



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 35
MONTERREY, NUEVO LEÓN**

**AUTOPERCEPCIÓN DEL PACIENTE QUE VIVE CON DIABETES
EN RELACIÓN A SU CONTROL GLUCÉMICO**

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

PRESENTA:

DRA. LILLIAN PÉREZ GUTIÉRREZ

MONTERREY, N.L.



2019

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



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.

AGRADECIMIENTOS:

Primero, a Dios, por haberme permitido tener vida y salud para realizar todas las actividades necesarias para lograr este objetivo.

A mis amados padres y hermanos por darme amor y apoyo incondicional, inculcándome grandes valores que utilizo en mi vida diaria tanto personal como profesionalmente.

Con especial agradecimiento a mi querido esposo que siempre está para apoyarme en todos los sentidos, el orgullo de su ejemplo me hizo siempre esforzarme más.

A mis dos preciosas hijas, que son el principal motivo de mi vida.

A mi asesora, porque su experiencia fue determinante para realizar este proyecto.

A todos mis maestros médicos, principalmente a la profesora del curso, pues tuvieron a bien compartirme su gran conocimiento y experiencia.

DEDICATORIA:

Con todo mi amor dedico esta tesis a mis dos hermosas y maravillosas hijas Andrea Nohemí y Daniella Sinaí, porque todo este tiempo han sido la razón que me hace esforzarme por el presente y el mañana.

A mi esposo Enoc, que siempre ha estado conmigo ayudándome y motivándome aun en los momentos más difíciles de este camino.

A mis padres, porque echaron a andar mis sueños, porque creyeron en mí y porque sus consejos me guían cada día de mi vida.

AUTOPERCEPCIÓN DEL PACIENTE QUE VIVE CON DIABETES EN RELACIÓN A SU CONTROL GLUCÉMICO.

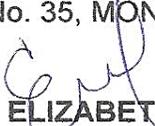
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

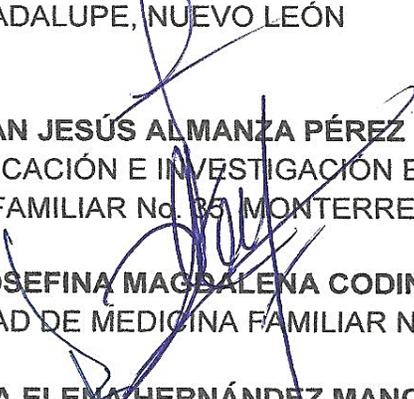
PRESENTA:


DRA. LILLIAN PÉREZ GUTIÉRREZ
NÚMERO DE REGISTRO: R-2017-1909-26

AUTORIZACIONES:


DRA. MARÍA MILAGROS RUELAS CASTRO
ASESOR DE TESIS Y PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 35, MONTERREY, N.L.


DRA. PATRICIA ELIZABETH MOTA MORENO
DIRECTOR Y ASESOR DE TESIS
JEFA DE ENSEÑANZA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27
GUADALUPE, NUEVO LEÓN


DR. JUAN JESÚS ALMANZA PÉREZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 35, MONTERREY, N.L.

DRA. KARINA JOSEFINA MAGDALENA CODINA LEAL
DIRECTOR MÉDICO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 35, MONTERREY, N.L.

DRA. IRAZEMA ELENA HERNÁNDEZ MANCINAS
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL.


DRA. LAURA HERMILA DE LA GARZA SALINAS
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.

AUTOPERCEPCIÓN DEL PACIENTE QUE VIVE CON DIABETES EN RELACIÓN A SU CONTROL GLUCÉMICO

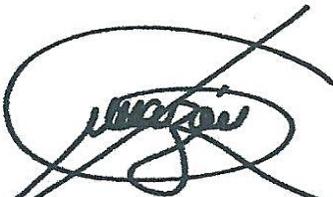
TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA

EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. LILLIAN PÉREZ GUTIÉRREZ

AUTORIZACIONES



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



DR. GEOVANI LÓPEZ 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.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

REGISTRO

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1909 con número de registro 17 CI 19 026 077 ante COFEPRIS

U MED FAMILIAR NUM 32, NUEVO LEÓN

FECHA 24/10/2017

DRA. LILLIAN PEREZ GUTIERREZ

P R E S E N T E

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

AUTOPERCEPCIÓN DEL PACIENTE QUE VIVE CON DIABETES EN RELACIÓN A SU CONTROL GLUCÉMICO.

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-2017-1909-26 |

ATENTAMENTE

DR.(A). MARCELA DE JESUS PEÑA FLORES

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1909

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| <u>IDENTIFICACIÓN</u> | 1 |
| <u>RESUMEN</u> | 8 |
| <u>ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS</u> | 9 |
| <u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u> | 16 |
| <u>OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</u> | 17 |
| <u>CRITERIOS DE SELECCIÓN</u> | 18 |
| <u>CÁLCULO DE LA MUESTRA</u> | 18 |
| <u>MATERIAL Y MÉTODOS</u> | 19 |
| <u>RESULTADOS</u> | 20 |
| <u>DISCUSIÓN</u> | 23 |
| <u>CONCLUSIONES</u> | 24 |
| <u>TABLA</u> | 25 |
| <u>GRÁFICAS</u> | 26 |
| <u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u> | 28 |
| <u>ANEXOS</u> | 32 |
| <i>INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS</i> | <i>32</i> |
| <i>CONSENTIMIENTO INFORMADO</i> | <i>33</i> |

RESUMEN

Título: AUTOPERCEPCIÓN DEL PACIENTE QUE VIVE CON DIABETES EN RELACIÓN A SU CONTROL GLUCÉMICO.

Autor y Colaboradores: Dra. Lillian Pérez Gutiérrez (HGSZ/UMF 11, Montemorelos N.L. E-mail: boolillian@hotmail.com), Dra. Patricia Elizabeth Mota Moreno (UMF 27, Guadalupe, N.L. E-mail: patricia.mota@imss.gob.mx), Dra. María Milagros Ruelas Castro (UMF 35, Monterrey, N.L. E-mail: milagrosruelas@yahoo.com.mx).

Introducción: La Diabetes Mellitus (DM) no distingue entre raza, sexo ni edad, es reconocida como una pandemia. En el momento del diagnóstico, los pacientes atraviesan por tensión emocional al someterse a restricciones dietéticas y físicas, afectando su calidad de vida; la negación de la enfermedad o falsa percepción que muchos individuos tienen acerca de la DM, se debe a la falta de adaptación a la enfermedad, que es consecuencia de factores como la idiosincrasia, el escaso nivel de conocimiento, creencias, costumbres y tradiciones, la situación económica familiar, la motivación inadecuada para conservar la salud y el desconocimiento de la importancia de prevenir y controlar la enfermedad, así como evitar las complicaciones y discapacidades que provoca la misma, los pacientes no cumplen el tratamiento pues no identifican sintomatología de descompensación de la enfermedad.

Objetivo: Identificar cuál es la autopercepción del paciente que vive con diabetes en relación a su control glucémico en la unidad de medicina familiar 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guadalupe, Nuevo León.

Material y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y transversal. Realizado en pacientes que viven con Diabetes, de ambos sexos, de 20 a 59 años, a quienes se le aplica encuesta formada por partes de dos encuestas previamente validadas (*Brief Illness Perception Questionnaire*)* y (*Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009 Argentina*).

Posteriormente se hizo uso del expediente electrónico para consultar resultados de hemoglobinas glucosiladas del último año. Se analizó género, edad, escolaridad, ocupación. Una vez obtenidos los datos, se hizo captura y análisis de los mismos en el programa estadístico Excel y Epi Info 7.2 donde se obtuvieron frecuencias y porcentajes. Se utilizó la estadística descriptiva, así como desviación estándar, media, mediana, moda y P de Person.

Resultados: En cuanto a la autopercepción el 78.30 % de los pacientes encuestados consideran que están bien controlados mientras que el 21.70% se auto perciben como no controlados. Con los resultados de la hemoglobina glucosilada reportadas en los expedientes observamos que el 60.85% de los pacientes estaba en mal control glucémico y el 39.15% en buen control.

Conclusiones: En este trabajo de investigación, se encontró que 314 pacientes encuestados se auto perciben como bien controlados y corresponden al 78.30% sin embargo al cruzar esta información con sus hemoglobinas glucosiladas asentadas en sus expedientes clínicos, se encontró que solo 157 que es el 39.15 % se encuentran en buen control glucémico, lo que equivale al 50% de los que se creían controlados.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, autopercepción, control glucémico.

ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS:

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad que no distingue entre raza, sexo ni edad, por ello es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una pandemia, la cual causa alrededor de 35 millones de defunciones anuales. Se calcula que en la actualidad existen más de 180 millones de personas con diabetes, por lo que la OMS prevé que las muertes se multiplicarán por dos al 2030.¹

El último informe de la Federación Internacional de Diabetes (IDF), presentado en su publicación periódica como la sexta edición de Diabetes Atlas de 2013, entregado durante la celebración de su Congreso Mundial, preocupa seriamente, porque esta enfermedad sigue afectando de manera grave la salud de la humanidad. Los datos e informaciones estadísticas alarman, pues sus dañinas consecuencias para la salud de la población, se mantienen y aumentan.² China, India, Estados Unidos, Brasil, Rusia y México, son –en ese orden– los países con mayor número de diabéticos.³

Durante las últimas décadas el número de personas que padece diabetes en México se ha incrementado y actualmente figura entre las primeras causas de muerte. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, identifican a 6.4 millones de adultos mexicanos con diabetes, es decir, 9.2% de los adultos en México han recibido ya un diagnóstico de diabetes.⁴

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 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) durante el período 2004-2009 la DM ha sido la primera causa de muerte con 21,096 defunciones en el año 2011.⁵

La diabetes y sus complicaciones conllevan importantes pérdidas económicas para las personas que la padecen y sus familias, así como para los sistemas de salud y las economías nacionales por los costos médicos directos y la pérdida de trabajo y sueldos.⁶

En 2013 causó 5.1 millones de muertes a un costo de 548 billones de dólares de los Estados Unidos de Norteamérica, y si la epidemia no se detiene antes de 25 años, en el mundo habitarán 592 millones de personas diabéticas, con todas sus complicaciones. Como hecho alarmante, los expertos en Epidemiología consideran que cada 6 segundos fallece un paciente diabético.⁷ En México, las estimaciones existentes son muy variables con cálculos de costos de atención por paciente que van desde 700 hasta 3 200 dólares anuales, lo que se traduce en 5 a 14% del gasto en salud destinado a la atención de esta enfermedad y sus complicaciones, inversión que, de acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes se relaciona directamente con la tasa de mortalidad por esta causa.⁸

La DM consume entre 4.7% y 6.5% del presupuesto para la atención de la salud. El IMSS estimó el gasto médico por componente de atención médica en el año 2009 el cual corresponde a los 3 primeros lugares a la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la insuficiencia renal, en un porcentaje de 40.36 y 13 respectivamente.⁹

La DM tipo 2 (DM2) es una enfermedad endócrino-metabólica de etiología multifactorial, caracterizada por presencia de hiperglucemia crónica, insulinoresistencia, y un déficit relativo de insulina, estas alteraciones llevan a la aparición de las manifestaciones clásicas de DM2: poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso e infecciones recurrentes. No obstante, esta enfermedad tiende a ser asintomática en estadios tempranos; por lo cual su diagnóstico objetivo requiere la presencia de alguno de los siguientes criterios dispuestos por la Asociación Americana de Diabetes, 2015: a) Glicemia en ayuno \geq 126 mg/dl; b) Glicemia aleatoria \geq 200 mg/dl (en presencia de cuadro clínico compatible con DM2); c) Glicemia

≥200 mg/dl posterior a dos horas en una prueba de tolerancia oral con 75 g de glucosa; o d) Hemoglobina Glucosilada A1c (HbA1c) ≥6.5%.¹⁰

En México la diabetes representa un problema de salud pública que afecta principalmente a la población de bajos recursos económicos, por lo que el estar informado y conocer la enfermedad, así como controlarla, transitan necesariamente por la educación participativa en salud.¹¹

Cuando un paciente es diagnosticado con una enfermedad crónico-degenerativa, invariablemente atraviesa por agudas etapas de estrés, de depresión y de ansiedad, principalmente. El problema empieza desde el momento en el que el diagnóstico coloca al paciente en la condición de padecer una enfermedad que se asume sin cura, y con la que consecuentemente se deberá vivir el resto de la vida.¹² Los pacientes atraviesan períodos de tensión emocional al someterse a restricciones dietéticas y físicas, con serias repercusiones emocionales y sociales, afectando seriamente su calidad de vida relacionada con la salud.¹³

Una de las razones por las que el paciente no se autoidentifica como diabético es que es conocedor del diagnóstico, pero no lo acepta, de esta forma, el rechazo y la negación de la enfermedad suponen una de las dificultades que interfieren en el cumplimiento del tratamiento y por ende en el control metabólico de la patología.¹⁴ La negación o falsa percepción que muchos individuos tienen acerca de la DM, sin lugar a dudas se debe a la falta de adaptación a la enfermedad.¹⁵

El pobre apego al tratamiento farmacológico también es consecuencia de una amplia gama de factores, entre los que se destacan, la idiosincrasia, mediados por el escaso nivel de conocimiento, las creencias, costumbres y tradiciones, la situación económica, familiar, la motivación inadecuada para recuperar o conservar la salud y el desconocimiento de la importancia para prevenir y controlar la enfermedad, así como evitar las complicaciones y

discapacidades que provoca la misma, los pacientes no cumplen el tratamiento pues no identifican sintomatología de descompensación de la enfermedad.¹⁶

La adherencia al tratamiento está definida como el grado en el cual el comportamiento del paciente, la toma de los medicamentos, la dieta y la introducción de los cambios en sus estilos de vida, responden a las indicaciones o recomendaciones dadas por el profesional de la salud.¹⁷

Cada individuo que vive con esta enfermedad aplica su cuidado según sus costumbres y creencias, la experiencia de cada persona es única ya que influye en la adherencia al tratamiento el ambiente del paciente,¹⁸ en donde sus creencias, su percepción de satisfacción con la vida, su rol en la sociedad, el aspecto emocional y afectivo, su percepción de sí mismo y los mitos de salud que posea, como por ejemplo tomar sus medicamentos sólo cuando no se siente bien o dejarlos de tomar cuando se siente mejor, hacen que el paciente diabético pueda seguir o no las prescripciones médicas.¹⁹ Los riesgos de la pobre adherencia al tratamiento farmacológico se relacionan con falta de apego a un adecuado estilo de vida, pobre percepción de la enfermedad, y síntomas depresivos.²⁰

El descontrol metabólico y las consecuentes complicaciones se agravan cuando en los servicios de salud no se realiza una eficiente y oportuna detección y seguimiento de grupos con factores de riesgo, aunado a que en la población hay una percepción inadecuada y desconocimiento del riesgo para desarrollar diabetes.²¹

Los factores psicosociales relacionados a la diabetes mellitus hacen necesaria la intervención en la Calidad de Vida de los pacientes, ya que para ellos tanto la enfermedad como el tratamiento que reciben generan una alteración en diferentes aspectos de su vida como el aspecto social, familiar, laboral y su bienestar físico, de forma que tendrá que adaptarse a un nuevo estilo de vida y aprender a vivir con su enfermedad.²² Se puede decir

que la calidad de vida (CV), representa la suma de sensaciones subjetivas y personales de sentirse bien. La CV en salud, abarca no solo la percepción subjetiva que tiene el paciente sobre su estado de salud sino además el impacto de los efectos de la enfermedad, del tratamiento y aspectos de la vida, porque se percibe un desequilibrio del bienestar físico, emocional o social.²³

Aceptar una enfermedad crónica es complicado, pero cuando se brinda la información adecuada y suficiente la persona la asume, pues sabe que si la controla adecuadamente puede continuar con sus actividades atenuando los problemas.²⁴ Es necesario que la persona se reconozca a sí misma como enferma, ya que padece una determinada alteración en su estado de salud y que los profesionales conozcan qué actitudes tiene y qué respuestas está desarrollando el paciente crónico ante la enfermedad.²⁵

La baja participación en educación en salud es el mayor problema en muchos países,²⁶ es necesaria la implementación de campañas educativas debido a que los pacientes no tienen conocimiento respecto a las complicaciones que puede generar la enfermedad y que pueden poner en riesgo su vida.²⁷ El médico de familia constituye un pilar fundamental para la educación de los pacientes para la prevención de complicaciones e inclusive discapacidades.²⁸

Con el fin de conocer más de la percepción del paciente diabético con respecto a su enfermedad, se han realizado diversos estudios, para los que se han utilizado instrumentos como "*The Illness perception questionnaire*" el cual es un método para evaluar ideas del paciente acerca de la naturaleza, causa, historia natural, control y consecuencias de su enfermedad,²⁹ fue diseñado para proveer rápida y sencillamente una evaluación de percepciones,³⁰ y en 2009, se realizó una *Encuesta Nacional de Factores de Riesgo* (ENFR) en Argentina con el fin de monitorear la evolución de los principales factores de

riesgo de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) y describir su distribución en subgrupos, el cuestionario fue adaptado transculturalmente y validado previamente a la realización de la ENFR. Se desarrolló en base a la Herramienta de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles, propuesta por la Organización Panamericana de la Salud, que fue adaptada por expertos y sociedades científicas nacionales.³¹

Queremos conocer cuál es la autopercepción que tienen los pacientes que viven con diabetes de su control glucémico en relación al real, por lo que se empleará como herramienta del estudio una encuesta, que se compone de partes de encuestas previamente validadas (*Brief Illness Perception Questionnaire*) y (*Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009 Argentina*), que se utilizó en un estudio llamado "Percepción de enfermedad en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial" donde se evaluó la percepción de la enfermedad, el conocimiento y creencias del tratamiento de la Diabetes.³²

La hiperglucemia es el mayor predictor del desarrollo de las complicaciones tardías de la diabetes, y el control glucémico ha demostrado prevenir de eventos micro y macrovasculares.³³

Para medir el buen control glucémico se utilizarán hemoglobinas glucosiladas del último año en los pacientes entrevistados, ya que según la American Diabetes Association (2017) se debe realizar la determinación de la HbA1c al menos dos veces al año en individuos en buen control glucémico estable, o cada tres meses en aquellos que se hagan cambios en su tratamiento o no cumplan objetivos. En adultos no gestantes el objetivo metabólico razonable se encuentra por debajo del 7% de HbA1c, siendo más estricto (inferior a 6.5%) en individuos seleccionados sin riesgo de hipoglucemia y habitualmente con una DM de reciente aparición, en tratamiento con modificación de los estilos de vida o metformina y sin riesgo cardiovascular, y objetivos menos estrictos (inferior a 8%) en pacientes con historia

de hipoglucemias graves, esperanza de vida reducida, y alteraciones microvasculares o macrovasculares avanzadas y comorbilidad.³⁴

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes y sus complicaciones conllevan importantes pérdidas económicas para las personas que la padecen y sus familias, así como para los sistemas de salud y las economías nacionales por los costos médicos directos y la pérdida de trabajo y sueldos, se considera que cada 6 segundos fallece un paciente diabético.

Gran cantidad de pacientes diabéticos no tienen un suficiente apego al tratamiento farmacológico correcto, dieta adecuada y realización de ejercicio aeróbico diario, porque mencionan sentirse bien y por ese motivo no siguen las indicaciones médicas otorgadas en cada consulta.

Cuando a un paciente se le informa que se le ha confirmado un diagnóstico de diabetes, debería imponer en la mayoría un parteaguas de su estilo de vida, sin embargo, no sucede así, y esto se origina probablemente por la ignorancia del origen del padecimiento, así como el desconocimiento de las medidas a llevar a cabo para lograr un adecuado control glucémico y con esto disminuir o retrasar la posibilidad de presentar las complicaciones propias de esta enfermedad.

Por lo que me planteé la siguiente pregunta ¿Cuál es la autopercepción de los pacientes que viven con diabetes en relación a su control glucémico en la unidad de medicina familiar no. 27 de Guadalupe, Nuevo León?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo principal:

- Identificar cuál es la autopercepción del paciente que vive con diabetes en relación a su control glucémico en la unidad de medicina familiar 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Objetivos específicos:

- Valorar si hay diferencias entre el control glucémico real y el que los pacientes económicamente activos que viven con diabetes creen tener.
- Identificar qué relación hay entre el control glucémico y el nivel académico de los pacientes que viven con diabetes.
- Conocer qué relación hay entre la edad y la autopercepción del control glucémico de los pacientes estudiados.
- Analizar el control glucémico de los pacientes femeninos en comparación de los pacientes masculinos que viven con diabetes.
- Conocer qué relación existe entre la ocupación y la autopercepción de control glucémico en pacientes estudiados.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

○ **Criterios de inclusión:**

- Hombres y mujeres de 20 a 59 años de edad, con diagnóstico de Diabetes Mellitus.
- Derechohabientes con consentimiento informado.

○ **Criterios de exclusión:**

- Pacientes con déficit auditivo o alteraciones del lenguaje.
- Pacientes sin diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus.

○ **Criterios de eliminación:**

- Expedientes electrónicos sin datos de HbA1c en el último año.
- Pacientes con encuestas mal llenadas.
- Pacientes que desistan seguir en el estudio.

MUESTRA

Cálculo del Tamaño de la Muestra.

POBLACION FINITA

$$n = \frac{N(Z)^2 pq}{d^2(N - 1) + Z^2 pq}$$

$$n = \frac{6525(1.96)^2(0.7)(0.3)}{(0.05)^2(6525 - 1) + (1.96)^2(0.7)(0.3)}$$

$$n = 340$$

Se agrega un 10 % para mermar pérdidas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y transversal. La población de estudio estuvo conformada por derechohabientes de ambos sexos de 20 a 59 años de edad con diabetes del Instituto Mexicano del Seguro Social adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 27 en el municipio de Guadalupe, Nuevo León al considerarse estos dentro de la edad económicamente activa. Previo consentimiento informado aprobado por el Comité Local de Ética e Investigación y firmado por cada paciente, se recabó información mediante una encuesta por escrito, que consta de dos partes, la primera contiene los datos de identificación de los pacientes, como el nombre completo, sexo, edad, escolaridad, ocupación, la segunda parte corresponde a una encuesta, que se compone de partes de encuestas previamente validadas, para evaluar la percepción de la enfermedad, conocimientos y creencias sobre la Diabetes.

El control glucémico se evaluó observando sus resultados de hemoglobinas glucosiladas del último año registradas en el expediente electrónico.³⁵

RESULTADOS:

Se aplicaron un total de 401 encuestas a los pacientes que cumplieron con los criterios de selección, el promedio de edad fué de 51.29 años, dentro de un rango de 20 a 59 años de edad. El sexo femenino fue más frecuente con 67.33 % (270) y el sexo masculino con 32.67 % (131). En cuanto a la escolaridad, predominó la básica con 69.33 %, media superior 20.70 %, superior 6.98 %, y analfabeta 2.99 %, de ellos el 69.58 % tienen pareja, mientras que el 30.42 % no tiene. La ocupación prevalente es la del hogar con 54.61%, empleado con 43.89 %, seguido por los desempleados con 1.50 %. Al realizar la contabilización de los pacientes según su estilo de vida se encontró que tenían un buen estilo de vida en un 79.30% y malo en un 20.70%. Se vió que el 86.78% de los pacientes tienen buena adherencia al tratamiento, mientras que un 13.22% no la tiene. Al evaluar el conocimiento sobre su padecimiento encontramos que era suficiente en un 53.87% e insuficiente en un 46.13%. En cuanto a la autopercepción el 78.30 % de los pacientes encuestados consideran que están bien controlados mientras que el 21.70% se auto perciben como no controlados. Cuando se investigaron los resultados de la hemoglobina glucosilada reportadas en los expedientes observamos que el 60.85% de los pacientes estaba en mal control glucémico y el 39.15% en buen control.

Al relacionar la autopercepción de los pacientes encuestados con la edad, encontramos que el grupo de 50-59 años es el que más se auto percibe como bien controlado y esto corresponde a un 54.61% de los evaluados, la mayoría de los pacientes encuestados que se auto perciben como bien controlados son mujeres (51.37%), la ocupación que predominó en los pacientes que se consideran bien controlados es la del hogar en un 42.39% seguido de

empleado 35.16% y desempleado en un 0.74%, la escolaridad que tienen la mayoría de los que se auto perciben bien controlados es la básica con un 54.11%, y el estado civil es con pareja en un 55.86%.

Con respecto a la adherencia la mayoría de los que tienen buena adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus se encuentran en el grupo de edad de 50 a 59 (57.60%). Son del sexo femenino (59.60%), se dedican al hogar (48.87%) y el mayor porcentaje de los que no tienen buena adherencia al tratamiento son empleados y corresponden al 7.48 %. La escolaridad de los que mayor adherencia tienen al tratamiento es la básica (60.59%). Y los pacientes con pareja fueron los que mayor adherencia al tratamiento mostraron con un 59.60 %.

Al cruzar la variable de conocimiento de su enfermedad con la edad se encontró que el grupo de 50-59 años es el que tiene suficiente conocimiento y corresponde a un 35.41 %, la mayoría de pacientes con suficiente conocimiento de la diabetes mellitus son mujeres que corresponde a un 37.15 %, la ocupación que predominó entre los pacientes con suficiente conocimiento es la del hogar 28.17%, la escolaridad básica fue la que predominó en los pacientes con suficiente conocimiento de su enfermedad, la mayoría de pacientes que tienen un suficiente conocimiento de la diabetes mellitus tienen pareja y corresponde a un 37.40 % de los encuestados.

Al evaluar la hemoglobina glucosilada de los pacientes encuestados se encontró que el grupo de edad que está mejor controlado es el de 50 a 59 años (26.43 %), y los mal controlados predominan entre las edades de 30 a 59 años que corresponde a un 57.3 %. Observamos que la mayoría de los pacientes bien controlados son mujeres 26.18 %, la

ocupación que predominó fue la del hogar en los pacientes bien controlados, la mayoría cuenta con escolaridad básica 26.43 % y tienen pareja 25.93 %.

Con respecto al estilo de vida se vio que la mayoría de pacientes con buen estilo de vida estaba en el grupo de 50 a 59 años (55.11%), son mujeres (54.86 %), la ocupación que predominó en los pacientes con buen estilo de vida fue el hogar (44.38 %), cuentan con una escolaridad básica (54.36 %) y la mayoría tiene pareja que corresponde a un 55.61 %.

DISCUSIÓN

En diversos estudios se llega a la conclusión que el paciente no se autoidentifica como enfermo aunque es conocedor del diagnóstico, pero no lo acepta, de esta forma, el rechazo y la negación de la enfermedad suponen una de las dificultades que interfieren en el cumplimiento del tratamiento y por ende en el control metabólico de la patología, esta percepción que muchos individuos tienen acerca de su control metabólico, sin lugar a dudas se debe a la falta de conocimiento de la enfermedad ^(11,14,15). Con los resultados del presente trabajo de investigación podemos decir que estamos de acuerdo con los estudios antes mencionados, por lo que en México conseguir que el paciente esté informado y que conozca cómo controlar la enfermedad, es de vital importancia si queremos que los pacientes estén en adecuado control glucémico para evitar las complicaciones y discapacidades que provoca la misma.

CONCLUSIONES

En este trabajo de investigación, se encontró que la mayoría de los pacientes encuestados se autoperciben como bien controlados sin embargo no lo están, según la lectura de sus hemoglobinas glucosiladas.

Por lo anterior conviene Integrar a los pacientes que viven con diabetes a un grupo de autoayuda, para incrementar sus conocimientos con respecto a su enfermedad y como tratarla, e institucionalmente en esos grupo pueden participar los servicios multidisciplinarios como son estomatología, psicología, trabajo social y nutrición; además derivarlos también a grupos que realizan actividad física para ayudar a controlar la patología, con esto último podemos brindar beneficios adicionales como mejorar el estilo de vida para prevenir otras enfermedades crónico degenerativas y disminuir estados depresivos.

Todo esto con el fin de retardar o evitar la aparición de las complicaciones de la Diabetes Mellitus.

Tabla 1. AUTOPERCEPCIÓN DEL PACIENTE QUE VIVE CON DIABETES EN RELACIÓN A SU CONTROL GLUCÉMICO

| VARIABLE | RANGOS | AUTOPERCEPCIÓN | | ADHERENCIA | | CONOCIMIENTO | | CONTROL GLUCÉMICO | | ESTILO DE VIDA | |
|--------------|----------------|-----------------|----------------|------------|--------------|--------------|--------------|-------------------|----------------|----------------|-------------|
| | | BIEN CONTROLADO | MAL CONTROLADO | NO | SI | INSUFICIENTE | SUFICIENTE | BIEN CONTROLADO | MAL CONTROLADO | BUENO | MALO |
| EDAD | 20-29 | 4 (0.99%) | 2 (0.49%) | 2 (0.49%) | 4 (0.99%) | 2 (0.49%) | 4 (0.99%) | 3 (0.74%) | 3 (0.74%) | 4 (0.99%) | 2 (0.49%) |
| | 30-39 | 16 (3.99%) | 13 (3.24%) | 3 (0.74%) | 26 (6.48%) | 15 (3.74%) | 14 (3.49%) | 6 (1.49%) | 23 (5.73%) | 19 (4.73%) | 10 (2.49%) |
| | 40-49 | 75 (18.70%) | 23 (5.73%) | 11 (2.74%) | 87 (21.69%) | 42 (10.47%) | 56 (13.96%) | 42 (10.47%) | 56 (13.96%) | 74 (18.45%) | 24 (5.98%) |
| | 50-59 | 219 (54.61%) | 49 (12.21%) | 37 (9.22%) | 231 (57.60%) | 126 (31.42%) | 142 (35.41%) | 106 (26.43%) | 162 (40.39%) | 221 (55.11%) | 47 (11.72%) |
| SEXO | FEMENINO | 206 (51.37%) | 64 (15.96%) | 31 (7.73%) | 239 (59.60%) | 121 (30.17%) | 149 (37.15%) | 105 (26.18%) | 165 (41.14%) | 220 (54.86%) | 50 (12.46) |
| | MASCULINO | 108 (26.93%) | 23 (5.73%) | 22 (5.48%) | 109 (27.18%) | 64 (15.96%) | 67 (16.70%) | 52 (12.96%) | 79 (19.70%) | 98 (24.43%) | 33 (8.22%) |
| OCUPACIÓN | EMPLEADO | 141 (35.16%) | 35 (8.72%) | 30 (7.48%) | 146 (36.40%) | 77 (19.20%) | 99 (24.68%) | 75 (18.70%) | 101 (25.18%) | 136 (33.91%) | 40 (9.97%) |
| | DESEMPLEADO | 3 (0.74%) | 3 (0.74%) | 0 (0.00%) | 6 (1.49%) | 2 (0.49%) | 4 (0.99%) | 6 (1.49%) | 6 (1.49%) | 4 (0.99%) | 2 (0.49%) |
| | HOGAR | 170 (42.39%) | 49 (12.21%) | 23 (5.73%) | 196 (48.87%) | 106 (26.43%) | 113 (28.17%) | 82 (20.44%) | 137 (34.16%) | 178 (44.38%) | 41 (10.22%) |
| ESCOLARIDAD | ANALFABETA | 11(2.74%) | 1 (0.24%) | 1 (0.24%) | 11 (2.74%) | 8 (1.99%) | 4 (0.99%) | 4 (0.99%) | 8 (1.99%) | 10 (2.49%) | 2 (0.49%) |
| | BASICA | 217 (54.11%) | 61 (15.21%) | 35 (8.72%) | 243 (60.59%) | 148 (36.90%) | 130 (32.41%) | 106 (26.43%) | 172 (42.89%) | 218 (54.36%) | 60 (14.96%) |
| | MEDIA SUPERIOR | 64 (15.96%) | 19 (4.73%) | 14 (3.49%) | 69 (17.20%) | 20 (4.98%) | 63 (15.71%) | 33 (8.22%) | 50 (12.46%) | 66 (16.45%) | 17 (4.23%) |
| | SUPERIOR | 22 (5.48%) | 6 (1.49%) | 3 (0.74%) | 25 (6.23%) | 9 (2.24%) | 19 (4.73%) | 14 (3.49%) | 14 (3.49%) | 24 (5.98%) | 4 (0.99%) |
| ESTADO CIVIL | CON PAREJA | 224 (55.86%) | 55 (13.71%) | 40 (9.97%) | 239 (59.60%) | 129 (32.16%) | 150 (37.40%) | 104 (25.93%) | 175 (43.64%) | 223 (55.61%) | 56 (13.96%) |
| | SIN PAREJA | 90 (22.44%) | 32 (7.98%) | 13 (3.24%) | 109 (27.18%) | 56 (13.96%) | 66 (16.45%) | 53 (13.21%) | 69 (17.20%) | 95 (23.69%) | 27 (6.73%) |

Fuente Epi Info 7.2 hoja de trabajo

AUTOPERCEPCIÓN

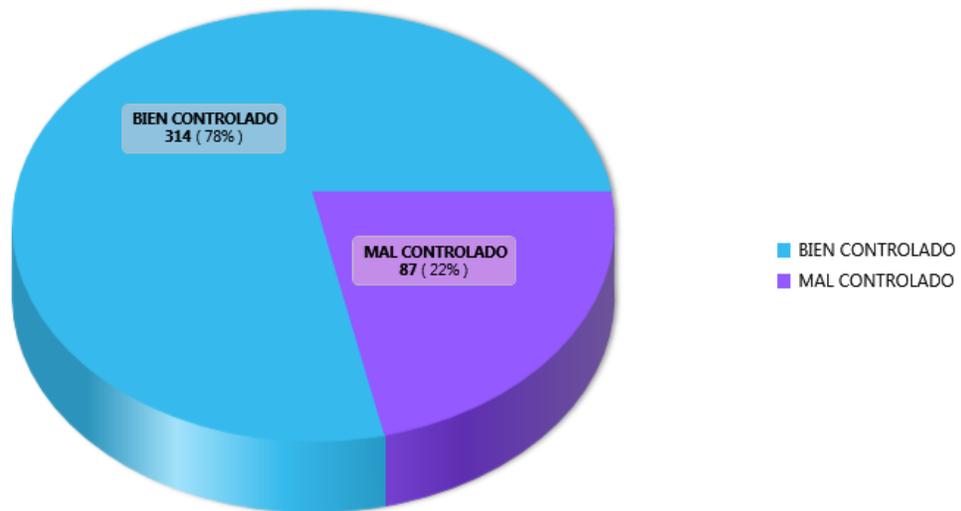


Figura 1. Porcentaje de pacientes encuestados que viven con diabetes de la U.M.F. 27 IMSS, que se autoperciben como bien controlados (Fuente: hoja de trabajo)

CONTROL GLUCÉMICO

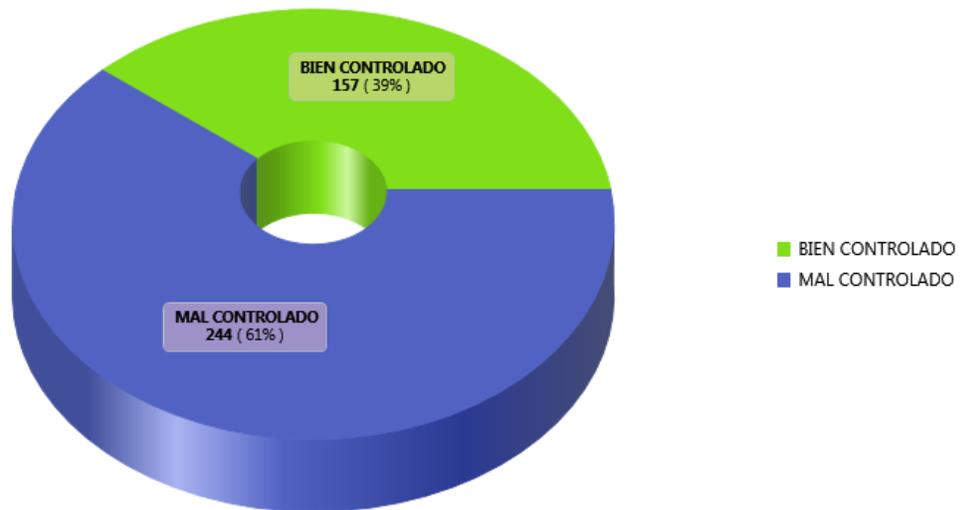


Figura 2. Porcentaje de pacientes que se encuentran bien y mal controlados de los encuestados en la U.M.F. 27 IMSS, (Fuente: hoja de trabajo)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. OVIEDO, A. D. (2014). DIABETES MELLITUS: UN ESTUDIO SOBRE EL NIVEL DE ADAPTACIÓN FISIOLÓGICA Y DE AUTOCONCEPTO EN PACIENTES QUE PARTICIPAN EN UN GRUPO DE APOYO. *REVISTA IBEROAMERICANA DE PRODUCCIÓN ACADÉMICA Y GESTIÓN EDUCATIVA*.
2. CORRALES, E. M. (2014). ESTADO ACTUAL DE LA DIABETES MELLITUS EN EL MUNDO. *ACTA MÉDICA COSTARRICENSE ISSN 0001-6012*, 56(2).
3. HERNÁNDEZ-ÁVILA, M., GUTIÉRREZ, J. P., & REYNOSO-NOVERÓN, N. (2013). DIABETES MELLITUS IN MÉXICO: STATUS OF THE EPIDEMIC. *SALUD PÚBLICA DE MÉXICO*, 55, S129-S136
4. CADENA, D. M. G., ATILANO, B. F., & HOYOS, G. P. A. (2016). VIVIENDO CON DIABETES: UNA AGRIDULCE EXPERIENCIA. *REVISTA CONAMED*, 21(3SUP).
5. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES: IMSS-718-14.
6. MUNDIAL, D. (2014). DA DIABETES.
7. OP. CIT... CORRALES, E. M. (2014).
8. OP. CIT... HERNÁNDEZ-ÁVILA. (2013).
9. OP. CIT... GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA. IMSS-718-14
10. CHACÍN, V., CHÁVEZ, C., CHACÍN, V., CHÁVEZ, M., NAVA, Y., & CLAVERO, J. (2016). CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL AMBULATORIO URBANO TIPO II SALUD MARACAIBO, MUNICIPIO MARACAIBO. *REDIELUZ*, 5(1Y2).
11. DEL CARPIO, R. O. D., & STEWART, S. H. (2016). ASOCIACIÓN ENTRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y EL CONTROL GLUCÉMICO EN

UNA POBLACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE UN CENTRO URBANO/ASSOCIATION BETWEEN SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH AND GLYCEMIC CONTROL IN AN INNER CITY PRIMARY CARE POPULATION. *MEDICINA SOCIAL*, 10(3), 99-104.

12. GONZÁLEZ, N. G., GARCÍA, A. M. T., & GONZÁLEZ, L. E. B. (2016). SALUD MENTAL Y EMOCIONES EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS. UN ACERCAMIENTO A LA DIABETES MELLITUS TIPO 2.
13. URZÚA, A., CHIRINO, A., & VALLADARES, G. (2011). AUTOREPORTE DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN DIABETES MELLITUS TIPO 2. *REVISTA MÉDICA DE CHILE*, 139(3), 313-320.
14. SALINAS RODRÍGUEZ, J. L., ESPINOSA SIERRA, V., & GONZÁLEZ DÍAZ, H. (2014). CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DE UNA ESCALA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE DIABETES MELLITUS II E HIPERTENSIÓN EN UNA MUESTRA DE PACIENTES. *REVISTA ELECTRÓNICA DE PSICOLOGÍA IZTACALA*, 17(3).
15. MARTÍNEZ CASTILLO, ANTONIO. (2012). AUTOPERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ACUDEN A CONSULTA DE ENFERMERÍA. *ENFERMERÍA GLOBAL*, 11(27), 45-53. [HTTPS://DX.DOI.ORG/10.4321/S1695-61412012000300003](https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000300003)
16. CAMPOS ARANA, J. B., CENTENO, K. Y., CHAVARRÍA, B., & ODALNUBIA, A. (2016). *AUTOESTIMA Y AUTO CONCEPTO DE PACIENTES ADULTOS QUE PADECEN DIABETES MELLITUS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL ESCUELA LA ASUNCIÓN. JUIGALPA CHONTALES. SEPTIEMBRE 2015–JUNIO DE 2016* (DOCTORAL DISSERTATION, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA).
17. CHAFLA ROMERO, L. P. (2016). *DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES DIABÉTICOS, ROSITA, TEJAR Y LA PAZ. RIOBAMBA, ENERO-JUNIO 2016* (BACHELOR'S THESIS, ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO).
18. GARCÍA-REZA, C., ALVIRDE-VARA, R., LANDEROS-LÓPEZ, M., SOLANO-SOLANO, G., & ELIZABETH MEDINA-CASTRO, M. (2014). RESISTANCE TO

- DISEASE: THE STORY OF A BODY DAMAGED BY DIABETES. *AQUICHÁN*, 14(4), 485-495
19. PORTILLA GARCÍA, L. A. (2011). CALIDAD DE VIDA Y AUTOCONCEPTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS CON Y SIN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.
20. KOKOSZKA, A. (2017). TREATMENT ADHERENCE IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS CORRELATES WITH DIFFERENT COPING STYLES, LOW PERCEPTION OF SELF-INFLUENCE ON DISEASE, AND DEPRESSIVE SYMPTOMS. *PATIENT PREFERENCE AND ADHERENCE*, 11, 587–595. [HTTP://DOI.ORG/10.2147/PPA.S124605](http://doi.org/10.2147/PPA.S124605)
21. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-015-SSA2-2010, PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS.
22. PORTILLA GARCÍA, L. A. (2011).
23. CARLOS ALFONSO ALVAREZ OBREGÓN.(2012) AUTO-PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y SU RELACIÓN CON EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD.“PACIENTES ATENDIDOS AMBULATORIAMENTE EN EL “INSTITUTO DE LA DIABETES Y PIE DIABÉTICO”, EN EL MES DE NOVIEMBRE DE 2012”
24. OP. CIT... CADENA, D. M. G (2016).
25. OP. CIT... SALINAS RODRÍGUEZ, J. L (2014).
26. NICOLUCCI, A., KOVACS BURNS, K., HOLT, R. I. G., COMASCHI, M., HERMANN, N., ISHII, H., ... & TARKUN, I. (2013). DIABETES ATTITUDES, WISHES AND NEEDS SECOND STUDY (DAWN2™): CROSS-NATIONAL BENCHMARKING OF DIABETES-RELATED PSYCHOSOCIAL OUTCOMES FOR PEOPLE WITH DIABETES. *DIABETIC MEDICINE*, 30(7), 767-777.
27. HERRERA, L. A. M., & CORONA, B. E. F. (2017). ESTRATEGIA EDUCATIVA Y CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. *JÓVENES EN LA CIENCIA*, 2(1), 1520-1526.
28. OP. CIT... CAMPOS ARANA, J. B. (2016).
29. WEINMAN, J., PETRIE, K. J., MOSS-MORRIS, R., & HORNE, R. (1996). THE ILLNESS PERCEPTION QUESTIONNAIRE: A NEW METHOD FOR ASSESSING

- THE COGNITIVE REPRESENTATION OF ILLNESS. *PSYCHOLOGY AND HEALTH*, 11(3), 431-445
30. BROADBENT, E., WILKES, C., KOSCHWANEZ, H., WEINMAN, J., NORTON, S., & PETRIE, K. J. (2015). A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS OF THE BRIEF ILLNESS PERCEPTION QUESTIONNAIRE. *PSYCHOLOGY & HEALTH*, 30(11), 1361-1385.
31. FERRANTE, D., LINETZKY, B., KONFINO, J., KING, A., VIRGOLINI, M., & LASPIUR, S. (2011). ENCUESTA NACIONAL DE FACTORES DE RIESGO 2009: EVOLUCIÓN DE LA EPIDEMIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ARGENTINA. ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL. *REV ARGENT SALUD PÚBLICA*, 2(6), 34-41.
32. FELTRI, A., VENTURA, C., GALLUCCI, E., QUIROGA, J. M., ALLEVATO, J., BAVIO, E., ... & OLAVEGOGASCOECHEA, P. A. (2015). PERCEPCIÓN DE ENFERMEDAD EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 E HIPERTENSIÓN ARTERIAL. ESTUDIO PILOTO. *REV FED ARG CARDIOL*, 44(3), 164-169.
33. SCHMITT, A., GAHR, A., HERMANN, N., KULZER, B., HUBER, J., & HAAK, T. (2013). THE DIABETES SELF-MANAGEMENT QUESTIONNAIRE (DSMQ): DEVELOPMENT AND EVALUATION OF AN INSTRUMENT TO ASSESS DIABETES SELF-CARE ACTIVITIES ASSOCIATED WITH GLYCAEMIC CONTROL. *HEALTH AND QUALITY OF LIFE OUTCOMES*, 11(1), 138.
34. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. (2017). STANDARDS OF MEDICAL CARE IN DIABETES.
35. DE SALUD, L. G., & UNICO, C. (2013). LEY GENERAL DE SALUD. MÉXICO: EDITORIAL ISEF.
36. CASAS, M. J. M., ZAVALA, J. H. R., ROMERO, A. D., FRANCO, A. I. M., GONZÁLEZ, A. A. M., VARELA, T. V., ... & NÚÑEZ, A. G. J. (2016). PERCEPCIÓN DE LA UTILIDAD DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ELECTRÓNICO EN UN INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. *REVISTA CONAMED*, 21(4).

ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Forma.to de recolección de la información.

Datos. Sociodemográficos:

Nombre: _____

Edad.: _____ Género: (Marca con una x): Masculino (m) Femenino (f)

No. ..De afiliación: _____ Turno: _____

Escolaridad: _____ Estado civil: _____

Ocu.pación: _____ HBA1C _____

| | | SI | NO |
|----|---|----|----|
| 1 | ¿Tiene diabetes sólo cuando la glucosa está elevada? | | |
| 2 | ¿Tiene controlada la diabetes? | | |
| 3 | ¿Siempre va a tener diabetes? | | |
| 4 | ¿Los síntomas de la diabetes son mínimos? | | |
| 5 | ¿La diabetes interfiere significativamente con su vida social? | | |
| 6 | ¿El doctor le va a curar la diabetes? | | |
| 7 | ¿La glucosa es alta solamente cuando es >200 mg / dl? | | |
| 8 | ¿La glucosa es baja solamente cuando <110 mg / dl? | | |
| 9 | ¿Es importante tomar la medicación cuando la glucosa es normal? | | |
| 10 | ¿Ha oído hablar de la prueba HbA1c (hemoglobina glicosilada)? | | |
| 11 | ¿Le preocupan los efectos secundarios de los medicamentos para la diabetes? | | |
| 12 | ¿Le parece que los medicamentos para la diabetes son difíciles de tomar? | | |



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: | AUTOPERCEPCIÓN DEL PACIENTE QUE VIVE CON DIABETES EN RELACIÓN A SU CONTROL GLUCÉMICO EN LA UMF # 27 GUADALUPE, N.L. |
| Patrocinador externo (si aplica): | NO APLICA |
| Lugar y fecha: | Instituto Mexicano Del Seguro Social, Unidad De Medicina Familiar No 27, Guadalupe, Nuevo León Junio 2017 |
| Número de registro: | |
| Justificación y objetivo del estudio: | Conocer la autopercepción del paciente que vive con diabetes en la Unidad de Medicina Familiar no. 27 del IMSS con respecto a su control glucémico, nos dará la pauta para poder crear actividades preventivas, enfocadas a lograr un buen control glucémico, con el que el paciente tendrá mejor calidad de vida y se disminuirán las complicaciones naturales de la enfermedad que representan altos costos para la institución. |
| Procedimientos: | Se aplicará una encuesta para obtener los datos sociodemográficos, evaluar la percepción de la enfermedad, el conocimiento y creencias del tratamiento de la diabetes. |
| Posibles riesgos y molestias: | Mínimos. |
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: | Generar información de la relación que existe entre el control glucémico real y el control glucémico percibido por el paciente que vive con Diabetes para poder abordar al paciente de manera integral. |
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: | Los resultados obtenidos en las pruebas estadísticas serán analizados para generar medidas necesarias para que el paciente diabético conozca más de su enfermedad para incrementar el autocuidado y mayor apego a tratamiento establecido por su médico familiar. se darán a conocer los resultados de esta investigación en sesiones académicas y se publicará en caso de ser solicitado. |
| Participación o retiro: | La participación se llevará a cabo de manera voluntaria, de igual manera se podrá retirar del estudio en el momento en que el participante así lo decida sin temor a represalias. |
| Privacidad y confidencialidad: | Los datos personales que se recaban en el estudio son confidenciales y sólo se publicarán con fines estadísticos respaldados por los principios éticos en la declaración de Helsinki. |
| Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): | No aplica |
| Beneficios al término del estudio: | Conocer más al paciente que vive con Diabetes para lograr un mejor control glucémico. |
| En caso de colección de material biológico (si aplica) | |
| <input type="checkbox"/> | No autorizo que se tome la muestra. |
| <input type="checkbox"/> | Si autorizo que se me tome la muestra solo para este estudio. |
| <input type="checkbox"/> | Si autorizo que se me tome la muestra para este estudio y estudios futuros. |
| En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: | |
| Investigador Responsable: | DRA. LILLIAN PEREZ GUTIERREZ (Matrícula 99208504 Teléfono 8114827931) |
| Colaboradores: | DRA. PATRICIA ELIZABETH MOTA MORENO (Matrícula 99203144 Teléfono 83371230) |

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

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

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