



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



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 58 CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NÚMERO 58**

**Calidad de vida de pacientes pertenecientes a DIABETIMSS en
comparación con la de pacientes diabéticos no complicados
manejados exclusivamente en la consulta de Medicina Familiar de
la Unidad de Medicina Familiar 58, IMSS.**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

**ROSALES ROMERO VANESSA YOSSELINE
REGISTRO DE AUTORIZACIÓN: R-2021-1503-043**

ASESOR:

**DRA ELVIRA EVELYN ROBLES RENTERÍA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 63**

TLALNEPANTLA DE BAZ. EDO DE MEXICO 2022.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

IDENTIFICACIÓN DE LOS AUTORES:

INVESTIGADOR PRINCIPAL

M.C.E Elvira Evelyn Robles Rentería

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

Unidad de Medicina Familiar No. 63, San Ildefonso IMSS

elvira.robles@imss.gob.mx

58231900 ext 140

TESISTA

R.M.F Rosales Romero Vanessa Yosseline

Residente de Medicina Familiar

Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.58, Las Margaritas IMSS

vanerosrom@gmail.com

5545177521

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Evelyn Rentería por su interés, su valioso tiempo y su apoyo para que esta tesis se pudiese realizar. Por todas las facilidades brindadas durante todo el tiempo que duro este proyecto. Muchas gracias.

A la Dra. Mireille Alva por su invaluable apoyo, su infinita paciencia y su sincera amistad, porque sin usted esta tesis jamás hubiese visto la luz, ni hubiese encontrado camino. Muchísimas gracias por su sincera y desinteresada ayuda.
Eternamente agradecida por todo.

DEDICATORIA

- **A mi madre**, porque gracias a ella, a su esfuerzo y su apoyo estoy donde estoy ahora, por ser siempre mi sustento, mi red, mi fortaleza, mi pilar, por siempre estar a mi lado y apoyarme incondicionalmente, porque a ella le debo todo lo que soy y lo que seré.
- **A mi padre**, que desde donde está, sé que me mira orgulloso, porque cumplí la promesa que algún día le hice antes de partir.
- **A mis abuelos**, que desde el cielo, siguen siendo mi fuerza y mi inspiración, porque me enseñaron a cada día para ser mejor y seguir adelante.
- **A mi hermano**, que es mi principal motor para seguir luchando.
- **A mi compañero de vida**, porque a pesar de las dificultades y los malos momentos siempre estuvo ahí, para darme la mano e impulsarme a seguir, porque durante las desveladas y los días de cansancio solo recibí apoyo y aliento, porque siempre me haces fuerte, porque este éxito también te pertenece.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1503
H GRAL ZONA NUM 58

Registro COFEPRIS 17 CI 15 104 037
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 15 CEI 002 2017033

FECHA Martes, 27 de abril de 2021

Dra. ELVIRA EVELYN ROBLES RENTERIA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Calidad de vida de pacientes pertenecientes a DIABETIMSS en comparación con la de pacientes diabéticos no complicados manejados exclusivamente en la consulta de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 58, IMSS** 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 **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional
R-2021-1503-043

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 reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

GERARDO VARGAS SANCHEZ
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1503

Imprimir

IMSS
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

INDICE	PAG.
<u>RESUMEN</u>	7
<u>I. ANTECEDENTES</u>	8
<u>II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u>	14
<u>III. JUSTIFICACIÓN</u>	14
<u>IV. HIPÓTESIS</u>	15
<u>V. SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS</u>	15
<u>VI. FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS</u>	20
<u>VII. RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS</u>	21
<u>VIII. RESULTADOS</u>	22
<u>IX. DISCUSION</u>	35
<u>X. CONCLUSION</u>	39
<u>XI. BIBLIOGRAFIA</u>	41
<u>XII. ANEXOS</u>	45

RESUMEN

Antecedentes: En el Instituto Mexicano del Seguro Social la diabetes se sitúa en el 2do lugar dentro de los principales motivos de demanda en la consulta de Medicina Familiar y el 1er lugar de consulta con otras especialidades. El alto índice de personas con diabetes llevo a las instituciones de salud a establecer programas para el autocuidado de la salud; acciones contempladas en estrategias de educación para la salud de los pacientes. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud ha adquirido cada vez más importancia en la práctica de la medicina como indicador de la calidad de variados y diferentes tratamientos y sus resultados. De acuerdo a lo anterior, resulta de medular importancia la generación de investigación sobre los componentes del deterioro de la calidad de vida de estos pacientes, para diseñar intervenciones viables y eficaces para su incidencia por parte del equipo de salud. **Objetivo:** Conocer la influencia del programa DiabetIMSS en la calidad de vida de los pacientes diabéticos no complicados de la UMF 58; comparándola con la de los pacientes con diabetes mellitus no complicada atendidos únicamente en la consulta de medicina familiar de la misma. **Material y métodos:** se trata de un estudio comparativo, observacional, prospectivo y trasversal; a realizarse en la UMF 58 del IMSS, correspondiente al primer nivel de atención, dentro del periodo comprendido entre marzo y mayo de 2021, mediante la aplicación de un cuestionario validado específico para la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus sin complicaciones agregadas, que hayan concluido al menos 8 sesiones del programa DiabetIMSS; así como su equivalente numérico atendido en los consultorios de medicina familiar de la unidad. Se excluirán aquellos pacientes diabéticos que presenten cualquier complicación derivada de la enfermedad o con trastornos psiquiátricos y aquellos que no acudieron con regularidad a sus citas o al menos a 8 sesiones del programa y aquellos que no tengan al menos 1 año con el diagnostico. Los datos obtenidos se analizaran mediante chi cuadrada utilizando el programa informático PAWS Statistic Processor. **RESULTADOS Y ANALISIS:** en nuestra población analizada el promedio de participantes fue 55 +/- 1 años de edad, con un 56% de población de mujeres, con 50% pertenecientes a DiabetIMSS, el análisis del estudio nos muestra que la mayoría de los pacientes tiene una mala calidad de vida con un 64.5% (129 pacientes), de los cuales 75% pertenecen a los consultorios y 35.5% a DiabetIMSS, por otro lado los pacientes que tiene una buena calidad de vida en su mayoría pertenecen a DiabetIMSS con un 46% en comparación con el 25% que pertenecen a consultorio. **CONCLUSIONES:** En el presente estudio se determinó que los pacientes calificaron su calidad de vida como mala no obstante en todos los estudios referentes al tópico de investigación encontramos que el hablar de calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus es bastante complejo de medir pues implica considerar la subjetividad del paciente y la multidimensionalidad que comprende aspectos de las esferas físicas, psicológicas y social, sin embargo DiabetIMSS cumple su cometido , ya que contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes respecto a la atención exclusiva en la consulta externa.

I.- ANTECEDENTES.

La Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica y progresiva, con varias implicaciones en la vida diaria de las personas diagnosticadas con esa enfermedad, que trascienden el componente biológico. Es causada por resistencia a la insulina o deficiencia en la producción de la misma; el páncreas es el órgano encargado de producir esta hormona. Ante este fenómeno, la glucosa no puede ser transportada a la célula de manera adecuada, dando como consecuencia una acumulación de glucosa en la sangre (hiperglucemia); a su vez, la resistencia a la insulina genera alteraciones en el metabolismo de los lípidos séricos, causando finalmente lesiones vasculares responsables del daño orgánico múltiple. Representa el 95% de los casos mundiales, se relaciona con un peso corporal excesivo (obesidad) y con inactividad física, por lo que se relaciona directamente con estilos de vida sedentarios. La edad de aparición era posterior a los 45 años; sin embargo, debido a que la obesidad infantil se ha incrementado, se han visto casos de DM2 a más temprana edad, por lo que actualmente ya afecta a personas en edad productiva. Las consecuencias en los diversos roles de las personas que la padecen afectan la calidad de vida, la de sus familias y la comunidad. A nivel mundial, se ha detectado un incremento en las personas diagnosticadas con DM2 y se estima que en 2030 habrá 552 millones (1,2)

La prevalencia mundial de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) ha aumentado de forma notoria en los últimos veinte años y se ha posicionado como uno de los principales problemas de salud pública. Esta enfermedad crónica ocupa en México el primer lugar como causa de defunción y se asocia con la formación de lesiones microvasculares que llevan al desarrollo de nefropatía, retinopatía y neuropatía, así como con lesiones macrovasculares que favorecen el incremento de cardiopatía isquémica, enfermedad vascular cerebral y enfermedad vascular periférica. (3)

Ante la imposibilidad de curar las enfermedades crónicas, los expertos han optado por realizar valoraciones de la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus, a

fin de tener datos más específicos que apoyen para orientar en la provisión de servicios, programas y revisar de qué manera la enfermedad afecta la vida de las personas, en este caso particular la diabetes mellitus. (4)

La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud ha adquirido cada vez más importancia en la práctica de la medicina como indicador de la calidad de variados y diferentes tratamientos y sus resultados. Se considera la calidad de vida relacionada con la salud como un constructo basado en la calidad de vida de la persona del impacto que tiene la enfermedad o tratamiento en su capacidad para vivir una vida satisfactoria. La calidad de vida relacionada con la salud puede definirse como el valor asignado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional y la disminución provocada por una enfermedad, accidente, tratamiento o política. En términos generales, existen dos tipos de evaluación de este concepto: las medidas generales y las específicas. Las medidas generales se han desarrollado con la finalidad de evaluar el funcionamiento de personas con diversas enfermedades, y son útiles para estudios en donde se comparan diferentes poblaciones. Sin embargo, algunos investigadores han sugerido que son menos sensibles a los cambios en el funcionamiento en comparación con las medidas específicas que se diseñan para evaluar características de una enfermedad o población particular. La evaluación ideal de calidad de vida incorpora ambos tipos de medidas. (5)

La calidad de vida, para poder evaluarse, debe reconocerse en su concepto multidimensional que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, así como situación económica. La OMS la define en función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en la vida, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones. De la misma manera, relacionada con la salud es referido a partir de las experiencias subjetivas de ellas sobre su salud global, incluyendo componentes físicos, emocionales y sociales asociados con la enfermedad. Es por ello que se le conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar,

así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del "sentirse bien" (6,7).

En el área médica el enfoque de calidad de vida se limita a la relacionada con la salud (Health-Related Quality of Life). Este término permite distinguirla de otros factores y está principalmente relacionado con la propia enfermedad o con los efectos del tratamiento. La práctica médica tiene como meta preservar la calidad de vida a través de la prevención y el tratamiento de las enfermedades. En este sentido, las personas con enfermedad crónica requieren evaluaciones con relación a la mejoría o al deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida. Cada año aparecen publicaciones que abordan el diagnóstico, avances en la terapéutica, factores genéticos y otros aspectos de la diabetes; sin embargo, pocos estudios se refieren al impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes. La dificultad para operacionalizar adecuadamente el concepto de calidad de vida obliga a tomar varios aspectos de la vida de los sujetos y construir instrumentos que evalúan áreas como la condición física, psicológica, social y económica, entre otras. Una aproximación válida para su medición se basa en el uso de cuestionarios, los cuales ayudan a cuantificar en forma efectiva problemas de salud. Las mediciones de calidad de vida pueden usarse para planear programas de tratamiento a corto plazo y para evaluar a grupos con diagnósticos específicos. Estas evaluaciones pueden estar basadas en encuestas directas principalmente en aquellos pacientes con enfermedades crónicas con tratamientos paliativos, y que confieran beneficios en la calidad de vida (8, 9,10).

Existen distintos cuestionarios que miden diversos aspectos relacionados con la DM. La primera forma de evaluación específica de la Diabetes fue desarrollada en 1988 por el grupo de investigación de control de la diabetes y complicaciones inherentes para evaluar la calidad de vida relacionada con los tratamientos intensivos de la enfermedad. Esta medida se conoce como Diabetes Quality of Life (DQOL, por sus siglas en inglés). En la atención primaria de la persona con diabetes ya no basta con determinar su cifra de glucemia u objetivar los pulsos u oscilometrías. En la práctica diaria se debería y se puede valorar, en la medida de

lo posible, la implicación de la diabetes en los distintos aspectos que conforman e influyen en la calidad de vida. El instrumento no sólo es conocer la realidad del paciente en un momento del tiempo, sino también de determinar los cambios en sus distintas dimensiones, después de una intervención terapéutica, ya sea educativa o farmacológica (11, 12). La escala DQOL se desarrolló con el propósito de medir la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus 2. La escala DQOL versión en español está compuesta por 46 ítems que forman cinco dimensiones: • Satisfacción (15 ítems). • Impacto (20 ítems). • Preocupación social/vocacional (siete ítems). • Preocupación relativa a la diabetes (cuatro ítems). (13)

En los años cuarenta, cincuenta y sesenta del siglo XX, los servicios médicos se ocupaban más de enfermedades infectocontagiosas en comparación con otro tipo de problemas de salud; ahora las enfermedades crónico degenerativas (diabetes, hipertensión arterial, cardiopatías, neoplasias y secuelas de accidentes) son causas importantes de morbilidad y mortalidad; lo que ha dado lugar a estrategias acordes con los inicios del siglo XXI: los Programas Integrados de Salud, PrevenIMSS, DiabetIMSS, Plan Gerontológico, y Vida Activa y Saludable, cuyo sustento es la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la terapéutica y la rehabilitación. (14)

En el Instituto Mexicano del Seguro Social la diabetes se sitúa en el 2do lugar dentro de los principales motivos de demanda en la consulta de Medicina Familiar y el 1er lugar de consulta con otras especialidades. El alto índice de personas con diabetes llevo a las instituciones de salud a establecer programas para el autocuidado de la salud; acciones contempladas en estrategias de educación para la salud de los pacientes. (15, 16)

Partiendo de esto, el IMSS ha implementado una estrategia para la atención integral del paciente diabético en el primer nivel de atención denominada DiabetIMSS, para el manejo y control de pacientes de 16 años en adelante con DM2 para su atención mediante intervenciones multidisciplinarias mensuales, durante 1 año, en los que se involucran una serie de servicios de atención como: consulta externa de medicina

familiar, trabajo social, enfermería, nutrición, oftalmología, estomatología y psicología; lo que se pretende con ello es reducir el número de complicaciones y gastos generados por esta enfermedad crónico degenerativa. Este programa tiene como objetivo lograr conductas positivas y cambios a estilos de vida saludable buscando la corresponsabilidad del paciente y su familia, con la finalidad de reducir la sobrecarga de consulta en unidades de primer y segundo nivel por complicaciones de DM2 mal controlada. Durante su estancia en DiabetIMSS, al paciente se le realizan mediciones somatométricas (peso, talla, IMC y circunferencia abdominal), además de la medición de presión arterial y determinación de glucosa sanguínea, hemoglobina glucosilada (HbA1c), colesterol y triglicéridos. Estas mediciones se realizan de manera mensual a lo largo del año que dura el programa y el cumplimiento de las metas de control metabólico sustenta los cambios en los estilos de vida de los pacientes. (17, 18, 19, 20,21)

El programa DiabetIMSS se conforma por 12 módulos cada uno se desarrolla en forma mensual con asistencia del paciente 3 veces por semana y duración de 60 minutos por sesión.(22) La atención de pacientes en el módulo se presenta de manera dinámica, la dirección, evaluación y manejo del paciente recae directamente en el médico familiar del módulo, mientras el personal de enfermería es responsable de las actividades educativas y asume el papel de promotor de salud al detectar y realizar acciones en beneficio de la salud del paciente. (23)

En comparación con la atención habitual, la atención grupal tiene ventaja porque ofrece apoyo emocional y social de persona con experiencias similares y sirve como modelo a pacientes en circunstancias parecidas para favorecer la capacidad de lograr metas. (24)

DiabetIMSS tiene como meta enseñar al paciente a modificar su estilo de vida para alcanzar las metas de control metabólico a través de los parámetros normales de glucosa, lípidos y TA así como identificar de forma temprana las complicaciones asociadas a DM2. Algunos beneficios de este programa es que propicia el esclarecimiento de dudas acerca del padecimiento, favorecen la convivencia y el

intercambio de experiencias a la vez que fomentan hábitos saludables y la disminución del estrés. (25-26)

Los criterios de inclusión para el envío de los pacientes por el médico familiar al módulo de DiabetIMSS son: ser portador de cualquier tipo de DM, sin complicaciones crónicas o deterioro cognitivo y con compromiso de red de apoyo familiar, y son excluidos pacientes con enfermedades crónicas con insuficiencia renal crónica, retinopatía diabética, pie diabético y daño cognitivo, de igual manera pacientes que no estén dispuestos a acudir de manera voluntaria a todas las actividades que el programa implica. (27, 28)

Sin embargo, a pesar de contar con 135 módulos en todo el país, donde anualmente se han otorgado 1 130 682 consultas a 141 475 pacientes diabéticos, todavía existe un número elevado de pacientes diabéticos descontrolados cuya atención ocupa entre 14 y 15% de recursos económicos destinados a salud dentro del Instituto.

De acuerdo a lo anterior, resulta de medular importancia la generación de investigación sobre los componentes del deterioro de la calidad de vida de estos pacientes, para diseñar intervenciones viables y eficaces para su incidencia por parte del equipo de salud (29).

II - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es el nivel de calidad de vida de los pacientes inscritos en el programa DiabetIMSS, en comparación a la de aquellos pacientes diabéticos no complicados manejados únicamente por la consulta de Medicina Familiar, de la UMF 58 del IMSS?

III.- JUSTIFICACIÓN:

La Diabetes Mellitus tipo 2 es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en nuestro país, así como uno de los principales motivos de consulta en primer nivel de atención, de envíos a consultas de 2do nivel y de complicaciones de la misma, lo cual implica un alto costo para los sistemas de salud y es por esa razón que el Instituto Mexicano del Seguro Social ha puesto un énfasis especial en la prevención de las complicaciones asociadas a la misma, con el fin de disminuir los elevados índices en que actualmente se presentan. Las Unidades de Medicina Familiar, al ser el primer nivel de atención de los derechohabientes, es la encargada de implementar medidas que logren mediante información clara y veraz, la educación del paciente sobre su padecimiento y de la misma manera logren una concientización y adquisición de responsabilidad individual sobre el mismo. Por lo que el presente estudio contribuirá a evaluar el beneficio aportado en cuanto a la calidad de vida de aquellos pacientes que se encuentran inscritos en el programa DiabetIMSS, en relación a aquellos quienes por diversas razones no se encuentran dentro del mismo. Destacando asimismo, la importancia de un manejo integral por parte del personal de salud reflejado cualitativamente en la calidad de vida de la población, lo que podría ayudarnos a convencer a los pacientes de darle la importancia global que implican los servicios de salud y que de esta manera puedan tener una actitud positiva en la participación de este tipo de programas, anteponiéndolos como prioridad, ante situaciones que actualmente contribuyen a que se rechace la participación en este tipo de actividades y grupos de prevención.

De la misma manera, se puede verificar en otro rubro, que el impacto que está teniendo el programa va acorde a las exigencias e inversiones que el propio instituto ha puesto en ello. Y a futuro tener una base sustentada para la realización de este tipo de programas integrales, dedicados a la prevención, que sean económica y socialmente redituables, reduciendo los costos por atención médica de segundo y tercer nivel de complicaciones que pudieron ser evitadas desde primer nivel de atención, brindándole además a la población derechohabiente la oportunidad de gozar de una mejor calidad de vida, en base al autocuidado de sus enfermedades. Con este trabajo se podrá aportar más al conocimiento acerca de diversos ángulos del abordaje del paciente con diabetes mellitus, sobre todo el tema de la calidad de vida.

IV.- HIPÓTESIS:

La calidad de vida de los pacientes participantes en el programa DiabetIMSS de la UMF 58 IMSS, es mejor en comparación a la de aquellos pacientes diabéticos no complicados que únicamente reciben atención médica en la consulta de Medicina Familiar; en función al mejor conocimiento y autocuidado de su padecimiento, para la prevención de las complicaciones asociadas al mismo.

V.- SUJETOS, MATERIAL Y METODOS.

1.- CARACTERISTICAS DONDE SE REALIZARA EL ESTUDIO.

Se realizara en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar no. 58 del IMSS ubicada en boulevard Manuel Ávila Camacho s/n, Fraccionamiento Las Margaritas, col. Santa Mónica C.P. 54050 Tlalnepantla de Baz, Edo de México, perteneciente a la Delegación 16 Poniente, la cual cuenta con 20 consultorios de Medicina Familiar, 3 consultorios de Odontología, 1 consultorio para Planificación Familiar, Consultorio

de especialidades como Nefrología, Cardiología, Medicina Interna, Cirugía general, Ortopedia, Gastroenterología y 2 módulos de DiabetIMSS

2.- DISEÑO

Se trata de un estudio comparativo ya que observaremos 2 grupos que tienen en común la Diabetes Mellitus 2 sin embargo presentan diferentes factores respecto a su manejo integral con la intención de estimar sus diferencias y semejanzas, de igual manera es un estudio observacional ya que no existirá intervención alguna que pueda modificar los factores solo se limitará a medir las variables, prospectivo por que los datos serán recabados en determinada fecha y serán analizados en un futuro cercano y transversal porque el estudio se lleva a cabo en un momento determinado de tiempo establecido por el investigador.

2.1- GRUPOS DE ESTUDIO.

CARACTERISTICAS DE LOS CASOS.

Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus sin complicaciones agregadas atendido de manera regular en el programa DiabetIMSS, que hayan concluido su participación en al menos 8 sesiones.

CARACTERISTICAS DE LOS TESTIGOS:

Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus sin complicaciones agregadas, que reciban atención regular en los consultorios de medicina familiar y que por cualquier motivo no haya ni se encuentre recibiendo atención en el programa DiabetIMSS.

CRITERIOS DE INCLUSION.

- Pacientes adscritos a la UMF 58 que reciben atención regular en el grupo DiabetIMSS que hayan concluido su participación o lleven al menos 8 sesiones en el mismo.
- Pacientes adscritos a la UMF 58 que reciben atención regular en el grupo DiabetIMSS que hayan concluido su participación o lleven al menos 8 sesiones en el mismo y que cumplan con el mínimo de 1 año de diagnóstico.
- Pacientes adscritos a la UMF 58 que reciben atención regular en el grupo DiabetIMSS que hayan concluido su participación o lleven al menos 8 sesiones en el mismo de ambos sexos sin importar edad.
- Pacientes adscritos a la UMF 58 que reciban atención regular en los consultorios de Medicina Familiar de la unidad por el diagnóstico de DM2 sin complicaciones agregadas.
- Pacientes adscritos a la UMF 58 que reciban atención regular en los consultorios de Medicina Familiar de la unidad por el diagnóstico de DM2 sin complicaciones, con un mínimo de 1 año con el diagnóstico.
- Pacientes adscritos a la UMF 58 que reciban atención regular en los consultorios de Medicina Familiar de la unidad por el diagnóstico de DM2 sin complicaciones de ambos sexos y sin importar la edad.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Pacientes diabéticos atendidos en la consulta de Medicina Familiar de la UMF 58, que presenten alguna de las complicaciones derivadas de la enfermedad como son retinopatías, nefropatías, neuropatías, así como EVC, enfermedades coronarias, enfermedades vasculares, pie diabético.
- Paciente diabéticos diagnosticados que presenten trastornos psiquiátricos como depresión ansiedad, trastornos de la personalidad etc.

- Pacientes diabéticos que no acudieron regularmente sus citas médicas o a sus sesiones y actividades en DiabetIMSS.
- Pacientes diabéticos que no cumplan con al menos 8 sesiones del programa DiabetIMSS.
- Pacientes diabéticos que tengan menos de 1 año de diagnóstico.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- Pacientes que no acudan a la aplicación del cuestionario o que se nieguen a responderlo adecuadamente.
- Pacientes no localizables.
- Pacientes que durante el estudio presenten alguna complicación derivada de la diabetes.
- Pacientes que fallezcan durante el transcurso del estudio.

2.2 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se trabajará con una muestra finita que consta de 100 pacientes pertenecientes al programa DiabetIMSS que cumplan con los criterios establecidos, y 100 pacientes diabéticos tratados en los consultorios de Medicina Familiar de la UMF 58, durante el periodo de MARZO A MAYO de 2021.

2.3 DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Previa autorización por el Comité local de Investigación en Salud (CLIES) 1503, y el Comité de Ética en Investigación (CLEI) 1503-8. Se procederá a buscar a través de la base de datos de los consultorios y del programa DiabetIMSS los datos de los pacientes atendidos en los consultorios de Medicina familiar de la UMF con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 sin complicaciones agregadas, así como los pacientes con el mismo diagnóstico que reciban o hayan recibido atención dentro del programa DiabetIMSS, en al menos 8 sesiones de manera regular, vía telefónica nos pondremos en contacto con dichos pacientes y se agendará una cita para la

aplicación del cuestionario en aquellos pacientes que cumplan con los criterios de inclusión. El día de la cita, se presentara el investigador, se le explicara verbalmente en que consiste el estudio así como los objetivos del mismo, se solicitara su autorización por medio de un consentimiento informado, y se aplicara el cuestionario correspondiente a los pacientes atendidos en los consultorios, que cumplan con los criterios ya mencionados, así como a aquellos egresados de DiabetIMSS; se llevara a cabo dentro de las instalaciones de la UMF 58, como los espacios destinados a DiabetIMSS, las aulas de enseñanza o incluso las salas de espera de la unidad. Requiriendo el acceso a la base de datos de los consultorios y de DiabetIMSS para la localización de los pacientes. El tiempo empleado para la aplicación es corto, siendo de aproximadamente 20 minutos, para realizar la explicación de forma verbal y escrita a los pacientes del objetivo de su participación en el estudio, aclarar las posibles dudas sobre el mismo, su autorización por medio del consentimiento informado, así como del correcto llenado del instrumento. Se citara al paciente de acuerdo a los horarios disponibles, llevándose a cabo el presente estudio dentro de los marcos establecidos de la ética médica.

El cuestionario utilizado será el EsDQOL modificado, instrumento específico validado presentando una alta fiabilidad con un valor de la α de Cronbach de 0,8839 el cual se crea para la evolución de la calidad de vida en el paciente diabético, el cual consta de 43 preguntas, las respuestas se cuantificaran utilizando una escala Likert de 5 respuestas, las cuales estarán divididas en 5 apartados: SATISFACCION: 15 preguntas, con un rango de 1= muy satisfecho, 2= bastante satisfecho, 3 = algo satisfecho, 4= poco satisfecho y 5= nada satisfecho. IMPACTO, 17 preguntas, PREOCUPACION SOCIAL/VOCACIONAL, 7 preguntas, PREOCUPACION RELATIVA A LA DIABETES, 4 preguntas estos últimos 3 apartados con un rango de 1= nunca, 2= casi nunca, 3 = a veces, 4= casi siempre y 5 = siempre. La puntuación total de cada sujeto en la escala es la suma de las puntuaciones dadas a cada pregunta del cuestionario. Las instrucciones se proporcionaran de manera oral y escrita por el investigador.

2.4 ANALISIS DE DATOS

Se capturaran los datos en una tabla separando los 2 grupos a evaluar de forma manual por el investigador tras la aplicación de los cuestionarios, de acuerdo a la información obtenida de los mismos describiéndose según los puntajes obtenidos de forma predeterminada en estos para analizar grupo es el que posee una mejor calidad de vida. Se utilizara la prueba estadística de la chi cuadrada para saber si la diferencia existente entre ambos grupos es estadísticamente significativa mediante el programa informático PAWS Statistics Processor para el análisis de los datos.

VI.- FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS

Se trata de un estudio factible, ya que no requiere de importantes recursos económicos ni técnicos, y que no pone en riesgo la salud ni la integridad de los sujetos a estudiar, puede ser reproducible y comparable en distintas unidades de medicina Familiar del IMSS, tratándose de uno de los principales motivos de consulta en las unidades de primer nivel de atención a nivel global en los distintos sistemas de salud. Contribuyendo de manera positiva en la vida del paciente al conocer su calidad de vida y hacerlo consiente si es que no se obtienen resultados favorecedores de que la mayoría de los factores son modificables, de igual manera ayudara al instituto a conocer si los resultados obtenidos el programa DiabetIMSS coinciden con lo esperado, ya que es un programa de alto impacto económico para el Instituto. El estudio no atenta de manera alguna contra la ética médica, ya que se respetara la confidencialidad de los datos obtenidos y se cuidara la susceptibilidad de cada paciente ante la aplicación de los cuestionarios, siendo respetuosos y siempre objetivos sobre la opinión individual de cada uno de los pacientes acerca del programa DiabetIMSS y de los servicios recibidos en dicha unidad. Se solicitara abiertamente la participación de los pacientes que cumplan los criterios de inclusión, los cuales serán seleccionados bajo los principios de equidad y justicia sin existir ningún tipo de discriminación, siempre explicándose el motivo y el objetivo del estudios, así como solicitando previamente su autorización mediante el llenado de

consentimiento informado, aclarando en todo momento las dudas que pudiesen llegar a surgir y de igual manera respetando la voluntad del paciente al no querer formar parte del estudio, sin cuestionar sus motivos. Los procedimientos propuestos en este estudio están dentro de los 4 principios éticos básicos de respeto por las persona, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia, así como al el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud la cual en el art 17 apartado I hace mención de la investigación sin riesgos, cumpliendo esta investigación con los requisitos para formar parte de esta categoría, siendo una investigación segura ya que no se expondrá a daños de ninguna manera a los pacientes, y con la declaración de Helsinki de 1975, enmendada siete veces la última en la asamblea General de Octubre de 2013 así como códigos y normas institucionales vigentes de la buena práctica de la investigación clínica.

VII. RECURSOS HUMANOS, FISICOS Y FINANCIEROS.

Los recursos humanos implicados son el investigador que se encargaran de la aplicación de los cuestionarios, así como de recabar los datos y el análisis de los mismos.

Los recursos físicos estarán comprendido por hojas de papel Bond blanco para impresión, un equipo de cómputo que se encuentra dentro de la unidad y otro equipo de cómputo adicional que pertenece al investigador, impresora que de igual manera está dentro de la unidad, lápices de madera del número 2 o 2 1/2, y la red telefónica de la misma, se usaran las instalaciones del a UMF 58 que comprende los consultorios, aulas y hasta las mismas salas de espera.

Los recursos financieros se solventaran por el investigador. Los costos totales del proyecto son mínimos, los cuales recaen únicamente en la papelería y material requerido para la impresión de los formatos que consta de aproximadamente 300 pesos como total.

VIII. RESULTADOS

Se analizaron a 200 pacientes adscritos a la UMF 58 IMSS y de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados en relación con el instrumento de recolección:

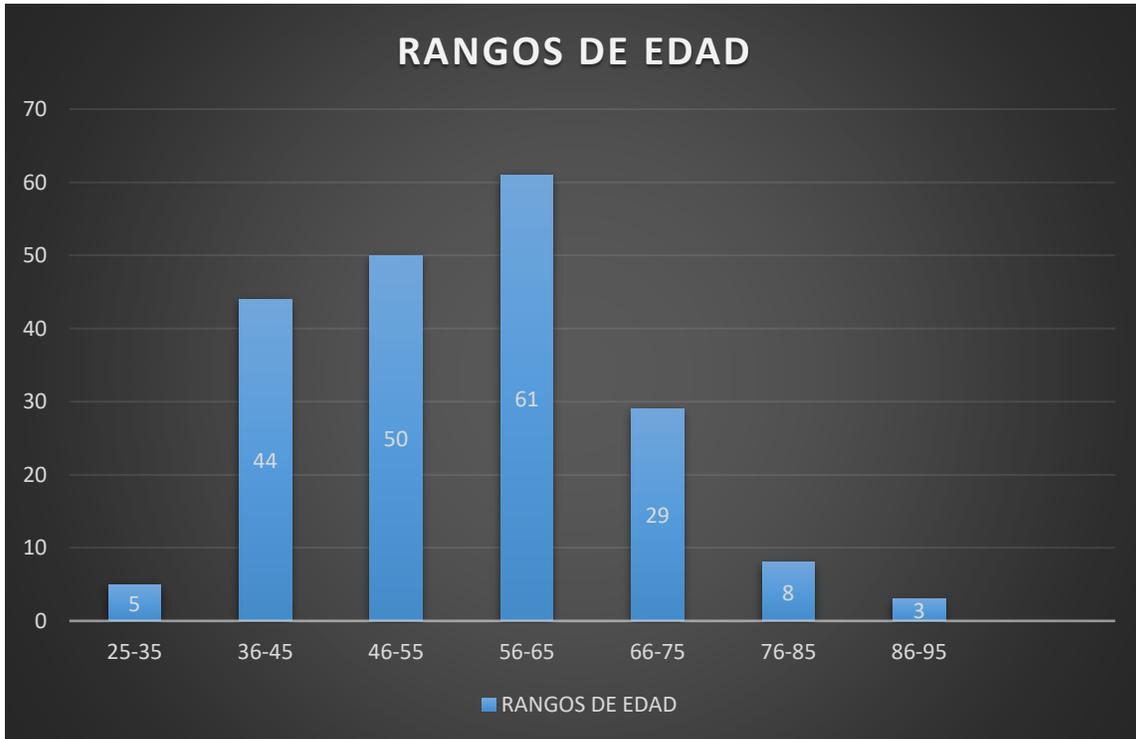


Gráfico No.1: Distribución de los pacientes de acuerdo al rango de edad.

De los 200 participantes la moda fue 65 años de edad, con un promedio de 55 años +/- 1 año, se dividieron en 6 grupos; el primero de 25-35 años el cual ocupó 2.5 % de los encuestados, de 36 a 45 años el 22%, de 46 a 55 años el 25%, de 56-65 años presentó el porcentaje más alto con el 30.5%, de 66 a 75 años el 14.5%, de 76-85 años el 4% y por último el grupo de 86-95 años ocupó el porcentaje más bajo con 1.5%.

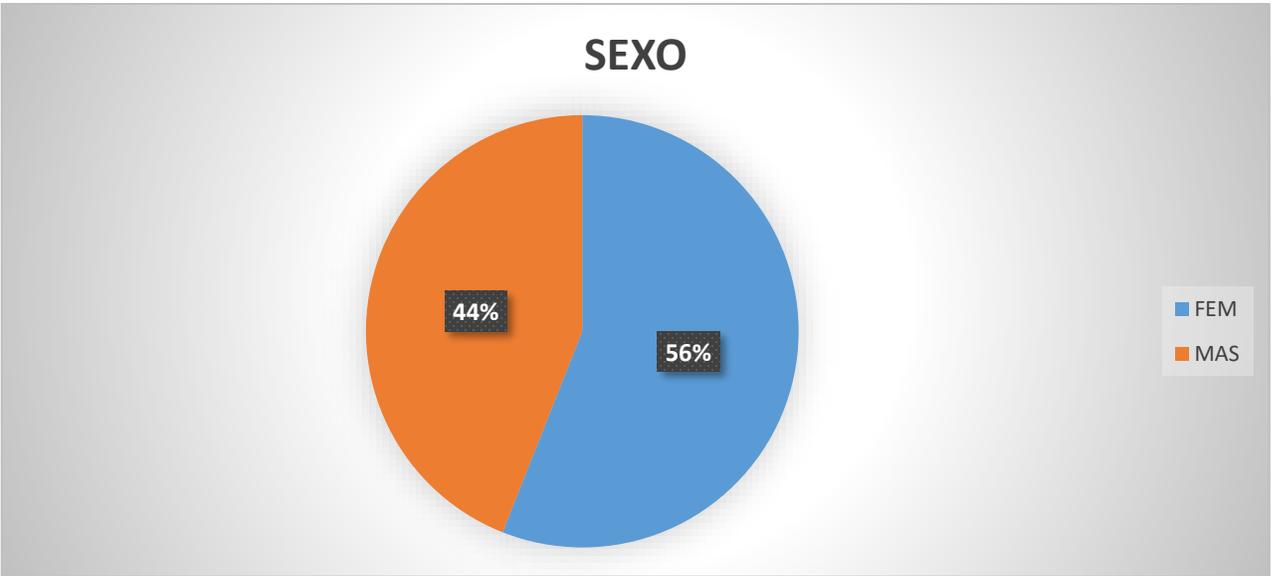


Gráfico No. 2: Distribución de los participantes por sexo.

De los 200 participantes 112 fueron mujeres lo cual representa un 56% y 88 fueron hombres lo cual representa un 44% del total.

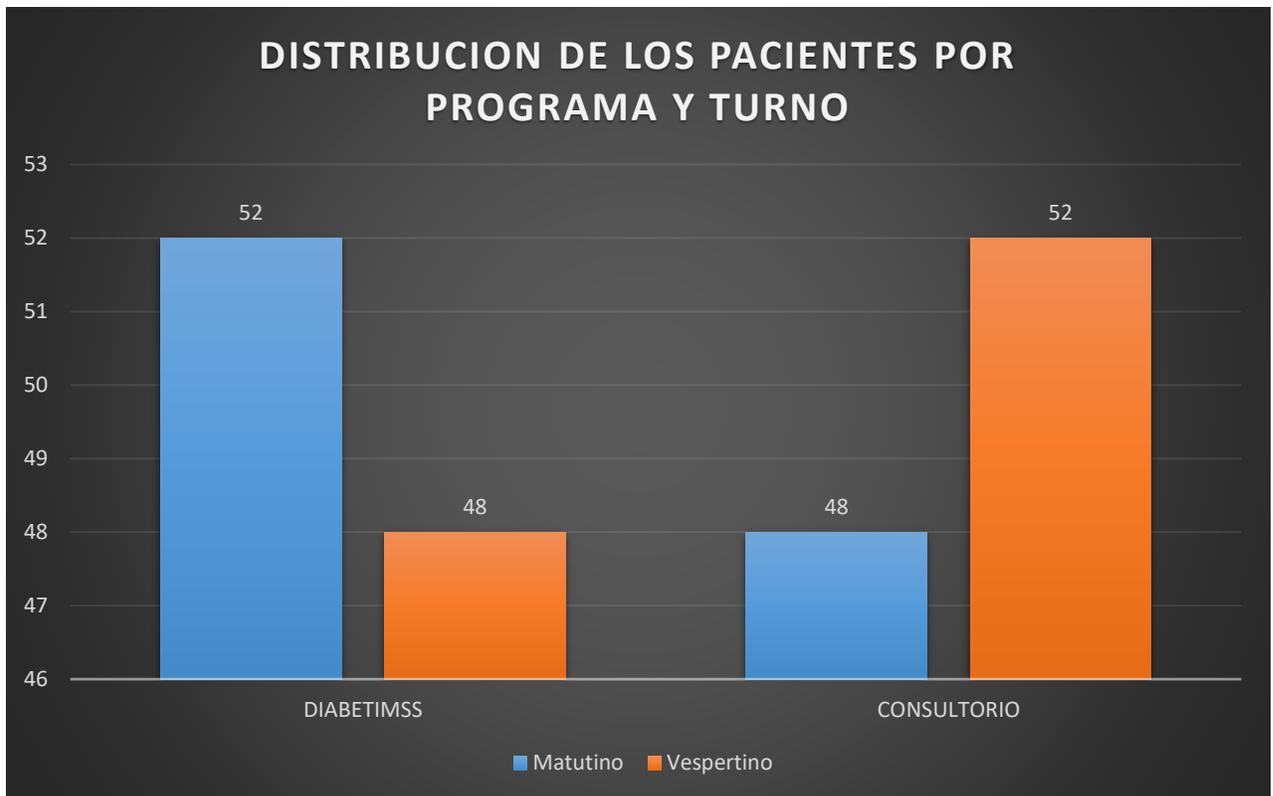


Gráfico No. 3 DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES POR PROGRAMA Y TURNO

De los 200 pacientes, 100 pacientes son pertenecientes a DIABETIMSS de los cuales 52 pacientes son del turno Matutino y 48 del turno Vespertino, los otros 100 pertenecen a CONSULTORIO de los cuales 48 son del turno Matutino y 52 del turno Vespertino.

TABLA 1. NIVEL DE SATISFACCION EN PACIENTES PERTENECIENTES A DIABETIMSS Y CONSULTORIOS DE LA UMF 58.

	DIABETIMSS CONSULTORIO TOTAL		
TIEMPO QUE TARDA EN CONTROLAR SU ENFERMEDAD			
MUY SATISFECHO	24 (24%)	18 (18%)	42(21%)
BASTANTE			
SATISFECHO	53 (53%)	44 (44%)	97(48.55%)
ALGO SATISFECHO	19(19%)	22 (22%)	41 (20.5%)
POCO SATISFECHO	3(3%)	10 (10%)	13 (6.5)
NADA SATISFECHO	1(1%)	6 (6%)	7 (3.5%)
TIEMPO OTORGADO EN LA CONSULTA			
MUY SATISFECHO	14(14%)	12(12%)	26(13%)
BASTANTE			
SATISFECHO	56(56%)	39 (39%)	92 (46%)
ALGO SATISFECHO	25 (25%)	29 (29%)	54 (27%)
POCO SATISFECHO	7 (7%)	12 (12%)	19 (9.5%)
NADA SATISFECHO	1 (1%)	8 (8%)	9 (4.5%)
SATISFACCION CON EL TRATAMIENTO ACTUAL			
MUY SATISFECHO	18 (18%)	15 (15%)	33 (16.5%)
BASTANTE			
SATISFECHO	51 (51%)	38 (38%)	89 (44.5%)
ALGO SATISFECHO	25 (25%)	31 (31%)	56 (28%)
POCO SATISFECHO	5 (5%)	9 (9%)	14 (7%)
NADA SATISFECHO	1 (1%)	7 (7%)	8 (4%)

**SATISFACCION
SOBRE
CONOCIMIENTO DE SU
ENFERMEDAD**

MUY SATISFECHO	23 (23%)	16 (16%)	39 (19.5%)
BASTANTE			
SATISFECHO	53 (53%)	39 (39%)	92 (46%)
ALGO SATISFECHO	19 (19%)	32 (32%)	51 (25.5%)
POCO SATISFECHO	4 (4%)	7 (7%)	11 (5.5%)
NADA SATISFECHO	1 (1%)	6 (6%)	7 (3.5%)

**SATISFACCION CON
LA VIDA EN GENERAL**

MUY SATISFECHO	23 (23%)	14 (14%)	37 (18.5%)
BASTANTE			
SATISFECHO	48 (48%)	35 (35%)	83 (41.5%)
ALGO SATISFECHO	23(23%)	31 (31%)	54 (27%)
POCO SATISFECHO	3 (3%)	15 (15%)	18 (9%)
NADA SATISFECHO	3 (3%)	5 (5%)	8 (4%)

TABLA 1. Distribución del cuestionario de nivel de satisfacción de acuerdo a participantes pertenecientes a DIABETIMSS y no DIABETIMSS, en la UMF NO. 58.

Se analizaron las respuestas al cuestionario que evalúan el nivel de satisfacción, de las cuales se obtuvieron los siguientes resultados: tiempo que tardan en controlar su enfermedad, 97 pacientes contestaron que se encontraban bastante satisfechos, lo cual representa la mayoría con un 48.55%, la minoría con un 3.5% que fueron 7 pacientes dijo sentirse nada satisfecho, siendo los pacientes pertenecientes al grupo DIABETIMSS los que mostraron mayor nivel de satisfacción con el tiempo que tardaron en controlar su enfermedad con un valor $p = 0.047$ estadísticamente significativo.

La segunda pregunta analiza el nivel de satisfacción sobre el tiempo de consulta otorgado, la mayoría dijo estar bastante satisfecho con un 46% y la minoría dijo estar nada satisfecho con un 4.5% que son 9 pacientes, siendo los pacientes pertenecientes al grupo DIABETIMSS los que mostraron mayor nivel de satisfacción con el tiempo de consulta otorgado para tratar su enfermedad, sin embargo, no se encontró diferencia estadísticamente significativa.

La tercera pregunta analiza el nivel de satisfacción sobre el tratamiento actual de los pacientes, la mayoría expreso sentirse bastante satisfecho con un 44.5%, y la minoría dijo sentirse nada satisfecho con un 4%, siendo los pacientes de DIABETIMSS los más satisfechos, aunque no se encontró una diferencia estadísticamente significativa. Valor de $p=0.071$.

La cuarta pregunta analiza el nivel de satisfacción con el conocimiento sobre su enfermedad, donde la mayoría dijo sentirse bastante satisfecho con un 46% mientras la minoría dijo sentirse nada satisfecho con un 3.5%, siendo los pacientes de DIABETIMSS los más satisfechos, con un valor de p de 0.02, estadísticamente significativa.

En cuanto al nivel de satisfacción con la vida en general, en el cual la mayoría dijo sentirse bastante satisfecho con un 41.5% y la minoría dijo sentirse nada satisfecho con un 4% siendo los pacientes del grupo DIABETIMSS los más satisfechos, con un valor de $p=0.006$ estadísticamente significativo.

TABLA 2. NIVEL DE IMPACTO DE LOS PACIENTES PERTENECIENTES A DIABETIMSS Y CONSULTORIOS DE LA UMF 58

	DIABETIMSS	CONSULTORIO TOTAL	
CON QUE FRECUENCIA SIENTE DOLOR ASOCIADO A SU TRATAMIENTO			
NUNCA	24(24%)	13(13%)	37 (18.5%)
CASI NUNCA	48(48%)	41(41%)	89(44%)
A VECES	22(22%)	25(25%)	47(23.5%)
CASI SIEMPRE	6(6%)	17(17%)	23(11.5%)
SIEMPRE	0(0%)	4(4%)	4(2%)
CON QUE FRECUENCIA SE SIENTE FISICAMENTE ENFERMO			
NUNCA	20(20%)	12(12%)	34(15%)
CASI NUNCA	47(47%)	41(41%)	88(44%)
A VECES	25(25%)	25(25%)	50(25%)
CASI SIEMPRE	7(7%)	16(16%)	23(11.5%)
SIEMPRE	1(1%)	6(6%)	7(3.5%)
CON QUE FRECUENCIA SE SIENTE RESTRINGIDO POR SU DIETA			
NUNCA	21(21%)	14(14%)	35(17.5%)
CASI NUNCA	49(49%)	38(38%)	87(43.5%)
A VECES	23(23%)	29(29%)	52(26%)
CASI SIEMPRE	4(4%)	12(12%)	16(8%)
SIEMPRE	3(3%)	7(7%)	10(5%)

Tabla 2. Distribución del nivel de impacto de la diabetes en los pacientes.

En cuanto a la frecuencia en que los pacientes refieren tener dolor asociado a su tratamiento, siendo la mayoría casi nunca con un 44% que equivale a 89 pacientes y minoría dijeron que siempre con un 2 % que son 4 pacientes, los pacientes de DIABETIMSS son los que menos dolor presentan asociado al tratamiento. Con un valor de $p=0.002$ estadísticamente significativo.

Para la frecuencia en que los pacientes se refieren físicamente enfermos a lo cual la mayoría contestó que casi nunca con un 44% que equivale a 88 pacientes y siempre fue la minoría con un 3.5% que son 7 pacientes, siendo los de grupo DIABETIMSS los que menos se sienten enfermos, sin embargo, fue estadísticamente no significativo.

De acuerdo con los pacientes se refieren a sus restricciones alimentarias a lo cual la mayoría contestó que casi nunca con un 49% y siempre fue la minoría con un 5% de los pacientes, siendo los de grupo DIABETIMSS los que menos se sienten enfermos, sin embargo, fue estadísticamente no significativo.

TABLA 3. NIVEL DE PREOCUPACION SOCIO VOCACIONAL DE LOS PACIENTES PERTENECIENTES A DIABETIMSS Y CONSULTORIOS DE LA UMF 58

	DIABETIMSS	CONSULTORIO	TOTAL
CON FRECUENCIA PREOCUPA PERDERA UN EMPLEO QUE LE SI			
NUNCA	22(22%)	14(14%)	36(18%)
CASI NUNCA	53(53%)	42(42%)	95(47.5%)
A VECES	17(17%)	23(13%)	40(20%)
CASI SIEMPRE	6(6%)	15(15%)	21(10.5%)
SIEMPRE	2(2%)	6(6%)	8(4%)
CON FRECUENCIA PREOCUPA SI PODRA IR DE VACACIONES. QUE LE SI			
NUNCA	21(21%)	13(13%)	34(17%)
CASI NUNCA	55(55%)	42(42%)	97(48.5%)
A VECES	18(18%)	25(25%)	43(21.5%)
CASI SIEMPRE	5(5%)	14(14%)	19(9.5%)
SIEMPRE	1(1%)	6(6%)	7(3.5%)

La tabla 3 analiza el nivel de preocupación social que manifiestan los pacientes entre el grupo de aquellos pertenecientes de DIABETIMSS y aquellos que solo pertenecen a consultorio. En cuanto a la frecuencia con la cual les preocupa perder su empleo de los pacientes pertenecientes a DiabetIMSS 22% reportaron que nunca, 53% reportó que casi nunca, 17% reportó que a veces, 6 % reporto que casi siempre, 2% reportó que siempre.

De aquellos pertenecientes a consultorio 14% reportaron que nunca están preocupados de perder su empleo, casi nunca 42%, a veces 13%, casi siempre 15%, siempre 6%, sin una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos. (Valor de $p=0.4$)

Con la frecuencia con la que los pacientes manifiestan preocupación en tener la posibilidad de salir de vacaciones para el grupo de pacientes pertenecientes en el grupo DIABETIMSS 21% reportó que nunca, 55% reportó que casi nunca, 18% a veces, casi siempre 5% y siempre 1%.

De los pacientes pertenecientes al consultorio 13% reportó que nunca, 42% casi nunca, a veces 25%, casi siempre 14% y 6 % siempre.

TABLA 4. NIVEL DE PREOCUPACION RELACIONADO CON LA DIABETES DE LOS PACIENTES PERTENECIENTES A DIABETIMSS Y CONSULTORIOS DE LA UMF 58

	DIABETIMSS	CONSULTORIO	TOTAL
CON QUE FRECUENCIA LE PREOCUPA QUE SU CUERPO PAREZCA DIFERENTE A CAUSA DE LA DIABETES.			
NUNCA	22(22%)	13(13%)	35(17.5%)
CASI NUNCA	50(50%)	42(42%)	92(46%)
A VECES	24(24%)	26(26%)	50(25%)
CASI SIEMPRE	3(3%)	11(11%)	14(7%)
SIEMPRE	1(1%)	8(8%)	9(4.5%)
CON QUE FRECUENCIA LE PREOCUPA SI TENDRA COMPLICACIONES DEBIDAS A SU DIABETES.			
NUNCA	12(12%)	9(9%)	21(10.5%)
CASI NUNCA	58(58%)	50(50%)	108(54%)
A VECES	22(22%)	21(21%)	43(21.5%)
CASI SIEMPRE	7(7%)	12(12%)	19(9.5%)
SIEMPRE	1(1%)	8(8%)	9(4.5%)

La tabla 4 analiza el nivel de preocupación relacionado con su enfermedad y su aspecto, los pacientes pertenecientes a DIABETIMSS 22% respondió nunca, 50% casi nunca, 24% a veces, 3% casi siempre, 1% siempre, mientras que los del grupo de consultorio contestaron que nunca 13%, 42% casi nunca, 26% a veces, casi siempre 11% y siempre 8%. con un valor de $p=0.0009$ estadísticamente significativo. Respecto a la presencia de complicaciones ambos grupos no se encontraron muy conscientes de las complicaciones, con casi nunca entre el 60% sin diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

TABLA 5. NIVEL DE CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES PERTENECIENTES A DIABETIMSS Y CONSULTORIOS DE LA UMF 58						
	DIABETIMSS	CONSULTORIO	TOTAL	OR	IC95%	Valor de p
TURNO MATUTINO						
BUENA CALIDAD DE VIDA	26(50%)	12(25%)	38 (38%)	3	(1.28-7.01)	0.01
MALA CALIDAD DE VIDA	26(50%)	35(75%)	62(62%)			
TURNO VESPERTINO						
BUENA CALIDAD DE VIDA	20 (41.7%)	13 (25%)	33 (33%)	2.14	(0.91-5.01)	0.07
MALA CALIDAD DE VIDA	28(58.3%)	39 (75%)	67 (67%)			
TOTAL DE LA POBLACION						
BUENA CALIDAD DE VIDA	46 (46%)	25 (25%)	71 (35.5%)	2.55	(1.40-4.65)	0.002
MALA CALIDAD DE VIDA	54 (54%)	75 (75%)	129 (64.5%)			

TABLA 5. ANALISIS BIVARIADO

En la tabla se analizan todos los ítems del test en su totalidad, el cual nos muestra que la mayoría de los pacientes tiene una mala calidad de vida con un 64.5% (129 pacientes), de los cuales 75% pertenecen a los consultorios y 35.5% a DiabetIMSS, por otro lado los pacientes que tiene una buena calidad de vida en su mayoría pertenecen a DiabetIMSS con un 46% en comparación con el 25% que pertenecen a consultorio.

De igual manera se analizó la calidad de vida por turno, en el turno matutino la calidad de vida en su mayoría es mala con un 62% siendo el mayor porcentaje de consultorio con un 75%, sin embargo, observamos que el grupo de DiabetIMSS se encuentra en 50% con buena y 50% con mala calidad.

El turno vespertino por su parte la mayoría presenta mala calidad de vida con un 67%, siendo en su mayoría de consultorios con un 75% contra el 58.3% de DiabetIMSS, sin embargo, si analizamos por separado el grupo de DiabetIMSS se puede observar que presenta en su mayoría una mala calidad de vida con un 58.3%. Contra un 41.7% que presentan una buena calidad de vida.

Para el análisis bivariado se analizó el resultado de la calidad de vida reportado en distintos turnos entre los dos grupos pertenecientes a DIABETIMSS y aquellos participantes no pertenecientes a DiabetIMSS, para el turno matutino se encontró asociación con un OR de 3, IC95% (1.28-7.01 con un valor de p estadísticamente significativo, entre tener una buena calidad de vida se encontró una asociación para el turno vespertino un OR de 2.14 IC 95% (0.91-5.01) con un valor de p no estadísticamente significativo $p=0.07$, mientras que para el total de la asociación ente ambos turnos de demostró para la buena calidad mayor asociación entre el grupo perteneciente a DiabetIMSS con un OR = 2.55 IC95% (1.40-4.65) y con un valor de $p=0.002$ estadísticamente significativo.

IX. DISCUSIÓN

México está en la lista de los 10 países con mayor número de personas que viven con diabetes, las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición 2006 y 2012 (Ensanut 2006 y 2012), muestran que la diabetes mellitus por diagnóstico médico previo (excluyendo los casos que desconocían su condición) aumentó, de 5.8% en la Ensanut 2000,1 a 7.0% en la Ensanut 2006 y a 9.2% en la Ensanut 2012. Esta última prevalencia representa a poco más de 6.4 millones de personas que se sabían afectadas por la enfermedad en México en 2012, la cual representa un incremento de 2% para la Ensanut 2018. (30)

Esta tendencia creciente concuerda con las proyecciones para prevalencia de diabetes diagnosticada, realizadas por Meza-Rodríguez y colaboradores, a partir de datos de las encuestas nacionales referidas; estimaron que, para 2030, dicha prevalencia alcanzaría de 12 a 18%, y para 2050, de 14 a 22%.4 El aumento en la prevalencia de diabetes puede deberse al envejecimiento de la población, al incremento en la prevalencia de la obesidad relacionada con cambios en los estilos de vida (aumento en la densidad calórica de la dieta, reducción en la actividad física), así como a cambios en otros factores relacionados con la diabetes.(31)

El IMSS crea el programa DiabetIMSS para prevenir la incidencia de enfermos con diabetes y las consecuencias que genera esta enfermedad crónico-degenerativa, mediante el cual otorga atención multidisciplinaria e integral. (32)

Mendoza-Romo *et al.* (2017) evaluó la intervención multidisciplinaria e integral del módulo DiabetIMSS después de un año de seguimiento tuvo un impacto positivo en los parámetros metabólicos con la reducción significativa en glucosa, colesterol total y triglicéridos. En cuanto a los parámetros clínicos, se observó una reducción en las cifras de la presión, por lo que se ha demostrado un efecto el éxito en el tratamiento (33) lo que nos llevó a evaluar también los eventos psicológicos y el bienestar del paciente.

Zuñiga et al. (2013) Analizó un estudio en pacientes pertenecientes a la estrategia DiabetIMSS encontrando una muestra estuvo constituida por 155 hombres (30.6%) y 352 mujeres (69.4%), con edad mínima de 22 años y máxima de 87 años, con una media de 58.6 (+ 10.8) años, sus resultados en cuanto a las características poblacionales fueron similares entre los participantes a su estudio y los nuestros. (34).

Quirantes-Hernández et al. (2000) muestra que la calidad de vida se ve deteriorada en función de las enfermedades crónicas, y que dado a ello los pacientes se ven beneficiados por programas especializados de apoyo. Es de llamar la atención que los pacientes con mala calidad de vida correspondieron a ambos grupos, por lo que el presente estudio tiene concordancia con los resultados obtenido en dicho estudio. (35).

En 2012, Miranda-nava y colaboradores, en su estudio analizaron pacientes con la misma escala utilizada en nuestro estudio, donde dentro del análisis de resultados, se obtuvo que de las diferentes dimensiones que evalúa la escala, uno de los rubros con menor impacto fue sobre la preocupación que tienen en aspectos sociales y vocacionales relacionada con su padecimiento por lo que se interpreta como una falta de motivación para su calidad de vida, lo que comparado con los resultados obtenidos en este estudio, resulta similar. (36).

Por otro lado Carral- San Laureano y col, en su estudio concluyen que la calidad de vida de los pacientes enfermos con DM2 está claramente por debajo que la media, especialmente evidente en las dimensiones de función física y función social, lo cual concuerda con nuestros datos que señalan que la mayoría de pacientes diabéticos tienen como percepción una mala calidad de vida. (37).

Se encontró en este estudio una mejor calidad de vida en los pacientes que acuden a DiabetIMSS frente a los que acuden a consulta externa, al igual que en el estudio multicentrico de Lavalle y cols, con registro de 2.642 pacientes mexicanos con DM; incluso ellos demostraron que los pacientes que reciben entrenamiento grupal inicial insulinas de maneras más temprana. (38).

La atención ya estandarizada dentro del IMSS en este programa grupal ha demostrado en diferentes unidades médicas del instituto que DiabetIMSS funciona, mejora la calidad de vida y el control metabólico y en el caso de este estudio comparado con la intervención individual en la consulta externa.

Esta evaluación sugiere a los médicos familiares a participar activamente en los programas de atención grupal y fortalecer el equipo multidisciplinario con el objetivo común de retrasar complicaciones en los pacientes con DM2.

Rubin RR. *Et al* Analizaron varios estudios realizados en pacientes con diabetes mellitus con dos o más complicaciones relacionadas y se asoció con un aumento significativo en la probabilidad de que los pacientes con cualquiera de los tipos de diabetes tuvieran síntomas clínicamente significativos de depresión o ansiedad, eventos que afectaron de manera directa su calidad de vida, Jacobson *et al.* informaron que las puntuaciones más bajas en todas las escalas SF-36 (Escala de cuestionario español para salud mental) se asociaron con una mayor gravedad de las complicaciones para los pacientes con cualquier tipo de diabetes, y con el número de complicaciones entre los que tenían diabetes. Entre aquellos con diabetes tipo 2, que tuvieron menos complicaciones, el número de complicaciones fue un predictor débil de las puntuaciones de la escala SF-36.(39) En los resultados encontrados en nuestra investigación no se encontró asociación con la modificación del estado de ánimo con la presencia de comorbilidades, sin embargo si se obtuvo para otros aspectos de la vida.

Tamir O et al. (2018) Encuestó a un total de 136 pacientes y 39 médicos tratantes. La tasa de respuesta de los pacientes fue del 95%. Se encontró una fuerte concordancia entre las calificaciones de los pacientes y los médicos sobre el estado de salud actual ($r = 0,79$, $p < 0. 01$); sin embargo, los médicos percibieron la calidad de vida de sus pacientes como peor que la calidad de vida evaluada por los propios pacientes. Los médicos de atención primaria fueron mejores en la evaluación del bienestar general de sus pacientes, mientras que los especialistas en diabetes fueron mejores en la evaluación de la calidad de vida específica de la diabetes de sus pacientes.

Además, cuanto más larga es la duración de la diabetes, más difícil es para los médicos evaluar con precisión de la calidad de vida por el impacto que tiene a la larga, esto resalta la importancia de que el médico familiar evalúe constantemente la calidad de vida en los pacientes. ⁽⁴⁰⁾ Nuestro estudio también logro evaluar la calidad de vida, siendo mejor con una diferencia estadísticamente significativa en aquellos pacientes que reciben atención personalizada y dirigida.

X. CONCLUSIONES

Los programas educativos para pacientes diabéticos que existen hoy en día, han demostrado que han generado un impacto importante a favor del control metabólico de estos pacientes, al ser un programa en el que reclutan pacientes con características similares en cuanto a su padecimiento de base, favorece a que el paciente con DM2 se comprometa con su enfermedad, logrando un cambio en su estilo de vida, con la finalidad de modificar todos aquellos factores de riesgo identificados por el paciente, sin embargo es importante mencionar que existen muchos pacientes diabéticos, los cuales no se ven beneficiados por el programa educativo multidisciplinario, como lo es DiabetIMSS, lo que fomenta un reto para los médicos familiares de primer nivel de atención, ya que con esto hay mayor riesgo de aumentar el número de complicaciones en este tipo de pacientes, por la dificultad que representan debido a la problemática de poder alcanzar las metas de control metabólico en estos pacientes.

En el presente estudio se determinó que los pacientes calificaron su calidad de vida como mala no obstante en todos los estudios referentes al tópico de investigación encontramos que el hablar de calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus es bastante complejo de medir pues implica considerar la subjetividad del paciente y la multidimensionalidad que comprende aspectos de las esferas físicas, psicológicas y social por lo que el instrumento de medición de calidad de vida que se utilizó consideramos incluyo algunos de estos aspectos, sin embargo pudieron ser influenciados por la autopercepción general de salud, vitalidad, energía, cansancio, desanimado, interferencia con las actividades, autosuficiencia, sueño , gravedad que el paciente sentía o tenía al momento de contestar e cuestionario.

Es así como comprende tanto el entorno del paciente como la experiencia subjetiva expresada por el mismo enfermo en relación a su calidad de vida.

Por lo que el análisis de resultados nos permite determinar la percepción de la calidad de vida del paciente lo que nos da un panorama de que estrategias se pueden implementar a fin de realizar acciones de mejoría correspondiente al personal de salud multidisciplinario.

Se demostró que aunque la calidad de vida, es percibida como mala, las estrategias de educación y acompañamiento global para ambos turnos, existe más riesgo de tener una calidad de vida percibida como mala si no se contaba a los pacientes como integrantes de este grupo, lo que nos sugiere que las herramientas utilizadas en este programa resultan efectivas.

De igual manera, sería importante analizar a la par el control metabólico del paciente, así como evaluar al inicio y al final de los niveles de laboratorio del paciente, así como sus conocimientos sobre la enfermedad, el seguimiento de la calidad de vida de manera habitual para ayudar a desarrollar programas complementarios DiabetIMSS o para ser incluidos dentro del mismo, y con esto logre los objetivos propuestos dentro del instituto mexicano del seguro social, para la prevención, control y seguimiento de la Diabetes en México.

XI. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Muñoz D., Gómez O., Ballesteros C. Factores correlacionados con la calidad de vida en pacientes diabéticos de bajos ingresos en Bogotá. Rev. Salud pública.2014, vol. 16 (2): 246-259.
- 2.- Velasco-Guzmán BJ, Brena-Ramosa VM. Diabetes Mellitus Tipo 2: Epidemiología y Emergencia en Salud. Salud y Administración. 2014 Mayo-Agosto Volumen 1 Número 2: 11-16.
- 3.- Balcázar-Rincón LE, Melchor-Ruiz LC, Ramírez-Alcántara YL. Diabetimss: impacto del programa en el control metabólico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en una unidad de medicina familiar. Aten Fam. 2018; 25(3):103-107.
- 4.- Cárdenas-Villareal VM, Pedraza-Loredo C, Lerma Cuevas R.E. Calidad de vida del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2. Ciencia UANL, 2005, julio-septiembre, vol. VIII, número 003. 351-357.
- 5.- Miranda-Nava G., Villegas-Aguirre EB., Plata Rendón FI. Quality of life in diabetic patients using the DQOL scale Regional Military Hospital of Puebla. Anales médicos asociación ABC. 2012, Vol. 62, Núm. 3 Jul. - Sep. 2017: 172 – 179
- 6.-Rios-Castillo JL., Barrios Santiago P. Valoración sistemática de la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y nefropatía diabética. Rev Med Hosp Gral Mex 2005; 68 (3): 124-154.
- 7.- Urzúa MA., Urizar-Caqueo A. Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. Terapia Psicológica, 2013; vol 30, nº1: 61-71.
- 8.- Velarde-Jurado E., Ávila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pub Mex 2002; 44:349-361.
- 9.-Arcega-Dominguez A, Lara-Muñoz C. Factores relacionados la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes. Rev Invest Clin 2005; 57 (5): 676-684.
- 10.- López-Carmona JM., Araiza-Andraca CR. Rodríguez-Moctezuma JR, Munguía-Miranda C. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Sal Pub Mex, 2003; 45(4):259-267.
11. Reliability and validity of a diabetes quality-of-life measure for the Diabetes control and complications trial (DCCT). The DCCT Research Group. Diabetes Care. 1988; 2: 725-732.
12. Millan M. Cuestionarios en atención primaria. Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus (EsDQOL) Aten Prim, 2002; 29 (8): 517-521.

13. Robles-García R, Cortázar J., Sánchez-Sosa JJ., Páez-Agraz F., Nicolin-Sánchez H. Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL. *Psicothema*. 2003; Vol. 15, n° 2: 247-252.
14. Fajardo-Ortiz G. La agenda de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (1944-2010). *Cir* 2011; 79 (5): 393-394.
15. Sandoval JL, Ceballos MZI, Pérez CH, Hernández CV, Pat EFG, Contla HJE. Perfil bioquímico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que pertenecen al grupo de autoayuda en un primer nivel de atención medica. *Rev Salud Pública Nutr*. 2010; 11 (2)
16. Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa Diabetes. Nota descriptiva no 312.
17. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y tratamiento de la Diabetes mellitus. Evidencia y Recomendaciones. Guía de Practica Clínica. IMSS. 2012.
18. Mendoza-Romo MA, Montes-Acuña JF, Zavala-Cruz GG, Nieva de Jesús RN, Ramírez-Arreola MC., Andrade-Rodríguez HJ. Efecto de Diabetimss sobre el riesgo cardiovascular, la tensión Arterial y el colesterol-HDL en pacientes con síndrome metabólico. *Rev Med Inst Mex Seg Soc*. 2017; 55(1):32-39.
19. Zúñiga-Ramírez MC., Villareal-Ríos E., Vargas- ER., Galicia-Rodríguez L., Martínez-González L, Cervantes-Becerra RG,.. Perfil de uso de los servicios del módulo Diabetimss por pacientes con diabetes mellitus 2. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2013; 21(2):79-84.
20. López A., Bautista RC., Rosales OF., Galicia L., Rivera JS. Control clínico posterior a sesiones grupales en pacientes con diabetes e hipertensión. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc*. 2007; 45(1):29-36.
21. Figueroa-Suárez ME., Cruz-Toledo JE., Ortiz-Aguirre AR., Lagunés-Espinosa AL., Jiménez-Luna J., Rodríguez-Moctezuma J.R. Estilo de vida y control metabólico en diabéticos del programa Diabetimss. *GMM*. 2014; 150:29-34.
22. Mendoza-Romo MA, Velasco-Chávez JF, Nieva de Jesús RN, Andrade-Rodríguez HJ, Rodríguez-Pérez CV, Palou-Fraga E. Impacto de un programa institucional educativo en el control del paciente diabético. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2013; 51 (3):254-9
23. . Zúñiga MG., Villareal E., Vargas ER., Galicia L., Martínez L., Cervantes RG. Perfil de uso de los servicios del módulo Diabetimss por pacientes con diabetes mellitus 2. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2013; 21(2):79-84.

24. Salinas-Martínez AM, Garza-Sagástegui MG, Cobos-Cruz R, Núñez-Rocha GM, Garza-Elizondo ME, Peralta-Chávez DF. Diabetes y consulta médica grupal en atención primaria. ¿Vale la pena el cambio? *Rev Med Chile*. 2009; 137: 1323-1332.
25. Gil-Velázquez LE, Sil-Acosta MJ, Domínguez-Sánchez ER, Torres-Arreola LdelP, Medina-Chávez JH. Practice guideline. Diagnosis and treatment of type 2 diabetes mellitus. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2013; 51:58-56
26. Gil-Velázquez LE, Sil-Acosta MJ, Aguilar-Sánchez L, Echeverría-Zuno S, Michaus-Romero F, Torres-Arreola LdelP. Perspective on type 2 diabetes mellitus in the Instituto Mexicano del Seguro Social. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2013; 51:58-67
27. Gamiochipi M, Haua NK, Valdez GL, Vázquez EF, Salinas MA, Wachter RN, et al. Programa de educación en diabetes. Dirección de Prestaciones Médicas. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009.
28. Zúñiga-Ramírez MC., Villareal-Ríos E., Vargas- ER., Galicia-Rodríguez L Martínez-González L, Cervantes-Becerra RG,. Perfil de uso de los servicios del módulo de DiabetIMSS por pacientes con diabetes tipo 2. *Rev Enferm IMSS*, 2013; 21 (2) 79-84
29. Rodríguez A., Casas D., Contreras G., Camacho JE., Andrade A. Análisis de un programa médico-asistencial para diabetes (Diabetimss) mediante el método FODA. *Revista Médica de la Universidad de Costa Rica*. 2015; 9(1):55-65.
- 30.-Balcázar RLE, Melchor RLC, Ramírez AYL. DiabetIMSS: impacto del programa en el control metabólico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en una unidad de medicina familiar. *Aten Fam*. 2018;25(3):103-107.
- 31.- Rafael Meza, Tonatiuh Barrientos-Gutierrez, Rosalba Rojas-Martinez, Nancy Reynoso-Noverón, Lina Sofia Palacio-Mejia, Eduardo Lazcano-Ponce, Mauricio Hernández-Ávila, Burden of type 2 diabetes in Mexico: past, current and future prevalence and incidence rates, *Preventive Medicine*, Volume 81, 2015, Pages 445-450, ISSN 0091-7435, <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.10.015>.
- 32.- León MA, Araujo GJ, Linos ZZ. Diabetimss. Eficacia del programa de educación en diabetes en los parámetros clínicos y bioquímicos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2013;51(1):74-79.
- 33.- Mendoza-Romo MA, Montes-Acuña JF, ZavalaCruz GG, Nieva-de Jesús RN, Ramírez-Arreola MC, Andrade-Rodríguez HJ. Efecto de Diabetimss sobre el riesgo cardiovascular, la tensión arterial y el colesterol-hdl en pacientes con síndrome metabólico. *Rev Med Inst Mex Seg Soc*. 2017;55(1):32-39
- 34.- Zúñiga MG, Villareal E, Vargas ER, Galicia L, Martínez L, Cervantes RG. Perfil de uso de los servicios del módulo Diabetimss por pacientes con diabetes mellitus 2. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2013;21(2):79-84.

- 35.- Quirantes-hernández A, López-granja I; et. Al. La calidad de vida del paciente diabético. *Rev Cub Med Gen Integr* 2000; 16(1):50-56.
- 36.-Miranda-Nava G., Villegas-Aguirre EB., Plata Rendón FI. Quality of life in diabetic patients using the DQOL scale Regional Military Hospital of Puebla. *Anales médicos asociación ABC*. 2012, Vol. 62, Núm. 3 Jul. - Sep. 2017: 172 – 179
- 37.-Carral-San Laureano F, Olivera-Fuster G, Ramos-Díaz I. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes tipo 2 ingresados en un hospital de tercer nivel. *Endocrinol. Nutr. (ed. Impr.)*; 47(4): 108-112.
- 38.-Lavalle-González FJ, Chiquete E, De la Luz J, Ochoa-Guzmán A, Sánchez-Orozco LV, Godínez-Gutiérrez SA. Achievement of therapeutic targets in Mexican patients whit diabetes mellitus. *Endocrinol nutr.* 2012; 59: 591-8.
- 39.- Rubin RR, Peyrot M. Quality of life and diabetes. *Diabetes Metab Res Rev.* 1999 May-Jun;15(3):205-18. doi: 10.1002/(sici)1520-7560(199905/06)15:3<205::aid-dmrr29>3.0.co;2-o. PMID: 10441043.
- 40.- Tamir O, De-Paz NS, Dvir D, Heymann AD. Comparing assessment of diabetes-related quality of life between patients and their physicians. *Health Qual Life Outcomes.* 2018 Nov 19;16(1):214. doi: 10.1186/s12955-018-1040-6. PMID: 30453978; PMCID: PMC6245889.

ANEXO I. CRONOGRAMA

Fecha Actividad	09/2020	10/2020	11/2020	12/2020	01/2020	02/2020	03/2022	06/2022	08/2022
Elección de línea de investigación									
Búsqueda y recolección de información									
Desarrollo de contenido									
Entrega para revisión									
Registro de SIRELCIS y envío de CLIS									
Aplicación de instrumento									
Análisis de datos									
Redacción del escrito científico									



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF 58.**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Título de la Investigación. Calidad de vida de pacientes pertenecientes a DIABETIMSS en comparación con la de pacientes diabéticos no complicados manejados exclusivamente en la consulta de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 58, IMSS

Investigador Principal	Dra. Elvira Evelyn Robles Rentería.
Investigador Asociado o Tesista	RMF Dra Vanessa Yosseline Rosales Romero
Número de registro:	Pendiente
Financiamiento (si Aplica)	No Aplica.
Lugar y fecha:	Tlalnepantla de Baz, Edo. Méx. 2020/ Unidad de Medicina Familiar No. 58
Riesgo de la Investigación:	Estudio Sin riesgo.
Propósito del estudio:	Ha sido invitado a participar, ya que de acuerdo a sus características como personal de salud es usted un buen candidato, así como algunas otras personas más que comparten las mismas características. Por favor lea la información y haga las preguntas que desee antes de decidir si participará o no en la investigación.
Procedimientos:	Si decide participar ocurrirá lo siguiente: Se le realizará una encuesta donde usted misma(o) elegirá las posibles respuestas, de acuerdo a su opinión, el cual terminara en ese momento.
Posibles riesgos y molestias:	No genera ningún riesgo o molestia como consecuencia.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	No recibirá pago por su participación, ni implica gasto alguno para usted, si bien; los beneficios directos para usted pudieran no existir, los resultados de este estudio brindarán información relevante y se incrementará el conocimiento científico sobre el tema de investigación.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento (ensayos clínicos)	Los resultados solo se entregarán a quien así lo solicite.
Participación o retiro:	Su participación es completamente voluntaria, si decide NO participar no se verá afectada la atención que recibe por parte del IMSS, Si decide participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento, lo cual tampoco modificará los beneficios que usted tiene como derechohabiente del IMSS.
Privacidad y confidencialidad:	La información que nos brinde es estrictamente confidencial y será resguardada con claves alfanuméricas y las bases de datos estarán protegidas por una clave de acceso, solo el equipo de investigación tendrá acceso a la información, cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en foros o conferencias no existirá información que pudiera revelar su identidad.
En caso de colección de material biológico:	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

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

Investigador Responsable: M.C.E. Elvira Evelyn Robles Rentería e- mail. Elvira.robles@imss.go.mx. Av. Jaime Nunó s/n, San Ildefonso, Villa Nicolas Romero, Edo de México puede comunicarse con nosotros de lunes a viernes, en un horario de 08:00 a 16:00 horas, al teléfono 55231219 ext. 140, o bien; puede acudir a esta unidad con domicilio tal en el mismo horario y días.

Colaboradores:

En caso de dudas, aclaraciones o quejas sobre sus derechos como participante en un estudio de investigación, podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación 15038, Hospital General de Zona No. 58 del IMSS: Blvd. Manuel Ávila Camacho, fraccionamiento Las Margaritas, Colonia Santa Mónica. Tlalnepantla de Baz, Estado de México, CP. 54050. Teléfono (55) 53974515 extensión 52315, de lunes a viernes, en un horario de 8:00 a 16:00 hrs., Correo electrónico: comite.etica15038@gmail.com

<p>_____ Nombre, firma y fecha del participante</p>	<p>DRA. ELVIRA EVELYN ROBLES RENTERIA _____ Nombre, firma y fecha de quien obtiene el consentimiento</p>
<p>Testigo 1</p>	<p>Testigo 2</p>
<p>Mi firma como testigo certifica que la participante firmó éste formato en mi presencia, de manera voluntaria</p>	<p>Mi firma como testigo certifica que la participante firmó éste formato en mi presencia, de manera voluntaria</p>
<p>_____ Nombre, relación y firma</p>	<p>_____ Nombre, relación y firma</p>

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

ANEXO II. CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO III. INSTRUCTIVO

CUESTIONARIO EsDQOL modificado

INSTRUCTIVO.

Este es un cuestionario diseñado para conocer la calidad de vida específicamente en personas con diabetes mellitus tipo 2. Le agradeceremos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere que refleja mejor su condición actual en los rubros especificados, colocando un número asignado de puntuación al final de cada pregunta, de la siguiente manera:

SATISFACCION (preguntas 1-15)

- 1= muy satisfecho
- 2= bastante satisfecho
- 3= algo satisfecho
- 4= poco satisfecho
- 5= nada satisfecho

IMPACTO (preguntas 16-32)

- 1=nunca
- 2=casi nunca
- 3= a veces
- 4= casi siempre
- 5=siempre

PREOCUPACION SOCIALNOCACIONAL (preguntas 33-39)

- 1=nunca
- 2= casi nunca
- 3=a veces
- 4= casi siempre
- 5=siempre

PREOCUPACION RELACIONADA CON LA DIABETES (preguntas 40-43)

- 1=nunca
- 2=casi nunca
- 3=a veces
- 4= casi siempre
- 5=siempre

Ejemplo: 2. ¿Está usted satisfecho con su tratamiento actual? 1
(Persona que se considera muy satisfecha con su tratamiento actual)

Gracias por sus respuestas.

ANEXO IV. ENCUESTA

SATISFACCION

1. ¿Está usted satisfecho con la cantidad de tiempo que tarda en controlar su diabetes? _____
2. ¿Está usted satisfecho con la cantidad de tiempo que ocupa en revisiones? _____
3. ¿Está usted satisfecho con el tiempo que tarda en determinar su nivel de azúcar? _____
4. ¿Está usted satisfecho con su tratamiento actual? _____
5. ¿Está usted satisfecho con la flexibilidad que tiene en su dieta? _____
6. ¿Está usted satisfecho con la carga que supone su diabetes en su familia? _____
7. ¿Está usted satisfecho con su conocimiento sobre la diabetes? _____
8. ¿Está usted satisfecho con su sueño? _____
9. ¿Está usted satisfecho con sus relaciones sociales y amistades? _____
10. ¿Está usted satisfecho con su vida sexual? _____
11. ¿Está usted satisfecho con sus actividades en el trabajo, colegio u hogar? _____
12. ¿Está usted satisfecho con la apariencia de su cuerpo? _____
13. ¿Está usted satisfecho con el tiempo que emplea haciendo ejercicio? _____
14. ¿Está usted satisfecho con su tiempo libre? _____
15. ¿Está usted satisfecho con su vida en general? _____

IMPACTO

16. ¿Con qué frecuencia siente dolor asociado con el tratamiento de su diabetes? _____
17. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado por tener que tratar su diabetes en público? _____
18. ¿Con qué frecuencia se siente físicamente enfermo? _____
19. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en su vida familiar? _____
20. ¿Con qué frecuencia tiene problemas para dormir? _____
21. ¿Con qué frecuencia encuentra que su diabetes limita sus relaciones sociales y amistades? _____
22. ¿Con qué frecuencia se siente restringido por su dieta? _____
23. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en su vida sexual? _____
24. ¿Con qué frecuencia su diabetes le impide conducir o usar una máquina (p. ej., máquina de escribir)? _____
25. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en la realización de ejercicio? _____
26. ¿Con qué frecuencia abandona sus tareas en el trabajo, colegio o casa por su diabetes? _____
27. ¿Con qué frecuencia se encuentra usted mismo explicándose qué significa tener diabetes? _____
28. ¿Con qué frecuencia cree que su diabetes interrumpe sus actividades de tiempo libre? _____
29. ¿Con qué frecuencia bromean con usted por causa de su diabetes? _____
30. ¿Con qué frecuencia siente que por su diabetes va al cuarto de baño más que los demás? _____
31. ¿Con qué frecuencia come algo que no debe antes de decirle a alguien que tiene diabetes? _____
32. ¿Con qué frecuencia esconde a los demás el hecho de que usted está teniendo una reacción insulínica? _____

PREOCUPACION SOCIAL/VOCACIONAL

33. ¿Con qué frecuencia le preocupa si se casará? _____
34. ¿Con qué frecuencia le preocupa si tendrá hijos? _____
35. ¿Con qué frecuencia le preocupa si conseguirá el trabajo que desea? _____
36. ¿Con qué frecuencia le preocupa si le será denegado un seguro? _____
37. ¿Con qué frecuencia le preocupa si será capaz de completar su educación? _____
38. ¿Con qué frecuencia le preocupa si perderá el empleo? _____
39. ¿Con qué frecuencia le preocupa si podrá ir de vacaciones o de viaje? _____

PREOCUPACION RELACIONADA CON LA DIABETES

40. ¿Con qué frecuencia le preocupa si perderá el conocimiento? _____
41. ¿Con qué frecuencia le preocupa que su cuerpo parezca diferente a causa de su diabetes? _____
42. ¿Con qué frecuencia le preocupa si tendrá complicaciones debidas a su diabetes? _____
43. ¿Con qué frecuencia le preocupa si alguien no saldrá con usted a causa de su diabetes? _____

ANEXO V. CARTA DE INCONVENIENTE



GOBIERNO DE
MÉXICO



ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DE CONCENTRACIÓN REGIONAL
ESTADO DE MÉXICO PONIENTE
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas



Naucalpan, Estado de México a 26 de Febrero del 2021

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 58

Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS)

Asunto: Carta de No inconveniente para la realización de Protocolo de Investigación

Por medio de la presente, me permito informar que **No existe inconveniente** alguno para que se realice el protocolo de investigación que a continuación se describe, una vez que haya sido evaluado y aprobado por el comité Local de Investigación en Salud y el comité de ética en Investigación que le correspondan.

Título de la Investigación.

"Calidad de vida de pacientes pertenecientes a DIABETIMSS en comparación con la de pacientes diabéticos no complicados manejados exclusivamente en la consulta de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 58, IMSS. "

Investigador Principal.

M.C.E Elvira Evelyn Robles Rentería

Investigación Vinculada a Tesis.

Si

Alumno (s):

Vanessa Yosseline Rosales Romero

Sin más por el momento, agradezco su atención y envío cordial Saludo

Atentamente

Dr(a). Gerardo Vargas Sánchez
Director de la Unidad

Ccp. Investigador Principal

Ccp. CCEIS

C.c.p. Archivo
MDF/PTV