



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,  
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO QUE MIDA LA  
SATISFACCIÓN DEL PACIENTE DIABÉTICO CON EL MODELO UNO A UNO DE  
LA ATENCIÓN INTEGRAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.**

**T E S I S**

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRA EN CIENCIA DE LA SALUD  
CAMPO DISCIPLINARIO EPIDEMIOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**

**S A R A H I E S T R E L L A M A L D O N A D O P A R E D E S**

**DIRECTORA DE TESIS**

**DRA. TERESA JUAREZ CEDILLO**

**MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR**

**DR. JOSE DE JÉSUS VALDIVIA MARTÍNEZ**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,  
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**Aguascalientes, Ags., agosto 2017**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# CONTENIDO

<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>5</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>6</b>
<b>I. MARCO TEORICO .....</b>	<b>8</b>
I.1. Teorías y Modelos de la Satisfacción .....	8
I.1.1 Modelos Cognitivos .....	8
I.1.1.1 Basados en la teoría de confirmación de expectativas .....	8
I.1.1.2 Basados en la teoría de la equidad .....	8
I.1.1.3 Basados en la teoría de la atribución causal.....	9
I.1.1.4 Basados en la teoría de la acción razonada.....	9
I.1.2 Modelo Cognitivo – Afectivo .....	9
I.1.2.1 Teoría del Valor de la Expectativa .....	9
I.1.2.2. Modelo del Valor de la Expectativa .....	10
I.2. Componentes de la Satisfacción.....	12
I.2.1 Aspectos Interpersonales de la Satisfacción.....	14
I.2.2 Los aspectos técnicos de la atención.....	15
I.2.2.1 Cuidado técnico/ Atención clínica. ....	15
I.3. Modelo de la Atención Integral en Salud.....	15
I.3.1 Médico Familiar (MF): .....	18
I.3.2 Enfermera Especialista en Medicina de Familia (EEMF):.....	18
I.4 Niveles de Atención.....	19
I.4.1 Prevención .....	19
I.4.2. Promoción .....	20
I.4.3. Tratamiento: .....	21
I.4.5. Rehabilitación .....	22
I.5. Diabetes Mellitus .....	23
<b>II. MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>25</b>
II.1 Teoría psicométrica para la validación de un instrumento .....	25
II.1.1 Teoría Clásica de los Test y Teoría de la Respuesta al Ítem .....	25
II.1.1.1 Validación del Cuestionario .....	25
II.1.1.2 Validez de Contenido.....	25
II.1.1.3 Validez aparente .....	25
II.1.1.4 Validez de constructo .....	25
II.1.1.5 Validez de criterio.....	26
II.1.1.6 Fiabilidad .....	26
<b>III. MARCO CONCEPTUAL.....</b>	<b>27</b>
<b>IV. ANTECEDENTES CIENTIFICOS .....</b>	<b>30</b>
<b>V. PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>35</b>
<b>VI. JUSTIFICACION .....</b>	<b>37</b>
<b>VII. OBJETIVOS .....</b>	<b>39</b>
VII.1. Objetivo General .....	39
VII.2. Objetivos Específicos .....	39

<b>VIII. MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>40</b>
VIII.1.1. Diseño del estudio.....	40
VIII.1.2. Universo de trabajo.....	40
VIII.1.3. Población de estudio.....	40
VIII.1.4. Unidad de análisis y observación.....	40
VIII.2. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	40
VIII.2.1. Criterios de inclusión.....	40
VIII.2.2. Criterios de no inclusión.....	40
VIII.2.3. Criterios de eliminación.....	40
VIII.3. MUESTREO.....	41
VIII.3.1. Tipo de muestreo.....	41
VIII.3.2. Tamaño de la muestra.....	41
<b>IX. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....</b>	<b>41</b>
<b>X. CONSTRUCCIÓN INICIAL DEL INSTRUMENTO.....</b>	<b>42</b>
<b>XI. LOGÍSTICA.....</b>	<b>42</b>
XI.1.1. Validez de contenido.....	43
XI.1.2. Validez aparente.....	44
XI.1.3. Validez del constructo.....	45
XI.1.4. Validez de criterio.....	46
XI.1.5. Confiabilidad.....	46
XI.1.5.1. Coeficiente de consistencia interna.....	46
XI.1.6. Coeficiente de fiabilidad test-retest.....	46
<b>XII. RECOLECCION DE DATOS.....</b>	<b>46</b>
XII.1. Validez de contenido.....	47
XII.2. Validez aparente.....	48
XII.3. Validez del constructo.....	49
XII.4. Validez de criterio.....	49
XII.5. Confiabilidad.....	49
XII.5.1. Coeficiente de consistencia interna.....	49
XII.6. Coeficiente de fiabilidad test-retest.....	49
XII.7. Nivel de satisfacción.....	49
<b>XIII.DESCRIPCIÓN FINAL DEL INSTRUMENTO.....</b>	<b>50</b>
<b>XIV.ESTANDARIZACIÓN Y TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....</b>	<b>50</b>
<b>XV. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....</b>	<b>51</b>
XV.1 Diagnóstico de los datos.....	51
<b>XVI.RESULTADOS.....</b>	<b>54</b>
XVI.1 Efecto de techo y suelo.....	54
XVI.2. Validez de contenido.....	55
XVI.2.1. Análisis cuali-cuantitativo.....	55
XVI.2.2 Análisis cualitativo.....	56
XVI.3. Validez aparente.....	58
XVI.4. Validez de constructo.....	59
XVI.4.1. Análisis Factorial Exploratorio.....	59
XVI.5. Análisis Factorial Confirmatorio.....	63

XVI.6. Validez de Criterio .....	65
XVI.7. Confiabilidad .....	65
XVI.8 Coeficiente de fiabilidad Test-retest .....	66
XVI.9. Caracterización del paciente diabético. ....	67
XVI.10. Satisfacción.....	70
<b>XVII.DISCUSION.....</b>	<b>71</b>
XVII.1 Efecto de techo y suelo .....	71
XVII.2 Características Psicométricas.....	72
XVII.2.1 Validez de contenido.....	73
XVII.2.2. Validez aparente.....	74
XVII.2.3 Validez de constructo .....	74
XVII.2.4. Validez de Criterio .....	75
XVII.2.5. Consistencia Interna.....	75
XVII.3. Características sociodemográficas y clínicas.....	77
XVII.4. Nivel de Satisfacción .....	77
<b>XVIII.SEGOS Y LIMITACIONES .....</b>	<b>78</b>
<b>XIX.PROPUESAS PARA OTRAS INVESTIGACIONES. ....</b>	<b>78</b>
<b>XX. CONCLUSIONES .....</b>	<b>79</b>
<b>XXI.REFERENCIAS.....</b>	<b>81</b>
<b>XXII.ASPECTOS ÉTICOS.....</b>	<b>88</b>
<b>XXIII.RECURSOS, FINANCIAMIENTOS Y FACTIBILIDAD.....</b>	<b>89</b>
<b>XXIV.ANEXOS.....</b>	<b>90</b>
Anexo 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN.....	90
Anexo 2. PLANILLA DE JUICIO DE EXPERTOS .....	91
Anexo 3. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	92
Anexo 4. INSTRUMENTO .....	107
Anexo 5. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	111
Anexo 6. MANUAL OPERACIONAL.....	112

## DEDICATORIA

En primer lugar, doy gracias a DIOS, por permitirme estar presente en este juego de la vida, por darme salud para lograr mis objetivos, además de su infinito amor y bondad.

A mi MADRE por ser el pilar fundamental, en todo lo que soy, en toda mi educación tanto académica como de la vida, por su incondicional apoyo, esfuerzo y sobre todo por su amor.

A mis hermanas Evelyn, María Teresa y Paulina, por estar conmigo y apoyarme siempre, las quiero mucho.

A mis MAESTROS por su dedicación en enseñarme, en ayudarme en asesorías y dudas presentadas en la elaboración de la tesis.

A mis COMPAÑERAS (Jannett, Alicia, Gina, Andy, Carito), ahora grandes amigas por su apoyo, por su tiempo brindado y por su paciencia para ir caminando juntas para un objetivo y logro en común.

Y a todas aquellas personas que, de manera directa o indirecta, estuvieron ahí formando parte importante en la realización de esta tesis.

!!! Muchas Gracias !!!

## RESUMEN

**Justificación:** Dentro de la literatura existen instrumentos diseñados y validados para medir la satisfacción de los pacientes, pero la gran mayoría se han realizado para otros países con características sociodemográficas diferentes y muchos de ellos tienen deficiencias conceptuales y/o metodológicas(1), no miden sus dominios completos (Expectativas-Experiencias)(2). Es sabido que las Expectativas de las personas difieren según los contextos socioculturales y el tipo de servicio que se esté evaluando; por lo que es difícil interpretar adecuadamente los resultados y tienen mayor posibilidad de presentar sesgos o dar lugar a la verdadera opinión de los pacientes. Por ello es necesario generar instrumentos validados para poblaciones singulares, de acuerdo con las necesidades locales, además no se ha observado instrumentos que midan la satisfacción específicamente con la atención integral en salud que estén representados en el modelo uno a uno; Médico Familiar (MF) y la Enfermera Especialista en Medicina de Familia (EEMF). Por lo que el **Objetivo** es construir y validar un instrumento que mida la satisfacción del paciente diabético con el modelo uno a uno de la atención integral en el primer nivel de atención en la UMF-11 IMSS Aguascalientes.

**Material y Métodos:** Se realizó metodología psicométrica. Utilizando estadística descriptiva, obteniendo distribución de valores relativos y absolutos (frecuencias y porcentajes), medidas de tendencia central (media), medidas de dispersión (desviación estándar) para cada reactivo, con una distribución paramétrica analizadas mediante asimetría y curtosis. Se validó el instrumento mediante: validez de contenido con metodología cuali-cuantitativa con dos técnicas; individual y grupal, mediante panel de expertos donde se valoró la congruencia teórica de los ítems, validez aparente; con metodología cualitativa mediante un grupo focal (pacientes diabéticos), validez de constructo; con el análisis factorial exploratorio mediante el análisis de componentes principales y el análisis factorial confirmatorio, la confiabilidad del instrumento con la consistencia interna, determinada por el Alpha de Cronbach y la estabilidad temporal (test-retest). El programa estadístico que se utilizó es SPSS versión 21 y el software para el análisis cualitativo Atlas.ti.

**Resultados:** La fiabilidad del cuestionario de satisfacción del paciente diabético con el modelo uno a uno de la atención integral de manera global fue de 0,942 y los 4 factores para él MF oscilan entre 7,94-9,05 y para la EEMF 0,692-0,887. El Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) de la escala total fue de 0,849, indicando una buena estabilidad temporal. La validez de constructo mostro un ajuste aceptable y una estructura factorial con 4 factores (Comunicación, Empatía, Cuidado Técnico, Continuidad de la atención) y 24 ítems para cada dominio presentando un KMO por arriba de 0,80 y una varianza total por arriba de 73%. La validez de criterio, presento una correlación de bajo a moderada (extremos: 0,228-0,559) para el dominio de Expectativas y correlación moderada a elevadas (extremos: 0,400-0,629 para el dominio de Experiencias).

**Conclusión.** El instrumento que se construyó para medir la satisfacción del paciente diabético con el modelo uno a uno de la atención integral, es confiable y además válido en términos de contenido y de constructo.

**Recursos e infraestructura.** El proyecto cuenta con los recursos humanos de la Unidad de Investigación Epidemiológica y Servicios de Salud en Aguascalientes para las siguientes actividades: capacitación de los encuestadores (por parte del investigador del estudio), coordinación de trabajo de campo (por parte del investigador del estudio), diseño de mascara de la captura (por técnico de investigación del área de cómputo de la unidad) y análisis de los datos y preparación del reporte final por parte del investigador del estudio. Con relación a la infraestructura, se cuenta con el equipo de cómputo para la captura de las encuestas y su análisis.

**Palabras claves:** Satisfacción, modelo uno a uno de la atención Integral, DM2, diabetes mellitus tipo 2, modelo del valor de la expectativa, teoría del valor de la expectativa, paciente diabético, construcción, validación de un instrumento, teoría psicométrica.



## **I. MARCO TEORICO**

### **I.1. Teorías y Modelos de la Satisfacción**

Se han desarrollado varios modelos con el propósito de medir la satisfacción, se ha dividido en dos grupos; uno cognitivo y el otro afectivo-cognitivo(3), destacando que el modelo cognitivo estudia al ser humano como un ser racional que analiza los diferentes aspectos y características de un servicio y lo evalúa, dentro de este grupo se distingue el modelo de confirmación de expectativas(4,5), los modelos basados en la teoría de la equidad, (6) los basados en la teoría de la atribución causal(7) y la teoría de la acción razonada.

En los modelos afectivos-cognitivos, parte de la base de que las personas no actúan siempre de forma tan racional, sino que en sus decisiones y evaluaciones intervienen, además de la utilidad, las emociones experimentadas, llevando a la construcción de modelos explicativos más complejos. Dentro de este grupo se menciona el modelo del valor de la expectativa. (8–11)

#### **I.1.1 Modelos Cognitivos**

##### **I.1.1.1 Basados en la teoría de confirmación de expectativas**

Se explica que la satisfacción es función del grado de disonancia entre lo que espera el paciente y lo que recibe, (3,6,9,12) dicho de otro modo, la satisfacción se produce cuando la percepción que tiene el paciente “cae” en la denominada “zona de tolerancia” que es el rango en que la atención recibida es aceptable para el paciente, o bien cuando se supera esta barrera y lo que se ofrece supera el mínimo aceptable por el paciente.(13–15)

##### **I.1.1.2 Basados en la teoría de la equidad**

Explica las razones por las cuales las personas se esfuerzan por conseguir justicia y equidad (16). La relación que se percibe entre los resultados que se obtiene y lo que se aporta, son iguales, a la relación de otro trabajador que se tomó como referencia. Tienen carácter interpersonal, ya que el individuo no sólo evalúa su relación costo-beneficio, sino que también evalúa dicha relación en el resto de individuos que intervienen en la transacción de que se trate(3,16).

### **I.1.1.3 Basados en la teoría de la atribución causal**

La teoría de la atribución causal se fundamenta en el hecho de que los seres humanos atribuyen causas a los errores y virtudes con los que se encuentran en el momento de realizar un acto de consumo, y esas atribuciones pueden influir sobre la satisfacción. Se consideró que la explicación de un hecho se debe por una parte a la percepción de la realidad que tenga el individuo (proceso cognoscitivo o explicación lógica) y por otra a la protección de la autoestima (proceso motivacional o de distorsión de la realidad).

### **I.1.1.4 Basados en la teoría de la acción razonada**

Es considerada como de carácter interpersonal y con orientación cognitiva, ya que supone que las personas se ven influenciadas por su entorno social y al mismo tiempo éstos ejercen una influencia sobre ellos. Sostiene que cualquier variable externa al modelo propuesto (características demográficas, situacionales o de personalidad) puede influir sobre la intención y también, indirectamente, sobre la conducta real, es decir, que la relación entre una variable externa y la intención de llevar a cabo una conducta específica está mediada por uno o por los dos factores que determinan la intención (actitud o norma subjetiva)(13,15).

## **I.1.2 Modelo Cognitivo – Afectivo**

El presente trabajo está basado en la contribución de Linder Pelz, cuyo modelo proviene de la teoría del Valor de la Expectativa de Fishbein y Ajzen.

### **I.1.2.1 Teoría del Valor de la Expectativa**

Esta teoría fue desarrollado por Fishbein y Ajzen(17) el cual explica la relación que existe entre las creencias acerca de un objeto y la actitud hacia ese objeto. Es un modelo descriptivo que es aplicable a cualquier conjunto de creencias, ya sean relevantes o no, nuevas o viejas. Destacando que las creencias de una persona determinan su actitud, no se basa en una suposición de causalidad, sino que trata simplemente de la relación entre las creencias y la actitud. Este modelo proporciona una descripción de la forma en que diferentes creencias (evaluaciones de los atributos asociados) se integran para llegar a una evaluación del objeto. Este proceso de integración es descrito mediante una fórmula:

$$A = \sum_{i=1}^n b_i e_i,$$

Donde “A” es la actitud hacia un objeto, una acción o un acontecimiento; “b” es la creencia sobre los atributos del objeto o sobre las consecuencias del acto; “e” es la evaluación de los atributos o consecuencias.

Esta formación tiene implicaciones directas para la medición de la actitud. Una actitud está basada en 2 distintas formas de información: la fuerza de la creencia y las evaluaciones atributivas. Específicamente; medición de la fuerza de creencia (b) sobre atributos y medidas de evaluación (e) de aquellos atributos son multiplicados y los productos son sumados. Las personas que tienen las mismas creencias pueden tener actitudes muy diferentes y que las personas que tienen creencias diferentes pueden tener las mismas actitudes. Las actitudes se basan en el conjunto total de las creencias más destacadas de la persona y las evaluaciones asociadas con esas creencias. Cuando las mismas creencias se mantienen con diferente fuerza o cuando las evaluaciones de atributos asociados difieren, las actitudes también serán diferentes. Por el contrario, cuando diferentes creencias se mantienen con igual fuerza y cuando tienen idénticas implicaciones evaluativas, las actitudes se conservan igual.(17)

#### **I.1.2.2. Modelo del Valor de la Expectativa**

Linder-Pelz(18,19) realizó una contribución teórica y práctica importante para comprender el modo en que se relacionan las expectativas y la satisfacción del paciente basándose en la teoría del valor de la expectativa de Fishbein y Ajzen (12). Propuso que las percepciones, las evaluaciones y las comparaciones de los pacientes anteceden a su satisfacción. Específicamente, la satisfacción del paciente se basa en una combinación de creencia sobre los atributos específicos de la atención médica y la evaluación del paciente de esos atributos. Las creencias se refieren a la cognición y representan la información que un paciente tiene sobre un objeto, mientras que la actitud se refiere al afecto. La fuerza de la creencia es la probabilidad percibida de que un objeto en este caso el proceso de la atención integral posee ciertos atributos y las evaluaciones que se hacen de esta atención, son, sin duda, determinantes de una actitud como lo es la satisfacción (14). La actitud

sería igual a la suma de los productos de las creencias o expectativas sobre cada una de las dimensiones que definen el objeto (proceso de atención integral) por las evaluaciones que a juicio del paciente merecen.

$$\text{Actitud (A)} = \sum \text{expectativas (B1)} \times \text{evaluaciones (Ei)}$$

De acuerdo con Linder-Pelz, en la satisfacción intervienen cinco elementos de carácter psico-social: 1) las creencias acerca de la ocurrencia de ciertos atributos son expresables en términos de probabilidades; 2) el valor asignado a esos atributos (bueno o malo) ;3) la percepción de la ocurrencia de tales atributos; 4) las comparaciones interpersonales de modo que los servicios se comparen con experiencias previas; y 5) las creencias que intervienen en los juicios individuales.

Posteriormente comprobó una serie de 5 hipótesis de expectativas como factores determinantes de la satisfacción del paciente (19), donde la hipótesis de trabajo número 3 y conforme a la teoría de la discrepancia; marca una medición directamente relacionada con la ocurrencia percibida menos la expectativa dividida entre las expectativas. Dicha de otras palabras, la satisfacción se produce por la comparación entre las expectativas sobre el servicio que se cree se recibirá y la percepción de los cuidados que realmente se reciben. Para Linder Pelz la satisfacción del paciente se identifica con la expectativa que el paciente se ha formado sobre los cuidados, personal que le atiende y viene determinada por el grado de disonancia entre expectativa y la realidad (19).

$$\text{SATISFACCION} = (\text{ocurrencia percibida} - \text{expectativa}) / \text{expectativa}$$

El estudio demostró que las expectativas bajas y ocurrencias favorables conducen a una mayor satisfacción, mientras que las expectativas altas y las ocurrencias desfavorables llevan a una menor satisfacción (17,19,20).

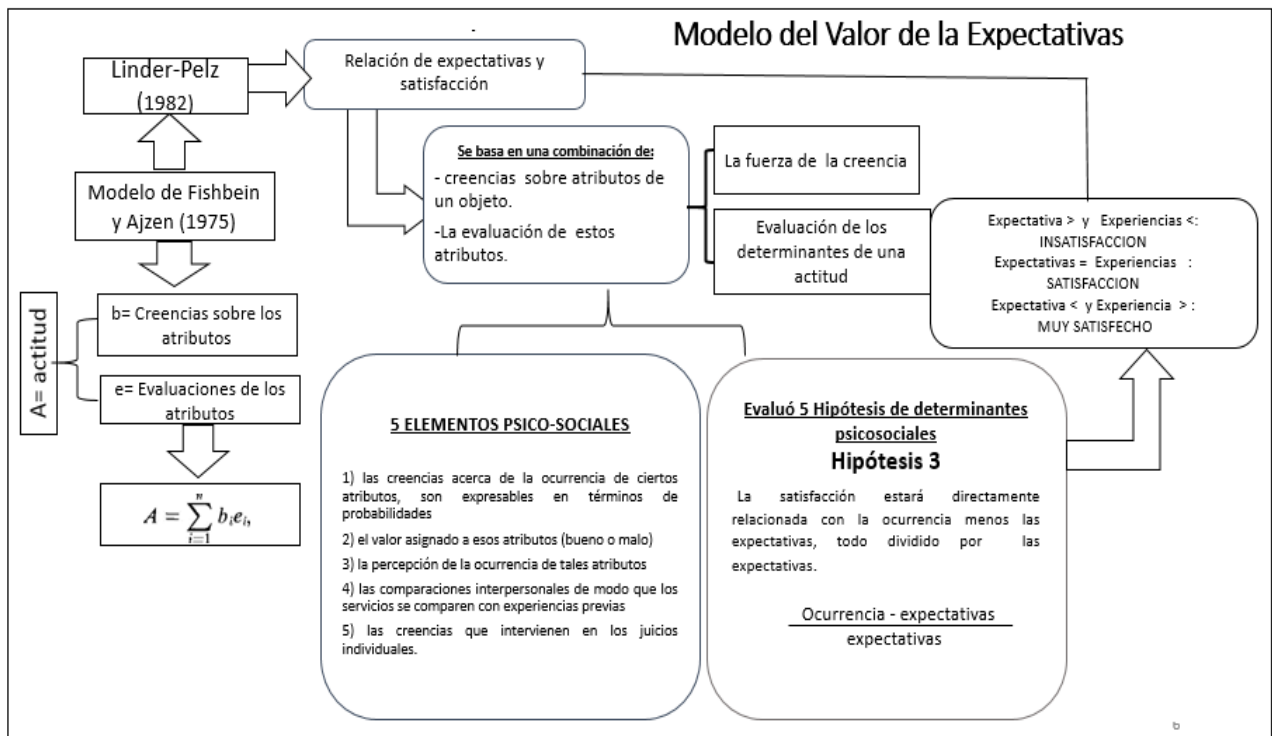


Figura 1: Elaborado por el Investigador principal, basado en el trabajo de Linder-Pelz en 1982 y el modelo de Fishbein y Ajzen en 1975.

Lawler en 1982 (21) planteo variantes de la teoría del valor-expectativa, como modelos alternativos, como son la teoría del cumplimiento (fulfilment theory), se refiere a la distancia que puede haber entre lo deseado, lo esperado, lo importante, o lo que debería ser, y lo realmente experimentado al consumir el producto; y la teoría de la discrepancia (discrepancy theory), otorga a esa distancia un carácter relativo, al dividirla entre lo esperado, deseado, importante, o que debería ser.

## I.2. Componentes de la Satisfacción

Se han propuesto varias clasificaciones de los componentes de la satisfacción, la más representativa es la propuesta por Ware (22–24), donde incluye 10 dimensiones: 1) La asistencia interpersonal, 2) la calidad técnica de la atención, 3) accesibilidad/conveniencia, 4) financiamiento y humanización, 5) la eficacia/resultados del cuidados, 6) la continuidad del cuidado, 7) el ambiente físico, 8) la disponibilidad de recursos de la atención médica, 9) prestación de información al paciente, 10) posibilidad de acceso a la información. Posteriormente Ware y Snyder(25), resumen las dimensiones mediante análisis factorial quedando; 1)

conducta del médico; 2) disponibilidad de los cuidados; 3) continuidad/conveniencia de los cuidados; y 4) accesibilidad de los cuidados.

Wolf (26), por su parte considera 3 dimensiones; 1) cognitiva; que es la calidad de información que da el médico, 2) afectiva; el interés y comprensión; y 3) comportamental; refiriéndose a las habilidades y competencia de los profesionales de salud (20). Basados en sus trabajos de Feletti, Firman y Sanson-Fisher en 1986 llegan a la conclusión que las dimensiones más sobresalientes son: Comunicación, actitudes profesionales, competencia técnica, clima de confianza, y percepción del paciente de su individualidad (27).

Sin embargo, se ha identificado tres aspectos que los pacientes valoran de la atención médica: el aspecto instrumental (aplicación de los conocimientos técnicos y capacidad de resolver los problemas), el expresivo (comportamiento respecto a los aspectos afectivos de la relación) y la comunicación (dar y recibir información) (13,14,28). Estas dimensiones coinciden en su totalidad con otros instrumentos, aunque algunos autores incluyan otros aspectos relacionados con el proceso de atención o generen subdimensiones dentro de aquellas (14,15,29).

En este caso se usará el proceso de atención basados en el modelo de Donabedian(30–32); que involucra las interacciones entre los pacientes y la estructura de la atención médica y son en esencia lo que se hace con los pacientes, es decir: la entrega real y la recepción de la atención. Se identificó dos procesos claves: el cuidado técnico y las interacciones interpersonales entre los usuarios y los profesionales de salud.

El cuidado técnico, también llamado atención clínica, se refiere a la aplicación de los conocimientos disponibles a un problema de salud personal, puede evaluarse por su eficacia y generalmente puede estandarizarse. Por otro lado, el cuidado interpersonal describe el manejo de la interacción social y psicológica entre los profesionales de la salud y los pacientes o sus cuidadores (30,31,33–36). Varias habilidades se relacionan a un buen cuidado interpersonal: la comunicación, la capacidad de construir una relación de confianza, la comprensión y la empatía con el paciente, el demostrar humanismo, sensibilidad y responsabilidad (30,31,33–36).

### **I.2.1 Aspectos Interpersonales de la Satisfacción**

Son considerados como el componente principal de la satisfacción (13,14,28). El cual depende de las habilidades sociales de los profesionales de salud y de los pacientes diabéticos, y dos aspectos que se consideran importantes son; la comunicación y la empatía (13,14,28).

La comunicación, es la herramienta que el ser humano usa para interpretar, reproducir, mantener y transformar el significado de las cosas (37).

El proceso de comunicación es bidireccional, es decir, hay dos partes que están involucradas, un emisor (MF y/o la EEMF) y un receptor (el paciente con diabetes mellitus tipo 2). Se requieren ocho pasos, sin importar si las dos partes hablan, usan señales manuales o se sirven de otro medio de comunicación; tres de esos pasos corresponden al emisor y los restantes al receptor (37).

El emisor inicia el proceso de comunicación construyendo un mensaje, mediante el desarrollo de una idea, la codificación; traduce la idea en palabras, basados en 5 principios (pertinencia, sencillez, organización, repetición, enfoque) y la transmisión que es el envío del mensaje a un receptor, éste a su vez analiza la información y reconstruye el mensaje a la luz de sus propios antecedentes y experiencias, los cuales le servirán para sintetizar la información recibida en 4 aspectos; tener en mente al receptor, pensar en el contenido con anticipación, ser breve, y organizar el mensaje cuidadosamente (37). El receptor analiza y reconstruye los significados del mensaje, sintetiza y construye significados y se convierte en un emisor al responder al mensaje que le fue enviado (37).

La comunicación no verbal es a menudo el modo primario de transmitir las emociones y actitudes. La posición del cuerpo “la ubicación, distancia y postura” puede transmitir percepciones importantes de autoridad (13,14,28). Se ha reportado(13,14,28,38), que asentir levemente con la cabeza hace que los pacientes vean a los médicos como más cálidos y simpáticos, así mismo el contacto visual es importante al establecer una relación, ya que permite supervisar las reacciones y favorece la retroalimentación (39). Si no se logra este contacto visual, es probable que la naturaleza de la conversación se vuelva más formal, impersonal y breve. Hay evidencia(14,28,40,41)

de que, el paciente menciona que hay una comunicación buena con el profesional de salud, cuando siente que se demuestra interés, comprensión, certeza y empatía. Esta última es la capacidad de sintonizar con los sentimientos y las emociones del paciente, ponerse en su lugar y pensar qué puede estar sintiendo. La actitud empática del médico hace que perciba las necesidades y los estados de ánimo de su paciente, a través de su tono de voz, de su lenguaje postural, sus gestos. Es capaz de reconocer su angustia, sus miedos, aunque no necesariamente ha de tener su mismo punto de vista. No se enjuician las emociones del paciente, se hacen esfuerzos activos durante todo el proceso de comunicación por comprender el mensaje del otro, por entender y ser entendido, y, sobre todo, por saber escuchar, buscando así una relación de “cooperación” bidireccional.

Otro aspecto que impacta en la satisfacción del paciente es la continuidad de la atención, que se ha asociado con mejores resultados médicos: menos ingresos a urgencias, hospitalizaciones, envíos a segundo nivel, mejoras en enfermedades crónicas; en este caso la diabetes y en el uso de servicios preventivos(14,28,42–44).

## **I.2.2 Los aspectos técnicos de la atención**

### **I.2.2.1 Cuidado técnico/ Atención clínica.**

En los aspectos técnicos se aplica la ciencia y la tecnología de la medicina y de otras ciencias de la salud al manejo de un problema personal de salud (diabetes mellitus tipo 2) de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar con ellos sus riesgos, es una expresión de la adecuación entre la asistencia que se presta, los avances científicos y la capacitación de los profesionales (MF y EEMF), lo que implica la ejecución de todos los procedimientos con destreza, esperando que la atención provista logre el balance más favorable de riesgo y beneficios (31,45).

## **I.3. Modelo de la Atención Integral en Salud**

En base a la renovación de la APS y de acuerdo con lo dicho por la OMS propone “Atención Primaria de Salud más necesaria que nunca” del cual nace las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) constituyendo tres elementos constitutivos: población/territorio; estructura funcional; y modelo de atención. Por otra parte, la OPS menciona que el RISS representa la respuesta organizacional que crea las



condiciones ideales para la implementación de estas prácticas clínicas innovadoras y que pueden reducir mortalidad y complicaciones de muchas enfermedades. Con ello se inicia la renovación de cambios reflejados benéficamente en la calidad de vida del individuo, su familia y con economía de recursos.

Se inicia la creación de modelos de atención integral a la salud, con sus fundamentos en los nueve principios de Mc Whinney (46), el cual ofrece un enfoque Integral basados en la promoción, prevención, curación y rehabilitación, con calidad y calidez teniendo el impacto principal en el mejoramiento de la calidad de vida del individuo, la familia y la comunidad, promoviendo la participación social como eje fundamental para la solución de problemas de salud de la comunidad (47).

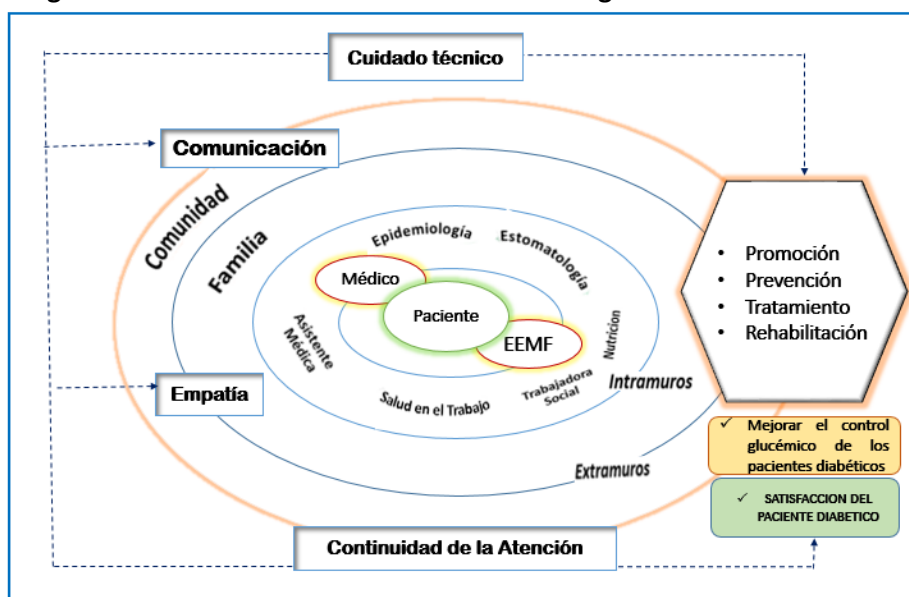
Los principios fundamentales que deben realizar el Médico familiar (MF) son: 1) Deben comprometerse con el paciente diabético y su familia, más que con la técnica, sexo o un órgano afectado, 2) Buscar la comprensión del contexto alrededor del padecimiento de los pacientes diabéticos y entender que los problemas de salud no ocurren aisladamente, 3) Considerar que cada encuentro con el paciente diabético es una oportunidad para la educación, promoción o la prevención, 4) Manejar un enfoque centrado en la familia, comunidad, 5) Valorar a los pacientes diabéticos y familias con un enfoque de riesgo, 6) Actuar como parte de la red comunitaria de apoyo y atención médica, 7) adquirir un mayor conocimiento de sí mismo, de sus fortalezas, debilidades, limitantes para establecer una comunicación eficiente, y evitar que sus sentimientos y valores le produzcan juicios que contaminen la atención médica cálida, respetuosa y honesta que debe brindar a los pacientes diabéticos y su familia al recibir atención médica, 8) Saber manejar los recursos con racionalidad y eficiencia, 9) El MF deberá vivir cerca de sus pacientes y, en lo posible, procurar verlos en todas las instancias de atención: consultorio, pláticas educativas, domicilios, etc., de acuerdo a estos principios, el modelo aborda a la familia como un sujeto de intervención dando una atención integral y continua, es decir, a lo largo de todo su ciclo vital (sano, enfermo, agudo, crónico, terminal), bajo su prisma biopsicosocial y basando su acción en el trabajo en equipo.

En México en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo y Programa Sectorial de Salud 2013-2018, la Dirección de Prestaciones Médicas moderniza el primer nivel de atención institucional a través del Fortalecimiento del Sistema de Medicina Familiar (FSMF), definido como el Fortalecimiento de los Procesos de la Atención Primaria a la Salud, para integrar la prevención y asistencia médica familiar, con equipos transdisciplinarios que son coordinados por el Médico Familiar(48).

La prueba piloto del FSMF se aplicó en 29 delegaciones del país incluyendo Aguascalientes, en la UMF 11 del IMSS, desde enero del 2014 (30,31). Con el firme propósito de ser manejado en conjunto como “Atención Integral “. La característica de estas unidades del nuevo modelo de atención, manejan el modelo uno a uno: un consultorio atendido por un Médico Familiar (MF) y de manera contigua un módulo de atención preventiva Integrada, donde la Enfermera Especialista en Medicina de Familia (EEMF) otorga acciones preventivas intramuros y extramuros.

Este es el modelo de Atención Integral, que se está manejando en la UMF-11 en donde el paciente ocupa el centro de la atención, por un equipo multidisciplinario, sin embargo, solo nos basaremos en la atención por parte del MF y la EEMF, ya que como se mencionó forman un modelo uno a uno dirigido al paciente diabético.

**Figura 2. Modelo uno a uno de la Atención Integral en Medicina Familiar**



**Fuente:** Adaptado al Sistema de Medicina Familiar del IMSS, con base en el modelo teórico de implementación de Redes Integradas de Servicios de Salud. Documento OMS/OPS, La Renovación de la Atención Primaria a la Salud en las Américas, 2010. (49)

A continuación, se desglosan las actividades del MF y la EEMF de manera puntual como eje central de dicha atención:

### **I.3.1 Médico Familiar (MF):**

- Proporciona orientación médica telefónica, acorde con horario y espacio físico asignado en coordinación con el jefe de servicios de Medicina Familiar y el director, se podrá destinar tiempo entre 30 minutos a una hora para otorgar orientación medica telefónica a sus pacientes.
- Realiza actividades de consulta y educación para la salud de manera individual y grupal identificando los factores de riesgo, para su manejo y refiere al nivel que corresponda, según sea el caso.
- Refiere a la EEMF a los pacientes diabéticos de bajo riesgo, a través del formato 4-30-200 para la promoción de salud.
- Atiende la prescripción razonada de medicamentos, incapacidades, auxiliares de diagnóstico de laboratorio, rayos X y la receta resurtible.
- Deberá explicarle claramente al paciente, la importancia de cumplir con la prescripción establecida, así como las consecuencias y complicaciones que traería al no acatar las indicaciones correspondientes.

### **I.3.2 Enfermera Especialista en Medicina de Familia (EEMF):**

- Recibe del Médico Familiar, al paciente diabético controlado, a través del formato 4-30-200 o bien de manera electrónica, para la Atención Integral, a través del proceso de atención de enfermería.
- Realiza actividades de educación para la salud, de manera individual y grupal con enfoque de riesgo y deriva a la población de diabéticos a los grupos educativos que correspondan.
- Realiza visita domiciliaria integral programada, diagnóstica (inicial) y subsecuente con intervenciones específicas de enfermería a pacientes diabéticos más dependencia y discapacidad, adulto mayor con riesgo de caídas en el hogar y la vía pública, y pacientes en fase terminal (cuidados paliativos).
- Refiere de forma inmediata al Médico Familiar a los pacientes con signos y síntomas de alarma y con resultado anormal de laboratorio en las detecciones.

Todas estas actividades están bajo supervisión mediante cedulas de los procesos, para verificar los avances a nivel central con duración de tres días de manera mensual y la supervisión delegacional y operativa se lleva a cabo conforme al cronograma local (50).

#### **I.4 Niveles de Atención**

El sistema de salud tiene como propósito fundamental el promover la salud, prevenir la enfermedad, curarla o tratarla cuando se presenta y rehabilitar al enfermo (51).

##### **I.4.1 Prevención**

Definida por la OMS (52); como medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad y factores de riesgo, en este caso, la diabetes mellitus tipo 2, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida la enfermedad. Por otro lado, la prevención es una estrategia que está orientada a factores y /o grupos de riesgo, en donde las actividades se organizan por niveles según sea el estado de salud de las personas, de la familia o de la comunidad las que están dirigidas a una prevención primordial (más recientemente denominada como enfoque de determinantes sociales de la salud), primaria, secundaria y terciaria:

I.4.1.1 Prevención primaria: Son medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes (52,53).

I.4.1.2. Prevención secundaria: Son medidas orientadas a detener o retardar el progreso de una enfermedad o problema de salud ya presenté en un individuo en cualquier punto de su aparición. El diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la DM2, de allí, la importancia de la captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de las complicaciones (52,53).

I.4.1.3. Prevención terciaria: Son medidas orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad o problema de salud. Ayuda a minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilita la adaptación de los pacientes a

problemas incurables y contribuye a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad (52,53).

Las medidas principales de este nivel son(54):

- Promover la integración de grupos para disminuir factores de riesgo como: grupos para hacer ejercicio, control de estrés, control de peso, alimentación sana etc.
- Realizar pruebas de laboratorio; para control glucémico: glucosa plasmática en ayuno, niveles de A1c; para estratificar el riesgo cardiovascular: urea, creatinina sérica, depuración de creatinina, albumina, ácido úrico; perfil lípido: colesterol LDL, HDL y triglicéridos; daño renal: creatinina sérica para estimar la tasa de filtración glomerular, con una frecuencia de dos veces al año.
- Auto monitoreo del paciente, con la determinación de la glucosa capilar, para poder alcanzar de forma más segura las metas de control.
- Toma de Electrocardiograma de 12 derivaciones, radiografía de tórax para evitar cardiopatía isquémica.
- Realizar historia clínica detallada, donde incluya, edad y características de inicio de la DM2, hallazgos de laboratorio, patrón de alimentación, actividad física, estado nutricional e historia de peso, historia de educación en DM2, revisión de régimen de tratamiento previo y respuesta a terapia, tratamientos recientes, historia de complicaciones con la enfermedad.
- Valoración del fondo de ojo por médico especialista en oftalmología, al menos una vez al año

#### **I.4.2. Promoción**

La promoción permite que las personas tengan un mayor control de su salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento.

La promoción de la salud requiere que los formuladores de políticas de todos los departamentos gubernamentales hagan de la salud un aspecto central, que los pacientes adquieran conocimientos, aptitudes e información que les permita elegir

opciones saludables, y compromiso en el ámbito municipal para poner en práctica medidas preventivas en las comunidades y en los centros de atención primaria.

Las medidas principales de este nivel son(54):

- Promover una alimentación y una actividad física adecuada.
- Mantener un peso saludable con un índice de masa corporal (IMC) entre 20 a 24.
- En los pacientes con sobrepeso y obesidad, debe promoverse la reducción de peso y una mayor actividad física, evitar sedentarismo, en donde se proporcione dieta a base de alimentos con índices glucémicos bajos, y actividad física al menos 40 min en días alternos.
- Evitar consumo de alcohol, tabaquismo y droga.
- Promover programas de educación en pacientes con DM2 para conocer su enfermedad, llevar un control adecuado y mejorar el apego al tratamiento, evitando el uso terapéutico alternativo y aparición temprana de complicaciones.
- Asesorías para el conocimiento de la enfermedad para mejorar el apego terapéutico, con el objetivo de optimizar resultados clínicos y bioquímicos, así como el autocuidado del paciente.
- Realizar visitas de seguimiento en aquellas personas con factores de riesgo para la diabetes.

#### **I.4.3. Tratamiento:**

El objetivo principal del tratamiento de la diabetes es normalizar la actividad de la insulina y la glucemia para reducir el desarrollo de las complicaciones vasculares y neuropáticas. No importa el tipo de diabetes, el objetivo es el mismo, disminuir la concentración de glucosa tanto como sea posible sin que ocurra disrupción de los patrones de actividades comunes del paciente. Existen componentes para el tratamiento de la diabetes: dieta, vigilancia, educación, ejercicio, medicamento (cuando se requiera). Este varía a lo largo del curso de la enfermedad, debido a los cambios en el estilo de vida, el estado físico, emocional, y el propio régimen terapéutico. El tratamiento consiste en la evaluación y modificación constante por parte de quienes atienden al paciente, en este caso el MF y la EEM, así como los ajustes diarios al tratamiento por parte del paciente.

La atención médica de parte del MF y la EEMF dirigen el tratamiento, pero es el enfermo y su familia quienes enfrentan la carga diaria de manejar los detalles de un régimen terapéutico complejo, por esta razón la educación al paciente y su familia es un componente esencial de la misma importancia que las demás formas terapéuticas.

En esta etapa se procura dar al paciente medidas de orden terapéutico, con el objetivo de disminuir en mayor medida las molestias y no causar interrupción en sus actividades de la vida diaria, como el hacer pequeños ejercicios que no sean pesados, una dieta equilibrada, tomar fármacos bajo prescripción médica, evitando con ella presencia de daño que pudiese presentar como: incapacidad para movilizarse por neuropatía diabética, imposibilidad de satisfacer necesidades básicas de higiene personal, alimentación, movilización etc.

Las medidas principales de este nivel son(54):

- Administrar de manera anual la vacuna contra influenza
- Adicionar tratamiento oral a pacientes descontrolados.
- Implementación de la insulina en caso de continuar en descontrol a pesar del tratamiento farmacológico vía oral.
- Terapia médica nutricional individualizada, necesaria para alcanzar las metas de tratamiento prescrito por nutriólogo.
- Toma de A1c, en caso de sospecha que no ha alcanzado metas terapéuticas.
- Envío a los profesionales de la salud (nutrición, estomatología, trabajo social, psicología) para valoración y seguimiento del tratamiento en conjunto.
- Envío a segundo nivel en caso de falta de respuesta al tratamiento farmacológico, posibles complicaciones.

#### **I.4.5. Rehabilitación**

Cuando se aplican las medidas de detección temprana, los servicios de salud deben de estar preparados para poder ofrecer a los pacientes diabéticos; estudios de diagnóstico, tratamientos adecuados, y seguimiento necesario para el control del padecimiento actual, aunado con las acciones de rehabilitación que es limitación del daño y buscar soluciones adecuadas que apoyen el desarrollo del paciente, la

respuesta eficiente se da, siempre y cuando los esfuerzos tanto por parte del personal de salud, como por parte de los usuarios sea oportuna.

Se rehabilitará al paciente en la esfera biológica, psicológica y social para que pueda adaptarse a su vida y fomentar la productividad. La diabetes es un padecimiento crónico en el que actualmente no existe curación, pero si existen formas terapéuticas para mejorar la calidad de vida de las personas con esta enfermedad y dependerá de varios factores como: edad del individuo y tiempo de evolución de la enfermedad, la aceptación de la persona de su padecimiento y los cambios que tiene que realizar en sus estilos de vida (dieta, ejercicio, auto monitoreo de glucosa), así como la participación de la familia en la atención del enfermo y los recursos económicos que se dispongan.

### **I.5. Diabetes Mellitus**

La prevalencia global de la Diabetes Mellitus (DM) está aumentando rápidamente como resultado del envejecimiento de la población, la urbanización y los cambios asociados al estilo de vida (55). Permanece como una causa importante de morbilidad prematura en todo el mundo (56). En el año 2012, la Federación Internacional de Diabetes (IFD, *por sus siglas en inglés*) estimó que más de 371 millones de personas vivían con dicha enfermedad y que 4.8 millones de personas mueren a causa de la misma (57). Por otro lado, a nivel mundial se estima que para el año 2030 el número de personas diabéticas se incremente a 439 millones, lo que representa el 7.7% de la población adulta (de 20 a 79 años) del mundo (58). Respecto al comportamiento de esta enfermedad en México, de 1998 al 2012 se ha observado una tendencia hacia el incremento en un 4.7%, pasando de una tasa de morbilidad de 342.1 a 358.2 casos por cada 100 mil habitantes, específicamente en el año 2012 se reportaron 418,797 pacientes diagnosticados con diabetes (lo cual representa el 0.4% de la población mexicana), el 59% de los casos fueron del sexo femenino, siendo el grupo etario de 50-59 años de edad el más afectado, con una tasa de morbilidad de 1,237.90 casos por cada 100 mil habitantes (59).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la DM2 fue la causa de 5 % de las consultas de medicina familiar durante 2002; ocupó el primer sitio como causa de



muerte en las mujeres y provocó 20% de los fallecimientos en este grupo, mientras que en los hombres se ubicó en el segundo lugar y ocasionó 15% de las defunciones.

En Aguascalientes se estima 36 mil diabéticos, con una incidencia de aproximadamente del 7 al 8 por ciento de casos nuevos al año. En la Unidad de Medicina Familiar No 11 (UMF-11) IMSS delegación Aguascalientes, cuenta con una población total de 100,986, de entre los cuales 46.83% son hombres y 53.16% mujeres, donde se estima en el mes de junio hay un total de 892 pacientes diabéticos de acuerdo con el género el 65.8% corresponde al género femenino y el 34.1% corresponde al género masculino.

La prevención de la Diabetes es todavía un asunto del futuro y, hasta entonces, decenas de millones de personas seguirán sufriendo esta enfermedad. Es preciso esforzarse al máximo por curar a tantas personas como sea posible o, en su defecto, por aliviar las incapacidades resultantes y evitar una muerte prematura, a fin de que el paciente diabético pueda desempeñar una función productiva y satisfactoria en la sociedad. El grado de prioridad acordado a la búsqueda de soluciones a estos problemas depende del grado de desarrollo técnico y económico de cada una de las diferentes sociedades, pero en todas podrían tomarse algunas medidas inmediatas. Un requisito indispensable es la provisión de medios para diagnosticar la enfermedad, lo que está estrechamente relacionado con el empleo de los conocimientos y aptitudes necesarios para su tratamiento y supervisión. La introducción de métodos sencillos de medición de la glucosa y estimación de la hemoglobina glucosilada ofrece nuevas oportunidades para el diagnóstico y el control de la enfermedad.

## **II. MARCO METODOLÓGICO**

### **II.1 Teoría psicométrica para la validación de un instrumento**

#### **II.1.1 Teoría Clásica de los Test y Teoría de la Respuesta al Ítem**

##### **II.1.1.1 Validación del Cuestionario**

Es un proceso unitario y continuo que tiene como objetivo aportar pruebas sobre las inferencias que podemos realizar con un test, incluyen procedimientos diferentes para comprobar si el cuestionario mide realmente lo que dice medir, se han diferenciado varios procedimientos de validación, de los cuales los principales son:

##### **II.1.1.2 Validez de Contenido**

La técnica que se emplea es a través de un grupo focal conformado por un panel de experto, la cual consiste en la revisión del instrumento; para ver la congruencia entre cada uno de los ítems, y de los objetivos, con el fin que se valore el grado en que un ítem sirve para evaluar el objetivo al que corresponde, así como la congruencia teórica de los ítems (60).

##### **II.1.1.3 Validez aparente**

Se refiere al grado en que un test da la impresión a los pacientes en estudio de que mide lo que se pretende medir. Es decir que los ítems del instrumento midan lo que se pretende evaluar, para esto se llevaran a cabo mediante un grupo focal, donde el número de participantes estará determinado en base a la saturación del ítem; esto es que se entienda en todas las personas que participen en el grupo (60).

##### **II.1.1.4 Validez de constructo**

Basado en una técnica estadística multivariante; el análisis factorial sirve para estudiar las dimensiones que subyacen a las relaciones entre varias variables (60). Se realiza con dos objetivos 1) determinar cuál es el número de dimensiones o factores que mide un test y descubrir cuál es el significado de cada una; 2) obtener la puntuación de cada ítem en cada dimensión. Para descubrir su significado y darles sentido es necesario fijarse en las variables que saturan de forma elevada en cada dimensión (60).

### **II.1.1.5 Validez de criterio**

Se refiere al grado de eficacia con que se puede predecir o pronosticar una variable de interés (criterio) a partir de las puntuaciones en un test, correlaciona el rendimiento en cada ítem. Es conveniente que un ítem se relacione estrechamente con un criterio externo. Este criterio externo debe ser una medida fiable del rendimiento que se quiere pronosticar con el test (60).

### **II.1.1.6 Fiabilidad**

Es la capacidad de un instrumento para dar resultados similares, cuando es utilizado por distintos investigadores o por el mismo investigador en los mismos sujetos repetidamente (60,61). Se evalúa tres aspectos:

1. La consistencia interna: pretende valorar si los ítems que conforman un cuestionario tienen niveles adecuados de correlación entre ellos, las elevadas correlaciones entre ítem con ítem, entre ítem y factor y entre ítem y escala, le confieren al instrumento lo que se denomina homogeneidad y se refiere a que las distintas partes que componen el instrumento estén midiendo lo mismo (60,62).
2. Reproducibilidad (fiabilidad test-retest): Mantiene un resultado similar en diferentes momentos, se debe aplicar el cuestionario por lo menos dos veces, en diferentes momentos, en situaciones de estabilidad del fenómeno que se está midiendo (60).
3. Reproducibilidad inter-evaluador: (fiabilidad inter-evaluador). Los resultados de la medición deberían ser similares cuando el instrumento es aplicado por diferentes evaluadores en el mismo momento, ante el mismo paciente (61).

### III. MARCO CONCEPTUAL

#### III.1. Satisfacción.

A pesar de la gran diversidad de definiciones, propuestas por los autores(4,30,39,63–66) que a través del tiempo han estudiado la satisfacción con la atención en salud, en este trabajo se utilizara lo que cometa Linder-Pelz(18); donde la satisfacción es una actitud positiva individual hacia las diferentes dimensiones de la atención integral en salud, determinada por el grado de disonancia entre las expectativas (creencias sobre la atención integral en salud) y las características del proceso de atención integral en salud.

De manera operacional la satisfacción está directamente relacionada con la diferencia de las experiencias y expectativas, dividido entre las expectativas.

En el cuadro 1. Se presentan de manera cronológica, las definiciones que han mencionado los diferentes autores sobre la satisfacción del paciente.

**III.1.1 Comunicación:** Es el proceso mediante el cual el MF y/o la EEMF intercambian información de interés mutuo con el paciente diabético en el momento de recibir la atención médica.

**III.1.2 Empatía:** Capacidad del MF y/o EEMF de sintonizar con los sentimientos preocupaciones, dudas, temores del paciente diabético, ponerse en su lugar y pensar qué puede estar sintiendo con respecto a su enfermedad.

**III.1.3 Cuidado técnico:** Aplicación de los conocimientos disponibles al problema de la diabetes mellitus tipo 2.

**III.1.4 Continuidad de la atención:** Secuencias de visitas en el que acude el paciente diabético a recibir atención hasta que se solucione sus problemas de salud con una visión continuán y compartida del trabajo con otros profesionales.

**III.2. Atención Integral:** Es un enfoque de atención contigua del MF o/y la EEMF que incluye en conjunto las acciones para reducir la incidencia de diabetes tipo 2 basada en la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación teniendo el impacto

principal en el mejoramiento de la calidad de vida del paciente diabético, su familia y la comunidad.

**III.2.1. Prevención:** Conjunto de acciones que realiza el MF y/o la EEMF para evitar la aparición de la enfermedad, detener el avance y atenuar consecuencias una vez establecida (51).

**III.2.1.1. Prevención Primaria:** Es el conjunto de acciones que se realizan con el objeto de limitar la incidencia de la diabetes mellitus tipo 2, mediante el control de factores de riesgo.

**III.2.1.2. Prevención Secundaria:** Es el conjunto de acciones que se realizan con el objeto de acortar el período entre el inicio de la enfermedad (DM2) y su diagnóstico (diagnóstico precoz) en pacientes diabéticos, e indicar tratamientos oportunos y efectivos con el fin de reducir secuelas y mortalidad precoz.

**III.2.1.3. Prevención Terciaria:** Es el conjunto de acciones que se realizan con el objeto de reducir el progreso, las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2, y fomentar el aprovechamiento de las potencialidades residuales.

**III.2.2. Promoción:** Estrategias que comparten el MF y/o la EEMF para un proceso de cambio orientado a la modificación de las condiciones de salud y ejercer un mayor control del paciente diabético (51).

**III.2.3. Tratamiento:** El MF y/o la EEMF ofrecen a los pacientes diabéticos seguimiento del control de su enfermedad y servicios de diagnóstico (51).

**III.2.4. Rehabilitación:** El MF y/o la EEMF facilitan la adaptación de los pacientes diabéticos a complicaciones propias de la enfermedad, a reducir al máximo, las recidivas del padecimiento (51).

## DEFINICIÓN DE SATISFACCIÓN

AUTOR	AÑO	DEFINICIÓN
E. Koos (63) Avedis Donabedian (30)	1954 1966	Una medida del resultado de la interacción entre los profesionales de la salud y el paciente.
Ley P. (39)	1967	Se entiende la satisfacción, no como un resultado del encuentro enfermera-paciente y/o médico paciente, sino como un elemento determinante del resultado de ese encuentro en su relación.
Hulka B. (67)	1970	Se concreta en la suma de los factores de satisfacción con la competencia profesional de los trabajadores de la salud, relacionada con sus cualidades personales para interactuar
Hunt (68)	1977	Evaluación que analiza si una experiencia de la atención es al menos tan buena como se esperaba.
Cafferata (64)	1978	“entrada” ( <i>input</i> ) a esa interacción, porque se trata de una variable que predispone al paciente hacia una determinada actitud y condiciona su conducta ante las enfermeras y médicos, principalmente.
Rogghmann (65)	1979	
Dimatteo M. (69)	1980	La edad, el sexo, el nivel educativo, el ingreso económico, las expectativas ante los trabajadores de la salud (enfermeras y médicos), el estado de salud, son variables que se deben considerar en la satisfacción de los pacientes.
Fox J. (70)	1981	
Oliver (71) (72)	1980-1981	Estado psicológico final resultante cuando la sensación que rodea la discrepancia de las expectativas se une con los sentimientos previos acerca de la experiencia de la atención.
Linder-Pelz S. (18)	1982	“Actitud positiva individual del paciente hacia distintas dimensiones de los servicios de salud”, entendiéndose por actitud “una idea cargada de emoción que predispone para un conjunto de acciones.
Westbrock y Reilly (5)	1983	Respuesta emocional causada por un proceso evaluativo-cognitivo donde las percepciones sobre una acción o condición se comparan con necesidades y deseos del individuo.
Pascoe G. (73)	1983	Elemento deseable e importante en la actuación médica y de enfermería, pero intuitivamente entendido por todos, sin que exista un acuerdo en su significado empírico.
Cadotte ER, Woodruff RB, Jenkins RL (4)	1987	Es el resultado de la diferencia entre lo que el paciente espera que ocurra (expectativas) y lo que dice haber obtenido, es decir, la diferencia entre las expectativas del paciente y las percepciones respecto al servicio prestado.
Tse, Nicosia y Wilton (7)	1990	Respuesta del paciente a la evaluación de la discrepancia percibida entre expectativas y el resultado final percibido en el producto tras su atención. Proceso multidimensional y dinámico.
Westbrock y Oliver (74)	1991	Juicio evaluativo posterior a la selección de un servicio específico.
De Silva (75)	1999	Es las necesidades de una mezcla compleja de percepción, expectativas determinadas individualmente y cuidar la experiencia.
Arenas, Fuentes & Campos(76) Guzmán del Río (77)	1986 1993	El grado de congruencia que existe entre las expectativas del usuario de una atención ideal en salud y la percepción de éste del servicio que recibió.
Oliver (8)	1993	Juicio del resultado que un servicio ofrece para un nivel suficiente de realización en la atención.
Avedis Donabedian (78) Hidalgo & Carrasco (79)	1980 1999	La medida en que los profesionales de salud logran cumplir las necesidades y expectativas del usuario.
Mira JJ, Aranz J. (80)	2000	Considerada como una medida del resultado de la intervención médica, que se ha relacionado también con la información que recibe el paciente, las habilidades de comunicación del profesional y su estilo de práctica, la duración de la consulta o el confort en las instalaciones.

Cuadro 1. conceptos de Satisfacción a través del tiempo.

#### IV. ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La calidad metodológica de los instrumentos y su proceso de validación son temas importantes que se deben destacar(81). Se realizó una revisión de los instrumentos previamente validados para mediar la satisfacción del paciente. Se hizo una búsqueda sistemática en la base de datos MEDLINE / PubMed, LILACS, SciELO, Scopus y Web of Knowledge. La estrategia de búsqueda que se utilizó fueron los términos: “Patient Satisfaction” AND “Patient centered care” AND “Healthcare survey” OR “Satisfaction questionnaire” AND “Psychometric properties”. De los cuales se anuncian los más pertinentes para el objeto de estudio.

En el caso de Winnie Lai (82), concluyo que el instrumento; Satisfaction Scale for Community Nursing (SSCN), (AC=0.90), evalúa la satisfacción de los pacientes con el servicio de enfermería comunitaria en el cumplimiento de sus expectativas, reflejando adherencia al tratamiento, sin embargo, cuenta con limitaciones ya que no evalúa los aspectos específicos de la atención de enfermería tal como, la toma de presión arterial, mediciones antropométricas, acciones de promoción y prevención a la salud. Erci y Ciftcioglu (83) muestran un instrumento; para medir la satisfacción de las mujeres con la atención primaria (PCSSW) este consta de 24 ítems y valora 3 dimensiones; comunicación (AC=0.96) procedimiento de oficinas y administración (AC= 0.88), coordinación de atención y exhaustividad (AC=0.95), puede ser auto administrado y la otra técnica por vía telefónica, lo que hace que existan diferentes sesgos, (información, selección), tiene la ventaja de poder estudiar de manera integral a la mujer y que es un estudio cuanti-cualitativo, por lo que el rendimiento percibido (experiencia) está presente, sin embargo no hay variabilidad de género. Hay una mayoría de instrumentos desarrollados en el idioma inglés, no así trabajos de adaptación intercultural (81,83–88). El proceso de adaptación a otros idiomas y culturas no es simple y el escrutinio realizado por diferentes investigaciones en distintos contextos socioculturales haría contribuir al desarrollo de un instrumento con mayor fiabilidad(81,89–91). Sonu Goel (23), menciona lo importante de desarrollar un instrumento tomando en cuenta el desarrollo del país, la accesibilidad de los servicios médicos, instalaciones, la cultura y los sistemas de salud, por lo que construye una escala de satisfacción de consulta externa del norte de India (NIOPDSS) de 17 ítems

con 6 dimensiones siendo este fiable (ICC= 0.52 a 0.80) y valido (AC=0.72 a 0.93), sin embargo, esto dificulta la generalización del uso del instrumento ya que se basa en las necesidades exclusivas del norte de India, en donde existe rezago social, así mismo hay incongruencias en el desarrollo de la metodología con los objetivos del estudio. A diferencia del trabajo de Gagnon M. (92), quien construye un instrumento que mide la satisfacción con la atención en salud (HCSQ), donde cuenta con un sustento teórico adecuado, el concepto de satisfacción está bien estructurado, cuenta con una naturaleza dual (expectativas-rendimiento percibido), sin embargo, no cuenta con un enfoque cualitativo, con el fin de minimizar la brecha entre la experiencia real y la realidad evaluada, además, la población en estudio está dirigido a los adultos mayores, por lo que no se puede aplicar de manera general. Existen instrumentos que en su versión original se estudia a toda la población y posteriormente por la adaptación del mismo se orientan a grupo de personas específicas (83,85,92,93). Otros instrumentos son creados en base a las dimensiones de la satisfacción, por ejemplo el «Patient-Doctor Relationship Questionnaire» de 9 preguntas (PDRQ-9), adaptado y validado de un cuestionario desarrollado sobre la teoría psicoterapéutica: el Helping Alliance Questionnaire por Van der Feltz-Cornelis y cols (94), con el objetivo de conseguir una herramienta objetiva y fácilmente aplicable en atención primaria que evalué la relación médico-paciente desde la perspectiva del paciente. Después fue adaptado al castellano por Mingote J. et al (95). en su versión de 13 preguntas y, posteriormente, por Martín Fernández J. y cols (96). en la versión de 9 preguntas (97).

También se han observado la existencia de numerosos instrumentos (91,98–100) que están enriquecidos por sus propiedades psicométricas sin embargo son utilizados en una población que va dirigida a un segundo nivel y a pesar que existen cuestionarios que miden la satisfacción del paciente con la atención recibida en unidades de primer nivel, evalúan diferentes servicios y profesionales de salud(41,43,101–103), hay pocos instrumentos que evalúen la satisfacción del paciente diabético tipo 2(104–107). Y no hubo evidencias de instrumentos que midan la satisfacción de la atención por parte del Médico y la Enfermera.



Cuadro 2. Instrumentos de satisfacción

<u>ESTUDIO (AÑO)</u>	<u>N</u>	<u>LUGAR DE LA ATENCION</u>	<u>DISEÑO DE ESTUDIO</u>	<u>INSTRUMENTO USADO</u>	<u>CONSTRUCCION DIMENSIONES (*)</u>	<u>PROPIEDADES DE LAS MEDICIONES</u>	<u>VALORES PSICOMETRICAS</u>
Wilde & Hendriks (2005)(93)	262	Clínica	Adaptación	Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)	Unidimensional 1.satisfacción con el servicio recibido	1-validación de constructo 2-consistencia interna 3-prueba de hipótesis	$\alpha = 0.92$ correlación entre otros instrumentos ( $r > 0.46$ )
Gagnon M et al. (2006) (92)	876	Clínica	Construcción Validación	Development and Validation of the Health Care Satisfaction Questionnaire (HCSQ) in Elders	Multidimensional (3) 1.Relación con el profesional 2.Organización de los servicios 3.prestación de servicios	1- validación de constructo 2-consistencia interna 3-prueba de contenido 4-confiabilidad	$\alpha > 0,74$ KMO= (0.95) CFI =0.93 NFI = 88 AGFI = 0.87 RMSEA = 0.6 Coeficiente de correlación ( $r > 0.6$ ) ICC (>0.45)
Granado de la orden et al. (2007)(108)	651	Hospital	Validación	Satisfacción de los Usuarios de las Consultas Externas (SUCE)	Bidimensional	1-Consistencia interna 2-validación de constructo 3-Prueba de hipótesis 4-Validación de contenido	$\alpha > 0,90$ correlación con otros instrumentos ( $r=0.85$ ); correlación ítem-total ( $r=0.52-0.73$ )
Erci & Ciftcioglu (2010) (83)	381	Clínica (atención primaria)	Adaptación transcultural	Primary Care Satisfaction Survey for Women (PCSSW)	Multidimensional (3) 1.comunicación 2. Administración y tramites del consultorio 3. Coordinación de Atención e integralidad	1- consistencia interna 2-validación de constructo 3-validación de contenido 4-Validación transcultural 5-confiabilidad	$\alpha > 0,80$ ; correlación ítem-total ( $r = 0.43-0.73$ ); Correlación test-retest ( $r = 0.85$ )
Castillo et al. (2012) (109)	483	Hospital	Adaptación	Satisfaction Scale with Primary Health Care Services	Multidimensional (4) 1.personal sanitario 2.personal de apoyo 3.condiciones físicas 4.acceso y funcionamiento del servicio	1-validación de constructo 2-consistencia interna	$\alpha > 0,75$ ; RMSEA = 0,09; GFI = 0,92; AGFI = 0,87; NFI = 0,94; CFI = 0,95
Manaf et al. (2012) (110)	424	Clínica	Validación	Oupatient satisfaction instrument	Bidimensional 1.atención del Medico 2.servicio de registro	1-consistencia interna 2-validación de constructo 3-prueba de hipótesis 4-validación de contenido	$\alpha > 0,94$ ; correlación con otros instrumentos y medición de la satisfacción global ( $r = 0.59-0.62$ )
Milutinović et al. (2012)(85)	235	Hospital	Adaptación transcultural	Patient Satisfaction Nursing Care Quality Questionnaire (PSNCQQ)	Unidimensional 1.atención de la enfermera	1-validación de constructo 2 consistencia interna 3-validez transcultural	$\alpha > 0,90$ ; correlación inter-ítem e ítem-total ( $r = 0,52-0,92$ ); GFI=0,944 IFI=0,958 RMSEA=0,091
Goel S. y cols (2014) (23)	942	Clínica	Construcción y Validación	Development and validation of a patient satisfaction questionnaire for outpatients attending health Centres in North Indian cities (NIOPDSS)	Multidimensional (6) 1.accesibilidad 2.servicios médicos 3. servicios básicos 4.servicios de farmacia 5.administración 6. instalaciones	1.consistencia interna 2.validez de contenido 3.validez de constructo 4.confiableidad	$\alpha > 0,79$ Correlación test-retest ( $r = 0.54-0.80$ ) ICC: 0.62 KMO =0,82

\* Numero de dimensiones en el instrumento (la construcción de la representación); Índices de ajuste del análisis factorial confirmatorio:  $\alpha$ : alfa de Cronbach; **AGFI**: Índice de ajuste AGFI de LISREL; **AUC**: área debajo de la curva ROC; **CFI**: Índice de ajuste comparativo; **GFI**: Índice de ajuste GFI de LISREL; **ICC**: correlación intra-clase; **NFI**: Índice de ajuste normado; **RMSEA**: error cuadrático medio de aproximación; **SRMR**: Raíz cuadrada de la media cuadrática del residual estandarizada. **KMO**: índice de Kayser Meyer Olkin

#### **IV.1 Dimensiones para medir la satisfacción del paciente usuario de los servicios de salud.**

Se ha recurrido a diferentes aproximaciones metodológicas (cuantitativas, como cualitativas) con el fin de identificar cuales aspectos son importantes para el paciente, estos estudios se han utilizado para diseñar instrumentos de evaluación de la satisfacción del paciente, con ello se ha podido identificar dimensiones para conocer mejor sus opiniones y establecer prioridades en los planes de mejora.

En diferentes años y cada autor de acuerdo a las necesidades que veían en cuanto a la prestación del servicio de salud, hacían énfasis en ciertas dimensiones, por ejemplo en 1988 Hall y Dornan (111,112), prestaron mayor atención a las condiciones para humanizar la atención médica a la cantidad y calidad de la información que se facilitaba a los pacientes y a la competencia percibida de los profesionales de salud, otros autores (25,113), han identificado como factores importantes para determinar el nivel de satisfacción; el entorno físico, la accesibilidad, la comunicación médico-paciente, cuidados de enfermería, competencia profesional, cortesía, amabilidad en el trato. Los estudios que usan el SERVQUAL, el cual evalúa la calidad percibida por el paciente, cuentan con dimensiones originales del citado cuestionario de tangibilidad, capacidad de respuesta, fiabilidad, seguridad, y empatía, se les han sumado otras más específicas de la atención sanitaria como: información al paciente, cuidados que se procuran, competencia profesional, continuidad del cuidado y efectividad de las intervenciones (3,114,115). En el estudio de Mira et al (116), las dimensiones que más se valoraban son: accesibilidad, competencia profesional, aspectos de confort y apariencia física de las instalaciones, disponibilidad de equipamientos, empatía, información, capacidad de respuesta de los profesionales, continuidad de los cuidados. J.J. Mira (101), identifico aspectos sustantivos de la atención médica, en su trabajo valorados por los pacientes; trato humano y personalizado, empatía de los profesionales, capacidad de respuesta, calidad de la información que facilita el personal sanitario y confortabilidad de las instalaciones, competencia profesional, y resultado final de las intervenciones médicas, existen aspectos de carácter específicos, por ejemplo, la limpieza de las instalaciones, tiempo que se dedica al paciente durante la consulta, cambios de profesional y las

listas de espera para ser visto por otro especialista. Loeken K. (117), basa sus dimensiones en la teoría de la calidad de la atención médica de Donabedian con ligeras modificaciones y tuvo como resultado 4 dimensiones y 9 subdimensiones; estructura (entorno físico, comodidad/accesibilidad), proceso (transferencia de información, competencia técnica percibida), malestar (malestar físico y psicológico), satisfacción general (satisfacción futura, satisfacción actual). Así mismo Kirsner (117), con este enfoque presenta 3 aspectos; basadas en la estructura, en el proceso y en el resultado. Para Piette (118); menciona 6 dimensiones basadas en el cuestionario EHCVS; acceso a la atención, calidad técnica, comunicación, elección y continuidad aspectos interpersonales de la atención, calidad de los resultados.

En la revisión de la literatura (25,92,101,113,114,116–120), se ha observado una variedad de cuestionarios de satisfacción con múltiples dimensiones, de los cuales hay unas que se presentan con mayor frecuencia, como; competencia, accesibilidad, cortesía, empatía, información, actitud, clima de confianza, continuidad de la atención, tangibilidad, fiabilidad, y en la actualidad siguen teniendo gran importancia ya que con ellas se han tomado información importante para reflejar la satisfacción del paciente y presentar una adecuada calidad de la atención.

## V. PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

Se reconoce la importancia de la satisfacción como resultado de la atención a la salud por lo que se ha promovido su medición (22,31,121). La satisfacción tiene una influencia independiente sobre la efectividad de la atención (122). Los pacientes satisfechos tienen más probabilidad de seguir un plan de atención y hacer un mejor uso de los servicios de salud. La satisfacción en el paciente diabético tipo 2 se ha asociado con resultados buenos de glucosa sanguínea, principalmente por la HbA1c (123).

El concepto de satisfacción se menciona cada vez con mayor frecuencia, pero no hay una clara operacionalización (1,92,124) pese a los estudios que demuestran la naturaleza dual de la satisfacción (Expectativas y las Experiencias) aún persisten estudios con las dos dimensiones por separado (2,23,82,94–96,98).

Existen pocos cuestionarios de satisfacción que se basan en un enfoque mixto; es decir, tanto cualitativa (análisis de contenido basado en consultas con expertos y /o pacientes) y cuantitativas (92,125). Algunos autores informan de que este enfoque añade un elemento necesario e importante para el valor científico del instrumento (126–128).

Hay otros cuestionarios que miden la satisfacción exclusivamente del paciente diabético tipo 2 como; Patient Satisfaction Questionnaire (129), General Practice Assessment Survey Questionnaire(121), Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire(DTSQ)(104), American Board of Internal Medicine(130), Patient Satisfaction with Insulin Therapy(131), Seattle Outpatient Satisfaction Questionnaire (132).

Hay cuestionarios también dirigidos a ciertos personales de la salud, como en el caso del servicio de enfermería; Risser Patient Satisfaction Scale (RPSS)(133), Monica-Oberst Patient Satisfaction Scale (LOPPS)(134,135), Caring Assessment Report Evaluation Q-sort (CARE-Q)(136), Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS)(137), Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire (PSNCQQ)(85). O el caso del Médico; A Patient-Doctor Relationship Questionnaire

(PDRQ-9) (94), Development and Validation of a Patient Satisfaction Questionnaire for Outpatients Attending Health Centres in North Indian cities (NIOPDSS) (23), Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) (94,96,97)

Como se ha observado un gran número de cuestionarios de satisfacción se han desarrollado, pero muchos de ellos tienen deficiencias conceptuales, metodológicas (1), así mismo deficiencia de una teoría subyacente que permita medir la satisfacción.

Por último, la naturaleza multidisciplinaria que ha presentado el sistema de atención en salud ignoran propiedades psicométricas en los diferentes instrumentos de satisfacción y los que existen tienen relación específica con unidades de atención o programas médicos (138,139), reportaron que casi la mitad de los cuestionarios de satisfacción se centraron en la evaluación de la atención prestada por las enfermeras o médicos(140), no se estudia de manera conjunta.

Hasta ahora no parece haber ningún instrumento que mida rigurosamente el grado de satisfacción de las personas con diabetes mellitus tipo 2 con el modelo uno a uno de la atención integral y mucho menos que tomen las dos dimensiones juntas (Expectativas-Experiencias), por lo que es difícil interpretar adecuadamente los resultados y mayor posibilidad de presentar sesgos o dar lugar a la verdadera opinión de los pacientes. Estos puntos específicos que subyacen de la literatura implican la importancia de desarrollar y validar nuevas herramientas sobre la evaluación de la satisfacción con respecto a los servicios de atención en salud.

Por lo descrito anteriormente surge la pregunta de investigación

¿Cuál es la validez y confiabilidad del instrumento para medir la satisfacción del paciente con diabetes mellitus tipo 2 con el modelo uno a uno de la atención integral en la UMF-11 IMSS, Aguascalientes?

## VI. JUSTIFICACION

Los postulados de la atención primaria de la salud demandan a los sistemas de salud que coloquen a los individuos en el centro de la atención médica (102,103). De tal manera que los pacientes consideren como formas deseables de tratar sus enfermedades, constituyendo también que se vea reflejado en los parámetros para orientar al sector de salud. Para lograr ese propósito, es necesario establecer compromisos que tomen en cuenta las expectativas que tienen los pacientes sobre la salud y la atención médica para así promover que su opinión sea tomada en cuenta en la planificación y funcionamiento de los servicios de salud.

Al hablar de satisfacción es complicado por la variedad de conceptos, aun no se unifica el significado, lo cual es de suma importancia ya que se habla de un indicador esencial de la calidad de la atención en donde las perspectivas del usuarios pueden expresar sus experiencias y confortar sus expectativas (15) y con ello pueden dar solución a muchas de las deficiencias que se tienen en la atención y sobre todo en el primer nivel de atención; ya que en el mal funcionamiento de este repercute directamente en la calidad de los otros niveles de atención (104,105) y es punto clave para obtener beneficios positivos ante los cambios demográficos, epidemiológicos que experimenta la población actual.

Dentro de la literatura existen instrumentos diseñados y validados para medir la satisfacción de los pacientes, pero la gran mayoría se han realizado para otros países con características sociodemográficas diferentes y muchos de ellos tienen deficiencias conceptuales y /o metodológicas (1), no miden sus dominios completos (expectativas-experiencias) (2) o presentan sesgos en la elaboración del instrumento (1,106–108). Existen trabajos publicados sobre población mexicana usuaria de servicios de salud, con un marco de la seguridad social, pacientes hospitalizados o en programas médicos, etc., pero no se observa en consulta externa. Es sabido que las expectativas de las personas difieren según los contextos socioculturales y el tipo de servicio que se esté evaluando; por ello es necesario generar instrumentos validados para poblaciones singulares, de acuerdo con las necesidades locales, además no se ha observado instrumentos que midan la satisfacción específicamente con la atención integral en salud que estén representados en el modelo uno a uno (MF y/o la EEMF).

Por lo anteriormente mencionado este presente estudio tiene como propósito presentar el proceso de construcción de un instrumento que mida la satisfacción del paciente con el modelo uno a uno de la atención integral en el primer nivel de atención, tomando como enfoque teórico la propuesta de Linder Pelz y, adaptando las características sociodemográficas de la ciudad de Aguascalientes y validarlo en contenido, apariencia, constructo y su consistencia interna, dirigido a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 por que a través de este problema de salud se podrá identificar los atributos del servicio médico y de enfermería, obteniendo evidencias de cómo se está evaluando el modelo uno a uno de la Atención Integral.

## **VII. OBJETIVOS**

### **VII.1. Objetivo General**

Construir y validar un instrumento que permita medir la satisfacción del paciente diabético con el modelo uno a uno de atención integral en el primer nivel de atención.

### **VII.2. Objetivos Específicos**

Determinar la validez de contenido del instrumento para medir la satisfacción del paciente diabético con el modelo uno a uno de la atención integral en el primer nivel de atención.

Determinar la validez aparente del instrumento para medir la satisfacción del paciente diabético con el modelo uno a uno de la atención integral en el primer nivel de atención.

Determinar la validez de constructo del instrumento para medir la satisfacción del paciente diabético con el modelo uno a uno de la atención integral en el primer nivel de atención.

Determinar la validez de criterio del instrumento para medir la satisfacción del paciente diabético con el modelo uno a uno de la atención integral en el primer nivel de atención.

Determinar la confiabilidad del instrumento para medir la satisfacción del paciente diabético con el modelo uno a uno de la atención integral en el primer nivel de atención.

Caracterizar a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, según las variables epidemiológicas de tiempo, lugar y persona.

Determinar la satisfacción del paciente con diabetes mellitus tipo 2 hacia la atención del MF y la EEMF.



## **VIII. MATERIAL Y MÉTODOS.**

### **VIII.1.1. Diseño del estudio.**

Transversal de metodología psicométrica en la construcción y validación de un instrumento de medición.

### **VIII.1.2. Universo de trabajo.**

Todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 adscrito en la UMF-11, IMSS delegación Aguascalientes.

### **VIII.1.3. Población de estudio.**

Todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, usuario de la consulta externa de la UMF-11 IMSS delegación Aguascalientes.

### **VIII.1.4. Unidad de análisis y observación**

Paciente con diabetes mellitus tipo 2 usuario de la consulta externa de la UMF-11 IMSS delegación Aguascalientes.

## **VIII.2. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **VIII.2.1. Criterios de inclusión.**

- Pacientes con diabetes mellitus tipo 2, con edad mayor de 20 años que acudan a la consulta externa con el MF y /o la EEMF, de la UMF-11 para control de su enfermedad.
- Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que hayan estado en contacto con la atención médica en la consulta externa de la UMF-11 por lo menos un año.

### **VIII.2.2. Criterios de no inclusión.**

- Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que padezcan cáncer, alteraciones mentales mayores, VIH o cualquier condición de salud que limiten el contestar la encuesta.
- Pacientes que no hayan firmado la carta de consentimiento informado.

### **VIII.2.3. Criterios de eliminación.**

- Quienes no contesten un 80% del total de la encuesta aplicada.
- Pacientes diabéticos con cambios de adscripción o que hayan sido dados de baja.

### **VIII.3. MUESTREO**

#### **VIII.3.1. Tipo de muestreo.**

Muestreo probabilístico tipo aleatorio simple, el cual se llevará a cabo tomando como base de datos el listado con el número de afiliación de todos los pacientes diabéticos adscritos en la consulta externa de la UMF-11, delegación Aguascalientes.

#### **VIII.3.2. Tamaño de la muestra**

La cantidad de pacientes diabéticos tipo 2 será en base a los ítems que se obtendrán del instrumento en construcción; por cada ítem obtenido, se anexaran 5 pacientes basados en el criterio de Nunnally (1987), que propone como número mínimo; ( $N=5k$ , donde  $k$  es el número de ítems) (141). En este caso contamos con 62 ítems bajo este criterio se obtendrán 310 pacientes diabéticos tipo 2.

### **IX. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.**

**IX.1. Satisfacción:** Es el resultado de la diferencia de las expectativas del paciente diabético y la experiencia dividida entre expectativas, con respecto al modelo uno a uno de la atención integral otorgada por el Médico Familiar y la Enfermera Especialista en Medicina de Familia.

**IX.2. Modelo uno a uno de la atención integral:** Atención por parte del Médico familiar y la Enfermera Especialista en Medicina de Familia que incluyen acciones basadas en la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación teniendo el impacto principal en el mejoramiento de la calidad de vida del individuo, la familia y la comunidad.

La operacionalización de las variables se encuentra en el **(anexo 3)**.

### **IX.3. Dimensiones de la satisfacción con el modelo uno a uno de la atención integral en salud**

#### **1. Comunicación**

- Promoción
- Prevención
- Tratamiento
- Rehabilitación

#### **3. Cuidado técnico**

- Promoción
- Prevención
- Tratamiento
- Rehabilitación

#### **2. Empatía**

- Promoción
- Prevención
- Tratamiento
- Rehabilitación

#### **4. Continuidad de la atención**

- Promoción
- Prevención
- Tratamiento
- Rehabilitación

## **X. CONSTRUCCIÓN INICIAL DEL INSTRUMENTO**

El instrumento que se construyó está basado en la teoría y modelo del Valor de la Expectativa, así como el modelo uno a uno de la atención integral; para medir la satisfacción del paciente diabético con la atención por parte del MF y/o EEMF, con lo que se pudo generar los diferentes ítems con 4 dimensiones principales de Satisfacción (Comunicación, Empatía, Cuidado Técnico, Continuidad de la Atención) (30,31,33–36), así como los niveles de la atención (promoción, prevención, rehabilitación y tratamiento) incluyendo las acciones respectivas del MF y la EEMF en la UMF-11 en donde se cuenta con un consultorio contiguo para cada uno de los integrantes de salud en estudio. Se complementó mediante el consenso del equipo investigador (9 expertos) en sus dos reuniones que se realizaron para poder emitir sus opiniones acerca de la teoría que se utilizó, la operacionalización de las variables, las escalas de medición, la estructura del ítem, y la eliminación de ítems. Presentándose entonces la primera versión del instrumento en un total de 92 ítems para cada dominio distribuidos en las 4 dimensiones

## **XI. LOGÍSTICA.**

A los directivos se les informó de todo el proceso de investigación, y se pidió de manera atenta el permiso para llevar a cabo el levantamiento de encuestas, dirigidas a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, llevado a cabo mediante una entrevista cara a cara, el responsable del proyecto capacitó a 2 licenciados en Salud Pública, donde se les comentó en que consiste el cuestionario ítem por ítem, con apoyo del

manual operacional que se diseñó, con el fin de que el encuestador dominara el tema y pudiera despegar las dudas que pudieran existir durante las entrevistas a los pacientes diabético de 20 o más años que acudieron a la consulta externa a recibir atención médica por parte del MF o la EEMF. Al abordar al usuario, se le explico que fue seleccionado de forma aleatoria de todos los consultorios de ambos turnos, para la realización de un estudio de investigación, para fines educativos con un respaldo por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); explicándole los propósitos del estudio, así como los procedimientos que serán sujetos (entrevista antes y después de recibir la atención médica por parte del MF y la EEMF) una vez que acepto ser parte de este proyecto y que se le aplicara la encuesta, se le dio a leer la carta de consentimiento informado, en donde se les garantizo el anonimato y la confidencialidad en la información que se obtuviera, una vez firmada la carta, se le indico de qué trata la encuesta, el tiempo de duración, teniendo la certeza de que el encuestado entendiera la pregunta, así como las posibles respuestas de cada uno de los ítems.

Para la validación del instrumento se llevó a cabo mediante estos procedimientos:

#### **XI.1.1. Validez de contenido**

Se realizó dos métodos para la obtención de juicios de expertos, el primero con una evaluación de manera individual, utilizando la técnica Delphi (142), efectuándose en dos rondas, se inició con la búsqueda de los expertos en metodología de la investigación, satisfacción y conocimiento del modelo uno a uno de la atención integral, se hizo llegar por vía correo electrónico los objetivos del estudio, el marco teórico, la operacionalización, el instrumento y se les solicitó que revisarán; si las instrucciones son apropiadas, concisas, completas, si los reactivos son claros, se les pidió evaluar cada ítem del cuestionario con la finalidad que el instrumento mida lo que tenga que medir para lograr el objetivo del cuestionario, para ello se realizó una plantilla de juicio de expertos (**anexo 2**), donde se dan los indicadores para poder calificar cada uno de los ítems, del 1 (no cumple con los criterios) al 4 (alto nivel de cumplimiento de los criterios), con cuatro categorías a evaluar 1) suficiencia, 2) coherencia, 3) relevancia y 4) claridad, luego de analizar las respuestas, se reformuló los ítems del instrumento de acuerdo a las observaciones planteadas por cada uno

de los expertos y se les envió a una segunda ronda a cada juez para una nueva evaluación, se le pidió que reconsideraran su juicio hasta lograr un consenso, para ello se les proporciono el material corregido y las observaciones por vía internet de cada uno de los expertos participantes, de tal manera que conocieran los cambios a realizar, las observaciones y pudieran interaccionar entre ellos para llegar a un acuerdo. Posteriormente se aplicó el coeficiente de concordancia de W de Kendall (143).

También se utilizó el método grupal, mediante un grupo focal(144,145), cuya finalidad es recabar información a través de un grupo de personas que comparten características similares entre sí en relación con el objetivo de interés, se seleccionó a 9 expertos con conocimiento del tema de satisfacción, EEMF, MF, jefes de clínica con conocimiento del modelo uno a uno de la atención integral, y conocimiento de la metodología de la investigación, se dio material de manera personalizada a cada uno de los expertos donde se mostraron los objetivos, marco teórico, operacionalización y el instrumento ya modificado por el panel de expertos de la técnica Delphi y se invitó a reunirse, para expresar sus dudas, inquietudes, su inclusión, eliminación y modificación de los ítem tomando en cuenta la congruencia teórica, se les pidió autorización para grabar en audio y video explicando que la finalidad de la grabación es para agilizar la toma de datos y que el uso de las grabaciones eran solo con fines de análisis y se dio a firmar la carta de consentimiento informado al participante y a dos testigos. El moderador (investigador principal) dirigió la entrevista basado en una plantilla de apoyo elaborado previamente dando la palabra a los participantes y estimulando la participación equitativa, productiva y fundamentada, con una duración de la reunión de 1 hora 45 minutos. Se solicita una segunda reunión planteada con los mismos pasos, con una duración de 1 hora 56 minutos, para continuar con los puntos faltantes y así cubrir en su totalidad todo lo establecido (144).

### **XI.1.2. Validez aparente**

Se realizó un grupo focal conformado por pacientes diabéticos tipo 2 de la UMF-11, seleccionados de manera aleatoria, tratando de que la muestra sea homogénea por edad, genero, consultorio y turno, se les invito y se explicó el propósito de esta técnica; el cual fue analizar los elementos de cada uno de los ítems del instrumento

de satisfacción con el modelo uno a uno de la atención integral, y tratar de que estas sean concretas, que estén orientadas, cómodas para los participantes desde lo general a lo específico, de lo más fácil a lo más difícil, y en el caso que no fueran entendidos los ítems se cambiaron los elementos no comprendidos para que quedaran más claros. El moderador fue llevado a cabo por el investigador principal de este proyecto; apoyado por un observador el cual estuvo atento al comportamiento y gesticulaciones de los asistentes, previa autorización y con firma de la carta de consentimiento informado por el paciente y dos testigos, se realizaron grabaciones de audio y video, dentro del aula de enseñanza de la UMF-11, se proyectó una presentación de 45min, donde se dio a conocer cada uno de los ítems del instrumento, palabra por palabra. Se repitió en una segunda ocasión con una duración de 50 minutos, con las mismas indicaciones y propósito, posterior a cada reunión se realizaron las modificaciones pertinentes hasta ser entendibles por cada uno de los participantes y llegar a un consenso (143,144).

### **XI.1.3. Validez del constructo**

Se realizó mediante el análisis factorial exploratorio de componentes principales, llevándose a cabo las siguientes etapas: a) Cálculo y examen de la matriz de correlaciones: mediante el análisis de la matriz de correlaciones y la obtención de factores que reproduzcan y expliquen las correlaciones observadas, para que puedan existir factores es condición imprescindible que los ítems que se analicen estén correlacionados, se comprobó esta condición mediante 2 indicadores relativos a la matriz de correlaciones: 1) Test de esfericidad de Barlett: que se utiliza para comprobar la hipótesis nula de que la matriz de correlación es identidad, frente a la alternativa que no es identidad. La hipótesis nula debe de ser rechazada, 2) Índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO): para comparar las magnitudes de los coeficientes de correlación observados con las magnitudes de los coeficientes de correlación parcial; b) Aplicación del método de componentes principales: por medio del cual se exploran las posibilidades de reducir la información mediante la construcción de un nuevo conjunto de variables (factores) a partir de las interrelaciones observadas en los datos; c) Rotación de los factores: si se obtiene más de un factor, las rotaciones colocan a las variables más cerca de los factores diseñados para explicarlas,

concentran la varianza de las variables en menos factores y, en general, proporcionan un medio para facilitar la interpretación de la solución factorial obtenida; d) Interpretación de los factores: durante esta etapa se estudia la composición de las cargas factoriales significativas de cada factor, y se les da un nombre. Cuanta más varianza total explique un factor será mejor.

#### **XI.1.4. Validez de criterio**

Se identificó de manera fiable la dimensión dentro del cuestionario propuesto y se tomó como “criterio” la dimensión que explicara la mayor varianza. En este análisis se tomó en cuenta el criterio concurrente ya que se determinó en el mismo momento la correlación del desempeño del instrumento y el criterio propuesto.

#### **XI.1.5. Confiabilidad**

##### **XI.1.5.1. Coeficiente de consistencia interna**

Con ayuda del programa SPSS versión 21 se calculó el coeficiente alfa de Cronbach

##### **XI.1.6. Coeficiente de fiabilidad test-retest**

Para evaluar la fiabilidad prueba-reprueba, se seleccionó de manera aleatoria una sub-muestra del 10% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (de los que ya contestaron el cuestionario) y se les aplicó el cuestionario nuevamente. Para minimizar el recuerdo de las respuestas anteriores, el tiempo entre la aplicación del primer y el segundo cuestionario fue de 1 mes.

## **XII. RECOLECCION DE DATOS**

Se obtuvo la información nominal del censo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del año 2016 delegación Aguascalientes, cuya fuente de datos es el expediente electrónico y el SIAIS (Sistema de Información de Atención Integral de Salud) adscritos en la UMF-11, de manera aleatoria se seleccionaron a los pacientes diabéticos de los 10 consultorios de ambos turnos, se identificó a cada uno de los pacientes y se buscó en el sistema de información de medicina familiar (SIMF) por el nombre, domicilio y el número de afiliación así como la fecha de la cita con el MF y la EEMF, se abordó al paciente afuera de la consulta externa, una vez que decidió participar y firmó la carta de consentimiento informado, se llevó al paciente antes de

que pasara a la consulta médica a la sala de juntas de jefatura clínica, para mayor privacidad, donde se explicó en qué consiste la encuesta, una vez que se tuvo la certeza de que al encuestado entendió, se aplicó el cuestionario que consta de dos apartados; el primero para determinar el perfil sociodemográfico y dentro de este apartado: acciones clínicas registradas en el expediente, el cual se obtuvo la información del expediente buscando al paciente por el número de afiliación y confirmándolo con su nombre, una vez dentro del expediente se buscó el número de consultas en el último año, cifras de glucosa, colesterol total, triglicéridos, creatinina sérica en los últimos 6 meses, así como tasa de filtrado glomerular (TFG), hemoglobina glucosilada en el último año, registros de presión arterial, peso, talla e índice de masa corporal (IMC) en la consulta de la entrevista, y el segundo apartado; para identificar las *Expectativas* (lo que espera recibir el paciente diabético en la atención por parte del MF y la EEMF), posteriormente se le comento que habrá una segunda sección de este apartado que consta de una segunda encuesta que se realiza después que haya recibido su consulta, si no se puede realizar en ese momento o el paciente no pudiera contestar, se acudió a su domicilio en un lapso menor a una semana, para evitar sesgos de memoria, con el fin de valorar las *Experiencias* (lo que realmente recibió el paciente diabético en la atención por parte del MF y de la EEMF). Una vez aplicados todos los cuestionarios se procedió a capturar los datos en una base de datos hecha en el programa Excel.

### **XII.1. Validez de contenido.**

Las respuestas de los panelistas que participaron en la técnica Delphi, se agruparon en el programa excel y se realizó una suma de rangos de los dos dominios y se aplicó el coeficiente de concordancia de W de Kendall para conocer el grado de asociación entre  $k$  conjunto de rangos(143), con ayuda del programa SPSS versión 21.

Inmediatamente después de la reunión de los expertos del grupo focal, se realizó una transcripción de manera literal y ordenada de la grabación de audio con ayuda del programa “express scribe, software para transcripciones,” se sometió al análisis cualitativo con el uso del software “atlas.ti,” dividido en dos planos: uno descriptivo o textual; creando la unidad hermenéutica a esta información del proyecto, se asignan los códigos bajo un criterio establecido en el libro de códigos, creado por el



investigador principal basados en un sustento teórico (teoría del valor de la expectativa, conceptos, indicadores) y se marcan los segmentos del texto significativos para la investigación (citas) y se codifican en palabras claves para identificarlos, en este caso, se tomó en cuenta para cada dimensión (comunicación, empatía, cuidado técnico, continuidad de la atención), tanto para el MF y la EEMF, los conceptos de; *suficiencia*: ítems aceptables para obtener lo que se pretende medir; *claridad*: ítems comprensibles fácilmente; *coherencia*: ítems con relación lógica con la dimensión y el indicador; *relevancia*: ítems importantes para la dimensión, para poder evaluar cada uno de los ítems de cada dimensión y dominio.

Ya en el nivel conceptual se compara las citas y se hacen interpretaciones de las mismas, se van agrupando los códigos en familias para de esta manera pasar a un nivel más abstracto en el análisis de los datos, posteriormente se construye los vínculos y relaciones entre las diferentes citas, códigos, familias, para iniciar la redacción de las anotaciones que plasmen la interpretación y construcción de la teoría que emergen de los datos, para finalizar con un reporte escrito que presenten los resultados obtenidos, la interpretación de los mismos y la construcción teórica.

## **XII.2. Validez aparente.**

La información se obtuvo de las grabaciones del audio y video del grupo focal (pacientes diabéticos) en sus dos respectivas sesiones, posteriormente se realizó una transcripción fidedigna, ordenada con ayuda del programa “express scribe, software para transcripciones,” de toda la información, agregando los comentarios que realizó el observador para obtener un documento más completo posteriormente con ayuda del software “atlas.ti” se codificaron los datos en un primer plano descriptivo o textual y en un segundo plano conceptual, se relacionaron los contextos, eventos, situaciones, sujetos de estudio y se intentó encontrar modelos, que explicara los sucesos para construir la teoría que se está utilizando. Para ello dentro del programa atlas.ti, en la ventana de herramientas, se eligió “Proyecto”, posteriormente “Exportar”, hasta llegar al “Explorador XML” y se seleccionó la información en el apartado de “Informe de todas las citas codificadas por código” al darle orden a los datos, se organizan unidades, categorías, patrones para intentar comprender a profundidad el contexto que rodea a los datos, y describir las

experiencias de los pacientes, sin perder de vista su subjetividad, lenguaje y expresiones particulares.

### **XII.3. Validez del constructo**

Se tomó un tamaño de muestra de 93 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 para cada uno de los dominios (total de ítems+1) (146) posteriormente se llevó a cabo el análisis factorial exploratorio y con la reducción de ítems se emplea 5n para concluir con el análisis factorial confirmatorio.

### **XII.4. Validez de criterio**

Se obtiene de la creación de los índices de cada dimensión, posteriormente se utiliza la correlación de Spearman y se tomó como criterio la dimensión que proporcionara mayor varianza para cada dominio (Expectativas-Experiencias), tanto para el MF y/o EEMF.

### **XII.5. Confiabilidad**

#### **XII.5.1. Coeficiente de consistencia interna**

El cálculo del alfa de Cronbach se realizó mediante la siguiente fórmula:

$$\text{Alfa de Cronbach} = k / k - 1 [1 - \sum si^2 / sT^2]$$

k, número de ítems

si, varianza del ítem

sT, varianza total de la escala

#### **XII.6. Coeficiente de fiabilidad test-retest**

Se evaluó la fiabilidad de las 4 dimensiones que conforman cada uno de los 2 dominios (Expectativas-Experiencias) usando el coeficiente de Correlación Intra-Clase. (CCI). También se calculó el análisis de las diferencias individuales mediante un diagrama de dispersión.

#### **XII.7. Nivel de satisfacción**

Para la variable de satisfacción se obtuvo aplicando el concepto sustentado teóricamente; la diferencia de las Experiencias y Expectativas entre Expectativas (18). Categorizada en 3 niveles utilizando puntos de corte para el MF y la EEMF.

### **XIII. DESCRIPCIÓN FINAL DEL INSTRUMENTO**

El cuestionario evalúa la satisfacción del paciente diabético con la atención del MF y/o la EEMF y consta de una sección basada en características demográficas (9 ítems), características sociodemográficos (5 ítems), características de la enfermedad (2 ítems), acciones clínicas registradas en el expediente (11 ítems), una segunda sección en donde explica los dos dominios de la satisfacción; con diferencia cronológica para las expectativas ¿Qué importancia le da a...?, y para las experiencias ¿Ud. recibió...?, fundamentada en 4 dimensiones; 1) comunicación, 2) empatía 3) cuidado técnico, 4) continuidad de la atención, reforzadas con los niveles de atención; promoción, prevención, curación, rehabilitación y los indicadores del MF y/o EEMF del modelo uno a uno de la atención integral. Cada ítem fue presentado con una declaración afirmativa seguida de diversas opciones de respuesta tipo Likert que indican varias graduaciones; para las expectativas que van desde “muy importante” a “sin importancia” y para las experiencias “siempre” a “nunca”, a cada respuesta se le asignó una puntuación determinada (del 5 al 1), pudiéndose calcular la puntuación total de cada encuestado sumando la calificación de cada ítem (índice) tanto para el MF como para la EEMF en sus dos dominios y con ello aplicar la definición de satisfacción categorizada en 3 niveles (Muy satisfecho, Satisfecho, Insatisfecho). Se aplicó en dos momentos; antes y después de la consulta; en caso de que no se pudo realizar la encuesta saliendo de la consulta, se acudió a su domicilio en un lapso no mayor de una semana, esto con el fin de evaluar la satisfacción de manera dual (Expectativas-Experiencias) el cual se aplicó en una sola ocasión. Dando un total de 92 ítems para cada dominio. **(Anexo 4)**

### **XIV. ESTANDARIZACIÓN Y TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se realizó un manual operacional donde se describe cada una de las dimensiones del instrumento ítem por ítem, dando ejemplos de los diferentes tipos de respuestas para el mejor entendimiento de los ítems, con este manual se capacito a los encuestadores para estandarizar los procedimientos de recolección de datos. **(Anexo 6)**

## XV. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Posterior a la obtención de la información, se procedió a realizar una base de datos con ayuda del programa excel en donde se importó la información en cada rubro que se creó, que incluía; nombre de la variable, etiqueta de la variable, tipo de variable (numérica o alfa numérica) para su análisis e interpretación de resultados con ayuda del programa SPSS versión 21.

### XV.1 Diagnóstico de los datos

Se analizó la distribución de las variables mediante la *asimetría* que nos permite observar si los datos se distribuyen de forma uniforme alrededor de la media, buscando así una curva simétrica y la *curtosis* que identifica si existe una concentración de los valores normales (mesocúrtica), el rango que se utilizó fue  $\pm 2$  siendo una distribución paramétrica se tomó a la media como medida de tendencia central y como medida de dispersión la desviación estándar.

Para la validación del instrumento se realizó lo siguiente:

La validez de contenido con técnica individual (método Delphi), se evaluó con el coeficiente de concordancia de  $W$  de Kendall para escala nominal, esto para ver la asociación entre  $k$  conjunto de rangos; que van del 1 al 4, el mínimo valor asumido por el coeficiente es 0 y el máximo 1; si el coeficiente es 1 indica acuerdo perfecto entre los evaluadores, si es 0 indica que el acuerdo no es mayor que el esperado por el azar y si el valor del coeficiente es negativo el nivel de acuerdo es inferior al esperado por el azar. Cuenta con hipótesis;  $H_0$ : Los rangos son independientes, no concuerdan,  $H_1$ : Hay concordancia significativa entre los rangos, cuando es inferior al 0.05 ( $\alpha < 0.05$ ), se rechaza la  $H_0$ .

La validez de contenido con técnica grupal se analizó a partir de la transcripción literal y ordenada de los audios del grupo focal (expertos) dentro de un software "Atlas.ti" donde se codificó la información en dos planos (descriptivo, conceptual) y se realizó un análisis cualitativo.

La validez aparente con técnica grupal se analizó a partir de la información obtenida del grupo focal (pacientes diabéticos), el cual se transcribió de manera literal y ordenada y se procesó en un software "Atlas.ti" para su análisis cualitativo.

Para la validez de constructo es indispensable que los ítems estén correlacionados para que puedan existir factores, para ello se calculó la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), siguiendo la recomendación de Tabachnick y Fidell (147), se eliminaron del análisis los reactivos con una medida de adecuación muestral para cada variable  $< 0.3$ . Se aplicó la prueba de esfericidad de Bartlett para probar si la matriz de correlación observada es distinta a la matriz identidad, lo que significaría que existen reactivos con una correlación distinta de cero.

Se realizó el análisis factorial mediante el método de componentes principales con rotación varimax. El número de factores se determinó mediante la operacionalización y la validez de contenido, respetando los siguientes criterios psicométricos (141,148):

1. Tres ítems por dimensión.
2. El número de valores propios (eigenvalues)  $\geq 0,4$
3. El porcentaje de varianza explicado por los factores. ( $>10\%$ )

Se eliminó del análisis los reactivos con una comunalidad  $< 0.5$ . La solución obtenida se rotó para simplificar la interpretación de los factores. Se consideró significativas las cargas factoriales  $\geq 0,4$ . Los reactivos asociados con más de un factor se eliminaron del análisis. Para evaluar el ajuste del modelo final se examinó la matriz de correlación residual.

La validez de criterio se realizó con una correlación entre las dimensiones de cada dominio, de acuerdo con la distribución, se usó Spearman, ya que los ítems presentaron una distribución no paramétrica, con la finalidad de que se tome la dimensión que sea poderosa es decir que explique mayor varianza. Esperando un grado de correlación moderado-elevado ( $>0,4$ ) y baja o nula ( $<0,3$ ).

La confiabilidad se evaluó entre los dominio y dimensiones con el cálculo del alfa de Cronbach. En donde se tomó como punto de criterio un valor  $\geq 0,70$ .

Para el coeficiente de fiabilidad test-retest, se utilizó el coeficiente de correlación intraclase (CCI), que es un índice que sintetiza el grado de concordancia entre dos medidas cuantitativas (149). Los valores del CCI se hallan comprendidos entre 0 y 1, se consideró como aceptable un CCI  $>0,5$  (149). También se calculó el análisis de las diferencias individuales propuesto por Bland y Altman (149), mediante un diagrama de dispersión.

Para caracterizar a los pacientes diabéticos, las variables cuantitativas como; edad, tiempo de diagnóstico, número de consultas, glucosa, HbA1c, colesterol, triglicéridos, Cr sérico, TFG, cifras de tensión arterial, peso talla, IMC, se analizó con estadística descriptiva (media y desviación estándar) para las variables cualitativas como sexo, estado civil, ocupación, escolaridad se usó frecuencias y porcentajes.

Para el análisis del nivel de satisfacción se llevó a cabo mediante estadísticos descriptivo de tendencia central y dispersión. Se calcularon los niveles de satisfacción de forma global para el MF y/o la EEMF categorizado en 3 niveles utilizando puntos de corte para el MF  $-0,21-0,02=$  Insatisfecho,  $0,01-0,07=$  Satisfecho,  $0,071-0,61=$  Muy satisfecho y para la EEMF  $-0,21- 0,02=$  Insatisfecho,  $0,00-0,07=$  Satisfecho,  $0,071- 1,27=$  Muy satisfecho. Se presento en una tabla que incluyo las frecuencias, el porcentaje, la media y la desviación estándar.

## XVI. RESULTADOS

En el análisis descriptivo de cada uno de los ítems (**tabla 1**), se observó para el dominio de Expectativas 8 ítems que no presentaron una distribución normal; 4 para el MF y 4 para la EEMF, en el caso del dominio de Experiencias para el MF 2 ítems presentaron distribución normal, y en el caso de la EEMF 6 ítems.

**Tabla 1. Estadístico descriptivo**

Expectativas					Experiencias				
ítems	Media	DE	Asimetría	Curtosis	ítems	Media	DE	Asimetría	Curtosis
<b>Médico Familiar</b>									
COMF1	4,8063	,41139	-1,826	2,002	EXCOMF9	4,3531	,91846	-1,662	2,768
COMF2	4,7750	,43297	-1,554	1,064	EXCOMF12	4,3312	,84335	-1,605	3,469
COMF5	4,8188	,40948	-2,068	3,389	EXCOMF13	4,3656	,84953	-1,611	3,010
EMF32	4,6656	,57976	-1,837	3,737	EXEMF27	4,3406	,82643	-1,443	2,525
EMF33	4,6656	,56330	-1,791	3,867	EXEMF32	4,4125	,71164	-1,211	2,001
EMF34	4,7344	,46985	-1,426	,890	EXEMF33	4,3781	,80213	-1,303	1,653
CTMF48	4,1531	,99449	-1,408	1,855	EXCTMF56	4,4438	,85828	-1,890	3,943
CTMF50	4,1563	,98926	-1,374	1,806	EXCTMF57	4,2969	,90764	-1,559	2,621
CTMF54	4,2625	1,00773	-1,673	2,549	EXCTMF60	4,2031	1,08249	-1,740	2,635
CAMF73	4,7063	,47636	-1,170	,013	EXCAMF73	4,5250	,69436	-1,645	3,648
CAMF74	4,7531	,44615	-1,391	,513	EXCAMF74	4,5500	,64618	-1,485	2,878
CAMF81	4,6844	,50428	-1,381	1,836	EXCAMF75	4,5063	,72134	-1,560	2,630
<b>Enfermera Especialista en Medicina de Familia</b>									
COEEMF15	4,1844	,92699	-1,301	1,761	EXCOEEMF18	4,3344	,68851	-,838	,972
COEEMF16	4,5125	,60289	-,912	,285	EXCOEEMF22	4,3219	,78354	-1,500	3,602
COEEMF18	4,5750	,59833	-1,087	,169	EXCOEEMF24	4,2750	,84875	-1,332	1,740
EEEMF41	4,6000	,69210	-2,590	9,636	EXEEEMF37	4,5094	,64805	-1,043	,273
EEEMF44	4,4281	,74351	-1,616	3,567	EXEEEMF45	4,4094	,74145	-1,519	3,494
EEEMF46	4,5344	,67099	-1,630	3,534	EXEEEMF47	4,4344	,75663	-1,436	2,425
CTEEMF69	4,6656	,51077	-1,268	1,456	EXCTEEMF64	4,1594	,93163	-1,469	2,031
CTEEMF70	4,6594	,50661	-1,036	-,142	EXCTEEMF65	4,0031	1,11838	-1,319	1,256
CTEEMF72	4,6375	,50063	-,800	-,826	EXCTEEMF69	4,2250	1,03814	-1,747	2,002
CAEEMF86	4,4531	,66554	-1,079	1,046	EXCAEEMF88	4,3406	,77958	-1,437	3,109
CAEEMF88	4,4625	,71603	-1,466	2,647	EXCAEEMF90	4,4219	,73439	-1,615	4,278
CAEEMF89	4,5750	,58240	-1,110	,753	EXCAEEMF91	4,4281	,77651	-1,679	3,608

DE= Desviación estándar

### XVI.1 Efecto de techo y suelo

En los dominios de Expectativas-Experiencias en sus 4 dimensiones; comunicación, empatía, cuidado técnico y continuidad de la atención, no presentan efecto de piso, sin embargo, como contraste en todas las dimensiones de los dos dominios, presenta un efecto de techo (**tabla 2**), ya que se puede observar que todos los valores exceden el 15%, encontrándose en el extremo superior de las puntuaciones (150).

**Tabla 2: Efecto de Techo y Suelo de las dimensiones de Satisfacción**

Dominio/Dimensión	No.	Mediana Mínimo/Máximo	Puntaje más bajo, No. (%)	Puntaje más alto, No. (%)
<b>EXPECTATIVAS</b>				
<b>Médico Familiar</b>				
Comunicación	320	15 (11/15)	6(1.9)	228(71.3) **
Empatía	320	15 (7/15)	3(0.9)	202(63.1) **
Cuidado Técnico	320	13 (3/15)	11(3.4)	102(31.9) **
Continuidad de la Atención	320	15 (10/15)	2(0.6)	188(58.8) **
<b>Enfermera Especialista en Medicina de Familia</b>				
Comunicación	320	14 (7/15)	6(1.9)	120(37.5) **
Empatía	320	14 (3/15)	1(0.3)	137(42.8) **
Cuidado Técnico	320	15 (9/15)	2(0.6)	169(52.8) **
Continuidad de la Atención	320	14 (6/15)	1(0.3)	140(43.8) **
<b>EXPERIENCIAS</b>				
<b>Médico Familiar</b>				
Comunicación	320	13 (3/15)	1(0.3)	109(34.1) **
Empatía	320	14 (3/15)	1(0.3)	131(40.9) **
Cuidado Técnico	320	14 (3/15)	4(1.3)	123(38.4) **
Continuidad de la Atención	320	15 (7/15)	2(0.6)	162(50.6) **
<b>Enfermera Especialista en Medicina de Familia</b>				
Comunicación	320	13 (3/15)	1(0.3)	109(34.1) **
Empatía	320	14 (6/15)	1(0.3)	139(43.4) **
Cuidado Técnico	320	12 (3/15)	5(1.6)	87(27.2) **
Continuidad de la Atención	320	14 (3/15)	2(0.6)	119(37.2) **

\*\*Efecto techo

## **XVI.2. Validez de contenido.**

### **XVI.2.1. Análisis cuali-cuantitativo**

Mediante la técnica Delphi en sus dos rondas, se evaluaron 128 ítems por cada uno de los dominios (Expectativas-Experiencias), en donde se hicieron cambios en el contenido de las preguntas, el primer experto sugirió eliminación de algunos ítems (ítem 37, ítem 69, ítem 97, ítem 109), sin embargo, no se realizó hasta que hubiera consistencia con varios expertos, por lo que se decide llevar este punto a un juicio de expertos, mediante el método grupal (Grupo focal). El segundo experto, realiza cambios de contexto en los ítems, y sugiere cambiar palabras como en el ítem 2; “historia” en lugar de “evolución”, ítem 3; “utilidad” en lugar de “uso”, ítem 4; “explicar” en lugar de “orientar”, ítem 111 “medicar” en lugar de “recetar”. El tercer experto sugiere cambios ortográficos, así como cambios de dimensión en los siguientes ítems; ítem 54 a cuidados técnicos, ítem 56 y 64 a continuidad de la atención, ítem 58 y 59 a comunicación, realizándose los cambios pertinentes de las aportaciones de cada uno de los expertos.

Posteriormente de los cambios solicitados por cada uno de los expertos, se aplicó el coeficiente de concordancia W de Kendall, para ver el grado de asociación (143,151),



entre los 128 ítems para cada dominio, agrupados en rangos del 1 al 4 en las cuatro categorías (suficiencia, coherencia, relevancia y claridad), fue evaluado por 3 expertos, obteniéndose; W de Kendall de 0,931, el valor del nivel crítico (0,039) es menor que 0,05, por lo tanto, no se acepta la hipótesis de concordancia nula y se concluye que entre las puntuaciones de las cuatro variables estudiadas existe concordancia significativa, mostrando que los expertos están aplicando esencialmente el mismo estándar en sus evaluaciones. **(tabla 3)**

**Tabla 3. Concordancia entre las observaciones de los expertos**

	EXPI *	EXPII *	EXPIII *	Suma de rangos ( $\Sigma R$ )
Suficiencia	1022	1005	982	3009
Coherencia	1024	1024	1024	3072
Relevancia	1008	1018	982	3008
Claridad	978	977	978	2933
				$\Sigma$ total =12022
W de Kendall **	X <sup>2</sup>	gl	p	
	8,379	3	0,039	

\*EXP= Experto, \*\* Coeficiente de concordancia de Kendall, X<sup>2</sup>= Chi-cuadrado, gl= grados de libertad

También se llevó a cabo el método grupal (grupo focal) en donde se presentaron 9 expertos en la primera ronda y 7 en la segunda ronda, llegando a un consenso de eliminación de ítems, de 128 a 92 ítems, las cuales se realiza para cada dominio (Expectativas-Experiencias), un total de 72 ítems fueron eliminados, así mismo los cambios más representativos en el dominio de Expectativas, fue cambiar “usted espera” y colocar “qué importancia le da a”, al inicio de cada ítem, así como el cambio de escala que va de muy importante a de poca importancia, en cuanto a los conceptos no existió ningún problema, quedaron entendibles ante los expertos, solo se sugirió el cambio del término de “Enfermera Especialista en Medicina Familiar” por “Enfermera Especialista en Medicina de Familia”, los indicadores tanto para el MF y la EEMF, quedaron sin cambios.

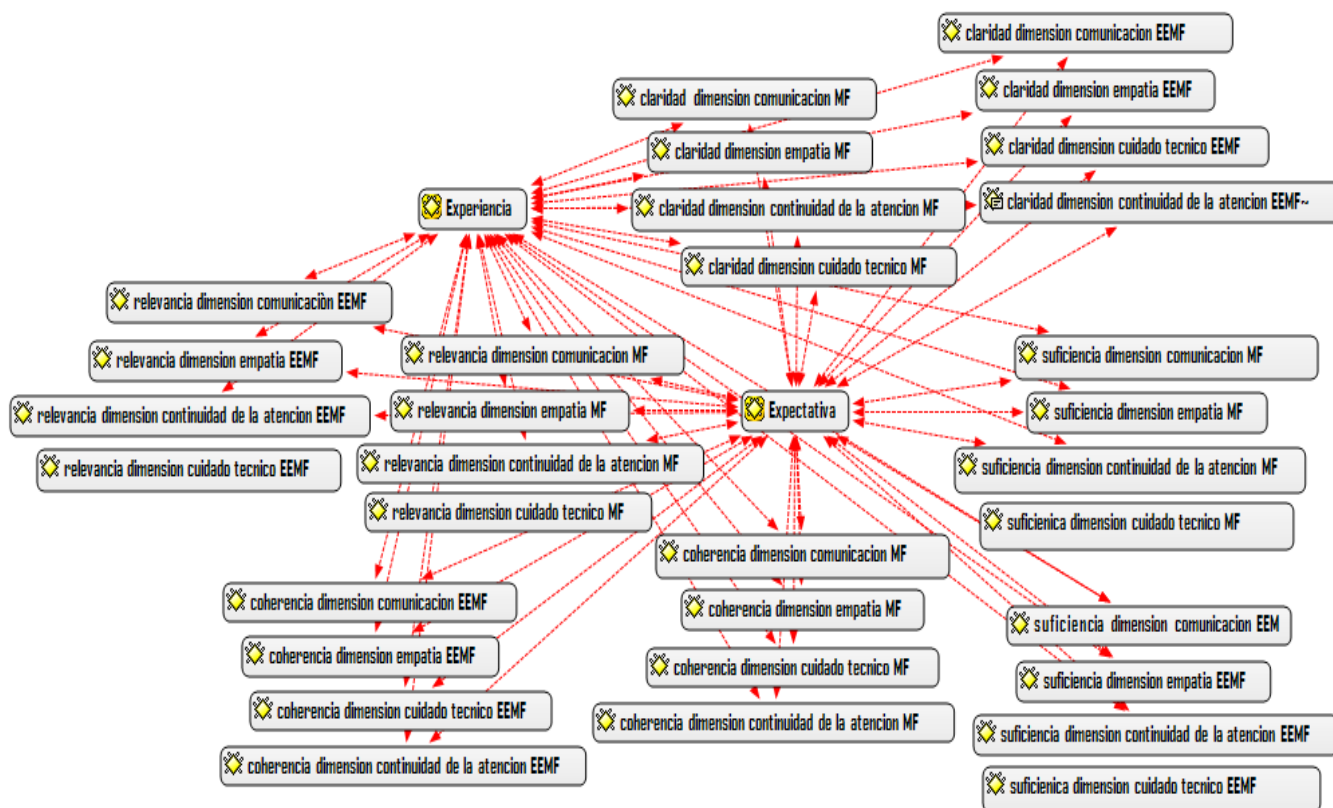
### **XVI.2.2 Análisis cualitativo**

Posteriormente a la reunión con el grupo focal y recopilar la información de los expertos se transcribió toda la información, para someterla a un análisis cualitativo con el uso del software Atlas.ti, analizándose en sus dos planos (descriptivo, conceptual), fue un proceso altamente iterativo que implica la lectura sucesiva,

codificación, revisión y recodificación de los datos en familias. El principal propósito de codificación en este método es realizar conexiones entre los diferentes comentarios de los expertos con respecto a las características de los ítems que se desea analizar.

Este proceso de categorización en el que se ordenan sistemáticamente los datos cualitativos referentes al contenido discutido por el grupo de expertos, es plasmado en familias y códigos, apoyados en citas que emergen de los datos a través de un examen cuidadoso del investigador principal. Se les asignó nombres a todos los códigos, que surgieron de los patrones, conceptos e ideas basados en un libro de códigos organizados en categorías. Todo este procedimiento es registrado en una matriz de análisis. En la **Figura 1**, se observa agrupación de los ítems con sus respectivas dimensiones formando familias, lo cual indica que hay constancia entre los conceptos, guardando relaciones de inclusión entre los ítems de una misma dimensión inclusive entre los dos dominios.

**Figura 1. Análisis cualitativo. Familia, Códigos y Redes**



En la **tabla 4** nos indica la concurrencia de citas con las que está relacionado el código de las dimensiones (comunicación, empatía, cuidado técnico, continuidad de la atención) con los conceptos de evaluación de los ítems (suficiencia, coherencia, relevancia, claridad) para cada dominio. Se observa con mayor concurrencia en 6 dimensiones para el MF seguida de la EEMF en 4 dimensiones en el concepto de claridad, así mismo para la EEMF con 2 dimensiones en el concepto de coherencia, el resto cuenta con baja concurrencia. En la última columna se enumeran los ítems eliminados en esta etapa para cada dominio y dimensión, tanto del MF y la EEMF, dando un total de 72 ítems eliminados.

**Tabla 4. Concurrencias e ítems eliminados de las dimensiones de satisfacción**

Dominios Dimensiones	*CO. Suficiencia	*CO. Coherencia	*CO. Relevancia	*CO. Claridad	Ítems eliminados
<b>EXPECTATIVAS</b>					
<b>Comunicación</b>					
MF	✓	✓	✓	✓✓	1, 12
EEMF	✓	✓	✓	✓	18,21,24,28,30
<b>Empatía</b>					
MF	✓	✓	✓	✓✓	38,39,41,44,45,46
EEMF	✓	✓✓	✓	✓✓	60,61,62,63
<b>Cuidado Técnico</b>					
MF	✓	✓	✓	✓✓	66,68
EEMF	✓	✓	✓	✓✓	87,90,91,93,96
<b>Continuidad de la atención</b>					
MF	✓	✓	✓	✓	97,103,107,109,111,112
EEMF	✓	✓	✓	✓	114,115,116,119,127,128
<b>EXPERIENCIAS</b>					
<b>Comunicación</b>					
MF	✓	✓	✓	✓✓	1,12
EEMF	✓	✓	✓	✓	18,21,24,28,30
<b>Empatía</b>					
MF	✓	✓	✓	✓✓	38,39,41,44,45,46
EEMF	✓	✓✓	✓	✓✓	60,61,62,63
<b>Cuidado Técnico</b>					
MF	✓	✓	✓	✓✓	66,68
EEMF	✓	✓	✓	✓✓	87,90,91,93,96
<b>Continuidad de la atención</b>					
MF	✓	✓	✓	✓	97,103,107,109,111,112
EEMF	✓	✓	✓	✓	114,115,116,119,127,128

\*CO= Concurrencia, ✓ = concurrencia baja, ✓✓=concurrencia alta

### XVI.3. Validez aparente

Se sometió a un análisis cualitativo, mediante el programa Atlas.ti que facilita la organización, manejo e interpretación de los datos obtenidos del material audiovisual del grupo focal (pacientes diabéticos), cuyo interés, fue dar a conocer cada uno de los ítems que conformaban el instrumento en sus dos dominios, con la finalidad de

que cada palabra que conformaran los ítems estuviera lo suficientemente clara, para darle sentido al significado del ítem, mediante el apartado “Informe de todas las citas codificadas por código”, se extrajo la información de las citas, una vez identificadas las palabras no entendibles por el paciente se hacen las modificaciones pertinentes posteriormente se enlistan y se dan a conocer a los 9 expertos con el objetivo de recibir la aprobación y mejorar el entendimiento del instrumento para que mida lo que se pretende evaluar. **(tabla 5)**

**Tabla 5. Palabras no entendibles por el paciente**

<b>Palabras no entendibles por el paciente diabético</b>	<b>Palabras corregidas en el instrumento</b>	<b>Aceptación de los expertos</b>
Anualmente	Por año	9/9
Automonitoreo del azúcar	Registrar sus cifras de azúcar	9/9
Derivado	Enviado	9/9
Destrostix	Medir su azúcar (destrostix)	9/9
Estomatología	Dentista	9/9
Glucosa	Azúcar	9/9
Referido	Enviado	9/9
Segundo nivel	Hospital	9/9
Tratamiento farmacológico	Tratamiento con medicamentos	9/9

#### **XVI.4. Validez de constructo**

##### **XVI.4.1. Análisis Factorial Exploratorio**

Se realizó un análisis factorial exploratorio inicial de componentes principales con rotación varimax en 92 ítems para el dominio de Expectativas y 92 ítems para el dominio de Experiencias, se extrajeron 4 factores en base a la operacionalización, el punto de corte fue eigenvalues  $\geq 0,4$  y que las dimensiones representaran el 10% de la varianza, con el fin de asegurar que las variables retenidas formaran un agregado coherente y se pudiera construir una medida adecuada congruente con la teoría. Se calculó la medida de adecuación muestral mediante el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), siendo este para el dominio de Expectativas por arriba de ,860 para el MF y ,894 para la EEMF, lo que indica la relevancia del análisis factorial, así mismo la prueba de esfericidad de Bartlett que cuenta con un valor estadístico dada por la  $\chi^2$  y un nivel crítico ( $p=0,000$ ) menor que 0,05 siendo significativo, por lo tanto no se acepta la hipótesis nula de esfericidad y se puede asegurar que el modelo factorial es adecuado para explicar los datos. **(tabla 6)**

Tabla 6. Análisis factorial inicial del dominio de Expectativas

EXPECTATIVAS									
Médico Familiar					Enfermera Especialista en Medicina de Familia				
Ítems	1	2	3	4	Ítems	1	2	3	4
COMF2		,763			COEEMF17			,701	
COMF3		,712			COEEMF19			,725	
COMF4*		,709	,444		COEEMF20**			,722	
COMF5**		,597			COEEMF22			,736	
COMF6		,752			COEEMF23			,742	
COMF7**		,704			COEEMF25**			,600	
COMF8**		,705			COEEMF26**			,671	
COMF9*		,706		,415	COEEMF27**			,684	
COMF10**		,762			COEEMF29**			,697	
COMF11**		,723			COEEMF31**			,772	
COMF13*		,627		,401	COEEMF32**			,695	
COMF14**		,686			EEEMF49**	,553			
COMF15**		,761			EEEMF50**	,679			
COMF16 **		,628			EEEMF51**	,613			
EMF33*	,393				EEEMF52*	,644		,408	
EMF34**	,653				EEEMF53**	,623			
EMF35*	,500		,414		EEEMF54	,702			
EMF36*	,670		,483		EEEMF55**	,718			
EMF37**	,519				EEEMF56**	,667			
EMF40	,724				EEEMF57	,745			
EMF42	,725				EEEMF58**	,783			
EMF43	,747				EEEMF59	,745			
EMF47*	,691		,454		EEEMF64**	,634			
EMF48*	,636		,567		CTEEMF81**		,675		
CTMF65				,571	CTEEMF82**		,732		
CTMF67*				,390	CTEEMF83*		,638		,472
CTMF69				,580	CTEEMF84**		,541		
CTMF70				,445	CTEEMF85**		,664		
CTMF71*				,389	CTEEMF86*	,462	,631		
CTMF72**				,513	CTEEMF88**		,703		
CTMF73				,472	CTEEMF89		,726		
CTMF74*				,219	CTEEMF92		,721		
CTMF75*				,128	CTEEMF94		,808		
CTMF76*				,281	CTEEMF95		,804		
CTMF77*				,373	CAEEMF113*		,486		,597
CTMF78*				,046	CAEEMF117*		,457		,650
CTMF79*				,004	CAEEMF118**				,805
CTMF80*				,261	CAEEMF120				,832
CAMF98			,750		CAEEMF121**				,730
CAMF99			,739		CAEEMF122				,820
CAMF100			,716		CAEEMF123				,821
CAMF101*			,314		CAEEMF124				,718
CAMF102*			,303		CAEEMF125**				,433
CAMF104*			,486	,559	CAEEMF126*				,307
CAMF105*			,345						
CAMF106**			,751						
CAMF108			,637						
CAMF110*			,570	,467					
Varianza (%)	20,506	18,102	14,919	11,272	Varianza (%)	18,065	17,557	17,387	14,969
Varianza total (%)				64,799	Varianza total (%)				67,978
KMO=,862	PEB=	X <sup>2</sup> =7046,00	gl=1128	P=,000	KMO=,894	PEB=	X <sup>2</sup> =4766,68	gl=946	P=,000

\*Ítems eliminados en el primer análisis, \*\* Ítems eliminados en el segundo análisis, KMO=Kaiser-Meyer-Olkin, PEB=Prueba de Esfericidad de Bartlett

Para el dominio de Experiencias cuenta con un KMO para el MF de ,864 y para la EEMF ,847. La prueba de esfericidad de Bartlett con un nivel crítico ( $p=0,000$ )  $<0,05$

siendo significativo, por lo tanto, se confirma con lo que se mencionó en el dominio de Expectativas, de que el modelo factorial es adecuado para aplicarse. (tabla 7)

Tabla 7. Análisis factorial inicial del dominio de Experiencias

EXPERIENCIAS									
Médico Familiar					Enfermera Especialista en Medicina de Familia				
ítems	1	2	3	4	ítems	1	2	3	4
ExCOMF2*			,176		ExCOEEMF17*			-,207	
ExCOMF3*			,208		ExCOEEMF19**			,653	
ExCOMF4*			,163		ExCOEEMF20			,712	
ExCOMF5*			,268		ExCOEEMF22			,759	
ExCOMF6*			,317		ExCOEEMF23**			,670	
ExCOMF7*			,398		ExCOEEMF25*			-,206	
ExCOMF8**			,528		ExCOEEMF26**			,700	
ExCOMF9*			-,030		ExCOEEMF27			,743	
ExCOMF10			,552		ExCOEEMF29*			,008	
ExCOMF11			,565		ExCOEEMF31			,728	
ExCOMF13**			,539		ExCOEEMF32*		,458	,596	
ExCOMF14			,662		ExEEEMF49*		-,239		
ExCOMF15			,753		ExEEEMF50		,743		
ExCOMF16**			,710		ExEEEMF51**		,756		
ExEMF33*	-,160				ExEEEMF52**		,776		
ExEMF34	,655				ExEEEMF53*		,044		
ExEMF35**	,754				ExEEEMF54*	,423	,651		
ExEMF36**	,675				ExEEEMF55*	,434	,618		
ExEMF37*	-,011				ExEEEMF56**		,711		
ExEMF40**	,684				ExEEEMF57*		-,100		
ExEMF42	,777				ExEEEMF58		,811		
ExEMF43	,761				ExEEEMF59		,785		
ExEMF47	,620				ExEEEMF64		,767		
ExEMF48*	,610		,479		ExCTEEMF81*	-,170			
ExCTMF65*	-,180				ExCTEEMF82	,721			
ExCTMF67*	,684		,405		ExCTEEMF83	,734			
ExCTMF69*	-,113				ExCTEEMF84	,681			
ExCTMF70*	,626		,464		ExCTEEMF85*	-,257			
ExCTMF71**	,716				ExCTEEMF86*	,497			
ExCTMF72**	,773				ExCTEEMF88**	,688			
ExCTMF73*	,073				ExCTEEMF89	,780			
ExCTMF74**	,721				ExCTEEMF92**	,632			
ExCTMF75	,737				ExCTEEMF94*	-,261			
ExCTMF76	,796				ExCTEEMF95**	,750			
ExCTMF77*	-,254				ExCAEEMF113*	-,102			
ExCTMF78	,747				ExCAEEMF117**	,525			
ExCTMF79	,751				ExCAEEMF118**	,697			
ExCTMF80**	,462				ExCAEEMF120**	,752			
ExCAMF98		,653			ExCAEEMF121*	-,034			
ExCAMF99		,614			ExCAEEMF122	,771			
ExCAMF100		,527			ExCAEEMF123**	,751			
ExCAMF101*		-,390			ExCAEEMF124	,732			
ExCAMF102		,524			ExCAEEMF125	,763			
ExCAMF104**		,488			ExCAEEMF126	,725			
ExCAMF105*		-,238							
ExCAMF106**		,603							
ExCAMF108*	,518	,592							
ExCAMF110*	,552	,356							
Varianza (%)	25,515	16,434	10,748	6,941	Varianza (%)	22,119	15,401	12,471	9,052
Varianza total (%)				59,638	Varianza total (%)				59,043
KMO= ,864		X2=4907,62	Gl=1128	P=0,000	KMO= ,847		X2=4046,77	gl=946	P=0,000

\*ítems eliminados en el primer análisis, \*\* ítems eliminados en el segundo análisis, KMO=Kaiser-Meyer-Olkin, PEB=Prueba de Esfericidad de Bartlett, gl=grados de libertad

El primer análisis no fue concluyente por no cumplir los criterios psicométricos ya que mostraban valores <0,4 y la presencia de elementos de carga sobre varios factores, en el dominio de Expectativas se eliminaron 22 ítems para el MF y 6 ítems para la EEMF, en el dominio de Experiencias se eliminaron para el MF 20 ítems y para la EEMF 15 ítems. Posteriormente para el segundo análisis factorial se eliminan los valores de carga bajos sustentados en que la varianza de cada factor y la total

aumentaba a diferencia de si se eliminaban los valores de carga más altos, los ítems restantes se agruparon en cuatro factores principales, explicando el 67 al 72% de la varianza total, presentando coeficientes de carga para el dominio de Expectativas valores que van desde 0,314 a 0,907 y para el dominio de Experiencias de -0,53 a 0,860, eliminando los factores de carga existentes sobre otros factores y elementos de carga bajos. La **tabla 8** presenta los resultados detallados para cada uno de los ítems.

**Tabla 8. Análisis factorial Exploratorio**

Matriz de componente rotado EXPECTATIVAS									
	MF				EEMF				
	1	2	3	4	1	2	3	4	
COMF2			,844		COEEMF17		,739		
COMF3			,845		COEEMF19		,765		
COMF6			,741		COEEMF22		,759		
COMF10 *			,575		COEEMF23 *		,728		
EMF41 *	,751				EEEMF54		,717		
EMF42	,839				EEEMF57		,776		
EMF43	,874				EEEMF58 *	,438	,633		
EMF47	,759				EEEMF59		,789		
CTMF65				,898	CTEEMF89	,821			
CTMF69				,904	CTEEMF92	,782			
CTMF70 *				,314	CTEEMF94 *	,349	,432		406
CTMF73				,907	CTEEMF95	,716			
CAMF98		,821			CAEEMF120				,751
CAMF99		,866			CAEEMF122				,849
CAMF100 *		,674			CAEEMF123				,694
CAMF108		,677			CAEEMF124 *	,585			,415
Varianza (%)	19,454	17,109	17,076	16,722	Varianza (%)	17,928	17,477	16,564	15,225
Varianza total (%)				70,362	Varianza total (%)				67,193

Matriz de componente rotado EXPERIENCIAS									
	MF				EEMF				
	1	2	3	4	1	2	3	4	
EXCOMF10		,706			EXCOEEMF20 *		,653		
EXCOMF11*	,424	,638			EXCOEEMF22		,814		
EXCOMF14		,796			EXCOEEMF27		,726		
EXCOMF15		,654			EXCOEEMF31		,746		
EXEMF34	,766				EXEEMF50		,709		
EXEMF42	,838				EXEEMF58		,718		
EXEMF43	,832				EXEEMF59 *		,713		,467
EXEMF47*	,726	,429			EXEEMF64		,668		
EXCTMF75			,763		EXCTEEMF82 *	,440		,467	-,053
EXCTMF76			,756		EXCTEEMF83				,626
EXCTMF78*		,428	,527		EXCTEEMF84				,784
EXCTMF79			,822		EXCTEEMF89				,688
EXCAMF98				,829	EXCAEEMF122	,741			
EXCAMF99				,860	EXCAEEMF124	,798			
EXCAMF100				,751	EXCAEEMF125	,795			
EXCAMF102 *		,582	,423		EXCAEEMF126 *	,722		,401	
Varianza (%)	20,949	19,221	16,101	15,834	Varianza (%)	20,080	18,263	17,155	13,207
Varianza total (%)				72,106	Varianza total (%)				68,704

\*ítems eliminados

## XVI.5. Análisis Factorial Confirmatorio

Para el análisis factorial confirmatorio, (tabla 9) se realizó con una muestra 5n (n=320), los ítems se agruparon bajo tres factores principales para cada dimensión de los dos dominios; para Expectativas el MF cuenta con una varianza total de 79% y la EEMF del 73%. En el dominio de Experiencias tanto el MF como la EEMF cuentan con una varianza del 73%. Se eliminaron por no cumplir los criterios psicométricos desde el primer análisis factorial hasta el análisis factorial confirmatorio los siguientes ítems; para el MF; comunicación 11 ítems, empatía, 7 ítems, cuidado técnico 11 ítems, continuidad de la atención 7 ítems, para la EEMF; comunicación 8 ítems, empatía, 9 ítems, cuidado técnico 8 ítems, continuidad de la atención 7 ítems, para cada uno de los dominios.

**Tabla 9. Análisis Factorial Confirmatorio**

Matriz de componente rotado EXPECTATIVAS									
MF					EEMF				
ITEM	1	2	3	4	ITEM	1	2	3	4
COMF2			,864		COEEMF17		,800		
COMF3			,870		COEEMF19		,811		
COMF6			,734		COEEMF22		,761		
EMF42		,851			EEEMF54			,740	
EMF43		,896			EEEMF57			,789	
EMF47		,806			EEEMF59			,788	
CTMF65	,900				CTEEMF89	,858			
CTMF69	,913				CTEEMF92	,787			
CTMF73	,913				CTEEMF95	,740			
CAMF98				,868	CAEEMF120				,759
CAMF99				,875	CAEEMF122				,867
CAMF108				,675	CAEEMF123				,728
Varianza (%)	21,262	20,744	19,247	18,431	Varianza (%)	19,467	18,383	17,899	17,769
Varianza Total (%)				79,684	Varianza Total (%)				73,519
KMO= ,809	PEB=	X <sup>2</sup> =2313,31	gl=66	P=0,000	KMO= ,837	PEB=	X <sup>2</sup> =1726,58	gl=66	P=0,000

Matriz de componente rotado EXPERIENCIAS									
MF					EEMF				
ITEM	1	2	3	4	ITEM	1	2	3	4
EXCOMF10				,744	EXCOEEMF22		,748		
EXCOMF14				,862	EXCOEEMF27		,819		
EXCOMF15				,681	EXCOEEMF31		,725		
EXEMF34	,789				EXEEMF50			,791	
EXEMF42	,847				EXEEMF58			,709	
EXEMF43	,838				EXEEMF64			,762	
EXCTMF75			,758		EXCTEEMF83				,662
EXCTMF76			,774		EXCTEEMF84				,842
EXCTMF79			,833		EXCTEEMF89				,620
EXCAMF98		,853			EXCAEEMF122	,806			
EXCAMF99		,884			EXCAEEMF124	,772			
EXCAMF100		,745			EXCAEEMF125	,766			
Varianza (%)	19,467	18,383	17,899	17,769	Varianza (%)	19,608	19,393	18,987	15,056
Varianza Total (%)				73,519	Varianza Total (%)				73,045
KMO= ,863	PEB=	X <sup>2</sup> =2213,25	gl=66	P=0,000	KMO= ,877	PEB=	X <sup>2</sup> =1814,95	gl=66	P=0,000

KMO=Kaiser-Meyer-Olkin, PEB=Prueba de Esfericidad de Bartlett, gl=grados de libertad, P=Significancia

En el modelo final (tabla 8), todas las dimensiones presentaron 3 ítems, con una varianza explicada mayor al 10 % por dimensión, por lo que se considera



dimensiones estables. De igual manera se analizaron estadísticas finales para evaluar la comunalidad de las variables (**tabla 10**), los factores iniciales y finales se aproximaron a la unidad, lo que indica que la variable queda totalmente explicada por los factores comunes.

**Tabla 10. Comunalidades de los dominios de satisfacción. Inicial y final**

EXPECTATIVAS											
INICIAL						FINAL					
MF			EEMF			MF			EEMF		
ítems	Ex	ítems	EX	ítems	Ex	ítems	EX	ítems	EX	ítems	EX
COMF2	,772	CTMF65	,457	COEEMF17	,609	CTEEMF82	,670	COMF2	,834	COEEMF17	,791
COMF3	,749	CTMF67	,522	COEEMF19	,700	CTEEMF83	,710	COMF3	,819	COEEMF19	,785
COMF4	,783	CTMF69	,476	COEEMF20	,680	CTEEMF84	,560	COMF6	,637	COEEMF22	,759
COMF5	,446	CTMF70	,567	COEEMF22	,734	CTEEMF85	,624	EMF42	,843	EEEMF54	,647
COMF6	,682	CTMF71	,664	COEEMF23	,716	CTEEMF86	,759	EMF43	,873	EEEMF57	,685
COMF7	,731	CTMF72	,689	COEEMF25	,553	CTEEMF88	,749	EMF47	,794	EEEMF59	,760
COMF8	,645	CTMF73	,548	COEEMF26	,626	CTEEMF89	,805	CTMF65	,833	CTEEMF89	,789
COMF9	,714	CTMF74	,741	COEEMF27	,677	CTEEMF92	,774	CTMF69	,847	CTEEMF92	,746
COMF10	,661	CTMF75	,742	COEEMF29	,628	CTEEMF94	,773	CTMF73	,843	CTEEMF95	,671
COMF11	,685	CTMF76	,761	COEEMF31	,801	CTEEMF95	,826	CAMF98	,812	CAEEMF120	,711
COMF13	,604	CTMF77	,691	COEEMF32	,623	CAEEMF113	,647	CAMF99	,844	CAEEMF122	,810
COMF14	,725	CTMF78	,701	EEEMF49	,495	CAEEMF117	,708	CAMF120	,584	CAEEMF123	,668
COMF15	,787	CTMF79	,679	EEEMF50	,628	CAEEMF118	,762				
COMF16	,588	CTMF80	,545	EEEMF51	,562	CAEEMF120	,808				
EMF33	,350	CAMF98	,632	EEEMF52	,674	CAEEMF121	,674				
EMF34	,652	CAMF99	,672	EEEMF53	,672	CAEEMF122	,805				
EMF35	,525	CAMF100	,628	EEEMF54	,707	CAEEMF123	,807				
EMF36	,731	CAMF101	,630	EEEMF55	,687	CAEEMF124	,685				
EMF37	,454	CAMF102	,624	EEEMF56	,736	CAEEMF125	,348				
EMF40	,667	CAMF104	,621	EEEMF57	,795	CAEEMF126	,362				
EMF42	,652	CAMF105	,678	EEEMF58	,804						
EMF43	,710	CAMF106	,746	EEEMF59	,733						
EMF47	,705	CAMF108	,656	EEEMF64	,656						
EMF48	,771	CAMF110	,643	CTEEMF81	,564						

EXPERIENCIAS											
INICIAL						FINAL					
MF			EEMF			MF			EEMF		
ítems	Ex	ítems	EX	ítems	Ex	ítems	EX	ítems	EX	ítems	EX
ExCOMF2	,711	ExCTMF65	,235	ExCOEEMF17	,426	ExCTEEMF82	,566	EXCOMF10	,702	EXCOEEMF22	,748
ExCOMF3	,700	ExCTMF67	,632	ExCOEEMF19	,679	ExCTEEMF83	,620	EXCOMF14	,819	EXCOEEMF27	,766
ExCOMF4	,605	ExCTMF69	,316	ExCOEEMF20	,751	ExCTEEMF84	,595	EXCOMF15	,736	EXCOEEMF31	,725
ExCOMF5	,220	ExCTMF70	,673	ExCOEEMF22	,754	ExCTEEMF85	,271	EXEMF34	,744	EXEEEMF50	,779
ExCOMF6	,652	ExCTMF71	,634	ExCOEEMF23	,601	ExCTEEMF86	,431	EXEMF42	,862	EXEEEMF58	,669
ExCOMF7	,742	ExCTMF72	,745	ExCOEEMF25	,464	ExCTEEMF88	,633	EXEMF43	,835	EXEEEMF64	,739
ExCOMF8	,717	ExCTMF73	,417	ExCOEEMF26	,689	ExCTEEMF89	,700	EXCTMF75	,726	EXCTEEMF83	,637
ExCOMF9	,432	ExCTMF74	,654	ExCOEEMF27	,662	ExCTEEMF92	,608	EXCTMF76	,761	EXCTEEMF84	,768
ExCOMF10	,661	ExCTMF75	,713	ExCOEEMF29	,552	ExCTEEMF94	,314	EXCTMF79	,741	EXCTEEMF89	,685
ExCOMF11	,713	ExCTMF76	,731	ExCOEEMF31	,700	ExCTEEMF95	,695	EXCAMP98	,808	EXCAEEMF122	,717
ExCOMF13	,635	ExCTMF77	,162	ExCOEEMF32	,666	ExCAEEMF113	,405	EXCAMP99	,869	EXCAEEMF124	,750
ExCOMF14	,757	ExCTMF78	,717	ExEEEMF49	,321	ExCAEEMF117	,465	EXCAMP100	,652	EXCAEEMF125	,783
ExCOMF15	,818	ExCTMF79	,676	ExEEEMF50	,655	ExCAEEMF118	,578				
ExCOMF16	,783	ExCTMF80	,354	ExEEEMF51	,752	ExCAEEMF120	,692				
ExEMF33	,485	ExCAMP98	,668	ExEEEMF52	,731	ExCAEEMF121	,111				
ExEMF34	,643	ExCAMP99	,597	ExEEEMF53	,231	ExCAEEMF122	,791				
ExEMF35	,670	ExCAMP100	,549	ExEEEMF54	,687	ExCAEEMF123	,757				
ExEMF36	,536	ExCAMP101	,314	ExEEEMF55	,668	ExCAEEMF124	,683				
ExEMF37	,338	ExCAMP102	,646	ExEEEMF56	,701	ExCAEEMF125	,731				
ExEMF40	,648	ExCAMP104	,642	ExEEEMF57	,379	ExCAEEMF126	,659				
ExEMF42	,758	ExCAMP105	,380	ExEEEMF58	,842						
ExEMF43	,745	ExCAMP106	,647	ExEEEMF59	,837						
ExEMF47	,701	ExCAMP108	,671	ExEEEMF64	,790						
ExEMF48	,729	ExCAMP110	,456	ExCTEEMF81	,138						

EX= Extracción

## XVI.6. Validez de Criterio

Se realizó entre las 4 dimensiones de los dos dominios, la correlación de Spearman obteniéndose para las Expectativas valores bajos a moderados (extremos: 0,228-0,559) y para Experiencias correlaciones moderadas a elevadas (extremos: 0,400-0,629). Se observan en la **tabla 11**.

**Tabla 11. Correlaciones entre las dimensiones de la satisfacción de la atención con el MF y EEMF**

EXPECTATIVAS						
Médico Familiar			COMF	EMF	CTMF	CAMF
Rho de Spearman  n= 320	COMF	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	1,000			
	EMF	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	,451**	1,000		
	CTMF	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	,228**	,312**	1,000	
	CAMF	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	,335**	,496**	,248**	1,000
Enfermera Especialista en Medicina de Familia			COEEMF	EEEMF	CTEEMF	CAEEMF
Rho de Spearman  n=320	COEEMF	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	1,000			
	EEEMF	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	,531**	1,000		
	CTEEMF	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	,449**	,559**	1,000	
	CAEEMF	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	,528**	,525**	,460**	1,000
EXPERIENCIAS						
Médico Familiar			EXCOMF	EXEMF	EXCTMF	EXCAMF
Rho de Spearman  n=320	EXCOMF	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	1,000			
	EXEMF	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	,602**	1,000		
	EXCTMF	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	,437**	,481**	1,000	
	EXCAMF	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	,445**	,523**	,403**	1,000
Enfermera Especialista en Medicina de Familia			EXCOEEMF	EXEEEMF	EXCTEEMF	EXCAEEMF
Rho de Spearman  n=320	EXCOEEMF	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	1,000			
	EXEEEMF	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	,629**	1,000		
	EXCTEEMF	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	,427**	,400**	1,000	
	EXCAEEMF	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	,548**	,614**	,500**	1,000

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

## XVI.7. Confiabilidad

La consistencia interna (**tabla 12**) se valoró mediante el Alfa de Cronbach, donde se observan valores por dimensión por arriba de 0,7 y una escala general de 0.942 con 48 ítems en total. La dimensión con menor valor fue cuidado técnico para ambos dominios y personales de salud (MF y/o EEMF).

**Tabla 12: Consistencia Interna.**

	EXPECTATIVAS		EXPERIENCIAS	
	MF	EEMF	MF	EEMF
Comunicación	0,834	0,789	0,821	0,821
Empatía	0,899	0,769	0,887	0,823
Cuidado técnico	0,905	0,816	0,794	0,692
Continuidad de la atención	0,801	0,791	0,845	0,828
Dimensión	0,816	0,867	0,893	0,881
Dominio	0,906	0,906	0,936	0,936
Total	0,942			

\*Alfa de Cronbach

### XVI.8 Coeficiente de fiabilidad Test-retest

En el análisis test-retest se llevó a cabo en un 10% (n=32) de la muestra en un intervalo de 1 mes entre la primera entrevista y la segunda. Se calculó el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) de la escala total y para cada una de las dimensiones de los 2 dominios (Expectativas-Experiencias).

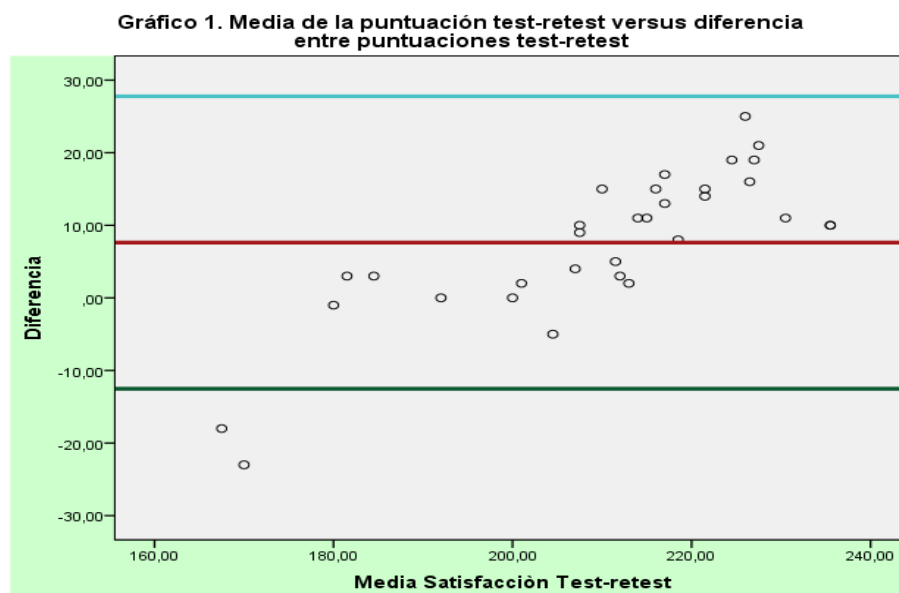
El CCI total fue de ,849 lo que indica una buena concordancia para la escala total. La diferencia de media de la puntuación en el test y en el retest fue estadísticamente significativa, 3 de los 4 factores para el dominio de Expectativas cuenta con CCI >0,5 con extremos de ,459-,653, señalando una concordancia aceptable en las dimensiones de Comunicación, Empatía, Continuidad de la atención y una concordancia débil en la dimensión de cuidado técnico. En el caso del dominio de Experiencias presenta 3 factores aceptables, (Empatía, Cuidado técnico y continuidad de la atención), siendo la dimensión de comunicación una concordancia débil. Se observan extremos de ,430-,893. (tabla 13)

**Tabla13. Test-retest de las dimensiones de la Satisfacción**

	Test				retest			
	Ítems	N	Media	DE	Media	DE	P-Valor	CCI
<b>EXPECTATIVAS</b>								
Comunicación	6	32	27,5938	2,62567	27,5000	1,60644	,001	,609
Empatía	6	32	27,1250	4,49910	26,6250	2,18130	,000	,566
Cuidado Técnico	6	32	25,8125	4,29131	25,6563	2,28048	,004	,459
Continuidad de la Atención	6	32	27,2500	2,63965	25,8125	2,17667	,000	,653
<b>EXPERIENCIAS</b>								
Comunicación	6	32	27,5938	2,62567	26,6875	6,87416	,006	,430
Empatía	6	32	26,2813	3,79503	25,5938	3,50906	,000	,895
Cuidado Técnico	6	32	24,5938	4,88486	24,6875	4,00353	,000	,893
Continuidad de la Atención	6	32	26,4688	3,01592	25,2813	2,99714	,000	,670
<b>Escala Total</b>	48	32	211,1875	22,38150	203,5625	14,15567	,000	,849

ICC= Coeficiente de Correlación Intraclase, DE=Desviación estándar, P=Significancia

La diferencia individual entre las dos mediciones de este cuestionario fue de 7,625 y una desviación estándar de la diferencia de 10,2791. En el **gráfico 1** en donde se desarrolló el método de Bland y Altman se observa que la gran mayoría de las diferencias entre las puntuaciones de ambas escalas del cuestionario en relación con su media se situaron entre la media y dos desviaciones estándar de la variable Diferencia.



### **XVI.9. Caracterización del paciente diabético.**

En la **tabla 14** se describe las principales características sociodemográficas y clínicas de la muestra. Se incluyeron en el estudio a 320 pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Vemos que es una población eminentemente mayor de 41 años, pues de 41 a 60 años son el 60% y mayor a 60 el 34.7%, dando así el 94.7 (95%) mayores a 41 años. En cuanto al sexo es de llamar la atención la preponderancia del sexo femenino en una razón de 1.75, casi el doble con respecto al sexo masculino. Por lo que respecta a la ocupación la gran mayoría son amas de casa 46.3% (n=148), seguida de la de empleado con un 24%. Un 70% (n=225) estaba casado en el momento de realizar el estudio.

**Tabla 14. Datos sociodemográficos**

Variable	n= 320	
	No.	(%)
<b>• Características sociodemográficas</b>		
<b>Edad</b>		
1. 20-30 años	7	2.2
2. 31-40 años	10	3.1
3. 41-50 años	67	20.9
4. 51-60 años	125	39.1
5. >60 años	111	34.7
Media	56.57	
DE *	10.70	
<b>Sexo</b>		
1)Masculino	116	36.3
2)femenino	204	63.7
<b>Grado de escolaridad</b>		
1)Analfabeta	22	6.9
2) Primaria incompleta	43	13.4
3) Primaria completa	85	26.6
4) Secundaria	94	29.4
5)Bachillerato/equivalente	53	16.6
6) Profesionista	23	7.2
<b>Estado civil</b>		
1) Soltero (a)	20	6.3
2) Casado (a)	225	70.3
3) Unión libre (a)	16	5
4) Divorciado (a)	13	4.1
5) separado (a)	7	2.2
6) Viudo (a)	39	12.2
<b>Ocupación</b>		
1) Empleado	77	24.1
2) Comerciante	23	7.2
3) Ama de casa	148	46.3
4) Agricultura y Ganadería	3	0.9
5) Pensionado	48	15
6) Estudiante	1	0.3
7) Otro	20	6.3

DE= Desviación estándar

En la **tabla 15** se observan a los pacientes diabéticos que cuentan con menos de 5 años de haber sido diagnosticados (45.6%), pero el grupo con más de 11 años de evolución es el 36%, importante porcentaje ya que existe mayor riesgo para presentar complicaciones. Aunado a esto las enfermedades concomitantes son las que pueden agravar la enfermedad o hacer que se presente síndrome metabólico, pues el 54% presenta hipertensión arterial y 6.4% dislipidemia.

En cuanto al número de acciones clínicas registradas en el último año, observamos que el 81.6% tuvo más de 10 acciones, lo que puede estar hablando de aunado a los resultados anteriores de más de 11 años de evolución y la alta prevalencia de

enfermedades concomitantes que agravan la diabetes, hagan que se amerite la visita al médico con mayor frecuencia.

**Tabla 15. Características de la Enfermedad y Clínicas (n=320)**

<b>Variable</b>	<b>No.</b>	<b>(%)</b>
<b>• Características de la Enfermedad</b>		
<b>Diagnóstico de su Enfermedad</b>		
1. 1-5 años	146	45.6
2. 6-10 años	59	18.4
3. 11-20 años	83	25.9
4. 21-30 años	28	8.8
5. > 30 años	4	1.3
<b>• Enfermedad concomitante</b>		
1. Hipertensión Arterial	203	54.3
2. Obesidad	16	4.3
3. Dislipidemia	24	6.4
4. Enfermedades articulares	16	4.3
5. Enfermedades del corazón	11	2.9
6. Enfermedades cerebrovasculares	2	0.5
7. Otras	25	6.7
8. Ninguna	77	20.6
<b>• Acciones clínicas registradas en el expediente</b>		
<b>Número de consultas en los últimos 12 meses</b>		
1) 1-3	8	2.5
2) 4-6	20	6.3
3) 7-9	31	9.7
4) >10	261	81.6
<b>Glucosa plasmática en ayunas en los últimos 12 meses</b>		
1) <130 mg/dl	143	44.7
2) >130 mg/dl	177	55.3
<b>Hemoglobina glucosilada en los últimos 12 meses</b>		
1) <7 %	103	32.2
2) >7 %	161	50.3
3) Valores perdidos	56	17.5
<b>Colesterol total en los últimos 12 meses</b>		
1) <200 mg/dl	177	55.3
2) >200 mg/dl	136	42.5
3) Valores perdidos	7	2.2
<b>Triglicéridos en los últimos 12 meses</b>		
1) <150 mg/dl	104	32.5
2) >150 mg/dl	208	65.0
3) Valores perdidos	8	2.5
<b>Tasa de filtrado glomerular (TFG) en los últimos 12 meses</b>		
1) <60 ml/min	31	9.7
2) >60 ml/min	286	89.4
3) Valores perdidos	3	0.9
<b>Índice de Masa Corporal (IMC) al recibir la atención médica</b>		
1) < 18.49	3	0.9
2) 18.50-24.99	39	12.2
3) 25-29.99	125	39.1
4) 30- 34.99	99	30.9
5) 35-39.99	31	9.7
6) >40	23	7.2

En el mismo sentido vemos que la mayoría (55.3%) presenta cifras de glucosa mayores a 130 mg/dl, lo que habla de un mal control de la misma, ratificado con las

cifras de hemoglobina glucosilada que resultó de 50% de esta población presenta cifras mayores al 7% y solo el 32 % con cifras favorables, es decir menores al 7% de hemoglobina glucosilada. En ese mismo sentido de cifras de riesgo que semejan no muy buen control en esta población están que el 65% presenta cifras de triglicéridos mayores a 150mg/dl y que el 42.5% presenta colesterol por arriba de los 200 mg/dl. En cuanto a la tasa de filtrado glomerular el 89% presenta cifras mayores a 60 ml/min, pudiendo observar que el 10% presenta ya daño renal crónico; y en cuanto al índice de masa corporal observamos que la gran mayoría esta con sobrepeso u obesidad, pues el 87% esta con IMC mayor a 25, lo que contrasta con la respuesta subjetiva de que solo el 4.3% presentaba obesidad, por ellos sentida, aquí por el IMC tenemos con obesidad grado 2 y 3 al 16.9 %.

#### **XVI.10. Satisfacción**

Finalmente, se presenta los resultados sobre los niveles de satisfacción obtenidos en cada uno de los ítems del instrumento, agrupados en tres categorías: Insatisfecho, Satisfecho, Muy Satisfecho. **(tabla 16)** el cual se observa que el 39.4% está insatisfecho, y el 60.6% demostró que esta satisfechos con la atención por parte del MF, con cifras muy similares en cuanto a la atención por parte de la EEMF (66.2%).

**Tabla 16. Satisfacción del paciente diabético con la atención del MF**

<b>n= 320</b>	<b>No.</b>	<b>(%)</b>
<b>Insatisfecho</b>	126	39,4
<b>Satisfecho</b>	95	29,7
<b>Muy satisfecho</b>	99	30,9
<b>Satisfacción del paciente diabético con la atención de la EEMF</b>		
<b>Insatisfecho</b>	108	33,8
<b>Satisfecho</b>	114	35,6
<b>Muy satisfecho</b>	98	30,6

MF=Medico Familiar, EEMF=Enfermera Especialista en Medicina de Familia

## **XVII. DISCUSION**

Los resultados de esta investigación permitieron diseñar un cuestionario de satisfacción de los pacientes diabéticos en relación con la atención con el personal de salud que integra al modelo uno a uno, presentando índices de satisfacción elevadas tanto con la atención por parte del Médico Familiar (MF) como de la Enfermera Especialista en Medicina de Familia (EEMF). Lo que podría coincidir en varios estudios, sin embargo, no hay estudios que se centren a la atención dual (MF y/o EEMF) y son muy pocos los que miden los dos dominios de la satisfacción (Expectativas-Experiencias)(92).

Por otro lado se utilizó una metodología mixta, donde lo más destacable es la contribución por parte de los expertos en las diferentes disciplinas, reforzando la validez de contenido donde se tenía que contemplar todos los aspectos de la satisfacción en relación con los niveles de la atención, así como la contribución por parte de los pacientes diabéticos que enriquecieron el apartado de la validez aparente donde se tuvo que comprobar la comprensión y la redacción de cada uno de los ítems de los dos dominios.

### **XVII.1 Efecto de techo y suelo**

Al administrar los cuestionarios se obtuvieron elevadas calificaciones, desviándose a la derecha de la escala (puntuaciones más altas). Como ya se ha manifestado, las altas calificaciones son comunes en la valoración de la satisfacción de los pacientes (125,126), ya que los mismos tienden a consentir habitualmente la atención que reciben a menos que pasen por una experiencia poco aceptable o mala. Este aspecto es comparable a lo obtenido con diferentes cuestionarios desarrollados (23) (82,83,85,92,153).

Las elevadas calificaciones pueden deberse también a que aparecen sesgos importantes a considerar, uno de ellos es el de deseabilidad social, que radica en la tendencia de las personas a responder en función de lo que ellos consideran que está bien visto socialmente. Otro sesgo que se presenta es el de cortesía, que se relaciona a que los pacientes emplean el estudio de satisfacción para complacer a los profesionales de la salud en este caso al Médico y a la Enfermera o inclusive a



los investigadores. Ambos sesgos se presentan más frecuentemente cuando hay alguna reserva sobre el anonimato de los pacientes. A causa de ello y, tal vez, debido al tipo y la cantidad de datos demográficos solicitados como la edad, el género, la ocupación, así como datos clínicos; enfermedades concomitantes, fecha de diagnóstico de la enfermedad etc., los pacientes podrían percibir que la información proporcionada sería útil para identificarlos y, en consecuencia, se presentarían con un peso mayor este tipo de sesgos.

También se ha observado la presencia del fenómeno de aquiescencia, que es “la tendencia de estar de acuerdo con casi cualquier afirmación”(1,154), es un sesgo relativamente frecuente en las medidas de satisfacción. Esto significa que las preguntas formuladas en términos positivos producen mayor satisfacción que las preguntas formuladas en términos negativos, lo que conduce a una sobre o subestimación de la satisfacción real (155,156). Uno de los métodos utilizados para tratar de reducir este sesgo es incluir ítems, tanto positivos como negativos (156). El tipo de respuesta, también puede dar lugar a un sesgo de aquiescencia y variaciones en los puntajes (22). Por ejemplo, el uso de la palabra *satisfacción* como punto de anclaje en una escala de Likert aumenta la proporción de satisfacción en comparación con una escala con rangos de “pobre a excelente” (22). Además, cuando la palabra *satisfacción* se utiliza en una escala de respuesta, no es posible capturar el concepto correctamente (157). Por lo tanto, es importante evitar cualquier palabra cargada en la formulación de la pregunta y en los puntos de anclaje, así como en la escala de respuesta, debido a ello limita la variabilidad de las puntuaciones y a menudo conducen a una distribución sesgada hacia la derecha, lo que refleja un alto nivel de satisfacción (125,152). Este llamado efecto techo o “ceiling effect” (158), es un problema relativamente frecuente en los estudios de satisfacción y reduce la posibilidad de observar las variaciones en el tiempo(159,160).

## **XII.2 Características Psicométricas**

Entendiendo la validación de un instrumento como un proceso continuo y dinámico, se muestra la primera evaluación de sus propiedades psicométricas como criterio esencial para comprobar la calidad de su medición. Los resultados de este estudio muestran que este instrumento presenta propiedades psicométricas buenas.

### **XII.2.1 Validez de contenido**

Se realiza mediante un análisis cuali-cuantitativo mediante dos técnicas, siempre apoyados por un grupo de expertos, con la diferencia de trabajar de manera individual o grupal, con una misión; llegar a un consenso en cuanto a la información que se dio para un buen análisis de validación del instrumento. A partir de esto es que podemos establecer que el procedimiento de validez de contenido mediante el juicio de expertos se ha realizado de manera correcta, según lo preestablecido por los autores; de Arquer (161), Van Der Fels-Klerx, Gossens, Saaticamp y Horst(162), Martínez(163), Stewart, Roebber y Bosart (164). A su vez fue necesario estimar la confiabilidad del juicio de expertos conociendo el grado de acuerdo entre ellos, ya que un juicio incluye elementos subjetivos. Para determinar el grado de acuerdo entre los jueces se han utilizado diferentes procedimientos; desde calcular el porcentaje de acuerdo, el cual resulto insuficiente ya que no incluía el acuerdo esperado por el azar (165), luego se incluyeron medidas de correlación que eran interpretadas como índices de acuerdo, sin embargo un alto índice de correlación no necesariamente implicaba que el acuerdo fuera alto (166), posteriormente se propuso el coeficiente Kappa que se convirtió en el índice de acuerdo más utilizado en ciencias biológicas y sociales, solo que incluían datos nominales. En nuestro estudio se incluían datos ordinales por lo que se decide utilizar el coeficiente de concordancia de W de Kendall, obteniéndose un valor de 0,931, con una medida de acuerdo alta indicando que hay un consenso en el proceso de clasificación o asignación de puntajes entre los evaluadores, igualmente da cuenta de la intercambiabilidad de los instrumentos de medición y reproducibilidad de la medida (167,168).

Sin embargo, son pocos los trabajos que realizan la validez de contenido dentro de sus propiedades psicométricas (23,83,92,110), hay quienes se van directamente a la validez de constructo (85,93,109). Así como no todos los trabajos cumplen con el análisis mixto. En este trabajo se utilizó el software Atlas.ti para el análisis cualitativo, cuyo propósito de codificar es la realización de conexiones entre los diferentes comentarios de los expertos viéndose reflejado en un diagrama, donde se observa la existencia de relaciones.

### **XVII.2.2. Validez aparente**

Tal como lo plantea Carvajal (169) y Argimon(158,170), la validez aparente es una forma de validación en la cual se mide el grado en el que los ítems parecen medir lo que se proponen, y que debe incluir la percepción de la población, como el juicio de los expertos. Esta etapa de validación aparente en este instrumento implicó el acercamiento con la población de estudio en este caso a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, lo cual permitió obtener la valoración de la comprensibilidad de los ítems, en su lenguaje, redacción y precisión de los ítems, de manera concreta y apropiada a fin de efectuar su aplicación útil para la toma de intervenciones, todo esto bajo un análisis cualitativo a partir del software Atlas.ti.

### **XVII.2.3 Validez de constructo**

Para realizar un análisis factorial, siendo esta una de las técnicas más utilizadas en la validación de constructo es necesario calcular la prueba de esfericidad de Bartlett la que nos indica la existencia o no de correlación entre los ítems del instrumento. En la gran mayoría de los casos el índice es cercano a cero rechazando la hipótesis nula indicando que los ítems no están correlacionados. En este caso y siguiendo la tendencia mencionada, resultó con índice de 0,00 resultando que los ítems están correlacionados entre sí, al aplicar la prueba KMO, la cual indica el grado de relación conjunta entre variables, permitiendo conocer en qué medida una pregunta puede ser predicha desde las demás, los valores indican entre 0 y 1, siendo 1 el índice de mayor correlación, en nuestro caso la primera aplicación de esta prueba, los valores fueron arriba de 0,8 en los dos dominios (Expectativas-Experiencias) siendo aceptable la realización del análisis factorial. La variabilidad total del instrumento dio un resultado para las Expectativas por arriba del 64% y de las Experiencias 59% con 4 factores, lo que habla de que muy poca variabilidad del instrumento es explicada por estos factores.

El análisis factorial exploratorio y confirmatorio realizados a este instrumento permitió confirmar los cuatro factores sustentados en la base teórica, denominados: a) Comunicación, b) Empatía, c) Cuidado Técnico y d) Continuidad de la Atención.

De los instrumentos utilizados se tomó en cuenta aquellos que han presentado un análisis factorial de las escalas en sus investigaciones como; Patient Satisfaction Index (PSI)(171), Caring Assessment Report Evaluation Q-sort (CARE-Q)(136), Monica-Oberst Patient Satisfaction Scale (LOPSS)(135), Service Quality (SERVQUAL)(114), Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire (PSNCQQ)(85), Client Satisfaction Questionnaire(CSQ-8)(93), Primary Care Satisfaction Survey for Women (PCSSW)(83), Development and Validation of a Patient Satisfaction Questionnaire for Outpatients Attending Health Centres in North Indian Cities (NIOPDSS)(23), donde se puede observar que los resultados obtenidos en las diferentes estructuras factoriales de cada cuestionario son similares a lo que se ha obtenido en este instrumento.

#### **XVII.2.4. Validez de Criterio**

La validez de criterio es difícil aplicarlo ya que no hay un método de referencia o un instrumento que se elija como Gold estándar para poder comparar la puntuación obtenida en los instrumentos que se construyan o se validen, por este motivo, la mayoría de autores utilizan uno o varios ítems criterio (85,104,116,171,172).

#### **XVII.2.5. Consistencia Interna**

Para el coeficiente de consistencia interna, el alfa de Cronbach para el total de la escala de este cuestionario fue de 0,942 y para todos los factores en el caso del MF en ambos dominios es superior a 0,794 con extremos 0,794-0,905 y para la EEMF con valores por arriba de 0,692 con extremos de 0,692-0,893, siendo la dimensión de cuidado técnico la que tiene los valores más bajos tanto para el dominio de Expectativas como para las Experiencias.

Estos resultados pueden ser comparados con los cuestionarios revisados que han presentado un análisis de consistencia interna en sus investigaciones. En el caso de valores por arriba de 0,90 se encuentran; Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) (93), Outpatient Satisfaction Instrument (110), Patient Satisfaction Nursing Care Quality Questionnaire (PSNCQQ)(85), Caring Assessment Report Evaluation Q-sort (CARE-Q)(136), Service Quality (SERVQUAL)(114), Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS) (137), se ha mencionado que valores de Alfa de Cronbach por

arriba de 0,90 indican redundancia o duplicación de ítems, es decir, que por los menos un par de ítems miden exactamente el mismo aspecto de un constructo y uno de ellos debe eliminarse, por el contrario valores de consistencia interna por debajo de 0,70 indican una pobre correlación entre ítems (173).

Existen cuestionarios que manejan valores que oscilan entre 0,70- < 0,90, tales Como Development and Validation of the Health Care Satisfaction Questionnaire un Elders (HCSQ)(92), Primary Care Satisfaction Survey for Women (PCSSW)(83), Satisfaction Scale with Primary Health Care Services(109), Development and Validation of a Patient Satisfaction Questionnaire for Outpatients Attending Health Centres in North Indian Cities (NIOPDSS)(23), Monica-Oberst Patient Satisfaction Scale (LOPPS) (135).

En relación con el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) en este trabajo fue de 0,849 lo que indica una adecuada concordancia para la escala total. Ya que se tomaron valores  $> 0,5$  (149), lo que con lleva que la diferencia de media de la puntuación en el test y en el retest no fuera adecuadas para la dimensión de cuidado técnico en el dominio de Expectativas con un valor de 0,459, ni tampoco para la dimensión de comunicación en el dominio de Experiencias con valor de 0,430, mostrando con ello una buena estabilidad temporal, sin embargo hay quienes manejan valores inferiores a 0,70 mostrando una concordancia débil (174), el cual con este criterio en nuestro estudio de manera individual se tendría 2 dimensiones de 8 con concordancia adecuada, por lo que se decide tomar de guía los estudios(23,92) con el primer criterio ( $>0,5$ ). También al evaluar la fiabilidad test retest utilizan el coeficiente de correlación de Pearson(r) (23,85,92,93,110), que permite visualizar en un diagrama de dispersión un conjunto de puntos que se aproximan a la situación en la cual todos están en una línea recta (175). En este estudio se complementó el análisis de la estabilidad temporal con el método Bland Altman, en donde se observó claramente en el grafico que la mayoría de las diferencias se situaron entre la media y dos desviaciones estándar de la variable diferencia.

### **XVII.3. Características sociodemográficas y clínicas**

En una revisión sistemática de la literatura(176), analizaron la relación entre la satisfacción y variables sociodemográficas como el sexo, la edad y el nivel educativo. Concluyendo con relación al sexo en los 39 estudios las mujeres fueron significativamente más satisfechos en 6(15.4%); los hombres fueron significativamente más satisfechos en 7(17.9%); y la relación no era significativo en 26(66.7%). En cuanto a la edad, de los 58 estudios que investigaron la relación entre la satisfacción reportada y la edad confirmó que a mayor edad mayor satisfacción con relación estadísticamente significativos 41(70.7%), en cuanto al nivel educativo en la satisfacción fue considerado por 31 investigaciones y se encontró que a menor nivel educativo mayor satisfacción con diferencias estadísticamente significativa en 15(48.3%) de los estudios.

Con respecto a los resultados sociodemográficos de nuestro estudio se puede observar que la media de la edad es de 56 años, con el sexo predominantemente femenino, casadas durante la realización del estudio, escolaridad secundaria, dedicadas al hogar, comparables con lo encontrado en otros estudios (23,119,177), tanto en los porcentajes de género y de evolución de la enfermedad, como en los rangos etarios; sin embargo como hemos mencionado con anterioridad, en México no existen suficientes trabajos al respecto, y al compararlo con otros estudios de validación y construcción de instrumentos(92,178), la metodología y la población de estudio han sido diferentes.

### **XVII.4. Nivel de Satisfacción**

Los resultados de este estudio, ya como se había señalado, se presentan satisfecho los pacientes con diabetes mellitus con la atención por parte del MF y la EEMF tanto para el dominio de Expectativas como de la Experiencia, coincidiendo con otras investigaciones a pesar de usar instrumentos diferentes. Una explicación a estos resultados puede ser el sesgo de deseabilidad social, donde los participantes del estudio dan respuestas socialmente aceptables ya sea como resultado del uso continuo de los diferentes servicios o de la tendencia a estar de acuerdo y responder positivamente (135,176,179). Varios autores han sugerido que el miedo a las

represalias de las respuestas negativas puede ser la causa de la tendencia hacia la puntuación más favorable (134,159,180–183).

Se ha observado que en el caso de que los pacientes estén satisfechos con la enfermera es porque hace que se sientan bien, los reconforta, les ofrecen confianza atención, consuelo, esperanza, ayuda y perciben el trato humano como lo más importante (184).

### **XVIII. SESGOS Y LIMITACIONES**

La falta de variabilidad en las respuestas, observadas por una elevada concentración en las respuestas en las puntuaciones más altas de los ítems y las dimensiones, no garantizan el análisis de amplios recorridos en las puntuaciones potenciales del instrumento. Las puntuaciones altas, pueden reflejar preferencias del paciente para demostrar la interacción positiva con las personas que le ofrecen atención en este caso del MF y/o la EEMF se denomina «deseabilidad social», que se produce cuando se responde en función de lo que se considera socialmente aceptable. También puede presentarse otro tipo de sesgo como el «sesgo de aprendizaje o de proximidad» en donde se induce a contestar de forma similar a las respuestas anteriores. Y el «error lógico» que se produce cuando el encuestado considera que todos los ítems relacionados deben puntuarse igual.

La dificultad de poder comparar los resultados de este estudio con otros estudios que también evalúan la satisfacción del paciente al no haberse incluido en el diseño de estudio.

Para el cumplimiento de la evaluación de la estabilidad temporal se realizó un mes después del término de las encuestas y pudo presentarse la posibilidad de olvido de las respuestas. Aunque existe el contraste de que si se realiza en tiempo corto se recuerden las respuestas.

### **XIX. PROPUESTAS PARA OTRAS INVESTIGACIONES.**

Este instrumento mide los niveles de satisfacción de manera dual (Expectativas-Experiencias) centrado en el paciente con diabetes mellitus tipo 2, pero puede ser utilizado a otras enfermedades crónicas, relacionado con la atención de dos figuras

importantes dentro del sistema de salud, que es el médico y la enfermera, diseñado y validado en el contexto español. El cual sirve como indicador de calidad para mejorar la atención de la salud y con ello mejorar la evolución de la enfermedad y minimizar o prolongar la aparición de las complicaciones.

Algunas líneas de investigación que se pueden mencionar en un futuro.

- Explorar el concepto de satisfacción de manera dual en relación con la atención en conjunta por parte de médico y la enfermera, bajo un sustento teórico, donde se pueda relacionar el nivel de satisfacción con otras variables.
- Comparar el nivel de satisfacción en diferentes contextos (clínicas, hospitales).

## **XX. CONCLUSIONES**

1. Finalmente se concluye que el instrumento que se construyó para medir la satisfacción del paciente diabético con el modelo uno a uno de la atención integral, es confiable y además válido en términos de contenido y de constructo. En este instrumento se generó los ítems de acuerdo a un sustento teórico basados en la teoría y el modelo del valor de la expectativa en el caso de la satisfacción y del modelo uno a uno (MF y/o EEMF) de la atención integral, dirigidos a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 representados en 4 dimensiones; Comunicación, Empatía, Cuidado técnico, Continuidad de la atención, en sus dos dominios (Expectativas-Experiencias) con un análisis mixto (cuali-cuantitativo).

2. Este instrumento fue validado, incorporando la perspectiva de un grupo de expertos, presentando una validez de contenido aceptable, al ser evaluado por conocedores en Medicina Familiar, Enfermeras Especialistas en Medicina de Familia, en propiedades psicométricas, en investigación, en diabetes mellitus, en jefatura clínica. No se aceptó eliminar ningún ítem sugerido por tratarse de ítems conceptualmente válidos y necesarios para los factores que conformaban el instrumento.

3. En la validez aparente de este instrumento se incluyeron palabras que los pacientes diabéticos utilizaron para describir sus propias experiencias, vivencias y sentimientos, en lugar de utilizar tecnicismos.



4. La validez de constructo se realizó de manera adecuada mediante un análisis factorial exploratorio ya con las respuestas de los ítems aceptados se realizó un análisis factorial confirmatorio para los dos dominios, utilizando el método de componentes principales con rotación varimax. Se obtuvo una agrupación de cuatro factores, tanto para el MF y/o la EEMF con 3 ítems.

5. La validez de criterio fue realizada mediante un ítem criterio (poderoso) para el dominio de Expectativas de baja a moderada correlación, en el caso de las Experiencias de moderadas a alta correlación.

6. En cuanto a la consistencia interna, de manera individual y global es buena tanto para el dominio de Expectativas y el de Experiencias.

7. Con respecto a los resultados sociodemográficos, observamos que son comparables con otros estudios, tanto en los porcentajes de género y de evolución de la enfermedad, como en los rangos etarios; sin embargo, como hemos mencionado con anterioridad, en México no existen suficientes trabajos al respecto, y al compararlo con otros estudios de validez de cuestionarios, las metodologías y poblaciones de estudio han sido diferentes.

8. Los pacientes con diabetes mellitus se refirieron satisfechos y muy satisfechos casi con la misma proporción con la atención por parte del MF y/o EEMF.

9. En el caso de la glucosa plasmática en ayunas, como indicador del control metabólico se puede concluir que el 45% se encuentra controlado con niveles por debajo de 130mg/dl, en el caso de la hemoglobina glucosilada se puede comentar que no es concluyente ya que hay valores perdidos en un 17%. Por lo tanto, el paciente diabético quien están satisfechos con la atención por parte del MF y/o EEMF se encuentra metabólicamente aceptable.

## XXI. REFERENCIAS

1. Ruiz-Moral R, Pérula de Torres LA, Muñoz Alamo M, Jiménez García C, González Nebauer V, Alba Dios A, et al. Satisfacción de los pacientes con la comunicación en las consultas de medicina familiar: comparación de tres métodos para investigar necesidades no satisfechas. *Rev Española Salud Pública*. 2011;85:315–22.
2. Hall. J. A.. & Doman. M. C. What patients like about their medical care and how often they were asked: A meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med*. 1988;(27(9)):935–9.
3. Rodríguez Feijóo Santiago, Rodríguez Caro Alejandro, Tejera Gil Margarita DQD. Satisfacción del consumidor: modelos explicativos. 2008;
4. Cadotte ER, Woodruff RB, Jenkins RL. Expectations and norms in models of consumer satisfaction. *J Mark Res*. 1987;XXIV(August):305–14.
5. Westbrook, R.A. y Reilly MD. Value-percept disparity: an alternative to the disconfirmation of expectations theory of consumer satisfaction. *Adv Consum Res*. 1983;1967(10):256–61.
6. Oliver RL SJ. Equity and disconfirmation perception influences on merchant and product satisfaction. *J Consum Res*. 1989;16:372.
7. Tse, D., Nicosia, F. y Wilton P. Consumer Satisfaction as a Process. *Psychol Mark*. 1990;(7):177–193.
8. Oliver RL. Cognitive, Affective, and Attribute Bases of the Satisfaction Response. *J Consum Res*. 1993;20(3):418.
9. Oliver RL. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *J Mark Res* [Internet]. 1980;17:460–70. Available from: <http://www.jstor.org/stable/3150499>
10. Oliver RL. "A conceptual model of service quality and service satisfaction: compatible goals, different concepts". *Advances in services marketing and management research and practice* Greenwich, Connecticut: JAI Press Inc. En T A Swart D E Bowen y S W Brown. 1993;2:65–85.
11. Westbrook RA, Oliver RL. The Dimensionality of Consumption Emotion Patterns and Consumer Satisfaction. *J Consum Res*. 2009;18(1):84–91.
12. SWAN, J; TRAWICK I. Disconfirmation of Expectations and Satisfaction with a Retail Service. *J Retail*. 57:49–67.
13. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calid Asist*. 2001;;16:276–279.
14. Sitzia J WN. Patient Satisfaction: A Review of Issues and Concepts. *Soc Sci Med*. 1997;45(12):1829–43.
15. Joaquín Mira J. Satisfecho, sí gracias... Pero ahora qué... *Rev Calid Asist* [Internet]. 2003;18(7):567–9. Available from: <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-calidad-asistencial-256/satisfecho-si-gracias-pero-ahora-que-13055737-editorial-2003>
16. Cháñez LFJ, Guerrero AC GJ LA. Satisfacción hacia el trabajo. Un análisis basado en las teorías de las expectativas y equidad. *Rev Interdiscip*. 2007;(3):219–234.
17. Fishbein M y AI. Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley. AddisonWesley. 1975;
18. Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med*. 16(5):577–582.
19. Linder-Pelz S. Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses. *Soc Sci Med*. 1982;16((5)):583–9.
20. Jose Joaquin Mira, Julian Vitaller, Jesus Aranz JFH y JAB. La satisfacción del paciente: Concepto y aspectos metodológicos. *Journal of health psychology*; 1992. p. 4(1).
21. Edward E. Lawler. Pay and Organizational Effectiveness: A Psychological View. New York, NY McGraw-Hill. 1972;25(3):451–2.
22. Ware. J. E.. & Hays. R. D. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Med Care*. 1988;393–402.
23. Goel S, Sharma D, Singh A. development and validation of a patient satisfaction questionnaire for outpatients attending health centres in North Indian cities. 2013;19(2):85–93.
24. Bikkera AP TA. Predicting and comparing patient satisfaction in four different modes of health care across a nation. *Soc Sci Med*. 2006;(63):1671–83.
25. Ware J SM. Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. *Med Care*. 1975;13:669-82.
26. Wolf MH, Putnam SM, James SA SW. The Medical Interview Satisfaction Scale. *J Behav Med*.

- 1978;1(3):391–401.
27. Feletti G, Firman D S-FR. Patient satisfaction with primary-care consultations. 1986; 9 (3): 389-399. *J Behav Med.* 1986;9(3):389–99.
  28. Urden L. Patient satisfaction measurement: current issues and implications. *Outcomes Manag.* 2002;;6(3):125–131.
  29. Speight J. Assessing Patient Satisfaction: Concepts, Applications, and Measurement. *Value Heal.* 2005;;8(Suppl 1):56–8.
  30. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Meml Fund Quart.* 1966;44(2):166–202.
  31. Donabedian A. The quality of care.How can it be assessed? *JAMA.* 1988;260 (12):1743–8.
  32. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. En: OPS/OMS, editores. *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología.* Washington D.C.:OPS/OMS. (Publicación Científica ; 534). 1992;p.382-404.
  33. Campbell SM, Roland MO, Buetow S a. Defning quality of care. *Soc Sci Med.* 2000;51:1611–25.
  34. Donabedian A. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. *Ann ArborHealth Adm Press.* 1980;
  35. Donabedian A. Quality assurance in health care: a consumers' role. *Qual Hlth Care.* 1992;1:247–51.
  36. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med.* 1990;114:1115–8.
  37. Berlo D. El proceso de la comunicacion David K. Berlo. 1984. p. 92.
  38. Shilling V, Jenkins V FL. Factors Affecting Patient and Clinician Satisfaction with the Clinical Consultation: Can Communication Skills Training for Clinicians Improve Satisfaction? *Psychooncology.* 2003;(12:):599–611.
  39. Ley P SM. Communicating with the patient. London Staples Press. 1967;
  40. Yellen E, Davis G RR. The measurement of patient satisfaction. *Journ Nurs Care Qual.* 2002;16(4):23-9.
  41. Flocke S. Relationships between physician practice style, patient satisfaction, and attributes of primary care. *J Fam Pr.* 2002;51:835–40.
  42. Saultz JW AW. Interpersonal Continuity of Care and Patient Satisfaction: A Critical Review. *Ann Fam Med.* 2004;2(5):445-51.
  43. Fan V,Burman M,McDonell M FS. Continuity of Care and Other Determinants of Patient Satisfaction with Primary Care. *J Gen Intern Med.* 2005;20:226-33.
  44. Fuertes JN, Mislowack A, Bennett J, Paul L, Gilbert T, Fontan G et al. The physician–patient working alliance. *Patient Educ Couns.* 2007;66:29-36.
  45. Donabedian.A. La calidad de la atención médica. Definicion y metodos de evaluacion. Mexico D.F. Prensa Med Mex. 1984;14pp.
  46. Wagner EH. Deconstructing heart failure disease management. *Ann Intern Med.* 2004;141(8):644–6.
  47. Alvarez Vidal M. Modelo de Atención Intergal de Salud Familiar Comunitario e Intercultural aplicado en el Centro de Salud No. 1 de Azogues 2009 - 2011. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2011;
  48. Joby John MAR. editor *Health Care Service Quality: The Importance of Consumer Perceptions.* Dev Mark Sci Proc Acad Mark Sci. 2015;
  49. IMSS DdPM. Guía de Implementación del Fortalecimiento del Sistema de Medicina Familiar. Niv CdAlalSeeP, Ed México Gob la República; (2014. p. 1–42.).
  50. Fortalecimiento de la Atención Integral en Medicina Familiar. Basado en la Atención Primaria a la Salud,. 2014;
  51. Vargas I., Villegas A., Sánchez O. HK. Promoción, prevención y Educación para la Salud. 2003;171.
  52. OMS. Glosario de promoción de la salud, Ginebra. 1998;
  53. Martín Colimon K. Fundamentos de Epidemiología. Editor Colimon, Medellín,Colombia. 1978;13.
  54. Tobergte DR, Curtis S. Diabetes CENETEC. *J Chem Inf Model.* 2013;53(9):1689–99.
  55. Zimmet, P., Alberti, K. G. & Shaw J. Global and societal implications of the diabetes epidemic. *Nature.* 2001;414:782–787.
  56. International Diabetes Federation., The diabetes atlas. Third Ed. :2006, IDF.

57. International Federation of Diabetes. Diabetes Atlas 5th Ed. :2012.
58. Shaw, J.E., Sicree, R. A. & Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pr.* 87:4–14.
59. Ojeda J, Villa T, Murguía P, Revuelta M, López M, Kuri P, et al. Boletín epidemiológico diabetes mellitus tipo 2 primer trimestre-2013. *Secr Salud.* 2012;2–7.
60. Abad FJ, Garrido J, Olea J, Ponsoda V. Introducción a la Psicometría Teoría Clásica de los Tests y Teoría de la Respuesta al Ítem. 2004;(Febrero):150.
61. Argibay JC. Técnicas Psicométricas. Cuestiones de Validez y Confiabilidad. *Subjetividad y Procesos Cognitivos.* 2006;15–33.
62. Cronbach L. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika.* 1951;16:297–334.
63. Koss E. The health of regionville. New York Haffner. 1954;
64. Cafferata G RK. Patient satisfaction and the use of health service: explorations in causality USA. *East Sociol Meet.* 1978;
65. Roghmann K, Hengst A ZT. Satisfaction with medical care. *Med Care.* 1979;12 (5):461–7.
66. Freemon B, Korsch BM NV. Gaps in doctor- patient interaction analysis. *Pediatr Res.* 1971;5 (6):298–311.
67. Hulka BS, Zvzanski SJ CJT. Scale for the measurement of attitudes physicians and primary medical care. *med care.* 1970;8:429.
68. Hunt HK. Conceptualization and Measurement of Consumer Satisfaction and Dissatisfaction . Cambridge: Marketing Science Institute. *J Mark Res.* 1978;(pp. 455-488).
69. DiMatteo M HR. The significance of patient's of physician conduct: a study of patient satisfaction in a family practice center. *J Community Heal.* 1980;6(2):18–22.
70. Fox J SD. A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care. *Sociol Sci Med.* 1981;15(9):557–564.
71. Oliver R. A. cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decision. *Journal Mark Res.* 1980;17:460–9.
72. Oliver R. Measurement and evaluation of the satisfaction process in retail settings. *Journal Retail.* 1981;(57):25–48.
73. Pascoe G. Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Evaluation Program Plan Special Issue.* 1983;6(6):185–418.
74. Westbrook, R. A. y Oliver RL. The dimensionality of consumption emotion patterns and consumer satisfaction. *J Consum Res.* 1991;(18):84–91.
75. De Silva A. A framework for measuring responsive ness. *GPE Discuss Pap Ser No32 EIP/GPE, WHO.* 1999;
76. Arenas, Y., Fuentes, V. & Campos C. Grado de satisfacción usuaria de la consulta EPAS-RN del Servicio de Pediatría del CEDIUC. *EPAS.* 1993;10(1):17–17.
77. Guzmán del Río E. Satisfacción del usuario. *EPAS.* 1986;(11):6–11.
78. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. *Ann Arbor, MI Heal Adm Press.* 1980;1:1980.
79. Hidalgo, C. G. & Carrasco E. Salud familiar: Un modelo de atención integral en la atención primaria. Santiago Ediciones Univ Católica Chile. 1999;
80. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc).* 2000;114(Supl 3):26–33.
81. Bourliataux-lajoinie S. Satisfaction measurement instruments for healthcare service users : a systematic review Instrumentos para mensuração de satisfação de usuários de serviços de saúde : uma revisão sistemática Los instrumentos para medir la satisfacción del usuario de los se. 2015;31(1):11–25.
82. Cheng WLS, Lai CKY. Satisfaction Scale for Community Nursing: Development and validation. *J Adv Nurs.* 2010;66(10):2331–40.
83. Erci B CS. Psychometric evaluation of the primary health-care satisfaction scale in Turkish women. *Int J Qual Heal Care.* 2010;(22:500-6.).
84. Ekwall A DB. Testing a Swedish version of the consumer emergency care satisfaction scale in an emergency department and 2 observation wards. *J Nurs Care Qual.* 2010;25:266–173.
85. Milutinovi D, Simin D, Brki N, Brki S. The patient satisfaction with nursing care quality: The psychometric study of the Serbian version of PSNCQQ questionnaire. *Scand J Caring Sci.* 2012;26(3):598–606.

86. Charalambous A. Validation and test-retest reliability of the Risser patient satisfaction scale in Cyprus. *J Nurs Manag.* 2010;18:61–9.
87. Lam WW, Fielding R, Chow L, Chan M, Leung GM HE. The Chinese Medical Interview Satisfaction Scale-revised (C-MISS-R): development and validation. *Qual Life Res.* 2005;14:(1):1187–92.
88. Vanti C, Monticone M, Ceron D, Bonetti F P, R, Guccione AA et al. Italian version of the physical therapy patient satisfaction questionnaire: cross-cultural adaptation and psychometric properties. 2013; *Phys Ther.* 2013;(93):911–22.
89. Herdman M, Fox-Rushby J BX. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. 1998; *Qual Life Res.* 1998;(7):323–35.
90. Herdman M, Fox-Rushby J BX. “Equivalence” and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Qual Life Res.* 1997;6:237-47.
91. Lam WW, Fielding R, Chow L, Chan M LG, Ho EY. The Chinese Medical Interview Satisfaction Scale-revised (C-MISS-R): development and validation. *Qual Life Res.* 2005;14:1187-92.
92. Gagnon M, Hebert R, Dube M, Dubois M. Development and Validation of the Health Care Satisfaction Questionnaire (HCSQ) in Elders. 2006;14(3).
93. Wilde EF HV. The Client Satisfaction Questionnaire: psychometric properties in a Dutch addict population. *Eur Addict Res.* 2005;(11:157-62.).
94. Van der Feltz-Cornelis CM, Van Oppen P VM, HW, De Beurs E VDR. A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: Development and psychometric evaluation. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004;26: 115-120.
95. Mingote-Adán J, Moreno-Jiménez B R-CR, Gálvez-Herrer M R-LP. Psychometric validation of the Spanish version of the Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ). *Actas Esp Psiquiatr.* 2009;37: 94-100.
96. T, Fernández-López E, Pajares-Carbajal G M-J, B. Patient satisfaction with the patient-doctor relationship measured using the questionnaire (PDRQ-9). *Aten Primaria.* 2010;42: 196-203.
97. Ríos-álvarez M, Acevedo-giles Ó, Avilés AG. Artículo original Satisfacción de la relación médico-paciente y su asociación con el control metabólico en el paciente con diabetes tipo 2. 2011;19(4):149–53.
98. Gonzalez N, Quintana JM, Bilbao A EA, Aizpuru F, Thompson A et al. Development and validation of an in-patient satisfaction questionnaire. *Int J Qual Heal Care.* 2005;17:465-72.
99. Otani K, Kurz RS HL. Managing primary care using patient satisfaction measures. *J Heal Manag.* 2005;50:311-24.
100. Hendriks AA, Vrieling MR, van Es SQ DHH, Smets EM. Assessing inpatients’ satisfaction with hospital care: should we prefer evaluation or satisfaction ratings? *Patient Educ Couns.* :55: 142-6.
101. Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Peset R, Ybarra J, Pérez-Jover V, Palazón I, et al. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2002;17(5):273–83. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X02775179>
102. F. verbeek J de BA van der WPHAJ van ARH. Patient satisfaction with occupational health physicians, development of a questionnaire. *Occup Environ Med.* 2005;62(2):119–23.
103. Roblin DW. Becker ER. Adams EK. Howards DH. Roberts MH. Patient satisfaction with primary care: does type of practitioner matter? *Medica Care.* 2004;42(6):579–90.
104. Kontodimopoulos N, Arvanitaki E, Aletras VH, Niakas D. Psychometric properties of the Greek Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. BioMed Central Ltd; 2012;10(1):17. Available from: <http://www.hqlo.com/content/10/1/17>
105. Galiano G MA, Calvo A MS, Feito T MA, Aliaga B MW, Leiva M S, Mujica P B. Condición De Salud De Pacientes Diabéticos Y Su Satisfacción Con El Tratamiento Para La Enfermedad. *Cienc y enfermería.* 2013;19(2):57–66.
106. A.T. Shiu,C.R. Martin,D.R. Thompson RYW. Psychometric properties of the Chinese version of the diabetes empowerment scale. *Psychol Heal Med.,* 2006;11:198–208.
107. M. Millan JR. Reliability of a Spanish Version of the DQOL questionnaire in type 1 and type 2 diabetes patients *Diabetes.,* 2000;49:p. 92.
108. Granado de la Orden S, Rodríguez Rieiro C, Ol- medo Lucerón MC, Chacón Garía A, Vigil Escriba- no D RPP. Design and validation of a questionnaire of the hospital outpatient clinics in Madrid, Spain. *Salud Pública. Rev Esp.* 2007;81:637–45.

109. Castillo AF, Vilchez-Lara MJ S-LE. Satisfaction with hospitalization scale: adaptation and psychometrics properties. *Behav Psychol.* 2012;(20):383–400.
110. Manaf NHA, Mohd D AK. Development and validation of patient satisfaction instrument. *Leadersh Heal Serv.* 2012;25:27-38.
111. Hall J DM. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc Sci Med.* 1988;27:637-44.
112. Hall JA DM. What patient like about their medical care and how often they are asked: A meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med.* 1988;27:935–9.
113. Nathorst-Böös J, Munck IME, Eckerlund I E-SC. An evaluation of the QSP and the QPP: two methods for measuring patient satisfaction. *Int J Qual Heal Care.* 2001;13: 257-64.
114. Parasuraman A, Zeithaml V BL. SERVQUAL: a multipleitem scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Retail.* 1988;64:12-40.
115. Parasuraman a, Zeithaml V, Berry L. Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for further research. *J Mark [Internet].* 1994;58(January):111–24. Available from: <http://www.jstor.org/stable/10.2307/1251430%5Cnhttp://www.jstor.org/stable/10.2307/1252255>
116. Mira JJ, Galdón M, Ignacio García E, Velasco MV, García S V, J et al. ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos? Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi. *Rev Calid Asist.* 1999;14:165-78.
117. loeken k, Steine S, Sandvik L LE. A new instrument to measure patiet satisfaction with mammography. Validity, reliability, and discriminatory power. *Med Care.* 1997;35(7):731–41.
118. Piette JD. Satisfaction with care among patients with diabetes in two public health care systems. *Med Care.* 1999;37(6):538–46.
119. Hamui Sutton y cols. Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México : U n estudio de satisfacción con la atención médica. 2013.
120. Kirsner RS. Federman DG. Patient Satisfaction. Quality of care from the patients perspective. *Arch Dermatol.* 1997;133(11):1427–31.
121. Kravitz RL, Cope DW, Bhrany V LB. Internal Medicine patients expectations for care during office visits. *J gen Intern Med.* 1994;9:75–81.
122. larsen DE.Rootman I. Physicia role perfornrance and patient satisfaction. *Soc Sci Med.* 10(1):29–32.
123. RD. AMN. the association between satisfaction with services provided in primary care and outcomes in type 2 diabetes mellitus. *Diabet Med.* 20((6)):486–90.
124. Boechler. V, Neufeld. A.. & McKim R. Evaluation of client satisfaction in a community health centre: Selection of a tool. *The Canadian Journal of Program Evaluation.* 2002;17(\),:97–117.
125. Aharony. L. & SS. Patient satisfaction: What we know about and what we still need to explore. *Med Care Rev.* 1993;(50(\),):49–79.
126. Geron, S. M., Smith. K.. Tennstedt S. JA. CD. & KL. The Home Care Satisfaction Measure (HCSM): A client-centered approach to assessing the satisfaction of frail older adults with home care services. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci.* 2000;(55. S259-S270.).
127. Miller-Hohi. D. A. Patient satisfaction and quality care. *Caring.* 1992;(11):34–7.
128. Sixma. H. J.. Cretien Van Campen. J., Kerssens, L. P. & PL. Quality of care from tbe perspective of elderly people: The QUOTE-Elderly instrument. *Age Ageing.*, 2000;29, 173–178.
129. L. GCDMDNLBG. Impoverished diabetic patients whose doctors facilitate their participation in the medical decision making are more satisfied with their care. *J Gen Intern Med.* 2002;17(11):857–66.
130. A. FMPFDBGBMDNBGSKSSMTGVMN. The QuED Study Group-Quality of care and outcomes in Type 2 Diabetes .Correlates of satisfaction for the relationship with their physician in type 2 diabetic patients. *Diabetes Res Clin Pract.* 2004;66(3):277–86.
131. Rosenstock J. Cappelleri JC. Bolinder B. gerber RA. Patient satisfaction and glycemic control after 1 year with inhaled insulin (exubera) in patients with type 1 or type 2 Diabetes. *Diabetes Care.* 2004;27(6):1318–23.
132. SD. FVRGD pP. BMMMMF. Functional status and patient satisfaction: a comparison of iscemic heart disease, obstructive lung disease, and diabetes mellitus. *J Gen Intern Med.* 2005;20(5):452–9.
133. Risser NL. Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and

- nursing care in primary care settings. *Nurs Res.* 1975;24(1):45–52.
134. Munro, B.H., Jacobsen, B.S., & Brooten DA. Re-examination of the psychometric characteristics of the La Monica–Oberst Patient Satisfaction Scale. *Res Nurs Heal.* 1994;17(2):119–125.
  135. Cabrero, J., & Richart M. Adaptación española de una escala para medir la satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería: primeros resultados. *iputación Prov Alicant.* 1992;297–301.
  136. Larson, P., & Ferketich S (1993). Patients' satisfaction with nurses' caring during hospitalization. *West J Nurs Res.* 1993;15(6):690–707.
  137. McColl, E., Thomas, L., & Bond S. A study to determine patient satisfaction with nursing care. *Nurs Stand.* 1996;10(52):34–38.
  138. Geron. S. M. Using measures of subjective well-being and client satisfaction in health asses.sments of older persons. *Heal Care Later Life.* 1996;1((6)):185–196.
  139. Boechler. V, Neufeld. A.. & McKim R. Evaluation of client satisfaction in a community health centre: Selection of a tool. *Can J Progr Eval.* 2002;17(\), 97-117.
  140. Marsh G (1999). Measuring patient satisfaction outcomes across provider disciplines. *J o/ Nurs Meas.* 1999;7(1). 47-62.
  141. June C. Nunnally. *psichometric theory.* Publ McGraw-Hill. 1987;310.
  142. Varela-Ruiz M, Díaz-Bravo L, García-Durán R. Descripción y usos del método Delphi en investigación del área de la salud. *Investig en Educación Médica [Internet].* 2012;1(2):90–5. Available from: [http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/V1Num02/07\\_MI\\_DESCRIPCION\\_Y\\_USOS.PDF](http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/V1Num02/07_MI_DESCRIPCION_Y_USOS.PDF)
  143. Escobar-Pérez J, Cuervo-Martínez Á. Validez De Contenido Y Juicio De Expertos: Una Aproximación a Su Utilización. *Av en Medición.* 2008;6:27–36.
  144. De M, En I, Médica E, Hamui-Sutton A, Varela-Ruiz M. La Técnica De Grupos Focales. *Inv Ed Med [Internet].* 2013;2(1):55–60. Available from: [www.elsevier.com.mx](http://www.elsevier.com.mx)
  145. Introducción. Herramienta: &quot; GUÍA PARA GRUPOS FOCALES &quot; Índice.
  146. SPSS Inc. Manual del usuario del sistema básico de IBMSPSS Statistics 19. *ANZ J Surg.* 2009;79(3):114–7.
  147. Tabachnick BG FL. *Using multivariate statistics.* Boston Pearson Educ Inc,. 2007;5th ed.
  148. Stevens JP. Exploratory and confirmatory factor analysis. In: Stevens JP, Fifth ed. *Appl Multivar Stat Soc Sci Hoboken Taylor Fr.* 2012;pp 325–394.
  149. Streiner DL NG. *Health Measurement Scales: A Practical Guide To Their Development and Use.* Oxford Univ Press Oxford. 1989;
  150. Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, van der Windt DAWM, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol.* 2007;60(1):34–42.
  151. Badii A, Guillen OP, Lugo S, Aguilar Garnica JJ. Correlación No-Paramétrica y su Aplicación en la Investigaciones Científica Non-Parametric Correlation and Its Application in Scientific Research. *Int J Good Conscienc Agosto.* 2014;9(2):31–40.
  152. Hall. J. A.. & Doman. M. C. What patients like about their medical care and how often they iire asked: A meta\*analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med.* 1988;27((9)):935–939.
  153. Maindal HT, Sokolowski I, Vedsted P. Adaptation, data quality and confirmatory factor analysis of the Danish version of the PACIC questionnaire. *Eur J Public Health [Internet].* 2012;22(1):31–6. Available from: <http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/eurpub/ckq188>
  154. Wiggins JS. *Personality and prediction: Principles of personality asses.sment.* Reading MA Addison-Wesley. 1980;
  155. Cohen. G. Age and health status in a patient satisfaction survey. *Soc Sci Med.* 1996;(42(1)),:1085–1093.
  156. Ross. C. K.. Steward. C. A.. & Sinacore. J. M. (1995). A comparative study of seven measures of patient satisfaction. *Med Care.* (33(A)),:392–406.
  157. Gardial. S, R & WRF. *Know your customer: New approaches to understanding customer value and satisfaction.* Cambridge MA Blackwell. :(1996).
  158. Argimón Pallás JM JVJ. *Métodos de investigación clínica y epidemiológica.* Madrid: Elsevier;3ª Edición. 2006;P. 204.
  159. Avis. M.. Bond. M.. & Arthur. A Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *J Adv Nursing.* 1995;22, 316–322.

160. Carr-Hill R. The measurement of patient satisfaction. *J Public Heal Med.* 1992;14. 236-249.
161. de Arquer M. Fiabilidad Humana: métodos de cuantificación, juicio de expertos. *Cent Nac Condiciones Trab.* 1995;
162. Van Der Fels-Klerx, I. Gossens, L. Saaticamp, H & Horst S. Elicitation of quantitative data from a heterogeneous Expert Panel: Formal process and application in animal health. *Risk Anal.* 2002;22 (1):67–81.
163. Martínez R. *Psicometría: teoría de los test psicológicos y educativos.* Madrid Editor Síntesis. 1995;
164. Stewart, T., Roebber, P. & Bosart L. The importance of the task in analyzing expert judgment. *Organ Behav Hum Decis Process.* 1997;69 (3):205–219.
165. Jakobsson, U. & Westergren A. Statistical methods for assessing agreement for ordinal data. *Scand J sCaring Sci.* 2005;19(4):427–431.
166. Artstein, R. & Poesio M. Kappa3 = Alpha (or Beta). (Technical Report CSM-437). Department of Computer Science: Univ Essex. 2005;
167. Siegel, S. & Castellan NJ. *Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta.* México: Trillas. 1995;
168. Ato, M., Benavente, A., & López JJ. Análisis comparativo de tres enfoques para evaluar el acuerdo entre observadores. *Psicothema.* 2006;18(3):638 – 645.
169. Carvajal C, Centeno R, Watson M, Martínez Á, Sanz R . ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud?. *Salud Publica Mex.* 2013;55(1).
170. Argimón, J.M., & Jiménez J. *Métodos de investigación clínica y epidemiología.* Madrid: Elsevier SA. 2013;(4ª Ed).
171. Hinshaw, A., & Atwood J. A patient satisfaction instrument: precision by replication. *Nurs Res.* 1981;31(3):170-191.
172. Marshall, G., Hays, R. & Mazel R. Health status and satisfaction with health care: Results from the medical outcomes study. *J Consult Clin Psychol.* 1996;64(2):380–90.
173. Jaju A CM. The perfect design: optimization between reliability, validity, redundancy in scale items and response rates. *Am Mark Assoc.* 1999;10:127–131.
174. Cicchetti DV (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in Psychology. *Psychol Assessment.*, 6(4):284–290.
175. Szklo, M., & Nieto J. *Epidemiología intermedia, concepto y aplicaciones.* España: Ediciones Diaz Santos. 2003;
176. Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey L. et al. The measurement of satisfaction with health care: implications for practice from a systematic review of the literature. *Heal Technol Assessment.* 2002;6 (32):1–244.
177. Pérez-Cuevas R, Reyes Morales H, Doubova SV, Zepeda Arias M, Díaz Rodríguez G, Peña Valdovinos A, et al. Atención integral de pacientes diabéticos e hipertensos con participación de enfermeras en medicina familiar. *Rev Panam Salud Pública.* 2009;26(6):511–7.
178. Serrano-del Rosal R, Loriente-Arín N. La anatomía de la satisfacción del paciente. *Salud Publica Mex.* 2008;50(2):162–72.
179. Pearson, A., Durand, I. & Punton S. Determining quality in unit where nursing is the primary intervention. *J Adv Nursing.*, 14(4):269–73.
180. Strasser, S.S, Welch, G.E., & Burge JC. Satisfaction with medical care. *J Heal Care Mark.* 1995;15(3):34–44.
181. Lin CC. Patient satisfaction with nursing care as an outcome variable: Dilemmas for nursing evaluation researchers. *J Prof Nurs.* 1996;12(4):207–216.
182. Lewis JR. Patient views on quality care in general practice: Literature review. *Soc Sci Med.* 1994;39(5):655–670.
183. Acorn, S., & Barnett J. Patient satisfaction issues in measurement. *The Canadian Nurse.* 1999;95(6):33–36.
184. Bautista L.M. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. *Aquichan.* 2008;8(1)(74–84.).



## XXII. ASPECTOS ÉTICOS.

El proyecto se apegó a lo dispuesto en el reglamento de la Ley Federal de Salud en materia de investigación para la salud. El criterio que prevalece es el de respeto a la dignidad y protección de los derechos y el bienestar de los participantes, se evitó hacer juicios o comentarios acerca de las respuestas vertidas en los cuestionarios y se aseguró la confiabilidad de dichos datos. (artículo 13)

La investigación que se realizó fue en la población de diabéticos dentro de la UMF-11, la participación fue voluntaria y se protegió bajo los principios de individualidad y anonimato bajo el artículo 14, fracción V. Esta investigación se consideró sin riesgo para la población de diabéticos en estudio, ya que no hubo procedimientos invasivos (artículo 17, fracción 11). Se anexa carta de consentimiento informado. **(Anexo 5)**

Esta investigación es congruente con la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial" adaptada por 52a Asamblea General, en Edimburgo, Escocia en el año 2000, dado que se consideró el respeto por los pacientes y sus cuidadores (Artículo 8), y el derecho a su autodeterminación para tomar decisiones informadas (Artículos 20 y 22), mediante la implementación del proceso de consentimiento informado, asegurando que los pacientes y sus cuidadores han comprendido la información y que su consentimiento informado es voluntario. Además, se revisó cuidadosamente la bibliografía para formar antecedentes y escribir la parte metodológica del proyecto, tomando en cuenta que la investigación debe basarse en un conocimiento cuidadoso del campo científico (Artículo 11).

También se consideró el artículo 15 de la declaración, dado que la presente investigación fue conducida por los investigadores con experiencia en el área de investigación correspondiente y que el proyecto de investigación que se llevó a cabo fue aprobado por el comité de ética (artículo 13).

El proyecto también es congruente con la Ley General de Salud, de los Estados Unidos Mexicanos, título quinto "Investigación para la salud", capítulo único, Artículo 100, dado que su realización no expuso a los participantes a riesgos y daños innecesarios (Artículo 100, Fracción III) y se apegó a los principios científicos y éticos

que justifican su realización, con lo que se pretendió producir nuevo conocimiento sobre las necesidades de apoyo de la población estudiada (Artículo 100, Fracción I y II), además de que contó con el consentimiento informado verbal una vez que los sujetos recibieron la información acerca del proyecto (Artículo 100, Fracción IV).

### **XXIII. RECURSOS, FINANCIAMIENTOS Y FACTIBILIDAD.**

El proyecto conto con recursos humanos de la Unidad de Investigación Epidemiológica y Servicios de Salud delegación Aguascalientes para las siguientes actividades: capacitación de las encuestadoras (por parte de los investigadores del estudio), coordinación de trabajo de campo (por investigadores del estudio), área del diseño de nuestro formulario (por técnico de investigación del área de cómputo de la unidad) y análisis de los datos del estudio por parte de los investigadores. El apoyo obtenido se destinó a contratar a licenciadas en enfermería, capturista, e impresiones de los cuestionarios necesarios para desarrollar el proyecto (Ver desglose financiero).

#### **Desglose financiero**

<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>No</b>	<b>MESES</b>	<b>MONTO</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
<b>Trabajo del campo:</b>				
Licenciados en Enfermería	3	6	\$10000.00 pago mensual con impuestos incluidos	\$18 000.00.
Capturista	2	3	\$8000.00 pago mensual con impuestos incluidos	\$48 000.00
<b>Ediciones e impresiones:</b>				
Impresión de cuestionario y de la carta de consentimiento informado.	510	3 hojas	\$1.50 por juego	\$2295.00
Materiales diversos para el trabajo de campo, como las carpetas, fólderres, lápices, gomas, sacapuntas, USB, etc.				\$ 3000.00
<b>Total</b>				<b>\$ 71295.00</b>

## XXIV. ANEXOS.

### Anexo 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN

ACTIVIDADES	AGS 2015	SEP 2015	OCT 2015	NOV 2015	DIC 2015	ENE 2016	FEB 2016	MAR 2016	ABR 2016	MAY 2016	JUN 2016	JUL 2016	AGS 2016	SEP 2016	OCT 2016	NOV 2016	DIC 2016	ENE 2017	FEB 2017
Revisión de literatura.	★																		
Planteamiento del problema		★																	
Acopio de Bibliografía.	★																		
Antecedentes, justificación		★																	
Marco Teórico y Conceptual		★																	
Objetivos Generales y Específicos			★																
Hipótesis Generales y Específicos.			★																
Metodología de Investigación				★															
Revisión Protocolo					★														
Registro de Protocolo ante el Comité de Investigación.					★														
Aprobación de Protocolo					★														
Financiamiento capacitación						★													
Prueba piloto							★												
Trabajo de Campo, aplicación de encuestas.							★	★	★	★	★								
Acopio y Captura de Datos.												★	★						
Análisis e Interpretación de Resultados													★	★	★				
Validación de resultados																★			
Hacer Discusiones y Conclusiones.																	★		
Revisión de la investigación																	★	★	
Elaboración de tesis.																		★	
Difusión de resultados.																			★

## Anexo 2. PLANILLA DE JUICIO DE EXPERTOS

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el Instrumento:

### Construcción y validación de un instrumento que mida la satisfacción del paciente diabético con el modelo uno a uno de la atención integral en el primer nivel de atención.

Forma parte de la investigación dentro de la Maestría en Ciencias de la Salud Campo Disciplinario Epidemiología. La evaluación de los instrumentos es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos a partir de éstos sean utilizados eficientemente; aportando tanto al área investigativa de la psicología como a sus aplicaciones. Agradecemos su valiosa colaboración.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL JUEZ: \_\_\_\_\_

FORMACIÓN ACADÉMICA: \_\_\_\_\_

AREAS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

TIEMPO \_\_\_\_\_ CARGO ACTUAL \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN \_\_\_\_\_

Objetivo de la investigación: \_\_\_\_\_

Objetivo del juicio de expertos: \_\_\_\_\_

Objetivo de la prueba: \_\_\_\_\_

De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

CATEGORIA	CALIFICACIÓN	INDICADOR
<b>SUFICIENCIA</b>  Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta.	1 No cumple con el criterio	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión.
	2. Bajo Nivel	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden con la dimensión total.
	3. Moderado nivel	Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente.
	4. Alto nivel	Los ítems son suficientes
<b>CLARIDAD</b>  El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1 No cumple con el criterio	El ítem no es claro
	2. Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
<b>COHERENCIA</b>  El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1 No cumple con el criterio	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión.
	3. Moderado nivel	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.
	4. Alto nivel	El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.
<b>RELEVANCIA</b>  El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1 No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

¿Hay alguna dimensión que hace parte del constructor y no fue evaluada?

¿Cuál? \_\_\_\_\_

### Anexo 3. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

CONCEPTO	DESCRIPCION	DIMENSIONES	VARIABLE	INDICADOR	ESCALA	ITEMS
Perfil socio-demográfico	Conjunto de rasgos particulares y del contexto familiar y económico que caracteriza al grupo social al que pertenece cada paciente diabético.	<b>Características sociodemográficas.</b> características sociales de la población y de su desarrollo a través del tiempo.	<u>Edad</u> Tiempo de existencia desde el nacimiento medido en años cumplidos en el momento de la entrevista	Número de años cumplidos	Cuantitativa discreta 1. 20-30 años 2. 31-40 años 3. 41-50 años 4. 51-60 años 5. >60 años	1.- ¿Cuántos años tiene?
			<u>Sexo</u> Hace referencia a las expectativas de índole cultural respecto de los roles y comportamientos de hombres y mujeres.	fenotipo	Cualitativa nominal dicotómica  1. masculino 2. femenino	2.-Según sexo biológico de pertenencia.
			<u>Estado civil</u> Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes o relacionadas con matrimonio.	Vínculos con respecto a la relación de pareja.	Cualitativa nominal 1. Soltero (a) 2. Casado (a) 3. Unión libre (a) 4. Divorciado (a) 5. Separado (a) 6. Viudo (a)	3. ¿Cuál es su estado civil?
			<u>Escolaridad</u> Grados que el individuo ha aprobado en un establecimiento educativo reconocido legalmente.	Años cumplidos de educación formal	Cualitativa nominal 1. Analfabeta 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria 5. Bachillerato/equivalente 6. profesionista 7. Otros	4. ¿Hasta qué grado escolar curso?
			<u>Ocupación</u> Es el ejercicio de funciones en un contexto de trabajo determinado.	Tipo de ocupación según sectores	Cualitativa nominal 1. Empleado 2. Comerciante 3. Ama de Casa 4. Agricultura y ganadería 5. Pensionado 6. Estudiante 7. otros	5. ¿Cuál es su ocupación?
		<b>Características de la enfermedad</b> Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y unos signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.	<u>Diagnóstico de la enfermedad</u> procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome o cualquier estado patológico.	Años en el que se identificó la enfermedad en estudio.	Cuantitativa discreta 1. 1-5 años 2. 6-10 años 3. 11-20 años 4. 21-30 años 5. > 30 años	6. ¿hace cuánto tiempo se diagnosticó la diabetes mellitus tipo 2?
			<u>Enfermedades Concomitantes</u> segunda enfermedad que ataca cuando una persona ya sufre de otra enfermedad primaria.	Conocimiento de la alteración estructural o funcional de un órgano a cualquier nivel.	Cualitativa nominal 1. Hipertensión Arterial 2. Obesidad 3. Dislipidemia 4. Artritis Reumatoide 5. Enfermedades del corazón 6. Enfermedades cerebrovasculares 7. Otras 8. Ninguna	7. ¿Qué otra enfermedad a parte de la diabetes mellitus tipo 2 tiene?

**OPERACIONALIZACION DE LAS EXPECTATIVAS DEL PACIENTE DIABETICO CON EL MODELO UNO A UNO DE LA ATENCION INTEGRAL**

CONCEPTO	DOMINIOS		DIMENSIONES		INDICADORES	ESCALA	ITEM	
<p><b>SATISFACCION DEL PACIENTE DIABETICO CON EL PROCESO DE ATENCION INTEGRAL</b></p> <p>Es el resultado de la diferencia entre las expectativas del paciente diabético y las experiencias dividido entre las expectativas con respecto al modelo uno a uno de la atención integral del Médico familiar y la Enfermera Especialista en Medicina de Familia que incluyen acciones basadas en la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación teniendo el impacto principal en el mejoramiento de la calidad de vida del individuo, la familia y la comunidad.</p>	<p><b>SATISFACCION</b></p> <p>Es el resultado de la diferencia de las expectativas del paciente diabético y la experiencia dividida entre expectativas, con respecto al modelo uno a uno de la atención integral otorgada por el Médico Familiar y la Enfermera Especialista en Medicina de Familia.</p>	<p><b>EXPECTATIVAS</b></p> <p>Lo que el paciente diabético espera que ocurra antes de recibir la atención integral por parte del Médico Familiar y la Enfermera Especialista en Medicina de Familia en relación con la comunicación, empatía, cuidado de la técnica, continuidad de la atención, basadas en la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación teniendo el impacto principal en el mejoramiento de la calidad de vida del paciente diabético.</p>	<p><b>COMUNICACIÓN</b></p> <p>Es el proceso mediante el cual el Médico Familiar y/o la Enfermera Especialista en Medicina de Familia intercambian ideas acerca de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación con el paciente diabético en el momento de recibir la atención médica.</p>	<p><b>PROMOCIÓN</b></p> <p>Intercambio de ideas en cuanto a estrategias que comparten el Médico Familiar con el paciente diabético para un proceso de cambio orientado a la modificación de las condiciones de salud y ejercer un mayor control.</p>	<p>I. Orientación telefónica.</p> <p>II. seguimiento del paciente descontrolado.</p> <p>III. prescripción de medicamentos y recetas resurtibles.</p> <p>IV. deriva al paciente a los diferentes servicios para su atención.</p>	<p>Escala Likert</p> <p>5.Muy Importante</p> <p>4.Importante</p> <p>3.Moderadamente importante</p> <p>2.De poca importancia</p> <p>1.Sin importancia</p>	<p><b>MEDICO FAMILIAR</b></p>	
			<p><b>PREVENCIÓN</b></p> <p>Intercambio de ideas del Médico Familiar y el paciente diabético para evitar la aparición de la enfermedad, detener el avance y atenuar consecuencias una vez establecida.</p>	<p>I. Orientación telefónica.</p> <p>II. seguimiento del paciente descontrolado.</p> <p>III. prescripción de medicamentos y recetas resurtibles.</p> <p>IV. deriva al paciente a los diferentes servicios para su atención.</p>	<p>1. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar le asesore acerca de su enfermedad vía telefónica?</p> <p>2. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar le explique acerca de su enfermedad en su consulta médica?</p> <p>3. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar le explique las indicaciones de su receta?</p> <p>4. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar le explique porque necesita ser derivado a otros servicios?</p>			
			<p><b>TRATAMIENTO</b></p> <p>Intercambio de ideas del Médico Familiar y el paciente diabético para ofrecer seguimiento del control de su enfermedad y servicios de diagnósticos.</p>	<p>I. Orientación telefónica.</p> <p>II. seguimiento del paciente descontrolado.</p> <p>III. prescripción de medicamentos y recetas resurtibles</p> <p>IV. deriva al paciente a los diferentes servicios para su atención.</p>	<p>5. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar le explique por teléfono como debe alimentarse?</p> <p>6. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar le explique las complicaciones de la diabetes? (El encuestador menciona ejemplos como; bajar el azúcar, subir el azúcar, enfermedad de los ojos, enfermedad del riñón, enfermedad de los pies).?</p> <p>7. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar le explique los efectos de los medicamentos?</p> <p>8. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar le explique cómo integrarse a un programa de actividad física de acuerdo a sus necesidades?</p>			
			<p><b>REHABILITACIÓN</b></p> <p>Intercambio de ideas del Médico Familiar y el paciente diabético para facilitar la adaptación de las complicaciones propias de la enfermedad y así reducir al máximo, las recidivas del padecimiento.</p>	<p>I. Orientación telefónica.</p> <p>II. seguimiento del paciente descontrolado.</p> <p>III. prescripción de medicamentos y recetas resurtibles.</p>	<p>9. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar le explique por teléfono dudas sobre su tratamiento?</p> <p>10. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar le explique cómo y cuándo medir su azúcar (destróstitx), antes y después de la ingesta de alimentos?</p> <p>11. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar le explique las consecuencias de no tomar el medicamento o suspender el tratamiento?</p> <p>12. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar lo envíe a oftalmología para que le explique cómo esta su vista?</p> <p>13. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar le explique por teléfono sobre sus posibles complicaciones?</p> <p>14. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar le explique cómo debe cuidar su piel para evitar complicaciones?</p> <p>15. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar le explique cómo los medicamentos ayudan a evitar complicaciones?</p> <p>16. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar le explique por qué debe ser enviado con el especialista del hospital?</p>			

				IV. deriva al paciente a los diferentes servicios para su atención.		
			<p align="center"><b>PROMOCIÓN</b></p> <p>Intercambio de ideas en cuanto a estrategias que comparte la Enfermera Especialista en Medicina de Familia y el paciente diabético para un proceso de cambio orientado a la modificación de las condiciones de salud y ejercer un mayor control.</p>	<p>I. Visitas domiciliarias.</p> <p>II. Seguimiento del paciente controlado.</p> <p>III. Realiza actividades de educación para la salud.</p> <p>IV. Refiere al Médico Familiar y a otros profesionales de la salud, pacientes descontrolados.</p>	Escala de Likert  5.Muy Importante 4.Importante 3.Moderadamente importante 2.De poca Importancia 1.Sin Importancia	<p align="center"><b>ENFERMERA ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIA</b></p> <p>17.¿Qué importancia le da a que la enfermera acuda a su domicilio para orientación de los programas educativos?</p> <p>18.¿Qué importancia le da a que la enfermera le explique acerca de su enfermedad?</p> <p>19.¿Qué importancia le da a que la enfermera le explique las actividades que ayudan a mejorar su salud?</p> <p>20.¿Qué importancia le da a que la enfermera le informe sobre su estado de salud antes de ser enviado a cualquier servicio?</p> <p>21.¿Qué importancia le da a que la enfermera acuda a su domicilio para explicarle que alimentos debe de consumir?</p> <p>22.¿Qué importancia le da a que la enfermera le explique qué hábitos higiénicos debe de tener?</p> <p>23.¿Qué importancia le da a que la enfermera le oriente de los daños que ocasiona el tabaco?</p> <p>24.¿Qué importancia le da a que la enfermera lo envíe con el médico familiar para explicarle los efectos de los medicamentos?</p> <p>25.¿Qué importancia le da a que la enfermera acuda a su domicilio para orientarle de las dudas acerca de su tratamiento?</p> <p>26.¿Qué importancia le da a que la enfermera le explique los beneficios de continuar con el tratamiento de manera puntual?</p> <p>27.¿Qué importancia le da a que la enfermera le explique sobre el cuidado de los pies?</p> <p>28.¿Qué importancia le da a que la enfermera le oriente como ser enviado con el médico familiar para explicarle acerca de su tratamiento?</p> <p>29.¿Qué importancia le da a que la enfermera acuda a su domicilio para explicarle cómo y con que debe registrar sus cifras de azúcar (glucosa)?</p> <p>30.¿Qué importancia le da a que la enfermera le explique acerca de la evolución de su enfermedad?</p> <p>31.¿Qué importancia le da a que la enfermera le explique de los cuidados que debe tener en caso de presentar complicaciones?</p> <p>32.¿Qué importancia le da a que la enfermera le explique cuando debe ser enviado con el médico familiar?</p>
			<p align="center"><b>PREVENCIÓN</b></p> <p>Intercambio de ideas de la Enfermera Especialista en Medicina de Familia con el paciente diabético para evitar la aparición de la enfermedad, detener el avance y atenuar consecuencias una vez establecida.</p>	<p>I. Visitas domiciliarias.</p> <p>II. Seguimiento del paciente controlado.</p> <p>III. Realiza actividades de educación para la salud.</p> <p>IV. Refiere al Médico Familiar y a otros profesionales de la salud, pacientes descontrolados.</p>		
			<p align="center"><b>TRATAMIENTO</b></p> <p>Intercambio de ideas de la Enfermera Especialista en Medicina de Familia con el paciente diabético para ofrecer seguimiento del control de su enfermedad y servicios de diagnósticos.</p>	<p>I. Visitas domiciliarias.</p> <p>II. Seguimiento del paciente controlado.</p> <p>III. Realiza actividades de educación para la salud.</p> <p>IV. Refiere al Médico Familiar y a otros profesionales de la salud, pacientes descontrolados.</p>		
			<p align="center"><b>REHABILITACIÓN</b></p> <p>Intercambio de ideas de la Enfermera Especialista en Medicina de Familia con el paciente diabético para facilitar la adaptación de las complicaciones propias de la enfermedad y así reducir al máximo, las recidivas del padecimiento.</p>	<p>I. Visitas domiciliarias.</p> <p>II. Seguimiento del paciente controlado.</p> <p>III. Realiza actividades de educación para la salud.</p> <p>IV. Refiere al Médico Familiar y a otros profesionales de la salud, pacientes descontrolados.</p>		
		<p align="center"><b>EMPATIA</b></p> <p>Capacidad del Médico Familiar y/o Enfermera</p>	<p align="center"><b>PROMOCIÓN</b></p> <p>Estrategias que comparten el Médico Familiar con el paciente diabético poniéndose en su lugar, para un proceso de cambio</p>	<p>I. Orientación telefónica.</p> <p>II. seguimiento del paciente descontrolado.</p>	Escala de Likert  5.Muy Importante 4.Importante	<p align="center"><b>MEDICO FAMILIAR</b></p> <p>33.¿Qué importancia le da a que el médico familiar al orientarlo por teléfono lo llame por su nombre?</p>

			<p>Especialista en Medicina de Familia de ponerse en su lugar del paciente diabético y pensar qué puede estar sintiendo con respecto a su enfermedad.</p>	<p>orientado a la modificación de las condiciones de salud y ejercer un mayor control.</p>	<p>III. prescripción de medicamentos y recetas resurtibles.</p> <p>IV. deriva al paciente a los diferentes servicios para su atención.</p>	<p>3.Moderadamente importante 2.De poca importancia 1.Sin importancia</p>	<p>34. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar comprenda sus problemas de salud por lo que acude a la consulta médica? 35. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar sea amable al darle la receta de sus medicamentos? 36. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar muestre interés de su enfermedad, al enviarlo al hospital, si se requiriera?</p>
				<p><b>PREVENCIÓN</b> Capacidad del Médico Familiar de ponerse en lugar del paciente diabético y dar medidas para evitar la aparición de la enfermedad, detener el avance y atenuar consecuencias una vez establecida.</p>	<p>I. Orientación telefónica. II. seguimiento del paciente descontrolado. III. prescripción de medicamento y recetas resurtibles. IV. deriva al paciente a los diferentes servicios para su atención</p>		<p>37. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar le oriente por teléfono de manera amable de las actividades recreativas que requiera? 38. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar de manera respetuosa le promuevan grupos de control de peso? 39. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar de manera amable le indique realizar alguna actividad física? 40. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar lo envíe amablemente al servicio de nutrición para control de peso si lo requiriera?</p>
				<p><b>TRATAMIENTO</b> El Médico Familiar pensando en lo que puede estar sintiendo el paciente diabético ofrece seguimiento del control de su enfermedad y servicios de diagnósticos.</p>	<p>I. Orientación telefónica. II. seguimiento del paciente descontrolado. III. prescripción de medicamentos y recetas resurtibles. IV. deriva al paciente a los diferentes servicios para su atención.</p>		<p>41. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar le digan amablemente que ejercicios realizar, vía telefónica? 42. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar le indique de manera amable que cuidados generales debe tener? 43. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar de manera amable lo invite a continuar con su tratamiento? 44. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar oportunamente lo envíe al hospital en caso de complicaciones?</p>
				<p><b>REHABILITACIÓN</b> El Médico Familiar pensando en lo que puedan estar sintiendo los pacientes diabéticos facilitan la adaptación de los pacientes diabéticos a complicaciones propias de la enfermedad y contribuye a reducir al máximo, las recidivas del padecimiento del paciente diabético.</p>	<p>I. Orientación telefónica. II. seguimiento del paciente descontrolado. III. prescripción de medicamentos y recetas resurtibles. IV. deriva al paciente a los diferentes servicios para su atención.</p>		<p>45. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar de manera amable le oriente vía telefónica cambios de tratamiento en caso de complicaciones? 46. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar le enseñe de manera clara, como identificar los signos y síntomas de posibles complicaciones de su enfermedad? 47. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar muestre interés en su tratamiento en caso de tener complicaciones? 48. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar amablemente lo envíe al servicio de enfermería para recibir tratamiento en conjunto?</p>
				<p><b>PROMOCIÓN</b> Estrategias que comparte la Enfermera Especialista en Medicina de Familia para evitar la aparición de la enfermedad, detener el avance y atenuar consecuencias una vez establecida.</p>	<p>I. Visitas domiciliarias. II. Seguimiento del paciente controlado. III. Realiza actividades de educación para la salud. IV. Refiere al Médico Familiar y a otros profesionales de la salud, pacientes descontrolados.</p>	<p>Escala de Likert  5.Muy Importante 4.Importante 3.Moderadamente importante 2.De poca importancia 1.Sin importancia</p>	<p><b>ENFERMERA ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIA</b> 49. ¿Qué importancia le da a que la enfermera lo trate con respeto en cada visita a su domicilio? 50. ¿Qué importancia le da a que la enfermera lo trate amablemente en cada cita de seguimiento? 51. ¿Qué importancia le da a que la enfermera le indique de manera respetuosa dejar de consumir alcohol? 52. ¿Qué importancia le da a que la enfermera muestre interés al enviarlo con el médico familiar para su seguimiento en caso de descontrol de su azúcar (glucosa)?</p>



			<p align="center"><b>PREVENCIÓN</b></p> <p>Capacidad de la Enfermera Especialista en Medicina de Familia de ponerse en lugar del paciente diabético y dar medidas para evitar la aparición de la enfermedad, detener el avance y atenuar consecuencias una vez establecida.</p>	<p>I. Visitas domiciliarias.</p> <p>II. Seguimiento del paciente controlado.</p> <p>III. Realiza actividades de educación para la salud.</p> <p>IV. Refiere al Médico Familiar y a otros profesionales de la salud, pacientes descontrolados.</p>		<p>53. ¿Qué importancia le da a que la enfermera acuda a su casa para orientar de manera personalizada sobre los hábitos dietéticos?</p> <p>54. ¿Qué importancia le da a que la enfermera le dé seguimiento para explicarle el uso de insulina en caso de necesitarlo?</p> <p>55. ¿Qué importancia le da a que la enfermera le de pláticas de salud en un grupo de pacientes con su enfermedad de una manera amigable?</p> <p>56. ¿Qué importancia le da a que la enfermera muestre interés al enviarlo con el médico familiar en caso de contar con una enfermedad agregada?</p>
			<p align="center"><b>TRATAMIENTO</b></p> <p>La Enfermera Especialista en Medicina de Familia pensando en lo que puede estar sintiendo el paciente diabético ofrecen seguimiento del control de su enfermedad y servicios de diagnósticos.</p>	<p>I. Visitas domiciliarias</p> <p>II. Seguimiento del paciente controlado</p> <p>III. Realiza actividades de educación para la salud.</p> <p>IV. Refiere al Médico Familiar y a otros profesionales de la salud, pacientes descontrolados.</p>		<p>57. ¿Qué importancia le da a que la enfermera muestre interés al acudir a su casa para revisión de la presión arterial?</p> <p>58. ¿Qué importancia le da a que la enfermera le dé indicaciones claras del uso del medicamento para mantenerse controlado?</p> <p>59. ¿Qué importancia le da a que la enfermera le explique de manera detallada los beneficios de la vacuna contra la influenza?</p> <p>60. ¿Qué importancia le da a que la enfermera le comunique amablemente en caso de necesitar atención con el médico familiar?</p>
			<p align="center"><b>REHABILITACIÓN</b></p> <p>La Enfermera Especialista en Medicina de Familia pensando en lo que puedan estar sintiendo los pacientes diabéticos facilitan la adaptación de los pacientes diabéticos a complicaciones propias de la enfermedad y contribuye a reducir al máximo, las recidivas del padecimiento del paciente diabético.</p>	<p>I. Visitas domiciliarias.</p> <p>II. Seguimiento del paciente controlado.</p> <p>III. Realiza actividades de educación para la salud.</p> <p>IV. Refiere al Médico Familiar y a otros profesionales de la salud, pacientes descontrolados.</p>		<p>61. ¿Qué importancia le da a que la enfermera acuda a su casa para orientarlo de manera personalizada acerca de los horarios de los medicamentos?</p> <p>62. ¿Qué importancia le da a que la enfermera muestre interés del seguimiento de sus complicaciones?</p> <p>63. ¿Qué importancia le da a que la enfermera de manera amable le explique cómo cuidarse en caso de complicaciones?</p> <p>64. ¿Qué importancia le da a que la enfermera lo envíe oportunamente a los diferentes profesionales de la salud para evitar complicaciones?</p>
		<p align="center"><b>CUIDADO TÉCNICO</b></p> <p>Aplicación de los conocimientos disponibles del Médico Familiar y/o la Enfermera Especialista en Medicina de Familia, relacionado con el modelo uno a uno de la atención integral del paciente diabético.</p>	<p align="center"><b>PROMOCIÓN</b></p> <p>Aplicación de conocimientos de las estrategias que comparten el Médico Familiar con el paciente diabético para un proceso de cambio orientado a la modificación de las condiciones de salud y ejercer un mayor control.</p>	<p>I. Orientación telefónica.</p> <p>II. seguimiento del paciente descontrolado.</p> <p>III. prescripción de medicamentos y recetas resurtibles.</p> <p>IV. deriva al paciente a los diferentes servicios para su atención.</p>	<p>Escala de Likert</p> <p>5.Muy Importante</p> <p>4.Importante</p> <p>3.Moderadamente importante</p> <p>2.De poca Importancia</p> <p>1.Sin Importancia</p>	<p align="center"><b>MEDICO FAMILIAR</b></p> <p>65. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar le informe detalladamente acerca de la diabetes, vía telefónica?</p> <p>66. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar le revise los pies cada vez que acuda a consulta médica?</p> <p>67. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar le otorgue sus medicamentos en recetas resurtibles?</p> <p>68. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar lo envíe a los diferentes servicios de salud en caso de necesitarlo?</p>
			<p align="center"><b>PREVENCIÓN</b></p> <p>Aplicación de conocimientos de las medidas que realiza el Médico Familiar para evitar la aparición de la enfermedad, detener el avance y atenuar consecuencias una vez establecida</p>	<p>I. Orientación telefónica.</p> <p>II. seguimiento del paciente descontrolado.</p> <p>III. prescripción de medicamentos y recetas resurtibles.</p>		<p>69. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar le informe vía telefónica de los grupos de apoyo para disminuir factores de riesgo de su enfermedad?</p> <p>70. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar le realice exploración física (cabeza, tórax, abdomen, pies) cada vez que acuda a la consulta médica?</p> <p>71. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar le indique exámenes de laboratorios para el control de su enfermedad?</p>

				IV. deriva al paciente a los diferentes servicios para su atención.		72. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar lo envíe a oftalmología al menos una vez al año?
			<p><b>TRATAMIENTO</b></p> <p>Aplicación de conocimientos del Médico Familiar para ofrecer seguimiento del control de su enfermedad y servicios de diagnósticos.</p>	<p>I. Orientación telefónica.</p> <p>II. seguimiento del paciente descontrolado.</p> <p>III. prescripción de medicamentos y recetas resurtibles.</p> <p>IV. deriva al paciente a los diferentes servicios para su atención.</p>		<p>73. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar le informe vía telefónica de los efectos de sus medicamentos?</p> <p>74. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar realice cambios en el tratamiento de acuerdo a sus cifras de azúcar (glucosa)?</p> <p>75. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar prescriba su tratamiento con base a lo que indique el especialista del hospital?</p> <p>76. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar le solicite radiografías de tórax una vez al año?</p>
			<p><b>REHABILITACIÓN</b></p> <p>Aplicación de conocimientos del Médico Familiar para facilitar la adaptación de los pacientes diabéticos a complicaciones propias de la enfermedad y contribuir a reducir al máximo, las recidivas del padecimiento del paciente diabético.</p>	<p>I. Orientación telefónica.</p> <p>II. seguimiento del paciente descontrolado.</p> <p>III. prescripción de medicamentos y recetas resurtibles.</p> <p>IV. deriva al paciente a los diferentes servicios para su atención</p>		<p>77. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar lo apoye con orientación telefónica sobre posibles complicaciones?</p> <p>78. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar le informe cuales son los signos y síntomas de las complicaciones de la diabetes?</p> <p>79. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar le de medicamentos que disminuyan las molestias de su enfermedad?</p> <p>80. ¿Qué importancia le da a que el médico familiar lo envíe a toma de electrocardiograma anualmente?</p>
			<p><b>PROMOCIÓN</b></p> <p>Aplicación de conocimientos de estrategias que comparten la Enfermera Especialista en Medicina para un proceso de cambio orientado a la modificación de las condiciones de salud y ejercer un mayor control.</p>	<p>I. Visitas domiciliarias.</p> <p>II. Seguimiento del paciente controlado.</p> <p>III. Realiza actividades de educación para la salud.</p> <p>IV. Refiere al Médico Familiar y a otros profesionales de la salud, pacientes descontrolados.</p>	<p>Escala de Likert</p> <p>5. Muy Importante</p> <p>4. Importante</p> <p>3. Moderadamente importante</p> <p>2. De poca importancia</p> <p>1. Sin importancia</p>	<p><b>ENFERMERA ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIA</b></p> <p>81. ¿Usted espera la enfermera acuda a su domicilio para una atención personalizada?</p> <p>82. ¿Qué importancia le da a que la enfermera le revise la tarjeta de citas (Cartilla Nacional de Salud), cada vez que acude a consulta médica?</p> <p>83. ¿Qué importancia le da a que la enfermera le oriente como debe de cortarse las uñas?</p> <p>84. ¿Qué importancia le da a que la enfermera lo envíe al servicio de estomatología (dentista) cada 6 meses?</p>
			<p><b>PREVENCIÓN</b></p> <p>Aplicación de conocimientos de las medidas que realiza la Enfermera Especialista en Medicina de Familia para evitar la aparición de la enfermedad, detener el avance y atenuar consecuencias una vez establecida.</p>	<p>I. Visitas domiciliarias</p> <p>II. Seguimiento del paciente controlado</p> <p>III. Realiza actividades de educación para la salud.</p> <p>IV. Refiere al Médico Familiar y a otros profesionales de la salud, pacientes descontrolados.</p>		<p>85. ¿Qué importancia le da a que la enfermera le mida su azúcar (dextrostix) en su domicilio?</p> <p>86. ¿Qué importancia le da a que la enfermera lo pese cada vez que acuda a consulta médica?</p> <p>87. ¿Qué importancia le da a que la enfermera lo mida cada vez que acuda a consulta médica?</p> <p>88. ¿Qué importancia le da a que la enfermera lo envíe a trabajo social para que lo integre a grupos educativos para disminuir riesgos en su enfermedad?</p>

			<p align="center"><b>TRATAMIENTO</b></p> <p>Aplicación de conocimientos de la Enfermera Especialista en Medicina de Familia para ofrecer seguimiento del control de su enfermedad y servicios de diagnósticos.</p>	<p>I. Visitas domiciliarias</p> <p>II. Seguimiento del paciente controlado</p> <p>III. Realiza actividades de educación para la salud.</p> <p>IV. Refiere al Médico Familiar y a otros profesionales de la salud, pacientes descontrolados.</p>		<p>89. ¿Qué importancia le da a que la enfermera le enseñe como usar, conservar y aplicarse la insulina?</p> <p>90. ¿Qué importancia le da a que la enfermera tenga seguimiento en caso de uso de insulina?</p> <p>91. ¿Qué importancia le da a que la enfermera le enseñe como mantener en buen estado la insulina?</p> <p>92. ¿Qué importancia le da a que la enfermera lo envíe con el médico familiar en caso de tener heridas en la piel que no curan?</p>
			<p align="center"><b>REHABILITACIÓN</b></p> <p>Aplicación de conocimientos de la Enfermera Especialista en Medicina de Familia para facilitar la adaptación de los pacientes diabéticos a complicaciones propias de la enfermedad y contribuir a reducir al máximo, las recidivas del padecimiento del paciente diabético.</p>	<p>I. Visitas domiciliarias</p> <p>II. Seguimiento del paciente controlado</p> <p>III. Realiza actividades de educación para la salud.</p> <p>IV. Refiere al Médico Familiar y a otros profesionales de la salud, pacientes descontrolados.</p>		<p>93. ¿Qué importancia le da a que la enfermera acuda a su domicilio para checar el cumplimiento del tratamiento en caso de complicaciones?</p> <p>94. ¿Qué importancia le da a que la enfermera continúe con el seguimiento para reducir posibles complicaciones?</p> <p>95. ¿Qué importancia le da a que la enfermera le plantee metas de mejora en el cuidado de su enfermedad?</p> <p>96. ¿Qué importancia le da a que la enfermera lo envíe a programas educativos en grupos de pacientes con el mismo padecimiento?</p>
		<p align="center"><b>CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN</b></p> <p>Secuencias de visitas en el que acude el paciente diabético a recibir atención del Médico Familiar y/o la Enfermera Especialista en Medicina de Familia hasta que se solucione sus problemas de salud con una visión continuán y compartida del trabajo con otros profesionales cuyo resultado final es la calidad.</p>	<p align="center"><b>PROMOCIÓN</b></p> <p>Estrategias que comparten el Médico Familiar para que acuda el paciente a recibir atención y mejorar su salud mediante un proceso de cambio orientado a la modificación de las condiciones de salud y ejercer un mayor control.</p>	<p>I. Orientación telefónica.</p> <p>II. seguimiento del paciente descontrolado.</p> <p>III. prescripción de medicamentos y recetas resurtibles.</p> <p>IV. deriva al paciente a los diferentes servicios para su atención</p>	<p>Escala de Likert</p> <p>5.Muy Importante</p> <p>4.Importante</p> <p>3.Moderadamente importante</p> <p>2.De poca Importancia</p> <p>1.Sin Importancia</p>	<p align="center"><b>MÉDICO FAMILIAR</b></p> <p>97. ¿Qué importancia le da a que el medico familiar le oriente por teléfono, una vez al mes?</p> <p>98. ¿Qué importancia le da a que el medico familiar lo cite a consulta cada mes?</p> <p>99. ¿Qué importancia le da a que el medico familiar le de tratamiento mensual?</p> <p>100. ¿Qué importancia le da a que el medico familiar lo envíe a los servicios de salud que requiera?</p>
			<p align="center"><b>PREVENCIÓN</b></p> <p>Medidas que realiza el Médico Familiar para que acuda el paciente a recibir atención y así evitar la aparición de la enfermedad, detener el avance y atenuar consecuencias una vez establecida</p>	<p>I. Orientación telefónica.</p> <p>II. seguimiento del paciente descontrolado.</p> <p>III. prescripción de medicamentos y recetas resurtibles.</p> <p>IV. deriva al paciente a los diferentes servicios para su atención</p>		<p>101. ¿Qué importancia le da a que el medico familiar siga orientando vía telefónica acerca de cómo prevenir complicaciones de su enfermedad?</p> <p>102. ¿Qué importancia le da a que el medico familiar le indique realizar actividad física?</p> <p>103. ¿Qué importancia le da a que el medico familiar continúe con el mismo tratamiento?</p> <p>104. ¿Qué importancia le da a que el medico familiar lo envíe al hospital para su atención integral?</p>
			<p align="center"><b>TRATAMIENTO</b></p> <p>Secuencias de visitas para que el Médico Familiar ofrezca a los pacientes diabéticos seguimiento del control de su enfermedad y servicios de diagnósticos.</p>	<p>I. Orientación telefónica.</p> <p>II. seguimiento del paciente descontrolado.</p> <p>III. prescripción de medicamentos y recetas resurtibles.</p> <p>IV. deriva al paciente a los diferentes servicios para su atención</p>		<p>105. ¿Qué importancia le da a que el medico familiar le oriente por teléfono cada mes?</p> <p>106. ¿Qué importancia le da a que el seguimiento de su enfermedad sea llevado por el mismo médico familiar?</p> <p>107. ¿Qué importancia le da a que el medico familiar le dé continuidad a su tratamiento?</p> <p>108. ¿Qué importancia le da a que los tratamientos estén coordinados entre el médico familiar y la enfermera especialista en medicina de familia?</p>

			<p><b>REHABILITACIÓN</b></p> <p>El Médico Familiar facilita la adaptación de los pacientes diabéticos a complicaciones propias de la enfermedad y contribuye a reducir al máximo, las recidivas del padecimiento del paciente diabético hasta que solucione sus problemas.</p>	<p>I. Orientación telefónica.</p> <p>II. seguimiento del paciente descontrolado.</p> <p>III. prescripción de medicamentos y recetas resurtibles</p> <p>IV. deriva al paciente a los diferentes servicios para su atención</p>		<p>109. ¿Qué importancia le da a que el medico familiar le realice llamadas telefónicas para orientación de posibles complicaciones?</p> <p>110. ¿Qué importancia le da a que el medico familiar lo cite más de una vez al mes para llegar a cifras normales de azúcar (glucosa &lt;130mg/dl)?</p> <p>111. ¿Qué importancia le da a que el medico familiar continúe con la prescripción de recetas?</p> <p>112. ¿Qué importancia le da a que el medico familiar lo envíe al hospital para continuar con su atención medica?</p>
			<p><b>PROMOCIÓN</b></p> <p>Estrategias que comparten la Enfermera Especialista en Medicina de Familia para que acuda el paciente a recibir atención con un proceso de cambio orientado a la modificación de las condiciones de salud y ejercer un mayor control.</p>	<p>I. Visitas domiciliarias</p> <p>II. Seguimiento del paciente controlado</p> <p>III. Realiza actividades de educación para la salud.</p> <p>IV. Refiere al Médico Familiar y a otros profesionales de la salud, pacientes descontrolados.</p>	<p>Escala de Likert</p> <p>5.Muy Importante</p> <p>4.Importante</p> <p>3.Moderadamente importante</p> <p>2.De poca importancia</p> <p>1.Sin importancia</p>	<p><b>ENFERMERA ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIA</b></p> <p>113. ¿Qué importancia le da a que la enfermera acuda a su domicilio para reforzar el auto monitoreo de su azúcar?</p> <p>114. ¿Qué importancia le da a que la enfermera mejore la comunicación para que acuda a seguimiento?</p> <p>115. ¿Qué importancia le da a que la enfermera lleve una buena relación con usted, para que continúe su seguimiento?</p> <p>116. ¿Qué importancia le da a que la enfermera lo envíe a los diferentes servicios en caso de necesitarlo?</p>
			<p><b>PREVENCIÓN</b></p> <p>Medidas que realiza la Enfermera Especialista en Medicina de Familia para que acuda el paciente diabético a recibir atención y evitar la aparición de la enfermedad, detener el avance y atenuar consecuencias una vez establecida.</p>	<p>I. Visitas domiciliarias</p> <p>II. Seguimiento del paciente controlado</p> <p>III. Realiza actividades de educación para la salud.</p> <p>IV. Refiere al Médico Familiar y a otros profesionales de la salud, pacientes descontrolados.</p>		<p>117. ¿Qué importancia le da a que la enfermera acuda a su domicilio para orientarlo a usted y a su familia acerca de su enfermedad?</p> <p>118. ¿Qué importancia le da a que la enfermera le despeje sus dudas cada vez que acuda a consulta?</p> <p>119. ¿Qué importancia le da a que la enfermera le maneje temas de interés para continuar en los programas educativos?</p> <p>120. ¿Qué importancia le da a que la enfermera lo envíe con el medico familiar estando controlado?</p>
			<p><b>TRATAMIENTO</b></p> <p>Secuencias de visitas para que la Enfermera Especialista en Medicina de Familia ofrezcan a los pacientes diabéticos seguimiento del control de su enfermedad y servicios de diagnósticos.</p>	<p>I. Visitas domiciliarias</p> <p>II. Seguimiento del paciente controlado</p> <p>III. Realiza actividades de educación para la salud.</p> <p>IV. Refiere al Médico Familiar y a otros profesionales de la salud, pacientes descontrolados.</p>		<p>121. ¿Qué importancia le da a que la enfermera realice visitas domiciliarias, si usted no acude a consulta?</p> <p>122. ¿Qué importancia le da a que el seguimiento de su enfermedad sea llevada por la misma Enfermera Especialista en Medicina de Familia?</p> <p>123. ¿Qué importancia le da a que la enfermera realice actividades de educación para su enfermedad cada vez que acuda a su consulta?</p> <p>124. ¿Qué importancia le da a que los tratamientos estén coordinados entre la Enfermera Especialista en Medicina de Familia y el Medico Familiar?</p>
			<p><b>REHABILITACIÓN</b></p> <p>La Enfermera Especialista en Medicina de Familia facilita la adaptación de los pacientes diabéticos a complicaciones propias de la enfermedad y contribuye a reducir al máximo, las recidivas del padecimiento del paciente diabético hasta que solucione sus problemas.</p>	<p>I. Visitas domiciliarias</p> <p>II. Seguimiento del paciente controlado</p> <p>III. Realiza actividades de educación para la salud.</p> <p>IV. Refiere al Médico Familiar y a otros profesionales de la salud, pacientes descontrolados.</p>		<p>125. ¿Qué importancia le da a que la enfermera acuda a su domicilio para que reciba una orientación productiva de acuerdo a su problema actual?</p> <p>126. ¿Qué importancia le da a que la enfermera respete los horarios de su cita cuando acude a consulta?</p> <p>127. ¿Qué importancia le da a que la enfermera lo envíe a intervenciones educativas con otros pacientes diabéticos?</p> <p>128. ¿Qué importancia le da a que los envíos de la enfermera con otros profesionales de la salud sean oportunos?</p>

**OPERACIONALIZACION DE LAS EXPERIENCIAS DEL PACIENTE DIABETICO CON EL MODELO UNO A UNO DE LA ATENCION INTEGRAL**

CONCEPTO	DOMINIOS		DIMENSIONES		INDICADORES	ESCALA	
<p><b>SATISFACCION DEL PACIENTE DIABETICO CON EL MODELO UNO A UNO DE LA ATENCION INTEGRAL</b></p> <p>Es el resultado de la diferencia entre las expectativas del paciente diabético y las experiencias dividido entre las expectativas con respecto al modelo uno a uno de la atención integral del Médico familiar y la Enfermera Especialista en Medicina de Familia que incluyen acciones basadas en la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación teniendo el impacto principal en el mejoramiento de la calidad de vida del individuo, la familia y la comunidad.</p>	<p><b><u>SATISFACCION</u></b></p> <p>Es el resultado de la diferencia de las expectativas del paciente diabético y la experiencia dividida entre expectativas, con respecto al modelo uno a uno de la atención integral otorgada por el Médico Familiar y la Enfermera Especialista en Medicina de Familia.</p>	<p><b><u>EXPERIENCIA</u></b></p> <p>Lo que recibió en realidad el paciente diabético en la atención integral por parte del Médico Familiar y/o la Enfermera Especialista en Medicina de Familia en relación con la comunicación, empatía, cuidado técnica, continuidad de la atención, basadas en la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación teniendo el impacto principal en el mejoramiento de la calidad de vida del paciente diabético.</p>	<p><b><u>COMUNICACIÓN</u></b></p> <p>Es el proceso mediante el cual el Medico Familiar y/o la Enfermera Especialista en Medicina de Familia intercambian ideas acerca de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación con el paciente diabético en el momento de recibir la atención médica.</p>	<p><b><u>PROMOCIÓN</u></b></p> <p>Intercambio de ideas en cuanto a estrategias que comparten el Médico Familiar con el paciente diabético para un proceso de cambio orientado a la modificación de las condiciones de salud y ejercer un mayor control.</p>	<p>I. Orientación telefónica.</p> <p>II. seguimiento del paciente descontrolado.</p> <p>III. prescripción de medicamentos y recetas resurtibles.</p> <p>IV. deriva al paciente a los diferentes servicios para su atención.</p>	<p>Escala Likert</p> <p>5.Siempre 4.Casi Siempre 3.Algunas veces 2.Casi Nunca 1.Nunca</p>	<p align="center"><b><u>MÉDICO FAMILIAR</u></b></p> <p>1. ¿Usted recibió asesoría del médico familiar de su enfermedad vía telefónica?</p> <p>2. ¿Usted recibió del médico familiar explicación acerca de su enfermedad en su consulta médica?</p> <p>3. ¿Usted recibió del médico familiar explicación de las indicaciones de sus recetas?</p> <p>4. ¿Usted recibió del médico familiar explicación de por qué necesita ser derivado a otros servicios?</p>
				<p><b><u>PREVENCIÓN</u></b></p> <p>Intercambio de ideas del Médico Familiar y el paciente diabético para evitar la aparición de la enfermedad, detener el avance y atenuar consecuencias una vez establecida</p>	<p>I. Orientación telefónica.</p> <p>II. seguimiento del paciente descontrolado.</p> <p>III. prescripción de medicamentos y recetas resurtibles.</p> <p>IV. deriva al paciente a los diferentes servicios para su atención.</p>		<p>5. ¿Usted recibió del médico familiar explicación telefónica de cómo debe de alimentarse?</p> <p>6. ¿Usted recibió del médico familiar explicación de las complicaciones de la diabetes?</p> <p>7. ¿Usted recibió del médico familiar explicación de los efectos de los medicamentos?</p> <p>8. ¿Usted recibió del médico familiar explicación de cómo integrarse a un programa de actividad física de acuerdo a sus necesidades?</p>
				<p><b><u>TRATAMIENTO</u></b></p> <p>Intercambio de ideas del Médico Familiar y el paciente diabético para ofrecer seguimiento del control de su enfermedad y servicios de diagnósticos.</p>	<p>I. Orientación telefónica.</p> <p>II. seguimiento del paciente descontrolado.</p> <p>III. prescripción de medicamentos y recetas resurtibles.</p> <p>IV. deriva al paciente a los diferentes servicios para su atención.</p>		<p>9. ¿Usted recibió del médico familiar explicación telefónica de dudas sobre su tratamiento?</p> <p>10. ¿Usted recibió del médico familiar explicación sobre cómo y cuándo medir su azúcar (destrostix), antes y después de la ingesta de alimentos?</p> <p>11. ¿Usted recibió del médico familiar explicación de las consecuencias de no tomar el medicamento o suspender el tratamiento?</p> <p>12. ¿Usted recibió del médico familiar envió a oftalmología para que le explicara cómo esta su vista?</p>
				<p><b><u>REHABILITACIÓN</u></b></p> <p>Intercambio de ideas del Médico Familiar y el paciente diabético para facilitar la adaptación de las complicaciones propias de la enfermedad y así reducir al máximo, las recidivas del padecimiento.</p>	<p>I. Orientación telefónica.</p> <p>II. seguimiento del paciente descontrolado.</p> <p>III. prescripción de medicamentos y recetas resurtibles.</p> <p>IV. deriva al paciente a los diferentes servicios para su atención.</p>		<p>13. ¿Usted recibió del médico familiar explicación telefónica sobre sus posibles complicaciones?</p> <p>14. ¿Usted recibió del médico familiar explicación sobre cómo debe cuidar su piel para evitar complicaciones?</p> <p>15. ¿Usted recibió del médico familiar explicación de cómo los medicamentos ayudan a evitar complicaciones?</p> <p>16. ¿Usted recibió del médico familiar una explicación de por qué debe ser enviado con el especialista del hospital?</p>

				<p><b><u>PROMOCIÓN</u></b> Intercambio de ideas en cuanto a estrategias que comparte la Enfermera Especialista en Medicina de Familia y el paciente diabético para un proceso de cambio orientado a la modificación de las condiciones de salud y ejercer un mayor control.</p> <p><b><u>PREVENCIÓN</u></b> Intercambio de ideas de la Enfermera Especialista en Medicina de Familia con el paciente diabético para evitar la aparición de la enfermedad, detener el avance y atenuar consecuencias una vez establecida.</p> <p><b><u>TRATAMIENTO</u></b> Intercambio de ideas de la Enfermera Especialista en Medicina de Familia con el paciente diabético para ofrecer seguimiento del control de su enfermedad y servicios de diagnósticos.</p> <p><b><u>REHABILITACIÓN</u></b> Intercambio de ideas de la Enfermera Especialista en Medicina de Familia con el paciente diabético para facilitar la adaptación de las complicaciones propias de la enfermedad y así reducir al máximo, las recidivas del padecimiento.</p>	<p>I. Visitas domiciliarias.</p> <p>II. Seguimiento del paciente controlado.</p> <p>III. Realiza actividades de educación para la salud.</p> <p>IV. Refiere al Médico Familiar y a otros profesionales de la salud, pacientes descontrolados.</p> <p>I. Visitas domiciliarias</p> <p>II. Seguimiento del paciente controlado.</p> <p>III. Realiza actividades de educación para la salud.</p> <p>IV. Refiere al Médico Familiar y a otros profesionales de la salud, pacientes descontrolados.</p> <p>I. Visitas domiciliarias.</p> <p>II. Seguimiento del paciente controlado.</p> <p>III. Realiza actividades de educación para la salud.</p> <p>IV. Refiere al Médico Familiar y a otros profesionales de la salud, pacientes descontrolados.</p> <p>I. Visitas domiciliarias.</p> <p>II. Seguimiento del paciente controlado.</p> <p>III. Realiza actividades de educación para la salud.</p> <p>IV. Refiere al Médico Familiar y a otros profesionales de la salud, pacientes descontrolados.</p>	<p>Escala de Likert</p>	<p><b><u>ENFERMERA ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIA</u></b></p> <p>17. ¿Usted recibió de la enfermera orientación en su domicilio de los programas educativos?</p> <p>18. ¿Usted recibió de la enfermera explicación acerca de su enfermedad?</p> <p>19. ¿Usted recibió de la enfermera explicación de las actividades que ayudan a mejorar su salud?</p> <p>20. ¿Usted recibió de la enfermera información sobre su estado de salud antes de ser enviado a cualquier servicio?</p> <p>21. ¿Usted recibió de la enfermera explicación en su domicilio de los alimentos que debe de consumir?</p> <p>22. ¿Usted recibió de la enfermera explicación de los hábitos higiénicos que debe tener?</p> <p>23. ¿Usted recibió de la enfermera orientación de los daños que ocasiona el tabaco?</p> <p>24. ¿Usted recibió de la enfermera envió con el médico familiar para explicarle los efectos de los medicamentos?</p> <p>25. ¿Usted recibió de la enfermera orientación en su domicilio acerca de sus dudas del tratamiento?</p> <p>26. ¿Usted recibió de la enfermera explicación de los beneficios de continuar con el tratamiento de manera puntual?</p> <p>27. ¿Usted recibió de la enfermera explicación sobre el cuidado de los pies?</p> <p>28. ¿Usted recibió de la enfermera envió con el médico familiar para explicarle acerca de su tratamiento?</p> <p>29. ¿Usted recibió de la enfermera que le explicaran en su domicilio cómo y con que debe registrar sus cifras de azúcar (glucosa)?</p> <p>30. ¿Usted recibió de la enfermera explicación de la evolución de su enfermedad?</p> <p>31. ¿Usted recibió de la enfermera explicación de los cuidados que debe de tener en caso de presentar complicaciones?</p> <p>32. ¿Usted recibió de la enfermera explicación de cuándo debe ser enviado con el médico familiar?</p>
		<p><b><u>EMPATIA</u></b> Capacidad del Médico Familiar y/o Enfermera Especialista en Medicina de Familia de ponerse en su lugar del paciente diabético y pensar</p>	<p><b><u>PROMOCIÓN</u></b> Estrategias que comparten el Médico Familiar con el paciente diabético poniéndose en su lugar, para un proceso de cambio orientado a la modificación de las condiciones de salud y ejercer un mayor control.</p>	<p>I. Orientación telefónica.</p> <p>II. seguimiento del paciente descontrolado.</p> <p>III. prescripción de medicamentos y recetas resurtibles.</p> <p>IV. deriva al paciente a los diferentes servicios para su atención.</p>	<p>Escala de Likert</p> <p>5.Siempre 4.Casi Siempre 3.Algunas veces 2.Casi Nunca 1.Nunca</p>	<p><b><u>MEDICO FAMILIAR</u></b></p> <p>33. ¿Usted recibió del médico familiar que le llaman por su nombre cuando le hablaron por teléfono para orientarlo?</p> <p>34. ¿Usted recibió del médico familiar comprensión de sus problemas de salud por lo que acudió a la consulta médica?</p> <p>35. ¿Usted recibió del médico familiar que le dieran la receta de sus medicamentos de manera amable?</p> <p>36. ¿Usted recibió del médico familiar interés de su enfermedad, al hospital?</p>	

			qué puede estar sintiendo con respecto a su enfermedad.	<p><b>PREVENCIÓN</b></p> <p>Capacidad del Médico Familiar de ponerse en lugar del paciente diabético y dar medidas para evitar la aparición de la enfermedad, detener el avance y atenuar consecuencias una vez establecida.</p>	<p>I. Orientación telefónica.</p> <p>II. seguimiento del paciente descontrolado.</p> <p>III. prescripción de medicamento y recetas resurtibles.</p> <p>IV. deriva al paciente a los diferentes servicios para su atención.</p>		<p>37. ¿Usted recibió del médico familiar orientación telefónica de manera amable de las actividades recreativas con que cuenta la clínica?</p> <p>38. ¿Usted recibió del médico familiar de manera respetuosa promoción de grupos para control de peso?</p> <p>39. ¿Usted recibió del médico familiar indicaciones amables para realizar alguna actividad física?</p> <p>40. ¿Usted recibió del médico familiar envió amablemente al servicio de nutrición para control de peso?</p>
				<p><b>TRATAMIENTO</b></p> <p>El Médico Familiar pensando en lo que puede estar sintiendo el paciente diabético ofrece seguimiento del control de su enfermedad y servicios de diagnósticos.</p>	<p>I. Orientación telefónica.</p> <p>II. seguimiento del paciente descontrolado.</p> <p>III. prescripción de medicamentos y recetas resurtibles.</p> <p>IV. deriva al paciente a los diferentes servicios para su atención.</p>		<p>41. ¿Usted recibió del médico familiar amablemente que le dijeran que ejercicios realizar, vía telefónica?</p> <p>42. ¿Usted recibió del médico familiar indicaciones de manera amable que cuidados generales debe tener?</p> <p>43. ¿Usted recibió del médico familiar una invitación amable de continuar con su tratamiento?</p> <p>44. ¿Usted recibió del médico familiar envió oportuno al hospital por complicaciones?</p>
				<p><b>REHABILITACIÓN</b></p> <p>El Médico Familiar pensando en lo que puedan estar sintiendo los pacientes diabéticos facilitan la adaptación de los pacientes diabéticos a complicaciones propias de la enfermedad y contribuye a reducir al máximo, las recidivas del padecimiento del paciente diabético.</p>	<p>I. Orientación telefónica.</p> <p>II. seguimiento del paciente descontrolado.</p> <p>III. prescripción de medicamentos y recetas resurtibles.</p> <p>IV. deriva al paciente a los diferentes servicios para su atención.</p>		<p>45. ¿Usted recibió del médico familiar orientación telefónica de manera amable de los cambios de tratamiento en caso de complicaciones?</p> <p>46. ¿Usted recibió del médico familiar enseñanza de manera clara, como identificar los signos y síntomas de posibles complicaciones de su enfermedad?</p> <p>47. ¿Usted recibió del médico familiar muestra de interés en su cambio de tratamiento por complicaciones?</p> <p>48. ¿Usted recibió del médico familiar envió amablemente al servicio de enfermería para recibir tratamiento en conjunto?</p>
				<p><b>PROMOCIÓN</b></p> <p>Estrategias que comparte la Enfermera Especialista en Medicina de Familia para un proceso de cambio orientado a la modificación de las condiciones de salud y ejercer un mayor control</p>	<p>I. Visitas domiciliarias.</p> <p>II. Seguimiento del paciente controlado.</p> <p>III. Realiza actividades de educación para la salud.</p> <p>IV. Refiere al Médico Familiar y a otros profesionales de la salud, pacientes descontrolados.</p>	Escala de Likert  5.Siempre 4.Casi Siempre 3.Algunas veces 2.Casi Nunca 1.Nunca	<p><b>ENFERMERA ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIA</b></p> <p>49. ¿Usted recibió de la enfermera un trato respetuoso en su visita a su domicilio?</p> <p>50. ¿Usted recibió de la enfermera un trato amable en cada cita de seguimiento?</p> <p>51. ¿Usted recibió de la enfermera indicación de dejar de consumir alcohol de manera respetuosa?</p> <p>52. ¿Usted recibió de la enfermera envió amablemente con el médico familiar por descontrol de su azúcar (glucosa)?</p>
				<p><b>PREVENCIÓN</b></p> <p>Capacidad de la Enfermera Especialista en Medicina de Familia de ponerse en lugar del paciente diabético y dar medidas para evitar la aparición de la enfermedad, detener el avance y atenuar consecuencias una vez establecida.</p>	<p>I. Visitas domiciliarias.</p> <p>II. Seguimiento del paciente controlado.</p> <p>III. Realiza actividades de educación para la salud.</p> <p>IV. Refiere al Médico Familiar y a otros profesionales de la salud, pacientes descontrolados.</p>		<p>53. ¿Usted recibió de la enfermera orientación en su casa de manera personalizada acerca de los hábitos dietéticos?</p> <p>54. ¿Usted recibió de la enfermera seguimiento para que le explicaran el uso de la insulina?</p> <p>55. ¿Usted recibió de la enfermera de manera amigable pláticas de salud a un grupo de pacientes con su enfermedad?</p> <p>56. ¿Usted recibió de la enfermera muestra de interés al enviarlo con el médico familiar por contar con una enfermedad agregada?</p>

				<p align="center"><b><u>TRATAMIENTO</u></b></p> <p>La Enfermera Especialista en Medicina de Familia pensando en lo que puede estar sintiendo el paciente diabético ofrecen seguimiento del control de su enfermedad y servicios de diagnósticos.</p>	<p>I. Visitas domiciliarias</p> <p>II. Seguimiento del paciente controlado</p> <p>III. Realiza actividades de educación para la salud.</p> <p>IV. Refiere al Médico Familiar y a otros profesionales de la salud, pacientes descontrolados.</p>		<p>57. ¿Usted recibió de la enfermera interés al acudir a su casa a tomarle la presión arterial?</p> <p>58. ¿Usted recibió de la enfermera indicaciones claras del uso del medicamento para mantenerse controlado?</p> <p>59. ¿Usted recibió de la enfermera explicación de manera detallada de los beneficios de la vacuna contra la influenza?</p> <p>60. ¿Usted recibió de la enfermera que le comunicara de manera amable porque necesita atención con el médico familiar?</p>
				<p align="center"><b><u>REHABILITACIÓN</u></b></p> <p>La Enfermera Especialista en Medicina de Familia pensando en lo que puedan estar sintiendo los pacientes diabéticos facilitan la adaptación de los pacientes diabéticos a complicaciones propias de la enfermedad y contribuye a reducir al máximo, las recidivas del padecimiento del paciente diabético.</p>	<p>I. Visitas domiciliarias.</p> <p>II. Seguimiento del paciente controlado.</p> <p>III. Realiza actividades de educación para la salud.</p> <p>IV. Refiere al Médico Familiar y a otros profesionales de la salud, pacientes descontrolados.</p>		<p>61. ¿Usted recibió de la enfermera orientación de manera personalizada acerca de los horarios de los medicamentos?</p> <p>62. ¿Usted recibió de la enfermera interés en el seguimiento de sus complicaciones?</p> <p>63. ¿Usted recibió de la enfermera explicación de manera amable de cómo debe recuperarse en caso de complicaciones?</p> <p>64. ¿Usted recibió de la enfermera envió oportuno a los diferentes profesionales de la salud para evitar complicaciones?</p>
			<p align="center"><b><u>CUIDADO TÉCNICO</u></b></p> <p>Aplicación de los conocimientos disponibles del Médico Familiar y/o la Enfermera Especialista en Medicina de Familia, relacionado con el modelo uno a uno de la atención integral en salud del paciente diabético.</p>	<p align="center"><b><u>PROMOCIÓN</u></b></p> <p>Aplicación de conocimientos de las estrategias que comparten el Médico Familiar con el paciente diabético para un proceso de cambio orientado a la modificación de las condiciones de salud y ejercer un mayor control.</p>	<p>I. Orientación telefónica.</p> <p>II. seguimiento del paciente descontrolado.</p> <p>III. prescripción de medicamentos y recetas resurtibles.</p> <p>IV. deriva al paciente a los diferentes servicios para su atención.</p>	<p align="center">Escala de Likert</p> <p>5.Siempre 4.Casi Siempre 3.Algunas veces 2.Casi Nunca 1.Nunca</p>	<p><b><u>MÉDICO FAMILIAR</u></b></p>
			<p align="center"><b><u>PREVENCIÓN</u></b></p> <p>Aplicación de conocimientos de las medidas que realiza el Médico Familiar para evitar la aparición de la enfermedad, detener el avance y atenuar consecuencias una vez establecida</p>	<p>I. Orientación telefónica.</p> <p>II. seguimiento del paciente descontrolado.</p> <p>III. prescripción de medicamentos y recetas resurtibles.</p> <p>IV. deriva al paciente a los diferentes servicios para su atención</p>	<p>65. ¿Usted recibió del médico familiar información detallada acerca de la diabetes vía telefónica?</p> <p>66. ¿Usted recibió del médico familiar revisión de los pies en su consulta médica?</p> <p>67. ¿Usted recibió del médico familiar indicación de sus medicamentos en recetas resurtibles?</p> <p>68. ¿Usted recibió del médico familiar envió a los diferentes servicios de salud?</p>		
			<p align="center"><b><u>TRATAMIENTO</u></b></p> <p>Aplicación de conocimientos del Médico Familiar para ofrecer seguimiento del control de su enfermedad y servicios de diagnósticos.</p>	<p>I. Orientación telefónica.</p> <p>II. seguimiento del paciente descontrolado.</p> <p>III. prescripción de medicamentos y recetas resurtibles.</p> <p>IV. deriva al paciente a los diferentes servicios para su atención.</p>	<p>69. ¿Usted recibió del médico familiar información telefónica de grupos de apoyo para disminuir factores de riesgo de su enfermedad?</p> <p>70. ¿Usted recibió del médico familiar exploración física (cabeza, tórax, abdomen, pies) en su consulta médica?</p> <p>71. ¿Usted recibió del médico familiar indicación de toma de laboratorios para un buen control?</p> <p>72. ¿Usted recibió del médico familiar envió a oftalmología?</p>		
							<p>73. ¿Usted recibió del médico familiar información por teléfono de los efectos de sus medicamentos?</p> <p>74. ¿Usted recibió del médico familiar cambios en el tratamiento de acuerdo a sus cifras de azúcar (glucosa)?</p> <p>75. ¿Usted recibió del médico familiar modificación de su tratamiento con base a lo que prescribió el especialista del hospital?</p> <p>76. ¿Usted recibió del médico familiar envió a toma de radiografías?</p>



				<p><b>REHABILITACIÓN</b></p> <p>Aplicación de conocimientos del Médico Familiar para facilitar la adaptación de los pacientes diabéticos a complicaciones propias de la enfermedad y contribuir a reducir al máximo, las recidivas del padecimiento del paciente diabético.</p>	<p>I. Orientación telefónica.</p> <p>II. seguimiento del paciente descontrolado.</p> <p>III. prescripción de medicamentos y recetas resurtibles</p> <p>IV. deriva al paciente a los diferentes servicios para su atención</p>		<p>77. ¿Usted recibió del médico familiar apoyo con orientación telefónica sobre las complicaciones?</p> <p>78. ¿Usted recibió del médico familiar información de los signos y síntomas de las complicaciones de la diabetes?</p> <p>79. ¿Usted recibió del médico familiar medicamentos para reducir las molestias de su enfermedad?</p> <p>80. ¿Usted recibió del médico familiar envió a toma de electrocardiograma?</p>
				<p><b>PROMOCIÓN</b></p> <p>Aplicación de conocimientos de estrategias que comparten la Enfermera Especialista en Medicina de Familia para un proceso de cambio orientado a la modificación de las condiciones de salud y ejercer un mayor control.</p>	<p>I. Visitas domiciliarias.</p> <p>II. Seguimiento del paciente controlado.</p> <p>III. Realiza actividades de educación para la salud.</p> <p>IV. Refiere al Médico Familiar y a otros profesionales de la salud, pacientes descontrolados.</p>	<p>Escala de Likert</p> <p>5.Siempre 4.Casi Siempre 3.Algunas veces 2.Casi Nunca 1.Nunca</p>	<p><b>ENFERMERA ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIA</b></p> <p>81. ¿Usted recibió de la enfermera atención personalizada en su domicilio?</p> <p>82. ¿Usted recibió de la enfermera revisión de la tarjeta de citas (Cartilla Nacional de Salud), en su consulta médica?</p> <p>83. ¿Usted recibió de la enfermera orientación de cómo debe de cortarse las uñas?</p> <p>84. ¿Usted recibió de la enfermera envió al servicio de estomatología (dentista)?</p>
				<p><b>PREVENCIÓN</b></p> <p>Aplicación de conocimientos de las medidas que realiza la Enfermera Especialista en Medicina de Familia para evitar la aparición de la enfermedad, detener el avance y atenuar consecuencias una vez establecida</p>	<p>I. Visitas domiciliarias</p> <p>II. Seguimiento del paciente controlado</p> <p>III. Realiza actividades de educación para la salud.</p> <p>IV. Refiere al Médico Familiar y a otros profesionales de la salud, pacientes descontrolados.</p>		<p>85. ¿Usted recibió de la enfermera medición de su azúcar (dextrostix) en su domicilio?</p> <p>86. ¿Usted recibió de la enfermera que lo pesaran en su consulta médica?</p> <p>87. ¿Usted recibió de la enfermera que lo midieran en su consulta médica?</p> <p>88. ¿Usted recibió del médico familiar envió a trabajo social para que lo integren a grupos educativos para disminuir riesgos de su enfermedad?</p>
				<p><b>TRATAMIENTO</b></p> <p>Aplicación de conocimientos de la Enfermera Especialista en Medicina de Familia para ofrecer seguimiento del control de su enfermedad y servicios de diagnósticos.</p>	<p>I. Visitas domiciliarias</p> <p>II. Seguimiento del paciente controlado</p> <p>III. Realiza actividades de educación para la salud.</p> <p>IV. Refiere al Médico Familiar y a otros profesionales de la salud, pacientes descontrolados.</p>		<p>89. ¿Usted recibió de la enfermera enseñanza de cómo usar, conservar y aplicarse la insulina?</p> <p>90. ¿Usted recibió de la enfermera seguimiento por el uso de insulina?</p> <p>91. ¿Usted recibió de la enfermera enseñanza de cómo mantener en buen estado la insulina?</p> <p>92. ¿Usted recibió de la enfermera envió con el médico familiar por tener heridas en la piel que no curan?</p>
				<p><b>REHABILITACIÓN</b></p> <p>Aplicación de conocimientos de la Enfermera Especialista en Medicina de Familia para facilitar la adaptación de los pacientes diabéticos a complicaciones propias de la enfermedad y contribuir a reducir al máximo, las recidivas del padecimiento del paciente diabético.</p>	<p>I. Visitas domiciliarias</p> <p>II. Seguimiento del paciente controlado</p> <p>III. Realiza actividades de educación para la salud.</p> <p>IV. Refiere al Médico Familiar y a otros profesionales de la salud, pacientes descontrolados.</p>		<p>93. ¿Usted recibió de la enfermera chequeo en su domicilio del cumplimiento del tratamiento en caso de complicaciones?</p> <p>94. ¿Usted recibió de la enfermera seguimiento para reducir posibles complicaciones?</p> <p>95. ¿Usted recibió de la enfermera que le plantearán metas de mejora en su padecimiento?</p> <p>96. ¿Usted recibió de la enfermera envió a programas educativos con grupos de pacientes con el mismo padecimiento?</p>

			<p><b>CONTINUIDAD DE LA ATENCION</b>  Secuencias de visitas en el que acude el paciente diabético a recibir atención del Médico Familiar y/o la Enfermera Especialista en Medicina de Familia hasta que se solucione sus problemas de salud con una visión continuán y compartida del trabajo con otros profesionales cuyo resultado final es la calidad.</p>	<p><b>PROMOCIÓN</b>  Estrategias que comparten el Médico Familiar para que acuda el paciente a recibir atención y mejorar su salud mediante un proceso de cambio orientado a la modificación de las condiciones de salud y ejercer un mayor control.</p>	<p>I. Orientación telefónica.  II. seguimiento del paciente descontrolado.  III. prescripción de medicamentos y recetas resurtibles.  IV. deriva al paciente a los diferentes servicios para su atención</p>	<p>Escala de Likert  5.Siempre  4.Casi Siempre  3.Algunas veces  2.Casi Nunca  1.Nunca</p>	<p><b>MÉDICO FAMILIAR</b>  97. ¿Usted recibió del médico familiar orientación telefónica cada mes?  98. ¿Usted recibió del médico familiar que lo consultaran cada mes?  99. ¿Usted recibió del médico familiar tratamiento mensual?  100. ¿Usted recibió del médico familiar envió a los servicios de salud que requirió?</p>
				<p><b>PREVENCIÓN</b>  Medidas que realiza el Médico Familiar para que acuda el paciente a recibir atención y así evitar la aparición de la enfermedad, detener el avance y atenuar consecuencias una vez establecida</p>	<p>I. Orientación telefónica.  II. seguimiento del paciente descontrolado.  III. prescripción de medicamentos y recetas resurtibles.  IV. deriva al paciente a los diferentes servicios para su atención</p>		<p>101. ¿Usted recibió del médico familiar por vía telefónica medidas preventivas de complicaciones de su enfermedad?  102. ¿Usted recibió del médico familiar indicación de continuar con la actividad física dentro de la unidad?  103. ¿Usted recibió del médico familiar continuidad del tratamiento?  104. ¿Usted recibió del médico familiar envió al hospital para continuar su atención integral?</p>
				<p><b>TRATAMIENTO</b>  Secuencias de visitas para que el Médico Familiar ofrezca a los pacientes diabéticos seguimiento del control de su enfermedad y servicios de diagnósticos.</p>	<p>I. Orientación telefónica.  II. seguimiento del paciente descontrolado.  III. prescripción de medicamentos y recetas resurtibles.  IV. deriva al paciente a los diferentes servicios para su atención</p>		<p>105. ¿Usted recibió del médico familiar orientación telefónica durante el mes?  106. ¿Usted recibió seguimiento de su enfermedad por el mismo médico familiar?  107. ¿Usted recibió del médico familiar continuidad en su tratamiento?  108. ¿Usted recibió tratamientos coordinados entre el médico familiar y la Enfermera Especialista en Medicina de Familia?</p>
				<p><b>REHABILITACIÓN</b>  El Médico Familiar facilita la adaptación de los pacientes diabéticos a complicaciones propias de la enfermedad y contribuye a reducir al máximo, las recidivas del padecimiento del paciente diabético hasta que solucione sus problemas.</p>	<p>I. Orientación telefónica.  II. seguimiento del paciente descontrolado.  III. prescripción de medicamentos y recetas resurtibles  IV. deriva al paciente a los diferentes servicios para su atención</p>		<p>109. ¿Usted recibió del médico familiar llamadas para orientación de posibles complicaciones?  110. ¿Usted recibió del médico familiar más de una cita al mes y logro cifras normales de glucosa (&lt;130mg/dl)  111. ¿Usted recibió del médico familiar continuidad en la prescripción de recetas?  112. ¿Usted recibió del médico familiar envió al hospital para que continúen su atención medica?</p>
				<p><b>PROMOCIÓN</b>  Estrategias que comparten la Enfermera Especialista en Medicina de Familia para que acuda el paciente a recibir atención con un proceso de cambio orientado a la modificación de las condiciones de salud y ejercer un mayor control.</p>	<p>I. Visitas domiciliarias  II. Seguimiento del paciente controlado  III. Realiza actividades de educación para la salud.  IV. Refiere al Médico Familiar y a otros profesionales de la salud, pacientes descontrolados.</p>	<p>Escala de Likert  5.Siempre  4.Casi Siempre  3.Algunas veces  2.Casi Nunca  1.Nunca</p>	<p><b>ENFERMERA ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIA</b>  113. ¿Usted recibió de la enfermera cita a su domicilio para reforzar el auto monitoreo de su azúcar?  114. ¿Usted recibió de la enfermera una buena comunicación por lo que acude a seguimiento?  115. ¿Usted recibió de la enfermera una buena relación para que continúe su seguimiento?  116. ¿Usted recibió de la enfermera envió a los diferentes servicios en caso de necesitarlo?</p>

				<p align="center"><b><u>PREVENCIÓN</u></b></p> <p>Medidas que realiza la Enfermera Especialista en Medicina de Familia para que acuda el paciente diabético a recibir atención y evitar la aparición de la enfermedad, detener el avance y atenuar consecuencias una vez establecida</p>	<p>I. Visitas domiciliarias</p> <p>II. Seguimiento del paciente controlado</p> <p>III. Realiza actividades de educación para la salud.</p> <p>IV. Refiere al Médico Familiar y a otros profesionales de la salud, pacientes descontrolados.</p>		<p>117. ¿Usted recibió de la enfermera orientación en su domicilio de su enfermedad junto con su familia?</p> <p>118. ¿Usted recibió de la enfermera que le despejara sus dudas en su consulta?</p> <p>119. ¿Usted recibió de la enfermera temas de interés por lo que acude a programas educativos?</p> <p>120. ¿Usted recibió de la enfermera envió con el medico familiar estando controlado?</p>
				<p align="center"><b><u>TRATAMIENTO</u></b></p> <p>Secuencias de visitas para que la Enfermera Especialista en Medicina de Familia ofrezcan a los pacientes diabéticos seguimiento del control de su enfermedad y servicios de diagnósticos.</p>	<p>I. Visitas domiciliarias</p> <p>II. Seguimiento del paciente controlado</p> <p>III. Realiza actividades de educación para la salud.</p> <p>IV. Refiere al Médico Familiar y a otros profesionales de la salud, pacientes descontrolados.</p>		<p>121. ¿Usted recibió de la enfermera visitas domiciliarias al no acudir a la consulta?</p> <p>122. ¿Usted recibió seguimiento de su enfermedad por la misma Enfermera Especialista en Medicina de Familia?</p> <p>123. ¿Usted recibió de la enfermera actividades de educación para su enfermedad en su consulta?</p> <p>124. ¿Usted recibió tratamientos coordinados entre la Enfermera Especialista en Medicina de Familia y el Medico Familiar?</p>
				<p align="center"><b><u>REHABILITACIÓN</u></b></p> <p>La Enfermera Especialista en Medicina de Familia facilita la adaptación de los pacientes diabéticos a complicaciones propias de la enfermedad y contribuye a reducir al máximo, las recidivas del padecimiento del paciente diabético hasta que solucione sus problemas.</p>	<p>I. Visitas domiciliarias</p> <p>II. Seguimiento del paciente controlado</p> <p>III. Realiza actividades de educación para la salud.</p> <p>IV. Refiere al Médico Familiar y a otros profesionales de la salud, pacientes descontrolados.</p>		<p>125. ¿Usted recibió de la enfermera visitas a su domicilio para orientación productiva de acuerdo a su problema actual?</p> <p>126. ¿Usted recibió de la enfermera que le respetara los horarios de su cita de consulta?</p> <p>127. ¿Usted recibió de la enfermera intervenciones educativas con otros pacientes diabéticos?</p> <p>128. ¿Usted recibió de la enfermera envíos oportunos con otros profesionales de la salud?</p>



## Anexo 4. INSTRUMENTO

### Construcción y validación de un instrumento que mida la satisfacción del paciente diabético con el modelo uno a uno de la atención integral en el primer nivel de atención.

Buenos días/tardes: Se está realizando un estudio de satisfacción con el modelo uno a uno de la Atención Integral, se aplicará el cuestionario a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 seleccionados de manera aleatoria de todos los consultorios de ambos turnos, adscritos en la UMF-11, IMSS Aguascalientes. La entrevista es completamente anónima y los datos obtenidos son confidenciales, no se dará a conocer sus respuestas, por lo tanto, siéntase en libertad de responder lo que usted considere. Muchas gracias por su colaboración.

#### Sección I. Características Demográficas

##### I.1 Ficha de Identificación

I.1.a Número de folio: /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ I.1.b Fecha de aplicación: /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/  
Día Mes Año

I.1.c Nombre del paciente: /\_\_\_\_\_/

I.1.d Número de afiliación: /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ -- /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

I.1.e Sitio donde se realizó la entrevista: /\_\_\_\_\_/ 1. Domicilio 2. UMF-11 3. Otros

I.1.f Domicilio: /\_\_\_\_\_/

I.1.g Teléfono: /\_\_\_\_\_/ I.1.h No. de consultorio: /\_\_\_/ I.1.i Turno: /\_\_\_/ 1) Matutino 2) Vespertino

##### I.2 Características Sociodemográficas

I.2.a Edad /_____/	I.2.b Sexo /_____/
1. 20-30 años	1) Masculino
2. 31-40 años	2) Femenino
3. 41-50 años	
4. 51-60 años	
5. >60 años	

I.2.c Grado de escolaridad: /_____/	I.2.d Estado Civil: /_____/
1) Analfabeta	1) Soltero (a)
2) Primaria incompleta	2) Casado (a)
3) Primaria completa	3) Unión libre (a)
4) Secundaria	4) Divorciado (a)
5) Bachillerato/equivalente	5) separado (a)
6) Profesionista	6) Viudo (a)
7) Otros	

I.2.e Ocupación: /\_\_\_\_\_/

1) Empleado 2) Comerciante 3) Ama de casa 4) Agricultura y Ganadería 5) Pensionado

6) Estudiante 7) Otro /\_\_\_\_\_/

##### I.3 Características de la Enfermedad

Encuestador: En el caso de que el paciente no sepa o no conteste, favor de revisar su expediente y anotar los datos

I.3.a ¿Hace cuánto tiempo se diagnosticó su diabetes? /\_\_\_\_\_/

1) 1-5 años

2) 6-10 años

3) 11-20 años

4) 21-30 años

5) > 30 años

I.3.b ¿Presenta alguna de estas enfermedades a parte de la diabetes mellitus tipo 2? /\_\_\_\_\_/

1) Hipertensión Arterial

2) Obesidad

3) Dislipidemia

4) Artritis Reumatoide

5) Enfermedades del corazón

6) Enfermedades cerebrovasculares

7) Otras

8) ninguna

##### I.4 Acciones clínicas registradas en el expediente

I.4.a Número de consultas en los últimos 12 meses /\_\_\_\_\_/

1) 1-2

2) 3-4

3) 5-6

4) >6

I.4.b Cifra de glucosa plasmática en ayunas en los últimos 6 meses /_____/	
1) /_____/ mg/dl /_____/_____/	
Mes Año	
2) /_____/ mg/dl /_____/_____/	
Mes Año	
media= /_____/ mg/dl	
999) No hay datos registrados en el expediente	
I.4.c Cifras de Hemoglobina glucosilada en los últimos 6 meses /_____/	
1) /_____/ mg/dl /_____/_____/	
Mes Año	
media= /_____/ mg/dl	
999) No hay datos registrados en el expediente	
I.4.d Cifras de Colesterol total en los últimos 6 meses /_____/	
999) No hay datos registrados en el expediente /_____/ mg/dl	
/_____/ mg/dl	
media= /_____/	
I.4.e Cifras de Triglicéridos en los últimos 6 meses /_____/	
999) No hay datos registrados en el expediente /_____/ mg/dl	
/_____/ mg/dl	
media= /_____/	
I.4.f Cifras de Creatinina Sérica en los últimos 6 meses /_____/	
999) No hay datos registrados en el expediente /_____/ mg/dl	
I.4.g Cifra de la tasa de filtrado glomerular (TFG) en los últimos 12 meses /_____/	
999) No hay datos registrados en el expediente /_____/ mg/dl	
I.4.h Cifra de presión arterial registrada al recibir la atención médica.	I.4.i Peso registrado al recibir la atención médica.
/_____/_____/ mm/Hg	/_____/_____/
/_____/	Kilos gramos /_____/
999) No hay datos registrados en el expediente	999) No hay datos registrados en el expediente
I.4.j Talla registrado al recibir la atención médica.	I.4.k Índice de Masa Corporal (IMC) registrado al recibir la atención médica.
/_____/_____/	/_____/
Metros centímetros /_____/	1) 18-24.99
999) No hay datos registrados en el expediente	2) 25-29.99 /_____/
	3) 30- 34.99 cifra exacta
	4) 35-40
	5) >40
	999) No hay datos registrados en el expediente

**Sección II. Satisfacción del paciente diabético con el modelo uno a uno de la atención integral en el primer nivel de atención.**

**E X P E C T A T I V A S**

**Instrucciones:** En relación a su consulta que recibirá con su Médico Familiar y/o la Enfermera Especialista en Medicina de Familia, le voy hacer algunas preguntas, me puede contestar con las opciones que le voy a dar a continuación.

5-Muy importante  
4-Importante  
3-Moderadamente importante  
2-De poca importancia  
1-Sin importancia

**COMUNICACIÓN**

**MÉDICO FAMILIAR (MF)**

2. ¿Qué importancia le da a que el Médico Familiar le explique acerca de su enfermedad en su consulta médica?					
3. ¿Qué importancia le da a que el Médico Familiar le explique las indicaciones de sus recetas?					
6. ¿Qué importancia le da a que el Médico Familiar le explique las complicaciones de la diabetes? (El encuestador menciona ejemplos como; bajar el azúcar, subir el azúcar, enfermedad de los ojos, enfermedad del riñón, enfermedad de los pies).?					

**ENFERMERA ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIA (EEMF)**

17. ¿Qué importancia le da a que la enfermera acuda a su domicilio para que le oriente de los programas educativos?					
19. ¿Qué importancia le da a que la enfermera le explique las actividades que ayudan a mejorar su salud?					
22. ¿Qué importancia le da a que la enfermera le explique qué hábitos higiénicos debe de tener?					

**EMPATIA**

**MÉDICO FAMILIAR (MF)**

42. ¿Qué importancia le da que el Médico Familiar le indique de manera amable que cuidados generales debe tener?					
43. ¿Qué importancia le da a que el Médico Familiar de manera amable lo invite a continuar el tratamiento con sus medicamentos?					
47. ¿Qué importancia le da a que el Médico Familiar muestre interés en su tratamiento en caso de tener complicaciones?					

**ENFERMERA ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIA (EEMF)**

54. ¿Qué importancia le da a que la enfermera le explique el uso de insulina en caso de necesitarlo?					
57. ¿Qué importancia le da a que la enfermera muestre interés al acudir a su casa para revisión de su presión arterial?					
59. ¿Qué importancia le da a que la enfermera le explique de manera detallada los beneficios de aplicarse la vacuna contra la influenza?					

**CUIDADO TECNICO**

**MÉDICO FAMILIAR (MF)**

65. ¿Qué importancia le da a que el Médico Familiar le informe detalladamente acerca de su enfermedad, vía telefónica?					
69. ¿Qué importancia le da a que el Médico Familiar le informe vía telefónica de los grupos de apoyo para disminuir factores de riesgo de su enfermedad?					
73. ¿Qué importancia le da a que el Médico Familiar le informe vía telefónica de los efectos de sus medicamentos?					

**ENFERMERA ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIA (EEMF)**

89. ¿Qué importancia le da a que la enfermera le enseñe como conservar, usar y aplicarse la insulina?					
92. ¿Qué importancia le da a que la enfermera lo envíe con el Médico Familiar en caso de tener heridas en la piel que no curan?					
95. ¿Qué importancia le da a que la enfermera le plantee metas de mejora en el cuidado de su enfermedad?					

**CONTINUIDAD DE LA ATENCION**

**MÉDICO FAMILIAR (MF)**

98. ¿Qué importancia le da a que el Médico Familiar lo cite a consulta cada mes?					
99. ¿Qué importancia le da a que el Médico Familiar le de tratamiento mensual?					
108. ¿Qué importancia le da a que los tratamientos estén coordinados entre el Médico Familiar y la Enfermera Especialista en Medicina de Familia?					

**ENFERMERA ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIA (EEMF)**

120. ¿Qué importancia le da a que la enfermera lo envíe con el Médico Familiar estando controlado?					
122. ¿Qué importancia le da a que el seguimiento de su enfermedad sea vista por la misma Enfermera Especialista en Medicina de Familia?					
123. ¿Qué importancia le da a que la enfermera realice actividades de educación cada vez que acuda a consulta?					

<b>E X P E R I E N C I A S</b>	<b>5-Siempre</b>	<b>4-Casi siempre</b>	<b>3- Algunas veces</b>	<b>2-Casi nunca</b>	<b>1-Nunca</b>
<b>Instrucciones:</b> En relación a su consulta que recibió con el Médico Familiar y/o la Enfermera Especialista en Medicina de Familia, le voy hacer algunas preguntas, me puede contestar con las opciones que le voy a dar a continuación.					
<b>COMUNICACIÓN</b>					
<b>MÉDICO FAMILIAR (MF)</b>					
10. ¿Usted recibió del Médico Familiar explicación sobre cómo y cuándo medir su azúcar (destróxtix), antes y después de la ingesta de alimentos?					
14. ¿Usted recibió del Médico Familiar explicación sobre cómo debe cuidar su piel para evitar complicaciones?					
15. ¿Usted recibió del Médico Familiar explicación de cómo los medicamentos ayudan a evitar complicaciones?					
<b>ENFERMERA ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIA (EEMF)</b>					
22. ¿Usted recibió de la enfermera explicación de los hábitos higiénicos que debe tener?					
27. ¿Usted recibió de la enfermera explicación sobre el cuidado de los pies?					
31. ¿Usted recibió de la enfermera explicación de los cuidados que debe de tener en caso de presentar complicaciones?					
<b>EMPATIA</b>					
<b>MÉDICO FAMILIAR (MF)</b>					
34. ¿Usted recibió del Médico Familiar comprensión de sus problemas de salud por lo que acudió a la consulta médica?					
42. ¿Usted recibió del Médico Familiar indicaciones de manera amable de que cuidados generales debe tener?					
43. ¿Usted recibió del Médico Familiar una invitación amable de continuar el tratamiento con medicamentos?					
<b>ENFERMERA ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIA (EEMF)</b>					
50. ¿Usted recibió de la enfermera un trato amable en su consulta?					
58. ¿Usted recibió de la enfermera indicaciones claras del uso del medicamento para mantenerse controlado?					
64. ¿Usted recibió de la enfermera envió oportuno a los diferentes profesionales de la salud para evitar complicaciones?					
<b>CUIDADO TECNICO</b>					
<b>MÉDICO FAMILIAR (MF)</b>					
75. ¿Usted recibió del Médico Familiar prescripción de su tratamiento con base a lo que indico el especialista del hospital?					
76. ¿Usted recibió del Médico Familiar envió a toma de radiografías por posibles complicaciones?					
79. ¿Usted recibió del Médico Familiar indicación de aplicarse insulina por descontrol de su azúcar (glucosa)?					
<b>ENFERMERA ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIA (EEMF)</b>					
83. ¿Usted recibió de la enfermera orientación de cómo debe de cortarse las uñas?					
84. ¿Usted recibió de la enfermera envió al servicio de estomatología (dentista) en estos 6 meses?					
89. ¿Usted recibió de la enfermera enseñanza de cómo conservar, usar y aplicarse la insulina?					
<b>CONTINUIDAD DE LA ATENCION</b>					
<b>MÉDICO FAMILIAR (MF)</b>					
98. ¿Usted recibió del Médico Familiar que lo consultara cada mes?					
99. ¿Usted recibió del Médico Familiar tratamiento mensual?					
100. ¿Usted recibió del Médico Familiar envió a los servicios de salud que requirió?					
<b>ENFERMERA ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIA (EEMF)</b>					
122. ¿Usted recibió seguimiento de su enfermedad por la misma Enfermera Especialista en Medicina de Familia?					
124. ¿Usted recibió tratamientos coordinados entre la Enfermera Especialista en Medicina de Familia y el Médico Familiar?					
125. ¿Usted recibió de la enfermera continuidad en el seguimiento de su enfermedad para reducir posibles complicaciones?					

**Anexo 5. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**



**Construcción y validación de un instrumento que mida la satisfacción del paciente diabético con el modelo uno a uno de la Atención Integral en el primer nivel de atención**

R-2015-101-40

20-abril-2016

Carta de Consentimiento Informado para la participación en Protocolos de Investigación.

UMF 11 IMSS Delegación Aguascalientes:

**JUSTIFICACION:** Dentro de la literatura existen instrumentos diseñados y validados para medir la satisfacción de los pacientes, pero la gran mayoría se han realizado para otros países con características sociodemográficas diferentes y muchos de ellos tienen deficiencias conceptuales y/o metodológicas, no miden sus dominios completos (expectativas-experiencias). Es sabido que las expectativas de las personas difieren según los contextos socioculturales y el tipo de servicio que se esté evaluando; por ello es necesario generar instrumentos validados para poblaciones singulares, de acuerdo a las necesidades locales, además no se ha observado instrumentos que midan la satisfacción específicamente con la atención integral en salud que estén representados en el modelo uno a uno; Médico Familiar y la Enfermera Especialista en Medicina de Familia. **OBJETIVO:** Construir y validar un instrumento que mida la satisfacción del paciente con diabetes mellitus tipo 2 con el modelo uno a uno de la atención integral en el primer nivel de atención.

Declaro que se me ha informado ampliamente en qué consiste esta investigación, así como los inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el proyecto de investigación. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del proyecto de la Investigación en cualquier momento en que yo considere conveniente. Los datos otorgados durante la investigación serán confidenciales. Por lo que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que se deriven de este proyecto de investigación ya que serán manejados de manera anónima y confidencial. No existen riesgos potenciales de la aplicación de la encuesta, sólo la inversión del tiempo en contestar la misma.

El investigador responsable se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mí, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos, los riesgos, beneficios o cualquier asunto relacionado con la investigación.

Investigadoras de este proyecto:

**Tutora:** Dra. Teresa Juárez Cedillo. Adscrita en el IMSS. Centro Médico Nacional Siglo XXI Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud Área Envejecimiento teléfono: 56276900 Ext. 21846 o 21847. Correo electrónico: [terezillo@exalumno.unam.mx](mailto:terezillo@exalumno.unam.mx)

**Tesista:** Dra. Sarahi Estrella Maldonado Paredes. Adscrita: UMF-11. IMSS. Domicilio: Mariano Hidalgo S/N Col. Morelos 1, C.P.20280. Aguascalientes. Teléfono: 977 42 72. Correo electrónico: [acane16@hotmail.com](mailto:acane16@hotmail.com)

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 4º. 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: [comisión.etica@imss.gob.mx](mailto:comisión.etica@imss.gob.mx)

\_\_\_\_\_  
Dra. Sarahi Estrella Maldonado Paredes (Tesista)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Testigo





Se le indico al entrevistado las opciones que tenía para contestar, para esto se les presentó hojas con la escala de Likert, con las siguientes opciones, para Expectativas; Muy importante, Importante, Moderadamente Importante, De poca Importancia, Sin Importancia; y para las Experiencias las opciones fueron: Siempre, Casi Siempre, Algunas Veces, Casi Nunca y Nunca.

Las respuestas del entrevistado fueron marcadas con una **X**, cada pregunta se codifico de acuerdo con la asignación del investigador del proyecto, de la siguiente manera:

**Si la respuesta es para Expectativas**

5. Muy Importante
4. Importante
3. Moderadamente Importante
2. De poca importancia
1. Sin importancia.

**Si la respuesta es para Experiencias**

5. Siempre
4. Casi nunca
3. Algunas veces
2. Casi nunca
1. Nunca

## E X P E C T A T I V A S

Para la evaluación de las **EXPECTATIVAS**, se le pregunto a los pacientes diabéticos antes de recibir la consulta con el Médico Familiar y/o la Enfermera Especialista en Medicina de Familia sobre el modelo uno a uno de la atención integral.

• **MÉDICO FAMILIAR  
COMUNICACIÓN**

2. ¿Qué importancia le da a que el Médico Familiar le explique acerca de su enfermedad en su consulta médica?

**Explicación**

Con esta pregunta se pretende conocer si hay comunicación entre el Medico Familiar y el paciente diabético al acudir a la consulta médica.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Muy Importante
4. Importante
3. Moderadamente Importante
2. De poca importancia
1. Sin Importancia.

3. ¿Qué importancia le da a que el Médico Familiar le explique las indicaciones de sus recetas?

**Explicación**

Con esta pregunta se pretende conocer si hay comunicación entre el Medico Familiar y el paciente diabético al acudir a la consulta médica.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Muy Importante
4. Importante
3. Moderadamente Importante
2. De poca importancia
1. Sin Importancia.

6. ¿Qué importancia le da a que el Médico Familiar le explique las complicaciones de la diabetes? (El encuestador menciona ejemplos como; bajar el azúcar, subir el azúcar, enfermedad de los ojos, enfermedad del riñón, enfermedad de los pies).?

**Explicación**

Con esta pregunta se pretende conocer si hay comunicación entre el Médico Familiar y el paciente diabético al acudir a la consulta médica.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Muy Importante
4. Importante
3. Moderadamente Importante
2. De poca importancia
1. Sin Importancia.

**EMPATIA**

42. ¿Qué importancia le da que el Médico Familiar le indique de manera amable que cuidados generales debe tener?

**Explicación**

Con esta pregunta se pretende conocer si el Médico Familiar se pone en su lugar del paciente diabético al acudir a la consulta a recibir atención médica.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Muy Importante
4. Importante
3. Moderadamente Importante
2. De poca importancia
1. Sin Importancia.

43. ¿Qué importancia le da a que el Médico Familiar de manera amable lo invite a continuar el tratamiento con sus medicamentos?

**Explicación**

Con esta pregunta se pretende conocer si el Médico Familiar se pone en su lugar del paciente diabético al acudir a la consulta a recibir atención médica.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Muy Importante
4. Importante
3. Moderadamente Importante
2. De poca importancia
1. Sin Importancia.

47. ¿Qué importancia le da a que el Médico Familiar muestre interés en su tratamiento en caso de tener complicaciones?

**Explicación**

Con esta pregunta se pretende conocer si el Médico Familiar se pone en su lugar del paciente diabético al acudir a la consulta a recibir atención médica.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Muy Importante
4. Importante
3. Moderadamente Importante
2. De poca importancia
1. Sin Importancia.

## CUIDADO TECNICO

48. ¿Qué importancia le da a que el Médico Familiar le informe detalladamente acerca de su enfermedad, vía telefónica?

### Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la aplicación de los conocimientos disponibles del Médico Familiar relacionados con el modelo uno a uno de la atención integral.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Muy Importante
4. Importante
3. Moderadamente Importante
2. De poca importancia
1. Sin Importancia.

50. ¿Qué importancia le da a que el Médico Familiar le informe vía telefónica de los grupos de apoyo para disminuir factores de riesgo de su enfermedad?

### Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la aplicación de los conocimientos disponibles del Médico Familiar relacionados con el modelo uno a uno de la atención integral.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Muy Importante
4. Importante
3. Moderadamente Importante
2. De poca importancia
1. Sin Importancia.

54. ¿Qué importancia le da a que el Médico Familiar le informe vía telefónica de los efectos de sus medicamentos?

### Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la aplicación de los conocimientos disponibles del Médico Familiar relacionados con el modelo uno a uno de la atención integral.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Muy Importante
4. Importante
3. Moderadamente Importante
2. De poca importancia
1. Sin Importancia.

## CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

98. ¿Qué importancia le da a que el Médico Familiar lo cite a consulta cada mes?

### Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si hay secuencias de visitas del paciente diabético con el Médico Familiar hasta solucionar sus problemas de salud.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Muy Importante
4. Importante
3. Moderadamente Importante
2. De poca importancia
1. Sin Importancia.

99. ¿Qué importancia le da a que el Médico Familiar le de tratamiento mensual?

**Explicación**

Con esta pregunta se pretende conocer si hay secuencias de visitas del paciente diabético con el Médico Familiar hasta solucionar sus problemas de salud.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Muy Importante
4. Importante
3. Moderadamente Importante
2. De poca importancia
1. Sin Importancia

108. ¿Qué importancia le da a que los tratamientos estén coordinados entre el Médico Familiar y la Enfermera Especialista en Medicina de Familia?

**Explicación**

Con esta pregunta se pretende conocer si hay secuencias de visitas del paciente diabético con el Médico Familiar hasta solucionar sus problemas de salud.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Muy Importante
4. Importante
3. Moderadamente Importante
2. De poca importancia
1. Sin Importancia.

• **ENFERMERA ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIA  
COMUNICACIÓN**

17. ¿Qué importancia le da a que la enfermera acuda a su domicilio para que le oriente de los programas educativos?

**Explicación**

Con esta pregunta se pretende conocer si hay comunicación entre el Médico Familiar y el paciente diabético al acudir a la consulta médica.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Muy Importante
4. Importante
3. Moderadamente Importante
2. De poca importancia
1. Sin Importancia.

19. ¿Qué importancia le da a que la enfermera le explique las actividades que ayudan a mejorar su salud?

**Explicación**

Con esta pregunta se pretende conocer si hay comunicación entre el Médico Familiar y el paciente diabético al acudir a la consulta médica.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Muy Importante
4. Importante
3. Moderadamente Importante
2. De poca importancia
1. Sin Importancia.

22. ¿Qué importancia le da a que la enfermera le explique qué hábitos higiénicos debe de tener?

**Explicación**

Con esta pregunta se pretende conocer si hay comunicación entre el Medico Familiar y el paciente diabético al acudir a la consulta médica.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Muy Importante
4. Importante
3. Moderadamente Importante
2. De poca importancia
1. Sin Importancia.

**EMPATIA**

54. ¿Qué importancia le da a que la enfermera le explique el uso de insulina en caso de necesitarlo?

**Explicación**

Con esta pregunta se pretende conocer si hay comunicación entre el Medico Familiar y el paciente diabético al acudir a la consulta médica.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Muy Importante
4. Importante
3. Moderadamente Importante
2. De poca importancia
1. Sin Importancia.

57. ¿Qué importancia le da a que la enfermera muestre interés al acudir a su casa para revisión de su presión arterial?

**Explicación**

Con esta pregunta se pretende conocer si hay comunicación entre el Medico Familiar y el paciente diabético al acudir a la consulta médica.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Muy Importante
4. Importante
3. Moderadamente Importante
2. De poca importancia
1. Sin Importancia.

59. ¿Qué importancia le da a que la enfermera le explique de manera detallada los beneficios de aplicarse la vacuna contra la influenza?

**Explicación**

Con esta pregunta se pretende conocer si hay comunicación entre el Medico Familiar y el paciente diabético al acudir a la consulta médica.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Muy Importante
4. Importante
3. Moderadamente Importante
2. De poca importancia
1. Sin Importancia.

## CUIDADO TECNICO

89. ¿Qué importancia le da a que la enfermera le enseñe como conservar, usar y aplicarse la insulina?

### Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si hay comunicación entre el Medico Familiar y el paciente diabético al acudir a la consulta médica.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Muy Importante
4. Importante
3. Moderadamente Importante
2. De poca importancia
1. Sin Importancia.

92. ¿Qué importancia le da a que la enfermera lo envíe con el Médico Familiar en caso de tener heridas en la piel que no curan?

### Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si hay comunicación entre el Medico Familiar y el paciente diabético al acudir a la consulta médica.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Muy Importante
4. Importante
3. Moderadamente Importante
2. De poca importancia
1. Sin Importancia.

95. ¿Qué importancia le da a que la enfermera le plantee metas de mejora en el cuidado de su enfermedad?

### Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si hay comunicación entre el Medico Familiar y el paciente diabético al acudir a la consulta médica.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Muy Importante
4. Importante
3. Moderadamente Importante
2. De poca importancia
1. Sin Importancia.

## CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

120. ¿Qué importancia le da a que la enfermera lo envíe con el Médico Familiar estando controlado?

### Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si hay comunicación entre el Medico Familiar y el paciente diabético al acudir a la consulta médica.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Muy Importante
4. Importante
3. Moderadamente Importante
2. De poca importancia
1. Sin Importancia.

122. ¿Qué importancia le da a que el seguimiento de su enfermedad sea vista por la misma Enfermera Especialista en Medicina de Familia?

**Explicación**

Con esta pregunta se pretende conocer si hay comunicación entre el Medico Familiar y el paciente diabético al acudir a la consulta médica.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Muy Importante
4. Importante
3. Moderadamente Importante
2. De poca importancia
1. Sin Importancia.

123. ¿Qué importancia le da a que la enfermera realice actividades de educación cada vez que acuda a consulta?

**Explicación**

Con esta pregunta se pretende conocer si hay comunicación entre el Medico Familiar y el paciente diabético al acudir a la consulta médica.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Muy Importante
4. Importante
3. Moderadamente Importante
2. De poca importancia
1. Sin Importancia.

**E X P E R I E N C I A S**

**• MEDICO FAMILIAR  
COMUNICACIÓN**

10. ¿Usted recibió del Médico Familiar explicación sobre cómo y cuándo medir su azúcar (destrostix), antes y después de la ingesta de alimentos?

**Explicación**

Con esta pregunta se pretende conocer si hay comunicación entre el Medico Familiar y el paciente diabético al acudir a la consulta médica.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Siempre
4. Casi Siempre
3. Algunas Veces
2. Casi Nunca
1. Nunca

14. ¿Usted recibió del Médico Familiar explicación sobre cómo debe cuidar su piel para evitar complicaciones?

**Explicación**

Con esta pregunta se pretende conocer si hay comunicación entre el Medico Familiar y el paciente diabético al acudir a la consulta médica.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Siempre
4. Casi Siempre
3. Algunas Veces
2. Casi Nunca
1. Nunca



15. ¿Usted recibió del Médico Familiar explicación de cómo los medicamentos ayudan a evitar complicaciones?

**Explicación**

Con esta pregunta se pretende conocer si hay comunicación entre el Médico Familiar y el paciente diabético al acudir a la consulta médica.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Siempre
4. Casi Siempre
3. Algunas Veces
2. Casi Nunca
1. Nunca

**EMPATIA**

34. ¿Usted recibió del Médico Familiar comprensión de sus problemas de salud por lo que acudió a la consulta médica?

**Explicación**

Con esta pregunta se pretende conocer si el Médico Familiar se pone en su lugar del paciente diabético al acudir a la consulta a recibir atención médica.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Siempre
4. Casi Siempre
3. Algunas Veces
2. Casi Nunca
1. Nunca

42. ¿Usted recibió del Médico Familiar indicaciones de manera amable de que cuidados generales debe tener?

**Explicación**

Con esta pregunta se pretende conocer si el Médico Familiar se pone en su lugar del paciente diabético al acudir a la consulta a recibir atención médica.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Siempre
4. Casi Siempre
3. Algunas Veces
2. Casi Nunca
1. Nunca

43. ¿Usted recibió del Médico Familiar una invitación amable de continuar el tratamiento con medicamentos?

**Explicación**

Con esta pregunta se pretende conocer si el Médico Familiar se pone en su lugar del paciente diabético al acudir a la consulta a recibir atención médica.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Siempre
4. Casi Siempre
3. Algunas Veces
2. Casi Nunca
1. Nunca

## CUIDADO TECNICO

75. ¿Usted recibió del Médico Familiar prescripción de su tratamiento con base a lo que indico el especialista del hospital?

### Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la aplicación de los conocimientos disponibles del Médico Familiar relacionados con el modelo uno a uno de la atención integral.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Siempre
4. Casi Siempre
3. Algunas Veces
2. Casi Nunca
1. Nunca

76. ¿Usted recibió del Médico Familiar envió a toma de radiografías por posibles complicaciones?

### Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la aplicación de los conocimientos disponibles del Médico Familiar relacionados con el modelo uno a uno de la atención integral.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Siempre
4. Casi Siempre
3. Algunas Veces
2. Casi Nunca
1. Nunca

79. ¿Usted recibió del Médico Familiar indicación de aplicarse insulina por descontrol de su azúcar (glucosa)?

### Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la aplicación de los conocimientos disponibles del Médico Familiar relacionados con el modelo uno a uno de la atención integral.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Siempre
4. Casi Siempre
3. Algunas Veces
2. Casi Nunca
1. Nunca

## CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

98. ¿Usted recibió del Médico Familiar que lo consultara cada mes?

### Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si hay secuencias de visitas del paciente diabético con el Médico Familiar hasta solucionar sus problemas de salud.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Siempre
4. Casi Siempre
3. Algunas Veces
2. Casi Nunca
1. Nunca

99. ¿Usted recibió del Médico Familiar tratamiento mensual?

**Explicación**

Con esta pregunta se pretende conocer si hay secuencias de visitas del paciente diabético con el Médico Familiar hasta solucionar sus problemas de salud.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Siempre
4. Casi Siempre
3. Algunas Veces
2. Casi Nunca
1. Nunca

100. ¿Usted recibió del Médico Familiar envió a los servicios de salud que requirió?

**Explicación**

Con esta pregunta se pretende conocer si hay secuencias de visitas del paciente diabético con el Médico Familiar hasta solucionar sus problemas de salud.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Siempre
4. Casi Siempre
3. Algunas Veces
2. Casi Nunca
1. Nunca

• **ENFERMERA ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIA  
COMUNICACIÓN**

22. ¿Usted recibió de la enfermera explicación de los hábitos higiénicos que debe tener?

**Explicación**

Con esta pregunta se pretende conocer si hay comunicación entre el Médico Familiar y el paciente diabético al acudir a la consulta médica.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Siempre
4. Casi Siempre
3. Algunas Veces
2. Casi Nunca
1. Nunca

27. ¿Usted recibió de la enfermera explicación sobre el cuidado de los pies?

**Explicación**

Con esta pregunta se pretende conocer si hay comunicación entre el Médico Familiar y el paciente diabético al acudir a la consulta médica.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Siempre
4. Casi Siempre
3. Algunas Veces
2. Casi Nunca
1. Nunca

31. ¿Usted recibió de la enfermera explicación de los cuidados que debe de tener en caso de presentar

**Explicación**

Con esta pregunta se pretende conocer si hay comunicación entre el Medico Familiar y el paciente diabético al acudir a la consulta médica.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 5. Siempre
- 4. Casi Siempre
- 3. Algunas Veces
- 2. Casi Nunca
- 1. Nunca

**EMPATIA**

50. ¿Usted recibió de la enfermera un trato amable en su consulta?

**Explicación**

Con esta pregunta se pretende conocer si hay comunicación entre el Medico Familiar y el paciente diabético al acudir a la consulta médica.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 5. Siempre
- 4. Casi Siempre
- 3. Algunas Veces
- 2. Casi Nunca
- 1. Nunca.

58. ¿Usted recibió de la enfermera indicaciones claras del uso del medicamento para mantenerse controlado?

**Explicación**

Con esta pregunta se pretende conocer si hay comunicación entre el Medico Familiar y el paciente diabético al acudir a la consulta médica.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 5. Siempre
- 4. Casi Siempre
- 3. Algunas Veces
- 2. Casi Nunca
- 1. Nunca

64. ¿Usted recibió de la enfermera envió oportuno a los diferentes profesionales de la salud para evitar complicaciones?

**Explicación**

Con esta pregunta se pretende conocer si hay comunicación entre el Medico Familiar y el paciente diabético al acudir a la consulta médica.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 5. Siempre
- 4. Casi Siempre
- 3. Algunas Veces
- 2. Casi Nunca
- 1. Nunca

## CUIDADO TECNICO

83. ¿Usted recibió de la enfermera orientación de cómo debe de cortarse las uñas?

### Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si hay comunicación entre el Medico Familiar y el paciente diabético al acudir a la consulta médica.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Siempre
4. Casi Siempre
3. Algunas Veces
2. Casi Nunca
1. Nunca

84. ¿Usted recibió de la enfermera envió al servicio de estomatología (dentista) en estos 6 meses?

### Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si hay comunicación entre el Medico Familiar y el paciente diabético al acudir a la consulta médica.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Siempre
4. Casi Siempre
3. Algunas Veces
2. Casi Nunca
1. Nunca

89. ¿Usted recibió de la enfermera enseñanza de cómo conservar, usar y aplicarse la insulina?

### Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si hay comunicación entre el Medico Familiar y el paciente diabético al acudir a la consulta médica.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Siempre
4. Casi Siempre
3. Algunas Veces
2. Casi Nunca
1. Nunca

## CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

122. ¿Usted recibió seguimiento de su enfermedad por la misma Enfermera Especialista en Medicina de

### Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si hay comunicación entre el Medico Familiar y el paciente diabético al acudir a la consulta médica.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Siempre
4. Casi Siempre
3. Algunas Veces
2. Casi Nunca
1. Nunca

124. ¿Usted recibió tratamientos coordinados entre la Enfermera Especialista en Medicina de Familia y el Médico Familiar?

**Explicación**

Con esta pregunta se pretende conocer si hay comunicación entre el Médico Familiar y el paciente diabético al acudir a la consulta médica.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Siempre
4. Casi Siempre
3. Algunas Veces
2. Casi Nunca
1. Nunca

125. ¿Usted recibió de la enfermera continuidad en el seguimiento de su enfermedad para reducir posibles complicaciones?

**Explicación**

Con esta pregunta se pretende conocer si hay comunicación entre el Médico Familiar y el paciente diabético al acudir a la consulta médica.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Siempre
4. Casi Siempre
3. Algunas Veces
2. Casi Nunca
1. Nunca