



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 2
SANTA MARIA LA RIBERA, DISTRITO FEDERAL**

**PERCEPCION DEL USO DE INSULINA EN EL PACIENTE
DIABETICO TIPO 2 DE MAS DE 10 AÑOS DE DIAGNOSTICO
EN LA UMF 33**

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARIA DE LOS ANGELES RAMÍREZ HERNÁNDEZ

ASESOR: DR. ANDRES ROCHA AGUADO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2 “JUANA DE ASBAJE”.**

TITULO:

**PERCEPCION DEL USO DE INSULINA EN EL PACIENTE
DIABETICO TIPO 2 DE MAS DE 10 AÑOS DE DIAGNOSTICO
QUE NO USAN INSULINA EN LA UMF 33**

Para obtener el titulo de Especialista en Medicina Familiar del Curso de Especialidad en Medicina Familiar para Medicos Generales del IMSS

Investigador Responsable en la UMF 33

Dr. Andrés Rocha Aguado
Médico Familiar
Profesor del Curso de Especialización en Medicina Familiar
IMSS
Matricula 98150508
UMF 2 Sor Juana Inés de la Cruz No. 81 Colonia Santa
María la Ribera Tel. 55475510 al 19 Ext. 2140
andres.rocha@imss.gob.mx

Investigador Asociado

Dra. Ramírez Hernández María de los Ángeles
Médico Cirujano
Alumna del Curso de Especialización en Medicina Familiar
para Médicos Generales del IMSS
Matricula 99354637
Adscripción: UMF 33 “El Rosario”
Avenida Renacimiento esquina av. de las culturas s/n
Col. El rosario del Azcapotzalco
Tel 53 82 51 10
Registro becados: 35150600/SEDE 35DL350000 UMF 02
selegna772002@yahoo.com.mx

UNIDAD Y ÁREA DONDE SE EFECTUO EL ESTUDIO

Unidad De Medicina Familiar No. 33, Consulta Externa
Domicilio: UMF 5 Avenida Renacimiento esquina av. de las culturas s/n
Col. El rosario del Azcapotzalco Tel 53 82 51 10

selegna772002@yahoo.com.mx

2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón.

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3509
U MED FAMILIAR NUM 120, D.F. NORTE

FECHA **30/10/2015**

DRA. MARIA DE LOS ANGELES RAMIREZ HERNANDEZ

P R E S E N T E

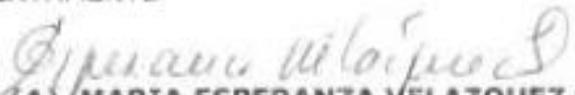
Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

PERCEPCION DEL USO DE INSULINA EN EL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 DE MAS DE 10 AÑOS DE DIAGNOSTICO EN LA UMF 33

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2015-3509-7

ATENTAMENTE


DR.(A) MARIA ESPERANZA VELAZQUEZ SICARDO

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3509

IMSS

INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL

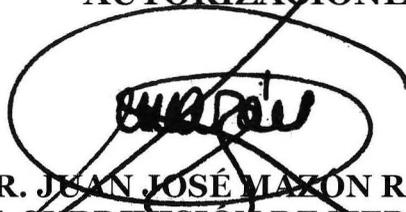
**“PERCEPCION DEL USO DE INSULINA EN EL PACIENTE
DIABETICO TIPO 2 DE MAS DE 10 AÑOS DE DIAGNOSTICO EN
LA UMF 33”**

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

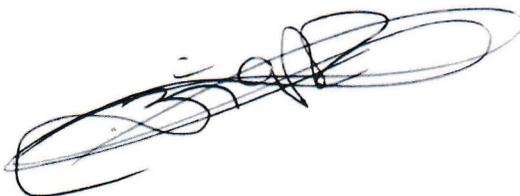
PRESENTA

DRA. MARIA DE LOS ANGELES RAMIREZ HERNANDEZ

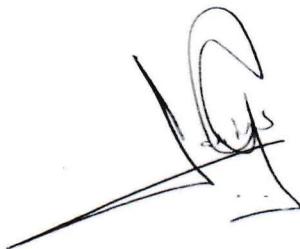
AUTORIZACIONES



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

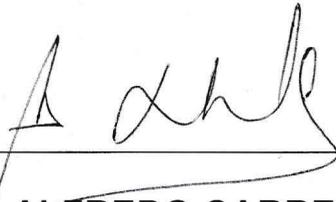


**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**PERCEPCION DEL USO DE INSULINA EN EL PACIENTE
DIABETICO TIPO 2 DE MAS DE 10 AÑOS DE DIAGNOSTICO QUE
NO USAN INSULINA EN LA UMF 33**

El presente proyecto aprobado por el Comité de Investigación del
Instituto Mexicano del Seguro Social
Asignándole el numero de Folio **R-2015-3509-7**

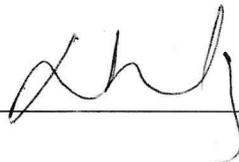
AUTORIZACIONES



DR ALFREDO CABRERA RAYO

COORDINADOR AUXILIAR DE INVESTIGACION EN SALUD

DELEGACION NORTE



DR HUMBERTO PEDRAZA MÉNDEZ

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE EDUCACION EN SALUD

DELEGACION NORTE



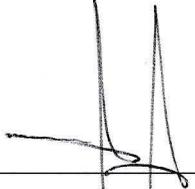
DRA MARLENE MARMOLEJO MENDOZA

**INVESTIGADOR ASOCIADO
Y COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM 2**



DR ANDRES ROCHA AGUADO

**INVESTIGADOR ASOCIADO
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33**



DRA SONIA ARTEMISA MOCTEZUMA MONDRAGON
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS SEDE
UNIDAD DE MEDICIAN FAMILIAR NO. 2

AGRADECIMIENTOS

DEDICO ESTA TESIS A DIOS, POR PERMITIRME ESTAR AQUÍ, AHORA, POR DARME VIDA Y SALUD PARA CONTINUAR CON MIS PLANES Y PROYECTOS.

A ESE ANGEL QUE SIEMPRE HA ESTADO A MI LADO

A MI MAMA, A QUIEN AGRADEZCO INFINITAMENTE POR SUS CUIDADOS, SUS ENSEÑANZAS, AMOR Y PACIENCIA PARA FORMAR LA MUJER QUE SOY, POR SU INCONDICIONAL APOYO.

A RAUL POR NO DEJARME DESISTIR, EN ESTA NUEVA AVENTURA QUE INICIO HACE 3 AÑOS Y PODER LLEGAR A ESTA META.

A MIS HIJOS, ANGEL, DIEGO Y GERARDO POR SU PACIENCIA POR SER FUENTE DE MOTIVACION E INSPIRACION PARA PODER SUPERARME CADA DIA MAS Y ASI PODER LUCHAR PARA QUE LA VIDA NOS DEPRE UN FUTURO MEJOR.

A MIS HERMANOS, ISABEL Y GUSTAVO POR SU APOYO, POR SUS PALABRAS DE ALIENTO, POR ESE AMOR FRATERNAL QUE SIEMPRE ME HAN BRINDADO.

A MIS AMIGAS Y COMPAÑERAS DE RESIDENCIA YAZMIN, MAGDA Y ALEJANDRA , CON LAS QUE VIVI ESTA HERMOSA EXPERIENCIA, TAREAS, EXPOSICIONES, SUPERVISIONES, GUARDIAS, MOMENTOS DE RISAS , LLANTOS, PERO SOBRE TODO MOMENTOS DE FELICIDAD Y SATISFACCION POR SEGUIR ADELANTE Y CONCLUIR ESTA ETAPA DE NUESTRAS VIDAS, SIEMPRE LLEVARAN UN LUGAR MUY IMPORTANTE EN MI CORAZON.

A MIS PROFESORES POR SUS ENSEÑANZAS, POR COMPARTIR SU EXPERIENCIA Y TRANSMITIR SUS VALIOSOS CONOCIMIENTOS PARA NUESTRA FORMACION.

A MIS AMIGOS PRESENTES Y PASADOS, POR TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE DURANTE ESTOS CINCO AÑOS ESTUVIERON A MI LADO Y LOGRARON QUE ESTE SUEÑO SE HAGA REALIDAD.

GRACIAS A TODOS

Contenido

RESUMEN	4
INTRODUCCION	5
ANTECEDENTES.....	6
MARCO TEORICO.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	15
JUSTIFICACION	16
MAGNITUD.....	16
TRASCENDENCIA	16
VULNERABILIDAD	16
FACTIBILIDAD	16
OBJETIVOS.....	17
HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	18
MATERIAL Y MÉTODOS	19
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	20
VARIABLES.....	21
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.....	23
RECURSOS	23
ASPECTOS ETICOS.....	24
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	26
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	28
DISCUSION.....	33
CONCLUSIONES.....	35
BIBLIOGRAFÍA.....	36
ANEXOS	38

“PERCEPCION DEL USO DE INSULINA EN EL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 DE MAS DE 10 AÑOS DE DIAGNOSTICO QUE NO USAN INSULINA EN LA UMF 33”

Ramírez Hernández María de los Ángeles.¹, Andrés Rocha Aguado²
¹MG IMSS.UMF 33, ². MF.UMF 2.IMSS.

RESUMEN

Antecedentes: La Diabetes Mellitus es un problema de salud pública a nivel mundial, existen 170 millones de personas afectadas el cual se duplicara en el 2030. La mayoría de los pacientes requerirán tratamiento con insulina. La insulina reduce complicaciones micro y macro vasculares comparada con la terapia convencional. En la clínica el inicio de la insulino terapia es retardado por factores del médico (desconocimiento, miedo a la hipoglucemia) y del paciente (miedo a inyecciones, sensación de falla persona, mitos como ceguera)

Objetivo: Analizar la percepción del uso de insulina en el paciente diabético tipo 2 de más de 10 años de diagnóstico que no usan insulina en la UMF 33.

Material y métodos: estudio cualitativo, estudio de casos, entrevista semi estructurada, descriptivo interpretativo. Se realizara el estudio en la unidad de Medicina Familiar Numero 33, en el consultorio 21 turno vespertino, a una muestra por conveniencia de 28 pacientes con más de 10 años de evolución aún sin tratamiento con insulina. A través de una entrevista semi estructurada.

Con los resultados obtenidos, y mediante un examen sistemático de los datos se realizaron matrices de resultados para la descripción particular, general y formular un comentario interpretativo.

Recursos materiales: Cuestionarios impresos. Cartas de consentimiento informado. Bolígrafos. Hojas de recolección de datos.

Palabras claves: Percepción, Diabetes Mellitus, Insulina.

INTRODUCCION

La Diabetes Mellitus (DM) es un grupo heterogéneo de trastornos que se caracteriza por concentraciones elevadas de glucosa en sangre. Los factores de riesgo más importantes son el sobrepeso y obesidad que sea asocian con inactividad física y alimentación inadecuada.

Su evolución es silenciosa, progresiva e irreversible que requiere de un manejo con perspectiva dinámica, estructurada, integral, del equipo multidisciplinario, enfocado en el paciente; para su prevención, control, limitación del daño y rehabilitación

La diabetes mellitus es la primera causa de muerte a nivel nacional y se estima que la tasa de mortalidad crece 3% cada año, en el IMSS durante el período 2004-2009 la DM ha sido la primera causa de muerte con 21,096 defunciones en el año 2011 (Sistema Institucional de Mortalidad SISMOR) 2004-2011. ⁽¹⁾

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. 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 de edad) del mundo, siendo el grupo etario de 50-59 años de edad el más afectado

De acuerdo a los criterios de agrupación de la lista mexicana la Diabetes Mellitus, las cifras preliminares emitidas por el INEGI para el año 2012, esta enfermedad constituyó la segunda causa de muerte en la población mexicana, con una tasa de mortalidad de 75 defunciones por cada 100 mil habitantes.

El impacto económico que origina la diabetes en los Sistemas de Salud Internacionales y a nivel nacional, tal como lo señala la IFD, organización que reportó en el año 2012 un gasto sanitario de 471 miles de millones (USD) En México en el año 2010.⁽²⁾

La prevalencia de Diabetes Mellitus (DM), especialmente la tipo 2, ha incrementado en forma acelerada en el último tiempo y, con ello, los costos económicos y humanos debidos a su alta morbilidad y mortalidad. Diversos estudios de intervención han indicado que la morbilidad y mortalidad de la diabetes se puede disminuir significativamente si se logra un control glicémico estricto con terapia insulínica intensificada. La American Diabetes Association (ADA) estima ----basándose en el UNITED KINGDOM PROSPECTIVE

DIABETES STUDY- que en los pacientes diabéticos una elevación de 1% de la HbA1c aumenta el riesgo de mortalidad en 25 % el de complicaciones crónicas micro vasculares en 35% y el de infarto del miocardio, fatal y no fatal, en 18%.

ANTECEDENTES.

Estudios epidemiológicos recientes han sugerido que la reducción efectiva de la hiperglucemia postprandial debería ser un objetivo particularmente importante porque se asocia a una disminución significativa de los eventos cardiovasculares. ⁽³⁾

En diabetes tipo 2, el daño vascular (macro) se produce principalmente por la inflamación sistémica crónica que caracteriza a los pacientes que comienzan a desarrollar el Síndrome Metabólico, expresada como disfunción endotelial, punto de inicio del proceso aterosclerótico y no por hiperinsulinismo.

El tratamiento con insulina, contrario a producir daño, ayuda a prevenir el riesgo vascular. La enfermedad macrovascular, como consecuencia de la inflamación sistémica crónica, se inicia varios años antes de que aparezca la hiperglucemia cuando, por definición, se hace el diagnóstico, el control intensivo de esta hiperglucemia no previene el riesgo de enfermedad vascular, (cardíaca o en cualquier lecho macrovascular y esa podría ser la razón por la que los estudios presentados recientemente (ACCORD, ADVANCE, VADT, y los que analizan de forma combinada los resultados de estos) no muestran el éxito esperado en prevención de complicaciones macrovasculares, cuando se controla la hiperglucemia, como se pensó al diseñar esos estudios. ⁽⁴⁾

La evolución natural de la diabetes se caracteriza por el deterioro progresivo en la capacidad de secreción de insulina; por ello, la dosis y variedad de tabletas hipoglucemiantes debe incrementarse gradualmente. En el momento que la reserva insulínica es mínima, es imperioso, para lograr los objetivos terapéuticos de control glucémico, indicar tratamiento suplementario con insulina, El inicio del tratamiento con insulina se retrasa en promedio 4-5 años cuando, en general, los pacientes tienen cifras de glucosa en ayuno mayores de 180-200 mg/dl y cifras de hemoglobina glicosilada superiores a 9.0%. ^(5,12)

El manejo farmacológico temprano en el paciente diabético en primer nivel de atención ha evolucionado, en la actualidad está ampliamente demostrada la importancia del esquema basado en insulina, no obstante es una realidad que en la práctica médica la población rechaza el uso de este medicamento de manera directa, negando la prescripción, o de manera indirecta, aceptando la prescripción pero rechazando su adherencia

La insulina es sintetizada y secretada en el páncreas por las células Beta de los islotes de Langerhans los que se identifican fácilmente por reaccionar con menor intensidad a la tinción de hematoxilina–eosina que el tejido exocrino que lo rodea Con respecto a su estructura molecular, la Insulina está compuesta

por dos cadenas polipeptídicas: Alfa con 21 aminoácidos y Beta con 30 aminoácidos unidas por puentes disulfuro.

MARCO TEORICO

ACCION DE LA INSULINA EN EL METABOLISMO DE LA GLUCOSA

Los principales blancos de acción de la Insulina en el metabolismo de la glucosa se encuentran en:

Hígado

- Estimula la utilización de glucosa promoviendo la glucogénesis.
- Estimula el depósito de glucógeno.
- Reduce o inhibe la producción hepática de glucosa (Glucogólisis).

- Reduce o inhibe la formación de glucosa a partir de amino ácidos (Gluconeogénesis).

Músculo Esquelético

- Mejora la disponibilidad, almacenaje y oxidación de la glucosa
- Estimula la translocación del transportador GLUT-4 del citoplasma a la membrana celular muscular.

Adipocito

- Disminuye la lipólisis en el adipocito y con ello la disponibilidad de glicerol para la gluconeogénesis.

Normalmente la glicemia se mantiene dentro de límites estrechos por el balance entre la entrada de glucosa a la sangre desde el hígado y como consecuencia de la absorción intestinal después de las comidas y la captación de glucosa por los tejidos periféricos como el músculo. La insulina es secretada a un nivel basal bajo entre comidas y a un nivel estimulado más elevado durante las mismas. Así mismo, existe un perfil insulínico variable en las 24 horas del día; en las mañanas y en la primera parte de la tarde existe mayor sensibilidad insulínica, y por lo tanto menor necesidad basal de insulina, en la segunda parte de la tarde hay menor sensibilidad insulínica lo que indica mayor necesidad basal de insulina. En la primera parte de la noche la sensibilidad vuelve a aumentar, disminuyendo la necesidad basal de insulina y en la segunda parte de la noche se invierte la situación. Estos aspectos son importantes para graduar la dosis y el tipo de insulina a utilizar y son los responsables de la variabilidad de los niveles de glucosa durante las 24 horas y de la posible hiperglicemia o hipoglicemia que se pueda presentar.

Debido a que la diabetes mellitus tipo2 (DM2) se caracteriza por una pérdida progresiva de la función de la célula beta, la mayoría de los pacientes diabéticos requerirán tratamiento con insulina a lo largo de su vida.^(6,12) Sin embargo, algunos pacientes no se encuentran dispuestos a iniciar tratamiento con insulina si su médico se lo indica pudiendo retrasar el adecuado control, y así, predisponer a la aparición de complicaciones crónicas, esta condición ha sido denominada “ Resistencia Psicológica al uso de Insulina (RPI) ” . Su

frecuencia varía entre diferentes naciones, razas y métodos diagnósticos, oscilando entre el 17 y el 55 %. En el año 2011, Polonsky y col. Evaluaron la frecuencia de la Resistencia Psicológica a la Insulina en 8 países occidentales, se preguntó a los pacientes qué tan dispuestos estarían a utilizar insulina si su médico se lo prescribe, y su asociación con sus creencias hacia la insulino terapia y la medicación actual. La mayoría de los pacientes con RPI cursaron con pensamientos negativos asociados a la insulina y al tratamiento actual. El porcentaje de pacientes con RPI varió considerablemente entre países, de 5.9% en España a 37.3% en Italia. Los reportes más elevados de RPI han sido en población Hispana con 55.6% y en población Latina de bajos ingresos económicos en Estados Unidos con 53%. En un estudio transversal realizado en Venezuela en 2013, donde se incluyeron 254 pacientes con DM, mayores de 18 años de edad, sin tratamiento con insulina, concluyendo que un tercio de la población curso con Resistencia Psicológica a la Insulina la cual se asoció con mayor número de creencias negativas hacia la insulina y hacia la medicación actual, siendo el miedo a inyectarse la razón más frecuente, y el sentir que el tratamiento con insulina es un fracaso personal fue el principal predictor a desarrollar RPI. En contraparte, el grupo de pacientes dispuestos a inyectarse insulina consideró, en mayor medida, que tratamiento con insulina lo hará sentirse mejor. Los pacientes con grado académico universitario también estuvieron más dispuestos a utilizar insulina. De las diversas variables evaluadas, las creencias hacia la insulina determinaron una relación de riesgo con el grado de disposición a utilizar la misma; variables como la edad, años de duración de la DM2, creencias hacia la medicación o el grado de distrés relacionado con la diabetes, no influyeron en su posición, se demostró que las creencias negativas hacia la insulina y la no disposición hacia la misma, determina falta de adherencia al tratamiento y/o retraso en el cumplimiento de la insulina, situación que condiciona la aparición de complicaciones crónicas. Las intervenciones educativas han demostrado aumentar la adherencia a la insulina y corregir creencias inadecuadas hacia la misma, de igual forma, los pacientes educados incrementaron el uso de insulina y su autocuidado, reduciendo la aparición de complicaciones crónicas.⁽⁷⁾

El manejo farmacológico temprano en el paciente diabético en primer nivel de atención ha evolucionado, en la actualidad está ampliamente demostrada la importancia del esquema basado en insulina, no obstante es una realidad que en la práctica médica la población rechaza el uso de este medicamento de manera directa, negando la prescripción, o de manera indirecta, aceptando la prescripción pero rechazando su adherencia ⁽⁸⁾

El tratamiento con insulina ofrece uno de los abordajes terapéuticos más efectivos para disminuir los niveles de glucosa y HbA1c sin embargo, en la práctica clínica el inicio de la terapia con insulina es frecuentemente retardado por factores tanto del médico (desconocimiento, miedo a la hipoglucemia)

como del paciente (miedo a las inyecciones, sensación de falla personal, mitos como la ceguera). La indicación de cuando iniciar insulina en la diabetes tipo 2 en la actualidad es aun motivo de controversia y se basa por lo general en la experiencia personal del médico tratante. ⁽⁹⁾

Uno de los mayores problemas encontrados, por los profesionales de salud durante el proceso de intervención con pacientes diabéticos es la poca continuidad en el tratamiento, un fenómeno constante para el tratamiento de enfermedades que exigen cambios en los hábitos de vida. Estimular la continuidad del tratamiento es de extrema importancia, considerando que la educación en salud puede ser considerada una de las estrategias, que permitan un mejor seguimiento de los pacientes frente al esquema del tratamiento. En este sentido, la educación en salud, ha sido muy valorizada y es considerada parte integrante del tratamiento para las enfermedades crónicas. En tanto muchos programas de educación en salud fracasan por no tener en consideración los aspectos psicológicos, culturales, sociales, interpersonales y las reales necesidades psicológicas de la persona diabética. Para que el proceso educativo sea eficaz, es necesario conocer las creencias los sentimientos, los pensamientos, las actitudes y los comportamientos de los pacientes, en fin, lo que los sujetos aprenden de su medio ambiente y a través de sus relaciones con otros individuos

Conocer aquello que los pacientes aprenden de su realidad y como organizan su día a día puede ofrecer directrices para establecer estrategias de intervención, además de brindar algunos subsidios para ampliar la comprensión de los factores asociados a la continuidad en el tratamiento. Es importante entender como la persona con diabetes se percibe así misma, viviendo un mundo con muchas limitaciones, es decir el diabético como ser integral dotado de comprensión, afectividad y acción, dentro de su propia perspectiva.

El diagnóstico de la enfermedad ocasiona muchas veces un choque emocional para la persona, que no está preparada para convivir con las limitaciones provocadas por su cronicidad. Así, la convivencia de la diabetes rompe la armonía orgánica y muchas veces, va más allá de la persona que vive la enfermedad, interfiriendo en la vida familiar y comunitaria afectando su universo de relaciones. Tener que cambiar hábitos de vida que están consolidados y asumir una rutina que envuelve una disciplina rigurosa en cuanto a su alimentación, incorporación o incremento de actividades físicas y uso permanente y continuo de medicamentos. Los que imponen a la necesidad de entrar en contacto con sentimientos, deseos, creencias y actitudes. La modificación en el estilo de vida no es mágico, sino que se instala en un camino que envuelve el repensar el proyecto de vida y reevaluar sus expectativas futuras.¹⁰⁾

Las creencias y las actitudes de una persona se desarrollan a lo largo de toda su vida como resultado de su educación, su cultura y sus experiencias vitales

Un concepto erróneo muy popular y peligroso es que la diabetes es grave solo si es necesario tratarla con insulina.

También existe un vínculo en la mitología entre insulina y muerte. Se cree que la insulina es un narcótico adictivo, y que una vez que una persona comienza a utilizar insulina resulta imposible que pare. ⁽¹¹⁾

Barreras en la terapia insulínica.

Sabemos que desde que se plantea la posibilidad de tratamiento con insulina en el paciente diabético tipo 2, se presenta una “resistencia” a su uso. Cuando se revisan en profundidad terminan siendo solo mitos, que se pueden superar con el conocimiento farmacológico de la insulina y sus acciones en el individuo. Estos puntos de resistencia son llamados barrera, las más mencionadas son:

- a) La ganancia de peso
- b) El riesgo de hipoglucemias
- c) El mito de que la insulina “es” para diabéticos tipo 1 y no para tipo 2
- d) Necesitar insulina significa que he fallado
- e) Que ha empeorado
- f) La insulina no mejorara mi vida o mi salud
- g) La insulina pondrá límites en mi vida
- h) Episodios de hipoglucemia
- i) Una vez que inicia con la insulina no podrá deshacerse de ella
- j) Más notable aun es el concepto errado que puede aumentar el riesgo a complicaciones Vasculares crónicas: cardiovasculares, cerebrovascular, amputaciones, ceguera, amputaciones, ceguera e insuficiencia renal. ^(12,13,16)

El cuidado con enfoque preventivo secundario y un tratamiento basado en el control metabólico, disminuyen la progresión de las complicaciones, la probabilidad de desarrollar enfermedades asociadas y la mortalidad de la DM2. Distintas guías de tratamiento ayudan a controlar la progresión de la enfermedad, con cuatro pilares: terapia nutricional, actividad física, autocuidado e intervención farmacológica (hipoglucemiantes orales [HGO] e insulina)

Es fundamental educar y crear conciencia en los pacientes a partir del diagnóstico que, conforme pasan los años, probablemente llegarán a requerir insulina. Al momento de prescribir insulina se deben utilizar estrategias que ayuden al paciente a superar sus barreras que le dificultan adherirse a la misma.

Actitud del paciente

Las actitudes negativas hacia la insulina son muy comunes. La mayoría de los pacientes asumen que se les prescribe la insulina debido a que su condición se

ha tornado más severa o por una falla personal para adherirse a su régimen terapéutico. Tienen temor de iniciar el tratamiento y se sienten incómodos con la perspectiva de inyectarse todos los días. Algunos pacientes piensan que inyectarse insulina va a resultar sumamente complicado y puede restringir sus actividades y limitarlos en sus vidas personales. Muchos pacientes, relacionan las complicaciones graves asociadas a la diabetes en un familiar o conocido con el uso de insulina (ceguera, amputaciones) y no con el descontrol glucémico crónico. En nuestro país y el resto de Latinoamérica aún es común que los pacientes asocien a la insulina con el riesgo de perder la vista

Actitud del médico

Los médicos en casi todo el mundo se resisten a prescribir insulina no obstante las amplias evidencias de sus beneficios. Esto ocurre más con el médico de primer contacto que con el médico especialista. Hay múltiples razones para ello; una definitivamente es el tiempo que se requiere en educar, convencer e instruir al paciente en el uso de insulina Otra es la falta de conocimientos del propio médico de la forma de prescribir la insulina, como prevenir sus efectos secundarios, particularmente hipoglucemia y como progresar a esquemas de insulina más intensivos ^(14,5)

La insulino terapia representa una alternativa eficaz y ampliamente probada para lograr el control glicémico en nuestros pacientes. Es nuestro deber iniciarla de manera oportuna y conocer los aspectos prácticos de su uso en atención primaria, ya que esto tiene directa correlación con el curso de la enfermedad a futuro. ⁽¹⁵⁾

Superar las barreras psicológicas al uso de insulina es fundamental. Uno como médico debe entender y apoyar al paciente para que logre aceptar aplicarse insulina. Debemos preguntarle que sabe acerca de la insulina y de sus creencias o mitos al respecto. En ocasiones se va a requerir de intervenciones específicas, incluso con apoyo del educador en diabetes para lograr que el paciente asimile que inyectarse insulina no es un fracaso que no implica que esté más grave, que no va a tener daño en otros órganos, así como tampoco va a resultar complicado o muy costoso para él.

En el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, el apoyo de una educadora en diabetes contribuyó en forma significativa a mejorar la adherencia al uso de insulina., también ayudan otras estrategias como invitar a los pacientes a cursos prácticos de aplicación de insulina y a reuniones grupales con otros pacientes que también requieren insulina

El paciente debe entender a partir del diagnóstico que la diabetes es una enfermedad progresiva y que el uso de insulina se va a requerir en algún momento durante el curso de la misma. En caso necesario es útil el apoyo por un psicólogo con entrenamiento en este tipo de problemas.

Es notorio el desencuentro entre la cultura del sistema biomédico y la cultura del saber popular, situación que debe ser reflexionada por el equipo de salud, si verdaderamente se desea lograr una buena adherencia al tratamiento. ^(16,5)

Las razones debidas al sistema sanitario son, principalmente, la escasez de insumos y la falta de especialistas.

Los médicos invocan: Desconfianza en sus conocimientos del uso de insulina, guías inadecuadas, temor a los episodios de hipoglicemia y baja adherencia al tratamiento esperada. La apreciación entre médicos generales y especialistas difiere en cuanto a las principales dificultades que implica el inicio de insulina. Un estudio multinacional encontró que la mayoría de las enfermeras y médicos generales retrasan el inicio del tratamiento insulínica, a diferencia de los especialistas, siendo menor cuando el generalista era menos propenso a demorar el inicio de tratamiento oral y cuando creía que el paciente era adherente. Los pacientes que reciben insulina no necesariamente alcanzan los niveles de compensación deseados.

Existe un porcentaje importante de médicos de la APS que dice no dominar aspectos esenciales del uso de la insulina Los temas más deficitarios fueron: elección del tipo de insulina y manejo de complicaciones.

La brecha de conocimientos y destrezas percibida, es concordante con la percepción de falta de capacitación como la principal dificultad de la APS. Otros estudios mencionan la falta de continuidad de atención como dificultad

Uno de los mayores problemas encontrados por lo profesionales de salud durante el proceso de intervención con pacientes diabéticos es la poca continuidad en el tratamiento, un fenómeno constante para el tratamiento de enfermedades que exigen cambios en los hábitos de vida. Estimular la continuidad del tratamiento es de extrema importancia considerando que la educación en salud puede ser considerada una de las estrategias, que permitan un mejor seguimiento de los pacientes frente al esquema del tratamiento.

Muchos programas de educación en salud fracasan por no tener en consideración los aspectos psicológicos, culturales, sociales, interpersonales y las reales necesidades psicológicas de la persona diabética. Es fundamental que la educación en salud considere la realidad y la vivencia de los pacientes, pues muchas veces las informaciones son ofrecidas de forma vertical, sin permitir, una buena participación de los pacientes sin considerar lo que ellos saben y lo que desearían saber, se aspira transformar al sujeto que asume una posición pasiva durante su tratamiento, para un individuo participativo.

Es importante resaltar también, que el diagnóstico de la enfermedad ocasiona muchas veces un choque emocional para la persona, que no está preparada para convivir con las limitaciones provocadas por su cronicidad

En relación al tratamiento terapéutico de los medicamentos , las principales dificultades se relacionan al número de medicamentos utilizado por los pacientes diabéticos, que generalmente presentan morbilidades asociadas, a los efectos adversos , al alto costo, a los mitos y creencias construidos, al grado de instrucción de los pacientes que limita el acceso a las informaciones y

a la compresión y al carácter asintomático de la enfermedad, que muchas veces ocasiona que los pacientes En su mayoría no reconozcan la importancia de los medicamentos

Fue mencionado por algunos, sentimientos debido al uso diario de insulina tales como “odio”, “pavor” y “malhumor “ También se encontró que la mayoría de los pacientes tiene dificultad para aceptar el uso de insulina, pues ella “es considerada como una agresión al cuerpo; algo que provoca dependencia (al organismo y a otras personas) y pérdida de control de sí mismo; impone límites a las actividades (trabajo y distracción) ocasiona preocupaciones debido a la precisión en las dosis; provoca discriminaciones ; es incómodo y molesto ⁽¹⁸⁾

Al iniciar el tratamiento con insulina es imprescindible que el equipo de salud aborde consumo cuidado la educación del paciente. Se debe poner especial énfasis en la explicación de las ventajas que proporcionará el nuevo tratamiento y en la instrucción sobre la técnica de inyección y de conservación y cuidado del material. Es necesario explicar los riesgos –sobre todo de hipoglucemia– y cómo evitarlos o tratarlos cuando se presenten, haciendo hincapié en cómo compaginar las pautas de insulina y los estilos de vida para evitar complicaciones.

Conceptos previos en educación terapéutica para la diabetes

- La educación sanitaria es un proceso complejo y gratificante. Existen una serie de premisas que deben tenerse en cuenta, especialmente en el caso de la persona con diabetes que va a utilizar insulina.
 - La implantación de cualquier programa educativo debe contar con la aceptación y el convencimiento por parte del paciente.
 - La educación sanitaria siempre debe ser individualizada según las características del paciente.
 - Idealmente, las sesiones educativas no deben prolongarse más de 30 minutos, puesto que después disminuye la capacidad de concentración.
 - Los programas educativos siempre deben adaptarse al ritmo del paciente, por lo que es posible que alguno de los «días» teóricos duren más de una sesión.
-
- Antes de iniciar el programa educativo hay que preguntar al paciente lo que sabe. Dejar que se exprese.
 - La expectativa del auto inyección probablemente causará ansiedad y estrés.
 - Es importante disponer de la colaboración de algún familiar o persona del entorno del enfermo.
 - Los pacientes van a necesitar apoyo emocional continuo.
 - El rechazo inicial es una reacción normal.
 - Hay que valorar los inconvenientes de la insulinización en personas muy mayores, con limitaciones físicas, de aprendizaje o con problemática social.
 - Autoanálisis: capacidad del paciente para medir sus niveles de glucemia.
 - Autocontrol: capacidad del paciente para modificar su tratamiento en función de los valores del autoanálisis.
 - Hay que intentar conseguir la autonomía total del paciente en la administración del tratamiento, puesto que ello redundará positivamente en su calidad de vida.

Recomendaciones generales

Cuando se decide iniciar un esquema de insulina es indispensable tomar en cuenta los siguientes puntos:

1. Independientemente del esquema que se vaya a aplicar, se requiere que el paciente tenga consistencia en los horarios de aplicación de insulina y en la ingesta de alimentos.
2. Se deben eliminar los mitos e ideas falsas comunes sobre la insulina, haciendo énfasis en los beneficios del control glucémico y la reducción de desenlaces adversos que se pueden obtener con el tratamiento.
3. La insulina no debe ser utilizada como “amenaza” para buscar adherencia al tratamiento o cambios de conducta. Se debe erradicar esta actitud y modificar el concepto a que se debe aplicar la insulina cuando es necesario.
4. El miedo a la inyección es común, pero la fobia a la agujas es muy rara.
5. Se deben establecer metas reales para cada paciente. Por ejemplo, sería inconveniente aplicar esquemas intensivos en pacientes con alguna enfermedad concomitante con mal pronóstico a corto plazo.
6. Los esquemas de tratamiento deben ser dinámicos, constantemente revisados y modificados según resultados. ⁽¹⁹⁾

La comunicación con nuestro paciente es crucial, y en este caso, es especialmente necesaria desde las primeras etapas de la enfermedad, que es cuando se crean las expectativas del paciente en relación con su patología.

¡Este es el momento! Hay que dedicar el suficiente tiempo, tan escaso en atención primaria, para explicar la evolución de la diabetes, informar con claridad sobre la efectividad de los tratamientos y evitar falsas esperanzas, desmitificando desde el principio "la mala fama de la insulina"; proponer un plan de actuación, negociar y pactar. Una correcta información disminuye la incertidumbre, en cambio una información nula o insuficiente genera ansiedad y miedo. El desarrollo y puesta en práctica de las habilidades de negociación suele disminuir o evitar este tipo de situaciones, detectando previamente las posibles resistencias u opiniones discrepantes del paciente. ⁽²⁰⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el consultorio 21 de la unidad de medicina familiar número 33 del IMSS, contamos con una población de 280 pacientes diabéticos, en el que es importante conocer su percepción acerca del uso de insulina para que en el momento en que así se requiera del manejo farmacológico, conocer las ideas que se generan acerca de la insulina y de esa forma poder orientar mejor sobre su uso y mejorar el apego a tratamiento.

Es importante reconocer la percepción hacia la insulina de nuestros pacientes, debido a que en la actualidad existen muchos mitos e ideas sobre la misma, que influyen en el control adecuado.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la percepción de los pacientes diabéticos para el uso de insulina en el consultorio 21 turno vespertino de la UMF 33?

JUSTIFICACION

MAGNITUD

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Diabetes Mellitus es una de los principales problemas de salud, debido a su prevalencia y las complicaciones secundarias que se presentan representando grandes costos para el instituto.

Las principales complicaciones pueden retardarse, si se lleva un adecuado manejo no farmacológico y farmacológico, así como el uso de terapia con insulina en etapas tempranas del padecimiento.

En el consultorio 21 del turno vespertino de la umf 33 contamos con una población de aproximadamente 280 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus.

TRASCENDENCIA

Al conocer la percepción de los pacientes hacia el uso de insulina, tenemos la oportunidad de entender la posible relación entre una y otra variable.

VULNERABILIDAD

Pacientes diabéticos de más de 10 años de diagnóstico, aun sin tratamiento con insulina y los que ya usan insulina

FACTIBILIDAD

Es factible porque contamos con los recursos económicos, humanos y con el apoyo Institucional para poder llevarlo a cabo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar la percepción del uso de insulina en el paciente diabético tipo 2 de más de 10 años de diagnóstico en la UMF 33.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar las ideas que generan en los pacientes diabéticos el tratamiento con insulina

Identificar las causas que condicionan la falta de aceptación al tratamiento con insulina

Identificar el sentimiento que genera en el paciente el tratamiento con insulina

HIPÓTESIS DE TRABAJO.

La percepción del uso de insulina en el paciente diabético tipo 2 de más de 10 años de diagnóstico genera la no aceptación de este tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio.

Se realizó un estudio cualitativo, estudio de casos, entrevista semi estructurada, descriptivo interpretativo.

Universo.

Se realizó el estudio en pacientes diabéticos tipo 2 del consultorio 21 turno vespertino de la UMF 33 en donde se cuenta con un censo de 280 pacientes.

Muestra.

Se realizó el estudio en 28 pacientes a través de un muestreo por conveniencia representando el 10% del universo de estudio. El cual se obtuvo por casos consecutivos.

Lugar de desarrollo del estudio.

La investigación se realizó en la Unidad de Medicina Familiar 33 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Ubicada en Avenida Renacimiento esquina av. de las culturas s/n Col. El rosario del Azcapotzalco Tel 53 82 51 10

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

1. Pacientes diabéticos adscritos al consultorio 21 de la unidad de medicina familiar
2. Pacientes con diez o más años de diagnóstico de Diabetes Mellitus
3. Pacientes con tratamiento dietético y/o hipoglucemiante oral sin uso de insulina

Criterios de exclusión:

1. Pacientes con diagnóstico de diabetes que se encuentren hospitalizados
2. Pacientes diabéticos con tratamiento con insulina
3. Pacientes que no acepten participar en el estudio , negándose a firmar el consentimiento informado

Criterios de eliminación:

1. Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 que deje inconclusa la cedula de identificación
2. Pacientes que no acepten ser grabados para la entrevista

VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Diabetes Mellitus años de diagnostico	La diabetes mellitus pertenece a un grupo de enfermedades metabólicas y es consecuencia de la deficiencia en el efecto de la insulina, causada por una alteración en la función endocrina del páncreas o por la alteración en los tejidos efectores, que pierden su sensibilidad a la insulina	Años transcurridos del momento de diagnóstico de Diabetes Mellitus al momento de la encuesta	Cualitativa Ordinal	10 – 14 años 15 – 19 años 20 años o más
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contado desde su nacimiento, suele ser expresada en años ⁽²²⁾	Número de años cumplidos en el momento de la encuesta	Cuantitativa De Razon	1. 30 – 39 años 2. 40 – 49 años 3. 50 – 59 años 4. 60 – 69 años 5. 70 – 79 años 6. > 80 años
Estado civil	Situación en la que se encuentra una persona según sus circunstancias y la legislación y a la que el ordenamiento concede ciertos efectos jurídicos ⁽²³⁾	Estado civil en el que se encuentra la pareja al momento de la encuesta	Cualitativa Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Divorciado 5. Viudos
Escolaridad	Período de tiempo que un alumno asiste a un centro educativo para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.	Nivel máximo de estudios adquirido hasta el momento de la encuesta	Cualitativa Ordinal	1. Ninguna 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Licenciatura 6. Posgrado
Ocupación	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo y de las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales, determinados por la Posición en el Trabajo	A través de la cedula de información	Cualitativa nominal	1 Hogar 2 Jubilado 3 Pensionado 4 Empleado 5 Desempleado 6 Empresario 7 Comerciante

<p>Percepción</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de uso de insulina • Aceptación al uso de insulina • Efectos adversos al uso de insulina • Miedos y/o temores al uso de insulina • Sentimientos hacia el uso de insulina • Visualización de la insulina 	<p>Es la capacidad de recibir por medio de todos los sentidos, las imágenes, impresiones o sensaciones para conocer algo. También describe el conjunto de procesos mentales mediante el cual una persona selecciona, organiza e interpreta la información proveniente de estímulos, pensamientos y sentimientos, a partir de su experiencia previa, de manera lógica o significativa</p>	<p>Mediante la entrevista semiestructurada que incluye conocimiento del uso de la insulina, nivel de aceptación de la insulina, conocimiento de efectos adversos de la insulina, temores o miedos al uso de insulina, sentimientos sobre el uso de la insulina y finalmente percepción visual del uso de la insulina y visualización a futuro por el uso de insulina</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>De acuerdo a las respuestas se realizarán las matrices por frecuencia de respuesta</p>
---	--	--	--------------------	---

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

Durante la consulta médica en el consultorio 21 turno vespertino de la UMF 33, se identificaron pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de más de 10 años de evolución al cual se le solicitó consentimiento informado para realizarle una encuesta semi-estructurada en donde se conozca la percepción que tiene el paciente a cerca de la insulinización, la entrevista fue grabada y posteriormente transcrita para poder identificar las diversas matrices que se percibieron.

RECURSOS

Recursos humanos	INVESTIGADOR RESPONSABLE: Dr. Andrés Rocha Aguado INVESTIGADOR ASOCIADO: Dra. Ramírez Hernández María de los Ángeles
Recursos físicos	Consultorio 21 de la unidad de medicina familiar No.33
Recursos Materiales	Cuestionarios impresos en papel. Cartas de consentimiento informado impresos. Bolígrafos tinta negra. Hojas de recolección de datos.
Recursos Técnicos	Equipo de cómputo. Impresora Calculadora Grabadora de audio
Recursos Financieros	Los propios del investigador

ASPECTOS ETICOS

Declaración de Helsinki

Recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica con seres humanos Adoptadas por la 18a Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendadas por la 29a Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, octubre de 1975, por la 35a Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre de 1983 y por la 41a Asamblea Médica Mundial Hong Kong, en septiembre de 1989, Asociación Médica Mundial, año 2000; es una recomendación para guiar a los médicos en las investigaciones biomédicas en seres humanos, donde la preservación de la integridad y el cuidado de la salud de la humanidad son lo más importante. Alude a los Códigos de ética, donde se señala que el interés del médico se encamina al fortalecimiento de la salud mental y física del paciente. Así, sus lineamientos están destinados a proteger a los humanos que puedan intervenir en estudios de investigación clínica, terapéutica, diagnóstica, farmacológica y de ensayos clínicos.

La Ley General de Salud indica en su Título I, capítulo único, artículo 2º, apartado VII, como derecho a la protección a la salud el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud; en el artículo 3º, apartado IX, en materia de salubridad general, como atribución en salubridad general, la coordinación en investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos. Competencia del Consejo de Salubridad en el artículo 17, fracción III, en opinar sobre proyectos de investigación y de formación de recursos humanos para la salud, en su artículo 98 sobre la formación de comisiones de investigación y de ética, para la supervisión de la investigación biomédica, especialmente en seres humanos. En el artículo 100 define las bases para la experimentación en seres humanos, semejantes a las disposiciones de la Declaración de Helsinki. En base a los estatutos mencionados, se considera el presente trabajo como una investigación sin riesgos, pues es un estudio que emplea métodos de técnicas de investigación documental y confidencial.

El estudio cuenta con los recursos necesarios y el apoyo por parte de las autoridades para su realización sin impedimento ya que no se vea afectada en ningún momento la integridad del paciente, manejándose de forma anónima la identidad del mismo. Se estima que el estudio corresponde con riesgo menor del mínimo. Todos los candidatos deberán otorgar consentimiento por escrito y el protocolo deberá ser aprobado por el Comité Local de Investigación.

Una vez integrados los datos en la base para análisis, ningún sujeto se identificará por nombre y sólo se hará por medio de un número de folio. Ninguno de ellos será identificado en informes o publicaciones que pudieran resultar de este estudio. Todos podrán retirar el consentimiento para usar sus datos en el momento en que ellos lo consideren apropiado. Podrán negarse a

participar sin que esto afecte de manera alguna los beneficios o recursos o atención que requieran de la U.M.F.

Este trabajo se efectuó en exploración de conocimientos médicos de índole rutinaria en donde el investigador no tiene injerencia, siendo el trabajo longitudinal, descriptivo y observacional. El presente trabajo cumple con el Reglamento de la Ley general de salud, en materia de Investigación para la salud, Secretaria de Salud 1987, Título Segundo, Capítulo Primero, Artículo 17 Fracción I, por lo que puede aplicarse el Artículo 23 de mismo Reglamento, por lo que se pedirá consentimiento por escrito, en virtud de hacer análisis solo de conocimientos médicos rutinarios. Se mantendrá estrictamente la confidencialidad de los datos individuales.

Riesgo de la investigación: Al tratarse de un estudio cualitativo, no se presentaron riesgos en el investigador no sufrió algún daño inmediato o tardío del estudio, ya que solo se estudió su percepción en los pacientes

Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en su conjunto: Actualmente por el incremento en el número de pacientes con Diabetes Mellitus, es importante conocer mejor esta enfermedad, así como evitar sus complicaciones tempranas y tardías estableciendo un adecuado y oportuno tratamiento, por eso la importancia de aprender y enseñar a nuestros pacientes el tratamiento con uso de insulina en el momento que así se requiera

Confidencialidad: Se informó a los pacientes que sus datos personales se mantendrán de manera confidencial y no serán expuestos.

Consentimiento informado: se otorgó por escrito un documento en el cual se informó del estudio, características y objetivos por el cual el paciente decidió si aceptaba participar en el mismo.

Posibles inconvenientes: no existen ya que solo se realizó una entrevista.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Percepción del uso de insulina en el paciente diabético tipo 2 de más de 10 años de diagnóstico en la umf 33

ACTIVIDAD 2015-2016	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOST	SEPTIE	OCTUB	NOVIE	DICIEM	ENERO			
DELIMITACIÓN DEL TEMA A ESTUDIAR	R	R	R											
INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA				R	R	R								
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO HASTA PRESENTACIÓN AL CLIS							R							
REVISIÓN DEL PROTOCOLO POR EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN								R						
REGISTRO DEL NÚMERO DE PROTOCOLO								R						
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN									R	R				
ANÁLISIS DE RESULTADOS										R	R			
PRESENTACIÓN FINAL DEL TRABAJO										R	R			

P= PROGRAMADO

R= REALIZADO

ANÁLISIS DE RESULTADOS

La técnica recogida para la de la unidad de medicina familiar numero 33 El Rosario en donde las variables de los participantes recolección de datos fue una entrevista semiestructurada con 10 reactivos realizada a 28 pacientes con diabetes mellitus de 10 años de diagnóstico pacientes del consultorio 21 del turno vespertino fue la siguiente :

El predominio de sexo es el femenino

SEXO		
FEMENINO	16	57%
MASCULINO	12	43%

En relación con la edad se encontraron en mayor porcentaje los pacientes de la séptima década de la vida

EDAD		
40-49 AÑOS	3	11%
50-59 AÑOS	6	21%
60-69 AÑOS	11	39%
70 Y MAS	8	29%

En un 54% son pacientes casados

ESTADO CIVIL		
SOLTERO	0	0%
CASADO	15	54%
UNION LIBRE	4	14%
DIVORCIADOS	3	11%
VIUDOS	6	21%

El nivel de escolaridad de la población entrevistada predomina nivel primario

ESCOLARIDAD		
NINGUNA	2	7%
PRIMARIA	13	46%
SECUNDARIA	7	25%
BACHILLERATO	3	11%
LICENCIATURA	3	11%
POSGRADO	0	0

En ocupación se observa que en su mayoría son dedicados al hogar.

OCUPACION		
HOGAR	10	36%
JUBILADO	3	11%
PENSIONADO	6	21%
EMPLEADO	7	25%
DESEMPLEADO	0	0
EMPRESARIO	0	0
COMERCIANTE	2	7%

CARACTERISTICAS DE LOS PARTICIPANTES					
PACIENTES	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACION
1	F	62	CASADO	BACHILLERATO	HOGAR
2	F	73	VIUDO	NINGUNA	HOGAR
3	M	48	CASADO	SECUNDARIA	COMERCIANTE
4	F	75	CASADO	SECUNDARIA	PENSIONADO
5	F	61	CASADO	PRIMARIA	HOGAR
6	F	55	UNION LIBRE	LICENCIATURA	EMPLEADO
7	F	45	CASADO	LICENCIATURA	EMPLEADO
8	M	72	CASADO	PRIMARIA	PENSIONADO
9	F	78	CASADO	PRIMARIA	HOGAR
10	F	70	VIUDO	PRIMARIA	PENSIONADO
11	M	75	VIUDO	PRIMARIA	PENSIONADO
12	F	55	CASADO	BACHILLERATO	EMPLEADO
13	F	64	VIUDO	PRIMARIA	HOGAR
14	M	61	CASADO	PRIMARIA	PENSIONADO
15	M	77	VIUDO	NINGUNO	JUBILADO
16	F	75	UNION LIBRE	PRIMARIA	HOGAR
17	M	62	CASADO	SECUNDARIA	EMPLEADO
18	F	58	DIVORCIADO	BACHILLERATO	EMPLEADO
19	M	46	CASADO	SECUNDARIA	EMPLEADO
20	M	52	CASADO	SECUNDARIA	COMERCIANTE
21	F	63	CASADO	PRIMARIA	HOGAR
22	M	62	DIVORCIADO	PRIMARIA	JUBILADO
23	F	58	CASADO	PRIMARIA	HOGAR
24	M	66	UNION LIBRE	SECUNDARIA	PENSIONADO
25	F	69	VIUDO	PRIMARIA	HOGAR
26	M	51	CASADO	LICENCIATURA	EMPLEADO
27	M	60	DIVORCIADO	PRIMARIA	JUBILADO
28	F	61	UNION LIBRE	SECUNDARIA	HOGAR

Se realizó a personas con más de 10 años de diagnóstico, encontrándose un promedio aproximado de 24 personas, y el rango de mayor edad fue de 4 personas con 20 años de diagnóstico

AÑOS DE DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS		
10-15 AÑOS	22	78%
15 AÑOS Y MAS	6	22%

Al iniciar las entrevistas sobre que saben nuestros paciente sobre el uso de insulina se detecta que actualmente aún se encuentra un gran desconocimiento sobre el tema ya que en su mayoría refieren frases sobre "no estoy informado", "no tengo ni idea", "no sé nada", "es algo que se inyecta", "quita la vista", "es una ampollita que se ponen cuando no funciona el tratamiento", todo esto independientemente del tiempo que lleven de diagnóstico, sexo, estado civil pero si detectándose que los paciente con nivel académico avanzado tienen más noción sobre la insulina refiriéndose como que es "muy buena"

¿QUE SABE DEL USO DE LA INSULINA?		
NO ESTOY INFORMADO	7	25%
NO TENGO NI IDEA	3	11%
NO SE NADA	5	18%
ES ALGO QUE SE INYECTA	4	14%
QUITA LA VISTA	6	21%
ES MUY BUENA	3	11%

Al problema de comprensión y aceptación de la enfermedad, la dificultad de establecimiento del diagnóstico, o el retraso en el inicio del tratamiento se añade un nuevo punto de conflicto que consiste en comenzar un tratamiento que provoca una lucha tanto interna como externa. En algunos casos el hecho de tener que admitir un diagnóstico con el que, a veces, ni siquiera están de acuerdo, por lo que al interrogar sobre cuáles consideran que son las causas por las que debe iniciar insulina como tratamiento, se manifiestan en su mayoría desconocimiento del tema, así como considerarla como algo malo ya que atribuyen a la insulina como último recurso de tratamiento “ cuando las pastillas ya no funcionan” “cuando el azúcar está muy alta” “cuando el páncreas ya no funciona” “ cuando mi médico considera que ya la necesito”

¿Cuáles considera son las causas por las que se debe iniciar la insulina como tratamiento de la diabetes?		
ULTIMO RECURSO DE TRATAMIENTO	5	18%
CUANDO LAS PASTILLAS YA NO FUNCIONAN	8	29%
CUANDO EL AZUCAR ESTA MUY ALTA	6	24%
NO SE	7	25%
CUANDO MI MEDICO LO CONSIDERA NECESARIO	2	7%

El miedo es una constante en los informantes, es un miedo que paraliza y que repercute en sus vidas perpetuándose en el tiempo. Puede ser un miedo que aparece repentinamente a modo de fobia o agorafobia y que no existía previamente, esto condiciona conductas de evitación, se detectó aun miedo al proponerse si aceptaría el uso de la insulina citando que no aceptarían tratamiento a la insulina refiriendo “ es miedo a picarme todos los días y el cómo transportarla” “no porque me dijo un compañero que los deja ciegos “ “ no porque cuando me inyecte la insulina voy a morir “ “ solo que ya no me haga ninguna otra pastilla”

Los restantes pacientes muestran aceptación y resignación al inicio de tratamiento con insulina, por” bienestar” “por mi propio bien “ “si lo requiero si” si lo necesito” “si mi médico lo indica “.

En caso de que usted requiriera iniciar tratamiento con insulina ¿lo aceptaría?		
NO porque...		
MIEDO A PICARME TODOS LOS DIAS Y COMO TRANSPORTARLA	5	18%
NO PORQUE ME DIJO UN COMPAÑERO QUE LOS DEJA CIEGOS	2	7%
NO PORQUE CUADNO ME INYECTE LA INSULINA VOY A MORIR	1	4%
SOLO QUE LAS PASTILLAS YA NO ME HAGAN	5	18%
SI porque....		
POR MI PROPIO BIEN	4	14%
SI LO REQUIERO	4	14%
SI LO NECESITO	4	14%
SI MI MEDICO LO INDICA	3	11%

El miedo es una percepción muy frecuente en los pacientes que se les propone como tratamiento la insulina, encontrándose que se asocia más a pacientes con nivel de escolaridad con primaria y secundaria, denotando “miedo a perder la vista” “miedo a los piquetes” “que se suba y se baje la glucosa” “ya no tener remedio” un menor porcentaje de pacientes, aseguran no tener ningún miedo al pensar como tratamiento a la insulina, mencionando “ningún miedo”.

¿Cuál sería su temor o miedo al tratamiento con insulina?		
MIEDO A PERDER LA VISTA	8	28%
MIEDO A LOS PIQUETES	9	32%
QUE SE SUBA Y SE BAJE LA GLUCOSA	3	11%
YA NO TENER REMEDIO DE CURACION	2	7%
NINGUN MIEDO	6	22%

Se observa en un 100 por ciento de los entrevistados, la falta de conocimiento sobre los efectos adversos de la insulina

¿Cuáles considera que son los efectos adversos del uso de la insulina?		
No saben	28	100%
Si saben	0	0%

Solo 7% de los pacientes entrevistados afirman que su médico familiar le ha hablado sobre el uso de la insulina

Su médico familiar ¿le ha hablado sobre el uso de la insulina?		
SI	2	7%
NO	26	93%

Los sentimientos más importantes que expresan los pacientes hacia la insulina es “desanimo porque significa que mi enfermedad está más avanzada” “miedo” “resignación” “triste” “no lo aceptaría” Englobándose en negación hacia el uso de la insulina.

En un 40 por ciento de los pacientes se refieren con resignación al solo, aceptarla pensando es por su bien.

¿Cuál sería su sentimiento más importante si le propusieran el uso de la insulina?		
DESANIMO, SIGNIFICA QUE MI ENFERMEDAD ESTÁ AVANZADA	4	14%
MIEDO	4	14%
DECEPCIÓN	3	11%
TRISTEZA	2	7%
NO LO ACEPTARÍA	3	11%
RESIGNACIÓN	12	43%

La percepción visual es la interpretación o discriminación de los estímulos externos visuales relacionados con el conocimiento previo y el estado emocional del individuo. Es la capacidad de interpretar la información y el entorno de los efectos de la luz visible (efecto óptico) que llega al ojo; se analiza en las respuestas de los pacientes que esta percepción visual implica que se agregue ese miedo al uso de la insulina, ya que al observar la imagen del frasco de la insulina presentan ese pensamiento así como imaginarse los piquetes y que ya están muy mal.

Al observar la imagen del frasco de insulina con la jeringa ¿qué pensamiento pasa por su mente?		
QUE YA ESTOY MUY MAL	4	14%
MIEDO	7	25%
PIQUETES	5	18%
DIFICIL	4	14%
QUE ALGÚN DIA LA USARA	2	7%
NINGUNO	6	22%

En el grupo muestra se encontró que aun 70% de los pacientes perciben su vida con la insulina como más delicada, restringida intranquila y con pensamientos de que se deben cuidar más, solo el 30% restante lo toman con normalidad o sin cambios.

Una vez iniciado el tratamiento con insulina ¿cómo percibe que es la vida del paciente con diabetes?		
NO ESTARÍA TRANQUILA	4	14%
ES MÁS DELICADA LA VIDA	6	22%
ES RESTRINGIDA	4	14%
ES IGUAL QUE CON LAS PASTILLAS	4	14%
QUE SE SEBE CUIDAR MAS	5	18%
ES UNA VIDA NORMAL	5	18%

DISCUSIÓN

La percepción del tratamiento con insulina encontrada en pacientes de la unidad de medicina familiar numero 33 consultorio 21 sigue causando negativa para su uso, independientemente del sexo, edad, o años de diagnóstico, encontrándose aún un gran porcentaje de personas que no aceptan su uso o continuar con miedo por desconocimiento de la misma.

Dentro de este precepto es importante conocer que es la percepción para poder entender mejor a los pacientes, así como buscar alternativas de nueva información y educación para disminuir la negativa del uso de la insulina.

La percepción se considerara como la capacidad de los organismos para obtener información sobre su ambiente a partir de los efectos que los estímulos producen sobre los sistemas sensoriales, lo cual les permite interaccionar adecuadamente con su ambiente.

La percepción es la imagen mental que se forma con la ayuda de las experiencias y las necesidades. Es resultado de un proceso de selección interpretación y corrección de sensaciones formando representaciones mentales, de ahí la importancia de dar un adecuado seguimiento y entendimiento de los pacientes respecto a la asociación que se elaboran.

Una doctrina psicológica que basa sus principios en la percepción es el asociacionismo, Hartley desarrollo el asociacionismo en una doctrina formal; postulaba que la existencia de acciones vibratorias en el sistema nervioso que corresponden a las ideas e imágenes, las vibraciones más intensas serían las sensaciones y las intensas las ideas. Los asociacionistas sostienen que toda la complejidad de la vida mental puede reducirse a las impresiones sensoriales, es decir, a los componentes elementales de la conciencia en su vinculación con la experiencia.

Superar las barreras psicológicas al uso de insulina es fundamental. Uno como médico debe entender y apoyar al paciente para que logre aceptar aplicarse insulina. Debemos preguntarle que sabe acerca de la insulina, de sus creencias o mitos al respecto, ya que esto nos ayudara a entender esa percepción que se asocia a sus ideas.

El hecho de creer que la insulina se utiliza cuando la diabetes está muy avanzada, el miedo a los piquetes, perder la vista y el temor a la hipoglucemia fueron las principales percepciones negativas que se identificaron y que también han sido descritas por otros autores 7, 10 , 12

En la literatura se menciona un estudio transversal realizado en Venezuela en 2013, donde se incluyeron 254 pacientes con DM, mayores de 18 años de edad, sin tratamiento con insulina, concluyendo que un tercio de la población

curso con Resistencia Psicológica a la Insulina la cual se asoció con mayor número de creencias negativas hacia la insulina y hacia la medicación actual, siendo el miedo a inyectarse la razón más frecuente, y el sentir que el tratamiento con insulina es un fracaso personal fue el principal predictor a desarrollar RPI; encontrándose similares resultados en este estudio

Se detecta también que el 54 % de los pacientes refieren no saber nada ni estar informado acerca del uso así como un 100% no conoce los efectos adversos de la insulina, representando esa falta de información que continua en los pacientes, así como manifestar que en un 93% su médico familiar o de primer contacto no les ha hablado sobre la misma.

La educación es indispensable para romper la resistencia al tratamiento con insulina, sobre todo por el porcentaje de población que se atiende es nivel primaria y de tercera edad, condicionando buscar mayores alternativas para el entendimiento del uso de la insulina.

Al iniciar el tratamiento con insulina es imprescindible que el equipo de salud aborde consumo cuidado la educación del paciente. Se debe poner especial énfasis en la explicación de las ventajas que proporcionará el nuevo tratamiento y en la instrucción sobre la técnica de inyección y de conservación y cuidado del material.

No olvidando la importancia de comprender los sentimientos que manifiestan los pacientes a la insulina, ya que en un 57% de forma global, continúan con sentimientos como “miedo”, “tristeza”, “decepción”, “desanimo” y de “no aceptación”, que se verán reflejados en el apego al tratamiento.

Es importante reconocer que la diabetes mellitus es un problema de salud pública y que se incrementara el número de pacientes en los próximos años, para tomar medidas como médicos de primer nivel de atención así como de todo el equipo de salud, para identificar en forma oportuna las percepciones de los pacientes hacia el tratamiento con insulina, para otorgar una adecuada información y educación de la misma y se logre una mejor aceptación apego y seguimiento adecuado de su enfermedad, retardando de igual forma las complicaciones micro y macrovasculares.

CONCLUSIONES

El tratamiento con insulina, contrario a producir daño, ayuda a prevenir el riesgo vascular, en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 lamentablemente sigue presentándose en los pacientes una mala percepción de la misma para su aceptación.

Se observa que en la actualidad, persisten esos mitos creencias y emociones en los pacientes hacia el uso de la insulina como manejo de su enfermedad cronicodegenerativa.

El miedo es un sentimiento frecuente que manifiestan los pacientes, por la asociación de que su enfermedad “está muy avanzada” así como los “piquetes” para su aplicación.

El nivel educativo es una variable importante, para entender mejor la importancia de la aplicación y uso de insulina en algún momento de la enfermedad.

El primer nivel de atención, pero sobre todo el medico de primer contacto, tiene un gran compromiso para entender y comprender estas percepciones que manifiestan los pacientes, para poder explicar y educar a los pacientes acerca de la insulina, ya que una intervención en forma oportuna en el transcurso de su enfermedad, retardara las complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. Guía de práctica clínica, IMSS 718 14
- 2.- Boletín epidemiológico Diabetes Mellitus tipo 2, Primer trimestre 2013, Sistema nacional de vigilancia epidemiológica, pp 4-6
- 3.- García R.M, Wolff C., Duarte E. Tratamiento con insulina aspártica bifásica en pacientes con Diabetes en mal control metabólico. Experiencia clínica programada. Revista médica de Chile 2007, 135 1253-1260.
- 4.- Frontado OF., ANALOGOS EN EL REGIMEN BASAL/BOLO. INSULINIZACION OPORTUNA EN DIABETES TIPO 2. Revista Venezolana Endocrinología Metabólica 2009; 7(1) 14-25
- 5.- Lerman I. Barreras que dificulta la aplicación temprana a la insulina en el paciente con diabetes tipo 2. Revista ALAD 2009; VIII (2): 66-69
- 6.- Rodríguez Lay G. Insulinoterapia. Revista Médica Hered 14(3) 2003 140-144.
- 7.- González Rivas JP. Resistencia Psicológica al uso de insulina en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en una población venezolana. Investigación Clínica 2014 55(3): 217-226
- 8.- Villareal Ríos E, Romero ZK., Costo efectividad-del uso de esquemas de tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo2. Revista Clínica de Medicina Familiar 2012 5(3) 158-165
- 9.- Quirantes H; LOPEZ G, Leonel S, Papel de la insulina en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo II. *Rev Cubana Med Gen Integr* [online]. 1997, vol.13, n.5 [citado 2015-07-23], pp. 482-488.
- 10.- Siquiera PD., Dos Santos MA. Dificultades para los pacientes diabéticos, para el control de la enfermedad: sentimientos y comportamientos. Artículo de revisión.
- 11.- González F.E. ¿Cómo y cuándo iniciar insulina en diabetes tipo2 . Centro de atención integral del paciente con diabetes vol. 1 núm. 3
- 12.- Los diez mitos más comunes sobre la insulina. Federación mexicana de diabetes A.C
- 13.--Reid, Timothy. Insulin for type 2 diabetes mellitus: separating the myths from the facts. *Insulin Journal*. 2007; 2 (4) 182-189
- 14.- Acosta Ramírez L. Concepciones culturales sobre a insulinoterapia de pacientes diabéticos tipo2. *Respyn. uanl.mx* Vol. 13 Num.1 enero-marzo 2012

- 15.- Rony Lenz, Ramírez J. Dificultades en la prescripción racional de insulina: La percepción de los médicos tratantes de enfermos diabéticos de atención primaria de salud. Revista Médica de Chile 2010 138, 281-288
- 16.-Mackenzie HD. Iniciando Insulina en nuestros pacientes ambulatorios. Porque, cuándo y cómo?
- 17.- Documento técnico. Insulinización oportuna en el PNA. Dirección de promoción de la salud y control de enfermedades no trasmisibles
- 18.- Hoyos T, Arteaga HM, Muñoz CM. Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar. Investigación Educación Enfermería 2011 29 (2) 194-203
19. Artola M. Consenso para la insulinización de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Diabetes Practica actualización y habilidades en atención primaria pág. 20-29
- 20.- Aguirre R. Diabético tipo 2 que no acepta terapia insulínica. EL MEDICO 2008 pág. 50-53
- 21.- Oxford Dictionaries
- 22.- Enciclopedia Jurídica Edición 2014

ANEXOS

“PERCEPCION DEL USO DE INSULINA EN EL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 DE MAS DE 10 AÑOS DE DIAGNOSTICO QUE NO USA INSULINA EN LA UMF 33”

Instrucciones: La siguiente entrevista será realizada por el médico tratante, pidiendo previa autorización para que la misma sea grabada. Durante el desarrollo de la misma favor de no intervenir durante las respuestas.

Folio: _____ **Edad:** _____

Sexo:

M	F
---	---

Estado civil:

Soltero	Casado	Unión libre	Divorciado	Viudo
---------	--------	-------------	------------	-------

Escolaridad:

Ninguna	Primaria	Secundaria	Bachillerato	Licenciatura	Posgrado
---------	----------	------------	--------------	--------------	----------

Ocupación:

Hogar	Jubilado	Pensionado	Empleado	Desempleado	Empresario	Comerciante
-------	----------	------------	----------	-------------	------------	-------------

1. Cuantos años tiene que a usted le diagnosticaron con diabetes Mellitus
2. Que sabe del uso de la insulina
3. Usted cuales considera que son las causas por las que se debe de iniciar la insulina como tratamiento para la Diabetes
4. En caso de que usted requiriera iniciar tratamiento con insulina lo aceptaría si (porque) no (porque).
5. Usted cuales considera los efectos adversos del uso de la insulina
6. Cuál sería su temor o miedo al tratamiento de la insulina
7. Su médico familiar le ha hablado sobre el uso de la insulina
8. Cuál sería su sentimiento más importante si le propusieran el uso de la insulina

9. Al observar esta imagen cual es el primer pensamiento que pasa por su mente



10. Una vez iniciado el tratamiento con insulina como percibe que es la vida del paciente con diabetes



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	“Percepción del uso de insulina en pacientes diabéticos de más de 10 años de diagnóstico que no usa insulina en la UMF NUM 33 “
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Unidad Medico Familiar No. 33 IMSS en México D. F 01de septiembre de 2015.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Analizar la percepción del uso de insulina en el paciente diabético tipo 2 de más de 10 años de diagnóstico que no usa insulina en la UMF 33.
Procedimientos:	Se realizara un cuestionario de 10 preguntas que evalúan su percepción al uso de insulina el cual será grabado para evidencia de sus respuestas en un tiempo aproximada de 20 minutos.
Posibles riesgos y molestias:	Solo el tiempo que empleé en contestar el cuestionario
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Información que beneficia a la comunidad médica, para conocer mejor la percepción de los pacientes hacia el uso de la insulina y poder abordarlo mejor cuando así lo requiera. Que los pacientes conozcan mejor el tratamiento con el uso de insulina y no continúen con sus mitos hacia la misma.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al finalizar proyecto se realizara la publicación de los resultados sin utilizar nombre, numero de seguridad social, o elemento alguno que identifique al paciente y/o sus familiares
Participación o retiro:	Es muy importante su participación, sin embargo puede retirarse del estudio en cualquier momento que así lo desee.
Privacidad y confidencialidad:	Se requiere identificación del paciente o familiar para la aplicación del estudio, teniendo la seguridad y garantía que su datos no se usaran para otros fines fuera de este estudio.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): En el caso que se identifique patología alguna se enviara a su médico tratante para su seguimiento y tratamiento específico.

Beneficios al término del estudio: Conocer la percepcion de la insulinizacion en nuestros pacientes permitira conocer la manera de impactar mejor en la informacion que se de sobre el uso de la insulina

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dr. Andrés Rocha Aguado Matrícula:98150508 tel: 5555475510 Ext 21407

Colaboradores: Dra. Ramírez Hernández María de los A Ángeles. Matrícula: 99354637 Tel. 55276174

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

