



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

---

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31**



TÍTULO DE LA TESIS:

**“La jerarquización de prioridades de los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas en una unidad de primer nivel de atención de IMSS”**

NÚMERO DE REGISTRO

F- 2016-3701-1

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

NOXPANCO GARCÍA NURI MABEL

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

ASESORES DE TESIS:

DRA. TERESA ALVARADO GUTIÉRREZ

DR. ARMANDO MARTÍNEZ PEÑA

CIUDAD DE MÉXICO

AGOSTO 2016



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.

“LA JERARQUIZACIÓN DE PRIORIDADES DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE IMSS”

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:  
NURI MABEL NOXPANCO GARCIA  
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

AUTORIZACIONES:

---

DR. DANIEL ERNESTO NAVARRO VILLANUEVA  
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N0. 31, IMSS

---

DRA. LETICIA RAMÍREZ BAUTISTA.  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N0. 31, IMSS

---

DRA. TERESA ALVARADO GUTIERREZ.  
PROFESOR TITULAR DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 31, IMSS.

ASESORES DE TESIS:

---

DRA. TERESA ALVARADO GUTIERREZ  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESOR TITULAR DE RESIDENTES DE LA U.M.F. 31 IMSS

---

DR. ARMANDO MARTINEZ PEÑA  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
DOCTOR EN ADMINISTRACION EN SISTEMAS DE SALUD  
DIRECTOR DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA Y FORMACIÓN DOCENTE SIGLO XXI

“LA JERARQUIZACIÓN DE PRIORIDADES DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE IMSS”

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

NURI MABEL NOXPANCO GARCIA  
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 31

---

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

---

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

---

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

## DATOS DEL ALUMNO

<b>1. DATOS DEL ALUMNO</b>	
Apellido Paterno:	Noxpanco
Apellido Materno:	García
Nombre	Nuri Mabel
Universidad	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad o escuela	Facultad de Medicina
Carrera	Médico Familiar
No. de cuenta	09530830-4
<b>2. DATOS DEL ASESOR</b>	
Apellido paterno	Alvarado
Apellido materno	Gutiérrez
Nombre	Teresa
Apellido paterno	Martínez
Apellido materno	Peña
Nombre	Armando
<b>3. DATOS DE LA TESIS</b>	
Título	“La jerarquización de prioridades de los pacientes con enfermedades crónico- degenerativas en una unidad de primer nivel de atención de IMSS”
No. de páginas	50
Año	2016

## **INDICE**

ÍNDICE	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
MARCO TEÓRICO	9
JUSTIFICACIÓN	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
OBJETIVO	22
HIPÓTESIS	22
MATERIAL Y MÉTODOS	22
CONSIDERACIONES ÉTICAS	29
RESULTADOS	32
DISCUSIÓN	35
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES	40
ANEXOS	42
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	45

## **Jerarquización de prioridades en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial en una unidad de primer nivel de atención del IMSS**

\*Dra. Nuri Mabel Noxpanco García. \*\*Dra. Teresa Alvarado Gutiérrez. \*\*\*Dr. Armando Martínez Peña

\*Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar.

\*\*Médico Familiar, Profesor Titular de residentes de la U.M.F. 31

\*\*\*Médico Familiar, Doctorado en Administración en Sistemas de Salud. Director del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente Siglo XXI

### **RESUMEN**

**Introducción:** La diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial, son las principales causas de mortalidad en el mundo, desarrollándose en paralelo a los cambios culturales y sociales. La jerarquización y establecimiento de prioridades se ha convertido en un punto clave de la investigación epidemiológica y de servicios de salud para la toma de decisiones.

**Objetivo:** Analizar la Jerarquización de prioridades en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial en una unidad de primer nivel de atención del IMSS.

**Material:** Se realizaron encuestas a los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial que acuden a los grupos de autoayuda de Trabajo Social, en una unidad de primer nivel de atención del IMSS.

**Método:** Es un estudio transversal descriptivo que se realizó en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial en una población mayor de 40 años de edad, mediante la aplicación de una encuesta conociendo la jerarquización de prioridades de cada paciente.

**Resultados:** Se encontró un predominio del 62% del género femenino, con una edad media de 65 años. En la jerarquización de prioridades, el primer lugar es la familia (44.58%), en segundo lugar la salud (37.91%) y en tercer lugar el trabajo (14.58%).

**Discusión:** La familia es lo más importante para el hombre y está considerada para mantener la salud y la atención preventiva.

**Palabras Clave:** Diabetes Mellitus 2, Hipertensión arterial, encuesta, jerarquización de prioridades, U.M.F. 31 del IMSS.

## Hierarchy of priorities in patients diagnosed with Type 2 Diabetes Mellitus and Hypertension in a unit of primary care IMSS

### ABSTRACT

**Introduction:** Diabetes mellitus type 2 and hypertension are the leading causes of mortality in the world, developed in parallel to the cultural and social changes. Nesting and prioritization has become a key point of epidemiological research and health services for decision-making.

**Objective:** To analyze the hierarchy of priorities in patients diagnosed with Type 2 Diabetes Mellitus and Hypertension in a unit of primary care IMSS.

**Material:** patient surveys were conducted diagnosed with type 2 diabetes mellitus and hypertension attending self-help groups Social Work, a unit of primary care IMSS.

**Method:** A descriptive cross-sectional study was conducted in patients diagnosed with type 2 diabetes mellitus and hypertension in a population over 40 years of age, by applying a survey to know the hierarchy of priorities for each patient.

**Results:** A prevalence of 62% of the female gender was found, with an average age of 65 years. In the hierarchy of priorities, the first is the family (44.58%), second health (37.91%) and third work (14.58%).

**Discussion:** The family is the most important thing for man is considered to maintain health and preventive care.

**Keywords:** Diabetes Mellitus 2 Hypertension, survey, ranking priorities, U.M.F. 31 IMSS.



## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónico-degenerativas van en aumento en la población mexicana, teniendo una mayor demanda en los tres niveles de atención médica. Una estrategia rentable para reducir la incidencia de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial ha sido mediante el recurso de intervención por excelencia, la familia.

Un adecuado manejo de estas patologías, se basa en un diagnóstico correcto y precoz, así como, la instauración de un tratamiento preciso que permita controlar la presión arterial y la glucemia.

El apoyo familiar es necesario para estos casos, la adecuación de los hábitos de vida de las personas más cercanas a ellos, con vistas a estimularlos en el cumplimiento de las orientaciones de su equipo de salud.

Para adaptarse a una nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permiten seguir funcionando, generando cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente o inconsciente, llevando al equilibrio o desequilibrio familiar, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar.

Destacar la relevancia de las necesidades de atención individual –realizadas a través de la clínica – y la atención colectiva – realizadas a través de salud pública como parte de los procesos de atención para favorecer su bienestar físico, mental y social.

Actualmente se está concediendo importancia a la familia y su relación con la adherencia a los tratamientos, así como, en el seguimiento de regímenes médicos, cambios en el estilo de vida y participación en programas de rehabilitación.

En el entorno humano en el que nos movemos, la familia y las personas se rigen por pautas de comportamiento establecidas y sujetas a la influencia de un enorme número de factores. El conocimiento de esas pautas que vienen marcadas generalmente por cuestiones sociológicas y psicológicas y de esos factores que se rigen por cuestiones demográficas, pedagógicas y ambientales, han sido esenciales para un correcto desarrollo humano en todos los ámbitos.

## MARCO TEÓRICO

La jerarquización y establecimiento de prioridades se ha convertido en un punto clave de la investigación epidemiológica y de servicios de salud para la toma de decisiones.<sup>1</sup>

Jerarquización: Implica la organización que va de abajo hacia arriba, es decir, las posiciones que se encuentran más abajo en la escala serán las menos importantes y valoradas, entonces dispondrán de menor importancia en relación a las de más arriba.

La palabra prioridad se utiliza para dar cuenta de la anterioridad de algo respecto de otra cosa, ya sea en materia de tiempo o de orden, es decir, aquello que se encuentra primero en comparación con otras cosas o personas.<sup>2</sup>

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico es un problema con alta prevalencia y relevante en la práctica clínica, específicamente en el tratamiento de las enfermedades crónicas fundamentalmente las que nos ocupan son Diabetes Mellitus tipo 2 y la Hipertensión Arterial.

En el contexto de las enfermedades crónicas, la OMS considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública por sus consecuencias negativas:

1. fracasos terapéuticos
2. mayores tasas de hospitalización
3. aumento de los costes sanitarios

En un estudio sobre diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia e insuficiencia cardiaca, encontraron que para todas estas patologías las tasas de hospitalización eran significativamente más altas en pacientes con baja adherencia (30% para diabéticos; 28% para hipertensión).<sup>3</sup>

Las necesidades de salud, se define como el grado de salud-enfermedad que los usuarios potenciales de los servicios de salud experimentan, y está dado por la estrecha relación entre las necesidades básicas del individuo (salud física, autonomía) y las necesidades intermedias (buena nutrición, vivienda, ambiente, seguridad física, económica y en el trabajo, cuidado de la salud y educación),<sup>4</sup> que a su vez están mediadas y definidas por las condiciones sociopolíticas y culturales de cada población. Por lo tanto, este concepto tiene implicaciones importantes para establecer prioridades en la planificación y toma de decisiones en la provisión de servicios de salud.<sup>5</sup>

Si consideramos, el diagnóstico de las necesidades de salud en unidades médicas no se obtiene información fidedigna de los registros de consulta médica sobre la población adscrita a la Unidad Médica y las variantes, así como, la demanda de la población no usuaria refleja indirectamente deficiencias en las necesidades de salud y los distintos Programas de Salud otorgados en solo algunos poblados, provoca que no haya una relación definida entre la identificación de las Necesidades de Salud y los Servicios Otorgados.<sup>6</sup>

Además, la actividad del médico familiar no solo se circunscribe a la atención del enfermo, sino que debe dirigirse al conocimiento del proceso salud-enfermedad

del grupo familiar en el que se inserta al individuo, así como de la comunidad en la que se encuentra dicha familia. Esto puede ayudar al médico y a su equipo de salud, a jerarquizar y planificar las acciones encaminadas a satisfacer esas necesidades. Así mismo, el diagnóstico de salud de la familia es el punto de partida para la elaboración de programas de salud.<sup>7</sup>

Existen diferentes abordajes para cuantificar las necesidades de salud. Se pueden hacer inferencias de censos, estadísticas vitales, tasas de ausentismo al trabajo o días de trabajo no laborados. Se pueden medir, a través de la percepción reportada por el individuo sobre su salud, síntomas, enfermedades, lesiones e incapacidades, o bien, de mediciones objetivas de la función física y mental o de signos vitales y niveles bioquímicos, entre otras determinaciones. Otra medida corresponde a la evaluación de los niveles de utilización de diferentes tipos de servicios de salud formal e informal, como los no médicos y de medicina alternativa, ya que se puede suponer que el incremento en las tasas de utilización refleja un aumento de la necesidad de salud. Si bien es cierto que un individuo puede tener necesidades de salud reales y aun así no utilizar servicios de salud, o bien, que existen individuos que utilizan los servicios de salud, a pesar de no tener necesidades claramente identificadas. Por lo general, las tasas de utilización variaran de acuerdo a la asociación de los niveles más altos con dicha necesidad.<sup>8</sup>

Las instituciones de salud tienen la responsabilidad de asegurar que los servicios otorgados solucionen las necesidades de salud de la población atendida, de lo

contrario se ve afectado el bienestar biológico, funcional, social y económico, esto último tanto del individuo como de la organización.<sup>9</sup>

Justamente, el estado de salud debiera ser mejorado por el uso apropiado y oportuno de los servicios de salud. Por otra parte, todo paciente tiene derecho a recibir el beneficio de los servicios de salud, desafortunadamente las restricciones en los presupuestos obligan a las autoridades a tomar decisiones en la ubicación de los recursos financieros disponibles. Sin embargo, el jerarquizar y establecer las prioridades se ha convertido en un punto clave de la investigación epidemiológica y de servicios de salud para la toma de decisiones. La necesidad de salud es, precisamente, un indicador, entre otros, de prioridad de atención.<sup>10</sup>

En los últimos 30 años, Iztapalapa ha sido la principal reserva territorial para el crecimiento urbano del Distrito Federal, alojando una proporción significativa de la construcción de la nueva vivienda.

Iztapalapa ha sido asiento de numerosas familias que abandonaron las delegaciones centrales y destino de familias procedentes de otras entidades federativas. En los últimos años ha alojado el 84% del crecimiento del Distrito Federal, agotando prácticamente su reserva de suelo urbanizable.

En 2013 el Índice de Desarrollo Humano (IDH) de Iztapalapa (coeficiente que considera el acceso a la educación, la salud y el ingreso) es de 0,835 que coloca a la delegación en el sitio 13 de 16 en la ciudad de México. El IDH de la Ciudad de México es de 0,871, el más alto de México. La mayor parte de la población es de clase media baja y baja con pequeños sectores de clase media y media alta.<sup>11</sup>

El Censo General de Población y Vivienda 2010 generado por el Instituto Nacional de Estadística y geografía (INEGI), reportó que la Delegación Iztapalapa contaba en el año 2010 con 1'815,786 habitantes en su territorio, siendo el 880,998 habitantes hombres (49%) y 934,788 habitantes mujeres (51%).<sup>12</sup>

Referente a la población que tiene más de 60 años; la mujer representa un 10.1% y los hombres representan un 8.4%. La gráfica "Iztapalapa por grandes grupos de edad, Hombres Mujeres", nos indica que en la población de 15 a 29 años sobresale el género masculino, pero conforme avanzan en edad, el género femenino predomina en el grupo de más de 60 años.

La pirámide poblacional en Iztapalapa muestra que la población joven ha ido envejeciendo, incrementándose en el 2010, en los grupos de edad de 15 a 64 años. De 0 a los 14 años disminuyó el ritmo de crecimiento, no obstante en ser, entre las Delegaciones, la número uno en registrar el mayor número de nacimientos.

En cuanto a la vivienda, en el 2010, se contabilizaron 460,691 viviendas, con las diversas características:

- 78% reside en casa independiente
- 17% en departamento o edificio
- 4% habita una vivienda o vecindad
- 1% se aloja en cuartos de azotea; locales no construidos para habitación y en viviendas móviles.

La información antes expuesta, aunque diversa, ha sido importante para determinar las prioridades de acuerdo a sus necesidades de salud.<sup>13</sup>

La U.M.F. 31 IMSS Iztapalapa tiene una población total de 392,186 de derechohabientes. Dentro de este total de pacientes 66,918 son mujeres y 57,272 son hombres, ambos mayores de 40 años de edad teniendo un total de 124,190.

De las cifras anteriormente expuestas los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus 2 son: 21,172 y pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial son 37,536 de esta población, sólo 650 (0.1%) pacientes acuden sólo 1 vez al año a las pláticas de los grupos de autoayuda que imparte Trabajo Social para el cuidado y control de las enfermedades.

Un aspecto de lo más importante del porcentaje anteriormente descrito, se desprenden una de las mayores complicaciones que es la neuropatía diabética que se presenta en el 50% de los casos y ésta aumenta con la duración y el grado de descontrol metabólico, se estima que entre un 60 y 70% de los pacientes con diabetes mellitus 2 tiene un daño moderado o severo. El pie diabético es de las principales causas de hospitalización y el 70% de estos casos termina en amputación. La diabetes es responsable del 60% de los individuos con insuficiencia renal terminal, seguida de la hipertensión arterial.<sup>14</sup>

En el IMSS la diabetes mellitus tipo 2 consume entre el 4.7 y 6.5% del presupuesto para la atención de la salud. Desde el año 2000 la diabetes mellitus es la primera causa de muerte, en el 2011 se reportaron 21,096 defunciones que corresponden a 18-20% del total de las ocurridas en el periodo 2004-2011.<sup>15</sup> Se estima que entre 7 y 8 de cada 10 personas con diabetes mellitus mueren por problema macrovascular.<sup>16</sup>



## JUSTIFICACIÓN

El Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles, las más destacadas son enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas, junto con sus factores de riesgo y determinantes. Estas enfermedades causaron la muerte de 36 millones de personas en 2008, gran parte de las cuales no contaban aún con 60 años, es decir, que se encontraban en el periodo más productivo de sus vidas. La magnitud de estas enfermedades sigue aumentando, especialmente en países de ingresos bajos y medios.<sup>17</sup>

El costo que ocasiona las enfermedades crónicas degenerativas es muy alto en todos los países, simplemente del tratamiento de los pacientes diabéticos en México costó más de 13 mil millones de pesos en el año 2010. Para contender con esos gastos se han realizado múltiples programas hacia la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado. Sin embargo, no se ha podido detener este problema, de hecho estas cifras siguen en aumento.<sup>18</sup>

La diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial sistémica, también traen un estado de ansiedad, la cual es considerada como un mecanismo adaptativo, natural que permite ponerse alerta ante los sucesos comprometidos, ya que un cierto grado de ansiedad proporciona un componente adecuado de precaución en situaciones peligrosas, por lo que nos ayuda a mantenernos concentrados y afrontar los retos que tenemos por delante; es una señal de alerta que advierte del peligro inminente y permite a una persona tomar medidas contra la amenaza.<sup>19</sup>

En diversos estudios se ha encontrado que la diabetes es un factor de riesgo para el desarrollo de depresión y ansiedad, estos estados emocionales se asocian con una amplia variedad de efectos negativos, influyendo en el incumplimiento de las recomendaciones sobre el estilo de vida, ocasionando una disminución en la calidad de vida, problemas de conducta en autocuidado y deterioro del control glucémico.<sup>20</sup>

En México se pudo constatar que la responsabilidad compartida dentro de la familia se asocia directamente al buen control metabólico. Considerando que la familia, en algunos casos, se está concientizando de la importancia de las enfermedades y complicaciones que esto ocasiona a los pacientes.

Cómo un punto de partida, para una verdadera intervención donde se conozca y comprenda la realidad en la que se desenvuelven las personas con diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial sistémica, que comparten el mismo contexto social, es mediante la ejecución de actividades dirigidas a:

1. Satisfacer las necesidades y el hacer realidad su bienestar
2. Modificar el medio social
3. Mejorar las condiciones de vida que resultan negativas o perjudiciales
4. Lograr el control deseado de su enfermedad

Adicionalmente, ayudarlos en la búsqueda de alternativas eficaces dirigidas a lograr un equilibrio entre las exigencias del tratamiento y su desempeño sociocotidiano.<sup>21</sup>

Los pacientes diabéticos e hipertensos, buscan el apoyo en su familia para poder solucionar sus necesidades de salud, la respuesta recibida influye de manera positiva o negativa sobre la conducta terapéutica. Es importante destacar que como médicos familiares debemos fomentar la participación de la familia en el cuidado del paciente diabético e hipertenso, ya que las interacciones familiares son las que sostienen o perjudican la conducta terapéutica del paciente y éstas en cierta forma son el reflejo de algunas características de la familia.

La familia es lo más importante para el hombre, considerada para mantener la salud y la atención preventiva, interviniendo con el individuo en sus relaciones de intimidad, solidaridad y afecto. Meissner señaló que “la enfermedad en el ser humano además del componente patológico consta de uno ecológico en el que la familia constituye el contexto social más significativo y duradero”. Por lo tanto, la respuesta que se manifiesta en la familia ante la presencia de la enfermedad de un integrante, es consecuencia de factores, como: tipo de familia, cultura y educación de cada uno de ellos; así como, el desarrollo familiar y la idea de salud sobre las enfermedades crónicas que afectan al paciente.

Las actitudes de los familiares acerca del dolor, invalidez, regímenes terapéuticos o de una enfermedad como la diabetes y la hipertensión arterial, pueden establecer la reacción del paciente a sus síntomas o complicaciones.<sup>22</sup>

Derivado de lo antes expuesto, es importante analizar desde otra perspectiva el problema de los pacientes con Diabetes Mellitus 2 e Hipertensión Arterial Sistémica, indagando los factores que condicionan a la jerarquización de las

prioridades, como un intento de acercarnos al “*por qué*” y que los orilla a no llevar a cabo su parte en la prevención, control y cuidado de su salud.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente, en México el envejecimiento de la población, es ya un problema de salud nacional, por lo que las instituciones no están preparadas en infraestructura y recursos para contender con una problemática de la pirámide poblacional, la rápida industrialización y urbanización, la tendencia decreciente de la fecundidad y el incremento de la esperanza de vida al nacer, han modificado las situaciones epidemiológicas del país y han colocado a las enfermedades no transmisibles (ENT) como la mayor prioridad de este sector poblacional, lo que ha impuesto una atención específica tanto a la definición de sus prioridades como al diseño de sus programas de acción.<sup>23</sup>

La presencia de las enfermedades no transmisibles (ENT) conlleva un seguimiento a largo plazo, exige un modelo de atención que difiere esencialmente del modelo de acción médica para afrontar las situaciones agudas e implica una dimensión integral que trascienda el enfoque meramente clínico. También, es indispensable abordar la presencia de factores sociales y las circunstancias de la vida diaria, que pueden ayudar o entorpecer el buen control de la enfermedad y el cumplimiento del tratamiento.<sup>24</sup>

En este contexto, que la diabetes mellitus 2 y la hipertensión arterial son problemas de salud que se pueden manifestar, cada una de las enfermedades o las dos a la vez, afectando el estado somático de la persona y pudiendo repercutir

en su psiquis y en su interacción con la sociedad. No obstante lo anterior, estas enfermedades se encuentran entre las primeras 10 causas de muerte en nuestro país.

Tanto la hipertensión arterial como la diabetes mellitus 2 son problemas de salud de origen multifactorial, en el que existen tres grandes categorías de factores implicados: los factores biológicos clásicos, los factores comportamentales de riesgo asociado (hábitos de alimentación, consumo de tabaco y alcohol y la práctica de ejercicio físico) y los factores psicológicos, incluyendo en estos últimos tanto, los efectos de estrés sobre el sistema cardiovascular, como las variables individuales de tipo disposicional (hostilidad e ira como rasgo) y emociones negativas como la ira, la ansiedad o la depresión.<sup>25,26</sup>

Los factores de riesgo clásicos aportados por el modelo bio-médico son muy relevantes en el sentido de que por medio de ellos, se pueden realizar asociaciones estadísticas entre los factores de riesgo y las enfermedades isquémicas coronarias. Sin embargo estas asociaciones dejan de lado otras muchas circunstancias que podrían reflejar información de suma relevancia para el estudio de las enfermedades cardiovasculares. Los huecos que están dejando vacíos los factores clásicos hacen referencia al estrés psicosocial y a las diferencias individuales en la percepción de los estímulos ambientales estresantes para cada persona. Estos factores psicosociales tienen un papel modulador sobre los factores clásicos de riesgo, los cuales son generalmente biológicos.

Varios autores han mostrado que factores psicosociales específicos tales como estrés, ansiedad, depresión, ira, hostilidad y bajos niveles de apoyo social percibido, hacen a los individuos más vulnerables a desarrollar problemas cardiovasculares y contribuyen a agudizar la enfermedad en quienes ya la padecen. Dichos estudios han posibilitado el desarrollo de propuestas de prevención e intervención dirigidas a reducir la morbimortalidad causada por las enfermedades hipertensión o diabetes.<sup>27</sup>

Referente a la interacción con la sociedad, los pacientes con diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial sistémica, tienen mayor probabilidad de enfrentar problemas de índole social, en relación con individuos que no experimenten la existencia de un padecimiento crónico, toda vez que la diabetes y la hipertensión exigen, de quienes “la van a padecer” y de quienes la padecen, readecuaciones en sus estilos de vida.

La solución a las necesidades en salud de la población respecto a enfermedades crónicas degenerativas, está determinada por el cumplimiento de factores del proveedor y del usuario; donde se han realizado múltiples programas referentes a las prioridades de salud con una visión administrativa, preventiva y terapéutica. Estos programas no han tenido la repercusión deseada, y se ha dejado ver que existe cierta despreocupación y la notoria falta de interés en el cuidado de la salud de los pacientes asintomáticos.

En este sentido, la atención a las personas con diabetes e hipertensión se debe realizar dentro de un Sistema de Atención Interdisciplinaria que ponga igual

énfasis en el cuidado clínico, la educación terapéutica continua, el trabajo social y readecuaciones en sus estilos de vida, entre otros, con el fin de prever, identificar y atender las dificultades que las personas con diabetes e hipertensión afrontan o perciben en el desarrollo de su vida diaria, traduciéndolo en el mejoramiento de su calidad de vida y en un óptimo control metabólico, considerando el buen desarrollo de su vida diaria, el sentimiento de bienestar general y una profunda huella interpersonales, sociales, psicológicas y culturales.

Por lo anterior, es que en el presente estudio se pretende ver otra cara de este problema, que es el indagar el *porqué* los pacientes no llevan a cabo su parte, en la prevención y cuidado de su salud. Para tal motivo, se investigara la jerarquización de sus prioridades, para conocer qué lugar ocupa el cuidado de su salud, analizar los resultados y proponer sus posibles soluciones.

POR TAL MOTIVO NOS HACEMOS LA SIGUIENTE PREGUNTA:

¿Cuál es la jerarquización de prioridades de los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas en una unidad de primer nivel de atención de IMSS?

## OBJETIVO

### Objetivo General

- Analizar la Jerarquización de Prioridades en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial en una unidad de primer nivel de atención del IMSS.

## HIPOTESIS

El presente estudio, se basa en un Diseño Observacional Descriptivo, por lo que no lleva hipótesis.

Un estudio descriptivo es aquél en que la información es recolectada sin cambiar el entorno (es decir, no hay manipulación).

En investigación humana, un estudio descriptivo puede ofrecer información acerca del estado de salud común, el comportamiento, las actitudes u otras características de un grupo en particular. Los estudios descriptivos también se llevan a cabo para demostrar las asociaciones o relaciones entre las cosas en el entorno.<sup>28</sup>

## MATERIAL Y MÉTODOS.

Período y sitio de estudio.

Este estudio, se llevó a cabo en un periodo de 3 meses del 2016. Se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 31 del IMSS, ubicada en la Delegación Iztapalapa.



Universo de trabajo.

En base a los propósitos de la investigación, se tomaron en cuenta a los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial sistémica, mayores de 40 años que se encuentren en los grupos de autoayuda de diabetes e hipertensión de trabajo social de la U.M.F 31, IMSS Iztapalapa.

Unidad de observación.

Se realizaron entrevistas a los pacientes con diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial, mayores de 40 años de edad que pertenecen a los grupos de autoayuda de trabajo social de la U.M.F. 31, IMSS Iztapalapa.

Unidad de análisis.

Se estudió la jerarquización de prioridades de los pacientes con diagnóstico diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial, en mayores de 40 años que cumplan con los criterios de inclusión y que pertenecen a los grupos de autoayuda de los grupos de trabajo social de la U.M.F. 31, IMSS Iztapalapa.

Diseño de estudio.

El presente es un estudio de tipo transversal descriptivo.

Criterios de inclusión

- Hombres y mujeres con edad mayor de 40 años, con diagnóstico de Diabetes Mellitus 2 e Hipertensión arterial, que formaron parte de los grupos de autoayuda de trabajo social.

- Que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado.

#### Criterios de exclusión

- Personas que ya no desearon seguir contestando la encuesta.

#### MUESTREO

Tipo de muestreo.

El tipo de muestreo para el presente proyecto fue no probabilístico por conveniencia.

Cálculo del tamaño de la muestra.

Para el cálculo del tamaño muestral se utilizó la siguiente fórmula:

$$n_0 = \frac{Z_{\alpha}^2 (p_o) (q_o)}{d^2}$$

y con ajuste poblacional

$$n = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o - 1}{N}}$$

En donde:

- $n_0$  = Tamaño de inicial de la muestra
- $n$  = Tamaño de final de la muestra (límite inferior)

- $N$  = Tamaño de la población (650)
- $d$  = Porcentaje del error tolerado (4%  $\Rightarrow$  0.04)
- $p$  = Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio (20%  $\Rightarrow$  0.2)
- $q = 1 - p$  (complementario, sujetos que no tienen la variable en estudio)  
(80%  $\Rightarrow$  0.8)
- $Z_\alpha$  = Valor  $\alpha = 0.05$ , al que le corresponde un valor  $Z_\alpha = 1.96$

Por tanto,

$$n_0 = \frac{1.96^2(0.2)(0.8)}{0.04^2} \cong 384$$

y con ajuste poblacional

$$n = \frac{384}{1 + \frac{384 - 1}{650}} \cong 240$$

Quedo así que el tamaño muestral requerido, siendo de 240 pacientes

## VARIABLES

Definición de variables.

Variable en estudio: Jerarquización de prioridad.

Operacionalización de variables.

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable/Escala de Medición	Indicador
Jerarquización de prioridad	Organizar de mayor a menor importancia las necesidades que le aquejan a cada paciente.	Se realizó una entrevista a cada paciente mayor de 40 años con diabetes o hipertensión	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Familia</li> <li>- Economía</li> <li>- Descanso</li> <li>- Salud</li> <li>- Trabajo</li> <li>- Diversión</li> </ul>

## Variables Demográficas

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador
Edad	Número de años vividos cumplidos al momento de realizar la encuesta	Preguntar edad en años	Cuantitativa discreta	Medida en años
Género	Se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.	Fenotipo	Cualitativa nominal dicotómica	1. Masculino 2. Femenino
Estado civil	Es la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra	Preguntar el estado civil:	Cualitativa nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Viudo (a) 5. Divorciado
Escolaridad	Grado académico de estudios	Preguntar grado de escolaridad:	Cualitativa nominal	1. Ninguna-Sabe leer y escribir 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Licenciatura
Ocupación	Tipo de trabajo que desempeña al momento de la encuesta y que le genera recursos económicos	Preguntar a qué se dedica:	Cualitativa nominal	1. Empleado 2. Desempleado 3. Por su cuenta 4. Ama de casa 5. Jubilado 6. Otro

## DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Este estudio, se llevó a cabo en un periodo de 3 meses, a los pacientes diabéticos e hipertensos que acudan a los grupos de autoayuda de trabajo social y que sean mayores de 40 años, solicité a la Licenciada en Trabajo Social en turno y me proporcionó el listado o carnet de los pacientes que acudieron ese día a la plática, posteriormente me dirigí al grupo solicitando su apoyo para el llenado de los consentimientos informados, así como la firma de los mismos, posteriormente la entrevista fue realizada por el médico residente de segundo año de medicina familiar con duración máxima de 10 minutos.

En el auditorio se llevó a cabo la entrevista del grupo y donde se obtuvo de cada uno de los pacientes la información correspondiente.

La entrevista personal y la administración del cuestionario se llevaron a cabo de 8 días de la semana en un horario de 9:00 a.m. a 14:00hrs realizando de 20 a 30 entrevistas, en promedio al día.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para la realización de este trabajo se consideró una base de datos en el programa estadístico Excel 2010, en donde se obtuvo la descripción de proporciones para variables cualitativas y la realización de medidas de tendencia central para variables cuantitativas.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se considera este trabajo de acuerdo al Reglamento de la ley de salud en materia de investigación para la salud, vigente desde el 2007 en base al segundo título, artículo 17 como investigación sin riesgo ya que solo se realizara revisión de expedientes clínicos y no se consideran problemas de temas sensibles para los pacientes y se cuidará el anonimato y la confidencialidad de todos los datos obtenidos en la investigación y capítulo 1. Además de cumplir en lo estipulado por la Ley General de Salud en los artículos 98 en la cual estipula la supervisión del comité de ética para la realización de la investigación y se cumplen con las bases del artículo 100, en materia de seguridad. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. (Comprobado el 05 de diciembre del 2008), apartado 25. El investigador se apegara la pauta 12 de la confidencialidad de la declaración de Helsinki al tomar medidas para proteger la confidencialidad de dichos datos, omitiendo información que pudiese relevar la identidad de la personas, limitando el acceso a los datos, o por otros medios. En la pauta 8 la investigación en que participan seres humanos se relaciona con el respeto por la dignidad de cada participante así como el respeto por las comunidades y la protección de los derechos y bienestar de los participantes. Se consideran también su enmiendas año 2002 sobre no utilización de placebos, Y se consideran los lineamientos de la OMS en las guías de consideraciones éticas para poblaciones CIOMS.

### **Conflictos de interés.**

Se declara que el grupo de investigadores no recibe financiamiento externo y no se encuentra en conflicto de interés al participar en el presente estudio.

### **Recursos:**

- Recursos humanos: médico residente, asesor clínico, asesor metodológico.
- Recursos materiales: Formatos de captura de la información, Computadora personal. Programa Microsoft® Office Word 2010.
- Recursos económicos: El presente trabajo no tiene financiamiento institucional ni extra institucional, la unidad cuenta con las instalaciones donde se puede entrevistar al paciente. Los consumibles serán financiados por el residente.
- Factibilidad: Existen las condiciones tanto de recursos humanos y materiales, sí como, el tiempo para realizar este estudio.

### **Limitación del estudio.**

Considerando que se trata de un estudio de tipo descriptivo, en el grupo de autoayuda de trabajo social, en la una Unidad de Medicina Familiar No. 31, no permite validez externa a otras clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.



## BENEFICIOS ESPERADOS

El presente protocolo al ser un estudio descriptivo posibilita el conocimiento de la demanda que indica que la Diabetes Mellitus 2, la Hipertensión Arterial y la suma de ambas enfermedades, requieren estrategias rentables para reducir la incidencia notable de pacientes al manejar adecuadamente las enfermedades crónicas.

Evidentemente, el deterioro en la calidad de vida de estos pacientes ha requerido y deberá contar con la implementación de otros programas avanzados y multidisciplinarios, previniendo en su vida muertes prematuras, incapacidad y sus asociaciones con otras enfermedades de gran morbi-mortalidad.

Es importante, ampliar y mejorar la atención en las unidades de medicina familiar y con los médicos especialistas de primer contacto, capacitados para evaluar el nivel de padecimiento y las barreras necesarias de cambio. Así como, incorporar para cada caso, aquellas situaciones que beneficien a cada uno de los pacientes en prevención, necesidades, comportamiento, actitudes, sumado a otras características de grupo de esa magnitud.

## RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 240 encuestas, que representa el 37% de un universo de 650 pacientes mayores de 40 años, las cuales tienen las siguientes características:

CUADRO 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN

<b>CARACTERISTICAS</b>	<b>n=240</b>
<b>Género, n (%)</b>	
Mujeres	149 (62)
Hombres	91 (38)
<b>Edad</b>	
Media	64.9
Moda	65
Mínima	41
Máxima	89
<b>Escolaridad, n (%)</b>	
Ninguno	35 (14.5)
Primaria	115 (48)
Secundaria	48 (27)
Preparatoria	27 (11.25)
Licenciatura	15 (6.25)
<b>Enfermedades crónicas, n (%)</b>	
Diabetes Mellitus 2	52 (21.66)
Hipertensión Arterial	99 (41.25)
Ambas enfermedades	89 (37.08)

Se registraron 91 hombres (38%) y 149 mujeres (62%). La media de edad fue de 65 años, la edad mínima 41 años y la máxima 89 años. En cuanto al grado escolar encontramos que el 48% de los pacientes tiene estudios de nivel primaria, seguido de secundaria con 20%, tercer lugar es el grupo de que no ha realizado estudio alguno con el 14.5% y al final sólo el 6% cuenta con estudios de licenciatura.

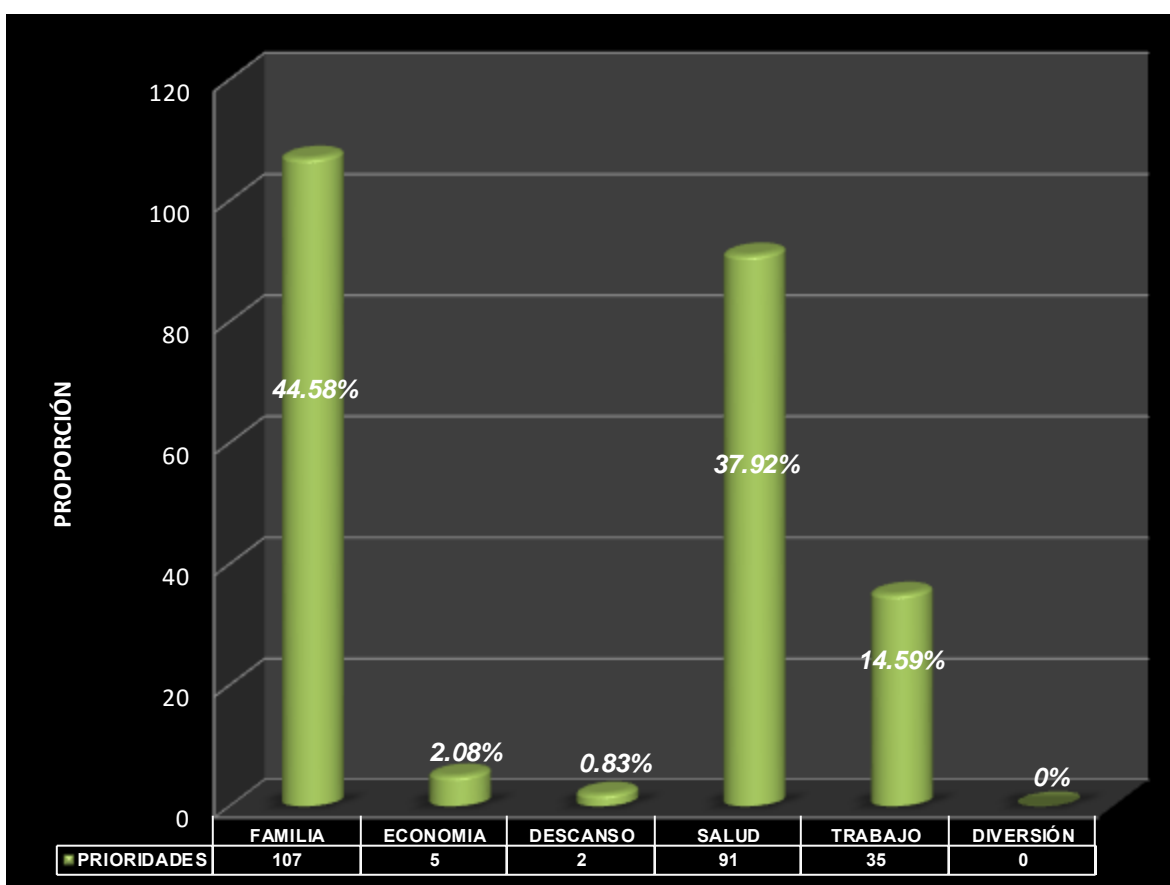
La enfermedad crónica de mayor frecuencia fue la hipertensión arterial con 99 pacientes y una tasa del 41.25%, en segundo lugar resultó la conjunción de ambas enfermedades (diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial) con 89 pacientes y una tasa del 37.08%, finalmente, en tercer lugar la diabetes mellitus 2 con 52 pacientes y una tasa del 21.66%.

En la jerarquización de prioridades, encontramos que la familia es más importante, manifestada con un 44.58%, la salud que también a todos nos preocupa la encontramos en segundo lugar con 37.92%, en tercer lugar el trabajo con 14.59% y los últimos lugares corresponden a economía, descanso y diversión que en conjunto sólo fue una tasa poco representativa del 2.91%.

CUADRO 2. Jerarquización de prioridades.

CARACTERISTICAS	n=240
<b>Jerarquización de prioridades, n (%)</b>	
Familia	107 (44.58)
Economía	5 (2.08)
Descanso	2 (0.83)
Salud	91 (37.92)
Trabajo	35 (14.59)
Diversión	0 (0)

GRAFICO 1. Jerarquización de Prioridades.



## DISCUSIÓN

En el artículo de Valadez Figueroa, Meissner señaló que “la enfermedad en el ser humano además del componente patológico consta del ecológico, en el que la familia constituye el contexto social más significativo y duradero”. También, hace hincapié que la familia es lo más importante para el hombre y está considerada para mantener la salud y la atención preventiva, interviniendo con el individuo en sus relaciones de intimidad, solidaridad y afecto. La familia se ha concientizado en la importancia de las enfermedades y complicaciones que estas ocasionan a los pacientes, de tal manera, que acepta la responsabilidad y control compartido dentro del núcleo familiar y está, íntimamente relacionado al buen control metabólico.

En el presente estudio, que contempla a los pacientes diabéticos e hipertensos y con ambas enfermedades, señalaron por su importancia a la familia con 107 pacientes (44.58%) y a la salud con 91 pacientes (37.91%) que representaron conjuntamente más del 82.00%, siendo que en su gran mayoría, si tienen idea clara de la magnitud de sus necesidades.

Los resultados obtenidos representan ejemplos de la importancia de considerar a la familia como un punto de referencia medular, situación que corrobora nuestros resultados, ya que el apoyo familiar ayuda en la vigilancia de la enfermedad, a la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas; y sin esta ayuda el paciente quizá no dé la prioridad necesaria a su propia asistencia.

Al igual, que otras patologías de carácter crónico, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, inciden de manera importante sobre la vida de los pacientes y su entorno familiar, tanto por las alteraciones físicas asociadas a la enfermedad como por el elevado nivel de implicación que demandan los tratamientos de las mismas y los trastornos asociados a estos.

Por lo tanto, como médicos familiares debemos de otorgar las herramientas necesarias a las familias para el desarrollo de estrategias que contribuyan al fortalecimiento del cuidado del paciente.

## CONCLUSIONES

La presencia de las enfermedades no transmisibles (ENT) conlleva un seguimiento a largo plazo, exige un modelo de atención que difiere esencialmente del modelo de acción médica para afrontar las situaciones agudas e implica una dimensión integral que trascienda el enfoque meramente clínico. También, es indispensable abordar la presencia de factores sociales y las circunstancias de la vida diaria, que puedan ayudar y no entorpecer el buen control de la enfermedad y el cumplimiento del tratamiento.

La única estrategia que funciona es CAMBIAR. Pero,

- ¿Cómo romper con malos patrones de comportamiento?
- ¿Cómo superar el dilema del placer inmediato y tangible que representa un alimento indulgente?
- ¿Cómo hacer para sostener la motivación para el cambio?

¡Con la cotidianidad en la innovación y el bienestar, incluso para la armonía en sociedad!

Iniciar un cambio parece complicado, pero esto es sólo al principio ya que después, conforme pasa el tiempo, el proceso se vuelve cada vez más fácil y saludable, con resultados de enorme satisfacción.

Los cambios del estilo de vida en cuanto a dieta y ejercicio pueden ayudar a prevenir o retardar las complicaciones de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.

Consecuentemente, la integración de Programas Preventivos y de Control en Diabetes Mellitus 2, Hipertensión Arterial, acompañados de una buena alimentación y práctica de ejercicio físico con la integración en la familia, para el cambio de actitudes; estamos seguros que es un buen punto de partida para consolidar el Programa Integral más ambicioso.

Los expertos, deportistas, entrenadores y especialistas coinciden en que 12 semanas es un período adecuado para comenzar y afianzar un nuevo conocimiento, práctica o estilo de vida que contribuya a mejorar la salud y prevenir potenciales enfermedades.

En tan sólo 12 semanas se puede iniciar y afianzar un Plan Integral de conductas saludables, que incluya una toma de conciencia sobre la importancia de modificar hábitos en diabetes mellitus 2 y en hipertensión arterial, este plan se potencializa si incluimos la participación integral de la familia.

Esto es un buen punto de partida para consolidar cambios en el corto y largo plazo, lo importante es encarar programas que puedan mantenerse en el tiempo y que sean sustentables.

Los factores de riesgo modificables que más dañan la salud del individuo, son los de comportamiento, susceptibles de cambiar.

Por lo tanto, puede establecerse que en forma simple y sencilla, cualquier persona puede contribuir y adquirir mejores hábitos para sí mismo y su familia, fortaleciendo sustancialmente sus expectativas de una vida con calidad y armonía, que van de la mano con el bienestar social, la independencia, la



autosuficiencia, la funcionalidad, autocuidado y el goce pleno de la vida; hasta los últimos momentos de nuestra conquista en el mundo.

Se deben impartir cursos específicos Programas Preventivos y de Control en Diabetes Mellitus 2 y en Hipertensión Arterial y se adhieren sistemáticamente los de nutrición y ejercicio físico, mediante el conocimiento, estudio, aprendizaje y desarrollo, en aras de un mejor Proyecto de Vida.

Se considera, de esta manera, es la gran oportunidad que este espacio ofrece para el cambio de hábitos en los pacientes con enfermedades crónicas, a los Familiares y a la Población en general, hasta alcanzar y adoptar nuevos propósitos y estilos de vida que proporcionen continuidad en bienestar y salud.

El presente estudio pretende llevar el precepto de una vida sana para los pacientes con enfermedades crónicas hacia la cimentación de una vida fundada en un proyecto de bienestar y calidad de vida.

## RECOMENDACIONES

Dentro de un proyecto ambicioso como este, se desea que haya una mejora continua del mismo.

De acuerdo a este estudio, se sugiere que en la consulta externa se solicite al paciente que este más descontrolado que acuda en la siguiente consulta con su familia para darles la información del padecimiento, complicaciones y lo más importante la prevención para apoyar a este paciente y lograr un control óptimo con la ayuda de la familia.

Otra de las recomendaciones sería apoyarnos con la tecnología y establecer redes sociales de pacientes diabéticos e hipertensos y de esta manera apoyarse todos para poder lograr el control de la misma.


Otras de las características innovadoras en el servicio enumeramos algunas, siendo como siguen:

- ✓ La aplicación de nuevas tecnologías, reglas y prácticas en ejercicio físico y el suministro de alimentación, permiten el transformar su cuerpo en estilo, vigor y funcionalidad, para el desarrollo de sus actividades diarias.
- ✓ Se aplican y proponen continuamente acciones y elementos necesarios para obtener una salud básica, inmejorable y perdurable. También, permite mantener en constante ejercicio al cerebro de los pacientes, lo que el cerebro tiene que modificar es el no permitir deterioro y permanecer estático “lo que no se usa no sirve”.

- ✓ Determinar una imagen distinta en la población, al introducir cambios importantes y proporcionar otra dinámica de Calidad de Vida. La aplicación de Tecnologías de la Información y la Comunicación (redes sociales) pues ello permite agregar a las prácticas fijadas durante el día, imágenes y sonido, que induzcan a adquirir nuevas actitudes y aptitudes ante la enfermedad.
- ✓ En la literatura mundial existen numerosas evidencias acerca de cómo la práctica del ejercicio físico programado, representa un efectivo coadyuvante en la prevención y manejo de la mayoría de las enfermedades crónicas no transmisibles y otras enfermedades de mayor magnitud.
- ✓ El empoderamiento deberá adjudicar una iniciativa de su propia mejora para realizar un Proyecto de Vida.

Se analizan con especial consideración los ajustes del tratamiento y la adaptación a las complicaciones tardías, de modo que los pacientes con enfermedades crónicas puedan realizar los ejercicios con la máxima eficacia y seguridad.

Anexos.

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)		
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION			Nombre del estudio: <b>“La jerarquización de prioridades de los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas en una unidad de primer nivel de atención de IMSS”</b>
Patrocinador externo:	NO APLICA		Lugar y fecha: MEXICO D.F. A DE 2016
Número de registro:			Justificación y objetivo del estudio: Analizar la jerarquización de prioridades de los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas en una unidad de primer nivel de atención de IMSS
Procedimientos:	Se solicita su tiempo para contestar una encuesta sobre diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial.		Posibles riesgos y molestias: No hay riesgos y a que solo deberá contestar el cuestionario.
Posibles beneficios que recibirá el paciente al participar en el estudio:	Conocer cuáles son sus prioridades para valorar y efectuar los cambios pertinentes en cada caso.		Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se informará de las alternativas de cuidado que le favorezcan.
Participación o retiro	Se realizará la consulta pertinente, sin embargo se respetara su decisión de responder o no y de retirarse si así lo desea.		Privacidad y confidencialidad: Los datos que usted nos proporcione serán manejados con confidencialidad y exclusivamente utilizados para este estudio.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Derivación a servicios como Medicina Familiar y grupos de apoyo		Beneficios al término del estudio: Actividades de prevención y evitar complicaciones.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:			Investigador Responsable: Teresa Alvarado Gutiérrez, UMF 31, Mat.99383047, tel. 5514799869, mail: teresa.alvaradog@imss.gob.mx
Colaboradores:	Nuri Mabel Noxpanco García, UMF 31, Mat.98386613, cel. 0445521443180, mail: laura.noxpanco@gmail.com Armando Martínez Peña, CMN SXXI, Mat.10920366, tel. 55780132, mail: armando.martinezpen@imss.gob.mx		En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx
_____ Nombre y firma del sujeto	_____ <b>Nuri Mabel Noxpanco García</b> Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento		Testigo 1 _____ Nombre, dirección, relación y firma
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			<b>Clave: 2810-009-013</b>



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ANEXO 2**

**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La jerarquización de prioridades de los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas en una unidad de primer nivel de atención de IMSS

<b>INSTRUMENTO.</b>			
<b>Aplique el cuestionario al paciente que cumpla con las siguientes características: (CRITERIOS DE INCLUSION)</b>			
1. Paciente masculino o femenino			
2. Usuarios de la Unidad de Medicina familiar número 31 IMSS con diabetes e hipertensión arterial, que acudan a los grupos de autoayuda.			
3. Mayores de 40 años.			
4. Acepte participar en el estudio después de solicitarle consentimiento informado verbal.			No llenar
1.	FOLIO _____		_ _ _ _
2.	Fecha (dd/mm/aa) ____/____/____		_ _ _ _
3.	Nombre: _____ Apellido Paterno      Apellido Materno      Nombre (s)		
4.	NSS: _____	5. Teléfono _____	_ _ _ _
6.	Número de Consultorio: (____)		_
7.	Edad: _____ años	8. Sexo: 1. Masc ( ) 2. Fem ( )	_ _ _ _ / _
9.	Escolaridad: 1. Ninguna-Sabe leer y escribir 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Licenciatura		_
10.	Estado civil: 1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Viudo (a) 5. Divorciado		_
11.	Ocupación: 1. Empleado 2. Desempleado 3. Por su cuenta 4. Ama de casa 5. Jubilado 6. Otro: _____ especifique		_
12.	Enfermedades Crónicas: 1. Diabetes Mellitus 2. Hipertensión arterial 3. Ambas _____ 4. Otras _____		_
13.	En la siguiente columna, favor de anotar en el paréntesis el número que usted elija (del 1 al 6, donde el 1 es el más importante y el 6 es menos importante), para usted:		
	FAMILIA	( )	_
	ECONOMÍA	( )	_
	DESCANSO	( )	_
	SALUD	( )	_
	TRABAJO	( )	_
	DIVERSIÓN	( )	_
<b>GRACIAS POR SU COLABORACIÓN</b>			

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Salinas AM, Muñoz F, Barraza AR, et al. Necesidades en salud del diabético usuario del primer nivel de atención. Sal Púb de Mex. [Revista on-line] 2001 [Consultado 12 Junio 2015]; 43 (4): 324-335. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v43n4/5899.pdf>
2. Concepto de Definición ABC. [homepage en Internet]. Definición de prioridad 2007-2015. [Consultado 14 Junio 2015]. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/general/prioridad.php>
3. Agirrezaba JR, Aguado M, Iñigo MA, et al. Boletín Información Farmacoterapéutica de la Comarca. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. Int Soc Dru Bol. España [Revista on-line] 2011 [Consultado 13 Junio 2015]; 19 (1). Disponible en: <http://www.osanet.euskadi.net/cevime.es>
4. Doyal L, Gough I. measuring need-satisfaction. A theory og human need. New York: The Guilford Press; 1991. [Consultado 12 Marzo 2016]
5. La reforma del sistema de Atención Primaria en el Instituto Mexicano del Seguro Social: el modelo de medicina de familia. México: IMSS; 2000. [consultado 12 Marzo 2016]

- 
6. Jáuregui C, Suárez P. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Enfoque de salud familiar. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1998. [Consultado 14 Marzo 2016]
  7. Jáuregui C, Suárez P. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Enfoque de salud familiar. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 1998
  8. Hopton JL, Dlugolecka M. Patients' perceptions of need for primary health care services: useful for priority setting? British Medical Journal;1995, 310:1237-40
  9. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (2014): Tratamiento de la DIABETES MELLITUS TIPO 2 en el primer nivel de Atención. Evidencias y Recomendaciones Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS, 718-14. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/718\\_GP\\_C\\_Tratamiento\\_de\\_diabetes\\_mellitus\\_tipo\\_2\\_/718GER.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/718_GP_C_Tratamiento_de_diabetes_mellitus_tipo_2_/718GER.pdf)
  10. Salinas AM, Muñoz F, Barraza A, et al. Necesidades en salud del diabético usuario del primer nivel de atención. Salud Pública Méx 2001; Vol.

---

43(4):324-335.

Disponible

en:

<http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000331#resultados>

11. PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (2013):

Informe sobre Desarrollo Humano 2013. El ascenso del Sur: Progreso humano en un mundo diverso. Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

12. Delegación Iztapalapa Ciudad de México. Demografía. Geoestadística, Coordinación de Informática. [homepage en internet]. México. Delegación Iztapalapa ciudad de México; c2008 [actualizada 2015; consultado 18 junio 2015].

Disponible

en:

[http://www.iztapalapa.df.gob.mx/htm/demografia.html/estructura de la poblacion2010](http://www.iztapalapa.df.gob.mx/htm/demografia.html/estructura_de_la_poblacion2010)

13. Delegación Iztapalapa Ciudad de México. Demografía. Geoestadística, Coordinación de Informática. [homepage en internet]. México. Delegación Iztapalapa ciudad de México; c2008 [actualizada 2015; consultado 18 junio 2015].

Disponible

en:

[http://www.iztapalapa.df.gob.mx/htm/demografia.html/estructura de la poblacion2010](http://www.iztapalapa.df.gob.mx/htm/demografia.html/estructura_de_la_poblacion2010)

14. Rodríguez Bolaños, RA; Reynales LM; Jiménez Ruíz, JA; Juárez Márquez, SA y Hernández Ávila, M. (2010): Costos directos de atención médica en



---

pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en México: análisis de microcosteo.

Revista Panamericana de Salud Pública; 28(6); 412-20)

15. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (2014): Tratamiento de la DIABETES MELLITUS TIPO 2 en el primer nivel de Atención.

Evidencias y Recomendaciones Catálogo Maestro de Guías de Práctica

Clínica: IMSS, 718-14. Disponible en:

[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/718\\_GP](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/718_GP)

[C Tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 /718GER.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/718_GP_C_Tratamiento_de_diabetes_mellitus_tipo_2_/718GER.pdf)

16. Hernández M, Gutiérrez JP. Diabetes Mellitus: La urgencia de reforzar la respuesta en políticas públicas para su prevención y control. ENSANUT.

Instituto Nacional de Salud Pública [Revista on-line] 2012. Disponible en:

<http://www.ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DiabetesMellitus.pdf>

17. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2011. Resumen de orientación.

[homepage en Internet]. Ginebra, Suiza. Organización Mundial de la Salud;

c2011 [actualizada 2015; consultado 20 Junio 2015]. Disponible en:

[http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_summary\\_es.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf)

18. Arredondo A, De Icaza E. Costos de la diabetes en América Latina.

*Evidencias del caso Mexicano. México. Revista Value in Health.* [Revista

---

on-line] 2011 [Consultado 28 Junio 2015]; 14(5) S85-S88. Disponible en:  
[http://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(11\)01438](http://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(11)01438)

19. Ascencio L. Trastornos de ansiedad y enfermedades médicas concomitantes. Medigraphic Artemisa. Revista Hospital Juárez de México [Revista on-line] 2007 [Consultado 16 Junio 2015]; 74(2):81-92. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdf/juarez/ju-2007/ju072i.pdf>

20. Martínez F, Tovilla CA, López L. et al. Prevalencia y gravedad de la depresión y la ansiedad en pacientes con obesidad y diabetes tipo 2: estudio en población de Tabasco, México. Gaceta Médica de México. [Revista on-line] 2014 [Consultado 18 Junio 2015]; 1:101-6. Disponible en: [http://www.anmm.org.mx/GMM/2014/s1/GMM\\_150\\_2014\\_S1\\_101-106.pdf](http://www.anmm.org.mx/GMM/2014/s1/GMM_150_2014_S1_101-106.pdf)

21. García M, García R. Problemas sociales referidos por un grupo de personas atendidas en el Centro de Atención al Diabético. Ins Nac Endo. Rev. Cubana Endocrinología [Revista on-line] 2005 [Consultado 29 Junio 2015]; 112(2). Disponible en: <http://www.scielo.sld.cu/pdf/end/v16n2/end02205.pdf>

22. Valadez I, Aldrete M, Alfaro N, Unfluencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. Salud Pública de México. 21 enero

---

1993. [Revista on-line] 1993 [Consultado 10 Abril 2016]; 464-470.

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10635506>

23. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2011. Resumen de orientación. [homepage en Internet]. Ginebra, Suiza. Organización Mundial de la Salud; c2011 [actualización 2015; consultado 02 de Julio 2015]. Disponible en: [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_summary\\_es.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf)

24. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2011. Resumen de orientación. [homepage en Internet]. Ginebra, Suiza. Organización Mundial de la Salud; c2011 [actualización 2015; consultado 02 de Julio 2015]. Disponible en: [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_summary\\_es.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf)

25. Montoya Herrera EA. Osorio Tamayo CY. Variables psicológicas relacionadas con hipertensión controlada y no controlada en un grupo de pacientes hipertensos adscritos a la ips punto de salud robledo –sus salud eps- en el año 2005. Disponible en: [http://www.epssura.com/memoriasprestadores/factores\\_hta\\_cont\\_no\\_cont.pdf](http://www.epssura.com/memoriasprestadores/factores_hta_cont_no_cont.pdf)

- 
26. Menéndez C, Montes A, Núñez C, et al. Estrés ambiental y reactividad cardiovascular: la influencia de los acontecimientos vitales estresantes en pacientes hipertensos. En Revista Atención primaria 2002; 30(10): 631-7.
27. Tapia ML, Labiano LM, factores emocionales e hipertensión esencial. En: Terapia psicológica 2004; 103-109.
28. Diseño de la Investigación. Conceptos básicos de la investigación. Graduate and Reserach Affairs. Disponible en: <http://ori.hhs.gov/educationproducts/sdsu/espanol.index.html>