



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL,
DELEGACIÓN CHIAPAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11
TAPACHULA, CHIAPAS.**



TITULO:

**“GRADO DE CONOCIMIENTO DEL AUTOCUIDADO Y ESTILO DE VIDA DEL
PACIENTE DIABÉTICO EN EL PROGRAMA DIABETIMSS.”**

**TESIS PRESENTADA PARA OBTENER TITULO DE:
MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:

JOSÉ ALBERTO CORRALES SÁNCHEZ

Febrero 2020



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL,
DELEGACIÓN CHIAPAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11
TAPACHULA, CHIAPAS.**



TITULO:

**“GRADO DE CONOCIMIENTO DEL AUTOCUIDADO Y ESTILO DE VIDA DEL
PACIENTE DIABÉTICO EN EL PROGRAMA DIABETIMSS.”**

**TESIS PRESENTADA PARA OBTENER
EL TITULO DE ESPECIALIDAD EN:**

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JOSÉ ALBERTO CORRALES SÁNCHEZ

**ASESOR DE CONTENIDO Y METODOLÓGICO:
DR. EDGAR CARRERA CAMACHO.**



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL,
DELEGACIÓN CHIAPAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11
TAPACHULA, CHIAPAS.**



TITULO:

**“GRADO DE CONOCIMIENTO DEL AUTOCUIDADO Y ESTILO DE VIDA DEL
PACIENTE DIABÉTICO EN EL PROGRAMA DIABETIMSS.”**

AUTORIZACIONES:

DR. LUIS ANTONIO VALLES FLORES.

COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL.

DR. HÉCTOR ARMANDO RINCÓN LEÓN.

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.

DRA. ROSA DEL CARMEN GALLEGOS SANDOVAL.

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE

HGZ 1.

DR. PEDRO SÁNCHEZ AYALA.

**COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE
UMF 11.**

DRA. ADRIANA PALACIOS STÉMPREISS.

PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR DE UMF 11.

FEBRERO 2020.

COORDINACIÓN
DELEGACIONAL DE
INVESTIGACIÓN
EN SALUD
CHIAPAS



COORDINACIÓN CLÍNICA
DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD
HGZ C/MF 1



COORDINACIÓN E INVESTIGACIÓN
UNIDAD DE AFILIACIÓN
MÉDICA UMF 11
TAPACHULA CHIAPAS

AGRADECIMIENTOS.

A Dios, a mi esposa Gorety Rafaela, a mis hijos José Enrique y Mia Isabella por su amor incondicional, a mi madre Guadalupe, a la madre de mi esposa María de Lourdes por todo el apoyo y amor de ambas y a mis hermanos Nora y Enrique que siempre han estado ahí para brindarme su cariño y apoyo incondicional.

A mi asesor el Dr. Edgar Carrera Camacho por el apoyo brindado para la elaboración de esta tesis.

A mis compañeros de la residencia Carlos, Fabiola, Eleane, Vilmar, Reynel, Karla y Luis, por todo el apoyo moral e incondicional.

Y a todos aquellos que de manera directa o indirecta contribuyeron a mi formación como Médico Familiar.

ÍNDICE

I. RESUMEN:	6
II. MARCO TEÓRICO:	8
III. JUSTIFICACIÓN:	15
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	17
V. OBJETIVO GENERAL:	18
VI. HIPÓTESIS.	19
VII. MATERIAL Y MÉTODOS	20
VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS	27
IX. RECURSOS	28
X. RESULTADOS.	29
XI. DISCUSIÓN.	37
XII. CONCLUSIONES:	39
XIII. RECOMENDACIONES:	40
XIV. BIBLIOGRAFÍA.	41
XV. ANEXOS.	44

I. RESUMEN:

Grado de conocimiento del autocuidado y estilo de vida del paciente diabético en el programa diabetIMSS.

Marco teórico: La Diabetes Mellitus es una enfermedad importante de salud pública, siendo la primera causa de muerte en México, sus complicaciones se sitúan entre las cinco causas de hospitalización de mayor mortalidad y costo. El programa diabetIMSS otorga atención integral a los pacientes diabéticos, haciendo énfasis en la educación, para lograr cambios efectivos en el estilo de vida, disminuyendo la probabilidad de complicaciones a través del paso del tiempo.

Objetivo: Determinar el grado de conocimientos en el autocuidado y el cambio de estilo de vida en los pacientes diabéticos que pertenecen al programa diabetIMSS en la Unidad de Medicina Familiar Número 11.

Material y métodos: Se realiza un estudio transversal descriptivo, en todos los pacientes que pertenecen al programa diabetIMSS de la Unidad de Medicina Familiar número 11, en el periodo asignado de enero - diciembre 2018. Se efectuara mediante la aplicación de dos instrumentos para evaluar el grado de conocimientos del autocuidado y el grado de estilo de vida.

Resultados: En la investigación se incluyeron 449 pacientes, pertenecientes al programa diabetIMSS. De acuerdo a la distribución por sexo 312 pacientes correspondieron al sexo mujer (71.88%) y 122 al hombre (28.11%). En cuanto a grupo de edad se reportó un promedio de 60 años, cuyo rango de edad se presentó con una mínima de 20 años y una máxima de 96 años, con una desviación estándar de ± 11.36 . En cuanto al número de sesiones se reportó, se encontraban en la primera sesión fueron 13.59%, en la segunda sesión 8.06%, en la tercera sesión 5.99%, en la cuarta sesión 8.98%, en la quinta sesión 5.29% en la sexta sesión 10.13%, en la séptima sesión 2.99%, en la octava sesión 1.61%, en la novena sesión 7.60%, en la décima sesión 15.66%, en la onceava sesión 2.30%, en la doceava sesión 17.74%. En cuanto

al grado de conocimientos, se encontró que de las 434 personas entrevistadas, 74.43% reportaron nivel satisfactorio en el grado de conocimientos en el autocuidado, 25.57% personas resultan con un nivel no satisfactorio en el grado de conocimientos en el autocuidado. En cuanto a estilo de vida, se encontró que el 33.17% resultaron con un estilo de vida favorable, 54.83% resultaron con un estilo de vida poco favorable, y 11.98% resultaron con un estilo de vida desfavorable.

Conclusiones: Este estudio refleja que son más mujeres que hombres quienes se encuentran en el programa de diabetIMSS, con un promedio de edad de población de 60 años, se encontró que el mayor porcentaje de la población se encontraba en la doceava sesión de diabetIMSS, el grado de conocimientos obtenidos como satisfactorios presenta un porcentaje significativo, mientras que en cuanto al estilo de vida el mayor porcentaje se encuentra en un estilo de vida poco favorable, además que entre más edad tenga mayor conocimiento del estilo de vida, y entre menos edad mayor son los conocimientos sobre el autocuidado, al sexo es mayor el porcentaje de mujeres con estilo de vida favorable además del conocimiento en el autocuidado. No se encontró relación sobre el número de sesiones con aumento en los conocimientos o en el estilo de vida. Podemos inferir que el programa educativo y la participación del paciente diabético ofrecen beneficios, influyen otros factores muy arraigados en la sociedad como es la cultura, y el empleo de usos y costumbres de cada región.

Palabras clave: diabetIMSS, Eficacia, Grado de conocimientos en autocuidado, grado de estilo de vida.

II. MARCO TEÓRICO:

El término diabetes mellitus (DM) se define como un desorden del metabolismo de diversas causas, caracterizado por un aumento de la glucemia sérica de forma crónica con conflictos en el metabolismo de las grasas, proteínas y carbohidratos, y este es el resultado de la falla en la secreción y/o en la acción de la insulina.¹ El sistema nacional de salud enfrenta problemas similares a los que afrontan los países avanzados, como las enfermedades crónico degenerativas, de las cuales la DM es uno de los principales implicados, el cual afecta a la población mexicana y genera un costo económico alto, afecta por igual a todas las personas independientemente de su estrato social. En nuestro país la población más afectada es aquella de bajos recursos, en donde el estilo de vida determina la forma de alimentarse, de actividad física y los aspectos emocionales.^{2,3}

De acuerdo con la OMS a nivel global existen 422 millones de personas con diabetes² cifra que según se duplicaran en un lapso aproximado de 10 años.³ Para América Latina, se estima que en el mismo tiempo estimado el número aumentará a 33 millones. En el caso de México, el número de afectados en 10 años aumentarán a 11.9 millones⁴. El costo público directo de cuatro Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) vinculadas con la obesidad relacionada con DM se estimó en 42 mil MDP para el 2008 y ascenderá a más de 78 mil MDP en 2017.⁵

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en el año 2012 reportó una prevalencia de DM de 9.2% en personas mayores de 20 años; las enfermedades clasificadas en el grupo de crónico degenerativas, concentran el 11.2% de las causas de consulta, la prevalencia nacional de obesidad abdominal fue de 79.3% (Hombres 64.5%/Mujeres 82.8%) siendo el sexo femenino el más afectado. Tanto en hombres como en mujeres la prevalencia de DM aumenta con la edad, después de los 50 años este aumento es mayor.⁷

En México el primer lugar de defunciones es la diabetes mellitus y su tendencia va en aumento, se estima que la tasa de mortalidad crece 3% cada año.⁷

En el IMSS, la diabetes mellitus es la primera causa de defunciones desde el año 2000. En el 2011, se reportaron aproximadamente 21 000 defunciones que corresponden a 18-20 % del total.⁸

Se estima que de cada 10 personas diabéticas, 7 a 8 mueren por problema macrovascular.⁹ Se estima que el gasto diario de los pacientes con diabetes que reciben atención en el IMSS es de 54 939 068 pesos, los cuales se distribuyen de la siguiente manera: 42 978 390 pesos (78.2 %) para la atención ambulatoria; 8 334 427 pesos (15.2 %) para la atención hospitalaria; 1 476 843 pesos (2.7 %) a las sesiones de hemodiálisis ambulatoria; 1 421 454 pesos (2.6 %) a las sesiones de diálisis peritoneal; y 727 954 pesos (1.3 %) a las sesiones de rehabilitación de pacientes amputados.¹⁰

Existe un conjunto de alteraciones físicas, metabólicas y genéticas, que determinan un mayor riesgo para el desarrollo de DM, entre ellas: sedentarismo, sobrepeso, obesidad, resistencia a la insulina, defectos en el cromosoma 20 y 7, que presentan una alta frecuencia de asociación en pacientes, constituyendo una agrupación sindrómica.¹¹

De acuerdo con la GPC Prediabetes y diabetes mellitus, para el diagnóstico de la DM se puede utilizar cualquiera de los siguientes criterios ¹²:

1. Síntomas de la diabetes, poliuria, polidipsia y pérdida de peso, que presenten más de una cifra de glucosa casualmente medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dl. A cualquier hora del día sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida.
2. Glucosa sérica en ayunas que sea igual o mayor a 126 mg/dl. Con un período sin ingesta calórica de por lo menos ocho horas.
3. Glucosa sérica que sea igual o mayor a 200 mg/dl, dos horas después de una carga de glucosa durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa.
4. Hemoglobina glucosilada (HbA1c) mayor o igual a 6.5%.
5. Prediabetes: Concentraciones séricas de glucosa entre 100 a 125 mg/dl, HbA1c entre 5.7 y 6.4% ó niveles séricos de glucosa entre 140 a 199 mg/dl 2 hrs después de una ingesta de 75 g de glucosa (PTOG).

Debido a la trascendencia y el impacto de esta enfermedad crónica, la Dirección de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) puso en marcha el programa diabetIMSS, un programa de atención al paciente diabético tipo 2 de 16 años y más, con el objetivo de alcanzar las metas de control metabólico, identificar en forma temprana complicaciones y otorgar un manejo oportuno, en el que participan activamente el paciente y su familia.

Este programa se lleva a cabo mediante la participación multidisciplinaria, mensuales, durante 12 meses en las que intervienen servicios de atención como: consulta externa de medicina familiar, trabajo social, enfermería, nutrición, oftalmología, estomatología y psicología; fueron excluidos pacientes con: complicaciones microvasculares y macrovasculares, además de daño cognitivo, de acuerdo al objetivo del programa.¹³

La comunidad científica explica que se puede prevenir la diabetes con medidas de “cambio de estilo de vida” o con fármacos.¹⁴ El cambio en el estilo de vida es doblemente más eficaz que los fármacos (58%); además, los cambios del estilo de vida deberán incluir educación en nutrición además de la práctica de ejercicio, que si suelen mantenerse a largo plazo y a pesar de tener apego parcial se observan cambios favorables.¹⁵

Por otra parte, el tratamiento con medicamentos solo permanece el control de la enfermedad mientras se consume el fármaco y en promedio es menos eficaz (30%),¹⁶⁻¹⁸ por lo que se recomienda que las personas que presentan riesgo de diabetes aumenten su actividad física y modifiquen sus hábitos en nutrición.¹⁹

Estos cambios en el estilo de vida también se aplican en aquellas personas que ya están diagnosticados con DM, pero pueden ser diferentes de acuerdo con la edad de la persona diagnosticada, ya que tiene mayor impacto en personas en las que las edades oscilan entre los 25 y 54 años²⁰ y la evidencia señala que quienes tienen más riesgo deberán someterse a un programa más riguroso²¹.

Con el programa diabetIMSS se otorga atención médica según las necesidades y los valores de los pacientes, se concentra en la colaboración en equipo y se capacita al personal operativo para la toma de decisiones coordinadas entre cada uno de los integrantes, incluyendo al paciente. De esta manera se realizan actividades sincrónicas para los pacientes, como la consulta con el médico familiar y las sesiones en grupo que se otorgan por el equipo multidisciplinario de salud (enfermera, nutricionista, estomatólogo, trabajador social y psicólogos, en donde se tiene disponible a este personal).

Los objetivos de este programa son: obtener metas de control metabólico, identificar o retrasar en la aparición de complicaciones, mayor sobrevida, mejor nivel de salud, mayor satisfacción de los pacientes y el uso más eficiente de los recursos.

Con las intervenciones se aseguran acciones y actividades para influir y asegurar en el paciente el cambio del estilo de vida por medio de una estrategia de nutrición y ejercicio, conocimiento en el autocuidado y auto monitoreo, colaboración y educación en el apoyo emocional y de modificación de la conducta. Asimismo, se busca la correlación entre los pacientes con el objetivo de que tengan una perspectiva y conocimiento de experiencias exitosas para el control de su enfermedad²¹.

El objetivo es llevar al paciente a las metas de control, las cuales son las metas establecidas que ayudan a establecer el riesgo para presentar complicaciones crónicas como la glucosa sérica, la hemoglobina glucosilada, colesterol, triglicéridos, la cifra de tensión arterial y las medidas antropométricas que se relacionan con la obesidad. Este control metabólico elimina los síntomas, suprime las complicaciones agudas y disminuye la presentación y progresión de las complicaciones crónicas microvasculares.

Los parámetros de control son: Glucosa en ayuno <110mg/dl, Glucosa postprandial (2hrs) <140 mg/dl, Colesterol No HDL <130 mg/dl, Colesterol LDL <100 mg/dl, Colesterol HDL Hombres >40 mg/dl, Mujeres >50 mg/dl, Triglicéridos<150 mg/dl, Hemoglobina glucosilada (HbA1c) <6.5%, Tensión Arterial Sistólica<130 mmHg y Diastólica<80 mmHg y por último el índice de masa corporal (IMC) <25.¹³

De la misma manera se realiza un seguimiento oportuno de cada paciente para prevenir de manera temprana las principales complicaciones.

En este sentido se busca tener una participación oportuna que se traduzca, en el tiempo del tratamiento, en disminuir los efectos de esta enfermedad, tanto para la calidad y esperanza de vida del paciente como para el IMSS.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Unidad de Medicina Familiar Número 11, actualmente en este año en curso, junio 2017, se cuenta con una población total de 10,338 derechohabientes que cursan con diagnóstico de diabetes mellitus ²², actualmente de la población total de diabéticos en la UMF 11, 435 de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus se encuentran en el programa de diabetIMSS²³.

El programa de diabetIMSS, en la Unidad de Medicina Familiar Número 11, se basa en el programa institucional de atención al paciente diabético, cuenta con un equipo multidisciplinario, que consta de trabajadora social, enfermera, médico familiar, estomatólogo, nutricionista, los cuales impartirán según su función 12 módulos, con una periodicidad mensual por cada módulo en grupos educativos, los temas son los siguientes²⁴:

- ¿Qué sabes de la diabetes?
- Rompe con los mitos acerca de la diabetes.
- Auto-monitoreo.
- Hipoglucemia – hiperglucemia.
- El plato del bien comer y recomendaciones cualitativas.
- Conteo de carbohidratos, grasas y lectura de etiquetas.
- Técnica de modificación de conducta: aprende a solucionar tus problemas.
- Técnica de modificación de conducta: prevención exitosa de recaídas.
- Actividad física y diabetes.
- Cuida tus pies, cuida tus dientes, las vacunas y tu salud.
- Tu familia y tu diabetes.
- La sexualidad y diabetes²⁴.

La consulta de pacientes en el departamento de diabetIMSS se presenta de manera activa, la dirección, evaluación y tratamiento del paciente es responsabilidad directa del médico familiar del departamento, mientras que enfermería se encarga de las actividades educativas y además de ser la promotora de salud al detectar y realizar acciones en efecto positivo de la salud del paciente.

La decisión de enviar a otro departamento de atención, depende de las necesidades detectadas en la persona, a quien se le notifica que debe acudir a todos los servicios que integran el programa durante su tiempo de estancia. La realidad muestra que el paciente tiene su propio comportamiento y no siempre acude a las citas establecidas²⁵.

Los criterios de inclusión para entrar al programa diabetIMSS que son:

- Manifestar interés en el programa
- No tener limitaciones físicas para realizar actividad física.
- Saber leer y escribir
- No tener deterioro cognitivo
- No padecer psicosis ni farmacodependencia
- No tener complicaciones crónicas ni otra comorbilidad que requiera envío a 2º nivel de atención
- Otorgar y firmar consentimiento informado

La educación en diabetes es, en la actualidad, una prioridad en el mundo que cubre con más o menos éxito a todos los países. La educación es primordial para los diabéticos y constituye un derecho recogido en la Declaración de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (Declaración de Helsinki. Boletín de la Asociación Médica Mundial; 2000)²⁶.

La educación es una de las actividades más complejas del ser humano; es por ello que se sigue investigando la operatividad de distintos modelos dentro de los paradigmas importantes del momento, usando múltiples recursos didácticos que produzcan aprendizaje²⁶.

Cabe mencionar que el principal propósito de la educación en diabetes mellitus, es mejorar el nivel de conocimientos sobre la enfermedad, y que a partir de ello, se consiga que dichos conocimientos sean puestos en práctica y logren el efecto deseado ²⁶. Una vez que se recae en el nivel de conocimientos, lo siguiente es llevar al paciente a una mejoría en los estilos de vida saludables, en la calidad de vida, principalmente en los parámetros que deben interesar a estos pacientes, como los hábitos de nutrición, de actividad física, de consumo de tabaco y alcohol y de manejo de emociones ²⁶.

En la comparación de la atención grupal utilizando programas multidisciplinarios para el tratamiento de la diabetes mellitus a través de incorporar principios de autocuidado de la enfermedad versus la atención individual, han mostrado que en los adultos con diabetes mellitus hay mejoría significativa en el control metabólico, mejoría en la calidad de vida de los pacientes y de las prácticas de cuidado preventivo, como la medición de la glucosa y el cuidado de los pies ²⁷.

Los pacientes que son atendidos en forma grupal consiguieron obtener valores menores de glucosa y disminución de 10% de su peso. Además, se presentaron resultados en mayor cantidad de glucosa plasmática normal (≤ 130 mg/dL)²⁷.

III. JUSTIFICACIÓN:

Para el Instituto Mexicano del Seguro Social la diabetes constituye un reto ya que es la primera causa de muerte en México, además que la tasa de mortalidad crece 3% por año, sus complicaciones ocupan los cinco motivos de hospitalización de mayor mortalidad y costo, es primera causa de pensión por invalidez; se estima que la diabetes mellitus y sus complicaciones consumen entre 4.7 y 6.5% del presupuesto para la atención de la salud en el IMSS representando, una de las primeras causas de atención y de costos para todos los niveles de en el área de la salud.

Por lo anterior el Instituto Mexicano de Seguro Social puso en marcha el programa diabetIMSS, el cual representa una forma de organización y vinculación entre los pacientes y el equipo de salud con la finalidad de mejorar la prevención y atención integral de la diabetes, realizando una intervención multidisciplinaria.

En México existen diversos estudios sobre el programa diabetIMSS los cuales evalúan en un plazo de 12 meses el grado de control metabólico de los pacientes; sin embargo en el estado de Chiapas no existen reportes que evalúen el grado de conocimientos adquiridos en el autocuidado además de los cambios al estilo de vida del paciente diabético desde su implementación hasta la fecha actual.

Dado que el estudio de la eficacia de dicho programa es fundamental para la planificación sanitaria, así como para la evaluación del costo-beneficio y la oportunidad a tratamiento y prevención de complicaciones; con la presente investigación se pretende evaluar la eficacia del programa diabetIMSS, en el grado de conocimientos adquiridos por el paciente diabético en el autocuidado y en los cambios al estilo de vida, en la Unidad de Medicina Familiar no. 11, según los conocimientos y habilidades adquiridas durante las 12 sesiones, que dura el programa para la capacitación y manejo de los pacientes diabéticos.

Se propondrá establecer un plan que contenga estrategias que generen un mayor impacto del programa diabetIMSS, en los pacientes adscritos al programa, con propuestas que ayuden a generar mejor control en los pacientes del programa diabetIMSS reflejado en el control óptimo de la diabetes mellitus, con la finalidad de reducir las complicaciones a corto mediano y largo plazo.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La prevalencia de la diabetes mellitus está aumentando rápidamente, en México de 1998 al 2012 ha incrementado un 4.7%, en el 2012 se reportaron 418,797 pacientes diagnosticadas con diabetes, el 59% de los casos se presenta en el sexo femenino. Esta enfermedad constituye la segunda causa de muerte en México, con una tasa de mortalidad de 75 defunciones por cada 100 mil habitantes.

Esta enfermedad origina complicaciones micro y macrovasculares, incrementando el riesgo de enfermedades cardiovasculares, condicionando una mala calidad de vida, muerte prematura y reducción de la esperanza de vida al nacer; panorama que pone en evidencia el impacto económico que origina la diabetes en los sistemas de salud.

A partir del año 2010 se implementó a nivel nacional el programa diabetIMSS, en el cual se proporciona atención integral a los pacientes diabéticos, haciendo hincapié en la educación, para obtener cambios efectivos en el estilo de vida.

No hay estudios nacionales ni estatales que evalúen la eficacia del programa diabetIMSS, en el grado de conocimientos que adquiere el paciente diabético y los cambios en el estilo de vida, posteriores a las 12 sesiones del programa lo que nos plantea la siguiente pregunta de investigación:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el grado de conocimiento del autocuidado y estilo de vida del paciente diabético en el programa diabetIMSS?

V. OBJETIVO GENERAL:

- Determinar el grado de conocimientos en el autocuidado y en el cambio de estilo de vida en los pacientes diabéticos que pertenecen al programa de diabetIMSS en la Unidad de Medicina Familiar Número 11.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los conocimientos adquiridos sobre el autocuidado del paciente diabético y el grado de estilo de vida en el programa diabetIMSS.
- Identificar que grupo de edad es el que más adquirió conocimientos sobre el autocuidado y cambios en el estilo de vida.
- Identificar que género adquirió mayor conocimiento sobre el autocuidado y cambio en su estilo de vida.

VI. HIPÓTESIS.

Alternativa:

El programa de diabetIMSS en la Unidad Médica Familiar número 11, genera conocimientos al paciente diabético sobre su autocuidado, además de generar un cambio al estilo de vida del paciente diabético.

Hipótesis nula:

Acudir al programa diabetIMSS en la Unidad Médica Familiar número 11, no genera ningún cambio en el conocimiento del paciente diabético sobre su autocuidado, además de no generar un cambio al estilo de vida del paciente diabético.

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DE ESTUDIO

Descriptivo.

TIPO DE ESTUDIO

Transversal.

UNIVERSO

Todos los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus que acuden a control en la UMF No. 11.

TAMAÑO DE MUESTRA

Todos los pacientes que pertenecen al programa diabetIMSS.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes con diabetes mellitus que cumplen los criterios de inclusión y acuden al programa diabetIMSS, en la UMF No. 11.

LUGAR DE ESTUDIO.

Unidad de Medicina Familiar No. 11. Tapachula Chiapas.

PERIODO DE ESTUDIO:

ENERO 2018 - DICIEMBRE 2018

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

- Ambos sexos.
- Diagnóstico de Diabetes.
- Pacientes que cumplan los criterios de inclusión al programa diabetIMSS.
- Pacientes que se encuentren inscritos en el programa diabetIMSS, sin importar el número de sesiones que lleven el momento de realizar el estudio.
- Pacientes que autoricen y firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión.

- Pacientes que no autoricen y no firmen consentimiento informado.
- Pacientes que no terminen los cuestionarios.
- Diagnóstico de Diabetes Gestacional.
- Diagnóstico de complicaciones crónicas de la diabetes mellitus.

Criterios de eliminación.

- Pacientes que no acepten participar en la investigación.

Variables de observación:

Variable dependiente:

Eficacia del programa diabetIMSS.

Conocimiento de autocuidado

Estilo de vida.

Variables independientes:

Edad, género, tiempo de evolución de la enfermedad, número de sesiones en el programa,

Operacionalización de las variables:

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES
Eficacia del programa diabetIMSS	Cualitativa	Eficacia es la capacidad de alcanzar el efecto que se espera o se desea posterior a la realización de una acción. El programa diabetIMSS otorga atención integral a los pacientes diabéticos, a través del equipo de salud, con especial énfasis en el proceso educativo, para lograr cambios en el estilo de vida. Los objetivos de este programa son: alcanzar metas de control metabólico, identificar o retrasar en la aparición de complicaciones, mayor sobrevivencia, mejor nivel de salud, mayor satisfacción de los pacientes y el uso más eficiente de los recursos.	Evaluación del efecto del programa implementado en la UMF No. 11 posterior a la conclusión de la actividad educativa.	Nominal Dicotómica.	1. Si tiene. 2. No tiene.
Conocimientos sobre autocuidado en diabetes mellitus.	Cualitativa	Grado de conocimientos sobre Autocuidado en la práctica de actividades de promoción y prevención, diagnóstico y tratamiento, que realizan las personas maduras o que están madurando, durante determinados periodos de tiempo, por si mismas, con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuando con el desarrollo personal y el bienestar.	Grado de conocimientos sobre el autocuidado referido por el paciente al momento de la encuesta.	Nominal dicotómica	Satisfactorio. No satisfactorio.

Estilo de vida del paciente diabético.	Cualitativa.	Patrones de conducta que han sido elegidos de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo a su capacidad para elegir y a sus circunstancias socioeconómicas	Práctica regular y sistemática de un estilo de vida saludable que sirve para conservar o fomentar el nivel de bienestar y satisfacción de necesidades personales como lo es la nutrición, el ejercicio, manejo del estrés, responsabilidad sobre su salud, autoactualización en salud y relaciones interpersonales	Nominal dicotómica.	Favorable. Poco favorable desfavorable
Edad	Cuantitativa	Tiempo cronológico que transcurre desde el nacimiento hasta el momento actual.	Tiempo transcurrido en años del nacimiento a la edad del diagnóstico.	Numérica continúa.	Años.
Genero.	Cualitativa	Condición biológica que distingue al sexo masculino del femenino.	Características físicas que distinguen al hombre de la mujer.	Nominal dicotómica.	Masculino. Femenino.
Tiempo de evolución de la enfermedad,	Cuantitativa	Tiempo transcurrido en años en que la enfermedad se hace presente en el organismo hasta el momento actual.	Período de tiempo reportado por el paciente entre el diagnóstico de Diabetes Mellitus 2 y el momento de la encuesta.	Cuantitativa de razón	Años de evolución
Numero de sesiones del programa diabetIMSS	Cuantitativa	Asistencia de los pacientes al grupo de vigilancia y enseñanza de cuidados para el diabético (dietéticos, físicos y farmacológicos)	Numero de sesión reportada por el paciente al momento del estudio.	Numérica.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12.

METODOLOGÍA

Se presentara el proyecto ante el Comité Local de Investigación para su análisis y autorización una vez aprobado se procederá a solicitar consentimiento a las autoridades de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 con la finalidad de llevar a cabo el presente estudio.

A los pacientes que reúnan los criterios de inclusión se les invitara a participar en el estudio mediante carta de consentimiento informado y se les proporcionará instrucciones sobre los instrumentos de investigación a utilizar. Se procederá a la aplicación del instrumento en la sala de espera de diabetIMSS de la misma unidad de estudio para mayor comodidad del encuestado.

Los instrumentos constarán de 50 ítems que explorarán estilo de vida y conocimientos sobre el autocuidado de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el programa diabetIMSS. Posteriormente se recabara toda la información obtenida en una hoja de Excel versión 2013 de Microsoft copyright, que será de utilidad para concentrar la información obtenida y clasificarla, así como la captura de los resultados y puntuaciones de cada encuesta.

Instrumento de recolección de datos.

Para la presente investigación la cual se realizará en la Unidad de Medicina Familiar número 11, en Tapachula, Chiapas, referente al grado de conocimientos en el autocuidado de la diabetes mellitus y al estilo de vida, se aplicarán dos cuestionarios a todos los pacientes que pertenezcan al programa diabetIMSS y que cumplan los criterios de inclusión previa autorización y firma del consentimiento informado. Además de la ficha de identificación que incluya nombre, número de seguridad social, edad, género y tiempo de ser diabético, se aplicara el cuestionario IMEVID constituido por 25 preguntas cerradas, agrupadas en siete dominios:

- Nutrición.
- Actividad física.

- Consumo de tabaco.
- Consumo de alcohol.
- Información sobre conocimientos de la diabetes.
- Emociones
- Adherencia terapéutica.

El instrumento tiene tres opciones de respuesta con calificaciones de 0, 2 y 4, para una escala total de 0 a 100 puntos. El instrumento clasifica a los sujetos de la siguiente manera: una puntuación < 60 corresponde a un estilo de vida desfavorable; de entre 60 y 80, a un estilo de vida poco favorable, y más de 80 puntos, a un estilo de vida favorable.

Para identificar el conocimiento que el paciente tiene acerca del autocuidado sobre la diabetes, se usara el Instrumento para identificar el conocimiento que el paciente tiene acerca del autocuidado de la diabetes mellitus. El cual consta de 25 preguntas con un total de 50 ítems, 10 preguntas relacionadas con promoción y prevención, 5 preguntas relacionadas con tratamiento y 10 preguntas relacionadas con diagnóstico.

Con opciones de respuesta dicotómica verdadero o falso. En donde se le dará el valor de 1 punto a las respuesta verdadera y un valor de 0 punto a la respuesta falsa, el total de ítems es de 25 puntos y consideraremos como un nivel de conocimiento satisfactorio a aquellos que tengan más de 80% de los ítems contestados de forma correcta, con una puntuación mayor de 20 puntos, y se considerará un nivel de conocimiento no satisfactorio a aquellos que obtengan una calificación menor de 19 puntos.

Se realizó una validez de contenido mediante un grupo de expertos; 11 para lograr un puntaje en el que no exista factibilidad de empate, los cuales analizaron de forma independiente y cegado el instrumento en cuestión, para analizar que las dimensiones fueran congruentes con la guía de práctica clínica Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención, México: Secretaria de Salud, 2008, los expertos refirieron que cada ítem

correspondió a cada dimensión de acuerdo a la guía a la que corresponde. Todas las acciones como la recolección de datos y determinación de objetivos fueron medibles mediante respuestas dicotómicas de acuerdo a verdadero o falso.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Posterior a la recolección de datos, capturados en el programa de Excel de Microsoft copyright, se realizara un análisis descriptivo, con medidas de tendencia central (media, mediana, moda) mediante el programa estadístico spss (Statiscal Package for the Social Siences) versión 20.0, los resultados se expresaran en gráficos y tablas.

VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El protocolo de investigación cumple con las consideraciones emitidas en el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki, promulgada en 1964 y sus diversas modificaciones incluyendo la actualización de Washington 2003. Así como las pautas internacionales para la investigación médica con seres humanos, adoptada por la OMS y el Consejo de Organizaciones Internacionales con Seres Humanos. México cumple con lo establecido por la Ley General de Salud, en Materia de Investigación para la Salud Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección I, investigación sin riesgo, no requiere consentimiento informado. Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección II, investigación con riesgo mínimo, se anexa hoja de consentimiento informado. Título Segundo, Capítulo II. De la investigación en comunidades Artículos 28-33. A pesar de que el estudio será prospectivo y que se trabajará con pacientes de manera directa, la información e identidad de los pacientes se conservará bajo confidencialidad.

IX. RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

Investigador principal: Medico de primer año de la Especialidad de Medicina Familiar el cual aplicara el cuestionario a los pacientes que cumplan los criterios de inclusión, además de que acepten colaborar con la investigación, bajo supervisión del investigador responsable, especialista en Medicina Familiar y adscrito a la Unidad de medicina Familiar No. 11.

RECURSOS FINANCIEROS

No cuenta con ningún financiamiento, los recursos serán aportados por el médico residente de primer año.

RECURSOS MATERIALES

Lápices, plumas, hojas blancas de papel tamaño carta, computadora personal, computadora de escritorio, memoria extraíble (USB).

RECURSOS FÍSICOS

Consultorio de diabetIMSS.

FACTIBILIDAD

La presente investigación tiende a ser factible, ya que al ser un estudio descriptivo, no será necesario requerir recursos económicos elevados, por lo que lo coloca al alcance de los investigadores sin requerir financiamiento institucional o externo.

X. RESULTADOS.

En el estudio se incluyeron 449 pacientes, todos con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, que pertenecen al programa diabetIMSS y se encontraban en cualquiera de las 12 platicas comprendidas en el programa. Del total de la población a la que se le solicito su participación en la investigación 15 personas no aceptaron responder la encuesta, por lo que se excluyeron del estudio. De acuerdo a la distribución por sexo 312 pacientes correspondieron al sexo mujer (71.88%) y 122 al hombre (28.11%). Grafica 1.

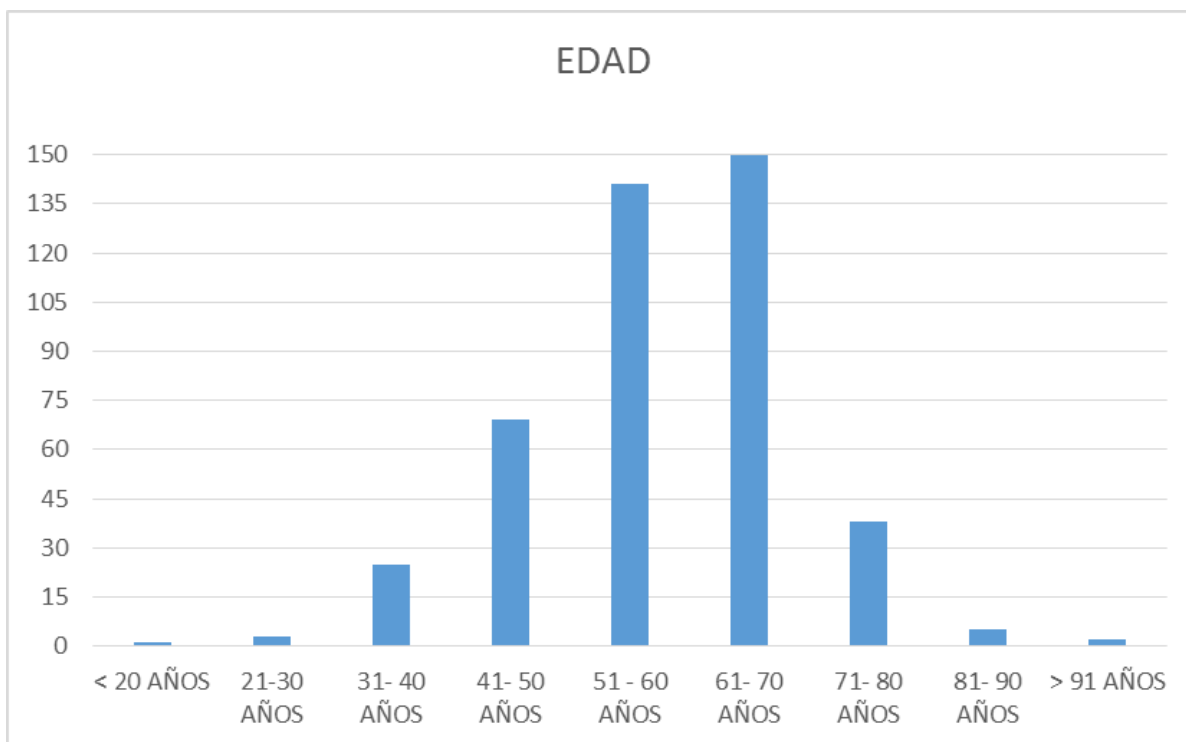
Grafica 1. Distribución en porcentaje de acuerdo al sexo.



Fuente: Instrumento de medición de estilo de vida en diabéticos.

En cuanto a grupo de edad se reportó un promedio de 60 años, cuyo rango de edad se presentó con una mínima de 20 años y una máxima de 96 años, con una desviación estándar de ± 11.36 . Grafica 2.

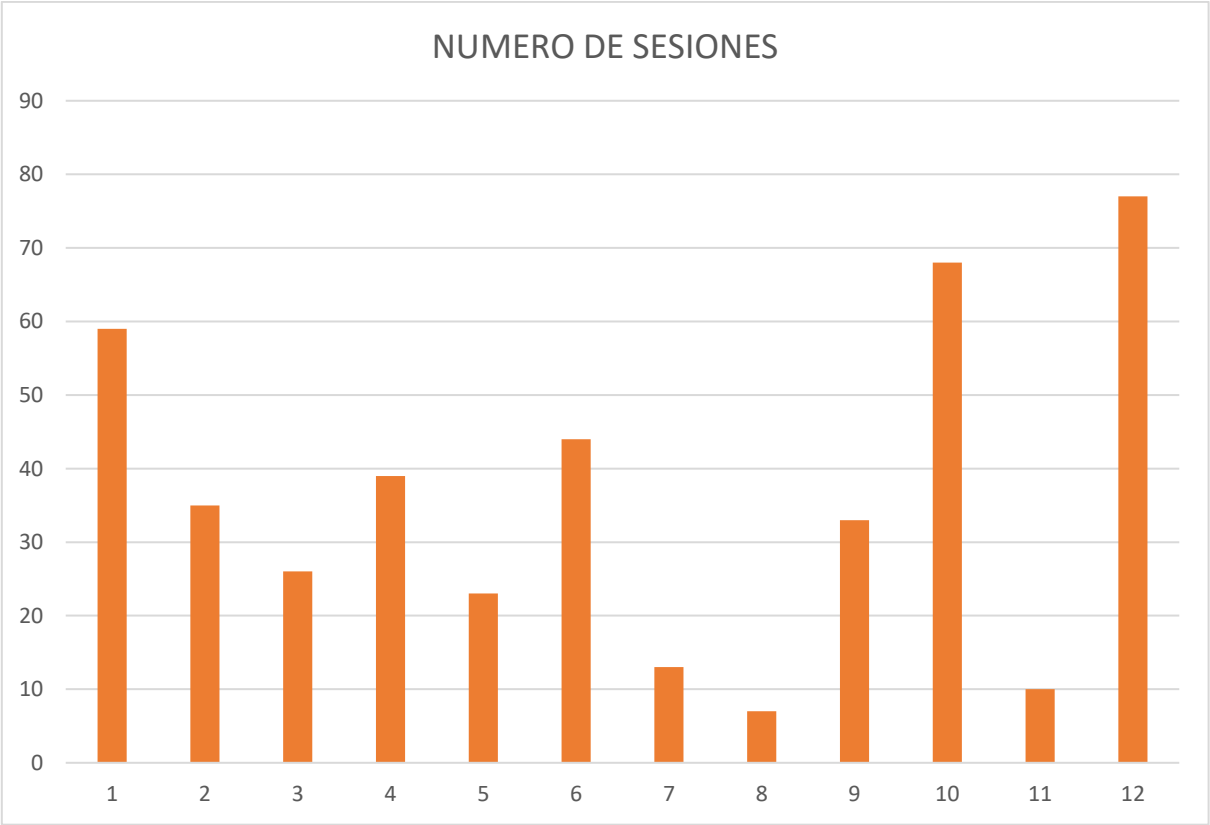
Grafica 2. Distribución de acuerdo a la edad.



Fuente: Instrumento de medición de estilo de vida en diabéticos.

En cuanto al número de sesiones se reportó, que quienes se encontraban en la primera sesión fueron 59 personas correspondientes al 13.59%, en la segunda sesión 35 personas correspondientes al 8.06%, en la tercera sesión 26 personas que corresponden a 5.99%, en la cuarta sesión 39 personas que corresponden al 8.98%, en la quinta sesión 23 personas que corresponden al 5.29% en la sexta sesión 44 personas que corresponden al 10.13%, en la séptima sesión 13 personas que corresponden al 2.99%, en la octava sesión 7 personas que corresponden al 1.61%, en la novena sesión 33 personas que corresponden al 7.60%, en la décima sesión 68 personas que corresponden al 15.66%, en la onceava sesión 10 personas que corresponden al 2.30%, en la doceava sesión 77 personas que corresponden al 17.74%. Grafica 3.

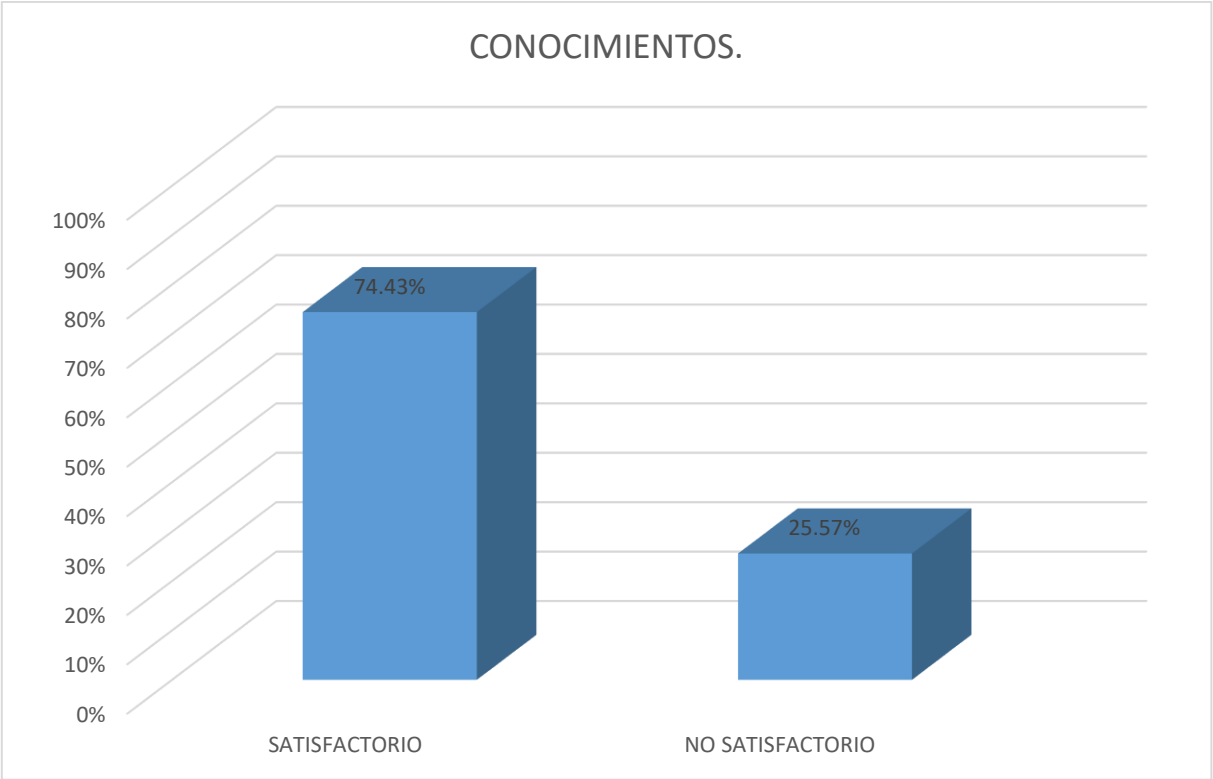
Grafica 3. Distribución de la población según la sesión.



Fuente: Instrumento para identificar los conocimientos acerca del autocuidado de la diabetes mellitus tipo II.

En cuanto al grado de conocimientos, se encontró que de las 434 personas entrevistadas, 323 personas resultan con un nivel satisfactorio en el grado de conocimientos en el autocuidado, correspondiente al 74.43%, y 111 personas resultan con un nivel no satisfactorio en el grado de conocimientos en el autocuidado, correspondiente al 25.57% del total de la población estudiada. Grafica 4.

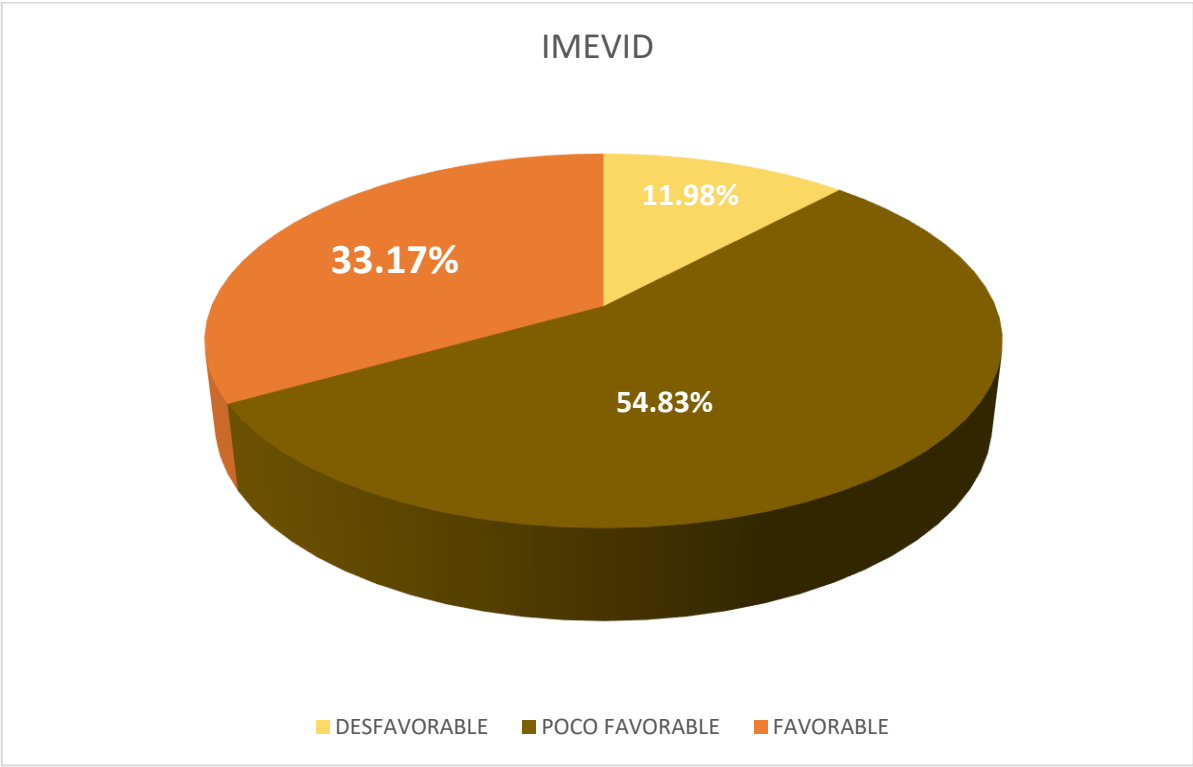
Grafica 4. Distribución según el grado de conocimientos acerca del autocuidado de la diabetes mellitus tipo II.



Fuente: Instrumento de conocimientos acerca del autocuidado de la diabetes mellitus tipo II.

En cuanto a estilo de vida, se encontró que 144 personas que corresponden al 33.17% resultaron con un estilo de vida favorable, 238 personas que corresponden al 54.83% resultaron con un estilo de vida poco favorable, y 52 personas que corresponden el 11.98% resultaron con un estilo de vida desfavorable. Grafica 5.

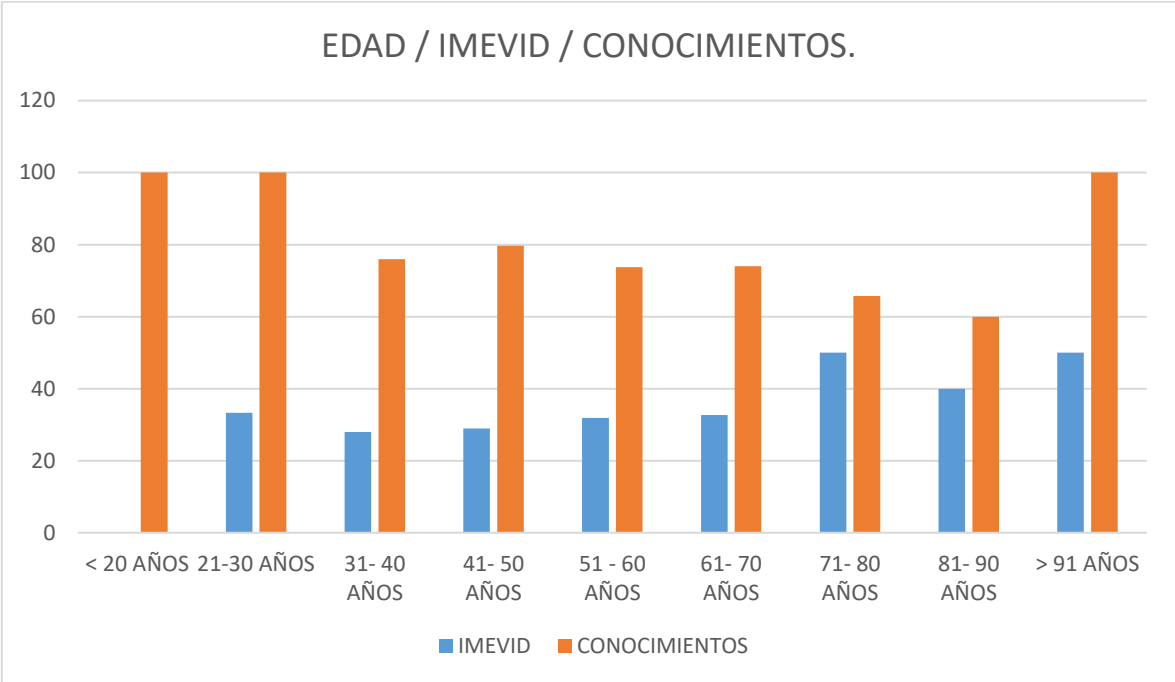
Grafica 5. Distribución de medición de estilo de vida en pacientes diabéticos.



Fuente: Instrumento de medición de estilo de vida en diabéticos.

En cuanto al grupo de edad que más adquirió conocimientos sobre su autocuidado además de cambios en su estilo de vida encontramos que los grupos de edad de 71 a 80 años y de más de 91 años presentan un mayor conocimiento del estilo de vida mientras que los grupos de hasta 20 años, 21 a 30 años y más de 91 años presentan mayor conocimiento en el autocuidado. Grafica 6.

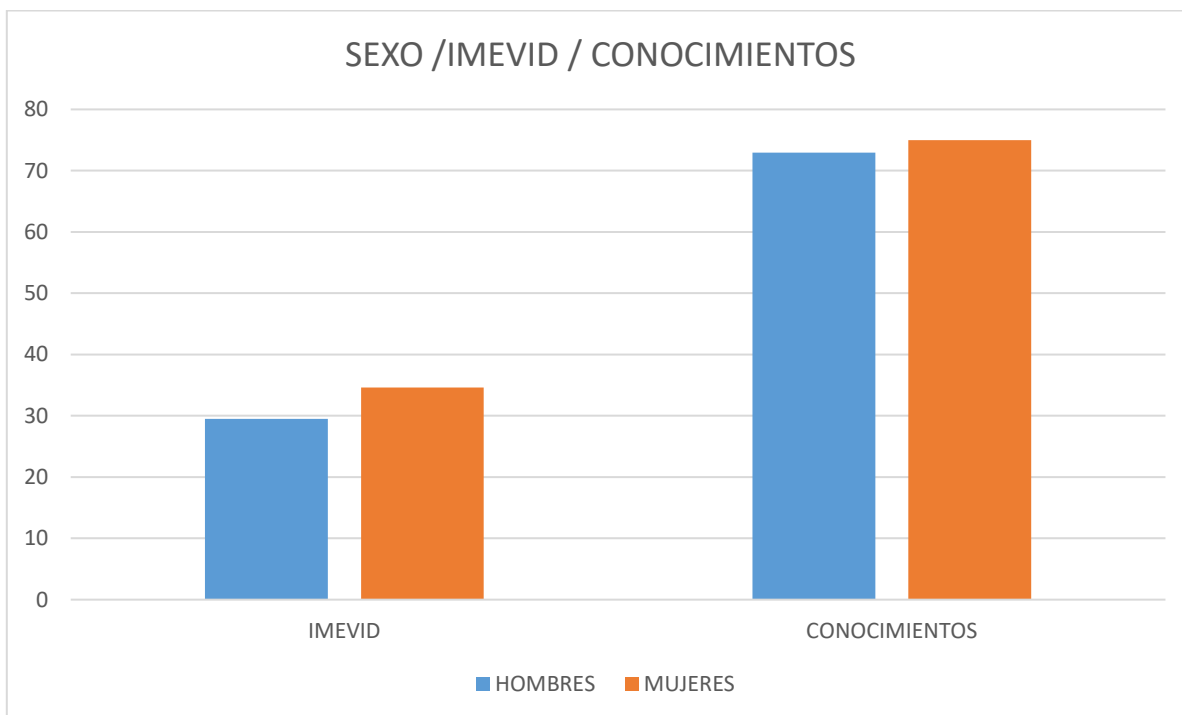
Grafica 6. Distribución en porcentaje según la edad, estilo de vida y conocimientos.



Fuente: Instrumento de medición de estilo de vida en diabéticos, Instrumento de conocimientos acerca del autocuidado de la diabetes mellitus tipo II.

En cuanto al sexo, con respecto al estilo de vida 34.61% de las mujeres tiene un estilo de vida favorable con respecto al 29.5% de los hombres, así mismo en el grado de conocimientos el 75% de las mujeres resulto satisfactoria, con respecto al 72.95% de los hombres. Grafica 7.

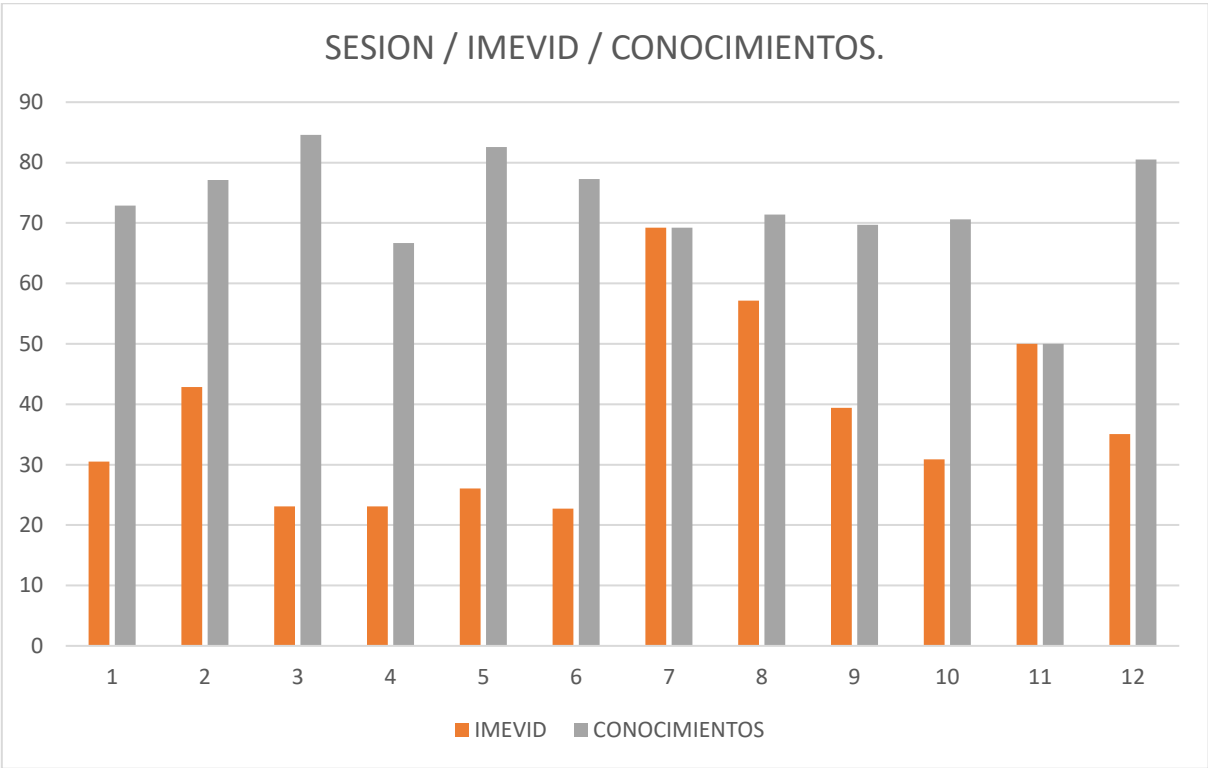
Grafica 7. Distribución en porcentaje en el sexo, estilo de vida y conocimientos.



Fuente: Instrumento de medición de estilo de vida en diabéticos, Instrumento de conocimientos acerca del autocuidado de la diabetes mellitus tipo II.

En cuanto a la relacion que existe entre el número de sesiones con el grado de conocimientos en el autocuidado ademas de los conocimientos de estilo de vida encontramos que las personas que se encontraban en la sesión número siete mantienen el mismo porcentaje de 69.23% en el grado de conocimientos ademas de los conocimientos del estilo de vida, descritos por separado según los resultados en la sesión numero 7 es el porcentaje más alto de conocimientos sobre estilo de vida, 69.23%, y en la sesión número tres se encuentra el porcentaje más alto de 84.61% en el conocimiento de autocuidado. Grafica 8.

Grafica 8. Distribución en porcentaje entre la sesión, estilo de vida y conocimientos.



Fuente: Instrumento de medición de estilo de vida en diabéticos, Instrumento de conocimientos acerca del autocuidado de la diabetes mellitus tipo II.

XI. DISCUSIÓN.

Por su incidencia la Diabetes mellitus se considera un problema de salud pública, por lo que resulta evidente que los esfuerzos de prevención son prioritarios. Por esta razón las sociedades médicas, deben dirigir su esfuerzo hacia la educación en salud de manera efectiva y palpable, para evitar complicaciones crónicas.

En nuestro estudio se evaluaron los conocimientos del autocuidado además del estilo de vida en los pacientes diabéticos, pertenecientes al programa diabetIMSS, basado en un modelo transteorético de comportamiento en salud, como refiere el artículo de Cabrera, que analiza el cambio de comportamiento como todo un proceso que tiene sus etapas de cambio (dependiente de la motivación, la decisión, el compromiso individual y la presión social) ^{12,13,19}.

De las dos variables que se investigaron, hay un considerable menor porcentaje evidenciado en el estilo de vida. Según Romero Vázquez la calidad de vida se reconoce en su concepto multidimensional, que incluye algunos aspectos del estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y el empleo, así como situación económica.

Es por ello que la calidad de vida se conceptúa de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien. ²⁸

Según su estudio con las personas con diabetes mellitus 2 perciben un deterioro en su calidad de vida relacionada con su salud. Los dominios de calidad de vida mayormente afectados corresponden a las esferas psicológica, social y ambiental. Los estilos de vida que afectan la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus 2 corresponden a la actividad física, la autoestima y el apego al tratamiento médico. ²⁸ Los marcadores en el conocimiento en el autocuidado según los resultados obtenidos no concuerdan con los estudios realizados por Soler-Sánchez quien concluye según

su investigación que los pacientes diabéticos tipo 2 presentaron ausencia de autocuidado y bajo nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus, haciendo la recomendación de diseñar e implementar programas educativos para favorecer el autocuidado en estos pacientes.²⁹

Según López Portillo³⁰, el médico familiar tiene limitaciones para realizar actividades educativas en función de sus demandas de tiempo, puesto que se encuentra inmerso en ambientes en los que predomina la rigidez y el trabajo rutinario, aunado a un volumen importante de pacientes.

La educación al paciente diabético debe ser lo más completa posible, con lenguaje claro y mensajes directos que permitan integrar toda la información proporcionada por profesionales de la salud e incorporarla a un cambio de vida saludable, así como obtener conocimientos permanentes que sean aplicables de acuerdo a sus posibilidades. Con la educación de adultos se tienen que considerar los diferentes estilos de aprendizaje, así como el tiempo, el lugar y el ritmo con el que cada individuo aprende.

XII. CONCLUSIONES:


El estudio refleja que son más mujeres que hombres quienes se encuentran en el programa de diabetIMSS, con un promedio de edad en el total de población de 60 años, en el momento del estudio se encontró que el mayor porcentaje de la población estudiada se encontraba en la doceava sesión de diabetIMSS, el grado de conocimientos obtenidos como satisfactorios presenta un porcentaje significativo, mientras que en cuanto al estilo de vida el mayor porcentaje se encuentra en un estilo de vida poco favorable, además que según los grupos de edad entre más edad tenga mayor conocimiento del estilo de vida, y entre menos edad se tenga mayor son los conocimientos sobre el autocuidado, en cuanto a la relación del sexo es mayor el porcentaje de mujeres con estilo de vida favorable además del conocimiento en el autocuidado. No se encontró relación sobre el número de sesiones con aumento en los conocimientos o en el estilo de vida, si encontrando significativamente mayor conocimiento en contra estilo de vida en todos los grupos estudiados.

Podemos inferir que el programa educativo y la participación del paciente diabético ofrecen beneficios, en estos momentos sin relevancia de impacto en el control de los pacientes pertenecientes al programa, porque influyen otros factores muy arraigados en la sociedad como es la cultura, y el empleo de usos y costumbres de cada región, el hecho de si conocer sobre la enfermedad como controlarla, como detectar riesgos complicaciones y uso de medicamentos no influye en el estilo de vida.

XIII. RECOMENDACIONES:

1. Capacitar a un residente de medicina familiar o a medico pasante en servicio social, en los doce pasos del programa de diabetIMSS para realizar de manera aleatoria supervisiones en las sesiones del programa de manera presencial.
2. Crear una cedula de evaluación por cada sesión, que se enfoque en evaluar la correcta aplicación del programa de diabetIMSS.
3. El servicio de enseñanza de la UMF 11, capacitará al personal encargado del programa diabetIMSS, sobre actualizaciones en el manejo del paciente diabético.
4. El servicio de trabajo social facilitará y proveerá redes de apoyo para mejorar el estilo de vida de los pacientes en el programa.
5. Vinculación entre personal directivo de la UMF 11, personal del servicio de diabetIMSS, y el centro de seguridad social la creación de grupos de ejercicio, para mejor Vigilancia del estilo de vida.
6. Supervisión y asesoría de los jefes de servicio en medicina familiar al personal encargado del programa diabetIMSS 2 veces al año.
7. Adiestramiento al personal médico de diabetIMSS en la búsqueda intencionada de complicaciones crónicas de la diabetes mellitus en su población adscrita.

XIV. BIBLIOGRAFÍA.

1. Asociación Latinoamericana de Diabetes: Guías ALAD de diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus Tipo 2 (2013).
2. Organización Mundial de la Salud. Datos y cifras. 10 datos sobre la diabetes.
3. Wild S, Roglic g, Green A, Sicree R. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*. 2004; 27:1047-53.
4. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas. Washington: OPS; 2007.
5. Arredondo A, Zuñiga A. Economic consequences of epidemiological changes in middle income countries: the Mexican case. *Diabetes Care* 2004;27:104-9
6. Gutiérrez-Delgado C, et al. Documento técnico para la estimación del impacto financiero en la salud de la población Mexicana derivado de la obesidad y el sobrepeso. Documento de trabajo 2/2008, Unidad de Análisis Económico, Secretaría de Salud, México, 2009.
7. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT. Resultados Nacionales.2012
8. Gutiérrez-Trujillo G, Flores-Huerta S, Fernández-Garate I, Martínez-Montañez O, Velasco-Murillo V, Fernández-Cantón S, et al. Estrategia de prestación y evaluación de servicios preventivos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*.2006;44 spl 1:S3-21
9. Sistema Institucional de Mortalidad, (SISMOR), 2011.
10. División de Información en Salud, IMSS, 2010.
11. División de Economía en Salud, IMSS, 2010.
12. Sicupira L, Souza L, Miranda M, Xavier G; Jorge R. Las intervenciones nutricionales en el síndrome metabólico. Una revisión sistemática. *Arq Bras Cardiol* 2011 Sep; 97 (3):1-2.
13. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus. Evidencia y recomendaciones. Guía de práctica clínica GPC. México: IMSS;2012.[Enlínea]http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Documents/000GER_DiabetesMellitus.pdf 

14. Nathan DM, Davidson MB, DeFronzo RA, Heine RJ, Henry RR, Pratley R, et al. Impaired fasting glucose and impaired glucose tolerance: implications for care. *Diabetes Care*. 2014.
15. Tuomilehto J. Counterpoint. Evidence based prevention of type 2 diabetes: the power of lifestyle management. *Diabetes Care*. 2014
16. Padwall R, Majumdar SR, Johnson JA, Varney J, McAlister FA. Drug therapy to delay or prevent type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetes Care*. 2005; 28:736-44.
17. The Diabetes Prevention Program Research Group. Effects of withdrawal from metformin on the development of diabetes in the Diabetes Prevention Program. *Diabetes Care*. 2003; 26:977-80.
18. The Diabetes Prevention Program Research Group. The Diabetes Prevention Program (DPP): description of lifestyle intervention. *Diabetes Care*. 2002; 25 (12):2165-71.
19. Aguilar C, Gómez-Pérez F. La Declaración de Acapulco: propuesta para reducir la incidencia de la diabetes en México. *Rev Inv Clin* 2006; 58 (1):71-7.
20. Herman W, Hoerger T, Brandle M, Hicks K, Sorensen S, Zhang P, et al.; for the Diabetes Prevention Program Research Group. The cost-effectiveness of lifestyle modification on metformin in preventing type 2 diabetes in adults with impaired glucose tolerance. *Ann Intern Med*. 2005; 142:323-32.
21. Hoerger TJ, Hicks KA, Sorensen SW, Herman WH, Ratner RE, Ackermann RT, et al. Cost effectiveness of screening for prediabetes among overweight and obese US adults. *Diabetes Care* 2007; 30 (11):2874-9.
22. Instituto Mexicano del Seguro social. Dirección de Prestaciones médicas. Sistema de información de Atención Integral a la Salud. UMF 11. Censo de Pacientes diabéticos. Junio 2017.
23. Instituto Mexicano del Seguro social. Dirección de Prestaciones médicas.

Sistema de información de Atención Integral a la Salud. UMF 11. Censo de Pacientes diabéticos en programa DIABETIMSS. Junio 2017.

24. Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Prestaciones Médicas. Unidad de atención médica. Coordinación de áreas médicas. Programa institucional de atención al paciente diabético. Manual del aplicador del módulo. DIABETIMSS. Julio 2009.
25. Zuñiga-Ramírez M.G., Villarreal- Ríos E., Vargas-Daza E., et al. Perfil de uso de los servicios del módulo DIABETIMSS por pacientes con diabetes mellitus tipo II. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2013; 21 (2): 79-84.
26. Fernández Vázquez A., Abdala Cervantes T., Patricia Alvara Solís E., et al. Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Esp Méd Quir 2012; 17(2):94-99.
27. Romero-Valenzuela E., Zonana-Nacach A., Colín-García M., Control de glucosa en pacientes que asistieron al programa de educación DIABETIMSS en Tecate, Baja California. Med Int Méx 2014; 30: 554-561.
28. Romero- Vazquez R., Diaz Veja G., Romero Zepeda H. estilo y calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista médica del seguro social, 2011.125-136.
29. Soler Sánchez Y., Perez Rosabal E., Lopez Sánchez M., Conocimientos y Autocuidado en pacientes con diabetes mellitus 2. Rev. Arch. Med. Camagüey.2016 20(3):244-252.
30. Lopez-Portillo A, Bautista-Vidal RC, Rosales-Velasquez OF, Galicia-Herrera L, Rivera y Escamilla JS. Control clínico posterior a sesiones grupales en pacientes con diabetes e hipertensión. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2007;45(1):29-36.



XV. ANEXOS.

Cuadro I.



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:	GRADO DE CONOCIMIENTO DEL AUTOCAUIDADO Y ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE DIABÉTICO EN EL PROGRAMA DIABETIMSS
Patrocinador externo (si aplica):	N/A
Lugar y fecha:	Tapachula Chiapas. Noviembre 2018.
Número de registro:	R-2018-3005-014
Justificación y objetivo del estudio:	Para el instituto mexicano del seguro social la diabetes constituye un reto ya que es la primera causa de muerte a nivel nacional, sus complicaciones se sitúan entre los cinco motivos de hospitalización de mayor mortalidad y costo, es la principal causa de ceguera, amputación no traumática de miembros inferiores y falla renal en todo el mundo, primera causa de pensión por invalidez, aumenta la mortalidad de causa cardiovascular, la cual es la segunda causa de muerte en México. Por lo anterior el Instituto Mexicano de Seguro Social puso en marcha el programa DIABETIMSS, el cual es una forma de organización y vinculación entre los pacientes y el equipo de salud con la finalidad de mejorar las acciones de prevención y atención integral de la diabetes, con el fin de lograr un apego real del paciente a las intervenciones del tratamiento médico indicado y lograr resultados eficaces. En el estado de Chiapas no existen reportes que evalúen los resultados del programa educativo. Con la presente investigación se pretende evaluar la eficacia del programa DIABETIMSS en la unidad de medicina familiar no.11 en el grado de conocimientos del autocuidado y el estilo de vida, de los pacientes que pertenecen al programa.
Procedimientos:	Mediante la realización de cuestionarios se registraran y evaluaran el impacto que produce el programa en el conocimiento adquirido y en los cambios a su estilo de vida de cada paciente que pertenece del programa DIABETIMSS en el ciclo 2017-2018.
Posibles riesgos y molestias:	No se conoce riesgo alguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Mejorar el conocimiento y su estilo de vida dentro del programa diabetimss
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El Investigador Responsable me otorga la seguridad de que la información que se obtenga durante el estudio no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de poder retirarme en cualquier momento en que se considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que reciba del instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Se me informa que será respetado mi identidad y confidencialidad
En caso de colección de material biológico (si aplica) Canalización al segundo nivel de atención para vigilancia y tratamiento, en caso requerido.	
<input type="checkbox"/>	No autorizo que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Sí autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Sí autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio: Detección oportuna de factores de riesgo supresión del riesgo o por acciones diagnosticas o terapéuticas oportunas.	Una atención integral dentro del programa diabetimss
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Dr. Edgar Carrera Camacho. Médico especialista en medicina familiar, director de UMF 11 matrícula 99214611 correo electrónico: edgar.carrerac@imss.gob.mx teléfono: 9621306197	
Investigador Responsable:	Dr. Edgar Carrera Camacho
Colaboradores:	Dr. José Alberto Corrales Sánchez
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	Dr. Edgar Carrera Camacho. José Alberto Corrales Sánchez 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	

CUADRO II.

CUESTIONARIO IMEVID.

INSTRUCTIVO:

Este es un cuestionario diseñado para conocer el estilo de vida de las personas con diabetes tipo 2. Le agradeceremos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere que refleja mejor su estilo de vida en los últimos tres meses.

Elija una sola opción marcando con una cruz X en el cuadro que contenga la respuesta elegida.

Le solicitamos responder todas las preguntas.

Fecha:

Nombre:

Sexo: F M

Edad: _____ años.

1. ¿Con qué frecuencia come verduras?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
2. ¿Con qué frecuencia come frutas?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
3. ¿Cuántas piezas de pan come al día?	0 a 1	2	3 o más	
4. ¿Cuántas tortillas come al día?	0 a 3	4 a 6	7 o más	
5. ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
6. ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
7. ¿Come alimentos entre comidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
8. ¿Come alimentos fuera de casa?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
9. ¿Cuándo termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
10. ¿Con qué frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? (Caminar rápido, correr o algún otro)	3 o más veces por semana	1 a 2 veces por semana	Casi nunca	
11. ¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
12. ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa	Trabajos en casa	Ver televisión	
13. ¿Fuma?	No fumo	Algunas veces	Fumo a diario	
14. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Ninguno	1 a 5	6 o más	
15. ¿Bebe alcohol?	Nunca	Rara vez	1 vez o más	
16. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	Ninguna	1 a 2	3 o más	
17. ¿A cuántas pláticas para personas con diabetes ha asistido?	4 o más	1 a 3	Ninguna	
18. ¿Trata de obtener información sobre la diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
19. ¿Se enoja con facilidad?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
20. ¿Se siente triste?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
21. ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
22. ¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
23. ¿Sigue dieta para diabético?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
24. ¿Olvida tomar sus medicamentos para la diabetes o aplicarse su insulina?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
25. ¿Sigue las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
			Total	

CUADRO III.

Instrumento para identificar los conocimientos que el paciente tiene acerca del autocuidado de la Diabetes Mellitus tipo 2

Fecha: _____ Folio: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Género: _____ Numero de sesión en programa: _____

El presente Instrumento tiene la finalidad de identificar los conocimientos que usted tiene acerca del autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2

Marque con una X sobre la casilla que responda lo que usted conoce o sabe sobre la diabetes mellitus

PREGUNTA	VERDADERO	FALSO
1.- ¿La diabetes mellitus es una enfermedad que se produce por la falta de insulina en el organismo?		
2.- ¿Son factores de riesgo para diabetes mellitus?		
a) La herencia y obesidad		
b) La falta de ejercicio		
c) Consumo de alimentos ricos en azúcar		
3.- Son causas que pueden desarrollar hipoglicemia (disminución de azúcar en sangre):		
a) retrasar u omitir la ingesta de una comida		
b) tomar bebidas alcohólicas sin haber comido		
c) realizar ejercicio intenso sin haber comido		
4.- ¿puede ocasionar hiperglicemia (aumento de azúcar en sangre)?		
a) el no aplicarse insulina o no tomar el medicamento de la diabetes		
b) consumir una dieta rica en glucosa		
5.- ¿para evitar lesiones de los pies el paciente debe de?		
a) usar calzado suave y cómodo		
b) lavar y secar bien la piel de los pies		
c) si presenta piel seca deberá de aplicar crema humectante		
6.- ¿para evitar complicaciones de diabetes el paciente debe de?		
a) medir glucosa en sangre		
b) cumplir con una dieta adecuada y realizar ejercicio		
c) apego a tratamiento médico y asistir a consulta medica		
7.- ¿el consumo de bebidas alcohólicas así como el consumo de tabaco aumentan la posibilidad de complicaciones?		
8.- ¿la falta de una adecuada educación favorece el mal apego a tratamiento, condicionando un descontrol en los niveles de azúcar?		
9.- ¿las personas que presentan estrés pueden elevar sus niveles de glucosa en sangre?		
10.- ¿un estilo de vida desde la infancia con una dieta rica en azucares, falta de ejercicio favorecen la diabetes?		
11.- ¿en caso de hipoglicemia (disminución de niveles de azúcar en sangre) el paciente debe realizar?		
a) tomar un vaso con agua con azúcar		
b) consumir alimentos con azúcar		
c) solicitar ayuda del personal de salud		
12.- ¿si usted realiza ejercicio y está en tratamiento médico usted deberá?		
a) consumir una colación rica en carbohidratos antes de iniciar ejercicio		
b) llevar bebida azucarada		
c) realizar ejercicio en días alternos		

13.- ¿si el paciente presenta signos o síntomas de hiperglicemia (aumento de azúcar en sangre) deberá?		
a)chechar nivel de azúcar en sangre		
b)solicitar atención medica		
b)no dar bebidas con azúcar		
14.-¿las personas con prediabetes mejoran su enfermedad al modificar su estilo de vida		
15.- ¿se inicia tratamiento oral cuando a pesar de las modificaciones en estilo de vida no logren controlar el nivel de azúcar en sangre?		
16.- ¿se recomienda bajar de peso así como realizar ejercicio durante 40 minutos para mejorar los niveles de azúcar en sangre?		
17.- ¿son signos y síntomas de diabetes mellitus?		
a)Aumento de la cantidad de orina		
b)Aumento de sed		
c)Aumento de hambre		
18.- ¿para evitar complicaciones de diabetes mellitus los niveles de glucosa antes de los alimentos debe ser de 100 a 120 mg/dl?		
19.- ¿Los síntomas de hipoglicemia (disminución de azúcar en sangre) son?		
a)Nerviosismo y ansiedad		
b)Inquietud		
c)Visión borrosa		
20.- ¿usted no deberá de realizar ejercicio en caso de?		
a)diarrea		
b)fiebre		
c)vomito		
21.- ¿Son síntomas de hiperglicemia (aumento de azúcar en sangre)?		
a)aumento de sed y hambre		
b)mayor volumen de orina		
c)náuseas y vomito		
22.- ¿son complicaciones de la diabetes?		
a)la disminución de la agudeza visual		
b)insuficiencia renal		
c)disminución de la sensibilidad en cualquier parte del cuerpo		
23.- ¿el diagnostico de diabetes se realiza con una concentración de azúcar en ayuno mayor a 126 mg/dl?		
24.- ¿los niveles de glucosa en ayuno menor de 110 mg/dl hablan de un adecuado control de la diabetes?		
25.- ¿en pacientes diabetes los niveles de colesterol deben ser menores de 130 mg/dl?		