

# Percepción del apoyo familiar y dificultades relacionadas con la diabetes en el adulto mayor

Zoyla Merodio Pérez<sup>1</sup>, Valentina Rivas Acuña<sup>2</sup>, Amalia Martínez Serrano<sup>3</sup>

## Resumen

**Objetivo.** Describir la percepción del apoyo familiar y las dificultades relacionadas con la diabetes en el adulto mayor de la unidad de medicina familiar del ISSET. **Material y métodos:** El diseño fue descriptivo transversal, muestreo por conveniencia y muestra de 113 adultos mayores con diabetes. Se utilizó la Escala de Redes de Apoyo Social para los Adultos Mayores (ERASAM) y cuestionarios para identificar las áreas problema de la diabetes (PAID-1 y PAID-2). Los datos se procesaron con el SPSS versión 15.0. **Resultados:** 69.9% mujeres y 30.1% hombres, promedio de edad de 66 años (DE=7.10), estado civil: 63.7% casados; 85% tiene vivienda propia. Las redes de apoyo los adultos mayores; 68.1% cuenta con esposo, todos tienen hijos, el 93.8% con familiares próximos (parientes, hermanos, sobrinos y primo); en la red informal extra familiar 92.9% cuenta con amigos y 9% por un grupo comunitario. En relación a los problemas con la diabetes: 49.6% de los AM se preocupan por los problemas del futuro; 42.5% no realiza actividades físicas de manera suficiente; 29.2% refiere tener vigilancia estricta de familiares, 24.8% realiza consultas poco frecuentes y breves. 64.7% de los hombres y el 60.8% de mujeres tienen glucosa descontrolada. Estos hallazgos difieren del estudio de Sedó, (2010) quien refiere que las mujeres, a diferencia de los varones, controlan la glucosa casi inmediatamente después de que fueron diagnosticadas. **Conclusiones:** En el presente estudio el promedio de edad de los adultos mayores fue de 66 años, existe mayor predominio en el sexo femenino, esto coincide con el incremento de la prevalencia de las mujeres con diabetes en México donde hay un incremento a partir de los 40 años de edad; se ha confirmado que el mejor apoyo lo reciben los hombres, comparado con el bajo soporte familiar concerniente a las mujeres esto influye en el aspecto cultural de nuestro pueblo.

**Palabras clave:** Percepción, apoyo familiar, Diabetes Mellitus tipo 2 y Adulto mayor.

## Abstract

(1) Maestra en Gerontología Social. Médico General del Centro de Cuidado y Atención al Adulto Mayor (CECUIDAM) del Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco. (ISSET).

(2) Doctora en Enfermería. Jefa del Área de Investigación, División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

(3) Maestra en Ciencias de Enfermería. Profesor investigador División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco..

**Objective:** To describe the perception of family support and the difficulties associated with diabetes in elder people from the Medical Family Unit from ISSET (Institute of Social Security for Workers of the State of Tabasco Government). **Material and methods:** The design was cross-sectional descriptive, with a sample of 113 elder adults with diabetes. A Social Network Scale Support for Older Adults (ERASAM) and questionnaires were used to identify problem areas of diabetes (PAID-1 and PAID-2). The data were processed by SPSS version 15.0. **Results:** 69.9% female and 30.1% male, with an age percentage of 66 (SD = 7.10), marital status: married 63.7%; 85% are homeowners. The family support networks of elder adults; 68.1% have a husband, all of them have children, the next 93.8% with relatives (parents, siblings, nephews and cousins); in the informal network extra familiar, 92.9% have friends and 9% has a community group. Regarding problems with diabetes: 49.6% of elderly concerned about the problems of the future; 42.5% do not perform physical activities adequately; 29.2% reported having strict supervision of family, 24.8% do not frequently have medical consultations. 64.7% of men and 60.8% of women have uncontrolled glucose. These findings differ from the study Sedo, (2010) which refers to women, unlike males, they control glucose almost immediately after they were diagnosed. **Conclusions:** In this study the average age of the elderly was 66, there is a predominance in females, this coincides with the increased prevalence of women with diabetes in Mexico where there is an increment of 40 years old, it has been confirmed that the best support they received compared to men with low family support concerning to women influences the cultural aspect of our people.

**Key words:** Perception, family support, Diabetes Mellitus Type 2 and Elder people.

## ARTICULO ORIGINAL

**Fecha de recibido:** 16 de septiembre de 2014 **Fecha de Aceptación:** 11 de diciembre de 2014

## DIRECCIÓN PARA RECIBIR CORRESPONDENCIA:

División Académica de ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
Av. Gregorio Méndez #2838-A Col. Tamulté. Villahermosa, Centro, Tabasco. México. C.P. 86150  
Correo electrónico: valentina.rivas@ujat.mx

## Introducción

El envejecimiento de la población es un reto que tendrán los sistemas de salud como consecuencia de la transición demográfica que experimenta la mayoría de los países; este envejecimiento traerá consigo un incremento de las enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, demencia senil, enfermedad de Alzheimer, procesos osteo-degenerativos y otros. Habrá una mayor demanda de atención por su carácter de enfermedades crónicas para las cuales no existe un tratamiento definitivo, esta atención será cada vez más compleja, requerirá de la introducción de nuevas tecnologías y por consiguiente, se incrementarán los costos (Valdivia, 2006).

La diabetes es un padecimiento con múltiples factores de riesgo, evolución crónica y compleja y que, consecuentemente requiere un enfoque estructurado, integral, multidisciplinario, enfocado en el paciente y secuencial; para su prevención, control, limitación del daño y rehabilitación, los elementos más claros de la atención son las complicaciones crónicas y sus consecuencias, las cuales se agudizan más en el adulto mayor por el proceso acelerado en su envejecimiento, por sus problemas agregados de déficit en su estado mental y de coordinación en sus respuestas, además que muchas veces cursan con el síndrome del nido vacío. Considerando que la diabetes es una condición crónica en donde el 99% del cuidado es el autocuidado, es relevante mantener a la persona con diabetes en las mejores condiciones cognitivas, emocionales y sociales posible. Las personas con diabetes desarrollan complicaciones psicossociales como la falta de apoyo familiar, fobias, depresión o trastornos en la alimentación entre otros. La inversión que se haga en medidas que prevengan o retrasen la enfermedad y sus complicaciones, ofrecerá la posibilidad de que el ISSET contenga costos al disminuir la asignación de recursos en atención paliativa con beneficios marginales. Es necesario que la atención de la diabetes se conciba como un sistema integrado y coordinado en el que todos los participantes, incluyendo el paciente y su familia, trabajen en equipo, conozcan, acepten y se identifiquen con las metas, y que se atiendan las necesidades e intereses del paciente con medidas y procedimientos que sean útiles y trascendentes para su bienestar (Guía de práctica clínica [GPC], 2012). En el mundo, la prevalencia de la diabetes se triplicó en 30 años y se estima que en 30 años más, se duplicará nuevamente. En México, en 2012, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) informó una prevalencia de 9.5%, 20% mayor que 5 años antes. En un período de 5 años, la incidencia de diabetes creció 35%. La diabetes es la primera causa de muerte. En el Estado de Tabasco, representa 59.4%, una de las tres principales

causas de muerte en la población adulta mayor, quienes requieren de un cuidado trans-disciplinario efectivo, que incluya no sólo la recuperación sino también la promoción de su salud, el crecimiento individual y familiar. Los objetivos de la presente investigación son: describir la percepción del apoyo familiar y detectar las áreas problema relacionadas con el manejo de la diabetes en el adulto mayor.

## Material y métodos

Estudio descriptivo transversal en adultos mayores con diabetes de 60 años en adelante, que acuden a consulta en la unidad de medicina familiar del ISSET. El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico por conveniencia; la muestra estuvo constituida por 113 sujetos que acudieron a la consulta durante el periodo de colecta de datos con duración de un mes. Se incluyeron todos los pacientes adultos mayores con edad de 60 años y más, que presentaran diagnóstico confirmado de diabetes mellitus tipo 2 y que acudieron a consulta en el periodo de la colecta de datos, incluyendo a aquellos con patologías agregadas de enfermedades crónicas degenerativas. Se excluyeron a adultos mayores con diabetes mellitus con incapacidad para comunicarse verbalmente y/o de manera escrita por no saber leer y/o escribir o por problemas severos de la agudeza visual.

Para medir el apoyo familiar, se utilizó la Escala de Redes de Apoyo Social para los Adultos Mayores (ERASAM) de (Mendoza, Núñez, Martínez & Maldonado, 2009) que tiene como finalidad detectar las redes de apoyo social e informal, el tipo de apoyo y grado de satisfacción, con el fin de fortalecerlas o complementarlas, el cual contiene una estructura de 3 secciones (Red informal familiar, Red informal extra-familiar y Red formal institucional, ésta última no fue valorada por tratarse de la misma institución) en el que se exploran los tipos de apoyo (emocional, material, instrumental e informativo). La confiabilidad reportada del instrumento es de 0.93, El tiempo de aplicación es de 15 minutos. La escala se calificó de la siguiente manera: Pregunta 1. Frecuencia de contacto social y comunitario. El puntaje máximo es 3 = 100; 2 = 66; 1 = 33 y 0 = 0. Pregunta 2. Tipos de apoyo que recibe. Si recibe los 4 tipos de apoyo se califica como 4 = 100; 3 = 75; 2 = 50; 1 = 25 y 0 = 0. Pregunta 3. Satisfacción de apoyo recibido; el puntaje máximo de 12 corresponde al 100; 11 = 92; 10 = 83; 9 = 75; 8 = 67; 7 = 58; 6 = 50; 5 = 42; 4 = 33; 3 = 25; 2 = 17; 1 = 8; 0 = 0. En la dimensión de *Apoyo social familiar*: El puntaje crudo máximo es de 57, debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones. Cada puntaje crudo tiene su correspondiente ponderado. *Apoyo social extra familiar*: el puntaje máximo es de 38, debe escalarse a 100 con

el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones. Cada puntaje crudo tiene su correspondiente ponderado. *Magnitud de contactos sociales y comunitarios*: El puntaje crudo máximo es de 18, debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones. *Magnitud de apoyos sociales recibidos*: el puntaje crudo máximo es de 24, debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones. *Grado de satisfacción*: el puntaje crudo máximo es de 72, debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones. *Apoyo social global*: el puntaje máximo es de 114, debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones.

Para medir las áreas problema de la diabetes del paciente adulto mayor, se aplicaron dos instrumentos: 1) Áreas Problema en la diabetes (PAID-1) y 2) Áreas Problema en la diabetes (PAID-2) desarrollados por (Polonsky, Anderson, Lohrer, Welch, Jacobson, Aponte & Schwartz, 1995) para la detección de dificultades relacionadas con la diabetes, el PAID-1, tiene como objetivo medir el estrés asociado a la diabetes, consta de 20 reactivos, con 6 opciones de respuesta, 1 = no es problema, 6 = es un gran problema, la puntuación total es de 120 puntos; puntuaciones >70 indican elevado distrés emocional. El PAID-2 tiene como objetivo detectar el desgaste emocional que puede producir la diabetes. La confiabilidad del instrumento es de 0.90, en una población de adultos mayores mexicanos, contiene 28 reactivos y 6 opciones de respuesta, 1 = no es problema, 6 = es un gran problema. Contienen 4 subescalas; distrés global (preguntas 1, 5, 9, 13, 17, 21 y 25), distrés relacionado al plan de tratamiento (preguntas 3, 7, 11, 15, 19, 23 y 27), distrés interpersonal (preguntas 4, 8, 12, 16, 20, 24 y 28) y distrés relacionado al médico (preguntas 2, 6, 10, 14, 18, 22 y 26). La puntuación total es de 168.

La recolección de datos se realizó previa autorización de la institución en la que se llevó a cabo (Unidad Médica Familiar del Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado, ISSET). Los pacientes firmaron el consentimiento informado. Se estableció un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos para la aplicación de dichos cuestionarios.

Los datos obtenidos a través de los instrumentos aplicados fueron procesados mediante el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, por sus siglas en inglés) para Windows, versión 15.0; se utilizó la estadística descriptiva, para las variables cuantitativas; se calcularon frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central, media, mediana, desviación estándar, valor mínimo y valor máximo. Antes de realizar el análisis de los datos se determinó el Coeficiente Alpha de Cronbach de los cuestionarios

utilizados.

## Resultados

La distribución de frecuencias en las variables socio demográficas de 113 participantes de adultos mayores, la edad promedio fue de 66 años, (DE= 7.105, 45-97). De estos 69.9% son del sexo femenino y 30.1% del sexo masculino. En cuanto al estado civil; 63.7% casados, 23% viudos, 11.5% unión libre, y 1.8% solteros. Con respecto a la escolaridad se encontró que 65.5% estudió primaria. De las personas estudiadas, 85% tiene vivienda propia, 11.5% habita en casa de algún familiar y el 3.5% vive en casa de alquiler (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adultos mayores con diabetes.

Características	f	%
<b>Género.</b>		
Femenino	79	69.9
Masculino	34	30.1
<b>Estado Civil</b>		
Casado(a)	72	63.7
Soltero(a)	2	1.8
Viudo (a)	26	23.0
Otros	13	11.5
<b>Grado de Instrucción</b>		
Analfabeta	4	3.5
Alfabeta	18	15.9
Primaria	74	65.5
Secundaria	7	6.0
Superior	10	8.8
<b>Tipo de Vivienda</b>		
Propia	96	85.0
Alquiler	4	3.5
De algún familiar.	13	11.5

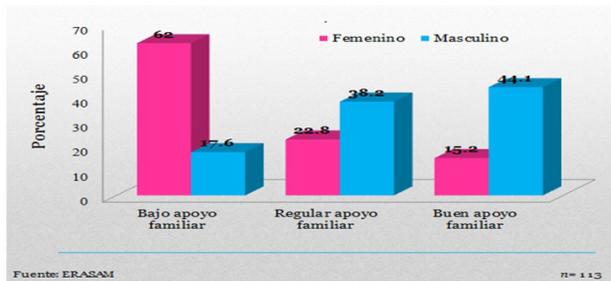
Para valorar el control de la glucosa entre los participantes se tomaron glicemias periféricas, la tabla 2 presenta los resultados del control que tienen los adultos mayores respecto a la glucosa de acuerdo al sexo, se aprecia que 64.7 % de hombres y 60.8 % de mujeres presentan descontrol de la glucosa, aunque mayor cantidad de mujeres presenta un buen control de la glucosa.

Tabla 2. Control de la glucosa con respecto al sexo.

Control de la glucosa	Femenino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
Glucosa controlada	21	26.6	7	20.6	28	24.8
Glucosa regularmente controlada	10	12.6	5	14.7	15	13.3
Glucosa descontrolada	48	60.8	22	64.7	70	61.9
Total	79	100.0	34	100.0	113	100.0

La figura 1 revela el apoyo familiar familiar que reciben los adultos mayores, se observa que 44.1% de los hombres recibe buen apoyo familiar al contrario de las mujeres, pues la mayoría (62%) recibe bajo apoyo familiar.

Figura 1. Apoyo familiar a adultos mayores según el género.



La tabla 3 presenta las áreas que principalmente generan problemas en los adultos mayores para el manejo de la diabetes, destacan la preocupación por las complicaciones futuras 50.5%, las creencias de la reducción en el consumo de algunos alimentos 42.5% y sentir cansancio por el cuidado de la diabetes 41.5%.

Tabla 3. Principales áreas problema de acuerdo al PAID-1

Problema	f	%
Preocupación por complicaciones futuras	57	50.5
Reducción del consumo de alimentos	48	42.5
Cansancio por el cuidado de la diabetes	47	41.5
Culpa al descuidarse	45	39.8
Preocupación por la comida y el hambre	43	38.1
Depresión por vivir con diabetes	33	29.9
Preocupación por las reacciones medicamentosas	33	29.2
Angustia acerca de la diabetes	33	29.2

Fuente: PAID-1

n=113

En cuanto a los problemas de distrés que impone la diabetes, en la dimensión de distrés global; destacan las preocupaciones por el futuro 49.6% y las complicaciones crónicas 43.4%; en la dimensión de distrés por el tratamiento; no realizar ejercicio de manera suficiente 42.5% y déficit en la alimentación 29.2%; en la dimensión de distrés interpersonal 29.2% vigilancia estricta por sus familiares y aislarse 28.3%; en la dimensión de distrés relacionado con el personal médico, consultas poco frecuentes y breves 24.8% y falta de atención especializada 22.1% (Tabla 4).

Tabla 4. Principales áreas que generan distrés de acuerdo a las dimensiones del PAID-2.

Dimensión/área	f	%
<b>Distrés global</b>		
Preocupación por el futuro	56	49.6
Complicaciones crónicas	49	43.4
Debilidad física y mental	46	40.7
<b>Distrés por el tratamiento</b>		
No realiza ejercicio suficiente	48	42.5
Déficit del plan de alimentación	33	29.2
Toma de dextrósis	27	24.0
<b>Distrés interpersonal</b>		
Vigilancia estricta por familiares	33	29.2
Aislamiento respecto a la diabetes	32	28.3
Incomprensión familiar respecto a la diabetes	26	23.0
<b>Distrés relacionado al médico</b>		
Consultas poco frecuentes y breves	28	24.8
Falta de consulta médica especializada	25	22.1

## Discusión

Ante el diagnóstico de un trastorno como la diabetes, con su condición de cronicidad y la exigencia de modificaciones en los hábitos y el modo de vida, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar la homeostasis amenazada; el factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevas formas y roles. Con esos cambios adaptativos aparecen nuevos riesgos para otros miembros de la familia, lo que puede afectar a su vez al familiar enfermo. En este sentido, es importante tomar en cuenta las características sociodemográficas de los AM. En este estudio el promedio de edad fue de 66 años, edad menor a la estimada como esperanza de vida en la población mexicana y que representa en general una condición de independencia; el sexo femenino predominó en este estudio y el estado civil casado, con educación primaria y la mayoría cuenta con vivienda propia. Estas características difieren parcialmente del estudio realizado por Guerrero et al, (2012) ellos reportaron mayor analfabetismo. Concluyen en que la mayoría vive en casa propia, la prevalencia de diabetes ajustada por edad y sexo, fue mayor en mujeres. Una explicación al predominio de mujeres puede deberse al incremento de la prevalencia de la diabetes en México en el sexo femenino según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012) donde se muestra el incremento a partir de los 40 años de edad, además que se identifican a 6.4 millones de adultos mexicanos con diabetes, es decir, (9.2%) de los adultos en México han recibido ya un diagnóstico de diabetes. El total de personas adultas con diabetes podría ser incluso el doble, de acuerdo a la evidencia previa sobre el porcentaje de diabéticos que no conocen su condición.

En relación al control de la glucosa de los AM, llama la atención que la mayoría tanto hombres como mujeres presentan descontrol en los niveles de glucosa, sólo un poco más de la cuarta parte de la proporción de mujeres controla adecuadamente su glucosa, lo que puede estar relacionado al periodo de transición con el envejecimiento, pues el individuo pone menos atención a su enfermedad, disminuyendo los cuidados a su persona y son más sedentarios. Este hallazgo es similar a lo reportado por Sedó (2010) quien señala que las mujeres, a diferencia de los varones, tienen mejor control de la glucosa.

La familia cumple un papel importante en el apoyo instrumental de las personas mayores, el cónyuge y los hijos son los principales proveedores de ayuda económica y cuidados; y es el cónyuge con quien las persona mayo-

res cuentan incondicionalmente, ya que con los hijos pueden hacerlo solo en un plazo breve o frente a situaciones específicas. En lo que respecta a las redes de apoyo que tienen los adultos mayores de este estudio, 68.1% cuenta con esposo (a), todos tienen hijos, 93.8% familiares próximos (parientes, hermanos, sobrinos y primos) y en cuanto a la red extra-familiar la mayoría cuenta con amigos. Estos resultados difieren del estudio de Guzmán, Huenchuan & Montes de Oca (2003) quienes encontraron que sólo se puede contar con la familia en caso de necesitarla (75%), cuando requieren apoyo acceden primero a la pareja (43%), le siguen los hijos (21%), mientras que a los hermanos prácticamente no recurren; sin embargo, en lo referente al sexo podemos observar que los resultados de nuestro estudio revelan que la mayoría de las mujeres recibe bajo apoyo familiar al contrario de los hombres quienes reciben buen apoyo, estos datos difieren de lo reportado por Meléndez (1998) quien al analizar el apoyo familiar por sexo, las mujeres obtuvieron mejor apoyo familiar que los hombres. Esto pudiera deberse a cuestiones culturales en nuestro país, pues al ser el hombre el proveedor económico y jefe de familia podría merecer mejor atención y apoyo que las mujeres.

En lo que respecta a las áreas problema de la diabetes del PAID-1 se presentaron con mayor frecuencia las preocupaciones por complicaciones futuras de los pacientes por la diabetes, la reducción de alimentos a los que se tienen que someter, fastidio por el cuidado de la diabetes y preocupación por las reacciones medicamentosas. Similar a lo reportado por Sedó, (2010) quien refiere que los pacientes revelan pérdida del bienestar, modificaciones en el estilo de vida personal y familiar, en especial cambios en el carácter o en el estado emocional de la persona enferma, lo cual genera conflictos familiares, relacionados con el sentir del padecimiento, además de sensaciones de impotencia, inseguridad, incertidumbre, soledad, incomprensión y aislamiento social.

De acuerdo al distrés de la diabetes los AM presentan mayor distrés global por las preocupaciones futuras por la diabetes, preocupación por las complicaciones crónicas y preocupación por la debilidad física y mental. Esto concuerda con el estudio realizado por Castillo & Reyes (2010) quienes refieren que los sentimientos de enojo, tristeza y preocupación relacionados con la posible presencia de complicaciones en el futuro y de muerte prematura, son también emociones comunes en los pacientes con diabetes, así como también la incertidumbre sobre las complicaciones futuras y los sentimientos de frustración ante niveles altos de glucemia.

En el área de Mayor distrés fue el distrés por el tratamiento, pues una buena cantidad de AM no realizan actividad física frecuente y tienen déficit con el plan de alimentación así como no checan la glucosa de manera regular, lo cual difiere del estudio realizado por Herrera et al en 2012, ellos reportaron en sus resultados que los pacientes con diabetes se alimentan de la mejor manera para conservar su peso, han cambiado hábitos arraigados para conservar su salud y desean hacer ejercicio. En el área del distrés interpersonal los aspectos que provocan distrés en los AM son la vigilancia estricta por familiares en cuanto al tratamiento y la alimentación, aislamiento por la enfermedad e incomprensión por parte de su familia, resultados similares a los reportados por Siqueira et al, que en 2007 encontraron que los pacientes refieren sentimientos provocados por la imposición de un control alimenticio riguroso, aparecen ciertas reacciones emocionales tales como coraje, malestar psicológico, preocupación, ansiedad, sentimientos de desánimo, privación de placer y susceptibilidad a las críticas de familiares y amigos.

En el área de distrés relacionado al médico los AM asisten a consultas médicas con poca frecuencia, no son enviados a consulta médica especializada y algunos no confían en el médico tratante de su enfermedad, a diferencia del estudio realizado por Rodríguez, Reynales & Juárez, que en 2010 reportaron que los pacientes con DMT2 acuden en promedio a 6 consultas durante el año para el control de su enfermedad y en relación a la atención médica especializada acuden hasta dos veces en un año.

## Conclusiones

De forma general, podemos constatar que el mayor nivel de relaciones familiares percibidas por el adulto mayor se encuentra prioritariamente en el nivel bajo en el caso de las mujeres y un buen apoyo familiar en el caso de los hombres. Por otra parte, y en lo que a las edades se refiere, existe un considerable descenso en el nivel de relaciones extra-familiares percibido en las mujeres y regular apoyo en los hombres. Más de las tres cuartas partes de los AM no presentaron problemas con el manejo de la diabetes y tan sólo una cuarta parte refiere tener dificultad con el manejo de su enfermedad.

Se determinaron satisfactoriamente las áreas problema de la diabetes, de acuerdo al PAID -1 más de la mitad de los adultos mayores refieren tener mayor preocupación por las complicaciones futuras de la diabetes, por la reducción del consumo de alimentos, cansancio por el cuidado de la diabetes, preocupación por la comida y el

que le da durante el día. †Con lo que respecta a las áreas problema por el PAID-2 se mencionan las principales preocupaciones de los AM en el distrés global, †más de la mitad de los AM tienen preocupación por las complicaciones futuras, debilidad física y mental que le pudiera causar la enfermedad; en el distrés por el tratamiento los AM no realizan ejercicio suficiente, hay dificultad para el seguimiento del régimen alimentario. En el distrés interpersonal los AM refieren tener vigilancia estricta por sus familiares en el seguimiento del régimen alimentario y el tratamiento establecido por el médico, una cuarta parte presenta aislamiento social por su enfermedad y en el distrés relacionado al médico los AM realizan consultas médicas pocas frecuentes y una cuarta parte refiere no tener consultas médicas especializadas.

## Referencias

1. Belando, M, R. Educación y vejez social ámbitos y propuestas de intervención. Barcelona, España: Promociones y Publicaciones universitarias. 2000. 74-84.
2. Castillo, A & Reyes, I. Validación convergente y divergente del cuestionario de áreas problemas en diabetes PAID-1 en una población mexicana. Medición en psicología del individuo a la interacción. 2010. 1(3), 75-86.
3. Cifuentes, J & Yefi, N. La familia: ¿Apoyo o desaliento para el paciente diabético. Tendencias en salud pública. Salud Familiar y Comunitaria. 2005.1-13.
4. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2012) recuperado el 2 septiembre del 2013, de <http://ensanut.insp.mx/doctos/seminario/Mo302.pdf>
5. González, C, A & Ham-Chande, R. Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. Salud Pública de México. 2007. 49(4), 448-458.
6. Guerrero, R., Quevedo, E.C., García, R & Zavala, M.A. Perfil gerontológico del adulto mayor en Tabasco, México. Revista de Salud Pública. 2012. 14(1), 88-101.
7. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Evidencias y recomendaciones. 2012. Recuperado el 25 de octubre del 2013 de [http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Documents/oooGRR\\_DiabetesMellitus.pdf](http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Documents/oooGRR_DiabetesMellitus.pdf).
8. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. 2012. Recuperado el 21 de octubre del 2013 de [http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Documents/oooGER\\_DiabetesMellitus.pdf](http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Documents/oooGER_DiabetesMellitus.pdf)
9. Guzmán, J.M, Huenchuan, S & Montes de Oca, V. Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual. Simposios viejos y viejas. 2003.
10. Herrera, A., Andrade, Y.R., Hernández, O., Manrique, J.P., Faría, K.L & Machado, M. Personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena. Avances de Enfermería. 2012. 30(2), 39-46.
11. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad. 2004. Recuperado el 16 de agosto de 2012, de [www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2004/edado4.pdf+estadistica+en+tabasco+sobre+la+diabetes+mellit us+tipo+2&hl=es&ct=clnk&cd=5&gl=mx](http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2004/edado4.pdf+estadistica+en+tabasco+sobre+la+diabetes+mellit us+tipo+2&hl=es&ct=clnk&cd=5&gl=mx).
12. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad. 2007. Recuperado el 13 de octubre de 2012, de [www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2004/edado4.pdf+estadistica+en+tabasco+sobre+la+diabetes+mellit us+tipo+2&hl=es&ct=clnk&cd=5&gl=mx](http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2004/edado4.pdf+estadistica+en+tabasco+sobre+la+diabetes+mellit us+tipo+2&hl=es&ct=clnk&cd=5&gl=mx).
13. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Perfil gerontológico del adulto mayor en Tabasco. Revista de Salud Pública. 2012. 14(1),88-102.
14. Meléndez, J, C., Tomás, J, M & Navarro, E. Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista Manheim. Salud Pública de México. 2007. 49(6),408-414.
15. Meléndez, J.C. Apoyo familiar y tercera edad. Psicogerontología. 1998. 14 (2), 58-68.
16. National Institute in Aging. La diabetes en las personas. Enfermedad que usted puede controlar. 2009. Recuperado el 14 de junio del 2011 de, <http://Diabetes.niddk.nih.gov/nationalDiabetelInformationclearinghouse>.
17. Robles, L., Rizo, G., Camarena, L, M., Cervantes, L., Gómez, M, S & Siordia, M. Redes y apoyo social en ancianos enfermos de escasos recursos en Guadalajara, México. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2000. 16(2),557-560.

18. Rodríguez, R.A., Reynales, L.M & Juárez, S.A. Costos directos de atención médica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en México: análisis de microcosteo. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2010. 28(6), 412-420.
19. Salcedo, A.L, García, J, E & Sevilla, E. Dominio cultural del autocuidado en diabéticos tipo 2 con y sin control glucémico en México. *Revista de salud pública*. 2008. 42(2), 256-264.
20. Salgado, V.N, González, T, T., Jáuregui, B & Bonilla, P. "No hacen viejos los años, sino los daños": envejecimiento y salud en varones rurales. *Salud Pública de México*. 47(4), 294-302.
21. Sánchez, S., Juárez, T., Reyes, H., De la fuente, J., Solórzano, F & García, C. Estado de la dentición y sus efectos en la capacidad de los ancianos para desempeñar sus actividades habituales. *Revista de Salud Pública de México*. 2007. 49(3), 173-181.
22. Santiesteban, I., Mateo, C., Pérez, M., Cutiño, M & García, N. Atención de la familia al anciano. *Correo Científico Médico de Holguín*. 2008. 12(5), 1-10.
23. Sedó, P. Percepciones sobre la diabetes y su padecimiento en personas adultas mayores diabéticas y familiares de un área urbana de Costa Rica. *Anales en gerontología*. 2010. 6, 99-112.
24. Siqueira, D., Dos santos, M.A, Zanetti, M.L & Ferronato, A.A. Dificultades de los pacientes diabéticos para el control de la enfermedad: sentimientos y comportamientos. *Revista Latinoamericana de Enfermería*. 2007. 15(6), 1-8.
25. Souza, L., Pinheiro, E & Camille, M.B. Características demográficas, socioeconómicas y situación de salud de ancianos de un programa de salud de la familia de porto Alegre, Brasil. *Revista Latinoamericana Enfermería*. 2006. 14(6).
26. Valdez, E, A., Román, R & Cubillas, M, J. Género y condiciones de vida de adultos mayores en Hermosillo, Sonora. *Revista de Salud Pública y Nutrición*. 2005. 6(1).
27. Valdivia, A. El envejecimiento de la población: un reto. *Revista Cubana Higiene Epidemiológica*. 2006. 44(3), 1-5.
28. Vega, O.M & González, E. Apoyo social elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*. 2009. 16, 1-10.
29. Wong, R., Espinoza, M & Palloni, A. Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento. *Salud Pública Mex* 2007. 49(4), 436-446.