de referencia al modulo de DiabetIMSS.

- Paciente que padezca Diabetes de cualquier tipo
- Paciente que autorice su referencia al modulo.
- De cualquier edad y sexo
- Sin complicaciones crónicas
- Sin deterioro cognitivo, psicosis o fármacodependencia.
- Con compromiso de red de apoyo familiar o social.
- Sin problemas para acudir una vez al mes para su atención integral que incluye una sesión con una duración de 2 a 2 .5 hrs. en el turno al cual están escritos.

Trabajadora Social: es la encargada de recibir al paciente, la cual se encargara de explicarle en que consiste el grupo DiabetIMSS y las funciones del mismo, a su vez es la responsable de que el paciente firme un consentimiento informado y se encarga de integrar grupos con un mínimo de 20 pacientes.

La conformación de los grupos es de 20 pacientes por sesión y serán 2 sesiones por turno. En esta estrategia se logra atención simultánea en sesión grupal y consulta médica, misma hora para una sesión educativa con duración de 2 a 2 ½ hrs.

La Enfermera: será la coordinadora y llevará a cabo sesiones educativas con periodicidad mensual, así como indicará a los pacientes el orden en el que pasarán a consulta médica.

Temas de las sesiones:

1. ¿Qué sabes acerca de la diabetes?
2. Rompe con los mitos acerca de la diabetes.
3. Auto monitoreo
4. hiperglucemia e hipoglucemia
5. El plato del bien comer y representaciones cualitativas.
6. conteo de carbohidratos, grasas y lectura de etiqueta.
7. Técnica de modificación de conducta: aprende a solucionar tus problemas.
8. Técnica de modificación de conducta: prevención exitosa de recaídas.
9. Actividad física y diabetes.
10. Cuida tus pies, cuida tus dientes, las vacunas y tu salud.
11. Tú familia y tu diabetes
12. la sexualidad y la diabetes.

El estomatólogo (a), Nutriólogo y Psicólogo, participarán en las sesiones educativas programadas y otorgarán la atención individual correspondiente en sus consultorios o áreas de trabajo.

El Médico Familiar es el líder del grupo, resolverá las dudas de los miembros del equipo multidisciplinario y otorgará la atención médica.⁴⁰

En forma mensual o cuando se solicite, el equipo rendirá un informe de las actividades educativas y asistenciales. Donde se valorará al paciente si se encuentra en un adecuado control metabólico ó si hay aparición de enfermedades secundarias.

Una vez que el paciente concluye sus sesiones educativas es egresado nuevamente para continuar su control metabólico por su médico familiar y mejorar su calidad y estilo de vida dentro de su núcleo familiar.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida como la “percepción personal que tiene un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses,⁴¹ y define estilo de vida, como la manera general de vivir, que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y por las características personales de los individuos definiéndolo como:

“patrón de conducta que ha sido elegido de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo a su capacidad para elegir sus circunstancias socioeconómicas”.⁴²

Los estilos de vida poco saludables son definidos como factor de riesgo para la incidencia de diabetes mellitus 2, los cuales son altamente prevalentes entre los niños, adolescentes y adultos mexicanos, propiciando un aumento importante en la obesidad y sobrepeso, principal factor de riesgo para esta enfermedad y a su vez con detrimento de su calidad de vida.^{42,43}

Esto es muy importante para la familia, debido a que la modificación de estos factores puede retrasar o prevenir la aparición de la diabetes mellitus o cambiar su historia natural. Para prevenir o disminuir las complicaciones micro y macrovasculares es a través de modificaciones en el estilo de vida y la farmacoterapia; la forma en que usualmente enfatizamos es la reducción de peso, como mantener un peso dentro de lo normal, actividad física regular, consumo moderado de alcohol y una dieta saludable.⁴⁴

En el módulo DiabetIMSS, se da información sobre el estilo de vida, cuyas conductas incluyen, alimentación, conocimientos, ejercicio, detección oportuna de la enfermedad, de manera que esta información se multiplique hacia la familia y contribuya a mejorar la calidad de vida del núcleo familiar.

LA OMS sitúa al sedentarismo entre los 10 principales riesgos de mortalidad global mundial, ocupando el cuarto lugar y siendo responsable de cerca del 6% de total de muertes. Así mismo es considerado un factor de riesgo para desarrollar Diabetes Mellitus.⁴⁵ Es por ello que el programa del Módulo DiabetIMSS tiene como objetivo concientizar al paciente diabético sobre la importancia de realizar actividad física con lo cual lograra efectos benéficos entre los que se encuentran la pérdida de adiposidad e incremento de la masa libre de grasa, aumento del gasto energético disminución de la resistencia a la insulina, de los triglicéridos, aumento del HDL- colesterol y mejora en la autoestima.⁴⁶

Sin embargo nos encontramos ante la situación el paciente diabético así como la familia tienen la creencia que las actividades diarias forman parte del ejercicio efectivo y a un más grave no lo consideran parte del tratamiento integral ni lo ven como una actividad que en un futuro es un factor preventivo para desarrollar dicha enfermedad y al no tener el habito si lo lleva a cabo no es con el ritmo, frecuencia y duración recomendada para que sea efectivo.⁴⁷ Se recomienda mantener una vida activa realizando ejercicio físico de forma regular, es decir recomendar un mínimo de 60 minutos diarios de actividad física moderada para niños y jóvenes y un mínimo de 30 minutos para adultos y ancianos.⁴⁵

También es importante la alimentación, ya que una intervención breve de intensidad baja a media, puede producir cambios de pequeños a moderados en la ingesta promedio de componentes centrales de una alimentación saludable (grasa saturada, frutas y verduras). Aquí es importante destacar la importancia de focalizar las recomendaciones dietéticas no sólo hacia el individuo sino hacia su familiar, ya que es

dentro del seno familiar donde se establecen los hábitos alimentarios que perdurarán en el futuro.⁴⁵

Perder peso es recomendado para diabéticos con sobrepeso y obesidad. Esta recomendación esta basada en estudios que muestran numerosos beneficios de perder peso, incluyendo control en los niveles de azúcar, disminución de los factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, mejorar la calidad de vida y otras enfermedades relacionadas con la obesidad.⁴⁸

En un estudio realizado por Ana Castro en el 2004 en 34 pacientes diabéticos de Monterrey y el del sur del estado de nuevo León, se observo que la dieta tiene un impacto Psicológico, social y económico tanto en el paciente como en sus familiares y su comunidad.⁴⁹ Debido a que los familiares no tienen la cultura de que la carga genética es un factor de riesgo para desarrollar diabetes en un futuro y cada vez se presenta mas frecuentemente, aumentando su incidencia a edades mas tempranas principalmente en jóvenes entre los 10 y 14 años⁵⁰ es por ello que la familia debe implementar acciones en su vida diaria a fin de evitar o retardar la aparición de la enfermedad.

Las mujeres diabéticas más jóvenes y con hijos pequeños quienes aparecen como las agentes de cambio rompen significativamente con la segregación familiar alimentaria, y que muchas de ellas imponen (no sin conflictos) una dieta homogénea a todos los miembros de la familia, a diferencia de las de mayor edad que tienen hijos adultos y nietos o de los varones diabéticos de cualquier edad que por razones de género no se implican en la preparación de alimentos.⁴⁹

En el Módulo DiabetIMSS la finalidad es que a través del paciente la familia se integre en sus hábitos alimenticios y de esta manera el paciente no sea visto y tratado de manera diferente, que deje de compartir las horas de comida con el resto de los miembros de la familia o más aún deje de asistir a fiestas o convivios familiares y de esta manera no afectar la funcionalidad familiar.

Aunque las modificaciones en los estilos de vida se conocen por ser importantes para la reducción de enfermedad cardiovascular y el riesgo de DMT2 en adultos y niños, poca atención a sido puesta para el desarrollo de clínicas dirigidas a crear la cultura de estilos de vida saludables en la comunidad hispana.⁵¹

1. JUSTIFICACIÓN

La Diabetes mellitus en México se asocia fuertemente con la carga genética, así como con la hipertensión arterial, la obesidad, la dieta rica en azúcares y la falta de ejercicio. Las costumbres modernas se han encargado de fomentar el sedentarismo y regimenes alimentarios de mala calidad.

Por esta razón la educación de las personas con DMT2 es un componente esencial de las estrategias de prevención y tratamiento. No reemplaza el tratamiento médico, pero proporciona el estímulo necesario para encarar un cambio radical en el estilo de vida.

Con las nuevas concepciones de la educación y la promoción del derecho a la educación para la salud, se reconoce que la educación en diabetes es un aspecto indispensable del tratamiento, si se quiere garantizar la participación activa de las personas diabéticas en el control y el tratamiento eficaz de su afección.³⁴

La diabetes Mellitus puede prevenirse si se tratan algunos factores de riesgo como la inactividad física, el sobrepeso o la obesidad. Para conseguir un buen control de la enfermedad es imprescindible la Educación Terapéutica en Diabetes, a fin de adiestrar al afectado y las personas cercanas a este para lograr un buen control de la entidad clínica mediante la modificación de los hábitos y un buen seguimiento del tratamiento.³⁶

Con nuestro estudio se demostrara que la información transmitida en el Modulo DiabetIMSS es efectiva y trasciende al núcleo familiar, adoptando estilos de vida más saludables y transmitiendo los conocimientos adquiridos para retrasar o prevenir el desarrollo de enfermedad y con esto brindar las herramientas necesarias para los

tomadores de decisiones autoricen cambios en los criterios de que personas son los que acuden a este módulo.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica, existen en el mundo 170 millones de personas afectadas, cifra que se duplicarán para el 2030.⁹ En el IMSS es la primera causa de muerte desde el año 2000.³⁸ La prevalencia en la población derechohabiente fue de 10.5% durante el 2010 y en la consulta de medicina familiar ocupó el segundo lugar de demanda; en especialidades el quinto lugar y en la consulta de urgencias como motivo de egreso hospitalario el octavo.³⁴

El instituto Mexicano del Seguro Social en el año del 2008, se dio a la tarea de llevar acabo a nivel nacional en el primer nivel de atención medica, un adiestramiento al personal multidisciplinario, que fueron seleccionados por las unidades medicas (Médico Familiar, Enfermera, Psicólogo, Estomatólogo, Trabajo Social y Nutriólogo) para poder formar lo que hoy se conoce como Modulo DiabetIMSS.El programa DiabetIMSS a nivel nacional inicia como programa piloto el 1 de Octubre del 2008 en la Unidad de Medicina Familiar no.9 y un año después se implementa como un programa oficial. A 5 años de haberse implementado el programa y tras varias generaciones de egresados, se desconoce hasta la fecha los beneficios que ha dejado este programa en los derechohabientes y sus familiares, si existen cambios en su estilo de vida; si la trascendencia de la información fue significativa al grado de haber motivado a los familiares a tener cambios significativos que conllevaron a mejorar su calidad de vida.

Se desconoce los beneficios del paciente y sus familiares, existe la inquietud de conocer la trascendencia y los cambios en el estilo de vida ya que varios estudios refieren que los programas como el DiabetIMSS impacta positivamente en el paciente y su familia. Se ha documentado que si los programas implementados para mejorar los

estilos de vida de los pacientes, así como las técnicas educativas si se comparten al núcleo familiar la respuesta es mayor. Por lo consiguiente se formula la siguiente pregunta:

¿CUALES SON LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE EGRESADO DEL MODULO DE DIABETIMSS EN LA UMF No.9.

6. OBJETIVOS

6.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar los estilos de vida de los familiares del paciente egresado del módulo de DiabetIMSS en la UMF No. 9.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Medir que porcentaje de diabéticos transmiten sus conocimientos adquiridos en el Modulo de DiabetIMSS a sus familiares.
- Identificar que tipo de conocimientos le transmite el Derechohabiente Diabético a sus familiares.
- Medir la funcionalidad del núcleo familiar del egresado del Modulo de DiabetIMSS.
- Cuantificar la frecuencia con la que los familiares se realizan detección de Diabetes Mellitus y acuden al PrevenIMSS después de conocer la información.

7. HIPÓTESIS:

- Un 70% de los pacientes Diabéticos egresados del Modulo de DiabetIMSS, transmiten sus conocimientos adquiridos a su núcleo familiar.
- Los conocimientos sobre alimentación se transmiten en un 60%.
- El 20% de los familiares se realiza detección de glucosa siguiendo los criterios de la Asociación Americana de Diabetes (ADA).

8. MATERIAL Y MÉTODO

8.1 -DISEÑO DEL ESTUDIO.

Estudio transversal analítico

8.2-UNIVERSO DE ESTUDIO.

Familiares de Derechohabientes egresados del modulo de DiabetIMSS de la unidad de Medicina Familiar no. 9.

8.3-TAMAÑO DE LA MUESTRA.

No se realizo cálculo de la muestra. Se trabajó en total con 190 familiares de los pacientes egresados del modulo de DiabetIMSS durante el periodo de Enero a Mayo del 2013 de los 29 consultorios de ambos turnos. De los cuales 112 familiares corresponden a los 29 consultorios del turno matutino que egresaron del modulo de DiabetIMSS de febrero a Mayo del 2013 y 78 familiares de los 29 consultorios del turno vespertino que egresaron de Enero a Marzo del 2013.

9. CRITERIOS DE SELECCIÓN

9.1-CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Familiares de los Derechohabientes diabéticos egresados del Modulo de DiabetIMSS de la Unidad de Medicina Familiar No.9 de ambos turnos que hayan cumplido la mayoría de edad, acompañen al paciente a la consulta, vivan con él y acepten participar en el estudio por medio de firma de consentimiento informado.

9.2-CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Familiares de pacientes diabéticos que cuenten con diagnóstico de embarazo, tuberculosis pulmonar, cáncer e insuficiencia renal terminal.

9.3-CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Familiares que no contesten íntegramente los cuestionarios.

10. ANÁLISIS DE DATOS

Con los resultados que se obtuvieron se realizó una base de datos.

Se verificaron errores de codificación y se obtuvieron frecuencias simples, porcentajes, medidas de asociación y de dispersión. Así mismo se obtuvieron prevalencias con sus intervalos de confianza al 95% con su valor de p. Se utilizó el programa SPSS versión 20 y STATA 11.

11-TIPOS DE VARIABLES

Variable dependiente:

- Estilo de vida de los familiares

Variables independientes:

- Edad
- Sexo
- Escolaridad
- Ocupación
- Tipo de familia
- Funcionalidad familiar
- Estimar la detección de diabetes.
- Actividad física
- Conocimientos y actitudes

- Nutrición

11.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

NOMBRE Y TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
ESTILO DE VIDA	Forma o manera en que se entiende la vida, expresado en todos los ámbitos del comportamiento (trabajo, ocio, alimentación y demás). con la finalidad de mantener la vida, la salud el desarrollo y el bienestar.	Se medirá a través de un cuestionario de 10 ítems, Asignándose un puntaje a cada respuesta y se reportara en 3 parámetros: 1. Estilo de vida saludable = 21 a 30 puntos. 2. Estilo de vida poco saludable = 11 a 29 puntos. 3. Estilo de vida no saludable = 0 a 10 puntos.	Nominal Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estilo de vida saludable: 2. Estilo de vida poco saludable. 3. Estilo de vida no saludable
Edad	Es el tiempo de existencia del ser humano desde su nacimiento hasta el día que se realiza la encuesta.	Número de años cumplidos que se refiera al momento de la entrevista.	cuantitativa	Años cumplidos
Sexo	Conjunto de los individuos de una especie que tienen una de las dos constituciones orgánicas.	El que nos refieren sus características genotípicas.	Nominal cualitativa	1= Mujer 2= Hombre
Escolaridad	Grado de escolaridad que adquiere una persona. Al asistir a los diferentes cursos que se imparten en los centros docentes, durante determinado tiempo.	Nivel de estudios que refiere el familiar al momento de la encuesta.	Nominal cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analfabeta 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria completa 5. Secundaria incompleta 6. Bachillerato completo 7. Bachillerato incompleto 8. Licenciatura 9. Otro
Detección de diabetes	ES la acción para medir los niveles de glucosa sanguíneos mediante un aparato llamado glucómetro o mediante laboratorio.	Se medirá de acuerdo con el intervalo de tiempo con que se realizan periódicamente la detección de niveles de glucosa en sangre.	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. 6 meses. 2. anual 3. nunca.
Ocupación	Actividad laboral que se realiza en el momento actual	Actividad laboral que realiza el familiar al aplicársele la cedula	Nominal Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Empleada 2. Desempleada 3. Ama de casa

				4. Autónoma
Funcionalidad familiar	Interacción que se da entre los miembros de una familia, tomando en cuenta las particularidades de cada uno de los integrantes, sus roles y la forma de comunicarse de cada uno de ellos.	Se medirá a través del instrumento de evaluación APGAR familiar con una escala de 5 ÍTEMS , que nos mide la percepción del funcionamiento familiar de acuerdo al siguiente puntaje: -Familia altamente funcional = 7-10 Pts. - familia moderadamente funcionales = 6-3 Pts. -Familia severamente disfuncional = 2 o menos Pts.	Nominal Cualitativa	<p style="text-align: center;">APGAR</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Familia altamente funcional. 2. Familia moderadamente funcional. 3. Familia severamente disfuncional.
Tipo de familia	Es la categorización de las familias, de acuerdo a la función de cada uno de sus integrantes, las cuales son importantes porque determinan el contexto en el que se encuentran inmersos	De acuerdo a lo referido por la paciente en el momento de aplicarle la cedula de identificación: 1.- integrada = presencia de ambos padres. 2.- no integrada =ausencia de uno de los padres. 3.- extensa ascendente = hijos casados o en unión libre que viven en casa de uno de sus padres. 4.- extensa descendente = padres que viven en la casa de algunos de sus hijos. 5.- extensa colateral = Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales: tíos, primos, abuelos, y otros familiares.	Nominal Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1.- integrada 2.- no integrada 3.- extensa ascendente 4.- extensa descendente 5.- extensa colateral
Actividad física	Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.	De acuerdo a lo que refiera el paciente al momento de contestar la cedula : 1.No realiza actividad física 2. Si realiza actividad física como Mínimo 150 minutos por semana de intensidad moderada o 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa cada semana	Nominal cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1.realiza actividad física 2.no realiza actividad física
Conocimientos y Actitudes de los familiares del paciente diabético.	Conocimientos adquiridos acerca de la DM y modificaciones en el comportamiento familiar que ayudaran a los integrantes del núcleo familiar a preservar su salud.	Se medirá a través de un cuestionario de 4 ítems, Asignándose un puntaje a cada respuesta y el resultado se integrara de la siguiente manera: 1. Conocimientos y actitudes significativas= 9 a 12 puntos.	Nominal Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1.Conocimientos y actitudes significativas 2.Conocimientos y actitudes moderadamente significativas 3.Conocimientos y actitudes nulas o escasamente significativas

		<p>2. Conocimientos y actitudes moderadamente significativas = 5 a 8 puntos:</p> <p>3. Conocimientos y actitudes nulas o escasamente significativas= 0 a 4 pts.</p>		
Nutrición	Es el aprovechamiento de los nutrientes manteniendo el equilibrio homeostático.	<p>Se medirá a través de un cuestionario de 4 ítems, Asignándose un puntaje a cada respuesta y el resultado se integrara de la siguiente manera:</p> <p>1. Nutrición saludable: 9 a 12 puntos.</p> <p>2. Nutrición poco saludable: 5 a 8 puntos.</p> <p>3. Nutrición no saludable: 0 a 4 puntos.</p>	Nominal cualitativa	<p>1. Nutrición saludable</p> <p>2. Nutrición poco saludable</p> <p>3. Nutrición no saludable</p>

12.- DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se dio a conocer el proyecto de trabajo a las autoridades de la Unidad de Medicina Familiar No. 9 Previa autorización del Comité Local de investigación en Salud (CLIEIS1101). Se hizo la solicitud, evaluación, autorización y seguimiento a las autoridades correspondientes IMSS. Número de registro institucional: R-2014-1101-4.

Se seleccionó a los familiares de los pacientes egresados del Modulo DiabetIMSS del periodo comprendido de enero a mayo del 2013 los cuales se encuentran distribuidos en los 29 consultorios de la UMF No 9 de ambos turnos.

Se solicitó por medio de un oficio la autorización para trabajar con el censo de los pacientes egresados del Modulo DiabetIMSS, que contenía su nombre, número de afiliación, dirección, teléfono, consultorio y turno de atención medica.

Se localizaron los derechohabientes de acuerdo a su cita programada en el mes, un porcentaje se llamo por teléfono a sus domicilios y se les solicito que acudieran al módulo del DiabetIMSS, sin embargo nos encontramos con la problemática que algunos familiares no podían acudir al Modulo debido a que no les autorizaban ausentarse en sus trabajos, por tal motivo se encuestaron por teléfono, previa identificación del encuestador y aprobación del familiar del paciente. Realizándole las preguntas en un tiempo aproximadamente de 10 minutos.

El estudio dio inicio una vez firmado el consentimiento informado, previa autorización del proyecto por la Dirección de la unidad familiar No. 9 en los meses de agosto a diciembre del 2014.

Los cuestionarios que se aplicaron en un ambiente adecuado fueron los siguientes: APGAR familiar para determinar la percepción del funcionamiento familiar y el

cuestionario de Estilos de vida de los familiares del paciente egresado del Módulo DiabetIMSS, validado por contenido, constructo y criterio.

13.- INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Previa autorización por medio del consentimiento informado, se realizaron los cuestionarios Apgar familiar y un cuestionario que se validó por contenido, constructo y criterio a los familiares de los pacientes egresados del DiabetIMSS de Enero a Mayo del 2013.

APGAR Familiar

Es un instrumento de origen reciente, diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein quien basándose en su experiencia como Médico de Familia propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de Atención Primaria, en su aproximación al análisis y medición del funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su familia y determinar si la familia representa un recurso o contribuye a su enfermedad.

Este instrumento de medición es sencillo, rápido y fácil de aplicar, se elaboró con base en cinco elementos o constructos esenciales que evalúa de manera cualitativa las características familiares.

Representa a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnership), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutoria (resolve), con 5 posibles respuestas para cada componente.

Este instrumento sirve para orientar al personal de salud sobre sospechas de una posible disfunción familiar, no para diagnosticarla.²

En el trabajo original se obtiene un alto grado de correlación (0.80) con el Pless - Satterwhite Family Function Index. El análisis factorial demuestra que se trata de una

escala unidimensional, es decir, los 5 ítems miden aspectos del mismo concepto (la disfunción familiar).^{iError! Marcador no definido.}

La escala de calificación incluye tres categorías de respuesta:

1. Casi siempre,
2. Algunas veces o
3. Casi nunca

Con puntajes de cero a dos, y se estructuraran de la siguiente forma:

1. Familia altamente funcional = de 7 a 10
2. Familia moderadamente funcional = de 3 a 6
- 3 Familia severamente disfuncional = 0 a 2

CUESTIONARIO DE ESTILOS DE VIDA DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE EGRESADO DEL MODULO DIABETIMSS.

Se evaluaron de manera general los estilos de vida de las 190 familiares mediante preguntas sencillas, se asigno una puntuación de acuerdo a las respuestas que nos proporciono el familiar, cuyo resultado se integro de la siguiente manera.

1. Estilo de vida saludable = 21 a 30 puntos.
- 2 Estilo de vida saludable poco saludable = 11 a 29 puntos.
3. Estilo de vida no saludable = 0 a 10 puntos.

Así mismos se evaluaron de manera individual las variables de nutrición, conocimientos, ejercicio y detecciones que integran el estilo de vida, de la siguiente manera:

- DETECCIÓN DE DIABETES:

1. Detección realizada cada 6 meses.
2. Detección realizada cada año
3. Nunca se realiza Detección.

- ACTIVIDAD FÍSICA:

1. No realiza actividad física.
2. Mínimo 150 min. s semana o 75min de actividad física aeróbica vigoroso cada semana.

- CONOCIMIENTOS:

1. Conocimientos significativos: 9 a 12 puntos.
2. Conocimiento moderadamente significativo: 5 a 8 puntos.
3. Conocimientos nulas o escasamente significativos: 0 a 4 puntos.

- NUTRICIÓN:

4. Nutrición saludable: 9 a 12 puntos.
5. Nutrición poco saludable: 5 a 8 puntos.
6. Nutrición no saludable: 0 a 4 puntos.

14.- ASPECTOS ÉTICOS:

Para realizar del presente estudio se consideró la” declaración de Helsinki de la asociación Médica Mundial” que establece los principios éticos de las investigaciones medicas en los seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.

La 52ª Asamblea General Edimburgo, Escocia, Octubre 2002 y enmendada por la Asamblea Medica Mundial, Tokio, Japón, Octubre 1975. Tiene como principios básicos para toda investigación médica: “Es deber del Médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano. Para tomar parte de un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados”.⁵²

El Médico debe informar cabalmente al paciente aspectos de la atención que tienen en relación con la investigación. La negativa del paciente del paciente a participar en la investigación nunca debe perturbar la relación médico – paciente.

Esta investigación de acuerdo con la “Ley general de los Estados Unidos Mexicanos y con su reglamento de la Ley general de salud en Materia de Investigación para la salud, en su Título 2º, Capitulo 1º, Artículo 1, Fracción 1, se consideró este estudio como “investigación sin riesgo”, ya que en este estudio se emplearan técnicas y métodos de investigación de tipo transversal analítico en el cual solo se hará intervención para recabar beneficios adquiridos en los familiares del paciente egresado del Módulo DiabetIMSS.⁵³

Finalmente el presente estudio cumplirá con lo establecido por el código de reglamentos federales de Estados Unidos el cual fue diseñado para estandarizar el sistema de protección de los participantes humanos en estudio de investigación.⁵⁴

Los cuales son:

a).- Aprobación previa del comité de investigación en salud

- b).- Consentimiento informado y documentación por escrito
- c).- Encuesta anónima y se respetará el deseo de no participar
- d).- Confidencialidad e identidad de los participantes
- e).- Información de los resultados.

15. RESULTADOS.

Se realizó el estudio con 190 familiares, el 63.2% perteneciendo al sexo femenino (120/ 190). La edad mínima fue de 18 años y la máxima de 81 años, el promedio de edad fue de 51 años DE ± 14.5 .

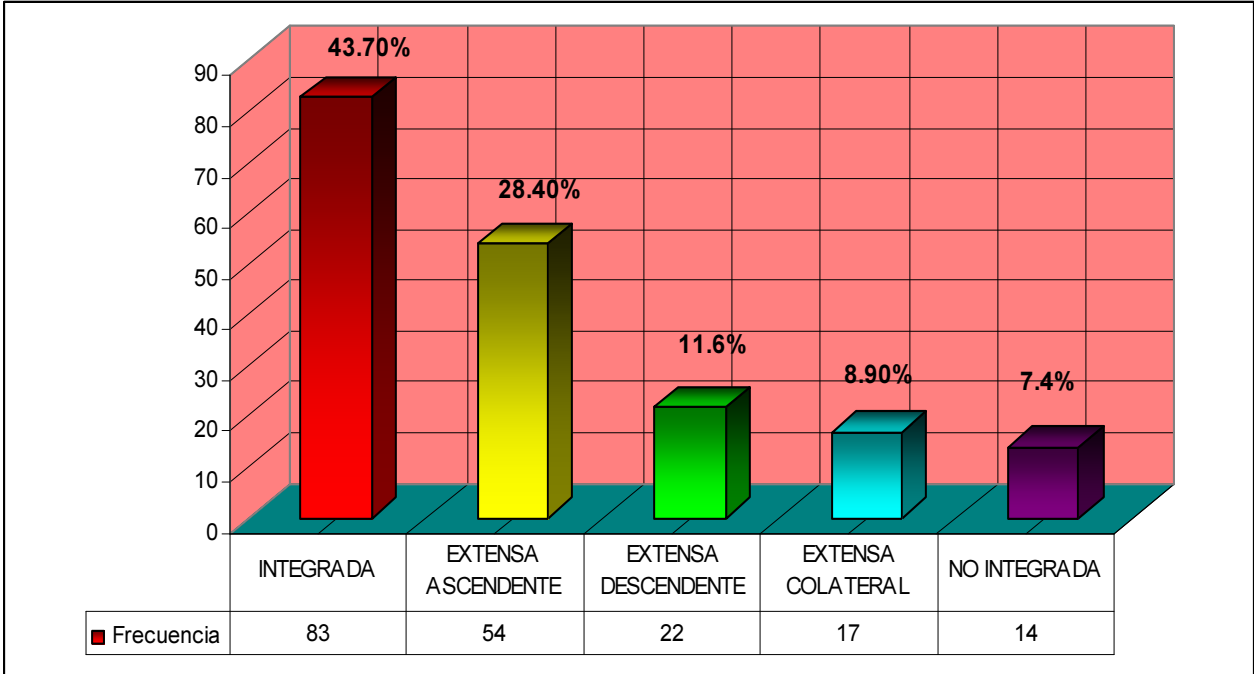
Tabla 1. Datos sociodemográficos.

	FRECUENCIA	NUMERO DE FAMILIARES	PORCENTAJE
OCUPACIÓN	Ama De Casa	80	42.1%
	Empleada	51	26.8%
	Autónoma	38	20.0%
	Desempleada	21	11.1%
ESCOLARIDAD	Bachillerato Completo	54	28.4%
	Secundaria Completa	45	23.7%
	Primaria Completa	44	23.2%
	Licenciatura	23	12.1%
	Primaria Incompleta	16	8.4%
	Bachillerato Incompleto	3	1.6%
	Analfabeta	3	1.6%
	Licenciatura Incompleta	2	1.1%
ESTADO CIVIL	Casada	131	68.9%
	Soltera	28	14.7%
	Viuda	16	8.4%
	Unión Libre	8	4.2%
	Divorciada	7	3.7%
RELIGIÓN	Católica	149	78.4%
	Cristiana	33	17.4%
	Testigo	4	2.1%
	Atea	4	2.1%

La ocupación en un 42.1 % (80/190) fue ama de casa, la escolaridad el bachillerato completo con un 28.4% (54/190), más del 60% (131/190) eran casados y el 78.4% (149/190) profesaban la religión católica.

En tipos de familia, predominó en un 43.7% (83/190) la familia integrada, los porcentajes de los otros tipos de familias los podemos observar en la grafica no.1.

Gráfica no.1 Tipos de familia.



Funcionalidad familiar, el 81.1% (154/190) son familias altamente funcionales, el 16% (32/190) son familias moderadamente funcionales y tan solo el 2.1%(4/190) de estas familias son severamente disfuncionales.

Estilo de vida de los familiares.

Se identificó que más del 50% de los familiares tienen un Estilo de Vida Saludable, gráfica no. 2.

Gráfica no. 2. Estilo de vida de los familiares.

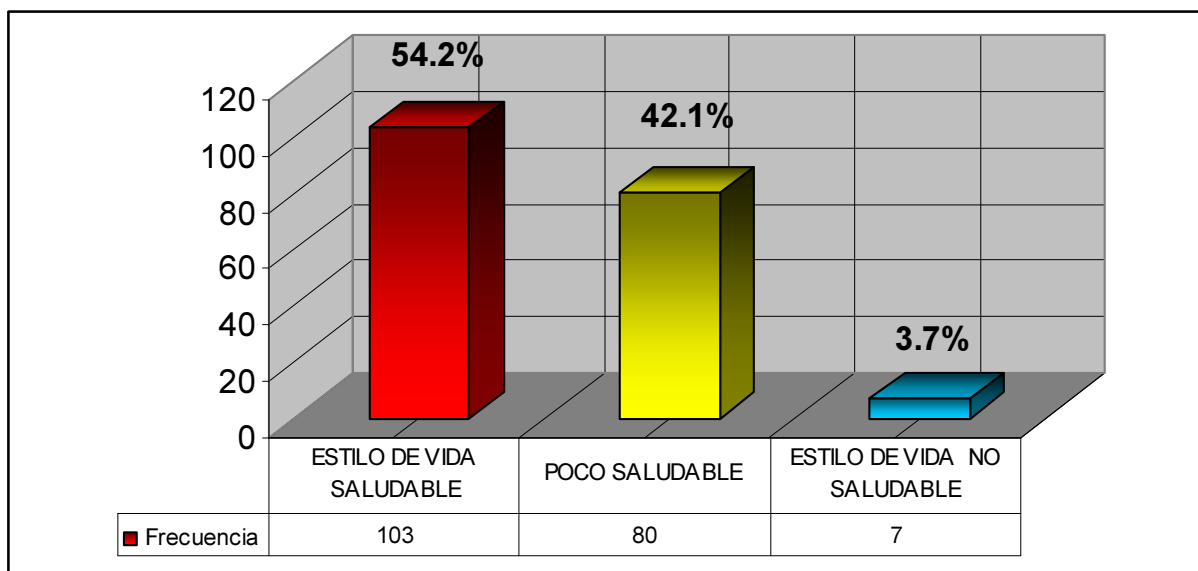


Tabla 2. Variables que evalúan el estilo de vida.

ESTILO DE VIDA				
	Variable		Frecuencia	Porcentaje
1	Conocimientos Y Actitudes	Actitudes significativas	136	71.6 %
		Escasamente significativas	9	4.7%
		Moderadamente significativas	45	23.7%
2	Nutrición	Nutrición saludable	179	94.2%
		poco saludable	11	5.8%
3	Actividad Física	Realiza actividad física	106	55.8%
		No realiza actividad física	84	44.2%
4	Detección De Diabetes	6 Meses	140	73.7%
		Anual	45	23.7%
		Nunca	5	2.6%

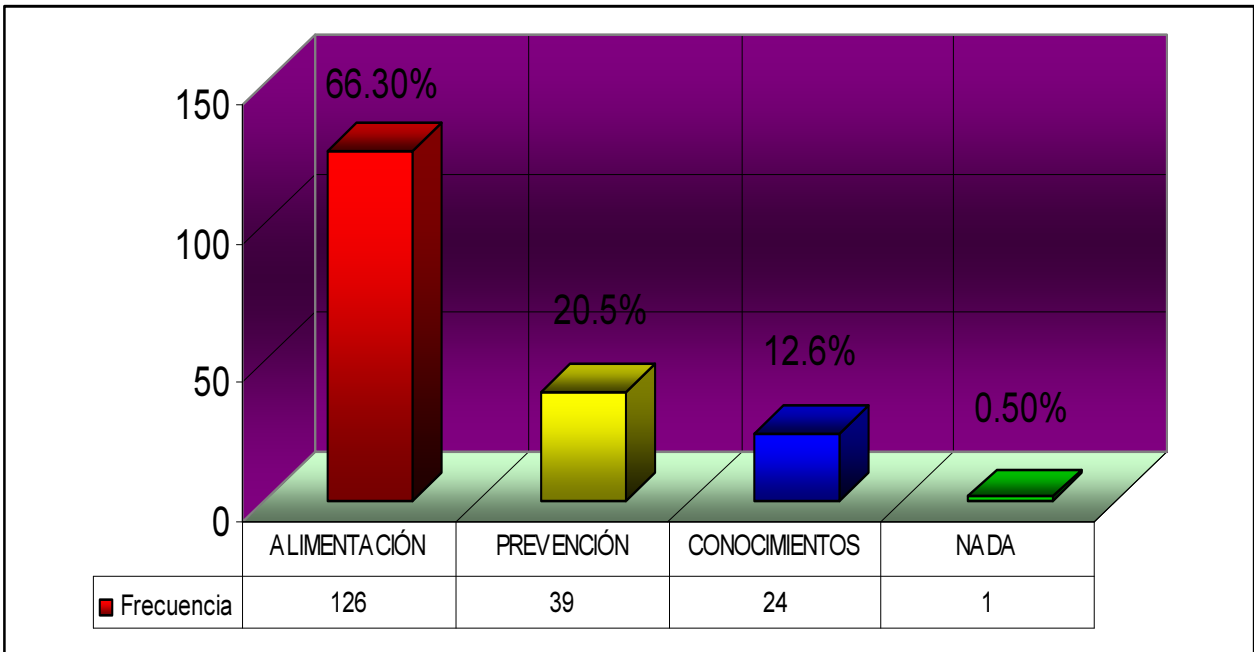
Los conocimientos adquiridos fueron del 71.6% significativos (136/190), el 94.2% (179/190) tiene una nutrición saludable, 75.2% (143/190) realiza actividad física y el

73.7% se realiza determinación de glucosa cada 6 meses para detectar oportunamente Diabetes Mellitus o Intolerancia a la glucosa.

La transmisión de la información que se otorgo fue considerada adecuada en el 85.78% (163/190) de los familiares y de manera regular en el 14.21% (27/190).

La información que más se trasmite es acerca de la alimentación con un 66.3% (126/190).

Gráfica No. 3. Tópicos de información transmitida.



Análisis.

Variable	Estilo De Vida Saludable	Estilo De Vida Poco Saludable	Total	OR	P	IC 95%
Sexo						
Femenino	60	60	120			
Masculino	43	27	70	0.628	0.084	0.34-1.14
Edad						
<50 Años	46	37	83			
>50 Años	57	50	107	1.09	0.44	0.61-1.94
Religión						
Católica	81	68	149			
Cristiana	22	19	41	1.02	0.53	0.51-2.05
Escolaridad						
Secundaria Completa O >	68	59	127			
Primaria Completa O <	35	28	63	1.085	0.458	0.59-1.99
Ocupación						
Ama De Casa	53	48	101			
Empleado	50	39	89	0.861	0.358	0.486-1.52
Tipo De Familia						
Integrada	77	60	137			
No Integrada	26	27	53	1.33	0.234	0.70-2.5
Funcionalidad Familiar						
Severamente Disfuncional	12	24	36			
Altamente Funcional	91	63	154	2.88	0.005	1.34-6.2
Aprendizaje						
Alimentación	68	58	126			
Prevención	35	29	64	0.971	0.52	0.53-1.77
Transmisión De Información						
Información inadecuada	6	21	27			
Información adecuada	97	66	163	5.14	0.00	1.9-13.4
Estado Civil						
Casado	79	61	140			
Soltero	24	26	50	1.40	0.194	.734-2.68

Factores Asociados A Estilos De Vida.

Variable	Estilo de Vida Saludable	Estilo de Vida Poco Saludable	Total	OR	P	IC 95%
Funcionalidad Familiar						
Severamente Disfuncional	12	24	36			
Altamente Funcional	91	63	154	2.88	0.005	1.34-6.2
Transmisión de Información						
Información inadecuada	6	21	27			
Información adecuada	97	66	163	5.14	0.00	1.9-13.4

Se obtuvo que el 54.2% (103/190) tiene un Estilo de vida saludable, los factores que se asociaron a este estilo fueron:

Pertenecer a una familia Severamente Disfuncional tienen un riesgo de 2.88 veces más de tener un estilo de vida no saludable, en comparación con quienes tienen una familia altamente funcional, con un IC95%(1.34 - 6.2) $p < 0.005$.

La transmisión inadecuada de la información en los familiares tiene un riesgo 5.14 veces mayor de desarrollar un estilo de vida no saludable comparado con la transmisión de manera regular con un IC de 1.9 a 13.4 y p de 0.00.

16. DISCUSIÓN.

Se realizó un estudio transversal analítico en la UMF No. 9 del IMSS en Acapulco, en donde participaron 190 familiares de diabéticos egresados del módulo de DiabetIMSS en el período de enero- mayo del 2013, donde se evaluó los estilos de vida.

Con el presente trabajo de investigación por primera vez se evalúan los estilos de vida adoptados posteriormente a la capacitación del grupo DiabetIMSS.

León MA, et al.³⁹ Evaluó la eficacia del programa de educación en diabetes (DiabetIMSS), en una población de Morelos, donde concluyo que la educación de las personas con DM2 es un componente esencial de las estrategias de prevención y tratamiento, esta información proporciona el estímulo necesario para encarar un cambio radical en el estilo de vida, sin embargo en nuestro estudio nosotros encontramos que una transmisión adecuada de los conocimientos adquiridos de la población de DiabetIMSS contribuye no solo a fomentar estilos de vida saludables en el paciente Diabético, si no también a su familia.³⁹

Se observo que el 97.1 % pertenecen a familias altamente funcionales; algo similar también encontró Méndez y colaboradores en su estudio “disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2” en una población de 300 pacientes diabéticos del IMSS en Tamaulipas, donde aplico el test Apgar teniendo como resultado que el 80% de los pacientes pertenecían a familias funcionales mostrando que sus pacientes tenían parámetros dentro de los límites de control, mientras que el 20% de familias disfuncionales no lo tenían, el estudio la asociación de la función familiar con el control metabólico.

Nuestro estudio revelo que el 71.6% (136/190) de los encuestados había adquirido conocimientos significativos, porcentaje similar reportado en el estudio: “evaluación sobre cultura sanitaria en familiares de niños diabéticos” por García y colaboradores, en el año 2010 en el territorio sur de la provincia de ciego de Ávila, donde encontraron que el nivel de conocimientos que tenían los familiares de niños

diabéticos era satisfactorio en un 78.38% (28/37), los resultados muestran consistencia a pesar de que nuestro tamaño de muestra fue menor. ²⁹

González N y colaboradores.¹⁵ Encontraron en su estudio realizado a 205 familiares de adultos con DMT2 en Jalisco de las Unidades de atención primaria de la Secretaría de salud de Jalisco donde evaluaron los conocimientos y actitudes de la familia en el apoyo al paciente con DMT2, que los conocimientos en los familiares apoyadores eran buenos en 74.8%, regulares en 23.8% y malos en 1.5%, resultados casi similares encontramos en nuestro estudio , nuestra población fue de 190 familiares de egresados del DiabetIMSS y los resultados fueron que el 71% tenía conocimientos significativos, 23.7% moderadamente significativos y escasos en 4.7%, los estudios tienen similitud con la diferencia únicamente que en la población estudiada predominaba en un 72.3% el sexo femenino.

Valenciaga y colaboradores⁵⁵ realizaron un estudio descriptivo en un grupo de 166 diabéticos que vivían en familia en el área de salud del Policlínico Güines Sur de la provincia de la Habana, encontrando que 153 familiares (92%) , a los que le aplicaron una técnica educativa, lograron dominar los aspectos básicos transmitidos, en nuestro estudio encontramos que el 85.7% (163/190) tiene una transmisión de información adecuada a pesar de que nosotros no realizamos ninguna técnica educativa en el familiar ,por lo que suponemos que de haberse realizado nuestros resultados serían todavía mejores.

17. Conclusiones.

El módulo DIABETIMSS brinda información benéfica para el paciente diabético sin embargo, al no ser transmitida de forma adecuada esta no repercute en forma positiva en los familiares.

Se necesita una intervención educativa que incluya a pacientes y familiares con el objetivo de que se integren a la misma alimentación y faciliten el apego a los pacientes brindándoles un mejor beneficio.

Se necesita conocer los parámetros de cribado por parte del personal, para evitar un mal manejo de los recursos en la detección de glucemia capilar, debido a que el 73.7% de la población estudiada se realizan detección cada 6 meses, lo cual no es correcto ya que la ADA recomienda realizarse de manera anual.

18. Recomendaciones.

- Intervenir con acciones educativas a los familiares del derechohabiente diabético.
- Realizar una capacitación al personal de prevenIMSS para conocer los criterios de cribado según la ADA.
- Enviar a los familiares de pacientes diabéticos que cuenten con factores de riesgo (obesidad, sobrepeso, sedentarismo, etc.) al Centro de Seguridad Social para fomentar la realización de actividad física.

CUESTIONARIO PARA EVALUAR LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE EGRESADOS DEL MODULO DIABETIMSS

FOLIO _____ 1. Consultorio _____ 2. Turno _____ 3. Edad _____ 4. Sexo _____ 5. ocupación _____ 6. Escolaridad _____ 7. Religión _____ 8. Edo. Civil _____

Anexo I

1. La causa más común de la diabetes es:

- a) comer demasiado azúcar o alimentos dulces.
- b) fallo del riñón para controlar el azúcar
- c) fallo del páncreas para producir insulina

2. ¿Cuáles son los síntomas de la diabetes?

- a) dolor de cintura y cadera
- b) orinar frecuente, mucha sed y hambre.
- d) sudores y nerviosismo

3. La insulina provoca que la cantidad de azúcar en la sangre:

- a) aumente
- b) disminuya
- c) no tiene ningún efecto.

4) ¿Por que es importante que los niveles de azúcar estén controlados en el paciente diabético?

- a) por que disminuye la afectación a otros órganos y sistemas
- b) no es importante
- c) por que le ayudaran a oxigenar mejor.

5. Comparando su actividad física antes y después de que su familiar egreso de DiabetIMSS?

- a) su familia realiza más ejercicio
- b) no realiza ejercicio
- c) ya realizaba ejercicio y no hubo modificaciones

6. ¿Cada cuándo y cuánto tiempo hace actividad física?

- a) 30 minutos mínimo 3 veces x semana
- b) 30 minutos menos de 3 veces x semana
- c) no realiza ejercicio

7. ¿Desde cuándo se realiza detección de diabetes?

- a) antes de que mi paciente egresara de DiabetIMSS

- b) después de que egreso de DiabetIMSS

- c) nunca

8. ¿Con que frecuencia se realiza detección de glucosa en sangre?

- a) cada año
- b) cada 6 meses
- c) nunca

9) Disminuyo su ingesta de alimentos ricos en azúcar posterior a la capacitación de su familiar en DiabetIMSS.

- a) si
- b) no
- c) no se

10. Desde que su familiar acude al modulo de DiabetIMSS ha cambiado la alimentación en casa:

- a) si
- b) no
- c) no se

11) ¿Considera que el Módulo de DiabetIMSS trajo beneficios a su familia?

- a) si
- b) no
- c) no se

12) ¿Cuál es la función del modulo de DiabetIMSS?

- a) es un conjunto multidisciplinario que se encarga de la capacitación del paciente diabético en nutrición, salud y equilibrio psicológico.
- b) se encarga de mostrar al paciente cuando debe ir a consulta.
- c) no se

13. ¿Considera importante conocer la enfermedad de su familiar?

- a) si

- b) no

- c) no se

14.- ¿Considera que la información que adquirió le ayudara a prevenir más casos de Diabetes Mellitus en su familia?

- a) si

- b) no

- c) no se

15. ¿Considera que el grupo DiabetIMSS ocasionó cambios positivos en la familia?

- a) si

- b) no

- c) no se

16. ¿Considera que los cambios en su familia mejoraron su calidad de vida?

- a) si

- b) no

- c) no se

17. ¿Con qué frecuencia come verduras?

- a) todos los días de la semana
- b) algunos días
- c) casi nunca

18. ¿Con qué frecuencia come fruta?

- a) todos los días de la semana
- b) algunos días
- c) casi nunca

19. ¿Qué aprendió con la capacitación que se le dio a su paciente en el modulo DiabetIMSS?

ANEXO III

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Nombre: _____ Edad _____
Folio _____
No. De afiliación _____ consultorio _____ sexo _____ Estado civil _____
Tipología familiar _____

Instrucciones: Responda de acuerdo a su apreciación personal las siguientes preguntas marcando con una cruz la respuesta que más se acomode a su vivencia personal en su familia.

	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
	0	1	2
¿Está satisfecho (a) con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en su casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en su casa?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
¿Siente que su familia lo (a) quiere?			

Análisis:

Puntaje Total: _____

FAMILIAS ALTAMENTE FUNCIONALES : 7 A 10 PUNTOS
FAMILIAS MODERADAMENTE FUNCIONALES: 4 A 6 PUNTOS
FAMILIAS SEVERAMENTE DISFUNCIONALES: 0 A 3 PUNTOS

TIPOLOGÍA FAMILIAR

- 1) Integrada (presencia de ambos padres)
- 2) No integrada (ausencia de uno de los padres.)
- 3) Extensa ascendente (hijos casados o en unión libre que viven en casa de uno de sus padres)
- 4) Extensa descendente (padres que viven en la casa de algunos de sus hijos)
- 5) Extensa colateral. (Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos y dem parientes políticos o consanguíneos)



ANEXO IV
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

NOMBRE DEL ESTUDIO:	ESTILOS DE VIDA DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE EGRESADO DEL MODULO DE DIABETIMSS DE LA U.M.F. No 9
LUGAR Y FECHA:	ACAPULCO GRO. MÉXICO, U.M.F. No. 9
NUMERO DE REGISTRO:	
JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO DEL ESTUDIO:	EVALUAR LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE EGRESADO DEL MÓDULO DE DIABETIMSS DE LA U.M.F. No 9.
PROCEDIMIENTOS:	REALIZAR EL LLENADO DE LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN, CONTESTAR EL CUESTIONARIO DE VARIABLES Y LOS DIFERENTES INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS. LA DURACIÓN DE ESTA ENCUESTA SERÁ APROXIMADAMENTE DE 30 MINUTOS.
POSIBLES RIESGOS Y MOLESTIAS:	NO HAY RIESGOS, NI MOLESTIAS RELACIONADAS AL ESTUDIO.
POSIBLES BENEFICIOS QUE RECIBIRÁ AL PARTICIPAR EN EL ESTUDIO: INFORMACIÓN SOBRE RESULTADOS Y ALTERNATIVAS DE ABORDAJE	EL INVESTIGADOR RESPONSABLE SE HA COMPROMETIDO A DARMER INFORMACIÓN OPORTUNA SOBRE CUALQUIER PROCEDIMIENTO ALTERNATIVO ADECUADO, QUE PUDIERA SER VENTAJOSO PARA MI ESTUDIO (EN SU CASO).
PARTICIPACIÓN Ó RETIRO	SE ME INFORMA QUE CONSERVO EL DERECHO DE RETIRARME DEL ESTUDIO EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LO CONSIDERE CONVENIENTE, SIN QUE ELLO AFECTE LA ATENCIÓN MEDICA QUE RECIBO DE ESTE INSTITUTO.
PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD:	EL INVESTIGADOR RESPONSABLE ME HA DADO LA SEGURIDAD QUE SE ME IDENTIFICARA EN LAS PRESENTACIONES O PUBLICACIONES QUE DERIVEN DE ESTE ESTUDIO Y QUE LOS DATOS RELACIONADOS CON MI PRIVACIDAD SERÁN TRATADOS EN FORMA CONFIDENCIAL.
EN CASO DE COLECCIÓN DE MATERIAL BIOLÓGICO (SI APLICA)	<input type="checkbox"/> NO AUTORIZO A QUE SE TOMA LA MUESTRA <input type="checkbox"/> SI, AUTORIZO A QUE SE TOMA LA MUESTRA SOLO PARA ESTE ESTUDIO. <input type="checkbox"/> SI, AUTORIZO A QUE SE TOMA LA MUESTRA PARA ESTE ESTUDIO Y ESTUDIOS FUTUROS.
DISPONIBILIDAD DE TRATAMIENTO MEDICO EN DERECHOHABIENTES (SI APLICA):	NO HAY RIESGO – NO APLICA
BENEFICIOS AL TERMINO DEL ESTUDIO:	ESTIMAR LOS BENEFICIOS DE LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES EGRESADOS DEL MODULO DE DIABETIMSS ADSCRITOS A LA UMF No. 9, MEDIANTE UN INSTRUMENTO CLÍNICO CONFIABLE, VERAZ, PRACTICO Y SENCILLO, LO QUE SE REFLEJARÁ EN LIMITACIÓN DEL DAÑO Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES ASÍ COMO REALIZAR CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA.
EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES PODRÁ DIRIGIRSE A; INVESTIGADOR RESPONSABLE: COLABORADORES:	DRA. GUILLERMINA JUANICO MORALES . MATRICULA:99209760 TEL: 7449101299 DOMICILIO.AV. CUAUHTÉMOC N.95, COL. CENTRO, ACAPULCO, GRO. DR. LUCÍA ROMERO LÓPEZ. MATRICULA 99126145 CEL 7442250632

EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES SOBRE SUS DERECHOS COMO PARTICIPANTE PODRÁ DIRIGIRSE A: COMISIÓN DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN DE LA CLÍNICA 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: comisión.etica@imss.gob.mx

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

DRA. GUILLERMINA JUANICO MORALES

TESTIGO 1 (NOMBRE, DIRECCIÓN, RELACIÓN Y FIRMA)

TESTIGO 2 (NOMBRE, DIRECCIÓN, RELACIÓN Y FIRMA)

CLAVE: 2810-009-013

19. BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Alfaro P, Olmos R, Gatica J, Nauto S, Test de tolerancia a la Glucosa para diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 y sus estadios previos, experiencia de un centro de salud primaria en Chile. Rev. Cient Med 2012;15(1):14-17.
- ² Cabezas CE, Barrera F, Serrano M, Vinsard PA, et al. Disfunción familiar y su correlación con el estado metabólico en un club de pacientes con diabetes tipo 2 en Quinto-Ecuador. Rev Fac Cien Med (Quinto)2013; 38:49-54.
- ³ González VC, Cervantes CC, Zamora MM, y cols. Incidence of type 2 diabetes in México. Results of the Mexico City Diabetes Study after 18 year of follow-up. Salud Pública Méx. 2014;56(1):11-17
- ⁴ D' damo E, Caprio S. Type 2 Diabetes in Youth: Epidemiology and pathophysiology. Diabetes Care. 2011;34(2):161-165.
- ⁵ Zeitler P, Hirst K, Pyle L, et al. A Clinical Trial to maintain glycemic control in youth with type 2 diabetes. N Engl J Med. 2012;366(24):247-256
- ⁶ Salas SJ, Bull M, Babio N, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with the mediterranean diet Diabetes Care. 2011;34(1):14-19.
- ⁷ Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. Diabetes research and clinical practice. 2010;87(2010):4-14.
- ⁸ Fowler Mj Diagnosis, Classification and Lifestyle treatment of Diabetes. Clinical Diabetes. 2010;vol.28(2):79-86.
- ⁹ Escobedo JE, Buitrón LV, Ramírez JC y cols. Diabetes en México. Estudio CARMELA. Cir Cir 2011;79:424-431.
- ¹⁰ Brrot J, Gonzales A. Diabetes Mellitus: Actualización, novedades y controversias. AMF. 2012;8(3):124-134.
- ¹¹ Barquilla A , Mediavilla J, Comas JM y cols. Recomendaciones de la Sociedad Americana de Diabetes para el manejo de la diabetes mellitus. Semergen. 2010;36(7):386-391.

¹² Ochoa C, Muñoz G. Tratamiento nutricio para personas con diabetes. 2009; 10(3):2249-2255.

¹³ Morris SF, Wylie J. Medical Nutrition Therapy: A key to Diabetes Management and Prevention, Clinical Diabetes. 2010;28(1):12-18.

¹⁴ Lara A y Cols. La estrategia Grupos de Ayuda Mutua. 2009;X(2):2225-2229.

¹⁵ Gonzáles N, Valadez I, Zenteno G. Conocimientos y actitudes de la familia en el apoyo al paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2).Diabetes hoy para el medico y el profesional de salud. 2006;VII(2):1578.

¹⁶ Sierra ID. Perspectiva de la Diabetes Mellitus tipo 2 en Latinoamérica. 2010;XVIII(4):140-141.

¹⁷ JEMDSA (Journal of Endocrinology, metabolism and Diabetes of South Africa). 2012:17(2):S1-S95.

¹⁸ Ahmad LA, Crandall JD. Type 2 Diabetes Prevention: A review Clinical Diabettes; 2010:28(2):53-59.

¹⁹ Gram As. Bonnelycke J, Rosenkilde M, et al. Compliance with physical exercise: using a multidisciplinary approach within a dose- dependent exercise study of moderately overweight men. Scand J Public Health 2014;42(1):38-44.

²⁰ Pérez A, Alonso L, García A, Garrote I, Gonzáles S y cols. Intervención educativa en diabéticos tipo 2. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2009;25(4):17-29.

²¹ Suárez R, García R, Aldana D, Díaz O. Resultados de la educación en diabetes de proveedores de salud y pacientes. Su efecto sobre el control metabólico del paciente. Rev Cubana Endocrinol 2000;11(1):31-40.

²² García R, Suárez R. Resultados de la estrategia cubana de educación en diabetes tras 25 años de experiencia. Rev Cubana Salud Pública 2007;33(2).

²³ Viniegra L. Las enfermedades crónicas y la educación. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44(1):47-59.

²⁴ Pi AM, Cobián A. Desarrollo de la función afectiva en la familia y su impacto en la salud familiar integral. MEDISN 2010;14(3):338-345.

²⁵ Archivos de Medicina Familiar. II Conceptos Básicos para el estudio de familias. Medigraphic.com 2005;7(1):2-6.

²⁶ Del Socorro C, Bahsas F, Del Pilar M. Funcionalidad familiar y apoyo social en pacientes Diabéticos amputados. MeduLA 2009;18(1):8-11.

²⁷ Juanas F. La educación diabetológica: un reto en Colombia. MedUnab 1998(1): 46-50.

²⁸ Suárez R, García R. Resultados de la extensión del programa de educación en diabetes a la atención primaria de salud en ciudad de La Habana. Rev Cubana Endocrinol 2005;112(2).

²⁹ García L, Santos C, Aguilar M. Intervención educativa en familiares de niños diabéticos Mediciego 2010;16(Supl.2).

³⁰ García R, Suárez R. La educación a personas con diabetes mellitus en la atención primaria de salud. Rev Cubana Endocrinol 2007;18(1).

³¹ Arroyo M, Bonilla M, Trejo L. Perspectiva familiar alrededor del paciente diabético. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2005;38(2):63-68.

³² Fu M, Trujillo L. Trastorno depresivo y aspectos relacionados con beneficiarios DiabetIMSS. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013;51(1):80-5.

³³ Díaz R, Esparza J, Moya S, Quihui L, Cistneros R y cols. Mejora en la sensibilidad a la insulina con un programa intensivo de cambio en el estilo de vida para control de obesidad en niños y adolescentes en el primer nivel de atención. Archivos Latinoamericanos de Nutrición. 2012;62(3):258-266.

³⁴ Gil E, Sil J, Domínguez E, Torres L, Medina J. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2013;51(1):1-15.

³⁵ Molina C, Bhsas F, Hernández M. Funcionalidad Familiar y apoyo social en pacientes diabéticos amputados. Medula 2009;18:8-11.

³⁶ Alcaraz M, Ruiz I, Coello J, Acosta Y, Antomarchi O. Repercusión de la educación diabetológica brindada a familiares de pacientes diabéticos. Medisan 2012; 16(9):1385-1391.

³⁷ Vargas J, Moreno L, Pineda F, Miss R, Augusto C, et al. Repercusión del tratamiento no farmacológico en pacientes con sobrepeso atendidos por pasantes de nutrición en el hospital Regional Mérida, ISSSTE. Med Int Mex 2012;28(1):32-37.

³⁸ Gil L, Sil M, Aguilar L, Echeverría S, Michaus F, et al. Perspectiva de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el Instituto Mexicano del seguro social. Rev. Med Inst Mex Seguro Social 2013;51(1):58-67.

³⁹ León M, Araujo G, Linos 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

⁴⁰ IMSS. Manual del Aplicador del Modulo de DiabetIMSS 2009;1-105

⁴¹ Vargas A, González A, Aguilar M, Moreno Y. Estudio comparativo del impacto de una estrategia educativa sobre el nivel de conocimientos y la calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus 2. Rev Fac Med UNAM 2010;2:60-68.

⁴² Salvador R, Díaz G, Romero H. Estilo y calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2011;49(2):125-136.

⁴³ Hernández M, Gutiérrez J, Reynoso N. Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. *Salud pública de México* 2013;55(2):129-136.

⁴⁴ Sluik D, Boeing M, Li K, et al. Lifestyle factors and mortality risk in individuals with diabetes mellitus: are the associations different from those in individuals without diabetes?. *Diabetologia* . 2013;1-10.

⁴⁵ Córdoba R, Cabezas C, Camarellas F, Gómez J, Díaz D, López A, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria* 2012;44 (1):16-22.

⁴⁶ Cornejo J, Llanas JD, Alcázar C. Acciones, programas, proyectos y políticas para disminuir el sedentarismo y promover el ejercicio en los niños. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2008;65:616-621.

⁴⁷ Amador L, Ocampo P. Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. *Archivos en Medicina Familiar*. 2007; 9(2):80-86.

⁴⁸ Wing R, Bolin P, Brancati F, et al. Cardiovascular Effects of Intensive Lifestyle Intervention in Type 2. Diabetes. *N Engl J Med* 2013;369(2):145-154.

⁴⁹ Castro AE. La nutrición como ruptura cultural: la experiencia de los adultos con diabetes mellitus tipo 2. *Investigación en Salud* 2007;9(1):1-10.

⁵⁰ Christie D, Strange V, Allen E, Oliver S, Chi I, Wong K, Smith F , et al. Maximising engagement, motivation and long term change in a structured Intensive Education Programme in Diabetes for Children, young people and their families: Child and Adolescent Structured Competencies Approach to Diabetes Education. (CASCADE). 2009;9:57.

⁵¹ Mirza NM, Palmer MG, et al. Effects of a low glycemic load or a low fat dietary intervention on body weigh in obese Hispanic American children and adolescents: a randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr.* 2013;97:276-285.

⁵² Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. *Infor Med* 2002;4(9):627-631.

⁵³ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud; 1984:1-227.

⁵⁴ International Ethnical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects 1993.

⁵⁵ Valenciaga JL, González F, Pons P, Sánchez O. Repercusión en el control de la diabetes mellitus de una técnica educativa dirigida a la familia. *Revista cubana de Medicina General Integral.* 1995.