



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 01
PUEBLA, PUEBLA**

**“VALORACIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD
CRÓNICO DEGENERATIVA EN ATENCIÓN PREVENTIVA INTEGRADA”.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

MARIA ISABEL JUÁREZ ESTUDILLO

PUEBLA, PUEBLA

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**“VALORACIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD
CRÓNICO DEGENERATIVA EN ATENCIÓN PREVENTIVA INTEGRADA”.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

MARIA ISABEL JUÁREZ ESTUDILLO.

AUTORIZACIONES:

**DR. JUAN HERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
PUEBLA**

**DR. JUAN HERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ
ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS
MÉDICO FAMILIAR UMF No. 01**

**DR. JUAN HERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
MÉDICO FAMILIAR UMF No. 01**

**DR. MARCO ANTONIO MERINO GONZÁLEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

PUEBLA, PUEBLA

2007

**“VALORACIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD
CRÓNICO DEGENERATIVA EN ATENCIÓN PREVENTIVA INTEGRADA”.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

MARIA ISABEL JUÁREZ ESTUDILLO.

AUTORIZACIONES:

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.**

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDRAZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

2. ÍNDICE GENERAL

1. Título	1
2. Índice general	4
3. Marco teórico	5
4. Planteamiento del problema	10
5. Justificación	11
6. Objetivos	12
- General	
- Específicos	
7. Metodología	13
- Tipo de estudio	
- Población, lugar y tiempo de estudio	
- Tipo de muestra y tamaño de la muestra	
- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	
- Información a recolectar (Variables a recolectar)	
- Método o procedimiento para captar la información	
8. Consideraciones éticas.	17
9. Resultados	18
- Descripción (análisis estadístico) de los resultados	
- Tablas (cuadros) y gráficas	
10. Discusión de los resultados encontrados	27
11. Conclusiones	31
12. Referencias bibliográficas	33
13. Anexos	35

3. MARCO TEÓRICO

Actualmente en el mundo, muchos países se han dado a la tarea de introducir cambios en el primer nivel de atención, en sus políticas de salud, sistemas de información, evaluación prospectiva de su estructura, procesos y resultados.

Los atributos de la atención integral son debidos al enfoque hacia la familia, cuando además de atender el motivo de consulta en forma individual, en forma sistemática se otorgan los servicios necesarios para mantener o recuperar la salud del derechohabiente y su familia. El logro de este atributo requiere la comprensión del contexto de la familia, que se refiere a reconocer sus condiciones de vida, su dinámica y su entorno cultural.

La atención integral oportuna se logra cuando los servicios de salud se otorgan en el momento en que el derechohabiente y su familia los necesita. Es integrada por las acciones que se realizan en la unidad médica cuando se otorga de manera organizada y coordinada y en la secuencia técnicamente correcta. Es responsable el equipo de salud como la población, asuman las acciones necesarias para mantener o recuperar la salud. Es continua, es decir, permanece durante todas las etapas de la vida, culturalmente aceptable, cuando se otorga la atención con respeto a las pautas culturales de cada región.¹

En relación a la atención integrada mediante las acciones preventivas, es necesario informar a nuestros pacientes sobre los riesgos que pueden presentar y llevar a cabo acciones concretas, educar haciendo conciente a los pacientes como a los miembros de su familia sobre la autorresponsabilidad en el cuidado de su salud. Para lo cual sería conveniente la aplicación de una metodología llamada atención programada, la población a la que atendemos debe de conocer quienes somos, que hacemos, las ventajas de la atención que ofrecemos, que confíe cotidianamente en cada proceso, en ese momento estaremos construyendo una de las base más sólidas para fortalecer nuestra disciplina en medicina familiar. Uno de los mayores desafíos es el paciente que comparte patologías como la diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad.^{2,3,4}

La atención integrada representa el conjunto de acciones que ejerce el personal de salud para actuar sobre los problemas más importantes de salud pública. El paciente y la familia demandan una relación estrecha con los servicios de salud. El modelo médico tradicional simplemente no es el apropiado para el manejo de los pacientes que cursan con enfermedades de evolución crónica, debido a que los pacientes llevan a cabo 95% o más del cuidado diario de la enfermedad, lo que afecta cada aspecto de la vida de la persona a la que se le pide que modifique sustancialmente su estilo de vida.^{5,6}

El fomento del auto cuidado en la alimentación es algo que el paciente debe ser capaz de identificar y modificar en sus hábitos alimentarios todo en función del conocimiento de la enfermedad y el convencimiento sobre las ventajas de la aceptación de las indicaciones médicas.⁷

Al inicio del siglo XXI, la obesidad ha llegado a ser considerada la enfermedad metabólica más importante en el mundo y referida por la OMS como una epidemia global. En los países industrializados, se ha incrementado el número de personas con sobrepeso u obesidad, la OMS considera a la obesidad como una enfermedad epidémica, por lo que se considera a esta como la más importante epidemia que afecta a la humanidad en el siglo XXI. De hecho la obesidad es una enfermedad común que afecta no sólo a los países desarrollados sino también a los países en desarrollo. En 2002 la International Obesity Task Force estimó a nivel mundial, que cerca de un billón (6%) de personas tienen sobrepeso u obesidad. Más de 700 millones están considerados con sobrepeso y 300 millones fueron clasificados como obesos, debido a un incremento en la tendencia en la prevalencia de este padecimiento, cifra que puede duplicarse en el año 2025 si no se toman acciones ante esta amenaza.⁸

La hipertensión arterial es un problema grave de salud pública en todo el mundo. La prevalencia de la hipertensión arterial en adultos con sobrepeso es tres veces mayor que en adultos sin sobrepeso, y el riesgo de hipertensión en personas con exceso de peso entre 20-44 años es casi seis veces mayor que en los adultos con peso normal.⁸

La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas degenerativas que se presenta con mayor frecuencia en el ámbito mundial y es considerada como problema con tendencia ascendente. En México, la diabetes mellitus constituye uno de los problemas más importantes de salud pública. El número de personas con diabetes se ha incrementado no

solo por el aumento en la prevalencia de obesidad e inactividad física, sino también debido al crecimiento de la población, la esperanza de vida y el desarrollo urbano. La prevalencia de la diabetes en adultos en todo el mundo se estimó en 4% en 1995 y será de 5.4% para el año 2025.^{8,9}

Es necesario hacer conciencia en los pacientes obesos, hipertensos y diabéticos que el control de peso es importante para el manejo adecuado de estos padecimientos, ya que se ha demostrado que pérdidas moderadas de peso en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 reducen la hiperglucemia y el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares.¹

Diversas experiencias internacionales confirman que miembros de la comunidad debidamente entrenados pueden realizar actividades educativas y de promoción del cambio de conducta para promover el auto cuidado y prevenir o controlar enfermedades crónicas como la obesidad, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.¹⁰

Así mismo se plantea la necesidad de llevar el control médico de estos pacientes a través de incorporar información clínica, dietética y de ejercicio.¹¹

En la revisión exhaustiva del impacto en la diabetes hecha por Glasgow y Osteen, se concluyó que la educación enfocada en términos de transferencia de conocimientos es claramente inadecuada e inconsistente con lo que se conoce acerca de la conducta humana. Sugiere que la educación en la diabetes mellitus, hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad debe ir más allá de mejorar el conocimiento y el control metabólico.¹²

El concepto de auto cuidado es considerado como un "acto propio del individuo, que sigue un patrón y una secuencia y que, cuando se lleva a cabo eficazmente, contribuye en forma específica a la integridad estructural, al funcionamiento y desarrollo de los seres humanos". De esta idea se origina el concepto de eugeria, que de manera más apropiada intenta dar una serie de medidas dirigidas a mantener un máximo de salud y por consiguiente alcanzar los estadios máximos de la longevidad individual en un decoroso nivel de autosuficiencia.¹⁴ Durante su vida el individuo debe alcanzar la total identificación de si mismo. Una vez definidas sus metas y objetivos, vienen años en que el intenso trabajo hace olvidar su salud y se predispone a los excesos de ingesta y bebidas y al incremento de masa corporal, stress y sedentarismo, que en sujetos que además tienen carga genética positiva a padecimientos como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, desarrollaran más tempranamente estas patologías de tipo metabólico.^{13, 15,16}

Es necesario que el personal operativo en las unidades de medicina familiar trabaje en equipo, de manera que la asistente médica, que constituye el personaje de primer contacto con los pacientes, es quien deberá orientarlos sobre los beneficios que obtendrán al acudir para complementar su atención con el resto de los integrantes del equipo de salud; su labor en este sentido es concienciar utilizando un lenguaje sencillo acerca de las actividades esenciales de los integrantes del equipo de salud y es quien mayor oportunidad tiene para verificar con el equipo de salud el cumplimiento de citas. El ritmo de vida laboral, en casa y otros oficios, propicia que las personas en general se olviden de su propio cuidado.¹⁷

La Trabajadora Social (TS), actualmente realiza estudios sociales médicos a los pacientes, mismos que conforman el expediente clínico, la TS deberá identificar las condiciones relevantes de vivienda y trabajo, ingreso familiar, tipo de familia, redes de apoyo, actividad física que le permitan establecer un pronóstico ya sea favorable o desfavorable para el control del paciente. Asimismo, con base en los elementos que identifique como relevantes, podrá sugerir el plan de acción individualizado para cada paciente.

La nutricionista-dietista, deberá medir el peso y la talla de los pacientes y a través del índice de masa corporal determinara si el paciente cursa con obesidad o sobrepeso, o si está desnutrido, se hace necesario identificar los hábitos alimentarios de los pacientes, saber qué, a qué hora, cuántas veces y cuánto come. Esto le ayudará a establecer conjuntamente con el plan alimentario, explicarle que deberá llevar a cabo intercambio de alimentos, y que hay medidas que le permitirán controlar la cantidad de alimentos que consume. Es importante hacer demostraciones del tamaño de las raciones, con el propósito de que el paciente visualice el tamaño de cada una de las porciones que puede y debe comer.

La enfermera aunque es un personaje con el que no contamos en la consulta externa de medicina familiar, pero por estar presente en otros servicios, es necesario considerarla

como parte del equipo multidisciplinario de salud e incluirla en las actividades de educación y auto cuidado.¹

El Médico Familiar deberá verificar el cumplimiento de la cita del paciente con cada uno de los integrantes del equipo, así como el cumplimiento de las acciones esenciales correspondientes, a través de los registros en los expedientes clínicos.¹⁸

Según Brunner y Suddardh la promoción de los auto cuidados puede considerarse como un proceso educativo que se basa en los principios de responsabilidad y conciencia de los hábitos que debe conservar el individuo para su bienestar general, que la persona haga uso por si misma de los recursos que conserven y mejoren su bienestar general y calidad de vida, acciones que realiza el sujeto encaminadas a permanecer sanos.¹⁹

Dado que los factores de riesgo de estas enfermedades son modificables en su mayoría y que, por otra parte, las exigencias del tratamiento introducen cambios en el modo y estilo de vida, resulta vital que el adiestramiento en pacientes con enfermedades como la obesidad, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus sea un elemento primordial de cualquier programa o tarea encaminada a la atención del paciente.²⁰

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social que comprenden el Primer Nivel de Atención, se llevan a cabo las actividades de los Programas Integrados de Salud, prevaleciendo como principal motivo de la consulta los servicios curativos, servicios preventivos y los de salud reproductiva, para mejorar las coberturas de detección de enfermedades crónico degenerativas y evaluaciones periódicas de las mismas, siendo de las más frecuentes; diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad.

La falta de difusión y promoción de los programas por parte de todo el personal que labora en la institución, son causa posible de la poca información con que cuenta la población derechohabiente. El sobrepeso, la obesidad, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus siguen siendo de los principales motivos de atención, problemas de salud que requieren por parte de los que las padecen, de una mayor información para su adecuado manejo.

Si uno de los propósitos en ese primer nivel de atención es otorgar los servicios de los Programas Integrados de Salud, tomando en cuenta las prestaciones médicas y sociales, vinculando la atención social con la salud en los componentes de: Promoción para el Cuidado de la Salud, Vigilancia de la Nutrición , Prevención y Control de Enfermedades, Detección de Enfermedades y Salud Reproductiva, logrando un bienestar individual y familiar, haciendo necesaria la participación activa del paciente en los Programas de Mejora de Medicina Familiar, para la prevención, detección oportuna de enfermedades y educación para el cuidado de la salud y la enfermedad.

En mí ejercicio profesional he observado que se realizan acciones de atención integrada por grupo de riesgo de manera individual, en los diferentes servicios de enlace en lo que respecta a la atención de sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus, sin tener una evaluación del conocimiento en el paciente de que o que debe saber a partir de la información que se le proporcionan en esos servicios de enlace, por lo que me he llegado a plantear la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la información con que cuentan los pacientes que acuden a los servicios de enlace y que cursan con sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial o diabetes mellitus adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 01 del IMSS en Puebla?

5. JUSTIFICACIÓN

La atención integral en el Primer Nivel de Atención en Medicina Familiar es primordial para el cuidado del paciente, iniciando por la educación en salud tanto en el paciente como a los que laboran en el área de la salud. La información que se otorga al paciente es uno de los pilares en el auto cuidado, esta información en la utilización de los servicios médicos esta distribuida en atención por el Médico Familiar, Trabajo Social, Medicina Preventiva, Estomatología y Nutrición y Dietología consecuentemente quien coordina estas actividades como personaje principal del cuidado de la salud y la oportuna utilización de estos servicios es el Médico Familiar.

Sin una información suficiente no hay conocimiento de la utilidad de los diferentes servicios médicos, por lo tanto, no existe información médica en relación a la enfermedad que sufre y padece el paciente. La información integrada y la optimización de la misma para el control de las enfermedades como diabetes mellitus, hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad son requeridas por todo el personal del equipo de atención a la salud, bajo el liderazgo del Médico Familiar.

Teniendo identificada la información que tiene el paciente en la utilización de los diferentes servicios médicos y la información que se le brinda a través de estos servicios podemos implementar estrategias que nos permitan elaborar nuevos programas en el otorgamiento de la información en las distintas áreas de las unidades de medicina familiar, en particular la que nos es de interés en nuestra indagación.

6. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar el conocimiento en el paciente con enfermedad crónico degenerativa de la información obtenida en los Servicios Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 01, I. M. S. S., Puebla.

Objetivos Específicos

- 1.- Determinar el conocimiento en el paciente de la información obtenida por Servicio Médico con respecto a diabetes mellitus tipo 2.

- 2.- Determinar el conocimiento en el paciente de la información obtenida por Servicio Médico con respecto a hipertensión arterial.

- 3.- Determinar el conocimiento en el paciente de la información obtenida por Servicio Médico con respecto a sobrepeso y obesidad.

7. METODOLOGÍA

Tipo de estudio:

Observacional, descriptivo, transversal.

Características del tipo de estudio:

Por la intervención del investigador en el fenómeno de estudio: Observacional

Por el tipo de contrastación: Descriptivo

Por el número de mediciones del fenómeno: Transversal

Por la evolución del fenómeno a través del tiempo: Prospectivo

Por la captura de la información: Prolectivo

Por el número de centros participantes: Unicéntrico

Población, lugar y tiempo de estudio.

El presente estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 01, I. M. S. S Puebla. Se tomó una muestra de pacientes adscritos a la consulta externa de Medicina Familiar con diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad, durante los meses de Mayo y junio del 2007.

El tamaño de la muestra fue de 150 pacientes con enfermedad crónico degenerativa derechohabientes del I. M. S. S con adscripción a Médico Familiar, siendo un tipo de muestra conveniente no probabilística, representativa por las características de elección de la población.

Criterios de inclusión:

Se incluyeron a pacientes con enfermedad crónica degenerativa para el estudio, pacientes con diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad o en forma concomitante entre ellas.

Criterios de exclusión:

Pacientes en sospecha diagnóstica para diabetes mellitas, hipertensión arterial o sobrepeso, originadas por algún factor o causa identificable ajena a la fisiopatología de estas enfermedades como endocrinopatías, tumores, enfermedades renales, hepáticas.

Pacientes que no deseen participar en el estudio.

Criterios de eliminación:

Se eliminaron a todos aquellos pacientes que no contestaron en forma correcta, incompleta, o no entregaron el cuestionario aplicado.

Definición conceptual y operacional de las variables:

Variab les	Definición conceptual	Definición operacional	Escalas de medición
Identificación del paciente	Situación del paciente para conocer sus datos sociodemográficos y enfermedad.	Se refiere a identificar: edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, enfermedad que padece: diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso/obesidad.	Razón Nominal
Información con que cuentan los pacientes con enfermedades crónico degenerativas que acuden a los servicios de enlace.	Acción o efecto de informar o informarse de las características y cuidados que deben llevar a cabo de su enfermedad	Conocimiento que los pacientes tienen de su enfermedad o enfermedades, a partir de la información que se les da en tres servicios de enlace: Trabajo Social Medicina Preventiva Nutrición y Dietética	Nominal
Sobrepeso.	Es la acumulación de grasa en el cuerpo de una persona por arriba de lo normal, pero menor a la obesidad. O cuando el IMC (Índice de Masa Corporal) es de 25 a 29.9 kg/m ² /SC.	Identificación de sobrepeso en el Componente de Vigilancia de la Nutrición incluido en la Cartilla de Salud y Citas Médicas de Mujeres de 20 a 59 años, Hombres de 20 a 50 años y Adultos Mayores de 59 años.	Nominal
Obesidad	Es la acumulación excesiva de grasa en el cuerpo de una persona por arriba del considerado como sobrepeso. O cuando el IMC es de 30 kg/m ² /SC o más.	Identificación de obesidad en el Componente de Vigilancia de la Nutrición incluido en la Cartilla de Salud y Citas Médicas de Mujeres de 20 a 59 años, Hombres de 29 a 59 años y Adultos Mayores de 59 años.	Nominal
Hipertensión arterial	Elevación sostenida de las cifras de presión sistólica, diástolica o ambas por arriba de 140/90 mmHg.	Respuesta plena del paciente de reconocer que padece hipertensión arterial	Nominal

Diabetes mellitus tipo 2	Paciente al que se le estableció el diagnóstico con datos clínicos característicos, con elevación de la cifra de glucosa basal en ayuno por arriba de 126mg.	Respuesta plena del paciente de reconocer que padece diabetes mellitus tipo 2.	Nominal
--------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	---------

Método

Se construyó un instrumento tipo encuesta revisado por dos Médicos Familiares, una Trabajadora Social, una Auxiliar de Enfermería en Salud Pública y Nutricionista Dietista quienes hicieron sus observaciones y comentarios al cuestionario que indagara la información en los pacientes con respecto a la utilización de los Servicios Médicos de Trabajo Social, Medicina Preventiva y Dietología, para el cuidado y conocimiento de sus enfermedades como diabetes mellitus, hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad. Dicho cuestionario incluyó las siguientes variables: sexo, edad, escolaridad, ocupación, tipo de enfermedad, combinación de dos o más enfermedades, personal que deriva a los servicios de enlace y personal de enlace que recibe a los derechohabientes para otorgarles los servicios de Atención Preventiva Integrada y por último atención recibida en cada uno de los servicios al que son enviados los pacientes. (Anexo 1)

Se solicitó autorización a las autoridades de la Unidad Médica Familiar, apoyo a la Coordinadora de Asistentes Médico y de la propia Asistente Médico; quienes conocen a los pacientes con las patologías estudiadas. Una vez identificado a el paciente, el encuestador se presentó y explicó al derechohabiente el motivo del estudio solicitando su consentimiento de manera verbal y ratificada por escrito mediante el formato de consentimiento informado. (Anexo 2). Se aplicó la encuesta a pacientes del turno matutino y vespertino que se encontraban en la sala de espera identificados con las enfermedades antes mencionadas en un tiempo de dos meses, mayo y junio, con un total de 150 encuestas.

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Estadística descriptiva.

Se utilizó la distribución de frecuencias absolutas y relativas y/o medidas de tendencia central para las variables estudiadas.

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para el presente proyecto se tomaron en cuenta el Código de Nuremberg en la capacidad de dar consentimiento, ausencia de coacción y comprensión de los riesgos y beneficios implícitos.

Informe Belmont en relación a los principios de respeto por las personas, beneficencia y justicia aceptados como los tres principios fundamentales para la realización ética de investigación con seres humanos. Se tomaron en cuenta los principios de la Declaración de Helsinki 1964 de la Asociación Médica Mundial que marca los Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, su enmienda en Tokio 1975, Venecia 1983, Hong Kong 1989, Somerset West Sudáfrica 1996 y la de Edimburgo Escocia 2000.

Se consideraron las pautas éticas internacionales para la experimentación biomédica en seres humanos.

El Código de Reglamentos Federales de los Estados Unidos de Norteamérica.

Título 45 Bienestar Social Departamento de Salubridad y Servicios Humanos Institutos Nacionales de Salud Oficina para la Protección de Riesgos de Investigación. Sección 46 Protección de sujetos humanos. Política Federal para la Protección de Sujetos Humanos (Política Básica del DHHS [Departamento de Salubridad y Servicios Humanos, por sus siglas en inglés] para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación).

Lineamientos, políticas y disposiciones que establece la Coordinación de Investigación en Salud del IMSS.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de los Estados Unidos Mexicanos. Título Primero Disposiciones Generales.

El presente proyecto de investigación se califico como de mínimo riesgo, pero sin obviar los referentes mencionados se realizo el presente con consentimiento informado.

9. RESULTADOS

Se encuestó un total de 150 derechohabientes; 77 hombres y 73 mujeres, predominando los adultos mayores de 59 años, con 41 mujeres y 38 hombres. Cuadro 1.

De acuerdo a la edad del total de los pacientes de moda fue de 72 años, media de 62.3 años y mediana de 61.5 años.

Cuadro 1. Sexo y grupo de edad de pacientes con enfermedad crónica degenerativa.

n=150

Grupo de edad Sexo	30-39		40-49		50-59		60 y >		Total	
	Hombres	0	0%	19	13%	20	13%	38	25%	77
Mujeres	2	1.3%	8	5%	22	15%	41	27%	73	48.3%

De la escolaridad el nivel primaria predominó en 79 pacientes con 53%, de los cuales 43 hombres 29%, y 36 mujeres 24%, seguido de 18% con nivel secundaria, 12% hombres, 6% mujeres. Cuadro 2.

Cuadro 2. Nivel de escolaridad de pacientes con enfermedad crónica degenerativa

n=150

Escolaridad	Primaria		Secundaria		Preparatoria o técnico		Profesional		Ninguna		Total	
Hombres	43	29%	18	12%	9	6%	5	3%	2	1.3%	77	51.3%
Mujeres	36	24%	9	6%	14	9%	5	3%	9	6%	73	48%

Del estado civil correspondió a casados el 62% con 94 pacientes, solteros 1.2%, con perdida del conyugue (viudos) en un 1.5%. Cuadro 3.

Cuadro 3.

Estado civil de pacientes con enfermedad crónico degenerativa

n=150

Estado civil	Soltero		Casado		Unión libre		viudo		divorciado		Total.	
Hombres	1	0.6%	54	36%	15	10%	4	2.6%	3	2%	77	51.2%
Mujeres	1	0.6%	40	26.6%	10	6.6%	19	12.6%	3	2%	73	47.8%

Las enfermedades con mayor frecuencia fueron hipertensión arterial en hombres en 17.3 % (26 casos) e hipertensión/obesidad en un 10% (15 casos).

En el mujeres la enfermedad con mayor frecuencia fue hipertensión arterial en 16.7% (25 casos) y diabetes/hipertensión en 5.3% (8 casos). Cuadro 4.

Cuadro 4.

Frecuencia de enfermedades por sexo.

n=150

enfermedad	Diabetes mellitus.		Hipertensión arterial		Sobrepeso y obesidad.		Diabetes e hipertensión.		Diabetes y obesidad.		Hipertensión y obesidad.		Diabetes hipertensión y obesidad.	
Hombres.	12	8%	26	17.3%	7	4.7%	4	2.7%	3	2%	15	10%	10	6.7%
Mujeres.	14	9.3%	25	16.6%	15	10%	8	5.3%	2	1.3%	7	4.7%	2	1.3%
Totales.	26	17.3%	51	34%	22	14.7%	12	8%	5	15%	22	14.7%	12	8%

De la derivación a los servicios de enlace por Médico Familiar se encontró una frecuencia para Trabajo Social en un 40.7% y para dietología en 52%.

Derivación a los servicios por personal de Enfermería se encontró una frecuencia en un 25.3% para medicina preventiva. Cuadro 5.

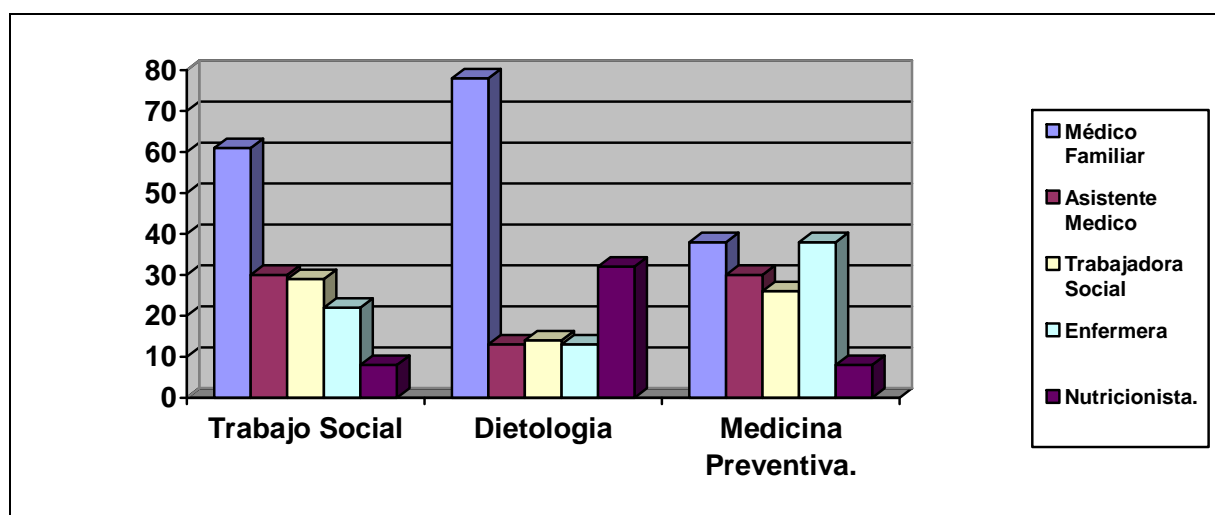
Cuadro 5.

**Derivación de servicios de enlace por área laboral
n=150**

Servicio	Trabajo social		Dietologia		Medicina preventiva	
Médico familiar	61	40.7%	78	52%	38	25.3%
Asistente medica	30	20%	13	8.6%	30	20%
Trabajadora social	29	19.3%	14	9.3%	26	17.3%
Enfermera	22	14.7%	13	8.7%	38	25.3%
Nutricionista	8	5.3%	32	21.3%	8	5.3%

Grafico cuadro 5.

**Derivación de servicios de enlace por área laboral
n=150**



Evaluación de la información por servicio de enlace en Trabajo Social.

La evaluación de la información de trabajo social con respecto a la pregunta 3 se encontró que el 96.7% (145 pacientes) sabe que su enfermedad solo se controla y el 3.3% (5 pacientes) no sabe. Cuadro 6.

Cuadro 6.

**Pregunta 3.
Valoración del conocimiento del paciente de la información que recibe en
trabajo social.
n=150**

Opción de respuesta.	f	%
Se cura.	1	0.7
Se controla.	145	96.6
No se.	4	2.7

En la pregunta 4 el 80 % de los pacientes conoce que debe llevar una dieta especial y el restante no sabe. Cuadro 7.

Cuadro 7.

**Pregunta 4.
Valoración del conocimiento del paciente de la información que recibe en
trabajo social.
n=150**

Opción de respuesta.	f	%
Dieta acostumbrada.	24	16
Dieta especial.	120	80
No se.	6	4

En la pregunta 5 el 84.6% de los pacientes sabe que la duración de la dieta es para toda la vida y el 15.2% no sabe. Cuadro 8.

Cuadro 8.

**Pregunta 5.
Valoración del conocimiento del paciente de la información que recibe en
trabajo social.
n=150**

Opción de respuesta.	f	%
Solo un mes.	0	0
Hasta el control de la enfermedad.	16	10.6
Toda la vida.	127	84.6
No se.	7	4.6

En la pregunta 6, el 90% (135 pacientes) sabe que el ejercicio debe realizarlo diario y el 10% (15 paciente) no hacer ejercicio/no sabe. Cuadro 9.

Cuadro 9.

**Pregunta 6.
Valoración del conocimiento del paciente de la información que recibe en
trabajo social.
n=150**

Opción de respuesta.	f	%
Diario.	114	76
Cada tercer día.	21	14
No hacer ejercicio.	7	4.6
No se.	8	5.3

La pregunta 7, arroja como resultado que el 68.6%(103 pacientes) sabe que la duración del ejercicio debe ser por 30 minutos y el 31.33% (47 paciente) no sabe. Cuadros 10.

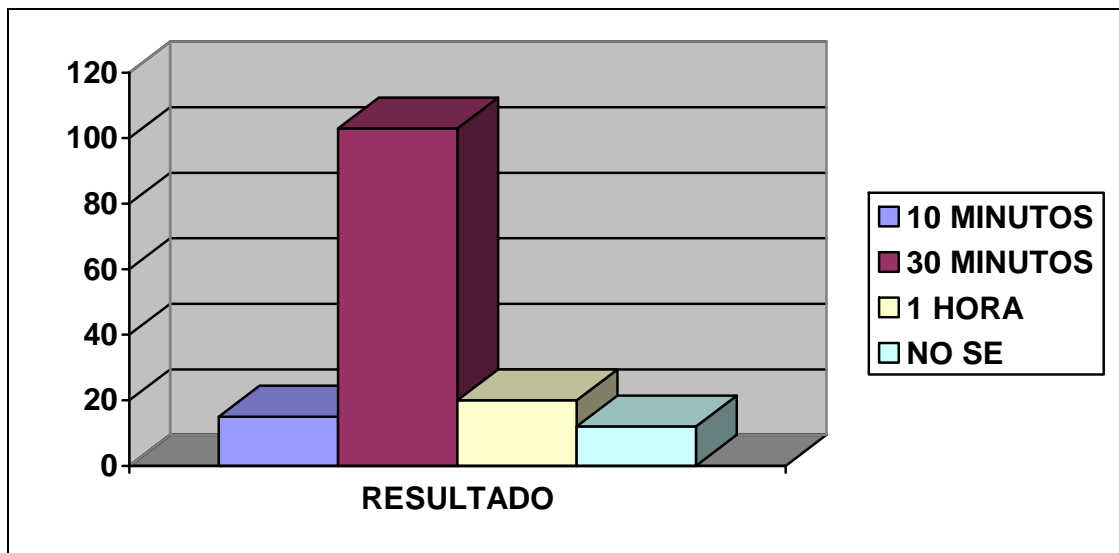
Cuadro 10.

Pregunta 7.
Valoración del conocimiento del paciente de la información que recibe en
trabajo social.
n=150

Opción de respuesta.	f	%
10 minutos.	15	10
30 minutos.	103	68.6
1 hora.	20	13.4
No se.	12	8

Gráfico cuadro 10.

Pregunta 7.
Valoración del conocimiento del paciente de la información que recibe en
trabajo social.
n=150



La información que recibió el paciente cuando acudió al servicio de trabajo social, refirió que le fue proporcionada en 47.6% por su médico familiar y 20% por la responsable del servicio. Cuadro 11.

Cuadro 11.

**Información otorgada a los pacientes por el personal de atención a la salud cuando acudieron al servicio de Trabajo Social.
n= 750.**

Enfermera		AM		MF		TS		Ninguna.	
f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
62	8.3	64	8.5	357	47.6	150	20	117	15.6

Evaluación de la información por servicio de enlace Medicina Preventiva.

La evaluación de la información de Medicina Preventiva en la pregunta 1 en un 84% (126 pacientes) el paciente sabe que debe vacunarse y en un 15.96% no tiene conocimiento respecto a vacunarse. Cuadro12.

Cuadro 12.

Pregunta 1
Valoración del conocimiento del paciente de la información que recibe en medicina preventiva.
n=150

Opción de respuesta.	f	%
Vacunarse.	126	84
Tomar medicamentos.	13	8.7
No se.	11	7.3

En la pregunta 2 un 71% (106 pacientes) sabe que en Medicina Preventiva lo pesan y lo miden para saber si tiene sobrepeso u obesidad y el resto 29% (44 pacientes) no sabe. Cuadro 13.

Cuadro 13.

Pregunta 2.
Valoración del conocimiento del paciente de la información que recibe en
medicina preventiva.
n=150

Opción de respuesta.	f	%
Sobrepeso u obesidad.	106	70.6
Saber peso y talla.	15	10
Hacer ejercicio.	17	11.4
No se.	12	8

Con respecto a la pregunta 3 el 75.33% (113 pacientes) de la población en estudio sabe que en Medicina Preventiva le miden la cintura para saber si tiene sobre peso u obesidad y el resto 24.66% (37 pacientes) no sabe. Cuadro14.

Cuadro 14.

Pregunta 3.
Valoración del conocimiento del paciente de la información que recibe en
medicina preventiva.
n=150

Opción de respuesta.	f	%
Sobrepeso/obesidad.	113	75.4
Hacer dieta.	22	14.6
No se.	15	10

De la pregunta 4 el 74% (111 pacientes) sabe que en Medicina Preventiva le toman la presión arterial para detectar hipertensión arterial y el resto 26% (39 pacientes) respondió por Rutina/No se porque se hace, no sabe. Cuadro15.

Cuadro 15.

Pregunta 4.
Valoración del conocimiento del paciente de la información que recibe en
Medicina Preventiva.
n=150

Opción de respuesta.	f	%
Rutina.	22	14.6
Detección de hipertensión.	111	74
No se porque se hace.	17	11.4

En la pregunta 5 solo se tomo en cuenta a las mujeres de un total de 73 el 93.1% (68 pacientes) sabe que la prueba de Papanicolaou es para detectar oportunamente el cáncer de la matriz y 7% (5 pacientes) no sabe. Cuadro16.

Cuadro 16.

Pregunta 5.
Valoración del conocimiento del paciente femenino de la información que recibe en
medicina preventiva
n=73

Opción de respuesta.	f	%
Cáncer de la matriz.	68	93.1
Infección urinaria.	0	0
No sé.	5	6.9

La información que se otorga en el servicio de medicina preventiva fue brindada en 32.2% por el Médico Familiar y 21.9% por la responsable del servicio. Cuadro 17.

Cuadro 17.

**Información otorgada por personal responsable del servicio de medicina preventiva.
n=150**

Enfermera		AM		MF		TS		Ninguna.	
f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
164	21.9	119	15.9	241	32.1	116	15.5	110	14.7

**EVALUACION DE LA INFORMACION POR SERVICIO DE ENLACE
NUTRICION Y DIETOLOGIA**

La evaluación de la información otorgada en el servicio de dietología en la pregunta 1 en un 78% (117 pacientes) de los pacientes saben que la dieta es un tratamiento de apoyo, y el resto de pacientes no sabe. Cuadro 18.

Cuadro 18

**Pregunta 1.
Valoración del conocimiento del paciente de la información que recibe en nutrición
y dietología.
n=150**

Opción de respuesta.	f	%
Verse bien.	1	0.6
Tratamiento de apoyo	117	78
No se.	32	21.4

En la pregunta 2 el 75.3% (113 pacientes) sabe que se le indica una dieta por necesidades de su enfermedad y el resto no sabe. Cuadro 19.

Cuadro 19.

Pregunta 2.

**Valoración del conocimiento del paciente de la información que recibe en dietología.
n=150**

Opción de respuesta.	f	%
Gusto de alimentación.	12	8
Por necesidad.	113	75.4
No se.	25	16.6

Con respecto a la pregunta 3, el 74.6% (112 pacientes) sabe que para calcular su dieta en el servicio de nutrición lo primero que hacen es medir su peso y talla y el resto de los pacientes no sabe. Cuadro 20.

Cuadro 20.

Pregunta 3

**Valoración del conocimiento del paciente de la información que recibe en dietología.
n=150**

Opción de respuesta.	f	%
Peso y talla.	112	74.6
Presión arterial.	23	15.4
No se.	15	10

La información que se otorga en el servicio de nutrición y dietología fue brindada en 32% por nutricionista y 27.7% por el Médico Familiar. Cuadro 21.

Cuadro 21.

**Información otorgada por personal responsable del servicio de dietología.
n=450**

Enfermera.		AM		MF		TS		Ninguna.	
f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
21	4.6	36	8	124	27.6	48	10.7	221	49.1

10. DISCUSIÓN.

La información que obtiene el paciente amplía el conocimiento sobre sus enfermedades para un adecuado control de la misma, esta información es brindada en el primer contacto del paciente con el prestador de servicio en la salud.

Se han realizado estudios para valorar la educación y auto cuidado en el paciente con enfermedad crónico degenerativa, encontrado un promedio edad de 55 años ,70 % del sexo femenino ,casado en un 64%, escolaridad primaria incompleta en un 42% y por último en un 60% dedicados al hogar.

En nuestro estudio la población estudiada comprendió un total de 150 derechohabientes con enfermedad crónico degenerativa del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Primer Nivel de Atención para valorar el nivel de conocimiento en el paciente respecto a la atención brindada en los servicios médicos de enlace.

El propósito de la Educación para el Cuidado de la Salud a los pacientes es otorgar información sobre sus enfermedades. Ya que en un estudio realizado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 se encontró que el Médico Familiar es a decir del paciente quien explica más fácil las características propias de la enfermedad.

En nuestro estudio la mayoría de la población estudiada correspondió al grupo de hipertensión arterial 34% y con hipertensión arterial/obesidad 14.7%, seguidos por pacientes con sobrepeso/obesidad 14.7% y por último un 8% con diabetes/hipertensión.

La evaluación de la información que se brinda por cada servicio médico cuando el paciente acude al área de trabajo social, respondieron que fue brindada en 47.6% por el médico familiar y 20% por la trabajadora social, lcuando acudieron al servicio de Medicina Preventiva respondieron que les fue brindada en 32.16% por el médico familiar y 21.9% por la enfermera de Medicina Preventiva y por último cuando acudieron a Nutrición y Dietología respondieron que les fue brindada en 32% por la nutricionista y 27.7% por el

Médico Familiar, datos que coinciden con otras investigaciones donde el médico familiar es el principal personaje en la Educación para el Cuidado de la Salud en los pacientes con enfermedades crónico degenerativas.²¹

Por otro lado se han realizado estudios que evalúan el conocimiento tanto del personal de salud como de los pacientes sobre su autocuidado con una edad promedio de cuarenta años o más, de ambos sexos, para identificar si realizan autocuidado de la salud; encontrándose que la sexualidad y la alimentación fueron los aspectos de autocuidado de la salud más frecuentes, las mujeres realizan más acciones, los trabajadores refirieron tener uno o más padecimientos como obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus y finalmente en solo el 36.9% el autocuidado fue óptimo y el 62.4% fue suficiente, datos que demuestran que la derivación de los pacientes en los diferentes servicios médicos pueden encontrar el factor humano del personal de salud que no aplica acciones en su propio autocuidado y mucho menos que no conozca las acciones que debe realizar en el mismo servicio hacia el paciente.

En nuestro estudio encontramos respecto a la derivación a los servicios médicos de enlace el Médico Familiar deriva con mayor frecuencia al derechohabiente para trabajo social y dietología seguido por la enfermera quien deriva con mayor frecuencia a medicina preventiva.

La información que se le da al derechohabiente y evaluar su conocimiento en general en el servicio de Trabajo Social y Medicina Preventiva fue brindada con mayor frecuencia por el Médico Familiar que por los responsables del servicio.^{21,22}

En caso contrario y finalizando la información otorgada en dietología con mayor frecuencia fue por la nutricionista. Con estos datos podemos observar que la atención en distintas unidades de atención médica diferencia mucho de lo que conoce el personal de salud y el derechohabiente. Proponemos el seguimiento de los programas de salud e implementar estrategias de educación en la salud acorde al tema específico en los modelos de intervención integral.²³

11.- CONCLUSIONES.

En nuestro estudio concluimos que de un total de 150 derechohabientes encuestados la edad promedio fue de 61.5 años y el nivel escolar predominante fue el nivel primaria, así mismo en su mayoría los pacientes encuestados son casados; las enfermedades predominantes fueron hipertensión arterial y enfermedad concomitante, cuyos resultados corresponden a otros estudios en los cuales se evaluó también el auto cuidado de los pacientes, la atención integral y/o conocimiento de las enfermedades. Respecto de la derivación a los servicios de enlace se detectó que el médico familiar deriva la mayor parte de los derechohabientes a los servicios de Trabajo Social, Dietología, mientras que la enfermera deriva en menor proporción a Medicina Preventiva. La evaluación de la información de Trabajo Social en los pacientes arrojó que la gran mayoría sabe que su enfermedad solo se controla, que se debe llevar una dieta especial, la cual debe seguirse durante toda la vida, que el ejercicio debe realizarlo diariamente, durante al menos 30 minutos, mientras que bajos porcentajes desconocen lo anterior. Concluimos que la gran mayoría de los pacientes enviados al servicio de trabajo social fue realizada por el Médico Familiar, y en algunas ocasiones por la misma Trabajadora Social. En cuanto a la evaluación de la información de Medicina Preventiva se puede observar que el paciente conoce que debe vacunarse, que en medicina preventiva lo pesan, miden estatura, y cintura para saber si tiene sobrepeso/obesidad, que le toman la presión arterial para detectar hipertensión arterial, que la prueba de Papanicolaou en mujeres es para detectar oportunamente el cáncer de matriz, y en menor porcentaje desconocen esta información. La información general que se otorga en el servicio de Medicina Preventiva fue brindada por el Médico Familiar y la enfermera de Medicina Preventiva. El paciente sabe que la dieta que debe llevar es para toda la vida, la cual es indicada por el nutricionista y por el Médico Familiar. Con la información que se obtuvo evaluamos que el paciente está informado y conoce sobre las acciones que se realizan en los diferentes servicios médicos de enlace en su unidad de atención de primer nivel e inferimos que hay un desempeño bajo a óptimo en el prestador de servicio médico que labora. Concluimos que el paciente está informado y conoce sobre las acciones que se realizan en los diferentes servicios médicos de enlace de su unidad de atención de primer

nivel y que hay oportunidades perdidas en el desempeño del prestador responsable del servicio médico en el que labora.

12.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.- Seguridad Social. La medicina familiar en los albores del siglo XXI. 1ª.ed. México. Garcia-Peña C. Muñoz O. Durán L. Vázquez F. Editores2006:189-201.
- 2.- Grijalva M.G. Detección de factores en el primer nivel de atención: una experiencia educativa. ArchMedFam 2001;3(2):31-32.
- 3.- Domínguez del Olmo J. La medicina familiar en México y en el mundo. ArchMedFam 2003; 5(4): 136-139.
- 4.- Saldaña-cedillo MM, Bautista-Sanperio L. Síndrome de resistencia a la insulina: una perspectiva desde la medicina familiar. ArchMedFam 2004;6(3):64-65.
- 5.- Instituto Mexicano del seguro social. Norma que establece las disposiciones para otorgar atención médica en las Unidades de Medicina Familiar. Clave 2000-001-007. México: IMSS, 1993:1-9.
- 6.- Funnell MM, Anderson RM, Arnold MS, Barr PA, Donnelly M, Johnson PD y colaboradores. Empowerment: and idea whose time has come in diabetes education. Diabetes Educ 1991; 17:37-41.
- 7.- Oviedo Mota M. A. Espinosa Larrañaga. F. Rey Morales. H. Trejo y Pérez J. A. Gil Velásquez E. Guía Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la DM tipo 2. Rev. Med. IMSS 2004; 42 (4): 281-284.
- 8.- Coviello JS, Nysrom KV. Obesity and heart failur. J. Cardiovasc nurs 2003; 18 (5): 360-366.
- 9.- Garduño J, Galindo G, Rangel S, Muñoz O. Mejora de la calidad de atención médica a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 por medio de la retroalimentación del desempeño médico y alertas en el expediente clínico. En: Las múltiples facetas de la investigación en salud. Proyectos Estratégicos del Instituto Mexicano del Seguro Social: México: IMSS 2001: 293-310.
- 10.- Philis-Tsimikas A, Walker C, Rivard L, Talavera G, Reimann JOF, Salmon M, Araujo R. improvement in diabetes care of underinsured patients enrolled in project Dulce. Diabetes care 2004; 27: 110-115.
- 11.- Mulcahy K, Marynluk M, Peeples M, Peyrot M, Tomky D, Weaver T, et al. Diabetes self- management education core outcomes. Diabetes Educ 2003; 29(5):769-803.
- 12.- Glasgow RE, Osteen VL. Evaluating diabetes education. Are we measuring the most important outcomes? Diabetes care 1992; 15: 1423-32.

- 13.- Orem D. Modelo de enfermería de autocuidado. Modelos de enfermería 1980: 165-167.
- 14.- Castañeda M. Envejecimiento la última aventura. México. Fondo de cultura económica 1994: 24.
- 15.- García HM, Torres EMP, ballesteros PE. Enfermería geriátrica 2000, Barcelona España: 151-62.
- 16.- Reyes HE. Envejecimiento y actitud ante el propio envejecimiento y ambiente. En: Reyes HE. Envejecer con plenitud 1992. Primera Edición. México: 36.
- 17.- Yovanovich LJ, RN, BS. Desarrollo profesional. Una guía de autocuidados para los cuidadores. Nursing 1992: 59-61.
- 18.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Manual del Sistema Médico Familiar. México: IMSS Subdirección General Médica, 1972.
- 19.- Brunner y Suddarth. (1998). Manual de Enfermería. Cuarta edición. Tomo II. México: Editorial Interamericana.
- 20.- Valencia JR. Repercusión en el control de la diabetes mellitus de una técnica educativa. Rev. Cubana MedGenIntegr 1995: 11(2):144-9.
- 21.- Rivera Ortega F. Gómez Gómez C. Mendez Espinosa E. Avalos Espinosa L. Valoración de la educación en el paciente diabetico.
- 22.- Bamode-Granados M.G. Morales-Vidaña H. López-Sánchez G.A. Nivel de aplicación de las acciones de autocuidado de la salud por el personal de una unidad médica. RevEnfIMSS 2003; 11(2):77-81.
- 23.- Santamaría Ochoa C.D. Cid de Leòn Bujanos B.G. Establecimiento de una clínica de atención integral al paciente con diabetes mellitus en Ciudad Victoria Tamaulipas. Modelo de Intervención en Trabajo Social: Clínica de Diabetes. Sep. 10, 2006.

13.- ANEXOS

FICHA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE.

Edad: _____ años.

Sexo: mujer () hombre ()

Escolaridad: ninguna () primaria () secundaria () preparatoria o técnico ()
profesional () otra () ¿cual?_____.

Termino usted sus estudios: Si () no ().

Ocupación (es) actual (es) _____.

Estado civil: casado () soltero () viudo () divorciado () unión libre ()

¿Qué enfermedades tiene usted?

- Diabetes Mellitus (). Tiempo aproximado de evolución:
Años_____. Meses_____. Días_____. No recuerdo ().

- Hipertensión Arterial (). Tiempo aproximado de evolución:
Años_____. Meses_____. Días_____. No recuerdo ().

- Sobrepeso/obesidad (). Tiempo aproximado de evolución.
Años_____. Meses_____. Días_____. No recuerdo ().

DERIVACIÓN A TRABAJO SOCIAL

1.- Usted asistió al servicio de trabajo social para saber de su enfermedad porque lo envió:

Una enfermera () La Asistente médico () Su Médico Familiar () Trabajadora Social ()
Asistió por su propia cuenta () Nadie () La envió otra persona ().
¿Quién?_____.

2.- ¿Quien le explica mejor acerca de su enfermedad?

La Enfermera () La Asistente Médico () Su Médico Familiar () La Trabajadora Social ()
Nadie () Otra persona (). ¿Quién? _____.

3.- ¿Sabe usted que su enfermedad?

Es curable () Se controla () No sé ()

¿Quien le dio esta información? Su médico familiar () La asistente médico () La enfermera () La trabajadora social () Ninguna ()

Otra persona () ¿Quién? _____

4.- ¿Sabe usted que su enfermedad debe llevar una alimentación?

Con dieta acostumbrada () Con una dieta especial () No sé ()

¿Quien le dio esta información? su médico familiar () La asistente médico ()

La enfermera () La trabajadora social () ninguna ()

Otra persona () ¿Quién?_____

5.-La duración de la dieta es:

Solo por 1 mes () hasta que se controle su enfermedad () toda la vida () no sé ()

¿Quien le dio esta información? Su médico familiar () La asistente médico () La enfermera () La trabajadora social () ninguna ()

Otra persona () ¿Quién? _____

6.- ¿Sabe usted que en su enfermedad el ejercicio debe ser?

Diario () Cada tercer día () No hacer ejercicio () No sé ()

¿Quien le dio esta información? Su médico familiar () La asistente médico () La enfermera () La trabajadora social () ninguna ()

Otra persona () ¿Quién? _____

7.- El tiempo de duración del ejercicio es de:

10 minutos () 30 minutos () 1 hora () No sé ()

¿Quien le dio esta información? Su médico familiar () La asistente médico () La enfermera () La trabajadora social () ninguna ()

Otra persona () ¿Quién?_____

DERIVACIÓN A MEDICINA PREVENTIVA.

Usted asistió al servicio de medicina preventiva porque lo envió:

Una enfermera () La Asistente médico () Su Médico Familiar () Trabajadora Social () Asistió por su propia cuenta () Nadie () La envió otra persona ()
¿Quién? _____

1.- Sabiendo que usted padece una enfermedad que disminuye sus defensas y la envía a MEDICINA PREVENTIVA para:

Vacunarse () Tomar medicamentos () No sé ()

¿Quien le dio esta información? Su médico familiar () La asistente médico () La enfermera () La trabajadora social () ninguna () Otra persona () ¿Quién?

2.- ¿Sabe usted porque lo pesan y miden en el CONSULTORIO DE MEDICINA PREVENTIVA?

Para saber si tengo sobrepeso/obesidad () Para saber mi peso y mi talla () Para saber si tengo que hacer ejercicio () No sé porque lo hacen ()

¿Quien le dio esta información? Su médico familiar () La asistente médico () La enfermera () La trabajadora social () ninguna () Otra persona ()
¿Quién? _____

3.- Sabe usted porque miden su cintura en el consultorio de MEDICINA PREVENTIVA.

Para saber si tengo sobrepeso/obesidad () Para saber si tengo que hacer dieta y hacer ejercicio () No sé porque lo hacen ()

¿Quién le dio esta información? Su médico familiar () La asistente médico () La enfermera () la trabajadora social () ninguna () Otra persona () ¿Quién?

4.- En el consultorio de medicina preventiva la toma de presión arterial es para:

Solo es rutina del servicio () Detectar hipertensión arterial () No sé porque lo hacen ()

¿Quien le dio esta información? Su médico familiar () La asistente médico () La enfermera () La trabajadora social () su guía preveimss () ninguna ()

Otra persona () ¿Quién? _____

Pregunta sólo para mujeres

5.- Si tiene o ha tenido relaciones sexuales debe de realizarse la prueba de Papanicolaou para saber:

Si tiene cáncer de la matriz. () Si tiene una infección urinaria () No sé ()

¿Quien le dio esta información? Su médico familiar () La asistente médico () enfermera () trabajadora social () ninguna () Otra persona () ¿Quién? _____

DERIVACIÓN A NUTRIOLOGIA Y DIETOLOGIA.

1.- ¿La dieta que le indico la dietista es para?

Verse bien () Es un tratamiento de apoyo () No sé ()

¿Quien le dio esta información? Su médico familiar () La asistente médico () La enfermera () La trabajadora social () la nutricionista () Ninguna ()

Otra persona () ¿Quién? _____

2.- ¿Su dieta fue calculada en base a?

Su gustos de alimentación () Por necesidades de su enfermedad () No sé ()

¿Quien le dio esta información? Su médico familiar () La asistente médico () La enfermera () La trabajadora social () la nutricionista () Ninguna ()

Otra persona () ¿Quién? _____

3.- La nutricionista para indicarle su dieta tiene que medirle:

Peso y talla () La presión arterial () No sé ()

¿Quien le dio esta información? Su médico familiar () La asistente médico () La enfermera () La trabajadora social () la nutricionista () Ninguna ()

Otra persona () ¿Quién? _____

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo _____reconozco que se me toma consentimiento y se me ha informado totalmente acerca del estudio con fines de investigación medica en el que seré incluido.

Así mismo comento que se me informo que todos los datos que proporcione son de interés puro para la propia investigación y serán totalmente confidenciales.

Por lo que declaro que es mi decisión libre, conciente e informada aceptar participar en el estudio “.....DURANTE LOS MESES DE MAYO Y JUNIO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 01 IMSS PUEBLA” por lo que firmo de conformidad en presencia de un testigo y sin estar sujeto a ningún tipo de presión.

PUEBLA, PUE. A _____DE_____2007.

FIRMA O HUELLA DIGITAL DEL PACIENTE _____.

TESTIGO NOMBRE Y FIRMA _____.

GLOSARIO.

DEFINICION CONCEPTUAL

Edad. Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo.

Escolaridad. Periodo de tiempo durante el cual se asiste a escuela o centro de enseñanza

Ocupación. Actividad con o sin remuneración económica que desempeña una persona.

Estado civil: Condición social de un individuo en convivencia con otra persona del sexo opuesto con o sin compromiso de unión religiosa o civil.

Enfermedad: Cualquier condición biológica, física, química, social o familiar que altere el bienestar biopsicosocial del individuo.

DEFINICIÓN OPERACIONAL.

Edad. Los años que refiere el paciente al momento de la entrevista.

Escolaridad. El grado de escolaridad que comenta el paciente que tiene al momento de la entrevista.

Ocupación. La ocupación a la que se dedica el paciente al momento de la entrevista.

Estado civil el referido o señalado por el mismo paciente al momento de la entrevista.

Enfermedad.- la señalada en el momento de la entrevista ya sea única o concomitante.