

MÉD. GRAL. JOSÉ LUIS OROZCO TREJO

PERFIL SOCIO-FAMILIAR DE PACIENTES QUE ABANDONARON EL
PROGRAMA DiabetIMSS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

2020



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

**PERFIL SOCIO-FAMILIAR DE PACIENTES QUE
ABANDONARON EL PROGRAMA DiabetIMSS EN UNA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de la

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

MÉD. GRAL. JOSÉ LUIS OROZCO TREJO

Dirigido por:

DR. LUIS ABRAHAM MONTES DE OCA RESENDIZ

SANTIAGO DE QUERÉTARO, QRO; ENERO 2020



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad de Medicina Familiar

“PERFIL SOCIO-FAMILIAR DE PACIENTES QUE ABANDONARON EL PROGRAMA DIABETIMSS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Médico General José Luis Orozco Trejo

Dirigido por:

Méd. Esp. Luis Abraham Montes de Oca Resendiz

Med. Esp. Luis Abraham Montes de Oca Resendiz
Presidente

Med. Esp. Ericka Esther Cadena Moreno
Secretario

Med. Esp. Martha Leticia Martínez Martínez
Vocal

Med. Esp. Omar Rangel Villicaña
Suplente

Med. Esp. Rosalía Cadenas Salazar
Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Enero 2020
México

RESUMEN

Introducción: la OMS indicó que existían 422 millones de diabéticos y provoca 22 millones de muertes. En México 9.4% son diabéticos y 7.5% en Querétaro. En la Unidad de Medicina Familiar número 9 se cuenta con el Programa Institucional de Atención al Paciente Diabético (DiabetIMSS), con matrícula anual de 480 pacientes. El problema que presenta es el abandono del programa por los pacientes. Aún no hay evidencia sobre los factores que pudieran influir en el abandono del programa. **Objetivo:** identificar el perfil socio-familiar de pacientes que abandonaron el programa DiabetIMSS. **Material y métodos:** estudio observacional, descriptivo, transversal, en expedientes de pacientes que abandonaron el programa DiabetIMSS del 2011 al 2016. Se estudiaron variables sociales: sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación. Institucionales: asegurado y beneficiario. Familiares: por composición y ciclo vital. Causas de abandono: baja administrativa, diagnóstico médico, problema laboral, maltrato médico, falta tiempo, sin red de apoyo, baja voluntaria, desinterés. Se incluyeron expedientes de pacientes registrados y que abandonaron el programa, no hubo criterios de exclusión, se eliminaron 42 expedientes incompletos. La muestra calculada fue 293. No se realizó técnica muestral ya que se trabajó el total del censo. Se recopiló la información en una base de datos, se utilizó estadística descriptiva; para variables cualitativas: frecuencias y porcentajes con sus intervalos de confianza; para las variables cuantitativas: promedios con desviación estándar e intervalos de confianza. **Resultados:** predominó; sexo: femenino 56.1%, estado civil: casado 66.40%, escolaridad: secundaria 27.90%, ocupación: empleado 36.90%, institucional: asegurado 55.10%, turno: matutino 98.70%, familia: nuclear simple 39.20%, urbana 100%, en dispersión 37.50%; causas de abandono: problema laboral 25.20%, baja administrativa 24.90% y desinterés 24.30%. **Conclusiones:** el conocimiento del perfil socio-familiar de los pacientes que abandonaron el programa DiabetIMSS, permitió identificar las características de estos pacientes, tuvo predominio el sexo femenino, con una edad media 52.38 ± 29.87 , estado civil: casado, nivel de escolaridad: secundaria, ocupación: empleado. Las variables familiares se identificó predominio de la familia: nuclear simple, tipo urbana en etapa de dispersión. Situación institucional: asegurado. Las variables de causa de abandono se encontró que el principal motivo de abandono fue el problema laboral.

Palabras clave: Programa DiabetIMSS, abandono, diabetes mellitus, prevención y control.

Summary

Introduction: WHO indicated that there were 422 million diabetics and caused 22 million deaths. In Mexico 9.4% are diabetic and 7.5% in Querétaro. Family Medicine Unit number 9 has the Institutional Diabetic Patient Care Program (DiabetIMSS), with annual enrolment of 480 patients. The problem it presents is the abandonment of the program by patients. There is still no evidence on the factors that could influence the abandonment of the program. **Objective:** identify the socio-family profile of patients who left the DiabetIMSS program. **Materials and methods:** descriptive, cross-sectional observational study in patient records who left the DiabetIMSS programme from 2011 to 2016. Social variables were studied: sex, age, marital status, schooling, occupation. Institutional: insured and beneficiary. Family: by composition and life cycle. Causes of abandonment: administrative leave, medical diagnosis, occupational problem, medical abuse, lack of time, no support network, voluntary leave, disinterest. Records of registered patients were included and who left the program, there were no exclusion criteria, 42 incomplete dossiers were eliminated. The calculated sample was 293. No sample technique was performed as the total census was worked on. The information was collected in a database, descriptive statistics were used; for qualitative variables: frequencies and percentages with their confidence intervals; quantitative variables: standard deviation averages and confidence intervals. **Results:** prevailed; sex: female 56.1%, marital status: married 66.40%, schooling: secondary 27.90%, occupation: employee 36.90%, institutional: insured 55.10%, turn: morning 98.70%, family: single nuclear 39.20%, urban 100%, in dispersion 37.50%; causes of abandonment: labor problem 25.20%, administrative loss 24.90% and disinterest 24.30%. **Conclusions:** knowledge of the socio-family profile of patients who left the DiabetIMSS program, allowed to identify the characteristics of these patients, had predominance of the female sex, with an average age 52.38 x 29.87, marital status: married, level of schooling: secondary school, occupation: employee. Family variables were identified predominance of the family: simple nuclear, urban type in dispersal stage. Institutional situation: insured. Cause of abandonment variables were found to be the main reason for abandonment was the labor problem.

Keywords: DiabetIMSS program, abandonment, diabetes mellitus, prevention and control.

DEDICATORIAS

La presente tesis la dedico con todo mi amor y cariño a mi amada esposa Elvia Esperanza Salas Osorio, por todo su apoyo incondicional, por el esfuerzo y sacrificio que día a día vivió a mi lado, por todas las noches de desvelo y por todos esos días de soledad que tuvo que enfrentar para darme esa fuerza y empuje para lograr un mejor futuro para nuestra hermosa familia y aunque pasamos momentos difíciles siempre me brindó apoyo, confianza y su amor.

A mis hijos José Luis Orozco Salas y Gerardo Tadeo Orozco Salas, por ser mi fuerza de motivación y de inspiración para superarme día con día y afrontar los problemas con la mejor actitud y así poder ofrecerles el mejor ejemplo de vida.

A mis padres José Luis Orozco González y Ma. Elia Trejo Espino y mis hermanos Elia, Claudia, Carlos y Nancy, por su apoyo emocional e incondicional, por sus palabras de apoyo, sus consejos y por creer en mí.

A mis suegros Gerardo José Ma. Salas Oseguera y Ma. Del Rocio Osorio Bahena, por su apoyo incondicional quienes con sus palabras de apoyo no me dejaron decaer para que siguiera adelante y cumplir la meta.

A mis profesores, quienes sin esperar nada a cambio compartieron sus conocimientos para hacer de mí una mejor persona y mejor profesionista.

A todos mis compañeros y amigos por compartir conmigo sus tristezas y alegrías y a todas las demás personas que durante estos tres años estuvieron a mi lado y que participaron de alguna manera para lograr este sueño.

Agradecimientos

Quiero agradecer a Dios por haberme puesto en este camino y salir victorioso.

Gracias a mi hermosa esposa Elvia Esperanza Salas Osorio y mis bellos hijos José Luis Orozco Salas y Gerardo Tadeo Orozco Salas por ser parte fundamental de mi vida y estar presentes en cada etapa de ella.

Gracias a mis maestros: Dra. Leticia Blanco Castillo, Dra. Roxana Gisela Cervantes Becerra, Dr. Luis Abraham Montes de Oca Resendiz, Dr. Omar Rangel Villicaña, Dra. Ericka Esther Cadena Moreno, que de manera generosa compartieron su sabiduría y conocimiento quienes se han esforzado por ayudarme a culminar esta travesía y ser un mejor profesionalista y persona.

Dirección General de Bibliotecas UAG

Índice

Contenido	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vii
Abreviaturas y siglas	viii
I. Introducción	1
II. Antecedentes/estado del arte	3
III. Fundamentación teórica	5
II.1 Diabetes mellitus	5
II.1.1 Epidemiología e impacto económico	5
II.1.2 Fisiopatología de la diabetes	9
II.1.3 Manifestaciones clínicas	11
II.1.4 Diagnóstico	11
II.1.5 Complicaciones	12
II.1.6 Control metabólico	13
II.1.7 Tratamiento farmacológico	14
II.1.8 Tratamiento no farmacológico	14
IV. Hipótesis o supuestos	31
V. Objetivos	32
V.1 General	32
V.2 Específicos	32
VI. Material y métodos	33
VI.1 Tipo de investigación	33
VI.2 Población o unidad de análisis	33
VI.3 Muestra y tipo de muestra	33

VI.3.1 Criterios de selección	34
VI.3.2 Variables estudiadas	34
VI.4 Procedimientos	35
VI.4.1 Análisis estadístico	36
VI.4.2 Consideraciones éticas	36
VII. Resultados	37
VIII. Discusión	42
IX. Conclusiones	45
X. Propuestas	46
XI. Bibliografía	47
XII. Anexos	53

Índice de cuadros

Cuadro		Página
IV.1	Características socio-demográficas de los pacientes que abandonaron el programa DiabetIMSS	38
IV.2	Características socio-demográficas de los pacientes que abandonaron el programa DiabetIMSS	39
IV.3	Características socio-Familiares	40
IV.4	Causas de abandono del programa DiabetIMSS	41

Dirección General de Bibliotecas UAQ

Abreviaturas y siglas

OMS: Organización Mundial de la Salud.
ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.
NOM: Norma Oficial Mexicana.
DM: Diabetes Mellitus.
CTc: Células T citotóxicas.
NK: Natural Killer.
FasL: Vía del Ligando Fas.
IAPP: Polipéptidoamiloide de los islotes.
GIP: glucose-dependent insulinotropic polypeptide.
GLP-1: Glucagon-like peptide.
MODY: Maturity-onset Diabetes of the Young.
ADA: American Diabetes Association.
HbA1c: Hemoglobina glicosilada.
HDL: Lipoproteínas de Alta Densidad.
LDL: Lipoproteínas de Baja Densidad.
IMSS: Instituto Mexicano del Seguro
DiabetIMSS: Programa Institucional de Prevención y Atención al Paciente diabético.
N: Tamaño de la muestra que se requiere.
n': Población en estudio.
IC. Intervalo de Confianza.

I. INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) pertenece a una de las cuatro enfermedades no transmisibles a nivel mundial y en el año 2014 se estima que afectó a 422 millones de adultos. En México se estima que afectó a 22 mil 181 pacientes; la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT MC, 2016), encontró que la prevalencia de DM en el país cambió de 9.2 en 2012 a 9.4% en 2016. En Querétaro, la prevalencia de DM en personas de 20 años o más fue de 7.5%, mayor a la reportada en la ENSANUT 2006 (5.3%). La prevalencia de pacientes diabéticos en la Unidad de Medicina Familiar número 9 de Felipe Carrillo Puerto en el 2018 se estimó en 12,000 pacientes. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la DM se situó en el segundo lugar dentro de los principales motivos de demanda en la consulta de medicina familiar y en el primer lugar de consulta de otras especialidades (García Bello L, et al., 2016).

Aunque la DM es una enfermedad incurable existe tratamiento para su control; dentro de la primera línea se ubica el no farmacológico que consiste en la educación sobre el control del peso corporal con actividad física y dieta balanceada así como terapia cognitivo conductual.

Las intervenciones no farmacológicas han evidenciado ser uno de los principales pilares para lograr el buen control glicémico, gracias a esto el IMSS en el año 2008, implementó el programa de DiabetIMSS, en el cual se da atención a estos pacientes, se les otorga una consulta más personalizada y se combina con sesiones educativas; la atención es otorgada por un grupo multidisciplinario: médico familiar, enfermera general, trabajadora social, estomatología, nutriólogo y psicólogo. Este programa evidenció diversos efectos positivos como el control glicémico, metabólico, cambios favorables en los hábitos higiénico dietéticos y disminución del índice de masa corporal (IMC), además de identificar oportunamente complicaciones del padecimiento; el 43% de pacientes logró un

buen control metabólico y el porcentaje de referidos al 2do nivel disminuyó del 91 al 60% en el 2011 (Balcázar Rincón L, et al., 2018).

Se ha observado un porcentaje elevado de pacientes que abandonan el programa por diferentes causas. De acuerdo al registro que se tuvo en la Unidad de Medicina Familiar número 9, en cuanto al número de pacientes que abandonaron el programa DiabetIMSS fue de 343 de un total de 2000 inscritos en el periodo de 2011 al 2016. No hay registros en la literatura sobre la prevalencia de abandono del programa, sin embargo existe literatura de otros programas educativos en el que mencionan que abandonan alrededor del 10 – 15% al año. (Cáceres V, Zavaleta V, & Bernilla J, 2002).

Evaluaciones realizadas al DiabetIMSS sobre su impacto han establecido efectos positivos en la salud del paciente (Balcázar Rincón L, et al 2018), sin embargo no hay estudios en el que se haya analizado los motivos del paciente que permitan explicar el abandono del programa educativo DiabetIMSS.

Es importante reconocer que existen aspectos que ejercen influencias que pocas veces son consideradas en relación a los resultados obtenidos en el proceso educativo, pues de manera tradicional se ha encontrado un sólo responsable del abandono del programa: el paciente. Esta problemática está matizada de múltiples aspectos, en la que resulta necesario emprender acciones de investigación que permitan conocer el estado en que se encuentra el paciente a nivel socio-demográfico, su tipología familiar y su ciclo vital familiar, así como otras posibles causas que pudieran influir en el abandono del programa y de esta manera al comprender más a fondo el contexto de los pacientes, montar las bases o precedentes que el profesional de la salud de primer contacto puede tomar en consideración, ayudándole a la toma de decisiones para el manejo de pacientes con estas características.

II. ANTECEDENTES

La ENSANUD en el 2016 muestra que la vigilancia médica y la prevención de complicaciones que se encuentran especificados en la NOM-015-SSA2-2010 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus están aún muy lejos de alcanzarse (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016).

En el 2002 se realizó un estudio sobre factores determinantes del abandono del programa de hipertensión arterial, el factor inadecuado del conocimiento de la patología fue el factor determinante, problemas económicos o de traslado del paciente (Cáceres V, Zavaleta V, & Bernilla J, 2002).

Baldisserotto et al 2016, en su artículo muestra la distribución de frecuencia de las características sociales y demográficas en una población diabética e hipertensa en primer nivel de atención. La edad media es de 64 años. Las mujeres fueron la mayoría. Más de la mitad (52%) estaban casados o tenían una relación estable. De la muestra total, el 7% no sabe leer o solo puede firmar su propio nombre. Entre las personas con educación formal (93.0%), más de dos tercios han completado la educación primaria y solo el 5% tienen educación superior. Las clases sociales y económicas según los criterios ABEP modificados, la mayoría de los entrevistados, 64.3% pertenecen a la Clase media y 0.3% viven en condiciones de pobreza extrema. Dos tercios de los usuarios (66.5%) estudiados tienen hipertensión sin diabetes, 6.5% tienen diabetes sin hipertensión y 27.1% tienen ambas condiciones. La prevalencia de la hipertensión y la diabetes aumenta con la edad y el género, siendo las mujeres más afectadas. El nivel educativo también se asocia con la prevalencia de estas enfermedades crónicas (Baldisserotto J, et al., 2016).

Un artículo realizado en la Unidad de Investigación Epidemiológica en Querétaro, cita que el tiempo promedio de estancia en el programa DiabetIMSS de es de 10.24 meses. El principal motivo por el que abandonaron el módulo fue

por decisión personal del paciente 43.4%, problemas administrativos y laborales 40.0%, limitaciones físicas 10.0% y cambio de residencia 6.6% (Zuñiga-Ramírez M G, et al., 2013).

Gomes et al 2017, realizan un ensayo clínico aleatorizado controlado, tuvo como objetivo evaluar la contribución del apoyo social de la familia con el control metabólico y clínica de las personas con diabetes mellitus tipo 2. Concluyeron que las familias deben ser incorporadas en el cuidado de las personas con diabetes mellitus y sobre todo en los programas de atención de la salud, en particular los que pueden promover diferentes formas de apoyo social para fortalecer el vínculo entre los miembros de la familia (Gomes L, 2017).

En base a la literatura descrita anteriormente se observa que los factores socio-familiares juegan un papel importante para favorecer la permanencia de los pacientes en programas estratégicos educativos, que buscan el fortalecimiento adherencia y control de diferentes enfermedades; así como contribuyen en la formación de las diferentes formas de apoyo social para la permanencia de estilos de vida saludables.

Cabe mencionar que la familia es la institución básica de la sociedad humana. Se puede considerar a la familia como la unidad primaria de la salud, desde el punto de vista biológico, psicológico, social y ecológico.

III.FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

III.1 Definición de diabetes mellitus

La organización mundial de la salud (OMS), define a la diabetes como una grave enfermedad crónica, que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce (Organización Mundial de la Salud, 2016).

III.1.1 Epidemiología e impacto económico

Estudio hecho por la OMS, en el mundo hay alrededor de 422 millones de adultos con diabetes en 2014, frente a los 108 millones que existían en 1980. La prevalencia mundial (normalizada por edades) de la diabetes casi se duplicó desde ese año, ya que ha pasado del 4.7% al 8.5% en la población adulta. Junto con esto se han incrementado los factores de riesgo conexos, como el sobrepeso o la obesidad. En los últimos 10 años, la prevalencia de la diabetes se ha incrementado más de prisa en los países de ingresos bajos y medianos que en los de ingresos altos (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Solamente en el 2012, la diabetes provocó 1.5 millones de muertes. Los niveles elevados de glucosa en sangre provocaron otros 2.2 millones de muertes, esto al incrementar el riesgo de enfermedades cardiovasculares y de otro tipo. Un 43%, de estos 3.7 millones de muertes ocurren en personas menores de 70 años. El porcentaje de muertes con hiperglucemias en menores de 70 años de edad es superior en los países de ingresos bajos y medianos que en los de ingresos altos (Organización Mundial de la Salud, 2016).

No se dispone de estimaciones mundiales separadas sobre la prevalencia de la diabetes de tipo 1 y de tipo 2. La mayoría de las personas afectadas tienen diabetes de tipo 2, que solía ser exclusiva de adultos, ahora también los niños se ven afectados por esta enfermedad (García Bello L, et al., 2016).

La diabetes puede causar muchas complicaciones en el organismo e incrementar el riesgo general de muerte prematura. Las complicaciones más frecuentes incluyen: ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, amputación de piernas, pérdida de visión y daños neurológicos. Durante el embarazo, si la diabetes no se controla en forma adecuada, puede aumentar el riesgo de muerte fetal y otras (García Bello L, et al., 2016).

La diabetes y sus complicaciones conllevan importantes pérdidas económicas para las personas afectadas y sus familias, así como para los sistemas de salud y las economías nacionales, los principales costos se derivan de la atención hospitalaria, tratamientos ambulatorios, por los costos médicos directos y la pérdida de trabajo y sueldos (Organización Mundial de la Salud, 2016).

En México la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), de Medio Camino 2016, exploró el estado de diversas enfermedades crónicas en México. Entre ellas, la diabetes en la población mexicana mayor de 20 años de edad (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016).

Respecto a la historia de enfermedad crónica en adultos, el 9.4% refirieron tener un diagnóstico médico previo de diabetes, comparado con las encuestas previas, hubo un ligero aumento en la prevalencia con respecto a la ENSANUT 2012 (9.2%) y un mayor aumento con respecto a la ENSANUT 2006 (7%). Se encontró en el país un aumento de la prevalencia de 9.2% en 2012 a 9.4% en 2016. Entre esta población: Las mujeres reportan mayores valores de diabetes (10.3%) que los hombres (8.4%). Ésta tendencia se observa tanto en localidades urbanas (10.5% en mujeres y 8.2% en hombres) como en rurales (9.5% en mujeres, 8.9% en hombres). Se observó mayor prevalencia en los hombres y mujeres de 60 a 69 años (27.7%), (32.7%) y de 70 a 79 años (29.8%) (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016).

La gran mayoría (87.8%) reportó haber recibido tratamiento médico para controlar su enfermedad; esta cifra es ligeramente mayor a la reportada en la ENSANUT 2012 (85%) y menor a la reportada en la ENSANUT 2006 (94.06%) (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016).

En el último año, con el fin de valorar su control glicémico, el (15.2%) se midió la hemoglobina glicosilada, (4.7%) la micro albuminuria y el (20.9%) tuvo revisión de pies. A pesar de existir un ligero incremento en estas prevalencias respecto a la ENSANUT 2012 (9.6, 4.8 y 14.6%, respectivamente), los resultados de esta encuesta muestran que la vigilancia médica y la prevención de complicaciones que se encuentran especificados en la NOM-015-SSA2-2010 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus están aún muy lejos de alcanzarse (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016).

Los pacientes con diagnóstico previo, reportaron que las principales complicaciones de su enfermedad fueron mayoritariamente: visión disminuida (54.5%), daño en retina (11.19%), pérdida de la vista (9.9%), úlceras (9.14%) y amputaciones (5.5%), casi tres veces más a lo reportado en 2012, sin embargo debe tenerse cautela con esta información dado que el tamaño de muestra es muy pequeño (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016).

En Querétaro la ENSANUT 2012 realizó una encuesta y dentro del apartado de la prevalencia de diabetes mellitus por diagnóstico médico previo en personas de 20 años o más fue de 7.5%, mayor a la reportada en la ENSANUT 2006 (5.3%). La prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo fue ligeramente mayor en mujeres (8.7.0%) que en hombres (6%), con una razón mujer: hombre de 1.4. Tanto en hombres como en mujeres, se observó un incremento de la prevalencia en el grupo de 40 a 59 años de edad (10.1 y 14.7%, respectivamente), la cual aumentó en hombres y mujeres de 60 años o más (15.2%), (22.3%). En los hombres la prevalencia en la población de 60 años o más fue 1.2 veces mayor que la prevalencia en la población de 40 a 59 años. En las

mujeres, la prevalencia de diabetes en la población de 40 a 59 años y en la de 60 años o más fue 6.7 y 10.1 veces mayor que la prevalencia en la población de 20 a 39 años, respectivamente (Instituto Nacional de Salud Pública, 2013).

En comparación con los resultados nacionales, la prevalencia de diabetes en Querétaro se ubicó debajo de la media nacional en (9.2%). En la población de 20 años o más con diagnóstico médico de diabetes, el porcentaje de los que reportaron que se les realizó la determinación de hemoglobina glicosilada en los últimos 12 meses fue de 20.9% para Querétaro. Se observó una diferencia importante por sexo, donde las mujeres (22.3%) reportaron con mayor frecuencia la realización de la prueba en comparación con los hombres (18.6%), con una razón mujer: hombre de 1.2. En el grupo de 40 a 59 años se realizó la prueba a 28.7% de las mujeres, y 18.2% de los hombres. Fue evidente que el porcentaje de la población con diabetes en quienes se realizó la prueba de hemoglobina glicosilada por grupos de edad y sexo fue menor a lo esperado (Instituto Nacional de Salud Pública, 2013).

Al 14.9% de la población 20 años o más se le realizó la prueba de micro albuminuria. En este mismo grupo, el porcentaje de los que reportaron que se les realizó una revisión de pies en los últimos 12 meses fue de 16.6%. Por sexo, el porcentaje de la población a quienes se les realizó esta revisión fue mayor en mujeres (22.1%) que en hombres (7.5%), con una razón mujer: hombre de 2.9. El porcentaje de realización de la revisión de pies más alto en mujeres fue en el grupo de 20 a 39 años (37.2%), seguido del grupo de 40 a 59 años (21.9%). En el caso de los hombres, el porcentaje más alto de realización de esta revisión fue en el grupo de 60 años y más (15.5%). Esto muestra que el porcentaje de la población con diabetes en quienes se realizó la revisión de pies en los servicios de medicina preventiva fue bajo en todos los grupos de edad, en ambos sexos (Instituto Nacional de Salud Pública, 2013).

En la unidad de medicina familiar número 9 de Querétaro, la población con diagnóstico de diabetes mellitus oscila entre 12,000 pacientes, esto de acuerdo al diagnóstico de salud de la clínica.

Clasificación de la diabetes:

La diabetes mellitus en la clasificación de la Asociación Americana de Diabetes 2019 (ADA) en la sección 2 s13-s28 la describe:

- Diabetes mellitus tipo 1 (DM1) (por la destrucción de las células beta, deficiencia absoluta de insulina).
- Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) (por un déficit progresivo de la secreción de insulina iniciado tras un proceso de resistencia a la insulina)
- Diabetes mellitus gestacional (DG) (aquella que es diagnosticada en el 2º o 3º trimestre del embarazo sin antecedentes previos de DM)
- Otros tipos específicos de DM por otras causas:
- DM monogénica (diabetes neonatal, maturity-onset diabetes of the Young (MODY))
- Enfermedades del páncreas exocrino (fibrosis quística).
- DM producida por fármaco (glucocorticoides, tratamiento del VIH, trasplante de órganos).

III.1.2 Fisiopatología de la diabetes

III.1.2.1 Diabetes tipo 1

Los mecanismos de destrucción o muerte de las células β -pancreáticas son diversos, pero involucran una respuesta autoinmune mediada por anticuerpos específicos contra proteínas de las células β , así como la actividad directa de células inmunes, como células T citotóxicas (CTc) y natural killer (NK). La destrucción de las células β se asocia principalmente con la activación de dos vías

apoptóticas: la vía por la perforina-granzima y la vía del ligando Fas (FasL) (Cervantes Villagrana L, Presno Bernal J, 2013).

El exceso crónico de glucosa exagera el daño en el páncreas, produce toxicidad en las células β -pancreáticas (glucotoxicidad) e involucra la activación de la apoptosis por el receptor Fas a través del incremento en la producción de IL-1 β . La glucotoxicidad induce la producción de IL-1 β en la célula β y, en consecuencia, la sobreexpresión de Fas en la membrana (Cervantes Villagrana L, Presno Bernal J, 2013).

III.1.2.2 Diabetes tipo 2

El desarrollo de la DM2 está provocado principalmente por dos mecanismos patogénicos:

-Un progresivo deterioro de la función de las células de los islotes pancreáticos la cual, provoca una disminución de la síntesis de insulina (Carrera Boada C, Martínez-Moreno J, 2013).

-Una resistencia de los tejidos periféricos a la insulina que da como resultado una disminución de la respuesta metabólica a la insulina (Carrera Boada C, Martínez-Moreno J, 2013).

La DM2 tiene un componente genético que altera la secreción de la insulina a través de regeneración deficiente de las células beta, resistencia a la insulina o ambas. Si a lo anterior se suman factores ambientales como obesidad, sedentarismo, tabaquismo y estrés, entre otros, se presentará la intolerancia a la glucosa o un estado prediabético (López Stewart G, 2009).

Una fase final, asociada a una declinación en el funcionamiento de las células beta pancreáticas, La lipotoxicidad causada por el aumento de ácidos grasos libres circulantes, el cambio en los perfiles de las lipoproteínas, la

glucotoxicidad provocada por la sobre estimulación de las células donde disminuye la síntesis de la hormona apareciendo la hiperglicemia en ayuno, fenómeno que se traduce como la totalidad del fenotipo DM2 (Pérez B F, 2009).

III.1.2.3 Diabetes tipo MODY

Diabetes tipo MODY (maturity-onset diabetes of the young) y otras hiperglicemias. La glucocinasa (hexocinasa IV) es una enzima que funciona como un sensor de glucosa y cataliza su fosforilación; se expresa en tejidos que regulan el metabolismo de la glucosa, como el hígado y páncreas. Las mutaciones en el gen de dicha enzima ocurren en cierto tipo de diabetes del adulto de inicio juvenil (maturity-onset diabetes of the Young, MODY2) y llevan a una disminución en la capacidad de fosforilar la glucosa (Cervantes Villagrana L, Presno Bernal J, 2013).

III.1.3 Manifestaciones Clínicas

La OMS, publica una nota descriptiva en el mes de julio del año en curso donde hace mención acerca de las manifestaciones clínicas de la diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2, señalando que cursan con misma sintomatología tal como poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, trastornos visuales, cansancio, pero en diversa intensidad mostrándose más súbitos en la diabetes mellitus tipo 1 y como consecuencia llegando a un diagnóstico tardío en la diabetes tipo 2 por ser síntomas menos intensos (Organización Mundial de la Salud, 2017b).

III.1.4 Diagnóstico

Los criterios diagnósticos según la ADA 2019, menciona que la hemoglobina glicosilada debe ser mayor o igual a 6.5% y debe ser realizada en un laboratorio certificado, la glucosa plasmática en ayuno mayor o igual a 126 mg/dl presentarse con 8 horas de ayuno y la glucosa plasmática de 2 horas mayor a 200mg/dl (carga de glucosa anhidra de 75g disuelta en agua) y los pacientes con síntomas clásicos de crisis hiperglicémicas o hiperglicemia realizar glucosa

plasmática al azar mayor o igual de 200mg/dl (Association American Diabetes, 2019a).

Se debe tomar en cuenta la edad, raza/etnia y la presencia de anemia o de alguna hemoglobinopatía, cuando se utiliza la prueba de hemoglobina glicosilada para diagnosticar diabetes, diversos estudios demuestran que dicha prueba solo es útil en adultos (Association American Diabetes, 2019b).

Los criterios para definir la prediabetes según la OMS y ADA es una glicemia en ayuno según la OMS 110-125mg/dl y ADA 100-125mg/dl, curva de tolerancia a la glucosa según la OMS y ADA 140-199mg/dl y hemoglobina glicosilada solo presentando valor por la ADA para diagnóstico de prediabetes 5.7-6.4%. (Carrera Boada C, Martínez-Moreno J, 2013; Organización Mundial de la Salud 2017).

III.1.5 Complicaciones

Con el tiempo y la evolución de la diabetes, pueden llegar a presentarse diversas complicaciones y llegar a afectar los vasos sanguíneos pudiendo ser microvasculares y macrovasculares (Organización Mundial de la Salud, 2017.a,b).

Las complicaciones microvasculares son lesiones oculares como la retinopatía que llegan a terminar en ceguera, el 2.6% de los casos a nivel mundial es consecuencia de diabetes, nefropatía que llegan a insuficiencia renal y lesiones en nervios, presentando neuropatía combinada con la disminución del flujo sanguíneo aumentando la probabilidad de pie diabético que en ocasiones presentan úlceras y así termina en amputación como consecuencia de infecciones graves (Organización Mundial de la Salud, 2017.a,b).

Los tipos de complicaciones macrovasculares son las enfermedades cardiovasculares como el infarto al miocardio y accidentes cerebrovasculares, en

los adultos es más frecuente presentarlos de 2 a 3 veces (Organización Mundial de la Salud, 2017.a,b).

III.1.6 Control metabólico

Los objetivos deben mantenerse en glucemias basales 110mg/dl, preprandiales 80-130md/dl y postprandiales menores a 180mg/dl, hemoglobina glicosilada por debajo del 7% (Association American Diabetes, 2019b).

Se debe realizar determinación de la hemoglobina glicosilada (HbA1c), 2 veces al año en pacientes con buen control glicémico o cada 3 meses en aquellos que presenten cambios en tratamiento (Association American Diabetes, 2019b).

En adultos no gestantes la HbA1c se encuentra por debajo del 7%, siendo más estricto menor a 6,5% en individuos seleccionados sin riesgo de hipoglicemia y con diabetes mellitus recién diagnosticada, en tratamiento con cambio en estilo de vida o metformina sin riesgo cardiovascular y objetivos menos estrictos menos del 8% en pacientes con historia de hipoglicemias graves, esperanza de vida reducida y alteraciones microvasculares o macrovasculares avanzadas (Association American Diabetes, 2019a; Domínguez Sanchez-Migallón P, 2011).

Otros objetivos incluyen presión arterial sistólica/diastólica <130/<80, colesterol total <185 mg/dl, HDL-colesterol >40 mg/dl, LDL-colesterol <100 mg/dl, triglicéridos <150 mg/dl, no fumar y realizar ejercicio físico de tipo aeróbico al menos 150 minutos/semana (Association American Diabetes, 2019a; Domínguez Sanchez-Migallón P, 2011).

Se introduce la definición de hipoglicemia grave o clínicamente significativa cuando la glicemia sea inferior a 54 mg/dl y tomar como valores de alerta cuando son iguales a 70 mg/dl (Association American Diabetes, 2019b).

III.1.7 Tratamiento farmacológico

El esquema de tratamiento farmacológico elegido debe ser individualizado, teniendo en cuenta: el grado de hiperglicemia, propiedades de los hipoglucemiantes orales, efectos secundarios, contraindicaciones, riesgos de hipoglicemia, si existen complicaciones y comorbilidad, tomando en cuenta las preferencias del paciente (Association American Diabetes, 2019b; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2014).

III.1.8 Tratamiento no farmacológico

El reconocimiento de la trascendencia y la gravedad de la DM2 nos llevan a considerar factores de tipo conductual que pueden ser modificables y prevenibles por medio de la educación del paciente como parte indispensable del tratamiento.

De acuerdo con la OMS la educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente, las cuales suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud, así como el desarrollo de las habilidades personales y autoestima lo que conducirá a la salud individual y de la comunidad (Organización Mundial de la Salud, 2016).

En Cuba, dentro del programa en educación y diabetes del Instituto de endocrinología, se realizó un estudio que permite identificar los conocimientos, las percepciones y las necesidades educativas en diabéticos de la tercera edad. Y se comprobó la falta de conocimiento de la enfermedad (García R, Suárez R, 2007).

Durante el último siglo, se ha conceptualizado la educación para la salud se puede identificar un objetivo común: la modificación de los conocimientos en forma positiva, las actitudes y comportamiento en el entorno de la salud de los individuos, grupos y colectividades (García R, Suárez R, 2007).

En este tipo de tratamiento se involucra el equipo de salud, paciente y red de apoyo para ayudar a los objetivos de niveles de glucosa en sangre a través de cambios en el estilo de vida incluyendo dieta y ejercicio (Organización Mundial de la Salud, 2016).

III.1.8.1 Atención centrada en el paciente

Nos habla acerca de los objetivos de la comunicación entre médico-paciente, teniendo en cuenta la escucha activa del paciente y así mismos conocer los obstáculos que pudiera presentar para llegar a los objetivos y tener un mejor resultado en su salud y mejorando así su calidad de vida (Association American Diabetes, 2019b; Organización Mundial de la Salud, 2017b; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2014).

III.1.8.2 Evaluación médica Integral

Se inicia al confirmar el diagnóstico y clasificación de la diabetes, detectando posibles complicaciones y factores de riesgo para tener un control y tratamiento establecido para el cuidado continuo del paciente (Association American Diabetes, 2019c; Organización Mundial de la Salud, 2017b; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2014).

III.1.8.3 Evaluación de las comorbilidades

Se debe destacar las comorbilidades más frecuentes en los pacientes con diabetes que nos puede llegar a complicar la evolución de la enfermedad, entre algunas de ellas pueden ser los cánceres de hígado, páncreas, endometrio, colon/recto, mama y vejiga, el hígado graso, las fracturas, la discapacidad auditiva, la apnea obstructiva del sueño, la enfermedad periodontal, los bajos niveles de testosterona en hombres, también se incluye enfermedades autoinmunes, VIH, trastornos de ansiedad, depresión, trastorno de conducta alimentaria y la

enfermedad mental grave (Association American Diabetes, 2019c; Organización Mundial de la Salud, 2017b; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2014).

III.1.8.4 Autocontrol de la diabetes educación y apoyo

Cambio en la elección de alimentos saludables y el control de porciones puede ser un método sencillo y eficaz para el control de glicemia y el control de peso, en pacientes sin tratamiento con insulina. La dieta mediterránea, DASH (baja en sal y grasa) y dietas basadas en vegetales, son aceptables para el tratamiento de la DM2 y prediabetes (Association American Diabetes, 2019c; Organización Mundial de la Salud, 2017b; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2014).

La mayoría de los adultos deben comprometerse en realizar 150 minutos o más de actividad física de intensidad moderada a vigorosa por semana, repartidas en al menos 3 días / semana, con no más de 2 días consecutivos sin actividad. Duraciones más cortas (mínimo 75 min / semana) de intensidad vigorosa o entrenamiento a intervalos pueden ser suficientes para las personas jóvenes y más aptos físicamente (Association American Diabetes, 2019c; Organización Mundial de la Salud, 2017b; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2014).

Todos los adultos deben disminuir la cantidad de tiempo invertido en el comportamiento sedentario diario y dejar de fumar (Association American Diabetes, 2019c; Organización Mundial de la Salud, 2017b; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2014).

La atención psicosocial integrada, colaborativa y centrada en el paciente se proporcionará a todas las personas con diabetes, con los objetivos de mejorar los resultados de salud y la calidad de vida (Association American Diabetes, 2019c; Organización Mundial de la Salud, 2017b; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2014).

Al ser el primer nivel de atención, el contacto inicial de los individuos con el sistema de salud y al considerar la educación para la salud una herramienta para mejorar el conocimiento y actitud del individuo y la comunidad, nace un programa en la que se le da una atención personalizada al individuo con un grupo multidisciplinario (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2014).

Programa

Historia

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se creó hace más de 60 años, fue una época donde las enfermedades principalmente eran infecciosas y se podían resolver de forma sencilla en un primer nivel de atención, ahora como primer lugar se encuentran las enfermedades crónico-degenerativas, que dependen de otro tipo de atención las cuales requieren de más tiempo para la atención ya que se tiene que sensibilizar para poder lograr cambios en conductas, cambiar hábitos en su estilo de vida, enseñarles nuevas habilidades, prescribirles medicamentos, evaluar su desempeño, ayudarles a resolver problemas emocionales, conseguirles apoyo y detectar y tratar complicaciones (Gamiochipi Cano M, et al., 2009a).

El Programa Institucional de Atención al Paciente Diabético (DiabetIMSS) representa una propuesta de cambio en la forma en que otorgamos la consulta de las personas con diabetes, precisamente para resolver este problema (Gamiochipi Cano M, et al., 2009a).

Forma de trabajo

Se combinan las acciones de la consulta personalizada con las sesiones educativas de grupo, es un modelo de atención que se llama Clínica del Paciente Crónico, en esta estrategia se otorga atención simultánea en sesión grupal y

consulta Médica, con duración de 2 a 2 ½ horas (Gamiochipi Cano M, et al., 2009a).

Se forman grupos de 20 pacientes por sesión dándose 2 sesiones por turno. Al inicio de la sesión, todo el equipo de salud del módulo se presenta (Médico, Enfermera, Trabajadora Social, Nutricionista Dietista, Estomatólogo y Psicólogo Clínico). Durante la sesión educativa, la Enfermera orienta a los pacientes sobre el orden en que pasan al consultorio médico y recibir su consulta médica. La consulta médica requiere de un tiempo de menor duración que la consulta tradicional (Gamiochipi Cano M, et al., 2009a).

La Enfermera del módulo, expone el tema según la programación fomentando la participación entre los integrantes, se asignan tareas a realizar en casa y una breve introducción de la siguiente sesión. Las sesiones educativas consumen más tiempo para modificar los cambios de conducta en los pacientes, estas actividades son: educar al paciente, identificar sus dificultades y ofrecer orientación para resolverlas y técnicas de exploración en pies, boca, piel, entre otros (Gamiochipi Cano M, et al., 2009a).

La experiencia con este modelo en México y en el IMSS, nos ha enseñado que ésta estrategia, al menos el 70% de los pacientes, aceptan esta forma de atención médica que combina las actividades educativas y de asistencia médica (Gamiochipi Cano M, et al., 2009a).

Quienes forman el programa

Las unidades más pequeñas, el módulo está integrado por un Médico Familiar, una Enfermera General y una Trabajadora Social. En unidades más grandes se incluirán, la Nutricionista, Dietista y el Psicólogo (Gamiochipi Cano M, et al., 2009a).

La Enfermera es la que coordina y lleva a cabo las sesiones educativas e indica a los pacientes el orden de la consulta médica. El Médico Familiar es el líder del grupo, resuelve dudas de los miembros del equipo multidisciplinario y otorga la atención médica. El Estomatólogo, Nutricionista Dietista y el Psicólogo, participarán en las sesiones educativas programadas y otorgarán la atención individual correspondiente en sus consultorios o áreas de trabajo (Gamiochipi Cano M, et al., 2009a).

Temas que aborda el programa

Se tienen programadas 12 sesiones con periodicidad mensual con el siguiente orden:

1. ¿Qué sabes acerca de la diabetes? 2. Rompe con los mitos acerca de la diabetes. 3. Auto-monitoreo. 4. Hipoglicemia e hiperglicemia 5. El plato del bien comer y recomendaciones cualitativas 6. Conteo de carbohidratos, grasas y lectura de etiquetas. 7. Técnica de modificación de conducta: aprende a solucionar tus problemas. 8. Técnica de modificación de conducta: prevención exitosa de recaídas. 9. Actividad física y diabetes. 10. Cuida tus pies, Cuida tus dientes, las vacunas y tú salud. 11. Tú familia y tú diabetes. 12. La sexualidad y la diabetes (Gamiochipi Cano M, et al., 2009a).

Criterios de referencia al módulo

- Paciente que padezca Diabetes de cualquier tipo.
- Paciente que autorice su referencia al módulo.
- De cualquier edad y sexo.
- Con menos de 10 años de evolución sin complicaciones crónicas.
- Con más de 10 años de evolución, sin complicaciones crónicas.

- Sin deterioro cognitivo, psicosis o fármaco dependencia.
- Con compromiso de red de apoyo familiar o social.
- Sin problemas para acudir una vez al mes para su atención integral que incluye una sesión con una duración de 2 a 2.5 hrs. en el turno al cual están adscritos (Gamiochipi Cano M, Haua Navarro K, et al, 2009a).

Dinámica e integración de grupos

Cuando los grupos se organizan con un líder (médico y enfermera), se cuenta con un objetivo (aprender, solucionar problemas, formar hábitos, desarrollar habilidades) y establecer un compromiso (responsabilidad de dar lo mejor de sí mismos), es posible establecer los logros y metas comunes (Gamiochipi Cano M, et al., 2009a).

Yalom ha descrito 12 características de los grupos efectivos:

Dan esperanza y favorecen el optimismo realista: disminuye la ansiedad. Dan información fácil de entender: breve y oportuna. Propician el altruismo dentro del grupo: el apoyo social favorece la adaptación a la enfermedad. Desarrollan la socialización (nuevas amistades y actividades saludables fuera del grupo). Permiten el aprendizaje a través de las experiencias de otros. Favorecen la expresión verbal de circunstancias y problemas en común. Modelan, esculpen y moldean diferentes conductas y habilidades. Permiten el aprendizaje a través de comportamientos de imitación. Favorecen un sentimiento de “pertenencia”, unión recíproca y adhesión de los miembros al grupo (cohesión). Propician el intercambio de experiencias (identificación, expresión y aceptación de recuerdos que tienen aparejadas emociones dolorosas: miedo, vulnerabilidad, pérdida de la auto estima). Facilitan la interiorización de actitudes personales a través de preguntas abiertas (la reflexión permite descubrir causas, significados,

asociaciones y consecuencias de la propia conducta) (Gamiochipi Cano M, et al., 2009a).

El Programa Institucional para la Prevención y Atención del paciente Diabético, el equipo (Medico y Enfermera) del Módulo combinan el componente educacional con la discusión estructurada, efectuando: 1. La presentación didáctica del tema. 2. Interactúa con preguntas abiertas a diferentes participantes, sobre sus dificultades emocionales y problemas. 3. Identifica y explora el contenido emocional de los participantes. 4. Escucha palabras clave que resalten el punto de vista optimista. 5. Elabora conclusiones que favorecen la solución del problema basados en los puntos de vista optimistas. 6. Favorece la participación breve pero significativa de todos los miembros (Gamiochipi Cano M, et al., 2009a).

La atención centrada en el paciente

Es una característica de los servicios de salud para buscar incorporar los deseos, necesidades, aptitudes, valores e intereses de los pacientes en el proceso de atención a la salud y en su interacción con el equipo de salud (Gamiochipi Cano M, et al., 2009a).

Para lograr una adecuada atención centrada en el paciente, es necesario hacernos las siguientes preguntas: 1. ¿Cuáles son las necesidades más comunes de nuestros pacientes con diabetes? 2. ¿Cuáles son sus preferencias en cuanto a la atención por el equipo de salud? (Gamiochipi Cano M, et al., 2009a).

Para lograr la participación activa del paciente es necesario que se conozcan las alternativas de cómo tratar el problema, los efectos y resultados del tratamiento.

Las ventajas de la atención centrada en el paciente son: Disminuye la tensión en la relación equipo de salud - paciente. Establece una relación madura. Enfatiza las habilidades de comunicación (Gamiochipi Cano M, et al., 2009a).

El elemento esencial de la atención centrada en el paciente es la comunicación individual o grupal y en donde existen procesos básicos: Empatía escuchar, preguntar, informar (Gamiochipi Cano M, et al., 2009a).

Cómo se favorece la atención centrada en el paciente y el enfoque de colaboración con los pacientes: 1. Promover la empatía, 2. Entender las motivaciones del paciente, 3. Evitar el reflejo de corregir, 4. Moderar el estilo directivo, 5. Las enfermedades crónicas requieren limitar el manejo directivo y promover la colaboración (Gamiochipi Cano M, et al., 2009a).

Sin embargo, una problemática que se vive día a día es el abandono del programa DiabetIMSS por los pacientes. Aun no hay suficiente evidencia sobre los factores socio-familiares que pudieran influir en el paciente para el abandono del programa, no obstante se encontraron artículos relacionados con factores socio-familiares y socio-demográficos que se encuentran relacionados en el abandono de distintos programas, tal es el caso de los siguientes artículos:

-Factores que influyen en el abandono de la lactancia materna en un programa de apoyo para la misma en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán, en el periodo septiembre a noviembre del 2014, donde los resultados obtenidos son factores como la edad menor de 25 años, localidad urbana, estado civil y el trabajo (Jacobo N, et al., 2015).

-Factores asociados a las causas de abandono de la consulta de niños y adolescentes con malnutrición; refiere que las principales causas de abandono fueron limitaciones familiares, descuido, viajes y mudanzas (Nahr Velásquez E., 2013).

-El abandono del tratamiento psiquiátrico, motivos y contexto institucional; los motivos más frecuentes incluyeron sentirse mejor, atenderse en otra

Institución, falta de recursos, maltrato del tratante (Velázquez R Alejandro, Sánchez Sosa J J., 2000).

- Gomes L C, et al. En el 2017, realizaron un estudio de cohorte retrospectivo basado en la población de Canadá para estimar los costos atribuibles a multimorbilidad y evaluar si la asociación entre el nivel de multimorbilidad y los costos del sistema de salud varía según factores socio-familiares en las personas menores de 65 años y mayores de 65 años. Concluyeron que los factores socio-demográficos son modificadores importantes del efecto de la relación entre el costo y la multimorbilidad en salud y por lo tanto, deben ser considerados en cualquier discusión sobre la implementación de políticas de salud y la organización de los servicios de salud destinados a controlar los costos sanitarios asociados con multimorbilidad (Gomes L C, et al., 2017).

En estos artículos mencionados, el perfil socio-demográfico juega un papel muy importante que pudiera influir en el abandono de los diferentes programas educativos.

Para la Real academia Española, un perfil se define como: “conjunto de rasgos peculiares que caracterizan a alguien o algo”. Lo socio-demográfico, por su parte, hace alusión al tamaño, distribución y características generales de un grupo de población determinado (Real Academia Española, 2017).

Singh K, et al 2017. Este estudio tuvo como objetivo describir la salud en relación con calidad de vida en general, por edad, sexo y nivel socioeconómico, y examinar las asociaciones entre las condiciones crónicas y la salud, relacionados con la calidad de vida en adultos a partir de tres ciudades más importantes de Asia del Sur. Los resultados fueron: la edad media fue de 42.4 (\pm 13.3) años y el 52.4% eran mujeres, 14% de los encuestados informó problemas de movilidad, dolor y malestar. Significativamente, mejor estado de salud se encuentra en personas de edad avanzada (64.1), las mujeres (71.6), menos educados (71.2) y el grupo de

bajos ingresos (73,4). Las personas con enfermedades crónicas informaron peor salud que los que no (67,4 vs 76,2): razón de prevalencia, 1,8%. Los factores socio-demográficos influyeron de manera negativa en la salud con la calidad de vida (Singh K, et al., 2017).

Walker et al. 2015, realizaron un estudio con el propósito de investigar los efectos independientes de las determinantes sociales, socioeconómicas y psicológicas de la salud sobre el conocimiento de la diabetes, el autocuidado, los resultados de la diabetes y la calidad de vida. Los determinantes sociales de la salud se asociaron significativamente con el autocuidado de la diabetes y los resultados con factores socioeconómicos asociados con mayor frecuencia a los desenlaces y factores psicológicos, específicamente la autoeficacia y el estrés percibido que con mayor frecuencia se asocian con el autocuidado y la calidad de vida. Sugiere que las personas con un nivel socioeconómico más bajo y niveles más bajos de educación tienen una mayor mortalidad y complicaciones más frecuentes de la diabetes (Walker RJ, Gebregziabher, Martin-Harris M, Egede, 2015).

Se investiga la influencia de factores de la enfermedad demográficos, socioeconómicos y crónicos. Se evaluaron las relaciones entre puntuaciones de EQ-5D y variables socio-demográficas como la edad, el sexo, la raza / origen étnico, ingresos, educación y seis condiciones crónicas comunes. Las puntuaciones EQ-5D disminuyó con el aumento de categoría de edad y fueron más bajos para las personas con un ingreso más bajo y el nivel de instrucción, así como cada una de las seis condiciones. Aunque las puntuaciones EQ-5D fueron más bajos para las mujeres y los blancos. En los EE. UU., los factores socio-demográficos y las condiciones clínicas están fuertemente asociados con los puntajes del EQ-5D. Los estudios de salud de la población y los modelos de ajuste de riesgo deben tener en cuenta y ajustar estos factores al evaluar el desempeño de los programas de salud y la atención clínica (Lubetkin E, Jia H, et al., 2005).

Baldisserotto et al 2016, en su artículo muestra la distribución de frecuencia de las características sociales y demográficas en una población diabética e hipertensa en primer nivel de atención. La edad media fue de 64 años. Las mujeres fueron mayoría. Más de la mitad estaban casados o tenían una relación estable. De la muestra total, el 7% no sabe leer o solo puede firmar su propio nombre. Entre las personas con educación formal (93.0%), más de dos tercios completaron la educación primaria y solo el 5% tienen educación superior. Las clases sociales y económicas según los criterios ABEP modificados, la mayoría de los entrevistados, 64.3% pertenecen a la Clase media y 0.3% viven en condiciones de pobreza extrema. Dos tercios de los usuarios (66.5%) estudiados tienen hipertensión sin diabetes, 6.5% tienen diabetes sin hipertensión y 27.1% tienen ambas condiciones. La prevalencia de la hipertensión y la diabetes aumenta con la edad y el género, siendo las mujeres más afectadas. El nivel educativo también se asocia con la prevalencia de estas enfermedades crónicas (Baldisserotto, et al., 2016).

Islam, Md.R. 2017, en su artículo estudia la asociación de los perfiles socio-demográficos y los niveles de glicemia. De acuerdo con los resultados de los estudios, la mitad de los pacientes eran de la familia clase media con baja actividad física y su edad estaba dentro del rango de 30 - 45 años. La relación hombre, mujer de la población de estudio fue de 60:40. La mayoría de los pacientes resultaron ser obesos y educados. Las poblaciones urbanas eran más propensas a tener DM que la población rural. La edad, la educación, la zona de residencia (urbana y rural), la actividad y enfermedades comórbidas se correlacionaron significativamente con DM2 en Bangladesh (Islam Md R, 2017).

González-Zacarías A, Mavarez- Martínez A, 2016, en su estudio refieren, con fines de prevención, la identificación de factores de riesgo para la diabetes es de gran importancia. Factores de riesgo de diabetes bien definidos son la obesidad, dislipidemia, hipertensión, antecedentes familiares de diabetes mellitus y el estilo de vida sedentario. Igualmente importante, pero menos definido con

precisión, son condiciones socio-demográficos, psicológicas y socioeconómicas, incluyendo el género, la raza, la educación, la depresión y sitio de vivienda, se presume que están asociados con el control de la diabetes y los resultados generales de salud (González-Zacarías A, et al., 2016).

Un artículo realizado en la Unidad de Investigación Epidemiológica en Querétaro, cita que el tiempo promedio de estancia en el programa DiabetIMSS de es de 10.24 meses. El principal motivo por el que abandonaron el módulo fue por decisión personal del paciente 43.4%, problemas administrativos y laborales 40.0%, limitaciones físicas 10.0% y cambio de residencia 6.6% (Zúñiga-Ramírez, et al., 2013).

Un artículo realizado en San Paulo sobre las características socio-demográficas de una población diabética en primer nivel de atención. De los participantes del estudio eran adultos y ancianos, siendo que el mayor grupo comprendía edad de 45 a 64 años y el resto de 65 años o más. Se observó un predominio del sexo femenino y del estado civil casado. En cuanto a la ocupación, el 42.8% eran jubilados. En relación a la escolaridad, se encontró que el 59.3% tenía educación básica incompleta. En Cuánto al ingreso familiar, el 29.6% de los pacientes, tenía uno y dos salarios mínimos. En relación al sexo, en este estudio, hubo predominio del sexo femenino. En lo que se refiere al estado civil, constató que la mayoría está casada. Las variables los psicosociales influyen en las fluctuaciones de la glucemia, porque el paciente percibe su enfermedad como factor que interfiere en la dinámica familiar. Un ambiente familiar desfavorable puede interferir en la adherencia al tratamiento. Es importante destacar que las familias organizadas y estructuradas proporcionan un entorno más adecuado como apoyo al cuidado del paciente con diabetes, influenciando fuertemente el comportamiento de este ante la enfermedad, llevándolo a colaborar para la obtención de un buen control metabólico (Ávila-Jiménez, et al., 2007).

Ávila-Jiménez, Cerón OD, et al 2013, estudió la asociación del control glicémico con el apoyo familiar y características socio-demográficas de la población estudiada su edad fluctuó entre 32 y 65 años. Se observó predominio del sexo femenino (65,4%). El estado civil, más del 88% de los pacientes reportó estar casado o vivir en unión libre. El nivel de escolaridad reportado con mayor frecuencia fue primaria y secundaria completa (70,4%) y preparatoria 17,3% respectivamente. Más de 50% de las personas evaluadas fueron amas de casa y sólo un sujeto reportó no vivir con familiares. Los resultados del presente estudio mostraron la asociación entre el apoyo familiar medio y el descontrol glicémico poniendo en relieve la importancia de una red familiar para el control de la enfermedad. Este hallazgo es similar a lo reportado por Méndez y cols., en 2004, donde mostraron una relación entre la disfunción familiar y mayor frecuencia de pacientes en descontrol glicémico de población ambulatoria del IMSS. En conclusión, sus resultados confirman la importancia del apoyo familiar en el control glicémico del paciente con DM2 que favorezca la modificación y permanencia de estilos de vida saludables (Ávila-Jiménez L, et al.,2013).

Gomes L, et al 2017, realizan un ensayo clínico aleatorizado controlado, tuvo como objetivo evaluar la contribución del apoyo social de la familia con el control metabólico y clínica de las personas con diabetes mellitus tipo 2. Concluyeron que las familias deben ser incorporadas en el cuidado de las personas con diabetes mellitus y sobre todo en los programas de atención de la salud, en particular los que pueden promover diferentes formas de apoyo social para fortalecer el vínculo entre los miembros de la familia (Gomes L, et al., 2017).

En base a la literatura descrita anteriormente se observa que los factores socio-familiares juegan un papel importante para favorecer la permanencia de los pacientes en programas estratégicos educativos, que buscan el fortalecimiento adherencia y control de diferentes enfermedades; así como contribuyen en la formación de las diferentes formas de apoyo social para la permanencia de estilos de vida saludables.

Cabe mencionar que la familia es la institución básica de la sociedad humana. Se puede considerar a la familia como la unidad primaria de la salud, desde el punto de vista biológico, psicológico, social y ecológico.

Definición de la familia

“Grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Número de criados de uno, aunque no vivan dentro de su casa. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje” (Real Academia Española, 2017).

El ciclo vital familiar

Es un concepto ordenador para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de los miembros. Su principal valor radica en la identificación de las tareas específicas que debe desempeñar la familia en cada una de sus fases de manera que si en alguna de ellas no se completan dichas tareas pueden surgir problemas de funcionamiento con efectos en las etapas subsiguientes. Cada fase del ciclo vital está precedida por una crisis de desarrollo, manifestándose en aspectos desde pequeños hasta provocar cambios permanentes (tolerados o no tolerados) (González, 2005).

Etapas de ciclo vital

Etapa Constitutiva: la fase Preliminar inicia con el noviazgo es indefinida, la fase de recién casados se caracteriza sin hijos y termina hasta el nacimiento del primer hijo. Etapa Procreativa: tiene una fase de expansión inicia con el nacimiento del primer hijo, termina con hijo mayor del nacimiento a 2.5 años. Fase de apertura se inicia la socialización secundaria, hijo de 6 a 13 años (escolar), hijo de 13 a 20 años (adolescencia). Etapa de dispersión: fase de desprendimiento inicia con la salida del primer hijo y termina con la separación del

último de los hijos. Etapa final: fase de independencia, cónyuges nuevamente solos hasta el final de la actividad laboral por jubilación o retiro. Fase de disolución, vejez de la pareja o viudez hasta la muerte del cónyuge o hasta la muerte del miembro restante (González, 2005).

Tipo de familia

Familia nuclear: compuesta por dos adultos, sin hijos. Nuclear simple: esposo y esposa con hijos de 1 a 3. Familias agregadas: la pareja vive junta, pero sin haber formalizado el matrimonio. Familias monoparentales: es la convivencia de un sólo miembro padre o madre, con hijos no emancipados, pueden ser ocasionadas por divorcio o separación, suelen ser el motivo más común en estos casos, otras causas pueden ser: viudedad; madres solteras (Camí A, 2009).

Familias mezcladas o reconstituidas: formadas por uniones en las que al menos uno de los miembros tiene niños de una relación previa. A veces, estas familias crean auténticas redes familiares extensas no vinculadas, exclusivamente, por sangre (Camí A, 2009).

Familias con abuelos: el aumento de la expectativa de vida de la población y el descenso de la natalidad, han hecho aparecer este tipo de familia, a menudo un hijo se ocupa de sus padres ya mayores, o de otros parientes de edad avanzada (Camí A, 2009).

Familias de abuelos: se trata de personas de edad avanzada que viven solas, sin hijos ni hijas, ni parientes más jóvenes que se ocupen de ellas. A veces, únicamente queda una sola persona, más frecuentemente la de sexo femenino (Camí A, 2009).

Familia por su ocupación

Familia campesina: considerada básicamente la actividad que desarrolla y el entorno geográfico en el que se desempeña; se tiene como principal actividad productiva el cultivo de tierra (Otero L, et al., 2007). Familia obrera: tienen como característica principal contar con un empleo de base y una remuneración que les permite el acceso a ciertos satisfactores básicos de vida. (Otero L, et al., 2007). Familias profesionales: es en la que su interior hay por lo menos un elemento con estudios superiores a nivel de técnico profesional o licenciatura, lo cual también predeterminara su posición social (Luna, 2008).

De este modo, considerando la información abordada previamente podemos decir que el perfil socio-familiar es el conjunto de rasgos peculiares, tamaño, distribución y características generales de un grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas, pudiendo estar conformadas por un conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje, en cualquiera de sus diferentes etapas de ciclo de vida (Real Academia Española, 2017).

La descripción perfil socio-familiar es un conjunto de rasgos peculiares de un grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas pudiendo estar conformadas por un conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje, en cualquiera de sus diferentes etapas de ciclo de vida. Permite definir el tamaño y las principales características sociales de la población tales como: grado de escolaridad, ingresos, lugar de residencia, composición familiar, estrato socioeconómico, estado civil, raza, ocupación, área de trabajo, edad, sexo (Real Academia Española, 2017).

IV.HIPÓTESIS DE TRABAJO

Dentro del perfil socio-familiar de pacientes que abandonan el programa DiabetIMSS, la baja escolaridad es una característica que se presenta de manera frecuente.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

V. OBJETIVOS

V.1 Objetivo general

Determinar el perfil socio-familiar de pacientes que abandonaron el programa DiabetIMSS de una unidad de medicina familiar.

V.2 Objetivos específicos

V.2.1 Determinar las características sociodemográficas de pacientes que abandonaron el programa.

V.2.2 Determinar las variables familiares de pacientes que abandonaron el programa: tipo de familiar en base a composición a su procedencia y etapa de ciclo vital familiar

V.2.3 Determinar la situación institucional de los pacientes que abandonaron el programa.

V.2.4. Determinar las variables de causa de abandono de los pacientes del programa.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1 Tipo de investigación

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo.

VI.2 Población o unidad de análisis

Se estudiaron expedientes de pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2, derechohabientes que estuvieron inscritos en el programa DiabetIMSS y que abandonaron el mismo, en la unidad de medicina familiar número 9 IMSS Querétaro en el período comprendido de marzo del 2017 a Septiembre de 2019.

VI.3 Muestra y tipo de muestra

La muestra se obtuvo con la fórmula para estudios descriptivos con población finita. Se tomaron los expedientes de pacientes que estuvieron en el programa durante el período comprendido de enero 2011 a diciembre del 2016 correspondiendo una población de 2000 pacientes incluidos en el programa de los cuales 343 pacientes abandonaron el mismo.

La fórmula empleada es:

$$N = \frac{n'}{1 + (n' / \text{población})} =$$

N= tamaño de la muestra que se requiere

n'= población en estudio

Población= población finita

Sustituyendo los valores:

$$N = \frac{343}{1 + (343/2000)} =$$

$$1 + (343/2000)$$

$$N = \frac{343}{1 + (0.175)} =$$

$$1 + (0.175)$$

$$N = \frac{343}{1.17} =$$

$$1.17$$

$$N = 293$$

No se realizó técnica muestral ya que se trabajó con el total del universo del censo de trabajo social de expedientes de pacientes que abandonaron el programa 343 expedientes, eliminando 42 expedientes que no cumplieron con los criterios de selección.

VI.3.1 Criterios de selección

Se incluyeron el total de los expedientes de pacientes que estuvieron en el programa durante el período comprendido de Enero 2011 a Diciembre del 2016, que abandonaron el mismo, no hubo criterios de exclusión y se eliminaron expedientes que se encontraron incompletos.

VI.3.2 Variables estudiadas

Se estudiaron las variables sociodemográficas, variables familiares, variables de situación institucional, variables de motivo de abandono.

Dentro de las variables sociodemográficas se investigó sobre: sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación. En las variables familiares se examinó sobre: tipo de familia en base a composición (nuclear, nuclear simple, extensa, extensa

compuesta, monoparental, persona que vive sola); tipo de familia en base a su procedencia (rural, suburbana, urbana); etapa de ciclo vital familiar (constitutiva, procreativa, dispersión, final), en las variables de situación institucional se buscó: tipo de paciente (asegurado o beneficiario) y en las variables de causa de abandono se busco: (baja administrativa, diagnóstico médico, problema laboral, maltrato médico, falta tiempo, sin red de apoyo, baja voluntaria, desinterés).

VI.4 Procedimientos

Posterior a la autorización por el comité local de investigación, se solicitó permiso mediante oficio firmado por el director de tesis, a las autoridades correspondientes para realizar la investigación en la unidad especificada.

Se acudió en horario matutino y vespertino a la Unidad de Medicina Familiar No. 9 de la Delegación 23 de Querétaro, se seleccionaron los expedientes vía electrónica que cumplieron con los criterios de inclusión y se utilizó la libreta de trabajo social. No se realizó técnica muestral ya que se trabajó con el total del universo del censo 343 expedientes, eliminando 42 expedientes que no cumplieron con los criterios de selección.

Con apoyo del instrumento de recolección de la información que se diseñó, se recabaron las variables sociales: sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación. Las variables institucionales: tipo de paciente (asegurado o beneficiario). Variables familiares: tipo de familia en base a composición, tipo de familia en base a su procedencia y etapa de ciclo vital familiar. Las variables de causa de abandono, el motivo de abandono se identificó por el servicio de trabajo social, entrevistando al paciente al momento de notificar que se retiraba del programa, las causas del abandono es la percepción del paciente: baja administrativa, diagnóstico médico, problema laboral, maltrato médico, falta tiempo, sin red de apoyo, baja voluntaria, desinterés. Se eliminaron todos aquellos expedientes cuya información no se encontró completa.

VI.4.1 Análisis estadístico

Se realizó un análisis estadístico descriptivo; para las variables cualitativas se utilizó frecuencias y porcentajes con sus respectivos intervalos de confianza; para las variables cuantitativas se utilizó promedios con desviaciones estándar e intervalos de confianza.

VI.4.2 Consideraciones éticas

Este estudio se ajustó a las normas éticas institucionales y a la Ley General de Salud en materia de experimentación en seres humanos y así como de la declaración de Helsinki, Finlandia, actualizada en Corea 2013. Así como a las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica, siendo aprobado por el comité local de investigación.

Por las características del estudio no se requirió el consentimiento informado, se consideró que no implicó riesgo para los pacientes, ya que se trabajó con expedientes. Se garantizó la confidencialidad de los resultados, sin violar los aspectos éticos, ni se expuso la integridad o salud, así como la utilización de los mismos para el cumplimiento de los objetivos propuestos en el estudio.

Se dio a conocer la información obtenida a las autoridades de la unidad de medicina familiar número 9 Querétaro, con la finalidad de que tuvieran conocimiento acerca del perfil de los pacientes que abandonan el programa de DiabetIMSS y de esta forma contribuir a la planeación de acciones específicas dirigidas a asegurar la permanencia de los pacientes en el programa.

VII. RESULTADOS

Se estudió un total de 343 expedientes de pacientes que abandonaron el programa DiabetIMSS de los que se eliminaron 42 expedientes incompletos, en 301 expedientes se encontró; características sociodemográficas en la que predominó el género femenino con 56.1% (IC95%; 50.50-61.70), estado civil casados con 66.40% (IC95%; 61.10-71.70), nivel educativo secundaria en 27.90% (IC95%; 22.80-33.00) seguido de primaria con 25.60% (IC95%; 20.70-30.5) (Cuadro IV.1).

En la actividad laboral el mayor porcentaje fueron empleados con 36.90% (IC95%; 31.40-42.20), en segundo lugar ama de casa con 33.20% (IC95%; 27.90-38.50). En la calidad institucional del derechohabiente se encontró en la modalidad de asegurado el 55.50% (IC95%; 49.90-61.10). El turno asignado en la institución predominó el turno matutino con 99.00% (IC95%; 97.90-100) (Cuadro IV.2).

Dentro de las características socio-familiares, en su tipología familiar predominó la familia nuclear simple con un 39.20% (IC95%; 33.70-44.70) y la familia extensa con un 22.6% (IC95%; 17.90-27.30). En la demografía todos fueron tipo urbana 100% (IC95%; 100-100). En cuanto a su ciclo vital familiar sobresalió la etapa de dispersión con 37.50% (IC95%; 32.00-43.00) y la etapa final con 36.20% (IC95%; 30.80%-41.60) (Cuadro IV.3).

En las causas de abandono, predominó el problema laboral con un 25.20% (IC95%; 20.30-29.80), en segundo lugar la baja administrativa con 24.90% (IC95%; 20.00-29.80), en tercer lugar desinterés del paciente con el 24.30% (IC95%; 19.50-29.10) y en cuarto lugar comorbilidades propias de la enfermedad. El promedio de la edad fue de 52.38 ± 29.87 años (IC95%; 49.00-55.77). (Cuadro IV.4).

Cuadro IV.1 Características sociodemográficas de los pacientes que abandonaron el programa DiabetIMSS.

Características sociodemográficas	Frecuencia	%	IC95%	
			Inferior	Superior
n:301				
Genero				
Masculino	132	43.9	38.3	49.5
Femenino	169	56.1	50.5	61.7
Edo. Civil				
Casado	200	66.4	61.1	71.7
Unión libre	17	5.6	3	8.2
Soltero	29	9.6	6.3	12.9
Viudo	21	7.0	4.1	9.9
Divorciado	11	3.8	1.6	5.8
Separado	23	7.6	4.6	10.6
Escolaridad				
Analfabeta	14	4.6	2	6.6
S. leer y escribir	25	8.3	5.2	11.4
Primaria	77	25.6	20.7	30.5
Secundaria	84	27.9	22.8	33
Preparatoria	46	15.3	11.2	19.4
Técnico	30	10	6.6	13.4
Licenciatura	25	8.3	5.2	11.4

Fuente: Hoja de recolección de datos del protocolo "Perfil socio-familiar de pacientes que abandonaron el programa DiabetIMSS de una unidad de medicina familiar."

Cuadro IV.2 Características sociodemográficas de los pacientes que abandonaron el programa DiabetIMSS (parte 2).

n:301

IC 95%

Características sociodemográficas	Frecuencia	%	Inferior	Superior
Ocupación actual				
Empleado	111	36.9	31.4	42.2
Obrero	20	6.6	3.8	9.4
Profesionista	10	3.3	1.3	5.3
Desempleado	1	0.3	-0.3	0.9
Ama de casa	100	33.2	27.9	38.5
Jubilado	0			
pensionado	32	10.6	7.1	14.1
Campesino	2	0.7	-0.2	1.6
Otros	25	8.3	5.2	11.4
Calidad				
Asegurado	167	55.5	49.9	61.1
Beneficiario	134	44.5	38.9	50.1
Turno				
Matutino	298	99.0	97.9	100
Vespertino	3	1	-0.1	2.1

Fuente: Hoja de recolección de datos del protocolo "Perfil socio-familiar de pacientes que abandonaron el programa DiabetIMSS de una unidad de medicina familiar."

Cuadro IV.3 Características socio-familiares de los pacientes que abandonaron el programa DiabetIMSS.

n:301

IC 95%

Características socio-familiares	Frecuencia	%	Inferior	Superior
Tipo de familia				
Nuclear	50	16.6	12.4	20.8
Nuclear simple	118	39.2	33.7	44.7
Extensa	68	22.6	17.9	27.3
Extensa compuesta	5	1.6	0.2	3.2
Monoparental	42	14	10.1	17.9
Persona que vive sola	18	6	3.3	8.7
Demografía de familia				
Urbana	301	100	100	100
Ciclo Vital Familiar				
Constitutiva	13	4.4	2	6.6
Procreativa	66	21.9	17.2	26.6
Dispersión	113	37.5	32	43
Final	109	36.2	30.8	41.6

Fuente: Hoja de recolección de datos del protocolo "Perfil socio-familiar de pacientes que abandonaron el programa DiabetIMSS de una unidad de medicina familiar.

Cuadro IV .4 Causas de abandono de los pacientes que abandonaron el programa DiabetIMSS.

n:301

Causas de abandono	Frecuencia	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
Baja administrativa	75	24.9	20	29.8
Problema laboral	76	25.2	20.3	30.1
Maltrato médico	5	1.7	0.2	3.2
Falta de tiempo	4	1.3	0	2.6
Sin red de apoyo	6	2	0.4	3.6
Defunción	4	1.3	0	2.6
Desinterés	73	24.3	19.5	29.1
Comorbilidades	45	15	11	19
Baja voluntaria	3	1	-0.1	2.1
No es diabético	1	0.3	-0.3	0.9
Indisciplina	1	0.3	-0.3	0.9
Problemas familiares	8	2.7	0.9	4.5

Fuente: Hoja de recolección de datos del protocolo “Perfil socio-familiar de pacientes que abandonaron el programa DiabetIMSS de una unidad de medicina familiar.”

VIII. DISCUSIÓN

El programa DiabetIMSS fue creado en el Instituto Mexicano del Seguro Social, para ser utilizado dentro de las unidades de Medicina Familiar, con la finalidad de fomentar un cambio cognitivo conductual del paciente diabético para lograr un adecuado control glicémico; sin embargo, existe un gran porcentaje de pacientes que abandonan el programa. Tomar en cuenta al paciente sobre qué le motiva abandonar el programa y conocer su estado socio-familiar permitirá establecer estrategias más viables que favorezcan su participación y permanencia en los programas de educación en salud, de ahí la importancia de la información que aquí se presenta.

La prevalencia de mujeres y el promedio de edad son similares a lo reportado en evaluaciones realizadas al programa de DiabetIMSS en el 2013 (Zúñiga-Ramírez Ma G, 2013). Esto puede explicarse porque culturalmente las mujeres son las que utilizan más los servicios de salud y por ende sus programas educativos, por edad la prevalencia de DM determina la utilización de los servicios de salud (Romero, 2018).

En la escolaridad los resultados son similares a lo reportado a nivel nacional, donde el promedio de años es de 9 (Ferrán Ruíz, 2011). La baja escolaridad puede favorecer el abandono de los diferentes programas por la diferencia de lenguaje utilizado.

En el estado civil casado, los resultados son similares a lo reportado por el INEGI (Romero, 2018), esto se debe al grupo etario que predomina en el programa ya que a través del tiempo se han establecido patrones culturales que se manifiestan en las diversas formas sociales y legales en los que se da la unión conyugal gran parte de las familias mexicanas aún muestran esta tendencia tradicional.

En relación a la ocupación, la prevalencia de actividad remunerada es similar a lo reportado en México (Romero, 2018), ya que se encuentra en el promedio de edad de la población económicamente activa.

Por tipología familiar, la prevalencia de familia nuclear simple y ciclo vital en etapa de dispersión, fueron similares a lo reportado a nivel nacional (ENDIFAM,2011). Los cambios de la estructura familiar en México se han dado en un contexto de complejas transformaciones, donde prevalecen las familias nucleares y la incorporación cada vez mayor de la mujer al mercado laboral y el impacto que ha tenido la planificación familiar. Por la edad promedio que presenta la población es más común encontrar familias en dispersión genera cambios en su estructura y conformación, como también en la forma de pensar y actuar, ya que la preocupación principal es generar las condiciones necesarias para que los hijos lleguen a ser adultos competitivos, brindándoles las oportunidades educativas y laborales necesarias para un buen desarrollo lo cual incide o repercute en factores como la economía, servicios de salud, desarrollo social y personal con sus efectos directos en el descuido de la salud.

En cuanto al abandono, el predominio de la situación laboral como principal motivo es similar a los reportados en evaluaciones realizadas al programa de DiabetIMSS (Zúñiga-Ramírez Ma G, 2013). Esto puede explicarse porque se trata de una población urbana en la que el promedio de edad los ubica en etapa laboral productiva con ocupación de empleado u obrero que laboran en microempresas y empresas grandes, lo que traduce a jornadas laborales largas con turnos mixtos o cambiantes y contratos temporales, esto aunado a que el paciente puede tener una percepción errónea en cuanto al control de su enfermedad, puede promover el desinterés del programa, además de que son susceptibles a despidos, esto por el ausentismo laboral debido a los constantes permisos para su atención médica y por lo tanto a baja administrativa con pérdida de la seguridad social, por lo que son motivos que pueden explicar el abandono de los diferentes programas educativos.

Trabajar con expedientes y no con pacientes limita mucha información, que puede resultar valiosa al momento de estar investigando el perfil socio-familiar de pacientes que abandonaron el programa DiabetIMSS ya que muchos expedientes pueden encontrarse incompletos o contener una información limitada, en contraste de la información que se podría obtener al consultar a la fuente directa el paciente.

El tener un mejor conocimiento de toda esta información podría coadyuvar a las autoridades encargadas del proceso de evaluación de los programas educativos para la implementación de nuevas políticas de salud y acciones encaminadas a favorecer la permanencia del paciente en el programa.

Dirección General de Bibliotecas UNAM

IX. CONCLUSIONES

El conocimiento del perfil socio-familiar de los pacientes que abandonaron el programa DiabetIMSS, permitió identificar las características de estos pacientes en la que predominó el sexo femenino, con una edad media 52.38 ± 29.87 , su estado civil casado, el nivel de escolaridad secundaria, la ocupación que predominó fue de empleado, en la composición familiar, predominó la nuclear simple, en base a su procedencia todas fueron urbanas, en una etapa de su ciclo vital predominante de dispersión.

La situación institucional que se encontró en los pacientes que abandonaron el programa DiabetIMSS fue de asegurado, prevaleciendo el turno matutino.

En las variables de causa de abandono del programa DiabetIMSS, se encontró que los tres principales motivos incluyen, problema laboral, baja administrativa y desinterés.

IX. PROPUESTAS

Realizar un estudio sobre los factores socio-demográficos y perfil familiar de los paciente que se van a integrar al programa DiabetIMSS. Al realizar esto, al inicio de los programas permitiría detectar a aquellos pacientes que pueden estar en riesgo de abandonar y poder ofrecerle alternativas para que pueda acudir.

El personal de salud debe realizar un estudio sobre los factores socio-demográficos, tipología familiar, etapa de su ciclo vital familiar, así como qué motivó al paciente para que concluyeran satisfactoriamente el programa DiabetIMSS, ya que esto permitiría conocer de qué manera se puede apoyar a los pacientes que pretenden abandonar el programa.

El paciente que se va a dar de baja debe ser ampliamente entrevistado por el personal de salud, sobre que le motiva para abandonar el programa y así poder identificar áreas de oportunidad y ofrecer diferentes alternativas de atención para garantizar su permanencia en el programa. Por ejemplo, analizar la factibilidad de que el instituto les brinde las facilidades de ofrecerles la atención médica a los trabajadores en unidades de atención médica cercanas a su trabajo con el objetivo de disminuir los tiempos en su desplazamiento.

Se tendría que examinar la factibilidad de que la Institución pueda brindar atención a este grupo de pacientes los fines de semana o en algún otro horario, donde no interfiera con sus horas laborales.

X. BIBLIOGRAFÍA

- Association American Diabetes. 2019a. Glycemic Targets : Standards of Medical Care in Diabetes 2019. *Diabetes Care*. 42:61–70. doi:10.2337/dc19-S006.
- Association American Diabetes. 2019b. Classification and Diagnosis of Diabetes : Standards of Medical Care in Diabetes 2019. *Diabetes Care*. 42:13–28. doi:10.2337/dc19-S002.
- Association American Diabetes. 2019c. Obesity Management for the Treatment of Type 2 Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*. 42:81–89. doi:10.2337/dc19-S008.
- Ávila-Jiménez, L., Cerón O., D., Ramos-Hernández, R. I., & Velázquez L., L. 2007. Sociodemographic and Clinical Characteristics of a Diabetic Population at a Primary Level Health Care Center. *Revista Latino-am Enfermagem*. 15. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/pt_08.pdf
- Ávila-Jiménez, L., Cerón O., D., Ramos-Hernández, R. I., & Velázquez L., L. 2013. Asociación del control glicémico con el apoyo familiar y el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Médica Chile*. 141:173–180.
- Balcázar Rincón, L. E., Melchor Ruiz, L. del C., & Ramírez Alcántara, Y. L. 2018. Diabetimss: impacto del programa en el control metabólico de pacientes con diabetes tipo 2 en una unidad de medicina familiar. *Atención Familiar*. 25:103–107. doi:10.22201/facmed.14058871p.2018.3.65307.
- Baldisserotto, J., Kopittke, L., Nedel, F. B., Takeda, S. P., Mendonça, C. S., Sirena, S. A., Nicolau, B. 2016. Socio-demographic characteristics and prevalence of risk factors in a hypertensive and diabetics population : a cross-sectional study in primary health care in Brazil. *BMC Public Health*. 1–9. doi:10.1186/s12889-016-3230-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-016-3230-7>

Camí A. 2009. Introducción al trabajo familiar en casos de vulnerabilidad. Jornadas Formativas. 1:1689–1699. Available from: [http://www.psocialsalesianas.org/image/01 Trabajo Familiar.pdf](http://www.psocialsalesianas.org/image/01%20Trabajo%20Familiar.pdf)

Carrera Boada C. A. and Martínez-Moreno, J. M. 2013. Pathophysiology of diabetes mellitus type 2: beyond the duo “ insulin resistance-secretion deficit .” *Nutrición Hospitalaria*. 28:78–87.

Cervantes Villagrana, R. D., and J. M. Presno Bernal. 2013. Fisiopatología de la diabetes y los mecanismos de muerte de las células β pancreáticas. *Revista de endocrinología y nutrición*. 21:98–106.

Descripción sociodemográfica de los trabajadores. 2017. Available from: <https://safetya.co/descripcion-sociodemografica-de-los-trabajadores/>

Encuesta Nacional sobre la Dinámica de la Familia en México , ENDIFAM 2011 Reporte de Resultados. 2011.

Ferran Ruíz, T. 2011. La Educación Obligatoria. World.

Gamiochipi Cano, M, Haua Navarro M.C. Karime , Valdéz González, L, Vázquez Estupiñan, F, Salinas Martínez, A M, Watcher Rodarte, N. 2009. Programa Institucional de Atención al Paciente Diabético Manual del Aplicador del Módulo DiabetIMSS. 2009;1–105. Instituto Mexicano del Seguro Social.

García, R., & Suárez, R. 2007. Resultados de la estrategia cubana de educación en diabetes tras 25 años de experiencia. *Revista Cubana de Salud Pública*. 33:1–16. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200008

García Bello, L., Torales Salinas, J., Giménez, M. B., Flores, L. E., Gómez de Ruiz, N., & Centurión, O. A. 2016. Informe mundial sobre la diabetes. *World Health*

Organization. 16.3. Available from: www.who.int/diabetes/global-report

Gomes, L. C., Coelho, A. C. M., Gomides, D. dos S., Foss-Freitas, M. C., Foss, M. C., & Pace, A. E. 2017. Contribution of family social support to the metabolic control of people with diabetes mellitus : A randomized controlled clinical trial. 36:68–76. doi:10.1016/j.apnr.2017.05.009. Available from: [/www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28720242](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28720242)

González-Zacarias, A. A., Mavarez-Martínez, A., Arias-Morales, C. E., Stoicea, N., & Rogers, B. 2016. Impact of Demographic, Socioeconomic, and Psychological Factors on Glycemic Self-Management in Adults with Type 2 Diabetes Mellitus. journal *Frontiers in Public Health*. 4:1–8. doi:10.3389/fpubh.2016.00195. Available from: [7C www.frontiersin.org](http://www.frontiersin.org)

Haskell Wi, Lee I-Min, Pate, Powell K, Blair S, Barry F, Macera C, Heath G, Thompson P, B. A. 2017. A five-week cardiovascular conditioning program. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*. 40:1–135. Available from: WWW.diabetes.org/diabetescare

Huerta González, J. L. 2005. *Medicina Familiar. La Familia en el Proceso Salud-Enfermedad*. primera ed. (D. J. A. Velasco, editor.). Editorial Alfil S.A. de C.V., México.

Islam, M. R. 2017. Association between Socio-Demographic Factors and Blood Sugar Levels in Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Bangladesh. *Journal of Diabetes Mellitus*. 7:151–159. doi:10.4236/jdm.2017.73012. Available from: <http://www.scirp.org/journal/jdm>

Jacobo, N. M., Vázquez, L. E. G. R., Barretero, D. Y. R., & Ramos, L. A. T. 2015. Factores que influyen en el abandono de la lactancia materna en un programa de apoyo para la misma en el Hospital de la mujer en Morelia Michoacán, en el periodo de septiembre a noviembre del 2014. *Nutrición Hospitalaria*. 32:2618–

2621. doi:10.3305/nh.2015.32.6.9524.

López Stewart G. 2009. Diabetes mellitus: clasificación, fisiopatología y diagnóstico. Medwave. 12:4315. doi:doi: 10.5867/medwave.2009.12.4315.

Lubetkin, E, H., and M. R. F, Gold P. 2005. Relationship among sociodemographic factors , clinical conditions , and health-related quality of life : Examining the EQ-5D in the U . S . general population. Quality of Life Research. 2187–2188. doi:10.1007/s11136-005-8028-5. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16328899?access_num=16328899&link_type=MED&dopt=Abstract

Luna, A. M. 2008. Familia, introducción al estudio de sus elementos. primera ed. México.

Nahr Velásquez, E. 2013. Factores asociados a las causas de abandono de la consulta de niños y adolescentes con malnutrición *. Revista de ciencias sociales. XIX:694–706.

Organización Mundial de la salud. 2017. Diabetes,Complicaciones de la diabetes. Available from: http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index3.html

Organización Mundial de la Salud. 2017. OMS nota descriptiva julio 2017 manifestaciones clínicas de diabetes mellitus. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

Pérez B F. 2009. Epidemiología y fisiopatología de la diabetes mellitus tipo 2. Rev. Med. Clin. Condes. 5:565–571.

Real Academia Española. 2017. Real Academia Española. Available from: <http://dle.rae.es/?id=HZnZiow>

Romero, E. D. L. 2018. Mujeres y hombres en México. Available from: www.inegi.org.mx

Ruiz Matus, C, Gaona Pineda, E B, Méndez Gómez-Humarán, I, Cuevas Nasu, L, Gómez Acosta, L M, Jiménez Corona, M E, Romero Martínez, M, Hernández Ávila, M, Kuri Morales, P, Shamah Levy, T. 2016. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. México. Available from: www.gob.mx/salud/documentos/encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-de-medio-camino-2016

Singh, K., D. Kondal, R. Shivashankar, M. K. Ali, R. Pradeepa, V. S. Ajay, V. Mohan, M. M. Kadir, M. D. Sullivan, and N. Tandon. 2017. Health-related quality of life variations by sociodemographic factors and chronic conditions in three metropolitan cities of South Asia: the CARRS study. *BMJ Open*. 7. doi:10.1136/bmjopen-2017-018424. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/content/7/10/e018424>

Soto, C., S. V, Soto Zavaleta, V, and J. 2002. Factores determinantes del abandono del Programa de Hipertensión Arterial. Hospital Nacional " Almazor Aguinaga Asenjo " EsSalud, Chiclayo 2000. *Anales de la facultad de Medicina*. 63:185–190.

Trabajo social. Libreta de Registro DiabetIMSS Trabajo Social.

Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. 2014. CENETEC. Available from: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/718GER.pdf>

Velázquez R. A, L. M. del C. Sánchez Sosa, J J, and H. Sentíes C. 2000. El abandono del tratamiento psiquiátrico: Motivos y contexto institucional Psychiatric outpatients dropout: Rationales and institutional context. *Revista de Psicología*. 18:315–340.

Walker, RJ, Gebregziabher, Martin-Harris M, Egede, L. 2015. Independent Effects of Socioeconomic and Psychological Social Determinants of Health on Self-Care and Outcomes in Type 2 Diabetes. *Gen Hosp Psychiatry*. 36:662–668. doi:10.1016/j.genhosppsych.2014.06.011.Independent. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4254055/pdf/nihms619160.pdf>

Zúñiga-Ramírez Ma G, Villarreal Ríos E, Vargas Daza E R, Galicia Rodríguez L, Martínez González L, Cervantes Becerra. R. G. 2013. Perfil de uso de los servicios del módulo DiabetIMSS por pacientes con diabetes mellitus 2. Revista de Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social. 21:79–84. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2013/eim132d.pdf>

Dirección General de Bibliotecas UAO

XI. ANEXOS

XI.1 Hoja de recolección de datos



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N.9
HOJA DE RECAUDACION DE DATOS
PERFIL SOCIO-FAMILIARES DE PACIENTES QUE ABANDONARON EL
PROGRAMA DIABETIMSS**

NSS:			FOLIO:	
SEXO : 1FEMENINO <input type="radio"/> 2MASCULINO <input type="radio"/>	EDAD: _____	EDO.CIVIL: 1CASADO <input type="radio"/> 2UNION LIBRE <input type="radio"/> 3SOLTERO <input type="radio"/> 4VIUDO <input type="radio"/> 5DIVORSIADO <input type="radio"/> 6 SEPARADO <input type="radio"/>	ESCOLARIDAD: 1ANALFABETA <input type="radio"/> 2SABE LEER Y ESCRIBIR <input type="radio"/> 3PRIMARIA <input type="radio"/> 4SECUNDARIA <input type="radio"/> 5 PREPARATORIA <input type="radio"/> 6 TECNICO <input type="radio"/> 7LICENCIATURA <input type="radio"/> 8POSGRADO <input type="radio"/>	OCUPACION ACTUAL : 1EMPLEADO <input type="radio"/> 2OBRERO <input type="radio"/> 3PROFESIONISTA <input type="radio"/> 4DESEMPLEADO <input type="radio"/> 5AMA DE CASA <input type="radio"/> 6 JUBILADO o PENSIONADO <input type="radio"/> 7CAMPESINO <input type="radio"/> 8 OTROS <input type="radio"/>
CALIDAD 1ASEGURADO <input type="radio"/> 2BENEFICIARIO <input type="radio"/>	TURNO DE ASISTENCIA : 1MATUTINO <input type="radio"/> 2VESPERTINO <input type="radio"/>		DEMOGRAFIA 1RURAL <input type="radio"/> 2SUBURBANA <input type="radio"/> 3URBANA <input type="radio"/>	
TIPO FAMILIAR COMPOSICION: 1NUCLEAR <input type="radio"/> 2N. SIMPLE <input type="radio"/> 3EXTENSA <input type="radio"/> 4E. COMPUESTA <input type="radio"/> 5MONOPARENTAL <input type="radio"/> 6PERSONA QUE VIVE SOLA <input type="radio"/>	TIPO FAM. DEMOGRAFIA 1 RURAL <input type="radio"/> 2SUBURBANA <input type="radio"/> 3URBANA <input type="radio"/>		CICLO VITAL 1CONSTITUTIVA <input type="radio"/> 2PROCREATIVA <input type="radio"/> 3DISPERSIÓN <input type="radio"/> 4FINAL <input type="radio"/>	
CAUSAS DE ABANDONO	1BAJA ADMINISTRATIVA <input type="radio"/> 2PROBLEMA LABORAL <input type="radio"/> 3 MALTRATO MEDICO <input type="radio"/> 4 FALTA DE TIEMPO <input type="radio"/> 5SIN RED DE APOYO <input type="radio"/> 6DEFUNCION <input type="radio"/>		7DESINTERÉS <input type="radio"/> 8DX. MEDICO DE COMORBILIDAD <input type="radio"/> 9 BAJA VOLUNTARIA <input type="radio"/> 10NO ES DIABETICO <input type="radio"/> 11INDISCIPLINA <input type="radio"/> 12PROBLEMAS FAM. <input type="radio"/>	