



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 7**



**TESIS**

**“AUTOGESTIÓN DEL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 E  
HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA UMF 7 DEL IMSS”**

**Para obtener el grado de especialista en Medicina Familiar.**

**PRESENTA:**

**NÚÑEZ GALVÁN LIZBETH ARIADNA**

**ASESORES:**

**DRA. SANDRA VEGA GARCÍA**

**Ciudad Universitaria, Cd Mx., octubre 2018**



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.

## 2.- RESUMEN

### **“Autogestión del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensión arterial en la UMF 7 del IMSS”**

La autogestión ha sido utilizada y estudiada en industrias farmacéuticas para la mejora en la adherencia al tratamiento, dentro de las instituciones médicas bajo programas de apoyo, se han realizado diversos instrumentos que nos den como resultado autogestión en los pacientes crónicos, de aquí la importancia del estudio, ya que una gran parte de la población es conformada por adultos mayores, quienes se encuentran con enfermedades no transmisibles como lo son Diabetes Mellitus tipo

**OBJETIVO:** Obtener la autogestión del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensión arterial en la UMF 7 del IMSS.

**MATERIAL Y METODOS:** (metodología) Estudio transversal descriptivo. (población) en 195 pacientes diabéticos tipo 2 e hipertensos adultos mayores derechohabientes de la UMF 7 del IMSS. a quienes se aplicó una encuesta validada para determinar el grado de autogestión.

**Resultados:** En el test de autogestión encontramos que el 40% de los pacientes presentan deficiente adherencia, el 78% de los pacientes presentan mal afrontamiento, el 78% de los pacientes mala confianza y el 64% mala consecuencia o barrera.

**Conclusiones:** Es necesario implementar una intervención educativa que propicie la autogestión de los adultos mayores al tratamiento de sus padecimientos, dentro de los procesos de atención de los enfermos crónicos para aumentar el impacto de en el estado de salud de los pacientes atendidos en nuestra institución.

**Palabras clave:** Autogestión, adherencia, afrontamiento.

## SUMMARY

### "Self-management of the elderly with Diabetes Mellitus type 2 and hypertension in the UMF 7 of the IMSS"

Self-management has been used and studied in pharmaceutical industries to improve adherence to treatment, within medical institutions under support programs, various instruments have been made that result in self-management in chronic patients, hence the importance of study, since a large part of the population is made up of older adults, who find themselves with non-communicable diseases such as Diabetes Mellitus type

**OBJECTIVE:** To obtain the self-management of the elderly with type 2 diabetes mellitus and arterial hypertension in the UMF 7 of the IMSS.

**MATERIAL AND METHODS:** (methodology) Descriptive cross-sectional study. (population) in 195 type 2 diabetic patients and hypertensive older adults entitled to UMF 7 of the IMSS, to whom a validated survey was applied to determine the degree of self-management.

**RESULTS:** In the self-management test, we found that 40% of patients presented poor adherence, 78% of patients presented poor coping, 78% of patients bad confidence and 64% poor consequence or barrier.

**CONCLUSIONS:** It is necessary to implement an educational intervention that promotes the self-management of the elderly to the treatment of their ailments, within the process of attention of the chronically ill to increase the impact of the health status of the patients attended in our institution.

**KEY WORDS:** Self-management, adherence, coping.

## ÍNDICE

1. Portada.....	1
2. Resumen.....	2
3. Antecedentes.....	5
3.1. Marco conceptual.....	8
3.2. Marco contextual.....	8
4. Justificación.....	8
5. Planteamiento del problema.....	9
6. Pregunta de investigación .....	9
7. Objetivos.....	9
7.1. Objetivo general.....	9
7.2. Objetivos específicos.....	9
8. Hipótesis.....	10
9. Material y métodos.....	10
9.1. Periodo y sitio de estudio.....	10
9.2. Universo de trabajo.....	10
9.3. Unidad de observación.....	10
9.4. Unidad de análisis.....	10
9.5. Diseño de estudio. Tipo de diseño epidemiológico.....	10
9.6. Esquema del diseño de estudio.....	11
9.7. Criterios de inclusión.....	12
9.8 Criterios de exclusión.....	12
9.9. Criterios de eliminación.....	12
10. Muestreo.....	12
10.1. Tipo de muestreo.....	12
10.2. Calculo de tamaño de muestra.....	12
11. Variables.....	13
11.1. Definición de variables.....	13
11.2. Operacionalización de variables.....	15
12. Descripción del estudio.....	17
13. Análisis estadístico.....	18
14. Consideraciones éticas.....	18
14.1 Conflictos de interés.....	18
15. Recursos.....	18
15.1. Estructura.....	18
15.2. Financiamiento.....	18
15.3. Experiencia del grupo de investigación.....	18
15.4 Factibilidad.....	19
16. Limitaciones del estudio.....	19
17. Beneficios esperados. Uso de resultados.....	19
18. Cronograma de actividades.....	19
19. Resultados .....	20
20. Discusión.....	27
21. Conclusiones.....	27
22. Bibliografía.....	28
23. Anexos.....	30
23.1. Cronograma de actividades (Anexo 1).....	30
23.2. Hoja de consentimiento informado (Anexo 2).....	31
23.3. Instrumento de recolección de datos (Anexo 3).....	32

### 3.- ANTECEDENTES.

Enfermedades no transmisibles (ENT), como enfermedades cardiovasculares y diabetes, se encuentran dentro de las 4 primeras ENT, siendo la principal causa de muerte mundial y son responsables del 70% de la mortalidad en todo el mundo. Estas ENT comparten factores de riesgo modificables como lo son el consumo de tabaco, una dieta no saludable, falta de actividad física y el uso nocivo del alcohol, que a su vez nos conduce hacia el sobrepeso, la obesidad, la presión arterial, el colesterol elevado, condicionando así la enfermedad.<sup>5</sup>

Según la OMS en su Informe Mundial sobre la diabetes 2016, se menciona que la Diabetes Mellitus forma parte del gran problema de salud pública, así como también que forma parte de las cuatro enfermedades no transmisibles (ENT).<sup>6</sup>

En la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, se reconoce que la lucha contra las enfermedades no transmisibles es una prioridad para el desarrollo social y la inversión en las personas.<sup>7</sup>

En la 64 Asamblea General 2011 en la resolución WHA64.11, se hace mención de formular, reforzar y aplicar, nuevas políticas así como planes de acción dirigidos a los públicos de diferentes sectores para promover los conocimientos acerca de la salud y de sus enfermedades, basándose en formas estratégicas con programas de información para poder lograr conciencia pública para la promoción en prevención y control de las enfermedades no transmisibles.<sup>8</sup>

Dentro de las apreciaciones para la OMS, en el año 2012, se muestra que el 52% de muertes en hombres y mujeres menores de 70 años denominadas como muertes prematuras, son a causa de las enfermedades no transmisibles. Dando como resultado en tres cuartas partes son causadas por enfermedades de tipo cardiovascular, cánceres, diabetes mellitus y la neumopatía crónica. Por lo que se propone que para el 2030 se logre reducir en un tercio de lo actual la mortalidad prematura causada por enfermedades no transmisibles por medio de la prevención, un buen tratamiento, y con promoción de la salud mental y bienestar.<sup>9</sup>

En las Américas para la OPS en la Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles para 2012-2025, se muestran cuatro estrategias basadas en las políticas y diferentes tipos de alianzas según los diferentes sectores para lograr prevención y control de las enfermedades no transmisibles, actuando en los factores de riesgo y protectores, en la respuesta de sistemas de la salud y factores de riesgo y vigilancia en la investigación de las ENT.<sup>10</sup>

La proporción de adultos con diagnóstico médico previo de diabetes fue de 9.2%, lo que muestra un incremento importante en comparación con la proporción reportada en la ENSANUT 2000 (5.8%) y en la ENSANUT 2006 (7%).<sup>11</sup>

La prevalencia de hipertensión arterial obtenida se ha mantenido constante en los últimos seis años (ENSANUT 2006 y 2012) tanto en hombres (32.4 frente a 33.3%) como en mujeres (31.1 frente a 30.8%).<sup>11</sup>

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT MC 2016) comisionada por la Secretaría de Salud, se reporta que hubo un aumento de la prevalencia en diabetes con respecto a la ENSANUT 2012 (9.2%). Dando importancia que la prevalencia que más aumento de la diabetes al comparar ENSANUT 2012 con ENSANUT MC 2016, se encuentra entre los hombres de 60 a 69 años de edad y entre las mujeres con 60 ó más años de edad, por lo que es de suma importancia el control de esta enfermedad en los adultos mayores, para evitar complicaciones propias de la enfermedad.<sup>12</sup>

Basado en el estudio realizado por Mark en el 2012 utilizando el instrumento SMP-T2D (self-management profile for type 2 diabetes), se baso en la Asociación Americana de Diabetes y la Asociación Americana de Educadores de Diabetes (AADE) para la realización de estándares para el racionamiento y evaluación de la educación y apoyo para la autogestión de la diabetes. Utilizando estándares se encontraron 7 dominios esenciales de la autogestión: actividad física, alimentación saludable, toma de medicamentos, monitorización de la glucemia, resolución de problemas, reducción del riesgo y adaptación psicosocial.<sup>13</sup>

El D-SMART fue desarrollado para proveer una evaluación detallada que podría ser usada para guiar la educación integral de autogestión. El D-SMART también incorpora dimensiones que se consideran importantes en la implementación de la autogestión por parte de los pacientes, incluida la confianza en el manejo de la diabetes, las barreras para el autocuidado y las metas de autocuidado. El concepto de barreras ha sido identificado como un factor importante en la autogestión. La autoeficacia se ha visto como una construcción clave en el comportamiento humano y se identificó como otro componente esencial en nuestra medida de autogestión.<sup>3</sup>

A nivel mundial la hipertensión arterial se presenta en uno de cada 3 adultos > 40 años, y uno de cada 10 adultos tiene diabetes mellitus tipo, la adherencia al tratamiento farmacológico es de 30% y la autogestión es desconocida ya que no existía instrumento para. Se realizó la validación al español de SMP-T2D, en pacientes con hipertensión arterial y diabetes de tipo 2. Los resultados del estudio fueron para el PAG-DT2 + HTA fue la consistencia interna por alfa de Cronbach del cuestionario fue 0,561 ( $p = 0,000$ ), donde la correlación del PAG-DT2+HTA y Morisky-Green fue significativa ( $p < 0,05$ ). El SMP-T2D que mide la autogestión en pacientes con diabetes de tipo 2, modificado y adaptado al español (PAG-DT2+HTA), también puede medirla en personas con diabetes de tipo2 + hipertensión arterial.<sup>13</sup>

En el PAG-DT2+HTA existen 4 dominios: la adherencia al tratamiento fueron consideradas dentro del cuestionario las preguntas 1, 2, 3 y 4. La pregunta 5 (5.1 a 5.5) y la

6 se tomaron como afrontamiento de la enfermedad o de la dificultad y la confianza o autoefectividad abarcaron las preguntas 7.1 a 7.6, las consecuencias del afrontamiento o del miedo, las preguntas 8 y 9, además se agregaron preguntas específicas para HTA en las preguntas 1, 2, 7.1 y 7.4, 19,20.<sup>13</sup>

La educación para la autogestión es la intervención sistemática donde se implica la participación activa del paciente en el autocontrol y toma de decisiones. Reconoce la colaboración del paciente y del proveedor de salud para obtención de habilidades en la resolución de problemas dentro del padecimiento en el caso de las enfermedades no transmisibles.<sup>14</sup>

La autogestión de las enfermedades está asociado con beneficios clínicamente importantes, en el caso de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 obtuvo reducciones en la hemoglobina glicosilada (A1C) de 0.36% a 0,81%, por lo que fue significativo en el impacto del control de la enfermedad.<sup>14</sup>

Muchas enfermedades crónicas prevalentes, como enfermedades cardíacas y diabetes comparten desafíos comunes asociados con su administración estos incluyen tratar con síntomas y discapacidad; para lo que se necesita monitoreo físico, así como indicadores; manejar regímenes de medicación; mantener adecuada nutrición, dieta y ejercicio; ajustándose también a lo psicológico y a las demandas sociales, incluso difíciles ajustes y cambios en el estilo de vida con participación de la atención médica.<sup>15</sup>

El aumento en las tasas de morbilidad y mortalidad a causa de Diabetes Mellitus tipo 2 determinan la gran carestía de contar con programas donde se objetive y se logre una nueva orientación dentro de los modelos en la atención de salud, donde se le otorgue prioridad a la realización de la promoción de la salud y lograr la integralidad en la atención del paciente.<sup>16</sup>

En la Atención Primaria en poblaciones como lo es Galicia en Madrid o Euskadi, se encuentran en desarrollo de nuevos y diferentes modelos en los que se estratifican los riesgos de las poblaciones en base a la autogestión de las patologías, para lo que se han creado Planes sobre la Atención Farmacéutica para el Paciente con enfermedades crónicas.<sup>17</sup>

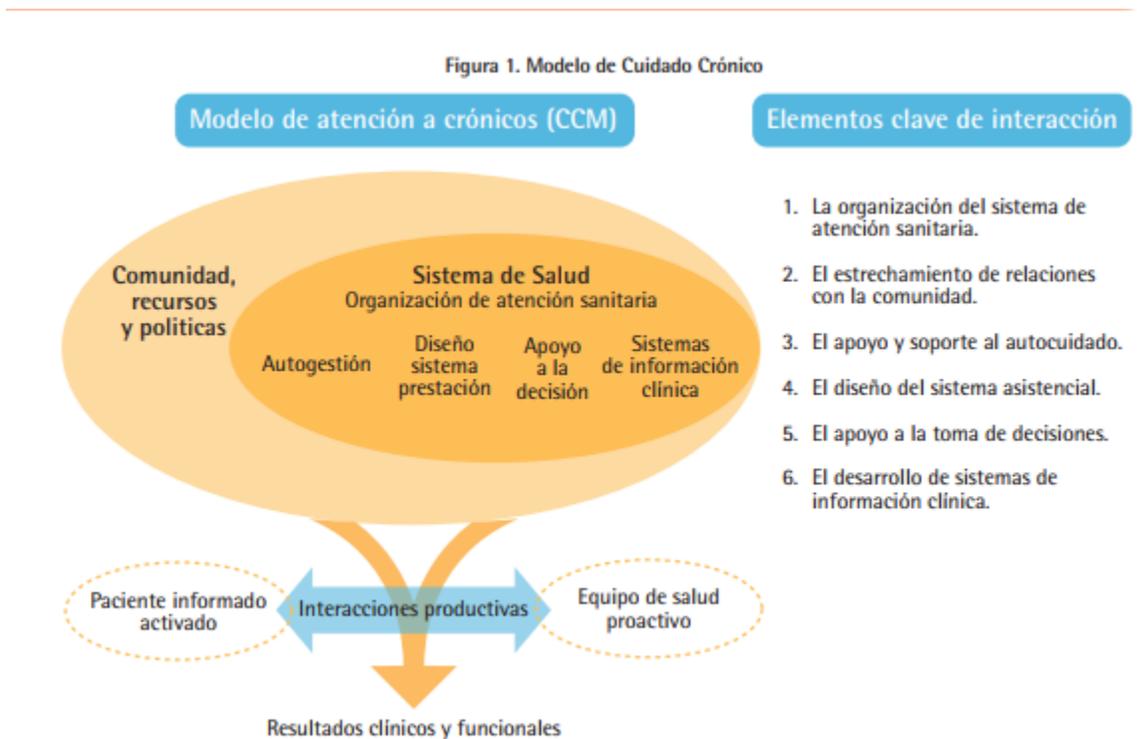
En la atención donde se intenta dar más calidad es donde existe más participación de los pacientes dentro la autogestión de su enfermedad. En México se cuenta con diferentes tipos de planes; por lo que se necesita una estrecha relación y gran coordinación logrando la garantía de metas en común.<sup>18</sup>

Los diversos estudios donde se evalúan los diversos modelos y planes de gestión y autogestión son diseñados para lograr la organización de los sistemas de salud de forma integral y proactiva para lograr control en los pacientes crónicos con buenos resultados donde se logra una mejor calidad de vida, un buen estado de salud, con satisfacción de los servicios y la utilización, ya que el nivel de los conocimientos del

paciente con respecto a su enfermedad logra una buena adherencia terapéutica con disminución de los ingresos a hospitales de forma innecesaria.<sup>19,20</sup>

### 3.1 Marco conceptual

#### MODELO DE AUTOGESTIÓN.



Fuente: Ministerio de Sanidad, España 2013.

### 3.2 Marco contextual

El estudio se realizará en una unidad de atención primaria, con una población de adultos mayores que sean diabéticos e hipertenso, no se cuenta con estudios previos a cerca de Autogestión, solo se han realizado, pequeños programas de salud como lo son los grupo de apoyo como Yo Puedo, donde se realizan medidas preventivas y dar conocimientos para la autogestión de los pacientes, paraa control de metas.

### 4. Justificación

Según la OMS, hablándose de salud mundial un punto fundamental es lograr el control de las Enfermedades no transmisibles, para ello dispone de emplear planes, donde el punto central de ellos es la autogestión en forma de programas dirigidos a pacientes con éste tipo de enfermedades. Dentro de las asambleas que existen en la OMS-OPS se ha visto y se ha propuesto poner mayor interés en la formación de programas en los que se fomente la autogestión de los pacientes, logrando así mayor control dentro de su población enferma con disminución de morbilidad y costes en el ámbito de salud, ya que no hay ingresos hospitalarios o daño que cause invalidez. En México en el IMSS

existe gran población de Adultos mayores que se encuentran en tratamiento a largo plazo, por tener enfermedades no trasmisibles como la Diabetes Mellitus 2 e hipertensión arterial, por lo que es importante conocer las barreras a las que los pacientes se enfrentan día con día para el control de su enfermedad. Debido a ello y por lo marcado en la literatura médica es de suma importancia el fomentar la autogestión de las enfermedades, donde los pacientes sean proactivos, para lograr el control de sus enfermedades, logrando así la disminución en la morbilidad y mortalidad causadas por el descontrol de la Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial.

## **5.- Planteamiento del problema.**

La autogestión es uno de los componentes principales del envejecimiento activo. La OMS y organismos internacionales han recomendado a los países que deben propiciar el aumento de la calidad de vida de los adultos mayores y mejorar el estado de salud, estableciendo políticas que propicien el desarrollo de autogestión en la población de adultos mayores.

El IMSS ha desarrollado políticas de atención y programas de salud encaminada a la atención geriátrica durante la última administración. Sin embargo en atención primaria es importante para otorgar un enfoque de riesgo y determinar el alcance de la autogestión en nuestra población, de este modo generar la evidencia para el desarrollo de programas y políticas costo efectivas y autoefectivo para la población.

En base a lo anterior el equipo de investigadores se realiza la siguiente pregunta:

## **6.- Pregunta de investigación**

**¿Cómo es la autogestión del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensión arterial en la UMF 7 del IMSS?**

## **7.- Objetivos**

### **7.1 Objetivo General.**

Describir la autogestión del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial en la UMF 7 del IMSS.

### **7.2 Objetivos Específicos**

- a. Identificar a la población de pacientes diabéticos tipo 2 e hipertensos adultos mayores de la umf 7
- b. Describir adherencia al tratamiento
- c. Describir afrontamiento de la enfermedad
- d. Describir confianza o autoefectividad
- e. Describir consecuencias del afrontamiento o del miedo

## **8.- Hipótesis**

H1: Al menos 50% de los adultos mayores, tendrá buena autogestión en Diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensión arterial en la UMF 7 del IMSS

HO: No existe en un 50% la autogestión del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensión arterial en la UMF 7 del IMSS.

## **9.- Material y métodos**

### **9.1 Periodo y sitio de estudio**

Enero- febrero del 2018 en la UMF 7 IMSS dentro de la consulta externa y laboratorio clínico.

### **9.2 Universo de trabajo**

Pacientes derechohabientes adultos mayores de la UMF07, que comprende una población de mil pacientes que habitan principalmente en las delegaciones Tlalpan, Coyoacán y Xochimilco.

### **9.3 Unidad de observación**

Pacientes Diabéticos tipo 2 e hipertensos adultos mayores de la UMF 7 IMSS

### **9.4 Unidad de análisis.**

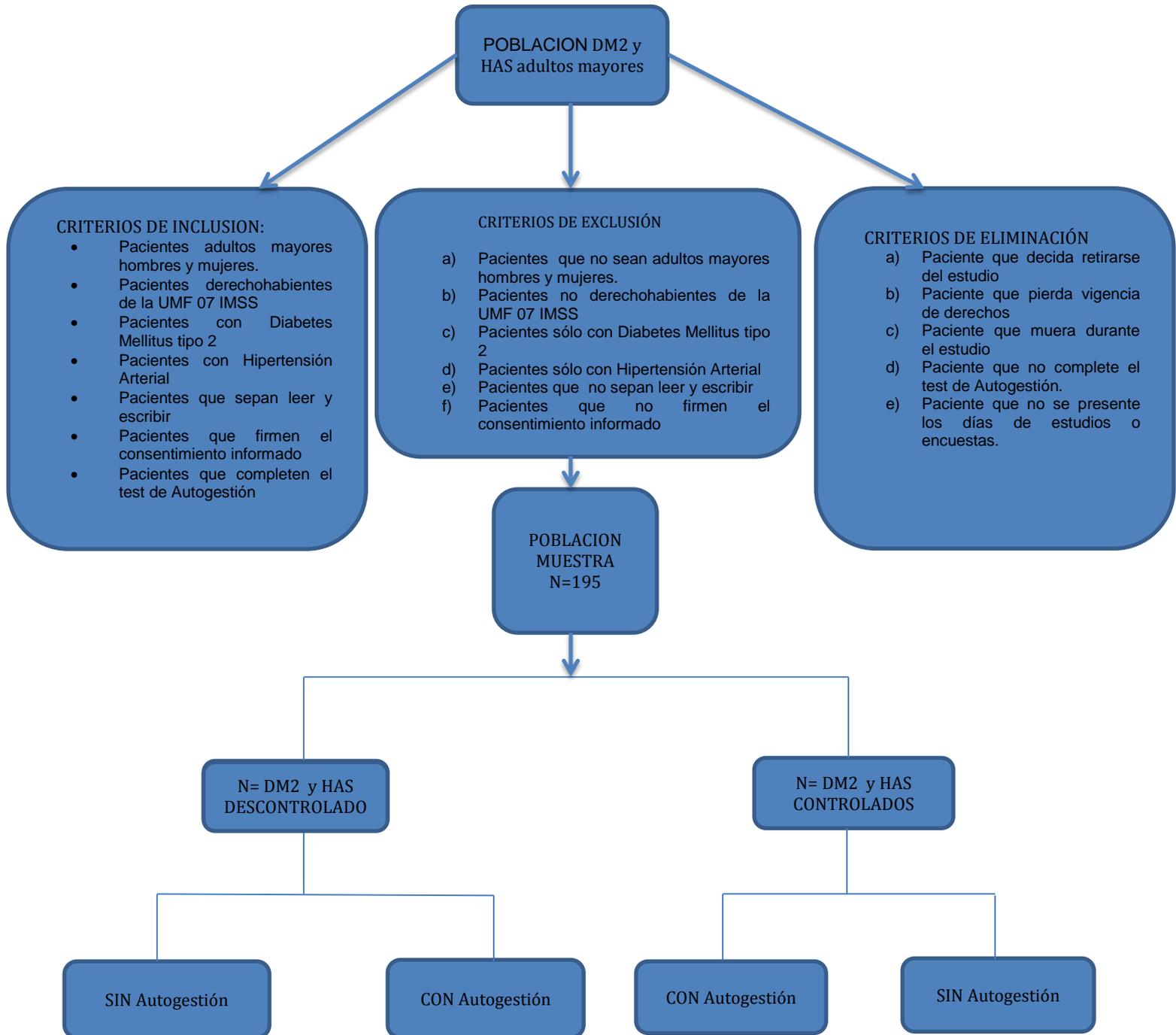
Pacientes Diabéticos tipo 2 e hipertensos adultos mayores de la UMF 7 IMSS

### **9.5 Diseño de estudio. Tipo de diseño epidemiológico.**

Tipo de estudio: Transversal decriptivo.

## 9.6 Esquema del diseño de estudio.

### DISEÑO DE ESTUDIO



### 9.7 Criterios de inclusión:

- a) Pacientes adultos mayores hombres y mujeres.
- b) Pacientes derechohabientes de la UMF 07 IMSS
- c) Pacientes con comorbilidad de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial
- d) Pacientes que sepan leer y escribir

### 9.8 Criterios de exclusión.

- a) Pacientes sólo con Diabetes Mellitus tipo 2
- b) Pacientes sólo con Hipertensión Arterial
- c) Pacientes que no sepan leer y escribir
- d) Pacientes que no firmen el consentimiento informado

### 9.9.- Criterios de eliminación.

- a) Paciente que decida retirarse del estudio
- b) Paciente que pierda vigencia de derechos
- c) Paciente que muera durante el estudio
- d) Paciente que no complete el test de Autogestión.
- e) Paciente que no se presente los días de estudios o encuestas.

### 10.- MUESTREO.

**10.1 TIPO DE MUESTREO:** No aleatorio, por casos consecutivos.

### 10.2 CALCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA.

Se realiza estimación de cálculo de tamaño de muestra con fórmula para estudios descriptivos cuyo objetivo es cálculo de una proporción. Para población infinita.

$$N = \frac{(Z\alpha)^2 (p)(q)}{\delta^2}$$

En donde:

N = Tamaño de la muestra que se requiere.

p = Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio.

q = 1 – p (complementario, sujetos que no tienen la variable en estudio).

δ = Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar.

Zα = Distancia de la media del valor de significación propuesto.

Se obtiene de tablas de distribución normal de probabilidades y habitualmente se utiliza un valor α de 0.05, al que le corresponde un valor Z de 1.96.<sup>17</sup>

$$N = \frac{(1.96)^2 (0.50) (0.50)}{(0.07)^2} = \frac{(3.8416) (0.50) (0.50)}{0.0049} = \frac{0.96}{0.0049} = 195$$

**El tamaño de muestra para el siguiente estudio es de 195 pacientes.**

## 11.- VARIABLES.

### 11.1 Definición de variables.

- Edad
- Definición conceptual: Lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o periodo que se estima de la existencia de una persona
- Definición operacional: Número de años vividos que el paciente refiera tener al momento de estudio.
  
- Sexo
- Definición conceptual: Diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales según las funciones que realizan en el proceso de reproducción
- Definición operacional: Fenotipo que presenta el individuo al momento del estudio.
  
- Estado Civil
- Definición conceptual: Situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.
- Definición operacional: Estado civil que refiera el paciente al momento de realizar el estudio.
  
- Diabetes Mellitus tipo 2
- Definición conceptual: Enfermedad crónico degenerativa, en la que hay pérdida progresiva de las células beta secretoras de insulina, frecuentemente con el antecedente de la resistencia a la insulina
- Definición operacional: La glucosa sérica en ayuno por arriba de 126mg/dL en pacientes adultos mayores que sean adscritos a la UMF 7.
  
- Hipertensión arterial
- Definición conceptual: Elevación de la presión arterial por arriba de las cifras consideradas como normales por la JNC 8
- Definición operacional: La presión por arriba de TAS150 y TAD90 en pacientes adultos mayores que sean adscritos a la UMF 7.
  
- Adherencia al tratamiento
- Definición conceptual: Según la OMS es el grado en que la conducta de un paciente, en relación a la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación en los hábitos de vida, se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario
- Definición operacional: Monitoreo de glucosa en sangre y de la TA, consumo de medicamentos para el control de la glucosa y de la TA, alimentación saludable para la diabetes e hipertensión, Actividad física

- Afrontamiento de la enfermedad
- Definición conceptual: Conjunto de pensamientos y actos realistas y reflexivos que buscan solucionar los problemas y, por tanto, reducen el estrés (Park & Folkman, 1997; Pearling & Schooler, 1978)
- Definición operacional: Dificultad del paciente para . . . monitorear su azúcar en sangre o presión arterial, tomarse sus medicamentos como se los recetó su médico controlar los periodos de comer sin límite (sentir hambre no incluido), ser físicamente activo, tratar las frustraciones y preocupaciones relacionadas con su hipertensión arterial o su diabetes, mantenimiento del peso
  
- Confianza o autoefectividad
- Definición conceptual: Capacidad que manifiesta el profesional para crear un escenario de comprensión y aceptación, y según la OMS relación con la adherencia a los tratamientos
- Definición operacional: Confianza el control de DM2 y –HAS durante la última semana, vigilancia de su presión arterial, vigilancia de su glucosa, tomar de sus medicamentos para la presión arterial o su diabetes como se los indicó su médico, control de su peso, dieta baja en sal, dieta baja en azúcar, actividad física
  
- Consecuencias del afrontamiento o del miedo
- Definición conceptual: éxito o fracaso de estas estrategias de afrontamiento en el control de la situación vivida como estresante puede determinar, en gran medida, el grado de distrés que experimentará la persona (reacciones fisiológicas, cambios en los estados y procesos psicológicos y en los comportamientos), el cual, a largo plazo, puede generar efectos y consecuencias más o menos significativos y duraderos.
- Definición operacional: Qué tan frustrado se ha sentido con tratar de manejar su diabetes y presión en la última semana, Qué tan preocupado se ha sentido acerca de su salud futura debido a su diabetes y presión.

## 11.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Valor	Tipo de variable	Indicador
Adherencia al tratamiento	Según la OMS es el grado en que la conducta de un paciente, en relación a la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación en los hábitos de vida, se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo de glucosa en sangre y de la TA</li> <li>• Consumo de medicamentos para el control de la glucosa y de la TA</li> <li>• Alimentación saludable para la diabetes e hipertensión</li> <li>• Actividad física</li> </ul>	0= 0 días 1= 1 día 2= 2 días 3= 3 días 4= 4 días 5= 5 días 6= 6 días 7= 7 días	Cuantitativa discreta	días
Afrontamiento de la enfermedad	Conjunto de pensamientos y actos realistas y reflexivos que buscan solucionar los problemas y, por tanto, reducen el estrés (Park & Folkman, 1997; Pearling & Schooler, 1978)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad del paciente para monitorear su azúcar en sangre o presión arterial</li> <li>• Tomarse sus medicamentos como se los recetó su médico controlar los periodos de comer sin límite (sentir hambre no incluido)</li> <li>• Ser físicamente activo</li> <li>• Tratar las frustraciones y preocupaciones relacionadas con su hipertensión arterial o su diabetes</li> <li>• Mantenimiento del peso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4=Muchísima</li> <li>• 3=Mucha</li> <li>• 2= Moderada,</li> <li>• 1= Un Poco</li> <li>• 0= No</li> </ul>	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4=Muchísima</li> <li>• 3=Mucha</li> <li>• 2= Moderada,</li> <li>• 1= Un Poco</li> <li>• 0= No</li> </ul>
Confianza o autofectividad	Capacidad que manifiesta el profesional para crear un escenario de comprensión y aceptación, y según la OMS relación con la adherencia a los tratamientos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confianza el control de DM2 y – HAS durante la última semana</li> <li>• Vigilancia de su presión arterial</li> <li>• Vigilancia de su glucosa</li> <li>• Tomar de sus medicamentos para la presión arterial o su diabetes como se los indicó su médico</li> <li>• Control de su peso</li> <li>• Dieta baja en sal</li> <li>• Dieta baja en azúcar</li> <li>• Actividad física</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0=Nada</li> <li>• 1=Levemente</li> <li>• 2=Moderadamente</li> <li>• 3=Mucho</li> <li>• 4=Muchísimo</li> </ul>	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0=Nada</li> <li>• 1=Levemente</li> <li>• 2=Moderadamente</li> <li>• 3=Mucho</li> <li>• 4=Muchísimo</li> </ul>
Consecuencias del afrontamiento o del miedo	éxito o fracaso de estas estrategias de afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qué tan frustrado se ha sentido con tratar de manejar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0=Nada</li> <li>• 1=Levemente</li> <li>• 2=Moderadamente</li> </ul>	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nada</li> <li>• Levemente</li> <li>• Moderadamente</li> </ul>

	<p>en el control de la situación vivida como estresante puede determinar, en gran medida, el grado de distrés que experimentará la persona (reacciones fisiológicas, cambios en los estados y procesos psicológicos y en los comportamientos), el cual, a largo plazo, puede generar efectos y consecuencias más o menos significativos y duraderos.</p>	<p>su diabetes y presión en la última semana</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qué tan preocupado se ha sentido acerca de su salud futura debido a su diabetes y presión</li> </ul>	<p>te</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3=Mucho</li> <li>• 4=Muchísimo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mucho</li> <li>• Muchísimo</li> </ul>	
Diabético controlado	Paciente bajo tratamiento en el IMSS, que presenta de manera regular,	Niveles de glucemia plasmática en ayuno de entre 80 y <130mg/dL	0= no controlado 1= controlado	Cuantitativa discreta	___mg/dL
Diabetes mellitus tipo 2	Enfermedad crónica degenerativa, en la que hay pérdida progresiva de las células beta secretoras de insulina, frecuentemente con el antecedente de la resistencia a la insulina	La glucosa sérica en ayuno por arriba de 126mg/dL en pacientes de 45-55 años de edad que sean adscritos a la UMF 7, que no tengan otras enfermedades.	0= no controlado 1= controlado	Cualitativa	Controlado No controlado
Hipertensión arterial sistémica	Elevación de la presión arterial por arriba de las cifras consideradas como normales por la JNC 8	La presión por arriba de TAS150 y TAD90 en pacientes adultos mayores que sean adscritos a la UMF 7.	0= no controlado 1= controlado	cuantitativa	TAS mmHG TAD mmHg
EDAD	Lapso de tiempo transcurrido desde el	Número de años vividos que el paciente refiera tener al momento de estudio	años	Cuantitativa discreta	años

SEXO	nacimiento hasta el instante o periodo que se estima de la existencia de una persona				
	Diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales según las funciones que realizan en el proceso de reproducción	Fenotipo que presenta el individuo al momento del estudio.	1= femenino 2=masculino	Cualitativa nominal	Femenino Masculino
Estado civil	Situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Estado civil que refiera el paciente al momento de realizar el estudio.	1. Soltero 2. Casado 3. unión libre 4. Viudo 5. Divorciado	Cualitativa nominal	a. Soltero b. Casado c. unión libre d. Viudo e. Divorciado
Escolaridad				Cualitativa ordinal	

## 12.- DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO:

Éste estudio se realizará en los meses de diciembre del 2017 y enero del 2018, donde se identificará a la población adultos mayores hombres y mujeres de la sala de la consulta externa, realizando muestra 384 donde se entregara consentimiento informado para la firma del paciente y posterior se aplicara CUESTIONARIO PAG-DT2+HTA, de donde se obtendrán datos demográficos y sobre autogestión, el tiempo de aplicación de la encuesta es de 15 min, esta encuesta se aplicará en los turnos matutinos y vespertinos, aplicando 25 encuestas al día, los datos serán vaciados en programa estadístico Stata versión 11.0 y el periodo de análisis de resultados será de diciembre 2017 a enero del 2018.

### **13.- ANALISIS ESTADÍSTICO.**

Se realizará un análisis en programa estadístico Stata versión 11.0 con un análisis univariado describiendo medidas de tendencia central y dispersión, en variables cuantitativas calculo de frecuencia y proporciones y analisis bivariado de las variables que se consideren relacionadas y con asociación causal, a partir del cual se obtendrán medidas de riesgo y asociación.

### **14.- CONSIDERACIONES ETICAS.**

Se considera este estudio de acuerdo al reglamento de la ley de salud en materia de investigación para la salud vigente desde el 2007 en base al segundo titulo, articulo 17 como investigación sin riesgo ya que solo se realizara revisión de expedientes clínicos y no se consideran problemas de temas sensibles para los pacientes y se cuidará el anonimato y la confidencialidad de todos los datos obtenidos en la investigación, y capitulo 1. Además de cumplir en lo estipulado por la ley general de salud en los artículos 98 en la cual estipula la supervisión del comité de ética para la realización de la investigación y se cumplen con las bases del articulo 100, en materia de seguridad.(23) Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. (comprobado el 05 de diciembre del 2008), apartado 25.(24) El investigador se apegara la pauta 12 de la confidencialidad de la declaración de Helsinki al tomar medidas para proteger la confidencialidad de dichos datos, omitiendo información que pudiese relevar la identidad de la personas, limitando el acceso a los datos, o por otros medios. En la pauta 8 la investigación en que participan seres humanos se relaciona con el respecto por la dignidad de cada participante así como el respeto por las comunidades y la protección de los derechos y bienestar de los participantes. Se consideran también su enmiendas año 2002 sobre no utilización de placebos, Y se consideran los lineamientos de la OMS en las guías de consideraciones éticas para poblaciones CIOMS.

#### **14.1 Conflictos de interés.**

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

### **15.- RECURSOS:**

**15.1 Estructura:** e equipo cuenta con la estructura necesaria para la realización del estudio.

**15.2 Financiamiento:** el equipo de investigación no recibe financiamiento externo.

**15.3 Experiencia del grupo de investigadores:** el equipo de investigadores cuenta con la experiencia para el desarrollo de la investigación.

**15.4 Factibilidad:** es estudio de investigación es factible, ya que es necesario el conocer acerca de la autogestión del adulto mayor en la UMF 7 del IMSS con patologías como son la DM2 y la HAS.

#### **16.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO.**

Dentro de las limitaciones del estudio nos encontramos con el mal llenado del expediente clínico electrónico, con la dificultad en la aplicación de los test para la autogestión por la baja participación de los pacientes.

#### **17.- BENEFICIOS ESPERADOS. USO DE RESULTADOS**

Se utilizaran los resultados para la implementación de módulos especializados en enfermedades no transmisibles como son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, para la mejora en el control de las enfermedades metabólicas, evitando complicaciones de las patologías.

#### **18: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

**Ver ANEXO 1**

## 19.- RESULTADOS:

El estudio se realizó en 200 pacientes de los cuales la media de edad fue de 70 años, con una DE de 9.20 y un rango de 60 a 95 años. Tabla 1.

El 59.60% de los pacientes fue de sexo femenino, el estado civil que más predominó fue viudo en un 49.50% seguido de casado en un 46%, la escolaridad más frecuente fue de primaria incompleta con un 55%, seguida de primaria en un 26%, solo el 3% presentaba escolaridad de licenciatura. Tabla 2.

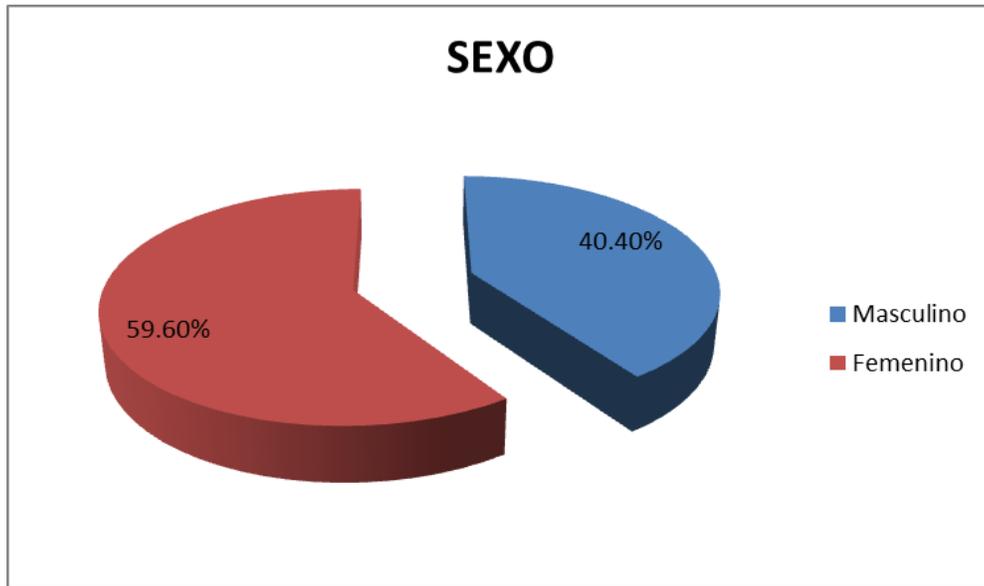
Tabla 1

<b>N=200</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Estándar</b>	<b>Rango</b>
<b>Edad</b>	70.84	9.20	60-95

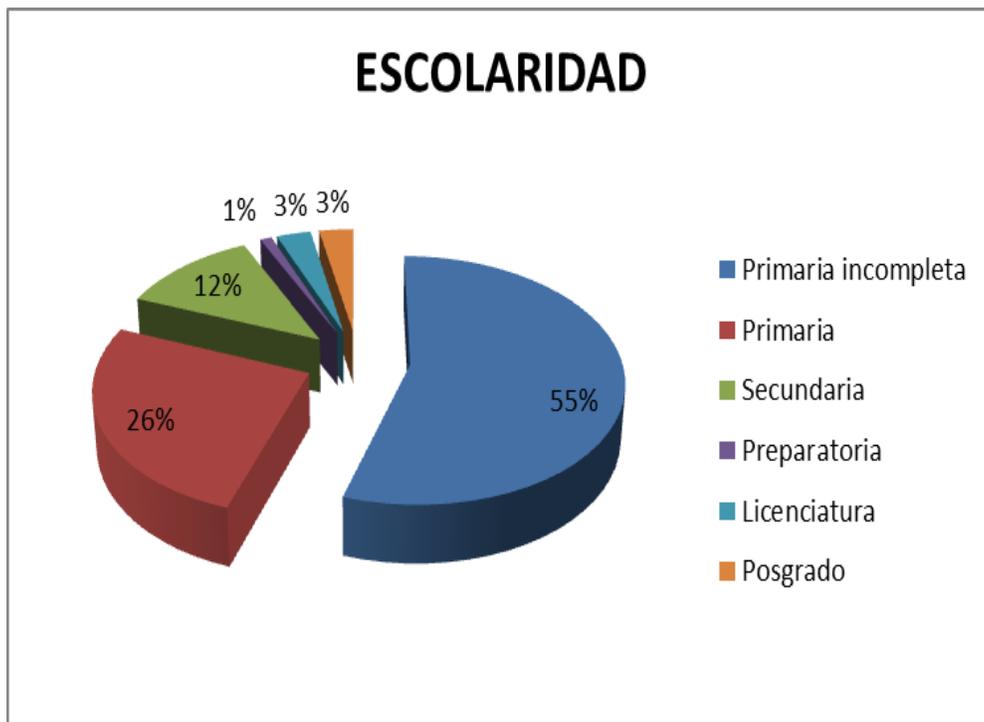
Tabla 2.

	<b>N=186</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Proporción</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	80	40.40%
	Femenino	118	59.60%
<b>Estado Civil</b>	Soltero	4	2.0%
	Casado	92	46%
	Divorciado	5	2.50%
	Viudo	99	49.50%
<b>Escolaridad</b>	Primaria incompleta	110	55%
	Primaria	52	26%
	Secundaria	24	12%
	Preparatoria	2	1%
	Licenciatura	6	3%
	Posgrado	6	3%

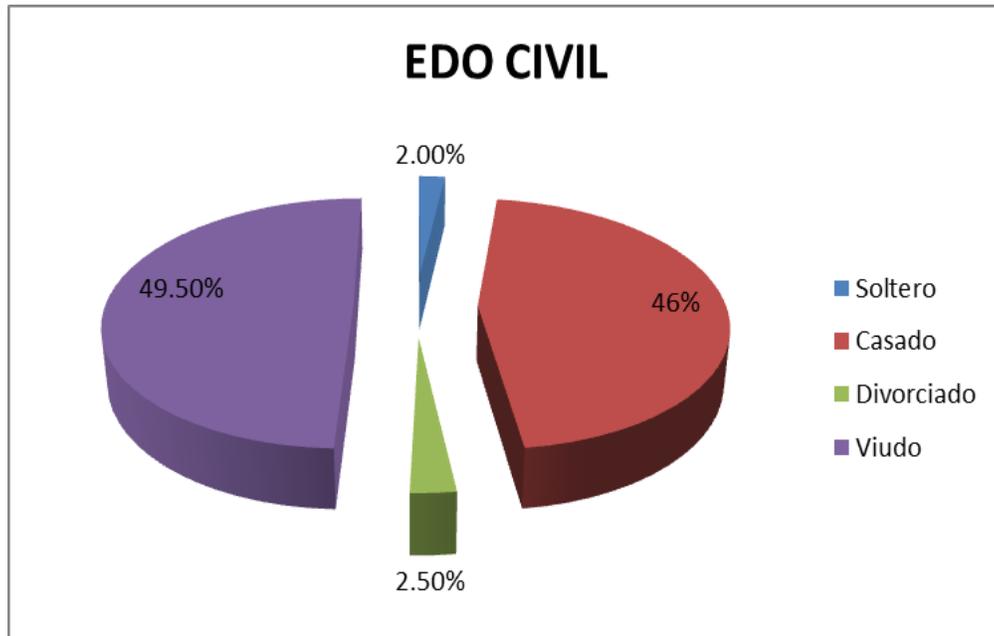
Gráfica 1. Sexo



Gráfica 2. Escolaridad



Grafica 3. Estado civil



En datos clínicos el tiempo de evolución promedio de diabetes mellitus fue de 18 años, con una DE de 12 años. El peso promedio fue de 66 kg y la talla promedio de 1.57, el IMC promedio fue de 26.68 con una DE de 4.84. la glucosa sérica promedio fue de 126 mg/dl con un rango de 81 a 250mg/dl. Tabla 3.

Tabla 3.

N=200	Media	Desviación estándar	Rango
Tiempo de evolución de DMt2	18.4	12.2	1-11
Peso	66.71	14.39	43-112
Talla	1.57	1.41	1.83
IMC	26.68	4.84	17.67-40.79
Glucosa serica	126	36.98	81-250
TAD	126	14.63	90-160
TAS	79	9.79	60-100

El estado nutricional de la población se estudio fue el siguiente: el 5.50% se encontró en peso bajo, el 40.50% en peso normal, el 54% de la población presento sobrepeso u obesidad.

El 66% de los pacinetes se encontró con un adecuado control glucémico el 6.50% se encontró con un descontrol severo, mientras que el 67% de los pacinetes e encontró cen un estadio 3 de HAS. Tabla 4.

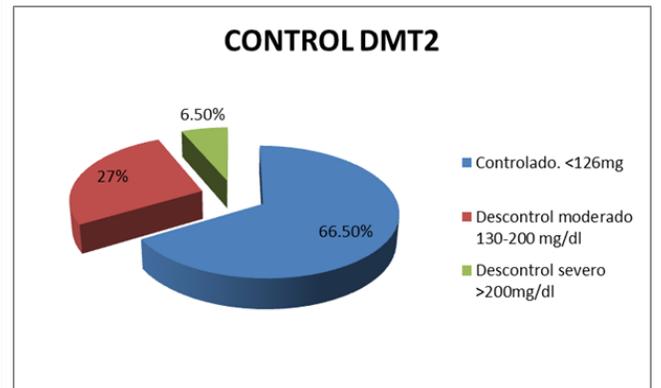
Tabla 4.

N=200		Frecuencia	proporción
Estado nutricional	Peso bajo	11	5.50%
	norma	81	40.50%
	sobrepeso	64	32%
	obesidad	44	22%
Control glucemico	Controlado. <126mg	133	66.50%
	Descontrol moderado 130-200 mg/dl	54	27%
	Descontrol severo >200mg/dl	13	6.50%
Estadio de TA	Estadio1	46	23%
	Estadio 2	20	10%
	Estadio 3	134	67%

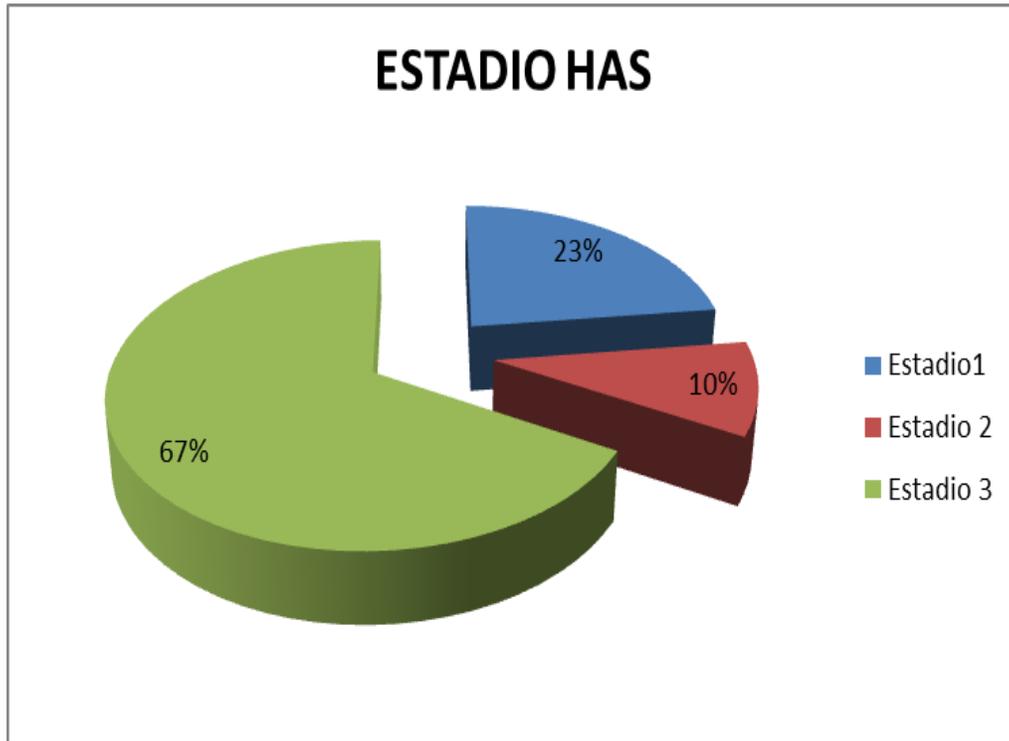
Gráfica 4. Estado Nutricional



Gráfica 5. Control DM2



Gráfica 6. Estadio HAS



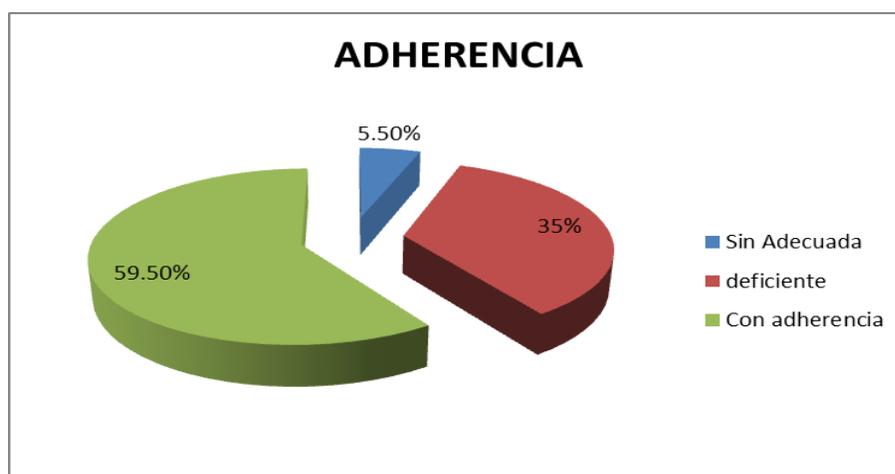
## 19.1 RESULTADOS TEST AUTOGESTIÓN.

	Media	Desviación estandar	rango
Puntaje total	81.88	14.89	36-113
Puntaje adherencia	28.12	9.04	12-48
Afrontamiento	19.82	4.95	10-30
confianza	27.86	6.63	11-44
consecuencia	6.48	2.44	2-10

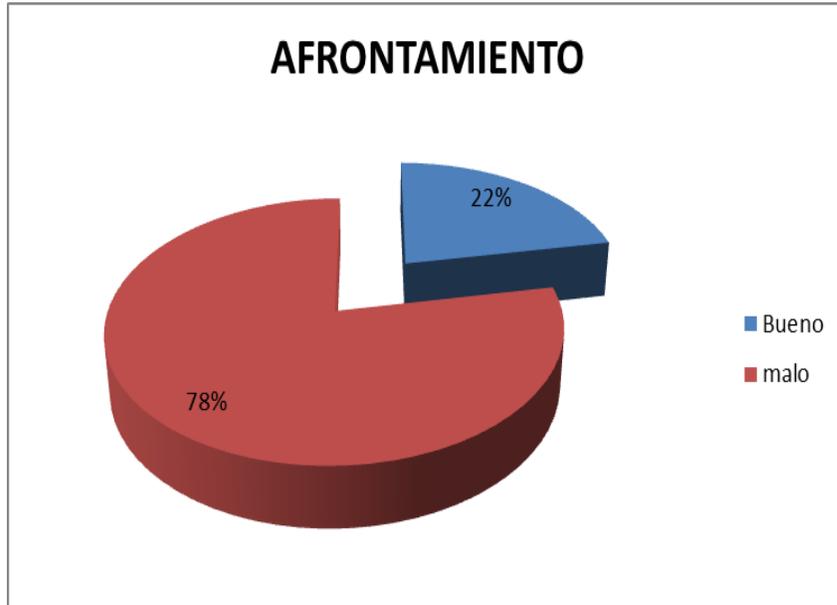
En el test de autogestión encontramos que el 40% de los pacientes presentan deficiente adherencia, el 78% de los pacientes presentan mal afrontamiento, el 78% de los pacinetes mala confianza y el 64% mala consecuencia o barrera.

		Frecuencia	Proporción
Adherencia	<b>Sin Adecuada</b>	11	5.50%
	<b>deficiente</b>	69	35%
	<b>Con adherencia</b>	120	59.5%
Afrontamiento	<b>Bueno</b>	44	22%
	<b>malo</b>	66	78%
Confianza	<b>Buena</b>	44	22%
	<b>Mala</b>	66	78%
Consecuencia	<b>Bueno</b>	72	36%
	<b>Malo</b>	128	64%

Gráfica7. Adherencia



**Gráfica 8. Afrontamiento**



**Gráfica 9. Consecuencia**



## **20. DISCUSIÓN:**

Llama la atención el grado escolar bajo de nuestra población de estudio, el cual esta relacionado con la edad de los pacinetes ya que son adultos mayores y el grado escolar era en general mas bajo en nuestro país en estas generaciones.<sup>11</sup>

El 52% de los pacientes presenta algún grado de obesidad o sobrepeso, lo cual es congruente con la encuesta nacional de slaud 2016.

En general encontramos que los pacientes tiene una deficiente adherencia en un 40% de los casos, esto es congruente con la literatura la cual reporta niveles similares o inclusiva superiores en este grupo de edad.<sup>13,15,16</sup>

Dentro de los componentes de autogestión contramos que el afrontamiento y la confianza son deficientes en más de la mitad de los pacientes, lo cual es congruente con la bibliografía internacional.<sup>19</sup>

## **21. CONCLUSIONES.**

El estudio de la autogestión es un componente importante del envejecimiento activo. Estudios previos han demostrado que fomentar la autogestión tiene un impacto positivo en el estado de salud de los adultos mayores, en este estudio se demostró que existe la necesida de mejorar este componente de la salud para establecer un mejro estado de salud y uin mejor resultado de las intervenciones médicas en los adultos mayores.

Es necesario implementar una intervención educativa que propicie la autogestión de los adultos mayores al tratamiento de sus padecimientos, dentro de los proceso de atención de los enfermos crónicos para aumentar el impacto de en ele stado de salud de los pacientes atendidos en nuestra institución.

## 22: BIBLIOGRAFÍA.

1. R.Loring K, Dr.P.H. a Halsted R. Holman, M.D. Self-Management Education: History, Definition, Outcomes, and Mechanisms. *Ann Behav Med* 2003, 26(1):1–7.
2. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes, 2017.
3. Peyrot et al. Development and validation of the self-management profile for type 2 diabetes (SMP-T2D) *Health and Quality of Life Outcomes* 2012, 10:125.
4. Galván Flores GM, et al. Adaptación y validación al español del cuestionario SMP-T2D para evaluar la autogestión de la hipertensión arterial más diabetes tipo 2: PAG-DT2+HTA. *Hipertens Riesgo Vasc.* 2017.
5. OMS. Noncommunicable Diseases Progress Monitor, 2017.
6. OMS. Informe mundial sobre la Diabetes, 2016
7. OMS. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles.
8. OMS. 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud ginebra, 16-24 de mayo de 2011. Resoluciones y decisiones anexos.
9. OMS. Preparación para la tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, que se celebrará en 2018.
10. OMS. Resolución CD52.R9 Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, 2013.
11. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. Primera edición, 2012.
12. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. (ENSANUT 2016).
13. Galván Flores GM, et al. Adaptación y validación al español del cuestionario SMP-T2D para evaluar la autogestión de la hipertensión arterial más diabetes tipo 2: PAG-DT2+HTA. *Hipertens Riesgo Vasc.* 2017.
14. Jones RN H. Self-Management Education. *Can J Diabetes* 37, 2013.
15. Grady P, et. al. Self-Management: A Comprehensive Approach to Management of Chronic Conditions. *American Journal of Public Health.* Vol 104, No. 8. August 2014.
16. Imazu MFM. Et al. Efectividad de las intervenciones individual y en grupo en personas con diabetes tipo 2. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* mar.-abr. 2015;23(2):200-7.
17. Romero-Ventosa EL et al. Multidisciplinary teams involved: detection of drug-related problems through continuity of care. *Fam Hosp.* 2016;40(6):529-543.
18. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud. MÉXICO RESUMEN EJECUTIVO Y DIAGNÓSTICO Y RECOMENDACIONES 2016.

19. Meyer J, Smith B. Chronic Disease Management: Evidence of Predictable Savings. Washington, DC: Health Management Associates; 2008.
20. Dennis SM, Zwar N, Griffiths R, Roland M, Hasan I, Davis GP et al. Chronic Disease Management in Primary Care: from evidence to policy. Evidence into Policy in Australian Primary Health Care. MJA 2008; 188: S53-S56.

## 23.- ANEXOS.

### 23.1 Cronograma de actividades

#### ANEXO 1

#### Cronograma de actividades

Actividades	ENE 2017	febre 2017	MAR 2017	ABR 2017	MAY 2017	JUN 2017	JUL 2017	AGO 2017	SEP 2017	OCT 2017	NOV 2017	DIC 2017
Planteamiento del problema y marco teórico.	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado		
Hipótesis y variable		Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado		
Objetivos		Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado		
Calculo de muestra		Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado		
Hoja de registro		Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado		
Presentación ante el comité											Programado	
Aplicación de cuestionario	Programado											Programado
Análisis de resultados		Programado	Programado	Programado								
Elaboración de conclusiones		Programado	Programado	Programado								
Presentación de tesis					Programado	Programado						

Realizado   
 Programado 

## 23.2 HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.



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

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	<b>“Relación entre autogestión y funcionalidad del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial en la UMF 7 del IMSS”</b>
Patrocinador externo (si aplica):	NO aplica.
Lugar y fecha:	El presente estudio se desarrollara durante los meses de enero y febrero del 2017 en la U.M.F. 07 del I.M.S.S.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Obtener la autogestión del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensión arterial en la UMF 7 del IMSS.
Procedimientos:	Encuesta y pruebas diagnósticas.
Posibles riesgos y molestias:	Dolor a la toma de muestra sanguínea, hematoma en el lugar de toma de muestra, flebitis, sepsis, muerte.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los resultados del estudio, servirán para generar evidencia médica, sobre las necesidades de salud en la población de adultos mayores, identificando su nivel de autogestión y en consecuencia realizar acciones para implementar programas para autogestión en diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	La información se podrá consultar en cualquier momento a los investigadores responsables.
Participación o retiro:	El paciente tiene el derecho de participar en el estudio o decidir retirarse de él, en cualquier momento durante la investigación.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos aportados por el paciente serán manejados con confidencialidad y únicamente serán utilizados para los fines de esta investigación.

En caso de colección de material biológico (si aplica): **NO 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):

Beneficios al término del estudio:

Al termino del estudio, la población derechohabiente se beneficiará con la intervención de políticas de salud institucionales dirigidas a las necesidades de salud detectadas

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

Investigador Responsable:

Sandra Vega García. Lugar de trabajo: UMF/. E mail: [dra\\_svega@hotmail.com](mailto:dra_svega@hotmail.com),  
[drip\\_bono@hotmail.com](mailto:drip_bono@hotmail.com) Teléfono Oficina: 55732211 ext: 21478 Fax: sin fax

Colaboradores:

Lizbeth Ariadna Núñez Galván, adscrita a U.M.F. 07, E mail: [aryfacmed@gmail.com](mailto:aryfacmed@gmail.com)  
Tel: 5530715325

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](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

Nombre y firma del sujeto

Testigo

Nombre, dirección, relación y firma

**Lizbeth Ariadna Núñez Galván**  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

23.3 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: (anexo 3)  
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**



“Autogestión del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial en la UMF 7 del IMSS”

Hoja 1

<b>INSTRUMENTO.</b>					
<b>Aplique el cuestionario al paciente que cumpla con las siguientes características:(CRITERIOS DE INCLUSION)</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes adultos mayores hombres y mujeres.</li> <li>• Pacientes derechohabientes de la UMF 07 IMSS</li> <li>• Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2</li> <li>• Pacientes con Hipertensión Arterial</li> <li>• Pacientes que sepan leer y escribir</li> <li>• Pacientes que firmen el consentimiento informado</li> <li>• Pacientes que completen el test de Autogestión</li> </ul>					
<b>llenar</b>					
<b>1</b>	<b>FOLIO</b> _____				_ _ _ _
<b>2</b>	Fecha: (dd/mm/aa) ____/____/____				_ _ _ _
<b>3</b>	<b>Nombre:</b> _____ _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span><b>Apellido Paterno</b></span> <span><b>Apellido Materno</b></span> </div> <b>Nombre (s)</b>				
<b>4</b>	NSS: _____	<b>5</b>	Teléfono _____		_ _ _ _   _ _ _ _
<b>6</b>	<b>Turno:</b> 1.Matutino ( ) 2.Vespertino ( )				_
<b>7</b>	<b>Número de Consultorio:</b> (____)				_
<b>8</b>	<b>Edad:</b> _____ años cumplidos	<b>9</b>	<b>Sexo:</b> 1.-Masculino ( ) 2.-Femenino ( )		_ _ _ / _
<b>10</b>	<b>ESTADO CIVIL</b> 1. Soltero ( ) 2.Casado ( ) 3.Divorciado ( ) 4.Viudo(a) ( ) 5.Unión libre ( )				_
<b>11</b>	<b>ESCOLARIDAD</b> 1.-Primaria incompleta ( ) 2.-Primaria completa ( ) 3.- Secundaria ( ) 4.-Preparatoria ( ) 5.-Licenciatura ( ) 6.-Posgrado ( )				_
<b>12</b>	<b>PESO:</b> _____ kg	<b>13</b>	<b>TALLA</b> _____ cm	<b>14</b>	<b>IMC peso/talla<sup>2</sup></b> _____  _ _ _ _  kg  _ _ _ _  m  _ _ _ _  m <sup>2</sup>
<b>15</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ESTADO NUTRICIONAL</b> 1=BAJO PESO( IMC &lt;20) ( )</li> <li>• <b>2= PESO NORMAL IMC 20-25. ( ) 3= Sobrepeso IMC 26-29 ( )</b></li> </ul>				_

16	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Glucosa sérica:    mg/dL</li> </ul>	I__Img/dL
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De acuerdo al nivel de glucosa, El paciente tiene un contro glucémico:</li> <li>• 1= Controlado&lt; 126mg/dl</li> <li>• 2=descontrol moderado de 130-200mg/dl</li> <li>• 3= descontrol severo &gt; 200 mg/dl</li> </ul>	
	¿Padece hipertensión arterial? 1= si( ) 2= no( )	
17	Tensión arterial:    /    mmHg	I__ITAD I__ITAS
	De acuerdo a las cifras de Ta. El paciente tiene estadio: 1= estadio 1 2= estadio 2 3= estadio 3	
18	Tiempo de evolución de Diabetes Mellitus tipo 2    (    ) años	I__I años
<b>CUESTIONARIO PAG-DT2+HTA</b>		
<b>Preguntas 1 a 4</b>		
20	¿Cuántos días de la última semana le tomaron la presión arterial (en casa o en la clínica)? Señale del 0 al 7 en    (    )días	I__I
21	¿Cuántos días de la semana se checó la glucosa (azúcar en la sangre) (en casa o clínica)? Señale del 0 al 7 en    (    )días	I__I
22	¿Cuántos días de la semana tomó sus medicamentos para la hipertensión arterial, como se los recetaron? Señale del 0 al 7 en    (    )días	I__I
23	¿Cuántos días de la semana tomó sus medicamentos para la diabetes (azúcar), como se los recetaron? Señale del 0 al 7 en    (    )días	I__I
21	¿Cuántos días de la semana comió alimentos no permitidos en su dieta para su diabetes y para la hipertensión arterial? Señale del 0 al 7 en    (    )días	I__I
22	¿Cuántos días de la semana hizo actividad física leve (como caminar o trotar leve)? Señale del 0 al 7 en    (    )días	I__I
23	¿Cuántos días de la semana hizo 30 min de actividad física moderada (caminar rápido, tareas domésticas, paseo con animales domésticos o correr)? Señale del 0 al 7 en    (    )días	I__I
24	¿Cuántos días de la semana hizo 30 min de actividad física intensa (aerobics, natación rápida, fútbol)? Señale del 0 al 7 en    (    )días	I__I
<b>Preguntas 5 y 6</b>		
<b>Consteste las siguientes preguntas de acuerdo a:</b>		

<b>Señale: 1=muchísima( ), 2=mucha ( ), 3=moderada ( ), 4=un poco ( ), 5=no ( )</b>		
<b>25</b>	Durante la última semana (últimos 7 días) ¿cuánta dificultad tuvo para monitorear su azúcar en sangre o presión arterial? ( )	_
<b>26</b>	Durante la última semana (últimos 7 días) ¿cuánta dificultad tuvo para tomarse sus medicamentos como se los recetó su médico? ( )	_
<b>27</b>	Durante la última semana (últimos 7 días) ¿cuánta dificultad tuvo para controlar los periodos de comer sin límite? (sentir hambre no incluido) ( )	_
<b>28</b>	Durante la última semana (últimos 7 días) ¿cuánta dificultad tuvo para ser físicamente activo? ( )	_
<b>24</b>	Durante la última semana (últimos 7 días) ¿cuánta dificultad tuvo para tratar las frustraciones y preocupaciones relacionadas con su hipertensión arterial o su diabetes? ( )	_
<b>25</b>	Durante la última semana (últimos 7 días) ¿cuánta dificultad tuvo para mantener su peso? ( )	_
<b>Pregunta 7</b>		
<b>26</b>	En total, ¿qué tan confiado se ha sentido en la última semana acerca de poder manejar supresión o su diabetes? Señale: 1= nada( ), 2=levemente( ), 3=moderadamente( ), 4=mucho( ), 5=muchísimo( )	_
<b>27</b>	¿Qué tan importante es para usted en este momento vigilar su presión arterial? Señale: 1= nada( ), 2=levemente( ), 3=moderadamente( ), 4=mucho( ), 5=muchísimo( )	_
<b>28</b>	¿Qué tan importante es para usted en este momento vigilar su glucosa (azúcar en la sangre)? Señale: 1= nada( ), 2=levemente( ), 3=moderadamente( ), 4=mucho( ), 5=muchísimo( )	_
<b>29</b>	¿Qué tan importante es para usted en este momento tomar sus medicamentos para la presión arterial o su diabetes como se los indicó su médico? Señale: 1= nada( ), 2=levemente( ), 3=moderadamente( ), 4=mucho( ), 5=muchísimo( )	_
<b>30</b>	¿Qué tan importante es para usted en este momento controlar su peso? Señale: 1= nada( ), 2=levemente( ), 3=moderadamente( ), 4=mucho( ), 5=muchísimo( )	_
<b>31</b>	¿Qué tan importante es para usted en este momento llevar una dieta baja en sal? Señale: 1= nada( ), 2=levemente( ), 3=moderadamente( ), 4=mucho( ), 5=muchísimo( )	_

32	¿Qué tan importante es para usted en este momento*llevar una dieta baja en azúcar? Señale: 1= nada(    ), 2=levemente(    ), 3=moderadamente(    ), 4=mucho(    ), 5=muchísimo(    )	_
33	¿Qué tan importante es para usted en este momento hacer actividad física? Señale: 1= nada(    ), 2=levemente(    ), 3=moderadamente(    ), 4=mucho(    ), 5=muchísimo(    )	_
<b>Pregunta 8 y 9</b>		
34	Durante la última semana (7días) ¿qué tan frustrado se ha sentido con tratar de manejar su diabetes y presión? Señale: 1= nada(    ), 2=levemente(    ), 3=moderadamente(    ), 4=mucho(    ), 5=muchísimo(    )	_
35	Durante la última semana (7días), ¿qué tan preocupado se ha sentido acerca de su salud futura debido a su diabetes y presión? Señale: 1= nada(    ), 2=levemente(    ), 3=moderadamente(    ), 4=mucho(    ), 5=muchísimo(    )	_
	<b>¿Cuál es el puntaje total del cuestionario? (    )</b>	_
	<b>¿Cuál es el puntaje total en adherencia? ( preguntas 1,2, 3 y 4 ) (    )</b>	_
	<b>De acuerdo al puntaje el paciente tiene un nivel de adherencia:</b> 1=adecuada adherencia (    ) 2=deficiente adherencia (    ) 3= sin adherencia (    )	_
	<b>¿Cuál es el puntaje total en Afrontamiento de barreras? (preguntas 5 y 6) (    )</b>	_
	<b>De acuerdo al puntaje el paciente tiene un nivel de Afrontamiento de barreras es: 1= Bueno (    ) 2= Malo (    )</b>	_
	<b>¿Cuál es el puntaje total en Confianza o autoefectividad?(preguntas 7) (    )</b>	_
	<b>De acuerdo al puntaje el paciente tiene un nivel Confianza o autoefectividad es: 1= Buena (    ) 2= Mala (    )</b>	_
	<b>¿Cuál es el puntaje total en consecuencias del afrontamiento o del miedo? (preguntas 8 y 9) (    )</b>	_
	<b>De acuerdo al puntaje el paciente tiene un nivel Consecuencias del afrontamiento o barrera: 1= Buena (    ) 2= Mala (    )</b>	_
<b>GRACIAS POR SU COLABORACION</b>		