



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

FACTORES PSICO-SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS CON EL ESTILO DE VIDA
DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 DE UNA UMF.

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de la

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
Presenta:

Med. Gral. Yunuen Steffi Valdez Vázquez

Dirigido por:
M.C.E Lilia Susana Gallardo Vidal

SANTIAGO DE QUERÉTARO, QRO. FEBRERO 2025

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciatario no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciatario.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad en Medicina Familiar

“Factores psico-sociofamiliares asociados con el estilo de vida de pacientes con diabetes tipo 2 de una UMF”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la

Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Med. Gral. Yunuen Steffi Valdez Vázquez

Dirigido por:

M.C.E Lilia Susana Gallardo Vidal

Firmas

M.C.E Lilia Susana Gallardo Vidal
Presidente

MCE. Patricia Flores Bautista
Secretario

Med. Esp. Omar Rangel Villicaña
Vocal

Dra. Verónica Campos Hernández
Suplente

Med. Esp. Karla Gabriela Romero Zamora
Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Fecha de aprobación por el Consejo Universitario. Febrero 2025.
México

Resumen

Introducción: El estilo de vida en la medicina consiste en la toma de decisiones por el individuo, que afectan o benefician su estado de salud; en Diabetes tipo 2 (DT2) no es la excepción jugando un papel importante en el desarrollo, curso, evolución y pronóstico, viéndose influenciado por diferentes factores psicológicos, sociales y familiares. **Objetivo:** Determinar la asociación entre el estilo de vida y los factores psico-sociofamiliares en pacientes con diabetes tipo 2 de una UMF.

Material y métodos: Estudio de casos y controles, realizado en una población conformada por pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de DT2. La muestra se calculó con la fórmula para casos y controles tomando en cuenta el tamaño muestral mínimo necesario para detectar un OR significativamente diferente de 1. Obteniendo un total de 300 participantes, mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, se incluyeron variables sociodemográficas, sociales, psicológicas y familiares. El análisis estadístico incluyó estadística descriptiva que se expresó en frecuencias, porcentajes, medianas, RIQ y estadística inferencial que incluyó, Chi cuadrada y OR para las variables cualitativas y U de Mann Whitney para las cuantitativas. Se respetaron los lineamientos vigentes de bioética. **Resultados:** La mediana de edad fue en el grupo de casos 64.07 (RIQ 53.05-70.05) y grupo control de 62.02 (RIQ 53.05-69.10) con una $p>0.05$ entre ambos grupos. En el grupo de casos predominó la presencia de depresión en un 70% (60) y la falta de percepción de apoyo social 60% (60) mientras que en el grupo control predominó la ausencia de crisis normativas 85.5% (171) y paranormativas 100% (200), con una p valor <0.05 , con OR de 12.25 para depresión y OR 0.426 para percepción de apoyo social.

Conclusiones: Existe relación entre los factores psicosociales y el estilo de vida desfavorable. El padecer depresión aumenta hasta 12 veces el riesgo de un estilo de vida desfavorable.

Palabras clave: Diabetes, estilo de vida, depresión, apoyo social, crisis familiar.

Summary

Introduction: Lifestyle in medicine consists of the decision making by the individual, which affect or benefit their health status; in Type 2 Diabetes (T2D) it is no exception, playing an important role in the development, course, evolution and prognosis, being influenced by different psychological, social and family factors.

Objective: To determine the association between lifestyle and psycho-socio-family factors in patients with type 2 diabetes in a UMF. **Material and methods:** Case-control study, carried out in a population made up of patients over 18 years of age diagnosed with T2D. The sample was calculated with the formula for cases and controls considering the minimum sample size necessary to detect an OR significantly different from 1. Obtaining a total of 300 participants, through non-probabilistic convenience sampling, sociodemographic, social, psychological and family variables were included. The statistical analysis included descriptive statistics expressed in frequencies, percentages, medians, IQR and inferential statistics that included Chi square and OR for qualitative variables and Mann-Whitney U for quantitative variables. Current bioethics guidelines were followed.

Results: The median age group in the case was 64.07 (IQR 53.05-70.05) and in control group 62.02 (IQR 53.05-69.10) with a p>0.05 between both groups. In the case group, the presence of depression predominated in 70% (60) and the lack of perception of social support 60% (60) while in the control group the absence of normative crises predominated 85.5% (171) and paranormative crises 100% (200), with a p value <0.05, with OR of 12.25 for depression and OR 0.426 for perception of social support. **Conclusions:** There is a relationship between psychosocial factors and unfavorable lifestyle. Suffering from depression increases the risk of an unfavorable lifestyle up to 12 times.

Keywords: Diabetes, lifestyle, depression, social support, family crisis.

Dedicatorias

A mis papás por apoyarme y amarme tanto.

A mis hermanos por siempre creer en mí.

Agradecimientos

A Dios.

A mi familia.

A cada uno de los que participaron en mi formación.

Índice

Resumen	VI
Summary	VII
Dedicatorias	VIII
Agradecimientos	IX
Índice	X
Abreviaturas y siglas	XIV
I. Introducción	15
II. Antecedentes	17
III. Fundamentación teórica.	18
III.1 Diabetes	18
III.2 Estilo de vida en Diabetes	19
III.2.1 Escala IMEVID	20
III.3 Depresión	21
III.3.1 Aspectos psicológicos y la diabetes	21
III.3.2 Depresión y diabetes	22
III.3.3 Escala depresión de Zung	23
III.4 Apoyo social percibido	24
III.4.1 Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social	25

III.5 Familia	25
III.5.1 Familia y diabetes tipo 2	26
III.5.2 Crisis familiar	26
III.5.2.1 Crisis normativa y paranormativa	27
III.5.2.2 Escala “crisis familiares en población mexicana”	27
IV. Hipótesis	29
V. Objetivos	30
V.1 Objetivo general	30
V.1 Objetivos específicos	30
VI. Material y métodos	31
VI.1 Tipo de investigación	31
VI.2 Población	31
VI.3 Muestra y tipo de muestreo	31
VI. 3.1 Criterios de selección	32
VI. 3.2 Variables estudiadas	33
VI.4 Técnicas e instrumentos	33
VI.5 Procedimientos	35
VI.5.1 Análisis estadístico	35
VI.5.2 Consideraciones éticas	36
VII. Resultados	37
IX. Discusión	40
X. Conclusiones	42

XI. Propuestas	43
XII. Bibliografía	44
XIII. Anexos	49
XIII. 1 Hoja de recolección de datos	49
XIII. 2 Instrumentos	50
XIII. 3.Carta de consentimiento informado.	59
XIII. 4 Registro UAQ.	61
XIII. 5 Registro SIRELCIS	62
XIII. 6 Documento antiplagio.	63

Índice de cuadros

Cuadro	Contenido	Página
Cuadro VII.1	Características sociodemográficas	33
Cuadro VII.2	Factores psico-sociofamiliares y estilo de vida	34

Abreviaturas y siglas

DT2: Diabetes tipo 2

UMF: Unidad de medicina familiar

IMEVID: Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos

ZDS: Escala de Depresión de Zung

mspss: Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social

HPLP: Health-Promoting Lifestyle Profile

SAP: Servicios de Atención Psiquiátrica

I. Introducción

La diabetes tipo 2 (DT2) representa un importante problema de salud pública a nivel mundial, con una prevalencia creciente que afecta tanto a países desarrollados como en desarrollo. Esta enfermedad crónica está asociada con complicaciones graves y una calidad de vida reducida para quienes la padecen. La complejidad de la DT2 va más allá de su manifestación fisiológica, involucrando una red intrincada de factores psicosociales que abarcan desde el estilo de vida hasta la salud mental de los pacientes. (Ramírez Sierra, 2019)

Desde la perspectiva epidemiológica, Keays (2007) destacó la magnitud del problema de la diabetes y su impacto en la morbimortalidad. Asimismo, Forouhi y Wareham (2019) proporcionaron una visión detallada de la epidemiología de la diabetes, subrayando la importancia de comprender los factores de riesgo y las tendencias globales. Este conocimiento epidemiológico es crucial para orientar estrategias de prevención y manejo de la enfermedad. (Keays, R. 2007)

La DT2 no puede ser plenamente comprendida ni tratada si se ignora su dimensión psicosocial, como lo evidencian Zung (1965) y Sánchez-Cruz et al. (2016), quienes destacaron consistentemente la relación entre la diabetes y la salud mental, especialmente la depresión. La presencia de la depresión en pacientes con DT2 no solo afecta negativamente la calidad de vida, sino que también se ha asociado con un peor control glucémico y resultados adversos.

Estudios demuestran el impacto que ejerce el apoyo social sobre los procesos relacionados con la salud y la mortalidad, así como su efecto beneficioso sobre la evolución de procesos crónicos. Van Dam HA et al. (2005) apoyó la hipótesis de que las actividades sociales específicas ayudan al autocuidado y al control de la diabetes.

Alteraciones del funcionamiento familiar son capaces de provocar un desequilibrio emocional y la descompensación en el estado de salud de las personas. Concha y González (2010) realizaron un análisis sobre la relación entre funcionalidad familiar y la presencia de eventos descompensatorios en pacientes crónicos

diabéticos e hipertensos, determinó que la funcionalidad familiar se asocia significativamente con la descompensación glucémica, y los pacientes con familias disfuncionales son más susceptibles a descompensarse.

La presente tesis busca interpretar la relación o no entre el estilo de vida, factores psico-sociofamiliares y la DT2. Se explorarán dimensiones como el estilo de vida, la depresión, el apoyo social y las crisis familiares, factores que se han identificado como elementos clave para mejorar la atención y calidad de vida del paciente con DT2.

II. Antecedentes

Un estudio realizado en Perú por Paz, C. D. et al (2022) determinó en su estudio que la población de pacientes con diabetes tipo 2 mostró una asociación significativa entre el estilo de vida no saludable y el no control de la enfermedad diabética ($RP=5,498$; $p=0,013$; $IC95\% = 1,440-20,995$).

Así mismo Asenjo-Alarcón, J. A. (2020) encontró una relación entre estilo de vida y control metabólico en pacientes con Diabetes tipo 2 de Chota, Perú, en un total de 102 pacientes con DT2, se concluyó que existe una relación directa y significativa entre el estilo de vida y el control metabólico ($p<0,001$).

A su vez, en un estudio realizado en México por Vásquez et al (2018) se tomó una muestra de 330 pacientes con DT2 donde los participantes que presentaron buen estilo de vida, 43.9% (145) se encontraba en control glucémico con una mediana de Hb1Ac de 6.4% mientras que en pacientes con mal estilo de vida fue de 9 ($p<0.001$).

Vázquez Machado, A., & Mukamutara, J. (2020) realizaron un estudio descriptivo y transversal de 457 pacientes diabéticos, atendidos en el Hospital Central de Nampula, Mozambique, desde marzo de 2014 hasta diciembre de 2016, donde se estudiaron variables como frecuencia de los síntomas de depresión, trastornos depresivos, características sociodemográficas, eventos vitales actuales y control glucémico, encontrando que los factores mayormente asociados con la depresión fueron: el sexo femenino, estar viudo o divorciado y ser ama de casa. Por otra parte, experimentar 2 o más eventos vitales actuales incrementó la probabilidad de depresión y esta última se asoció con un mal control glucémico ($p<0,05$).

III. Fundamentación teórica.

III.1 Diabetes

Se define como diabetes al síndrome etiopatogénicamente heterogéneo cuya principal característica es la secreción anormal y deficitaria de insulina por las células del páncreas, teniendo como consecuencia inmediata la tendencia a mantener niveles excesivos de glucosa en sangre, o hiperglucemia. En la que asimismo intervienen la herencia y el ambiente. (Keays, R. 2007).

Aproximadamente 422 millones de personas en todo el mundo padecen diabetes, la mayoría vive en países de ingresos bajos y medianos, y cada año se le atribuyen 1.5 millones de muertes relacionadas directamente. Durante las últimas décadas, ha aumentado tanto el número de casos como la prevalencia de diabetes (Forouhi, N. G., & Wareham, N. J. 2019)

En las Américas, se estima que 62 millones de personas viven con Diabetes tipo 2 y se le atribuye un estimado de 244,084 muertes al año. Dicha cantidad se ha triplicado en la Región desde 1980 y se estima que alcanzará la marca de 109 millones para el año 2040. (Diabetesatlas. org. 2017)

En México, durante el 2018 el 10.32% (8 542 718) de las personas de 20 años y más en el país, reportaron contar con un diagnóstico médico previo de diabetes tipo 2; Campeche, Hidalgo y Tamaulipas son los estados con las prevalencias más altas del país. Para el 2020, el 14% de las defunciones reportadas correspondieron a defunciones por diabetes tipo 2. (S/f. Org.mx.)

Los objetivos en el tratamiento de la DT2 son:

- Mantener al paciente libre de síntomas y signos relacionados con la hiperglucemia e impedir las complicaciones agudas.

- Disminuir o evitar las complicaciones crónicas.
- Que el paciente pueda realizar normalmente sus actividades física, mental, laboral y social, con la mejor calidad de vida posible. (Imbaquingo, D. et al. 2023).

Las personas con DT2 deben recibir indicaciones para el manejo integral de la enfermedad por parte de un equipo multidisciplinario de salud coordinado por el médico. Tal equipo incluye, pero no está limitado, al médico, la enfermera, la dietista y los profesionales en salud mental con experiencia y especial interés en diabetes. Es esencial que este equipo proporcione la orientación con un enfoque tal que el paciente asuma un papel activo en el cuidado de la enfermedad. (Zambrano, M. et al. 2019).

El tratamiento integral para la educación al paciente y su familia debe incluir la orientación en forma sencilla respecto a lo que es la enfermedad, las características de la alimentación y el ejercicio que debe realizarse; el tratamiento debe estar fundamentado en la vigilancia de las condiciones clínicas y metabólicas y la prescripción apropiada de los medicamentos. Aun cuando se sabe que la prescripción, es fundamental en la búsqueda del control metabólico, esto no es suficiente. Lo que se conoce es que la participación del paciente y su núcleo familiar tiene un papel protagónico en el apego al tratamiento prescrito. (Pérez-Lozanoa, et al. 2023).

III.2 Estilo de vida en diabetes

Existe una serie de intervenciones eficaces para mejorar el estado de salud de los pacientes, estas comprenden el control de la glucemia mediante una combinación de régimen alimentario, actividad física y en caso necesario, tratamiento farmacológico. La eficacia de la atención integral de la diabetes depende del cumplimiento de las recomendaciones y tratamiento por parte de los pacientes, por lo que el proceso educativo es un componente fundamental de dicha atención. (Riobo, P. 2018).

La pérdida de peso es fundamental en el manejo de esta patología. Aunque no se alcance el normopeso, las pérdidas entre 5-10 kg han demostrado ser efectivas para mejorar el control metabólico, el riesgo cardiovascular y aumentar la esperanza de vida. Reducir el peso corporal en al menos 5%, permite obtener mejoría a corto plazo de la resistencia a la insulina y los factores de riesgo asociados. Esto facilita alcanzar los objetivos de control, que incluye la prevención de complicaciones a largo plazo. (Ruiz De Eguilaz, H, et al. 2016).

La actividad física y sus efectos beneficiosos han sido demostrados en diversos estudios, además de disminuir el peso corporal y mantenerlo tras un periodo de pérdida, reduce los componentes del síndrome metabólico y el riesgo de enfermedad cardiovascular. Antes de iniciar un programa de actividad física, se debe valorar el estado y capacidades del individuo, así como posibles complicaciones que puedan aparecer en su desarrollo. La elección del tipo de actividad física se realizará en ausencia de contraindicación médica y se aconseja que sea de intensidad moderada, una duración de al menos 30 minutos y una frecuencia de 3 a 5 días por semana. (Contreras, F. et al. 2001).

III.2.1 Escala IMEVID (Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos)

El modelo teórico utilizado para medir el índice de adherencia terapéutica es el Instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes (IMEVID), creado por López-Carmona et al. (2003) y adaptado por Meneses et al. (2019). La escala se compone de 25 preguntas tipo Likert. Sus opciones de respuesta corresponden a calificaciones de 0, 2 y 4, para una escala total de 0 a 100 puntos. El tiempo necesario para la aplicación del IMEVID es corto, y en su versión final se estima de aproximadamente 10 minutos, lo cual permitirá su aplicación inclusive en la sala de espera.

La α de Cronbach de 0.81 para la calificación total, mayor que la obtenida por algunos dominios por separado, confirma que el constructo estilo de vida está integrado por diversos componentes. Este valor, aunque menor que el α reportada

para el Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP) (0.92 a 0.94), refleja un buen nivel de consistencia interna pues se encuentra por arriba de 0.70 y no rebasa 0.90, punto de corte que, de ser rebasado, podría reflejar redundancia en los ítems. (López-Carmona, J. M., et al 2003).

III.3 Depresión

Se define a la depresión como el trastorno mental caracterizado por disminución del estado de ánimo, sentimientos de tristeza, dificultad para concentrarse y alteraciones en el patrón de sueño y apetito. En casos severos, se presentan comportamiento suicida y alteraciones somáticas como dolor, hormigueo y rigidez muscular. Los síntomas prevalecen durante todo el día y por dos semanas consecutivas. En México, 3.6 millones de personas adultas padecen depresión; de ellas, uno por ciento son casos severos, revela un estudio realizado en 2021 por los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) de la Secretaría de Salud. (De Salud, S. s/f).

III.3.1 Aspectos psicológicos y la diabetes

El diagnóstico inicial de diabetes puede tener un impacto significativo emocional en la persona que lo recibe, y su reacción muchas veces se va a ver afectada por múltiples variables como su personalidad, cómo se presenta la información, el historial familiar de diabetes y mitos o información contradictoria que tiene la persona acerca de la diabetes. La diabetes puede representar un estrés psicosocial que predispone a las personas con diabetes a presentar desórdenes psicológicos, como la depresión, o particularmente a largo plazo, la quemazón en relación con la diabetes. (Dávila, M., & Jiménez, M. E. 2007)

En los pacientes que padecen diabetes en cualquiera de sus clasificaciones es importante llevar un seguimiento de su comportamiento hacia la enfermedad y valorar por lo que ésta pasando el paciente que puede ser desde la aceptación de la

enfermedad, la etapa de duelo ya que esto no sólo afecta a la persona que lo padece sino a toda la estructura familiar, los cambios en el estilo de vida tal vez de toda la familia, el régimen alimenticio que debe llevar, la adaptación a la enfermedad y el seguimiento adecuado del tratamiento sea o no farmacológico. (Benítez-Agudelo, J. C., et al. 2017).

III.3.2 Depresión y diabetes

Los factores emocionales juegan un papel importante en el control de la DT2, en concreto la activación emocional en respuesta al estrés se considera uno de los principales actores implicados. El inadecuado control está relacionado con la consecuente disminución de la calidad de vida y el impacto en los costos en la atención, tanto en el sector particular como los sistemas de salud. La no adherencia tiene efectos a corto y largo plazo, además impide evaluar la efectividad de los tratamientos, impacta negativamente en la calidad de vida del paciente. (Sánchez-Cruz, J. F., et al. 2016).

Una de las fuentes de estrés más relevantes es la misma enfermedad, en la esfera social del individuo el hecho de verse o sentirse enfermo, puede hacerle considerarse diferente a los demás y tener que luchar con el desconocimiento de las ideas erróneas que la población tiene sobre la diabetes. Estos factores crean un círculo vicioso entre estrés, depresión y mal apego a tratamiento con el consecuente descontrol metabólico ya evidenciado. Es conocido que la sintomatología depresiva puede afectar el control glucémico, favorecer la disminución de la actividad física el aumento de la obesidad, y potenciar las complicaciones asociadas al daño del organismo. (Zung, W. W. 1965)

Como todos los principales ejes de tratamiento que incluyen educación diabetológica, recomendaciones nutricionales, ejercicio y autocontrol, el esfuerzo que implica modificar hábitos previamente establecidos, así como la disposición para mantenerlos, permite afirmar que el tratamiento es complejo, más aún si se considera que los adultos son más resistentes al cambio. En un estudio realizado en el estado de Quintana Roo en el 2016 se encontró una asociación entre la falta de apego al

tratamiento con estrés, la proporción de estrés en el total de pacientes con descontrol metabólico fue 65%; además 27% tuvo algún grado de depresión, 87% de pacientes no fue adherente a tratamiento. (Sánchez-Cruz, J. F., et al. 2016)

III.3.3 Escala de depresión de Zung

La Escala de Depresión de Zung (ZDS) fue creada por William W. K. Zung en el año 1965, siendo posiblemente una de las primeras escalas de depresión en validarse en España. Se centra en los síntomas somáticos y los cognitivos. También permite identificar síntomas de depresión, pero no la intensidad de estos.

Algunos autores dicen que, en cierto modo, deriva de la escala de Depresión de Hamilton, ya que también enfoca su atención al factor somático-conductual del trastorno depresivo. (Zung, W. W. 1965).

La escala cuenta con 20 enunciados relacionados con la depresión divididos en dos partes: la mitad formuladas en negativo, y la otra mitad en positivo. Esta escala tiene el objetivo de medir de manera cuantitativa la depresión. La escala es útil al emplearse en cualquier tipo de pacientes que muestren síntomas físicos sin ninguna base, ya que puede medir las “depresiones ocultas”, ahorrando tiempo en clínicas y en entrevistas. La prueba puede realizarse de manera sencilla y rápida, lo que permite calificar al paciente de forma inmediata. (López-Pérez, M. G., & Ávila-Jiménez, L. 2023).

Cuenta con una confiabilidad aceptable con un alfa de Cronbach para síntomas afectivos (0.85) y para síntomas psicológicos (0.84), bajo para síntomas fisiológicos (0.49) y para síntomas psicomotores (-0.02). El coeficiente alfa de Cronbach de la escala total es aceptable (0.85). La escala es capaz de arrojar información clínica valiosa, específicamente en personas que viven con alguna enfermedad crónica como en el caso de los pacientes con DT2. (Passik, S. D., Lundberg, J. C., et al. 2000).

III.4 Apoyo social percibido

El concepto de apoyo social percibido se refiere a la valoración que una persona hace sobre su red social y los recursos que fluyen desde ella, lo que implica destacar el grado de satisfacción que obtiene del apoyo disponible. El apoyo social tendría dos funciones principales. Una función instrumental que alude a la medida en que las relaciones sociales son un medio para conseguir una meta como pudiese ser la búsqueda de trabajo o dinero, y una función expresiva que considera las relaciones sociales como un fin o un medio en sí mismas, caracterizadas por la presencia de afectos y emociones como puede ser pedir un consejo, compartir una pena, etc. (Álvarez, A., Kozak, A., et al. 2020).

En cuanto a las dimensiones que constituyen el concepto de apoyo se puede distinguir: (a) el apoyo emocional entendido como la posibilidad de compartir sentimientos, pensamientos y experiencias personales, constituyéndose en un poderoso recurso contra las amenazas a la autoestima y desempeñándose un importante rol en el fomento y mantenimiento de la salud y el bienestar de las personas; (b) el consejo que alude a las guías necesarias que moldean las estrategias de afrontamiento emocional y conductual ante las distintas demandas del entorno y (c) el apoyo instrumental, definido como la prestación de ayuda material directa o servicios. (Méndez, P., & Barra, E. 2008).

Se ha señalado que los efectos beneficiosos de las relaciones sociales en el bienestar individual se producen a través de su influencia en el autoconcepto, los sentimientos de valía personal, de control personal y la conformidad con las normas conductuales. El apoyo social permite a la persona lograr una mayor estabilidad, predictibilidad y control de sus procesos, refuerza la autoestima favoreciendo la construcción de una percepción más positiva de su ambiente, promueve el autocuidado y el mejor uso de sus recursos personales y sociales (Méndez, P., & Barra, E. 2008).

Diversas investigaciones han constatado la influencia que la disponibilidad y satisfacción con la red de apoyo social tiene en la percepción de la propia salud y en

las conductas de salud preventivas y estilos de vida saludables (Gracia & Herrero, 2006; Musitu & Cava, 2002). Así también se ha podido establecer que la existencia de relaciones humanas positivas permite alcanzar estados de relativo bienestar y superar acontecimientos estresantes durante las distintas etapas de la vida. (Méndez, P., & Barra, E. 2008).

III.4.1 Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social (MSPSS)

La Escala Multidimensional de Apoyo Social (MSPSS) de Zimet, Dahlem, Zimet & Farley (1988), conformada por 12 afirmaciones (ítems) que evalúan la percepción de apoyo social. Estos ítems se agrupan en 3 factores. El primero mide apoyo social de pares (ítems 6, 7, 9 y 12), el segundo apoyo de la familia (ítems 3, 4, 8 y 11) y el tercero percepción de apoyo de la pareja u otras figuras significativas (ítems 1, 2, 5 y 10). El formato de respuesta es de tipo Likert, de cuatro puntos (1 = casi siempre; 2 = a veces; 3 = con frecuencia; 4 = siempre o casi siempre) y se califica como buena percepción una puntuación de 36-48 puntos, percepción media de 25-35 puntos, baja de 12-24 puntos. (Moreno Moncada, O. A. 2023).

Dicha escala posee ciertas ventajas tales como haber sido diseñada específicamente para evaluar la percepción de apoyo social de tres fuentes diferentes: familia, grupo de pares y otros significativos, contando además con una subescala para cada una de estas fuentes. Diversos estudios han demostrado que esta escala posee un excelente comportamiento psicométrico y un índice de confiabilidad del instrumento de .849, con la totalidad de los ítems.

Otra de las ventajas que tiene dicho instrumento, es que mientras algunas escalas que evalúan apoyo social o percepción de este son engorrosas en su aplicación, la MSPSS es una escala de autorreporte breve y de fácil utilización. (Gracia, E., & Herrero, J. 2006).

III.5. Familia

Definir el concepto de familia no es sencillo, dada la gran dinámica que ha presentado en su evolución histórica y social. Existen múltiples definiciones y

conceptos que se han expuesto a través de la historia y aunque en términos se ha definido de distintas maneras, el grupo formado por el esposo la esposa y los hijos sigue siendo la unidad básica de la sociedad occidental. Existen una gran diversidad de definiciones, pero ninguno será lo suficientemente completo el más adecuado dependerá de nuestras necesidades o del enfoque sociológico, demográfico o antropológico. (Figueroa-Suárez, M. E., et al. 2014).

En 1999 Wynne definió a la familia como un sistema social único y primario en permanente interacción con los demás sistemas sociales primitivos y secundarios. En ella se encuentran los gérmenes patógenos que podemos detectar a la luz de los conocimientos de psicodinamismo del grupo familiar. (Figueroa-Suárez, M. E., et al. 2014).

III.5.1 Familia y diabetes tipo 2

Un pilar importante en el apoyo del paciente con diabetes es la familia. El apoyo insuficiente de esta puede favorecer el descontrol metabólico, limitando el adecuado control y tratamiento de la enfermedad. El diagnóstico de esta enfermedad dentro de la unidad familiar repercute de manera diferente para sus miembros, ya que son muchos los factores que intervienen en ello, entre ellos se encuentra la actitud de quien padece diabetes, la cercanía o lejanía afectiva con la persona que padece diabetes, el grado de compromiso adquirido en la relación, la reacción de adaptación familiar y el apoyo social. (Membrillo, A., et al. 2008).

III.5.2. Crisis familiar

Una crisis es definida como un cambio profundo y de consecuencias importantes en un proceso o una situación, o en la manera en que estos son apreciados. En el ámbito familiar, la ruptura temporal del equilibrio psicológico que ocurre cuando un individuo, la familia o ambos, enfrentan una situación abrumadora que no son capaces de superar con sus recursos habituales, lo que puede producir una adaptación disfuncional continua y un cambio consecuente es conocido como crisis. (Rodríguez, L., & Vega, G. D. 2023).

III.5.2.1 Crisis normativa y paranormativa

Cualquier circunstancia o experiencia en la vida de una persona, familia o ambos que genere estrés y un cambio es una crisis, y puede ser de dos tipos: del desarrollo también conocido como normativas o pueden ser accidentales también llamados paranormativa. Las crisis del desarrollo normativas son los eventos relacionados con la evolución, y por lo tanto son esperados o predecibles, y son experimentadas por la mayoría de las familias. Dentro de estas se encuentran el matrimonio, embarazo, nacimiento, inicio de la escuela, adolescencia, graduación escolar, asistir a la universidad, empezar a trabajar, nido vacío, menopausia, retiro y viudez.

Las crisis paranormativas corresponden a los eventos inesperados que pueden afectar a una persona, familia o ambos y que producen desequilibrio, la sensación de falla o incompetencia y, por lo tanto, un cambio en la funcionalidad familiar. (Rae.es. S/f)

III.5.2.2 Escala “crisis familiares en población mexicana”

Un instrumento de fácil aplicación para población mexicana para evaluar crisis normativas y paranormativas, en pacientes que cursen con alguna situación que genere conflicto o algún cambio en su familia. Dicho instrumento consta de 52 ítems, para evaluar crisis normativas (ítem 1-26) y crisis paranormativas (ítem 27-52); Cuenta con un Alfa de Cronbach de 0.965. Este instrumento puede ser aplicado en un tiempo promedio de 5 - 10 minutos, por lo que es un instrumento que puede ser aplicado en consultorio. (Rodríguez, L., & Vega, G. D. 2023).

Dicho instrumento consta de 52 ítems, distribuidos en 9 dominios para evaluar crisis normativas (ítem 1-26) y crisis paranormativas (ítem 27-52); que tienen opción de respuesta a calificar como: 1 nunca, 2 casi nunca, 3 pocas veces, 4 casi siempre o 5 siempre, y de acuerdo con el puntaje obtenido en éste se podrá evaluar crisis normativa: puntaje de 26 corresponde sin crisis, 27-45 puntos corresponde crisis leve,

46-65 puntos corresponde crisis moderada y 66-130 puntos corresponde a crisis severa. Las crisis paranormativas se califican como sigue: 50-92 puntos corresponde sin crisis, 91-154 crisis leve, 155-196 crisis moderada y 197-258 corresponde a crisis severa. (Rodríguez, L., & Vega, G. D. 2023).

Los ítems de crisis normativas se encuentran organizados en cinco dominios, el primer dominio es matrimonio y corresponde a los ítems 1-5, el dominio II. Expansión abarca del ítem 6-10, dominio III. Dispersión abarca del ítem 11-15, dominio IV. Independencia del ítem 16-20 y el dominio V. Retiro abarca del ítem 21-26. Las crisis paranormativas corresponden a los dominios VI-IX, dominio VI. Desmembramiento abarca del ítem 27-32, dominio VII. Incremento es del ítem 33-37, dominio VIII. Desmoralización corresponde del ítem 38-46, dominio IX. Desorganización abarca los ítems 47-52. (Rodríguez, L., & Vega, G. D. 2023).

IV. Hipótesis

Ho1: El porcentaje de pacientes mayores de 18 años con diabetes tipo 2 y buen estilo de vida es igual o mayor al 43%. El porcentaje de pacientes mayores de 18 años con diabetes tipo 2 y mal estilo de vida es igual o menor al 57%

Ha1: El porcentaje de pacientes mayores de 18 años con diabetes tipo 2 y buen estilo de vida es menor al 43%. El porcentaje de pacientes mayores de 18 años con diabetes tipo 2 y mal estilo de vida es mayor al 57%

Ho2: El porcentaje de pacientes mayores de 18 años con diabetes tipo 2 y crisis familiar es igual o menor al 30%. El porcentaje de pacientes mayores de 18 años con diabetes tipo 2 y sin crisis familiar es igual o mayor al 10%

Ha2: El porcentaje de pacientes mayores de 18 años con diabetes tipo 2 y crisis familiar es mayor al 30%. El porcentaje de pacientes mayores de 18 años con diabetes tipo 2 y sin crisis familiar es menor al 10%

Ho3: El porcentaje de pacientes mayores de 18 años con diabetes tipo 2 y depresión es igual o menor al 10%. El porcentaje de pacientes mayores de 18 años con diabetes tipo 2 y sin depresión es igual o mayor al 40%

Ha3: El porcentaje de pacientes mayores de 18 años con diabetes tipo 2 y depresión es mayor al 10%. El porcentaje de pacientes mayores de 18 años con diabetes tipo 2 y sin depresión es menor al 40%

Ho4: El porcentaje de pacientes mayores de 18 años con diabetes tipo 2 y apoyo social percibido es igual o mayor al 40%. El porcentaje de pacientes mayores de 18 años con diabetes tipo 2 y sin apoyo social percibido es igual o menor al 20%

Ha4: El porcentaje de pacientes mayores de 18 años con diabetes tipo 2 y apoyo social percibido es menor al 40%. El porcentaje de pacientes mayores de 18 años con diabetes tipo 2 y sin apoyo social percibido es mayor al 20%.

V. Objetivos

V.1 Objetivo general

Determinar la asociación entre factores psico-sociofamiliares y el estilo de vida en pacientes con diabetes tipo 2 de una UMF.

V.2 Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de los pacientes con diabetes tipo 2.
2. Determinar el estilo de vida de los pacientes con diabetes tipo 2.
3. Determinar la crisis familiar por la que estén atravesando los pacientes con diabetes tipo 2.
4. Determinar las características psicológicas de los pacientes con DT2.
5. Determinar el apoyo social percibido por los pacientes con diabetes tipo 2.

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

Observacional, analítico de casos y controles.

VI.2 Población

Derechohabientes mayores de 18 años con diagnóstico de diabetes tipo 2, adscritos a la UMF No13 OOAD Querétaro.

VI.3 Muestra y tipo de muestreo

La muestra se calculó con base a la fórmula para casos y controles tomando en cuenta el tamaño muestral mínimo necesario para detectar un odds ratio significativamente diferente de 1. Con una frecuencia de exposición entre los casos de 57% y una frecuencia de exposición entre los controles de 43% con un odds ratio a detectar de 2.00, con un nivel de confianza de 0.95 y una potencia de 0.80.

$$n = \frac{(1.96 \times \sqrt{2} pq + 0.84 \times \sqrt{p_{ca} q_{ca} + p_{co} q_{co}})^2}{(p_{ca} - p_{co})^2}$$

$$p_{ca} = 0.57$$

$$p = 0.50$$

$$q = 1 - p$$

$$q_{ca} = 1 - p_{ca}$$

$$q_{co} = 1 - p_{co}$$

$$n = \frac{(1.96 X \sqrt{2(.50)(.49)} + 0.84 X \sqrt{(.57)(.56)} + (.43)(.42))^2}{(0.57 - 0.43)^2}$$

$$n = \frac{(1.372 + 0.5913)^2}{0.0196}$$

$$n = \frac{3.85454689}{0.0196}$$

$$n = 196.6605$$

Sin embargo, se ajustó el tamaño de muestra a 200 participantes y se hizo una relación 2:1 quedando como se indica:

100 pacientes con diabetes tipo 2 y con mal estilo de vida como casos.

200 pacientes con diabetes tipo 2 y con buen estilo de vida como controles.

Dando un total de 300 participantes

Muestreo: no probabilístico por conveniencia

VI. 3.1 Criterios de selección

Se incluyeron a hombres y mujeres a partir de los 18 años, con diagnóstico de DT2 sin importar el tiempo de evolución, que aceptaron participar en el estudio mediante firma de carta de consentimiento informado. Se excluyeron participantes que no supieran leer ni escribir, que presentaran alguna comorbilidad concomitante (enfermedad renal crónica, VIH, algún tipo de cáncer, enfermedad hepática crónica, insuficiencia cardiaca crónica) y pacientes embarazadas. Se eliminaron a

participantes que decidieron abandonar el estudio o cuestionarios u hoja de recolección de datos incompleta.

VI. 3.2 Variables estudiadas

Las variables sociodemográficas estudiadas fueron la edad, sexo, estado civil, ocupación y tiempo de evolución de la enfermedad. Dentro de las variables de asociación fueron estilo de vida, depresión, apoyo social percibido y crisis familiar.

VI.4 Técnicas e instrumentos

Se utilizó una hoja de recolección de datos foliada para su adecuada identificación, que contenía un cuestionario de variables sociodemográficas para conocer las características generales de la población: edad, sexo, estado civil, ocupación y años de diagnóstico. Así como el instrumento de evaluación para estilo de vida, depresión, apoyo social y crisis familiar.

Para estimar el estilo de vida se utilizó la Escala IMEVID con alfa de Cronbach de 0.81, integrada por de 25 ítems que se califican mediante escala tipo Likert, con tres opciones de respuesta (casi nunca, algunas veces y casi siempre) y abarcando las dimensiones de nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre la diabetes, manejo de emociones y cumplimiento del tratamiento. Sus opciones de respuesta corresponden a calificaciones de 0, 2 y 4, para una escala total de 0 a 100 puntos. Para el presente trabajo se dicotomizó la puntuación final correspondiendo de la siguiente manera: <80 puntos, estilo de vida desfavorable y >80 puntos, estilo de vida favorable.

Escala de Zung para evaluar depresión, con alfa de Cronbach de 0.85, compuesta de 20 enunciados relacionados con la depresión. Estos enunciados están divididos en dos partes: la mitad formuladas en negativo, y la otra mitad en positivo. Cada enunciado esta puntuado en una escala del 1-4, donde: 1-muy pocas veces, 2-

algunas veces, 3-muchas veces y 4-casi siempre. El rango de los resultados puede oscilar en una puntuación entre 20-80 puntos. Para el presente trabajo de dicotomizo la puntuación final quedando de la siguiente manera: >28 puntos, con depresión y <28 puntos, sin depresión.

Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, con alfa de Cronbach de 0.84, conformada por 12 afirmaciones (ítems) que se agrupan en 3 factores. El primero mide apoyo social de pares (ítems 6, 7, 9 y 12), el segundo apoyo de la familia (ítems 3, 4, 8 y 11) y el tercero percepción de apoyo de la pareja u otras figuras significativas (ítems 1, 2, 5 y 10). El formato de respuesta es de tipo Likert, de cuatro puntos (1 = casi siempre; 2 = a veces; 3 = con frecuencia; 4 = siempre o casi siempre). El rango de los resultados va de 12-48 puntos. Para el presente trabajo se dicotomizó la puntuación final, quedando de la siguiente manera: <36 puntos, sin percepción de apoyo y >36 puntos, con percepción de apoyo.

Escala de Crisis familiares en población mexicana, con alfa de Cronbach de 0.96, conformada por 52 ítems, distribuidos en 9 dominios para evaluar crisis normativas (ítem 1-26) y crisis paranormativas (ítem 27-52); Los ítems de crisis normativas se encuentran organizados en cinco dominios: I. Matrimonio y corresponde a los ítems 1-5, II. Expansión, abarca del ítem 6-10, III. Dispersión, abarca del ítem 11-15, IV. Independencia, del ítem 16-20 y V. Retiro, abarca del ítem 21-26. Las crisis paranormativas corresponden a los dominios VI-IX, donde: VI. Desmembramiento, abarca del ítem 27-32, VII. Incremento, del ítem 33-37, VIII. Desmoralización, del ítem 38-46 y IX. Desorganización, abarca los ítems 47-52.

Sus opciones de respuesta a calificar corresponden a: 1 nunca, 2 casi nunca, 3 pocas veces, 4 casi siempre o 5 siempre. Para el presente trabajo se dicotomizó la puntuación final, quedando de la siguiente manera: para crisis normativa, >26 con crisis y <26 sin crisis. Para crisis paranormativa >92 se categorizó como con crisis y <92 sin crisis.

VI.5 Procedimientos

Posterior a la autorización por el Comité Local de Investigación, se solicitó permiso mediante oficio firmado por la directora de tesis a las autoridades correspondientes de la Unidad de Medicina Familiar No.13, IMSS OOAD Querétaro. Los participantes fueron captados en sala de espera de ambos turnos, donde se identificaron a aquellos que cumplieran con criterios de selección y de forma verbal se les invitó a participar en el estudio, dando una explicación detallada sobre el objetivo de la investigación, resolviendo en todo momento sus dudas y haciendo énfasis en su participación voluntaria, una vez obtenido el consentimiento verbal se procedió a firmar la carta de consentimiento informado, una vez requisitada, se procedió a recabar los datos sociodemográficos, posteriormente se le entregaron los 4 cuestionarios utilizados para este estudio: IMEVID (25 reactivos), Escala para depresión de Zung (20 reactivos), Crisis familiares en población mexicana (52 reactivos) y la Escala multidimensional de percepción de apoyo social (12 reactivos), los cuales fueron respondidos en un tiempo total aproximado de 20 min. En todo momento el investigador estuvo presente para aclaración de dudas o en caso de que algún participante requiriera apoyo. Al término de la entrevista se otorgó a cada participante un resultado preliminar y en caso de requerir apoyo se derivó a su Médico Familiar.

VI.5.1 Análisis estadístico

La información recolectada fue organizada en una base de datos que facilitó el análisis estadístico, se empleó estadística descriptiva que se expresó en frecuencias, porcentajes. Medianas, RIQ y estadística inferencial que incluyó, Chi cuadrada y OR para las variables cualitativas, U de Mann Whitney para las cuantitativas

VI.5.2 Consideraciones éticas

En el presente estudio se contempla la reglamentación ética vigente al someterse a un comité de investigación local en salud, ante el cual se presentó para su revisión, evaluación y aceptación.

La información se utilizará solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio. Dentro de la Declaración de Helsinki 2013 se respeta el artículo 11 “En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

Así como el artículo 23 que refiere “deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.” Además, se aplicó la reglamentación de la norma oficial mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Según lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su Artículo 17, por las características del estudio se considera de riesgo mínimo, ya que los participantes al contestar los cuestionarios perdieron tiempo de sus actividades y/o trabajo, así mismo por ser de esta índole se llevó a cabo la firma del consentimiento informado con todos los participantes.

En este estudio se consideraron los tres principios éticos básicos: respeto a las personas, beneficencia y justicia de acuerdo con el informe Belmont. Durante todo el proceso los datos fueron manejados de forma confidencial, a cada participante se le asignó un número de folio y los datos fueron encriptados en un programa estadístico. Se les informó cuál es el tema de la investigación, así como el propósito del estudio, las implicaciones de este y se detalló el procedimiento mencionando, la participación fue voluntaria y que no tuvo costo alguno ni incentivo de otra índole. Se garantizó la dignidad y bienestar a los pacientes sometidos a investigación, en todo momento se trató al personal de salud con respeto.

VII. Resultados

El estudio incluyo a 300 participantes, en el grupo de participantes con estilo de vida desfavorable la mediana de edad fue de 64.07 con un RIQ de 53.05-70.05, la mediana de años de diagnóstico fue de 6 con un RIQ de 4-8, el sexo femenino estuvo presente en un 52% (52), el estado civil casado en un 54% (54) y la ocupación trabajador activo represento el 42% (42), en comparación con participantes con estilo de vida favorable donde la mediana de edad fue de 62.02 con un RIQ de 53.05-69.10, la mediana de años de diagnóstico fue de 6 con un RIQ de 4-8, el sexo femenino represento el 60% (120), el estado civil casado el 70% (140) y la ocupación trabajador activo el 42% (84), sin encontrar diferencia estadísticamente significativa entre grupos, p valor > 0.05. Cuadro VII.1

En el grupo de estilo de vida desfavorable se observó mayor incidencia de depresión con el 70% (70), no hubo una percepción de apoyo en el 60% (60), las crisis normativas estuvieron presentes en el 20% (20) y las crisis paranormativas en el 35% (35). Mientras que por el contrario en el grupo de pacientes con estilo de vida favorable sólo el 16% (32) presentó depresión, el 61% (122) percibió apoyo social, el 85.5% (171) no presento algún tipo de crisis normativa y el 100% (200) no se encontraba cursando alguna crisis paranormativa. Habiendo diferencia estadísticamente significativa solo en depresión y apoyo social, con p valor <0.05, en el caso de crisis paranormativas, a pesar de una p<0.05, al encontrarse el 100% en un solo grupo no pudo tomarse en cuenta la significancia. Se encontró en la variable de depresión una OR de 12.25, lo que significa que el padecer depresión aumenta hasta 12.25 veces más la posibilidad de un estilo de vida desfavorable. Cuadro VII.2

Cuadro VII.1 Características sociodemográficas

	n = 300				
	Estilo de vida desfavorable		Estilo de vida favorable		p*
	n = 100	n = 200	m_e	RIQ***	
Edad	64	53.05-70.05	62.02	53.05-69.10	0.540
Años diagnóstico	6	4-8	6	4-8	0.901
	f	%	f	%	p**
Sexo					
Femenino	52	52	120	60	0.187
Masculino	48	48	80	40	
Estado civil					
Casado	54	54	140	70	
Divorciado	25	25	39	19.5	
Viudo	11	11	16	8	0.011
Soltero	7	7	2	1	
Unión libre	3	3	3	1.5	
Ocupación					
Trabajador activo	42	42	42	84	
Pensionado o jubilado	36	36	61	30.5	0.494
Labores del hogar	22	22	55	27.5	

Fuente: Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de DT2 de la UMF 13 Querétaro. *U Mann – Whitney, ** Chi cuadrada. *** Rango Intercuartil

Cuadro VII.2 Factores psico-sociofamiliares y estilo de vida

Factores psico-sociofamiliares	Estilo de vida desfavorable n = 100		Estilo de vida favorable n = 200		p*	n = 300	OR	IC 95%
	f	%	f	%				
Depresión								
Con depresión	70	70	32	16	0.000	12.25 (IC 6.92 - 21.67)		
Sin depresión	30	30	168	84				
Total	100	100	200	100				
Percepción de apoyo social								
Sin apoyo social	60	60	78	39	0.001	0.426 (IC 0.16 - 0.45)		
Con apoyo social	40	40	122	61				
Total	100	100	200	100				
Crisis normativa								
Sin crisis	80	80	171	85.5	0.224	1.474 (IC 0.78 - 2.76)		
Con crisis	20	20	29	14.5				
Total	100	100	200	100				
Crisis paranormativa								
Sin crisis	65	65	200	100	0.000	4.067 (IC 3.30 - 5.03)		
Con crisis	35	35	0	0				
Total	100	100	200	100				

Fuente: Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de DT2 de la UMF 13
Querétaro. *Chi cuadrada. OR.

IX. Discusión

La diabetes tipo 2 (DT2) tiene una prevalencia cada año mayor a nivel mundial, considerándose el tratamiento no farmacológico, como los factores psicosociales, importantes para su control (Keays et al,2007), al encontrarse intrínsecamente relacionada con el estilo de vida y los factores sociodemográficos (Diabetesatlas.org, 2023; Zambrano et al., 2019). Si bien la American Diabetes Association (2021) destaca el tener una clasificación, diagnóstico y tratamiento farmacológico precisos de la diabetes y el tenerse una adecuada dieta (Riobo et al, 2018), los cambios en el estilo de vida son considerados estratégicos en la prevención (Ruiz de Eguilaz et al, 2016) existiendo una influencia significativa del estilo de vida en el desarrollo, manejo y evolución de la diabetes de acuerdo a Keays (2007) y Forouhi, Wareham (2019)

La dimensión psico-sociofamiliar está compuesta por la evaluación del impacto de la depresión en pacientes con DT2 (Sánchez et al, 2016; Benítez et al, 2017). Aspectos como la percepción del apoyo social (Gracia y Herrero, 2006) y la influencia de las crisis normativas y paranormativas en el entorno familiar (Rodríguez y Vega, 2023) también son consideradas como componentes fundamentales de esta dimensión. Existiendo una relación intrínseca entre el estilo de vida y el control metabólico de acuerdo con el estudio de Figueroa et al, (2014).

Aunque no hubo diferencias significativas en la edad y el género entre los grupos, estos hallazgos coinciden con la literatura existente sobre la prevalencia de la diabetes en diferentes grupos demográficos (Keays, 2007; Forouhi y Wareham, 2019).

El predominio de pacientes casados podría indicar la importancia del apoyo social en el manejo de la diabetes como lo señala Moreno, (2022). Este hallazgo respalda la idea de que el entorno familiar puede influir en el control de la enfermedad (Federación Mexicana de Diabetes, 2015).

La alta prevalencia de depresión en el grupo de casos es consistente con estudios previos que han vinculado la depresión con un peor control de la diabetes

(Sánchez et al, 2016). La asociación significativa con el estilo de vida desfavorable refuerza la importancia de evaluar y abordar la salud mental en pacientes con diabetes (Zung, 1965).

La falta de percepción de apoyo en el grupo de casos sugiere que el apoyo social puede desempeñar un papel crucial en la adopción de un estilo de vida saludable, asociándose una baja percepción de apoyo con una adherencia deficiente al tratamiento (Ortiz y Baeza, 2010) y en nuestro estudio donde existió una relación estadística entre una baja percepción de apoyo y un estilo de vida desfavorable, como se refirió en su estudio Moreno (2022), donde se enfatiza la importancia de evaluar y abordar el entorno social de los individuos en el manejo de la diabetes.

Aunque las crisis normativas no mostraron una asociación significativa, la presencia de crisis paranormativas se relacionó fuertemente con un estilo de vida desfavorable. Este resultado respalda la idea de que factores estresantes pueden impactar en la salud y el bienestar del paciente (Gracia y Herrero, 2006), así como resalta la necesidad de considerar no solo factores normativos sino también aquellos que van más allá de las crisis familiares tradicionales (Rodríguez y Vega, 2023).

Los resultados son consistentes con investigaciones anteriores que han demostrado que la depresión y la falta de apoyo social están vinculadas a un peor control de la diabetes y a un estilo de vida desfavorable (Passik et al, 2000; Zhang et al, 2007). Además, la duración de la diabetes no está relacionada ni considerada de riesgo al padecer un estilo de vida desfavorable. (Asche et al., 2011).

Es importante señalar y reconocer las limitaciones de este estudio, como lo es el diseño transversal y el tamaño de la muestra. Futuras investigaciones podrían explorar más a fondo la relación causal entre las variables identificadas. La comprensión de estos factores puede guiar a desarrollar intervenciones clínicas y programas de apoyo más efectivos para mejorar el estilo de vida y control de la diabetes en este grupo de pacientes.

X. Conclusiones:

En el presente estudio existió relación estadística entre los factores psicosociales con un estilo de vida desfavorable, como en la depresión y la falta de apoyo social percibido, aceptándose la hipótesis alterna en ambos casos (Ha3, Ha4) considerándose la importancia de una atención integral y la inclusión de estrategias específicas de apoyo psicosocial en el tratamiento de la diabetes tipo 2.

Estos hallazgos sugieren que la salud mental desempeña un papel crucial en la calidad de vida de los pacientes con diabetes tipo 2, así como la importancia de las redes de apoyo en la gestión de la enfermedad, considerándose la necesidad de estrategias que fortalezcan el respaldo social para mejorar la calidad y estilo de vida del paciente, existiendo una complejidad de la diabetes tipo 2, destacando la necesidad de intervenciones integrales que aborden tanto los aspectos físicos como los psicosociales

Las crisis normativas y paranormativas en el entorno familiar indicando un porcentaje mayor al 30%, aceptándose parcialmente la hipótesis alterna Ha2 aunque no se logró demostrar que sea significativamente mayor.

XI. Propuestas

Integrar en la consulta como médico familiar una evaluación psicosocial de mis pacientes, identificando y apoyándome en el modelo de trabajo con familias, para el abordaje de aquellos pacientes que ameriten dicha intervención. Aunque en el medio institucional una de las limitantes sería el tiempo que se nos asigna por consulta, estas acciones pueden realizarse en diferentes consultas, pudiendo identificar 3 pacientes por día a los cuales se les podría invertir un poco más de tiempo, generando un pequeño cambio en cada una de ellas, además de hacer uso de las herramientas y equipos de apoyo con los que se cuentan en las UMF, como trabajo social, psicología, CADIMSS, y nutrición.

El área de oportunidad en este trabajo considero es el aspecto de la familia, donde se puede profundizar más en futuros estudios, conociendo el tipo de familia, las dinámicas y los roles, de esta forma medir el impacto de tienen estas características con el buen o mal estilo de vida de los pacientes con DT2.

XII. Bibliografía

1. Álvarez, A., Kozak, A., Costa, L., Alzueta, G., Bauchi, J., De Boni, C., ... & Grosembacher, L. (2020). Evaluación de la funcionalidad del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal a través del test de respuesta del cortisol al despertar en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 con y sin depresión: Estudio Multicéntrico Argentino (EMA-1). *Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes*, 54(3), 132-139.
2. American diabetes association standards of medical care in diabetes-2021. Chapter 2. Classification and diagnosis of diabetes. (reprinted with permission the American diabetes association). (2021). *Clinical endocrinology and endocrine surgery*, 3, 82–101. <https://doi.org/10.30978/cees-2021-3-82>
3. Asche, C., LaFleur, J., & Conner, C. (2011). A review of diabetes treatment adherence and the association with clinical and economic outcomes. *Clinical therapeutics*, 33(1), 74-109.
4. Benítez-Agudelo, J. C., Barceló-Martínez, E., & Gelves-Ospina, M. (2017). Psychological factors involved in metabolic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *Anuario de Psicología*, 47(3).
5. Contreras, F., Jiménez, S., García, M., Rocafull, J., Montero, E., & González, M. (2001). Nuevos Aspectos en el Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Arch Venez Farmacol Ter.* 20, 6–26.
6. Dávila, M., & Jiménez, M. E. (2007). Psicodiabetes. Avances en Psicología Latinoamericana, 25(1), 126-143.
7. Delamater, A. M., Jacobson, A. M., Anderson, B., Cox, D., Fisher, L., Lustman, P. & Wysocki, T. (2001). Psychosocial therapies in diabetes: report of the Psychosocial Therapies Working Group. *Diabetes care*, 24(7), 1286-1292.

8. De Salud, S. (s/f). 008. En México, 3.6 millones de personas adultas padecen depresión. gob.mx. Recuperado el 13 de diciembre de 2023, de <https://www.gob.mx/salud/prensa/008-en-mexico-3-6-millones-de-personas-adultas-padecen-depresion>
9. Diabetesatlas. org. (2017). IDF Diabetes Atlas Brussels.
10. Elizondo, T. G., & Herrera, R. F. G. (2015). Trabajo con familias: abordaje médico e integral. Editorial El Manual Moderno.
11. Figueroa-Suárez, M. E., Cruz-Toledo, J. E., Ortiz-Aguirre, A. R., Lagunes-Espinosa, A. L., Jiménez-Luna, J., & Rodríguez-Moctezuma, J. R. (2014). Estilo de vida y control metabólico en diabéticos del programa DiabetIMSS. *Gac Med Mex*, 150(1), 29-34.
12. Fuster, E. G. (1997). El apoyo social en la intervención comunitaria (Vol. 1). Grupo Planeta (GBS).
13. Figueroa-Suárez, M. E., Cruz-Toledo, J. E., Ortiz-Aguirre, A. R., Lagunes-Espinosa, A. L., Jiménez-Luna, J., & Rodríguez-Moctezuma, J. R. (2014). Estilo de vida y control metabólico en diabéticos del programa DiabetIMSS. *Gac Med Mex*, 150(1), 29-34.
14. Forouhi, N. G., & Wareham, N. J. (2019). Epidemiology of diabetes. *Medicine*, 47(1), 22-27.
15. Garmendia-Lorena, F. (2000). Oral hypoglycemic agents in the current treatment of Diabetes Mellitus type 2: Metformin.
16. Gracia, E., & Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista latinoamericana de psicología*, 38(2), 327-342.

17. Imbaquingo, D., Imbaquingo, H., Salazar, D., Rodriguez, M., León, K., & Hoyos, E. (2023). Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinaria, 7(2), 379–395.
18. Keays, R. (2007). Diabetes. Current Anaesthesia and Critical Care, 18(2), 69–75. <https://doi.org/10.1016/j.cacc.2007.03.007>
19. La diabetes en el entorno familiar. (2015, julio 16). Federación Mexicana de Diabetes, A.C. - Federación Mexicana de Diabetes, A.C. <https://fmdiabetes.org/diabetes-en-el-entorno-familiar/>
20. López-Pérez, M. G., & Ávila-Jiménez, L. (2023). Propiedades psicométricas de una escala de depresión en pacientes con diabetes tipo 2. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 25(4), 1481-1498.
21. López-Carmona, J. M., Ariza-Andracá, C. R., Rodríguez-Moctezuma, J. R., & Munguía-Miranda, C. (2003). Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Salud pública de México, 45, 259-267.
22. Membrillo, A., Fernández, M., Quiroz, J., & Rodríguez, J. (2008). Familia, introducción al estudio de sus elementos. Ciudad de México: ETM, 270.
23. Méndez, P., & Barra, E. (2008). Apoyo social percibido en adolescentes infractores de ley y no infractores. Psykhe (Santiago), 17(1), 59-64.
24. Moreno Moncada, O. A. (2023). Conocimiento de la enfermedad y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes Mellitus de un establecimiento Médico de el Guabo, 2022.
25. Ofman, S. D., Taverna, M. J., & Stefani, D. (2019). Importancia de considerar los factores psicosociales en la diabetes mellitus tipo 2. Revista Cubana de Endocrinología, 30(2), 1-19.

26. (S/f). Org.mx. Recuperado el 13 de diciembre de 2023, de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemograficos/DefuncionesRegistradas2020_Preliminar_07.pdf.
27. Parada, M. S. O., & Rivera, M. J. B. (2011). Propiedades psicométricas de una escala para medir apoyo social percibido en pacientes chilenos con diabetes tipo 2. *Universitas psychologica*, 10(1), 189-196.
28. Passik, S. D., Lundberg, J. C., Rosenfeld, B., Kirsh, K. L., Donaghy, K., Theobald, D. & Dugan, W. (2000). Factor analysis of the Zung Self-Rating Depression Scale in a large ambulatory oncology sample. *Psychosomatics*, 41(2), 121-127.
29. Pérez-Lozanoa, D. L., Camarillo-Navab, V. M., Juárez-Zepedac, T. E., Andrade-Pinedad, J. E., Lucho-Gutiérreze, Z. M., & Reyes-Pachecof, J. A. (2023). Costo-efectividad del tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 61(2), 172–180.
30. (S/f). Rae.es. Recuperado el 13 de diciembre de 2023, de <https://dle.rae.es/crisis>
31. Ramírez Sierra, V. D. (2019). Frecuencia de diabetes tipo 2, complicaciones y factores asociados en pacientes mayores de 30 años de la consulta externa de medicina interna del Hospital Universitario de Puebla del 2017 (Bachelor's thesis, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla).
32. Riobo, P. (2018). Pautas dietéticas en la diabetes y en la obesidad. *Nutr Hosp*, 35, 109–115.
33. Rivera Vázquez, P., Hernández Villanueva, C., Carbajal Mata, F. E., & Maldonado Guzmán, G. (2016). Funcionalidad Familiar y Control Glicémico en Adultos Diabéticos Tipo2 en una Comunidad Rural de Tamaulipas, México. *Rev Car Cienc. Sos.*

34. Rodríguez, L., & Vega, G. D. (2023). Construcción y validación de un instrumento para evaluación de crisis familiares.
35. Ruiz De Eguilaz, H., Batlle, M., De Morentin, M., San-Cristóbal, M. A., Pérez-Díez, B., & Navas-Carretero, R. (2016). Cambios alimentarios y de estilo de vida como estrategia en la prevención del síndrome metabólico y la diabetes mellitus tipo 2: hitos y perspectivas. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 39, 269–289.
36. Sánchez-Cruz, J. F., Hipólito-Lóenzo, A., Mugártegui-Sánchez, S. G., & Yáñez-González, R. M. (2016). Estrés y depresión asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Atención familiar*, 23(2), 43-47.
37. Zambrano, M., Zambrano, P., Tagle, A., Pavon, S., De La Torre, G., & Justicia, E. (2019). Tratamiento farmacológico para pacientes con diabetes. *Dominio de las Ciencias*, 5, 69–90.
38. Zhang, X., Norris, S. L., Gregg, E. W., & Beckles, G. (2007). Social support and mortality among older persons with diabetes. *The Diabetes Educator*, 33(2), 273-281.
39. Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of general psychiatry*, 12(1), 63-70.

XIII. Anexos

XIII.1 Hoja de recolección de datos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FOLIO: _____

NSS _____

EDAD: _____

SEXO: H M

Marque con una “X” su estado civil.

Soltero	Casado	Divorciado	Unión libre	Viudo

Marque con una “X” su ocupación actual.

Labores del hogar	Trabajo activo	Desempleado	Pensionado o jubilado

¿En qué año fue diagnosticado con diabetes?

Clave 2810-009-013

XIII.2 Instrumentos

Escala IMEVID

Por favor lea cuidadosamente las preguntas y marque con una “X” la respuesta que usted considere que refleja mejor su estilo de vida en los últimos 3 meses.

1. ¿Con qué frecuencia come verduras?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
2. ¿Con qué frecuencia come frutas?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
3. ¿Cuántas piezas de pan come al día?	0 a 1	2	3 o más	
4. ¿Cuántas tortillas come al día?	0 a 3	4 a 6	7 o más	
5. ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
6. ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
7. ¿Come alimentos entre comidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
8. ¿Come alimentos fuera de casa?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
9. ¿Cuando termina de comer la cantidad ser vía inicialmente, pide que le sirvan más?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
10. ¿Con qué frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? (Caminar rápido, correr o algún otro)	3 o más veces por semana	1 a 2 veces por semana	Casi nunca	
11. ¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
12. ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa	Trabajos en casa	Ver televisión	
13. ¿Fuma?	No fumo	Algunas veces	Fumo a diario	
14. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Ninguno	1 a 5	6 o más	
15. ¿Bebe alcohol?	Nunca	Rara vez	1 vez o más por semana	
16. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	Ninguna	1 a 2	3 o más	
17. ¿A cuantas pláticas para personas con diabetes ha asistido?	4 o más	1 a 3	Ninguna	
18. ¿Trata de obtener información sobre la diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
19. ¿Se enoja con facilidad?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
20. ¿Se siente triste?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
21. ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
22. ¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
23. ¿Sigue dieta para diabético?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
24. ¿Olvida tomar sus medicamentos para la diabetes o aplicarse su insulina?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
25. ¿Sigue las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
Total				

* Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos

Gracias por sus respuestas

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung

Por favor lea cada enunciado y decida con que frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

Por favor marque (✓) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

Escala multidimensional de apoyo social percibido

Por favor, lea cuidadosamente cada una de las frases que aparecen a continuación y responda en qué medida le describen. Para contestar, utilice la siguiente escala:

	Muy en desacuerdo (1)	Bastante en desacuerdo (2)	Algo en desacuerdo (3)	Ni en desacuerdo ni de acuerdo (4)	Algo de acuerdo (5)	Bastante de acuerdo (6)	Muy de acuerdo (7)
1. Existe una persona especial que está cerca de mí cuando la necesito.							
2. Existe una persona especial con la cual puedo compartir alegrías y tristezas.							
3. Mi familia trata realmente de ayudarme.							
4. Tengo la ayuda y el apoyo emocional que necesito de mi familia.							
5. Tengo una persona especial que es una fuente real de consuelo para mí.							
6. Mis amigos tratan realmente de ayudarme.							
7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal.							
8. Puedo hablar de mis problemas con mi familia.							
9. Tengo amigos con los cuales puedo compartir mis alegrías y mis penas.							
10. Hay una persona especial en mi vida que se preocupa de mis sentimientos.							
11. Mi familia está dispuesta a ayudarme a tomar decisiones.							
12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos.							

TOTAL: _____

Instrumento Crisis Familiares en Población Mexicana

Instrucciones: De las siguientes situaciones, elija cual puede estar viviendo en este momento, que le genera conflicto o algún cambio en su familia; puede elegir varias situaciones.

No .	Situación	1	2	3	4	5
NORMATIVAS						
	DOMINIO I. MATRIMONIO					
1	Realizar acuerdos al tomar decisiones con mi pareja.	Nunca 1	Casi nunca 2	Pocas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
2	Vivir solo con mi pareja en nuestra casa.	Nunca 1	Casi nunca 2	Pocas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
3	Utilizar algún método de planificación familiar.	Nunca 1	Casi nunca 2	Pocas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
4	Que mi pareja trabaje.	Nunca 1	Casi nunca 2	Pocas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
5	El estado civil con mi pareja.	Nunca 1	Casi nunca 2	Pocas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
	DOMINIO II. EXPANSIÓN					
6	El número de hijos que tengo.	Nunca 1	Casi nunca 2	Pocas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
7	Planeación de mis embarazos.	Nunca 1	Casi nunca 2	Pocas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5

			2	3	re 4	
8	El tiempo que le dedico a mis hijos.	Nunca 1 2	Casi nunca 3	Pocas veces 3	Casi siemp re 4	Siemp re 5
9	La relación con mi pareja a partir de la llegada de mi primer hijo.	Nunca 1 2	Casi nunca 3	Pocas veces 3	Casi siemp re 4	Siemp re 5
10	La dificultad para tolerar y/o controlar las conductas de mis hijos.	Nunca 1 2	Casi nunca 3	Pocas veces 3	Casi siemp re 4	Siemp re 5
DOMINIO III. DISPERSIÓN						
11	Mis hijos estudiantes interfieren con mis actividades diarias.	Nunca 1 2	Casi nunca 3	Pocas veces 3	Casi siemp re 4	Siemp re 5
12	El separarme de mis hijos cuando van a la escuela o al trabajo.	Nunca 1 2	Casi nunca 3	Pocas veces 3	Casi siemp re 4	Siemp re 5
13	Que mi hijo ingrese a estudiar.	Nunca 1 2	Casi nunca 3	Pocas veces 3	Casi siemp re 4	Siemp re 5
14	Mis hijos no tienen una buena relación con sus compañeros de escuela.	Nunca 1 2	Casi nunca 3	Pocas veces 3	Casi siemp re 4	Siemp re 5
15	La adolescencia de mi(s) hijo(s).	Nunca 1 2	Casi nunca 3	Pocas veces 3	Casi siemp re 4	Siemp re 5
DOMINIO IV. INDEPENDENCIA						
16	Que mi hijo viva en otra casa distinta a la mía, por estudios.	Nunca 1 2	Casi nunca 3	Pocas veces 3	Casi siemp re 4	Siemp re 5
17	Que alguno de mis hijos viva en otro estado,	Nunca	Casi	Pocas	Casi	Siemp

	país.	1 2	nunca 3	veces	siemp re 4	re 5
18	Que mi hijo (a) viva con su pareja.	Nunca 1	Casi nunca	Pocas veces	Casi siemp re 4	Siemp re 5
19	Que mis hijos me visiten pocas veces.	Nunca 1	Casi nunca	Pocas veces	Casi siemp re 4	Siemp re 5
20	Que mis hijos se valgan por sí mismos para realizar sus actividades.	Nunca 1	Casi nunca	Pocas veces	Casi siemp re 4	Siemp re 5
DOMINIO V. RETIRO						
21	La jubilación de mi pareja.	Nunca 1	Casi nunca	Pocas veces	Casi siemp re 4	Siemp re 5
22	Que mi pareja sea un adulto mayor.	Nunca 1	Casi nunca	Pocas veces	Casi siemp re 4	Siemp re 5
23	La enfermedad de mi pareja: diabetes, hipertensión, enfermedades articulares.	Nunca 1	Casi nunca	Pocas veces	Casi siemp re 4	Siemp re 5
24	El ingreso familiar menor de 300 pesos por día.	Nunca 1	Casi nunca	Pocas veces	Casi siemp re 4	Siemp re 5
25	Ser una “carga” para nuestros hijos.	Nunca 1	Casi nunca	Pocas veces	Casi siemp re 4	Siemp re 5
26	No ser productivo laboralmente.	Nunca 1	Casi nunca	Pocas veces	Casi siemp re 4	Siemp re 5
PARANORMATIVAS						

DOMINIO VI. DESMEMBRAMIENTO							
27	La hospitalización a alguno de los miembros de la familia.	Nunca 1	Casi nunca 2	Pocas veces 3	Casi siempre 4	Casi siempre 5	Siempre 5
28	El divorcio o separación de mi pareja.	Nunca 1	Casi nunca 2	Pocas veces 3	Casi siempre 4	Casi siempre 5	Siempre 5
29	El fallecimiento de la abuela.	Nunca 1	Casi nunca 2	Pocas veces 3	Casi siempre 4	Casi siempre 5	Siempre 5
30	El fallecimiento del abuelo.	Nunca 1	Casi nunca 2	Pocas veces 3	Casi siempre 4	Casi siempre 5	Siempre 5
31	El fallecimiento de mi pareja.	Nunca 1	Casi nunca 2	Pocas veces 3	Casi siempre 4	Casi siempre 5	Siempre 5
32	Fallecimiento de mi hijo (a).	Nunca 1	Casi nunca 2	Pocas veces 3	Casi siempre 4	Casi siempre 5	Siempre 5
DOMINIO VII. INCREMENTO							
33	La adopción de nuestro hijo.	Nunca 1	Casi nunca 2	Pocas veces 3	Casi siempre 4	Casi siempre 5	Siempre 5
34	La llegada de la abuela a vivir a la casa.	Nunca 1	Casi nunca 2	Pocas veces 3	Casi siempre 4	Casi siempre 5	Siempre 5
35	La llegada del abuelo a vivir a la casa.	Nunca 1	Casi nunca 2	Pocas veces 3	Casi siempre 4	Casi siempre 5	Siempre 5
36	La llegada de un familiar, amigo o conocido a vivir a la casa.	Nunca 1	Casi nunca 2	Pocas veces 3	Casi siempre 4	Casi siempre 5	Siempre 5

			2	3	re 4	
		Nunca	Casi	Pocas	Casi	Siemp
		1	nunca	veces	siemp	re 5
37	Mi pareja nueva.	2	3	re 4		
	DOMINIO VIII. DESMORALIZACIÓN.					
38	El alcoholismo de la madre o del padre.	Nunca	Casi	Pocas	Casi	Siemp
		1	nunca	veces	siemp	re 5
		2	3	re 4		
39	El alcoholismo de mi hijo.	Nunca	Casi	Pocas	Casi	Siemp
		1	nunca	veces	siemp	re 5
		2	3	re 4		
40	La drogadicción de mi hijo.	Nunca	Casi	Pocas	Casi	Siemp
		1	nunca	veces	siemp	re 5
		2	3	re 4		
41	El encarcelamiento de mi familiar.	Nunca	Casi	Pocas	Casi	Siemp
		1	nunca	veces	siemp	re 5
		2	3	re 4		
42	El problema legal que tenemos en la familia.	Nunca	Casi	Pocas	Casi	Siemp
		1	nunca	veces	siemp	re 5
		2	3	re 4		
43	La violencia (física o psicológica) que vivo con mi pareja.	Nunca	Casi	Pocas	Casi	Siemp
		1	nunca	veces	siemp	re 5
		2	3	re 4		
44	El desempleo de mi pareja.	Nunca	Casi	Pocas	Casi	Siemp
		1	nunca	veces	siemp	re 5
		2	3	re 4		
45	El intento suicidio de mi familiar.	Nunca	Casi	Pocas	Casi	Siemp
		1	nunca	veces	siemp	re 5
		2	3	re 4		
46	La deuda económica.	Nunca	Casi	Pocas	Casi	Siemp
		1	nunca	veces	siemp	re 5

			2	3	re 4	
DOMINIO IX. DESORGANIZACIÓN						
47	El no poder embarazarme.	Nunca 1	Casi nunca 2	Pocas veces 3	Casi siemp re 4	Siemp re 5
48	El reciente accidente de mi familia.	Nunca 1	Casi nunca 2	Pocas veces 3	Casi siemp re 4	Siemp re 5
49	La discapacidad de mi hijo.	Nunca 1	Casi nunca 2	Pocas veces 3	Casi siemp re 4	Siemp re 5
50	La discapacidad de mi pareja.	Nunca 1	Casi nunca 2	Pocas veces 3	Casi siemp re 4	Siemp re 5
51	El reciente diagnóstico de la enfermedad de mi familiar.	Nunca 1	Casi nunca 2	Pocas veces 3	Casi siemp re 4	Siemp re 5
52	El cambiarnos de ciudad a vivir.	Nunca 1	Casi nunca 2	Pocas veces 3	Casi siemp re 4	Siemp re 5

XIII.3 Carta de consentimiento informado.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación en salud (adultos)

Santiago de Querétaro, UMF. 13. Delegación, Querétaro, 2023
Lugar y fecha

No. de registro institucional _____

Título del protocolo:

"FACTORES PSICO-SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS CON EL ESTILO DE VIDA DE PACIENTES
CON DIABETES TIPO 2 DE UNA UMF"

Justificación y objetivo de la investigación:

La Diabetes tipo 2 es una de las llamadas "enfermedades adquiridas" que dan cuenta del cambio en el perfil epidemiológico de la población mundial. Los progresos científicos en el área de la salud permiten contar con tratamientos cada vez más efectivos. En particular, el tratamiento actualmente disponible para la diabetes permite disminuir la progresión de la enfermedad, aminorar sus complicaciones asociadas y elevar la calidad de vida del paciente. Sin embargo, a pesar de los avances en la disposición de tratamientos más efectivos, los resultados de tales tratamientos son desalentadores debido principalmente a los bajos niveles de adherencia que tiene el tratamiento de la diabetes.

La familia se considera la red de apoyo más importante en la vida de los pacientes que padecen diabetes, desde su diagnóstico hasta su evolución, el familiar es la persona encargada muchas veces de la administración de medicamentos, acudir a citas y en actividades básicas de la vida diaria, por lo que se considera que la falta de redes de apoyo y una mala función familiar puede repercutir en la salud y en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Los factores emocionales juegan un papel importante en el control de la DT2, en concreto la activación emocional en respuesta al estrés se considera uno de los principales actores implicados.

La realización del presente estudio permitirá saber si el hecho de estar atravesando por un episodio de depresión valorado por la "escala de Zung para depresión", por alguna crisis familiar, medida por el instrumento "Crisis familiares en población mexicana" y la baja percepción de apoyo social por parte del paciente, medido por la "Escala multidimensional de percepción de apoyo social" forman parte de los factores de riesgo para un mal estilo de vida en los pacientes con diabetes tipo 2 y por consecuencia un fracaso en las metas de control de la enfermedad.

Procedimientos y duración de la investigación

Una vez que se le haya explicado ampliamente en qué consiste el estudio y acepte participar, se procederá a firmar la carta de consentimiento informado, posterior a esto, se le proporcionará un lugar cómodo para que pueda completar los 4 cuestionarios que serán aplicados. Se le brindará 1 tabla de apoyo, 1 lapicero y 1 hoja en la cual tendrá que llenar con sus datos (edad, sexo, ocupación y tiempo que lleva diagnosticado con diabetes) posteriormente se le entregaran 3 cuestionarios con 25, 20, 12 y 52 preguntas cada uno, los cuales se le explicará como contestar y en todo momento estará el médico investigador para resolver cualquier duda. El tiempo aproximado para contestar el cuestionario será de 20 min. Una vez concluido el cuestionario se le proporcionará un correo electrónico para cualquier duda o aclaración con respecto al estudio.

Riesgos y molestias:

Tomando en cuenta que cada cuestionario se contesta en un tiempo aproximado de 20 min, el participante puede tener algún retraso en sus actividades.

Clave 2810-009-013



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Beneficios que recibirá al participar en la investigación:

Usted podrá saber el puntaje obtenido en el cuestionario realizado

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

En caso de que usted lo requiera, se le brindara dicha información o asesoría

Participación o retiro:

Usted podrá retirarse del estudio en el momento que lo decida, esto no tendrá represalia alguna.

Privacidad y confidencialidad:

Todos los datos proporcionados en este estudio son confidenciales y se guardaran bajo contraseña en una base de datos. Serán de uso exclusivo para este estudio.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con la investigación podrá dirigirse a:

Investigador colaborador: Dra. Valdez Vázquez Yunuen Steffi

Correo: yu.vz@outlook.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:

Comité de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: localizado en la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud del Hospital General Regional No. 1, ubicado en avenida 5 de Febrero 102, Colonia centro, CP 76000, Querétaro, Querétaro, de lunes a viernes de 08 a 16 horas. Teléfono 442 2112337 en el mismo horario o al correo electrónico: comiteteticainvestigacionhgr1@gmail.com

Declaración de consentimiento:

<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras sólo para este estudio
<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras para este estudio y/o estudios futuros

Se conservarán los datos o muestras hasta por _____ años tras lo cual se destruirán.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación en salud, sin omitir información relevante del estudio.

Clave 2810-009-013

XIII.4 Registro UAQ.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE MEDICINA



QUERÉTARO, QRO., 11 de abril 2024
Ref.: SAFM/425/24

Med. Yunuen Steffi Valdez Vázquez
Exp. 311587
FACULTAD DE MEDICINA
P R E S E N T E.

Sirva este medio para hacer de su conocimiento que en el H. Consejo Académico de la facultad de Medicina en Sesión Ordinaria de fecha 10 de abril del 2024, fue **aprobada por unanimidad** su solicitud de opción de titulación de la Especialidad en Medicina Familiar, por defensa de **TESIS** titulada:

"Factores psico-sociofamiliares asociados con el estilo de vida en pacientes con diabetes tipo 2 de una UMF."

Sin más por el momento agradezco su atención y le envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"POR LA VIDA Y LA SALUD"

Dr. en C. HÉCTOR MANCILLA HERRERA
SECRETARIO DEL H. CONSEJO ACADÉMICO FMUAQ

c.c. Archivo

SOMOS UAQ®
SERIVIR CONSTRUIR TRANSFORMAR

Clavel No. 200, Col. Prados de la Capilla, Santiago de Querétaro, Qro. México C.P. 76170
Tel. 442 192 12 73 y 442 192 12 00 Ext. 6200

XIII.5 Registro SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **2201**
H GRAL REGIONAL NUM 1

Registro COFEPRIS 20 CI 22 014 028
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 22 CEI 001 2018073

FECHA Martes, 26 de septiembre de 2023

Maestro (a) Lilia Susana Gallardo Vidal

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "**FACTORES PSICO-SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS CON EL ESTILO DE VIDA DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 DE UNA UMF**" que sometió a consideración para evaluación de este Comité, 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 **APROBADO**.

Número de Registro Institucional

R-2023-2201-114

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Eduardo Rafael Sánchez Mejía
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2201

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

XIII.6 Documento anti-plagio



GOBIERNO DE
MÉXICO



DELEGACIÓN QUERÉTARO
Ciudad de México Lunes 10 de febrero de 2025
Por favor, no se permite la impresión en color.

Querétaro, Qro., a 25 de febrero del 2025

Dr. Nicolás Camacho Calderón
Jefe de la División de Investigación y Posgrado
FMUAQ
Presente:

Al margen de la ley Federal del Derecho de autor (última reforma publicada DOF 01-07-2020) que tiene como objetivo la salvaguarda y promoción del acervo cultural de la Nación; Protección de los derechos de los autores, de los artistas intérpretes o ejecutantes, así como editores.

El derecho de autor es el reconocimiento que hace el Estado en favor de todo creador de obras literarias y artísticas previstas en el artículo 13 de la misma Ley, en virtud del cual otorga su protección para que el autor goce de prerrogativas y privilegios de carácter personal y patrimonial. Autor es toda persona física que ha creado una obra literaria y artística.

Por lo anterior la que suscribe Yunuen Steffi Valdez Vázquez alumna del curso de especialización en Medicina Familiar, con número de expediente 311587 manifiesto que he desarrollado mi trabajo de investigación con el título "Factores psico-sociofamiliares asociados con el estilo de vida de pacientes con diabetes tipo 2 de una UMF", en completo apego a la ética, sin infringir los derechos intelectuales de terceros que incluyen: Presentar trabajo de otros autores como propios, presentar datos e información falsa, copiar párrafos de textos u otras obras sin realizar las referencias, o citas correspondientes.

Reporte de plagio: 24.7% según el programa "Turnitin", disponible en:
<https://www.turnitin.com.mx/>

Se anexa la evidencia.

Valdez Vázquez Yunuen S.

Nombre y Firma del alumno



Lilia Susana Gallardo Vidal Director de tesis

Vo Bo