

Calidad de vida del paciente diabético tipo 2 con redes de apoyo familiar

Víctor Manuel González-Torres,¹ Martina García-Ramos,² Federico Ramírez-Carrillo³

¹Médico Familiar. UMF 27, San José del Valle,

²Licenciada en Enfermería. Hospital General de Zona 1,

³Médico Familiar. Coordinación Delegacional de Educación en Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social. Tepic, Nayarit. México

Resumen

Introducción: en México como en el resto del mundo, para enfrentar el problema de las enfermedades crónicas degenerativas, en el Instituto Mexicano del Seguro Social y en todas las instituciones de salud, se han dado a la tarea de buscar alternativas para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Objetivo: comparar la calidad de vida en pacientes diabéticos tipo 2 que tienen redes de apoyo familiar con los que no tienen.

Metodología: estudio de casos y controles. Se conformaron dos grupos de pacientes: el primer grupo casos ($n = 18$) diabéticos tipo 2 con buena calidad de vida y el segundo grupo control ($n = 18$) diabéticos tipo 2 con mala calidad de vida. Se evaluó la calidad de vida con las viñetas COOP-WONCA y el apoyo familiar con instrumento validado. Se analizaron resultados con χ^2 , U de Mann Whitney y razón de momios.

Resultados: se observó que el grupo casos (con calidad de vida) 16 tienen redes de apoyo familiar y dos no, el grupo control (sin calidad de vida) cuatro contaban con redes de apoyo familiar y 14 no. U de Mann Whitney $p < 0.0001$, $\chi^2 p < 0.0001$ y RM 28.0 (IC 95 %). Los pacientes con redes de apoyo familiar 72.2 % (13/18) lo reciben de la esposa y 27.8 % (5/18) de la hija mayor.

Conclusiones: los diabéticos tipo 2 que cuentan con redes de apoyo familiar tienen mayor calidad de vida. Los varones reciben más apoyo familiar que las mujeres y lo reciben de una mujer.

Palabras clave:

- Calidad de vida,
- Redes de apoyo familiar,
- Diabetes tipo 2

Abstract

Background: in Mexico as in the rest of the world, in order to face the problem of the degenerative chronic diseases, the Instituto Mexicano del Seguro Social and all other health institutions have taken the task of looking alternatives to improve the quality of patients life.

Objective: to compare the quality of life in diabetic patients type 2 who have a family support network with those who do not have it.

Methodology: cases and controls study. 2 groups of patients were conformed: a cases-group ($n = 18$) diabetic patients type 2 with good quality of life, and the second a control-group ($n = 18$) diabetic patients type 2 with bad quality of life. Quality of life was evaluated with the vignettes COOP-WONCA and the family support with a validated instrument. The results were analyzed with χ^2 , Mann's Whitney's U and algebra calculations.

Results: it was observed that in the case group 16 of them have a family support network and 2 of them do not; in the control group four of them have a family support network and 14 of them do not. Mann's Whitney's U $p < 0.0001$, $\chi^2 p < 0.0001$ and RM 28.0 (confidence interval 95 %). 72.2 % patients with family support network receive the support from their spouse and 27.8 % (5/18) from their older daughter.

Conclusions: diabetic patients type 2 who count with family support network have higher quality of life. Men receive more family support than women, and they receive it from a female member.

Key words:

- Quality of life,
- Family support network,
- Diabetes type 2

Correspondencia:

Víctor Manuel González Torres.

Calle 18 de Marzo No. 324 Col. Lomas de Cortés. C. P. 63069. Tepic, Nayarit, México.

Dirección electrónica: garama15@hotmail.com

Introducción

La calidad de vida (CV) es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como: la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con los objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.¹

La medición de la CV se realiza a través de las dimensiones más comunes: función física, psicológica, social, rol, síntomas, función cognoscitiva y percepción de la salud.

La función física: es entendida como la capacidad de realizar actividades físicas diarias, desplazamiento y cuidado personal.

La función psicológica: como la sensación de bienestar: sufrimiento psicológico, bienestar emocional, afecto, ansiedad y depresión.

La función social: es la participación en actividades y relaciones sociales habituales con la familia, los amigos y los vecinos.

El rol: como la participación y realización de los roles sociales habituales, como trabajar, llevar a cabo tareas domésticas, cuidar de los niños, ir a la escuela y/o participar en actividades comunitarias.

Los síntomas: la experiencia subjetiva, sensación o apariencia de funcionalismo anormal, que generalmente es indicativo de una afección o enfermedad.

La función cognitiva: es la habilidad y capacidad para razonar, pensar, concentrarse y recordar.

La percepción de la salud: es la impresión subjetiva del estado de salud actual o previo, resistencia a la enfermedad y preocupación por la salud futura.²

Las redes sociales: son conceptualizadas como la práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional.³

Los apoyos sociales son las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación. Se consideran cuatro categorías de apoyos: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivos.

Materiales: implican un flujo de recursos monetarios (dinero efectivo de forma regular o no, remesas, regalos etcétera) y no monetarios de otras formas de apoyo material (comidas, ropa, pago de servicios, etcétera).

Instrumentales: pueden ser transporte, ayuda en labores del hogar, el cuidado y acompañamiento.

Emocionales: se expresan por la vía del cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia, la preocupación por el otro, etcétera. Pueden tomar distintas formas que van desde visitas periódicas, transmisión física de afectos etcétera.

Cognitivos: se refiere al intercambio de experiencias, a la transmisión de información (significado), al dar consejos que permitan entender una situación, etcétera.

Fuentes de apoyo formal e informal

La fuente de apoyo formal: es el que posee una organización burocrática, un objetivo específico de apoyo en ciertas áreas determinadas y utilizan profesionales o voluntarios para garantizar sus metas. El apoyo en este sistema es recibido vía política, traducidos en programas regulares de prestación de servicios y otorgamiento de subsidios tales como jubilación y atención en la salud. *El sistema informal:* constituido por redes personales y por las redes comunitarias no estructuradas como programas de apoyo. En general se encuentran incluidos la familia, amigos y vecinos, así como las organizaciones comunitarias de apoyo.⁴

Diabetes mellitus: grupo de enfermedades metabólicas caracterizada por la presencia de hiperglucemia resultante de un defecto en la secreción de insulina, en la acción insulínica, o en ambas.

Clasificación etiológica:

1. Diabetes tipo 1: *a)* Inmunomediada y *b)* Idiopática.
2. Diabetes tipo 2.
3. Otros específicos: *a)* defectos genéticos en la función de la célula B, *b)* defectos genéticos de la acción de la insulina, *c)* enfermedades del páncreas exócrino, *d)* endocrinopatías, *e)* inducida por tóxicos o agentes quí-

micos, *f)* infecciones, formas no comunes de diabetes inmunomediadas y *g)* otros síndromes genéticos asociados ocasionalmente con diabetes.

4. Diabetes mellitus gestacional.⁵

El envejecimiento se acompaña de una transición epidemiológica que aumenta la frecuencia de enfermedades, que aunado al incremento en la expectativa de vida, aumenta la exposición a factores de riesgo como sedentarismo, obesidad, tabaquismo y alcoholismo, que promueven el incremento en la morbilidad y la presencia de complicaciones crónicas de enfermedades como la diabetes mellitus.

La diabetes mellitus, por lo tanto, es contemplada como un problema de salud pública, que establece un alto impacto económico y social, que conlleva la disminución en la calidad de vida de los sujetos que la padecen, así como la pérdida de años de vida productiva y años de vida potencial perdidos a consecuencia de complicaciones crónicas o de la mortalidad.⁶

La prevalencia de la DM está en ascenso en todo el mundo, en 1985 existían 30 millones de enfermos, en 1995 se incrementó 135 millones y para el año 2025 se estiman 300 millones de personas con diabetes mellitus.

En México la diabetes mellitus es uno de los principales problemas de salud, en la década de los 80 apareció en cuarto lugar como causa de muerte y en 1995 ocupó el décimo lugar con cuatro millones de enfermos, para el año 2025 se estima ocupará el séptimo lugar con 12 millones de enfermos a nivel mundial. La Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC, 1993) estimó una prevalencia de 8.2 % en mexicanos de 20 a 69 años, para el año 2000 y la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) estimó 10.7 % de DM en nayaritas (anexo 1).

En la Unidad Médica Familiar 24 (UMF24) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se atienden aproximadamente 8925 pacientes con DM con porcentaje de 11.9 de un total de población de 82 406 derechohabientes, cifra que rebasa las estimaciones, encontrándose este padecimiento entre las primeras cinco causas de demanda de consulta con un promedio anual de seis a siete mil consultas,

representando una carga económica importante del gasto en la unidad médica.

De acuerdo con informes de la *Asociación Americana de Diabetes* (ADA), el costo indirecto de ésta en México en 1991 ascendió a 330 millones de dólares y el costo directo a 100 millones de dólares, además de ser causa importante de amputaciones atraumáticas, retinopatía, insuficiencia renal y enfermedad coronaria.

Aunado a lo anterior, por ser un padecimiento incurable, el paciente diabético recibe tratamiento de por vida, por lo que en el transcurso del tiempo se manifiesta una baja adherencia al tratamiento, con deficiente control de la enfermedad; siendo en esta parte del proceso en donde la participación de la familia es de suma importancia en la ayuda a tener un mejor control de la enfermedad y por ende mejor calidad de vida de estos pacientes.^{7,8}

En el Centro de Atención Primaria *La Mina Sant Adrià de Besòs* en Barcelona España, estudiaron el impacto de la DM2 en la CV de pacientes, reportando una mejor CV ($p < 0.05$) en los pacientes varones, más jóvenes, no obesos, sin complicaciones asociadas a la DM2 y sin tratamiento con insulina.⁹

En la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Málaga, realizaron un estudio en 270 pacientes con hipertensión arterial y DM2, encontrando que el perfil del paciente con peor calidad de vida fue la mujer ($p < 0.000$) con bajo nivel de estudios ($p < 0.002$), sedentaria ($p < 0.021$), antecedentes de cardiopatía ($p < 0.004$), proteinuria ($p < 0.044$) y con escaso apoyo afectivo ($p < 0.008$).¹⁰

Otro estudio de CV en 100 pacientes con DM2 que acudieron a la consulta externa de la Clínica Hospital "*Dr. Francisco Padrón Poyou*" del IMSS en San Luís Potosí, encontraron asociación en las variables de estudio con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.000$) al relacionar el índice de deterioro de la calidad de vida con el tiempo de evolución de la condición crónico degenerativa de la DM2 de más de cinco años, el nivel educativo bajo y la edad mayor de 50 años entre otros.¹¹

En otro trabajo analizaron la importancia del apoyo familiar en el control de

la glucemia en DM2. Obteniéndose como resultado que 87.5 % de los pacientes en el grupo de casos y 30 % en el de controles consideró el apoyo familiar como muy útil para el control de la enfermedad, mientras que 12.5 % de los casos y 70 % de los controles lo perciben como inútil o indiferente.¹²

En Guadalajara se realizó otro estudio sobre el apoyo familiar en 144 pacientes con DM2, reportando apoyo familiar de moderado a bueno en 84.3 % de los pacientes, apoyo afectivo bueno en 69.4 %, mientras que el apoyo instrumental fue deficiente en 42 % de los pacientes, este hallazgo nos hace inferir que los pacientes cuentan con un clima familiar emocional suficiente para desarrollar un sentimiento de ser querido y aceptado en su familia.¹³

En la Unidad de Medicina Familiar 24 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tepic Nayarit, la diabetes mellitus tipo 2 demanda gran número de consultas y en los registros de los expedientes se observó un mal control de la glucemia en los pacientes y un gran número de medicamentos que se prescriben para el control de la diabetes. Por otra parte, también se observó en los pacientes que acuden a la consulta, deterioro físico y en algunos las secuelas propias que produce la enfermedad; aunado a lo anterior acuden en su mayoría sin acompañante enfrentando las dificultades que implica desde la salida de casa hasta la unidad médica de atención; además en la consulta médica por diferentes causas presentan dificultad para entender las indicaciones del médico, lo que posiblemente influya en el mal control de la diabetes y en la deficiente calidad de vida; por lo que es importante en este proceso la participación de la familia.¹⁴

Por lo anterior el objetivo de este trabajo fue comparar la calidad de vida en pacientes diabéticos tipo 2 que tienen redes de apoyo familiar con los que no la tienen, ya que se pretende contribuir con intervenciones en el núcleo familiar para que con su apoyo se lleve un mejor control de la glucemia y con esto mejorar la calidad de vida de los pacientes diabéticos.

La calidad de vida ha existido desde tiempos inmemorables, sin embargo, la aparición del concepto como tal y la pre-

ocupación por la evaluación sistemática y científica de la misma es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60, hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, en esta ocasión aplicada a la salud. Actualmente hay importantes trabajos realizados sobre intervenciones en personas con cáncer, sida, asma y esclerosis múltiple, entre otras.

Actualmente existen varios instrumentos genéricos para evaluar CV entre los que se encuentran: EuroQol, EuroQol-5D, SF-36, The MOS 36, Nottingham Health Profile y Sickness Impact Profile, COOP/WONCA, etcétera. En el presente estudio se evaluó la CV desde el punto de vista funcional en el paciente con DM2, utilizando las viñetas COOP/WONCA desarrollado originalmente por los clínicos del grupo COOP-Darmouth un grupo de profesionales de una red de centros médicos comunitarios que cooperan en actividades de investigación en atención primaria.¹⁵

Para la evaluación del apoyo familiar se han elaborado varios instrumentos genéricos de evaluación ya validados, dentro de los más utilizados están: el cuestionario DUKE-UNC-11 de apoyo social funcional, El cuestionario MOS de apoyo social, el apgar familiar, el apgar II, etcétera. Para la evaluación en este estudio se aplicó el instrumento específico para conocer la situación del apoyo familiar del paciente con diabetes mellitus tipo 2.^{16,17}

Metodología

Se realizó estudio de casos y controles en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acudieron a consulta de medicina familiar en turno matutino y vespertino de la Unidad Médica 24 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Tepic Nayarit, México. Se incluyeron pacientes de todas las edades, ambos sexos y del área urbana con redes de apoyo familiar y sin redes de apoyo, integrados a una familia, sin importar tiempo de evolución de la enfermedad, que acudieron a control con su médico familiar y que aceptaron par-

ticipar en el estudio, se excluyeron pacientes diabéticos que presentaron complicaciones propias de la enfermedad, amputaciones, secuelas de enfermedad cerebral vascular, ceguera, nefropatía diabética, que tuvieron internamiento reciente y con familia disfuncional. Se eliminaron los pacientes que desertaron al estudio o pérdida de la seguridad social.

Las variables de estudio fueron calidad de vida y apoyo familiar. El tamaño de la muestra fue predeterminado $\alpha = 0.05$, $\beta = 0.20$, $\delta = 0.60$ y $r = 1$, considerando $p^1 = 0.20$ prevalencia de baja calidad de vida en pacientes con redes de apoyo familiar y $p^2 = 0.80$ prevalencia de baja calidad de vida en pacientes sin redes de apoyo familiar.

$$p' = (p^2 + rp^1) / (1 + r) = 0.55$$

$$(Z\alpha/2 + Z\beta)^2 = 7.849.$$

De acuerdo a fórmula de dos proporciones:

$$n = \frac{(Z\alpha/2 + Z\beta)^2 p' (1-p')(r+1)}{(\delta)^2 r}$$

$$n = \frac{(7.849)(0.55)(0.45)(2)}{(0.25)^2} = 15.54 = 16$$

Se agregó 10 % por probables pérdidas, conformándose un total de 36 pacientes, 18 personas por grupo,¹⁸ se conformaron dos grupos el primero llamado "casos" ($n = 18$) integrado por diabéticos tipo 2 con buena calidad de vida y el segundo, grupo "control" ($n = 18$) conformado por diabéticos tipo 2 con mala calidad de vida. La calidad de vida se evaluó aplicando el instrumento viñetas de la COOP-WONCA (anexo 2) que consta de siete ítems y que explora calidad de vida en las dimensiones: funcionalidad física, psicológica y social, las cuales se obtuvieron midiendo las variables: forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades sociales, cambios en el estado de salud, estado de salud y dolor. Las categorías de la calidad de vida son: excelente 1-7 puntos, muy buena 8-14, buena 15-21, regular 22-28 y mala 29-35.

A ambos grupos también se les aplicó el instrumento para medir el apoyo fami-

liar que consta de 24 ítems que contempla las dimensiones: apoyo de información ya que no es posible separarlo del emocional, evaluándose como uno solo, al igual el apoyo tangible evaluado junto con el instrumental; estas se obtendrán al medir las variables subdivididas en cuatro escalas: 1). conocimiento sobre medidas de control, 2). conocimiento sobre complicaciones, 3). actitudes hacia el enfermo y 4). actitudes hacia la enfermedad. Las categorías de apoyo familiar son: 51-119 bajos, 120-187 medio y 188-255 alto (anexo 3). En ambos instrumentos los ítems se evaluaron mediante el método desarrollado por Rensis Likert que es un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios con cinco puntos de la escala, cada uno con un valor numérico y para medir resultados se realizó la suma de las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones las cuales se adaptaron a las características de la población. Además se obtuvieron por encuesta algunas variables sociodemográficas como: edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación y otros (anexo 4). Con la información obtenida se realizó una base de datos con el programa estadístico SPSS-10.0 y se procesaron los datos utilizando las pruebas estadísticas con χ^2 , U de Mann Whitney y Razón de momios.

Referente a las consideraciones éticas fueron tomadas en cuenta la seguridad y bienestar de los pacientes, ocasionando riesgo para la vida, no lesionando física ni psicológicamente a las personas que voluntariamente participaron en este estudio.

Resultados

La edad de los 36 pacientes estudiados fue mínima de 35, máxima de 76, promedio de 60 ± 9.12 años. El grupo casos ($n = 18$) mínima de 63, máxima de 76, promedio de 60 ± 10.5 . El grupo control ($n = 18$) mínima 48, máxima de 74 promedio de 60 ± 7.7 . Del grupo de estudio con calidad de vida, 15 fueron del sexo masculino y 3 del femenino y del grupo sin calidad de vida 4 del masculino y 14 femenino (cuadro I).

Calidad de vida y redes de apoyo:

En el grupo casos (con calidad de vida) se observó apoyo familiar en 16 pacientes y sin apoyo dos, el grupo control (sin calidad de vida) cuatro pacientes tienen apoyo familiar y sin apoyo 14. El análisis comparativo (divariado ordinal), U de Mann Whitney resultó $p < 0.0001$ (figura 1).

El análisis estadístico comparativo con χ^2 el resultado fue $p < 0.0001$, RM 28.0 (IC 95 %) por lo anterior se comprueba que la calidad de vida del paciente diabético tipo 2 es mayor cuando cuenta con redes de apoyo familiar que cuando no cuenta con ello. En los pacientes que tuvieron apoyo familiar se observó que el 72.2 % (13/18) lo reciben de la esposa, 27.8 % (5/18) de la hija mayor (cuadros II y III).

En el grupo control (con mala calidad de vida), evaluados con las viñetas COOP-WONCA las áreas afectadas fueron: forma física, sentimientos, cambios en el estado de salud, en el 100 % de los pacientes.

Discusión

La calidad de vida con significados diferentes según el punto de vista de algunas personas puede estar basada en la armonía de una vida familiar, para otras en bienes materiales y para el enfermo crónico degenerativo se centra en la enfermedad y sus consecuencias lo que ocasiona el deterioro de la calidad de vida por lo que continuamente se buscan alternativas para mejorarla y junto con el tratamiento deberán estar encaminada a conseguir una vida digna.

La diabetes mellitus, es un problema mundial, en México es un asunto de preocupación de salud pública, su impacto físico y emocional a lo largo del proceso de cronicidad deteriora la calidad de vida de las personas que la padecen con disminución de las capacidades físicas, generando baja productividad y ausentismo laboral por incapacidades médicas.

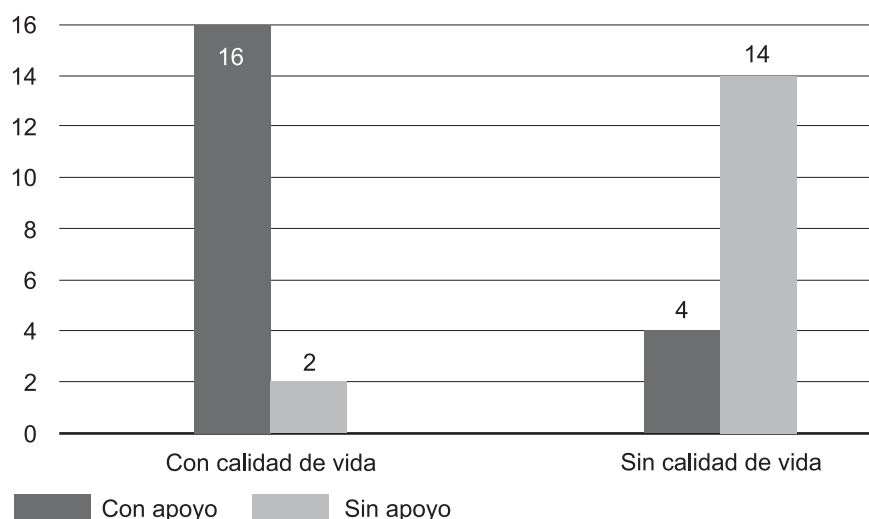
De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, los hombres tienen buena calidad de vida, resultado que coincide con el trabajo de Mata Cases^{19,20} y García Pérez donde señala que la mujer tiene peor calidad de vida.

Cuadro I. Variables sociodemográficas y calidad de vida de 36 pacientes diabéticos

	Con calidad de vida	Sin calidad de vida
Género		
Masculino	15 - 83.3 %	4 - 22.2 %
Femenino	3 - 16.7	14 - 77.8
Familia por integración		
Integrada	15 - 83.3	12 - 66.7
Desintegrada	3 - 16.7	6 - 33.3
Familia por desarrollo		
Tradicional	13 - 72.2	16 - 88.9
Moderna	5 - 27.8	2 - 11.1
Familia por ciclo vital		
Dispersión	2 - 11.1	2 - 11.1
Independencia	11 - 61.1	8 - 44.4
Retiro y muerte	5 - 27.8	8 - 44.4
Escolaridad		
Analfabeta	4 - 22.2	3 - 16.7
Primaria incompleta	5 - 27.8	7 - 38.9
Primaria completa	3 - 16.7	5 - 27.8
Secundaria completa	2 - 11.1	2 - 11.1
Técnica o bachillerato	2 - 11.1	1 - 5.6
Profesional	2 - 11.1	0
Estado civil		
Casado	15 - 83.3	11 - 61.1
Unión libre		1 - 5.6
Divorciado		3 - 16.7
Viudo	3 - 16.7	3 - 16.7
Ocupación		
Hogar	2 - 11.1	10 - 55.6
Obrero	5 - 27.8	2 - 11.1
Empleado	3 - 16.7	1 - 5.6
Otros	8 - 44.4	5 - 27.8

Fuente: 36 encuestas

Figura 1. Calidad de vida y redes de apoyo familiar



En los referente a los pacientes con calidad de vida que si recibieron apoyo por parte de sus familiares, coincide también con el estudio realizado por Rodríguez Moran y Guerrero.²¹

Conclusiones

Los pacientes diabéticos tipo 2 que cuentan con redes de apoyo familiar y tienen mayor calidad de vida, el apoyo lo recibieron de sus esposas y de sus hijas, mencionando que las mujeres son las que menor apoyo tienen.

De acuerdo a lo observado en los pacientes, en su mayoría asistieron a la consulta sin acompañante enfrentando las dificultades que implica desde la salida de casa hasta la llegada a la unidad médica de atención; además la dificultad para entender las indicaciones médicas, que posiblemente influyen en el mal control de la diabetes y en la deficiente calidad de vida. Por lo que se hace necesario que el personal del área de la salud promueva el apoyo familiar de los pacientes diabéticos para que éstos logren un mejor control de la enfermedad.

Se propone a las autoridades institucionales de salud, la formación de grupos de apoyo familiar para informarles los beneficios que se obtienen cuando se establecen las redes de apoyo familiar entre las que están: mejor control metabólico, menor limitación física, retardo en la aparición de complicaciones secundarias a la diabetes, disminución del ausentismo laboral, menos incapacidades, menor gasto en medicamentos, menos ingresos hospitalarios y por ende mejor calidad de vida. Además de ser aplicable a otro tipo de pacientes con enfermedades crónico degenerativas. La promoción debe iniciarse desde etapas tempranas de la vida, por los beneficios que esto puede traer a futuro.

Bibliografía

1. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería* 2003 9(2):9-21. [En línea] http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002&lng=es. [Consultado 20/05/2009]

Cuadro II. Calidad de vida y apoyo recibido

	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Total
Esposa	5	8			13
Hija/o		5			5
Nadie			15	3	18
Total	5	13	15	3	36

Fuente: 36 encuestas

Cuadro III. Género y calidad de vida de 36 pacientes diabéticos

	Masculino	Femenino	Total
Calidad de vida			
Muy buena	5		5
Buena	10	3	13
Regular	3	12	15
Mala	1	2	3
Total	19	17	36

Fuente: 36 encuestas

2. Badía X, Lizán L. Estudios de Calidad de vida. En: Martín Zurro A, Cano Pérez FJ, (Ed.) Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Elsevier, 2003. p.250-261.

3. Huenchuan Navarro S, Sosa Portillo Z. Redes de apoyo y calidad de vida de personas mayores en Chile. *Notas Pobl* 2003; 30(77):103-137.

4. Guzmán JM y Huenchuan S. Redes de apoyo social de las persona mayores: Evidencias para América Latina, Ponencia Presentada en el III Congreso Panamericano de Gerontología "El Desafío de Envejecer en las Américas", Mar de Plata-Argentina 2003. p. 1-13.

5. Ruiz M. Clasificación y diagnostico de la diabetes mellitus. En: Primer Congreso Virtual de Cardiología en Argentina Sep 1, 1999, Mar 31, 2000. marzo 2000. [En línea] <http://www.fac.org.ar/cvirtual/cvirtesp/cientesp/epesp/epm0009c/cruizm/cruizm.htm> [Consultado 19/03/2005]

6. Ibarra Costilla E, Cantú Martínez P. Años de vida productiva perdidos por complica-

ciones crónicas de diabetes mellitus en población económicamente activa. *Rev Salud Publica Nutr* 2003; 4(2):1-6. [En línea] <http://www.respyn.uanl.mx/iv/2/articulos/avpp.html> [Consultada 20/03/2005]

7. Lizán L, Reig A. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las viñetas Coop-Wonca. *Aten Primaria* 2002; 29 (6):378-384.

8. Rodríguez M, Pinzón S, Márquez A, Herrera J, DeBenito M, Cuesta E. ¿Tienen apoyo social y familiar los drogodependientes que participan en el programa "libre de drogas" en prisión? *Med Fam (And)*. 2004; 5(1):16-26. [En línea] <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v5n1/04.pdf> [Consultado 20/03/2005].

9. Valdez-Figueroa I, Alfaro-Alfaro N, Centeno-Covarrubias G, Cabrera-Pivaral CE. Diseño de un instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2. *Invest Salud* 2003; 5(3): 167-172

10. Secretaría de Salud. Programa de Acción de la Diabetes Mellitas. México: Secretaría de Salud, 2001. [En línea] <http://>

www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/diabetes_mellitus.pdf [Consultado 20/03/2005].

11. Landeros-Olvera E. El panorama epidemiológico de la diabetes mellitus. *Rev Mex Enf Cardiol* 2000; 8(1-4):56-59.

12. Mata-Cases M, Roset-Gamisans M, Badía-Llach X, Antoñanzas-Villar F, Rabel-Alcázar J. Impacto de la diabetes mellitus tipo 2 en la calidad de vida de los pacientes tratados en las consultas de atención primaria en España. *Aten Primaria* 2003; 31(8):493-499.

13. García-Pérez AM, Leiva-Fernández F, Martos-Crespo F, García-Ruiz AJ, Prados-Torres D, Sánchez de la Cuesta y Alarcón F. Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. *Med Fam (And)* 2001; 2:29-34 [En línea] <http://www.samfyc.es/Revista/v2n1/029-034.pdf> [Consultado 20/03/2005].

14. de los Ríos CJL, Sánchez SJJ, Barrios SP, Guerrero SV. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Med IMSS* 2004; 42(2):109-116.

15. Rodríguez M, Guerrero JF. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. *Salud Pública Mex* 1997;39 (1): 44-47 [En línea] http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341997000100007 [Consultado 20/03/2005].


16. Valdez-Figueroa I, González-Gallegos N, Alfaro N. Apoyo familiar al paciente con diabetes mellitus tipo 2. *Diabet Hoy Med Prof Salud* 2005; 6(2):1381

17. Medina-Carrillo L, Lomeli-Guerrero LE. Las variables de estudios. Una guía práctica para su operacionalización. *Arch Med Fam* 2002; 5(1):36-40.

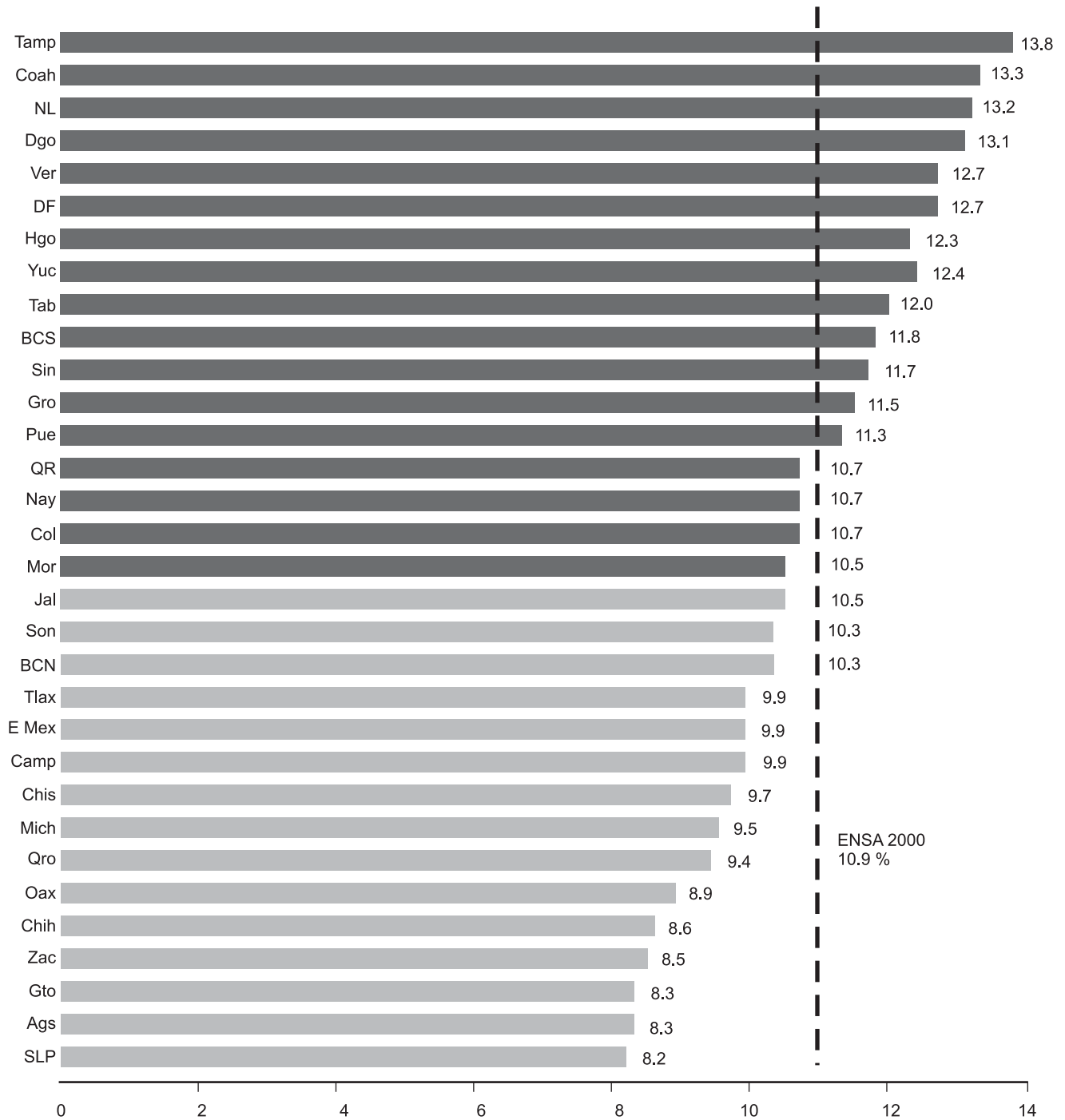
18. Mejía-Aranguré JM, Fajardo-Gutiérrez A, Gómez-Delgado A, Cuevas-Urióstegui, ML, Hernández-Hernández DM, Garduño-Espinoza J, Navarrete-Navarro S, Velásquez-Pérez L, Martínez-García MC. El tamaño de muestra: un enfoque práctico en la investigación clínica pediátrica. *Bol Med Hosp. Infant Mex* 1995; 52(6):381-391.

19. Mata-Cases M, Roset-Gamisans M, Badía-Llach X, Antoñanzas-Villar F, Rabel-Alcázar J. Op. Cit.

20. García Pérez AM, Leiva Fernández F, Martos Crespo F, García Ruiz AJ, Prados Torres D, Sánchez de la Cuesta y Alarcón F. Op. Cit.

21. Rodríguez M, Guerrero JF. Op. cit. 






Anexo 1. Prevalencia de diabetes por estado



Anexo 2. Instrumento las viñetas COOP-WONCA

Forma física

Durante las 2 últimas semanas... ¿cuál ha s la máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos 2 minutos?

<p>Muy intensa (por ejemplo: correr de prisa)</p>		1	<p>Intensa (por ejemplo: correr con suavidad)</p>		2	<p>Moderada (por ejemplo: caminar a paso rápido)</p>		3
<p>Muy ligera (por ejemplo: caminar lentamente o no poder caminar)</p>		4	<p>Ligera (por ejemplo: caminar despacio)</p>		5			

Sentimientos

Durante las dos últimas semanas... ¿en que medida le han molestado los problemas emocionales, tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo?

Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Intensamente	Bastante
				
1	2	3	4	5






Actividades cotidianas

Durante las dos últimas semanas... ¿cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?

Ninguna en absoluto		1	Mucha dificultad		2	Todo, no he podido hacer nada		3
---------------------	---	---	------------------	---	---	-------------------------------	---	---

Actividades sociales

Durante las 2 últimas semanas... ¿su salud física y estado emocional, han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos?

No; en absoluto	Ligeramente	Moderadamente			
					
1	2	3			
Muchísimo		4	Bastante		5

Cambio en el estado de salud

¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace dos semanas?

Mucho mejor		1	Un poco mejor		2	Igual; por el estilo		3
Un poco peor		4	Mucho peor		5			

Estado de salud

Durante las 2 últimas semanas... ¿cómo calificarías su salud general?

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
				
1	2	3	4	5

Dolor

Durante las 2 últimas semanas... ¿cuánto dolor ha tenido?

Nada de dolor		1	Dolor muy leve		2	Dolor moderado		3
---------------	---	---	----------------	---	---	----------------	---	---

Anexo 3. Instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2

	A	B	C	D	E
1. El diabético descontrolado llega a tener gangrena en los pies	5	4	3	2	1
2. El diabético debe en su casa medirse la azúcar en la sangre	5	4	3	2	1
3. Son comunes las infecciones en los diabéticos	5	4	3	2	1
4. La preparación de los alimentos del enfermo diabético es realizada por					
a) El paciente mismo	1	2	3	4	5
b) El cónyuge	5	4	3	2	1
c) La hija/o mayor	5	4	3	2	1
d) Otra persona	1	2	3	4	5
5. La administración de la medicina al paciente diabético es realizada por					
a) El paciente mismo	1	2	3	4	5
b) El cónyuge	5	4	3	2	1
6. Usted está de acuerdo que para mantenerse en control el enfermo diabético tiene que					
a) Tomar sus medicinas	5	4	3	2	1
b) Llevar su dieta	5	4	3	2	1
c) Hacer ejercicio	5	4	3	2	1
d) Cuidar sus pies	5	4	3	2	1
e) Cuidar sus dientes	5	4	3	2	1
7. Le ayuda a su familiar a entender las indicaciones del médico	5	4	3	2	1
8. Cuando su familiar enfermo come más alimentos de los indicados usted					
a) Le recuerda el riesgo	5	4	3	2	1
b) Le retira los alimentos	1	2	3	4	5
c) Insiste tratando de convencerlo	5	4	3	2	1
d) Insiste amenazando	1	2	3	4	5
e) No dice nada	1	2	3	4	5
9. Se da usted cuenta cuando a su familiar se le olvida tomar su medicina	5	4	3	2	1
10. Considera que es problema preparar la dieta de su familiar diabético					
a) Porque no sabe	5	4	3	2	1
b) Porque no le gusta	5	4	3	2	1
c) Porque le quita tiempo	5	4	3	2	1
d) Porque cuesta mucho dinero	5	4	3	2	1
11. Qué hace usted cuando su familiar diabético suspende el medicamento sin indicación médica					
a) Le recuerda	5	4	3	2	1
b) Le insiste tratando de convencerlo	5	4	3	2	1
c) Le lleva la medicina	5	4	3	2	1
d) Lo regaña	1	2	3	4	5
e) Nada	1	2	3	4	5
12. Pregunta al médico sobre las diferentes combinaciones de alimentos para su familiar	5	4	3	2	1
13. Considera necesario que el diabético acuda al dentista	5	4	3	2	1
14. Motiva a su familiar a hacer ejercicio (caminar)	5	4	3	2	1
15. El ejercicio físico baja la azúcar	5	4	3	2	1
16. A los enfermos diabéticos puede bajárseles la azúcar	5	4	3	2	1
17. La azúcar en la sangre debe medirse antes de los alimentos	5	4	3	2	1
18. Procura tenerle a su familiar diabético los alimentos que requiere a sus horas	5	4	3	2	1

19. Cuando el paciente tiene cita con el médico para su control usted					
a) Lo acompaña	5	4	3	2	1
b) Le recuerda su cita	5	4	3	2	1
c) Está al tanto de las indicaciones	5	4	3	2	1
d) No se da cuenta	1	2	3	4	5
20. Conoce la dosis de medicamento que debe tomar su familiar	5	4	3	2	1
21. Platica con el médico acerca de la enfermedad y de las indicaciones que le dieron a su familiar	5	4	3	2	1
22. Su familiar diabético toma alguna otra cosa para su control aparte del medicamento					
a) Tes	1	2	3	4	5
b) Homeopatía	1	2	3	4	5
c) Remedios caseros	1	2	3	4	5
23. Considera necesario para el cuidado de los pies del diabético					
a) El uso de calzado adecuado	5	4	3	2	1
b) El uso de talcos	5	4	3	2	1
c) El recorte adecuado de uñas	5	4	3	2	1
d) Que evite golpearse	5	4	3	2	1
24. Su familiar diabético se encuentra en la casa solo	5	4	3	2	1

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

La evaluación del apoyo familiar se realizó por la sumatoria de puntos obtenidos:

Apoyo familiar bajo de 51 a 119 Apoyo familiar medio de 120 a 187 Apoyo familiar alto de 188 a 255

Anexo 4. Encuesta para obtener datos de variables sociodemográficas, evaluación de la calidad de vida y apoyo familiar al paciente con diabetes mellitus tipo 2

Señor (a) con la finalidad de realizar esta investigación se le pide de favor contestar las siguientes preguntas con veracidad. Se agradece su comprensión y participación, tome el tiempo necesario para contestar cada pregunta. La información obtenida se manejará en forma confidencial y anónima.

Actividades de control y evolución	Quien da apoyo	Edad en años	Estado civil
1 Dieta: 1) sí (), 2) no ()	1 Esposa ()	1 () Menos de 39	1 () Soltero
2 Ejercicio: 1) sí (), 2) no ()	2 Hija/o ()	2 () 40 a 49	2 () Casado
3 T. evolución de DM_____	3 Hermano/a ()	3 () 50 a 59	3 () Unión libre
4 Última glicemia_____mg	4 Nadie ()	4 () 60 a 69	4 () Divorciado
5 Realizada hace_____		5 () 70 y más	5 () Viudo
	Sexo		
	1 () Masculino		
	2 () Femenino		
Tipo de familia por integración	Tipo de familia por integrantes	Tipo de familia por desarrollo	
1 () Integrada	1 () Nuclear	1 () Tradicional	
2 () Semi-integrada	2 () Monoparental	2 () Moderna	
3 () Desintegrada	3 () Extensa		
	4 () Extensa Compuesta		
	5 () Reconstruida		
Tipo de familia por ciclo vital	Escolaridad	Ocupación	
1 () Matrimonio	1 () Analfabeta	1 () Hogar	
2 () Expansión	2 () Primaria incompleta	2 () Obrero	
3 () Dispersión	3 () Primaria completa	3 () Empleado	
4 () Independencia	4 () Secundaria incompleta	4 () Profesional	
5 () Retiro y muerte	5 () Secundaria completa	5 () Otros	
6 () Técnica o Bachillerato			
7 () Profesional			