

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

División Académica de Ciencias de la Salud



“Calidad percibida en el control del pie diabético, en una Unidad de Seguridad Social en Tabasco, México”

**Tesis para obtener el diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar**

Presenta:

Carmen Amalia Lázaro Corzo

Director:

Dr. en Cs. María Isabel Avalos García

M. en C. Rosario Zapata Vázquez

M. en C. B. B. Rebeca Hernández Martínez

Villahermosa, Tabasco.

Febrero 2019



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado




Of. No. 0063/DACS/JAEP
30 de enero de 2019

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Carmen Amalia Lázaro Corzo
Especialidad en Medicina Familiar
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dr. Luis Leonardo De la Cruz Martínez, Dr. Carlos Alberto Álvarez Bocanegra, M.A. José Alfredo Sánchez Priego, Dra. Alejandra Anlehu Tello y Dra. Rosa María Sánchez Rodríguez, impresión de la tesis titulada: "**Calidad percibida en el control del pie diabético, en una Unidad de Seguridad Social en Tabasco, México**", para sustento de su trabajo recepcional de la Especialidad en Medicina Familiar, donde fungen como Directores de Tesis el Dra. en Cs. María Isabel Avalos García, M. en C. Rosario Zapata Vázquez y la M. en C. Rebeca Hernández Martínez.

Atentamente


Dra. Miriam Carolina Martínez López
Directora



C.c.p.- Dra. Cs. María Isabel Avalos García.- Director de Tesis
C.c.p.- M: en C. Rosario Zapata Vázquez.- Director de Tesis
C.c.p.- M. en C. Rebeca Henrández Martínez.- Director de Tesis
C.c.p.- Dr. Luis Leonardo De la Cruz Martínez.- Sinodal
C.c.p.- Dr. Carlos Alberto Alvarez Bocanegra.- Sinodal
C.c.p.- Dr. José alfredo Sánchez Priego.- Sinodal
C.c.p.- Dra. Alejandra Anlehu Tello.- Sinodal
C.c.p.- Dra. Rosa maría sánchez Rodríguez.- Sinodal

C.c.p.- Archivo
DC'MCML/MO'MACA/lkrd*



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 08:00 horas del día 24 del mes de enero de 2019 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Calidad percibida en el control del pie diabético, en una Unidad de Seguridad Social en Tabasco, México"

Presentada por el alumno (a):

Lázaro Corzo Carmen Amalia
Apellido Paterno Materno Nombre (s)

Con Matricula

1	6	1	E	5	0	0	0	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Diploma de:

Especialidad en Medicina Familiar

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

Dr. en Cs. María Isabel Avalos García
M en C. Rosario Zapata Vázquez
M en C.B.B. Rebeca Hernández Martínez
Directores de Tesis

Dr. Luis Leonardo De la cruz Martínez

Dr. Carlos Alberto Álvarez Bocanegra

Mtro. José Alfredo Sánchez Priego

Dra. Alejandra Anlehu Tello

Dra. Rosa María Sánchez Rodríguez

C.e.p.- Archivo
DC*MCML/MO*MACA/lkrd*



Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 21 del mes de Enero del año 2019, el que suscribe, Carmen Amalia Lázaro Corzo, alumno del programa de la Especialidad en Medicina Familiar, con número de matrícula 161E50002 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **"Calidad percibida en el control del pie diabético, en una Unidad de Seguridad Social en Tabasco, México"** bajo la Dirección de la Dr. en Cs. María Isabel Avalos García, M. en C. Rosario Zapata Vázquez y M. en C. B. B. Rebeca Hernández Martínez conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: carmencorzo1985@gmail.com, Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.


Carmen Amalia Lázaro Corzo

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE
CIENCIAS DE LA SALUD



JEFATURA DEL ÁREA DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello



AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco y en especial la División Académica de Ciencias de la Salud y la Jefatura del Área de Estudios de Posgrado mi alma mater, por haberme albergado estos 3 años en mi formación profesional.

A mis Directores de Tesis, Dra. Rosario Zapata Vázquez, Dra. María Isabel Avalos y Mtra. Rebeca Hernández Martínez por su colaboración y apoyo en la realización de esta tesis, agradezco la confianza, por ser uno de los pilares de mi formación académica, el valioso tiempo dedicado, por proporcionarme conocimientos en la investigación, experiencias y por animarme a seguir adelante en mi vida profesional.

A mis profesores, por haberme transmitido sus conocimientos y darme siempre lo mejor de ellos.

A mis padres, por el apoyo incondicional que me han brindado a lo largo de mi vida. A mí amada hija por su comprensión y sacrificio.

A los directivos de la Unidad de Medicina Familiar # 39 Delegación Tabasco por su autorización para hacer posible la ejecución de esta investigación.

Un agradecimiento especial a los pacientes con Pie Diabético que participaron en este estudio, que me proporcionaron la oportunidad de realizar esta tesis, permitiendo conocer un aspecto de los resultados de la calidad percibida en el control de su padecimiento.



DEDICATORIAS

A mi hija:

Porque Dios me bendijo con la dicha de tener una hija como tú; el día que llegaste a mi vida se llenó de luz como nunca antes lo había hecho, te amo como nunca nadie lo hará, eres lo mejor que me ha pasado en la vida, perdóname si algunas veces he sido dura contigo pero te amo tanto que solo quiero tu bien, quiero que sepas que si en algún momento no estoy a tu lado mi alma y mi corazón estarán siempre contigo, sé que no siempre soy la madre que te mereces pero hasta en los momentos más difíciles y errores más tontos estoy tratando de hacer mi mejor esfuerzo, estos 3 años fueron muy difíciles pero aprendí que no habrá calamidad que oscurezca el brillo de tu sonrisa, ni reto insuperable al lado de tus caricias, tu ternura y tu inocencia son el recordatorio del sentido que le da vida a mi vida; porque uno de los milagros que tu amor ha obrado en mí, es el deseo de ser un mejor humano por ti y para ti; a medida que crezcas te enfrentarás a muchos desafíos en la vida, y sé que podrás enfrentarlos sin problemas, porque hasta ahora me has demostrado tu fortaleza y he aprendido más de ti, que tú de mí.

Recuerda que siempre podrás contar conmigo para todo, que siempre estaré allí para apoyarte incondicionalmente a realizar tus sueños; como tú lo has hecho hasta ahora.

Te amo.



ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS Y CUADROS	VII
RESUMEN	VIII
ABSTRACT	IX
ABREVIATURAS	X
GLOSARIO DE TÉRMINOS	XI
1 INTRODUCCIÓN	13
2 MARCO TEÓRICO	14
2.1 Calidad.....	14
2.1.1 Calidad en la atención médica y evaluación de la calidad.....	16
2.1.2 Calidad percibida.....	17
2.2 Percepción.....	18
2.3 Diabetes: Generalidades.....	21
2.3.1 Fisiopatología de la Diabetes.....	22
2.4 Neuropatía diabética.....	23
2.5 Pie diabético como complicación asociada a Diabetes T2.....	24
2.5.1 Clasificación Wagner de úlceras en el pie diabético.....	25
2.6 Panorama epidemiológico.....	25
2.6.1 Internacional.....	25
2.6.2 Nacional.....	27



2.6.3 Estatal.....	28
2.7 El personal de salud en la atención al paciente con pie diabético....	29
2.8 La familia en el contexto del paciente con pie diabético.....	30
2.9 Estudios relacionados.....	31
2.9.1 Ámbito internacional.....	31
2.9.2 Ámbito nacional.....	34
2.9.3 Ámbito estatal.....	37
3 Planteamiento del problema.....	39
4 Justificación.....	42
5 Objetivos.....	45
5.1 General.....	45
5.2 Específicos.....	45
6 Materiales y Métodos.....	46
6.1 Tipo de investigación.....	46
6.2 Caracterización de los informantes.....	46
6.3 Escenario del estudio.....	46
6.4 Selección de los participantes.....	46
6.5 Procesamiento y técnicas de recolección de datos.....	47
6.6 Variables.....	50
6.7 Procesamiento y análisis de la información.....	50
6.8 Rigor del estudio.....	50
6.9 Consideraciones éticas.....	51



7 Resultados	51
7.1 Presentación y análisis de los discursos.....	51
7.2 Características sociodemográficas, clínicas y de accesibilidad de los pacientes con pie diabético.....	52
7.3 Datos sociodemográficos de los pacientes con pie diabético por grupo focal.....	54
7.4 Discursos de informantes clave (pacientes con pie diabético), según categorías analizadas.....	55
8 Discusión	59
8.1 Roles asignados al paciente y al prestador.....	59
8.2 Enfoque y conocimiento acerca de la enfermedad.....	59
8.3 Integración de la vida con la enfermedad.....	60
8.4 Contexto social y organizativo.....	62
9 Conclusión	66
10 Recomendaciones	67
Referencias.....	69
Anexos.....	77
A.- Consentimiento informado.....	78
B.-Oficio para recolección de datos.....	79
C.- Cuestionario de investigación (pacientes con pie diabético).....	80
D.- Guía de entrevista para grupos focales del trabajo de investigación calidad percibida en usuarios con pie diabético, en una Unidad de Seguridad Social.....	83



E.- Guía de entrevista del grupo focal.....	84
F.- Operacionalización de variables.....	86
G.-Proceso de saturación de los discursos.....	90

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



ÍNDICE DE TABLAS Y CUADROS

Tabla 1. Características sociodemográficas y de accesibilidad de los informantes grupo focal 1.....	54
Tabla 2. Características clínicas de los participantes del grupo focal 1.....	55
Tabla 3. Características sociodemográficas y de accesibilidad de los informantes del grupo focal 2.....	55
Tabla 4. Características clínicas de los informantes del grupo focal 2.....	56
Cuadro 1. La calidad percibida en el control del pie diabético en pacientes adscritos a una Unidad de Seguridad Social.....	57



RESUMEN

Objetivo: Comprender la calidad percibida de los pacientes en el control del pie diabético, en una Unidad de Seguridad Social en Tabasco, México. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio cualitativo de tipo exploratorio en una población de pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 que presentaron lesión en pie, con clasificación Wagner indistinta, que asisten regularmente a control médico. Se incluyó a pacientes que cumplieron con los criterios de selección. Se formaron dos grupos focales integrados por 10 personas. Para la obtención de datos, se crearon condiciones apropiadas, que favorecieron la expresión abierta y sincera de los informantes. La intervención fue documentada a través de grabación de audio y video; respetando los argumentos expresados, así como los comportamientos observados, los discursos se transcribieron textualmente, cuidando su integridad, para posteriormente ser interpretados. Se utilizó el proceso de análisis-síntesis, se analizaron, saturaron y triangularon los discursos de los informantes. **Resultados:** Los discursos más representativos fueron los siguientes: *“Para mi es la vida más amarga, ya no sirves para nada” (Hombre 47 años), “...me siento desanimado, no puedo llevar una dieta, trabajar como antes” (Hombre 43 años), “Mi familia me apoya en todo, curaciones, alimentación...” (Hombre 43 años), “...Me envió al servicio de curación, me agarró como si fuera un animal tuve que pagar particular” (Hombre 52 años), “El trato no es el que uno espera, personas muy prepotentes...” (Hombre 40 años).* **Conclusiones:** Los pacientes no integran la enfermedad a su vida, reconocen su falta de apego terapéutico, conciben el plan nutricional como algo próximo al ayuno, expresan sentimientos de tristeza, preocupación y desánimo debido a la lesión, consideran a la familia como principal red de apoyo y piensan que el servicio de salud es deficiente debido a la falta de organización, insumos y empatía por parte del personal.

Palabras clave: Calidad, Percepción, Diabetes, Pie.



ABSTRACT

Objective: To understand the perceived quality of patients in the control of diabetic foot, in a Social Security Unit in Tabasco, Mexico. **Materials and methods:** A qualitative exploratory study was conducted in a population of patients diagnosed with type 2 diabetes who presented with foot injury, with an indiscriminate Wagner classification, who regularly attend medical check-ups. Patients who met the selection criteria were included. Two focus groups composed of 10 people were formed. To obtain data, appropriate conditions were created, which favored the open and sincere expression of the informants. The intervention was documented through audio and video recording; respecting the arguments expressed, as well as the observed behaviors, the speeches were transcribed verbatim, taking care of their integrity, to be later interpreted. The analysis-synthesis process was used, the discourses of the informants were analyzed, saturated and triangulated. **Results:** The most representative speeches were the following: "For me it is the most bitter life, you are no longer good for anything" (Man 47 years old), "... I feel discouraged, I can not take a diet, work as before" (Male 43 years old) , "My family supports me in everything, cures, food ..." (Man 43 years old), "He sent me to the healing service, he grabbed me like an animal I had to pay particular" (Man 52 years old), "The deal is not what you expect , very arrogant people ... "(Man 40 years). **Conclusions:** Patients do not integrate the disease into their lives, recognize their lack of therapeutic attachment, conceive the nutritional plan as something close to fasting, express feelings of sadness, worry and discouragement due to the injury, consider the family as the main network of support and think that the health service is deficient due to the lack of organization, inputs and empathy by the staff.

Keywords: Quality, Perception, Diabetes, Foot.



ABREVIATURAS

ADA	American Diabetes Association
ARIMAC	Área de Informática Médica y Archivo Clínico
Ensanut	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
FBS	Fasting Blood Sugar
DFU	Diabetic Foot Ulcer
DT2	Diabetes Tipo 2
IFD	Federación Internacional de Diabetes
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
IWGDF	Working Group on the Diabetic Foot
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SEACV	Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascolar
SIMF	Sistema Integral de Medicina Familiar
UMF	Unidad de Medicina Familiar



GLOSARIO DE TÉRMINOS

- Calidad Percibida:** Interpretación o juicio valorativo sobre la calidad de un servicio o programa de salud visto desde la perspectiva del paciente.
- Control Metabólico:** Comprende la identificación, el tratamiento del paciente, el registro y seguimiento del caso. A través de la educación y manteniendo cifras normales de glucosa en ayuno, Hb A1c, Colesterol total así como HDL y LDL, triglicéridos, presión arterial, IMC y circunferencia abdominal.
- Percepción:** Proceso por el que los individuos organizan e interpretan las impresiones de sus sentidos con objeto de asignar significado a su entorno.
- Perspectivas:** Punto de vista acerca de algo, o manera de ver las cosas.
- Emociones:** Estados, movimientos o condiciones por el cual el ser humano advierte el valor o importancia que una situación determinada tiene para su vida, sus necesidades o sus intereses.
- Diabetes tipo 2:** Enfermedad metabólica, crónica, caracterizada por alteraciones en el manejo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas derivadas de las deficiencias en la secreción o acción de la insulina.
- Usuario:** Los organismos o personas a las que servimos, a las que se presta un servicio o se vende un producto. Todo individuo o proceso que utiliza los resultados de nuestro trabajo. La persona o grupo de personas que esperan algo de nosotros.



1. INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es uno de los problemas de salud de mayor trascendencia, tanto por su frecuencia, como por la repercusión social y a la vez económica que la constituye. Una de las complicaciones de este padecimiento que afecta la calidad de vida de los pacientes con diabetes, es el pie diabético ya que si no es tratado a tiempo puede concluir en una amputación del miembro afectado trayendo como consecuencia cambios importantes en la esfera física, psicológica y social del paciente. Una de los rasgos característicos de las úlceras de pie diabético, que las distingue del resto de las heridas crónicas, es que generalmente no provoca dolor, dando como resultado que las lesiones en las raíces nerviosas de origen diabético que afectan a las piernas y los pies (neuropatía periférica) lleguen a profundizar la lesión, por lo que si esta se complica llevará al paciente a una amputación para preservar su vida; causando un profundo efecto sobre los aspectos psicosociales, como la falta de observancia de los cuidados personales preventivos y el tratamiento respectivo.

El pie diabético es un tema de especial importancia, por constituir una complicación a largo plazo de la diabetes tipo 2. Representa un gran reto para el personal de salud, por la carga emocional y económica para quienes la padecen, para sus familias y las instituciones de salud. Para lograr un adecuado control y reducir las complicaciones a largo plazo, es necesario que el paciente se adhiera al tratamiento. Sin embargo, también es necesario conocer las perspectivas del paciente acerca de su enfermedad, lo que siente y espera de su control, de su médico, de su familia y del contexto en que se desenvuelve.

Derivado de las consideraciones anteriores, se realizó un estudio cualitativo en una Unidad de Medicina Familiar del IMSS Delegación Tabasco, con el objetivo de comprender la calidad percibida de los pacientes en el control del pie diabético.

Los resultados de este estudio permitirán al médico familiar comprender la realidad a la que se enfrentan los pacientes diariamente, para diseñar estrategias



de intervención específica, que incidan en la mejora continua de la calidad de la atención que se otorga y por ende en la calidad de vida de las personas afectadas.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Calidad

La definición de calidad es variable, y esta depende de la relación que tiene con los valores de cada sociedad, a su vez este concepto ha evolucionado a los largo de los años a través de la historia por lo que ha sido percibida y definida de manera diferente por cada individuo, es decir no es un producto del azar, sino que existe una estructura conceptual subyacente; puede ser cualquier cosa que quiera que sea, por lo general es un reflejo de los valores y metas existentes en el sistema de atención médica y la sociedad; por otra parte la Real Academia de la Lengua define Calidad como *“la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permitan juzgar su valor, es decir, apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes”*. El concepto de calidad ha tenido diferentes significados, desde la era primitiva donde el hombre debió determinar la calidad del alimento y ya en la actualidad donde la misma se orienta de igual manera a satisfacer las necesidades de los usuarios. De esta definición podemos extraer tres características importantes: la primera que el concepto de calidad es un término relativo, la segunda que el término tiene como característica principal la comparabilidad y tercero que existe un estándar, norma o modelo específico con el cual compararse. El concepto de calidad parece llevar implícito la idea de lo bueno, excelente, adecuado o mejor que otro. ^{1, 2, 3}

Deming en el año 1989 señaló que la calidad debe estar direccionada a las necesidades de los usuarios, y está ligada a factores en el producto o servicio (cumplimiento de normas, leyes), el usuario (expectativas) y el servicio durante su empleo, por lo que la calidad es la capacidad de comprender las necesidades de los usuarios con el fin de satisfacerlas plenamente.⁴ Para Donabedian, la calidad de la atención puede dividirse en el aspecto dedicado a la salud, en el aspecto



interpersonal (interacción social entre el paciente y el profesional), y amenidades. Por lo que para entender el concepto de calidad como una propiedad de, y un juicio sobre, alguna característica de la atención, la cual por lo menos se divide en dos partes: la parte técnica y la interpersonal. ¹ Brook y Lohr en el año 1985 definen el concepto calidad como *“la diferencia que existe entre la eficacia y la efectividad”, un concepto centrado en el cumplimiento de los requisitos en condiciones reales y que aplicado al sector sanitario, estaría basado exclusivamente en la calidad científico técnica de los profesionales*. ⁵ Otra definición es la que realiza el Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine, que considera la calidad como el “grado en que los servicios de salud, a nivel individual o poblacional, aumentan la probabilidad de obtener resultados de salud deseables y coherentes y en consistencia con el conocimiento científico y profesional existente”. ⁶ En esta definición encontramos características como: escala de medida, espectro de elementos en la atención, orientación de los objetivos, reconocimiento de resultados, vinculación del proceso a los resultados, preferencias de los usuarios y su participación y responsabiliza a los profesionales de proveer cuidados conforme a su conocimiento.¹

En función del enfoque realizado en cada una de las definiciones, David A. Garvín establece cinco grupos:

- Definiciones trascendentes: la considera como una cualidad innata, una característica absoluta y universal reconocida. Los seguidores de esta visión consideran que no puede darse una definición precisa y única sobre este concepto, ya que se aprende a reconocerla a través de la experiencia.
- Definiciones basadas en el producto: la define como una característica medible. Las diferencias en el concepto calidad significan diferencias en la cantidad o cualidad que posee el producto.
- Definiciones basadas en el usuario: esta debe ser definida desde la perspectiva del usuario. Esta definición asume que los compradores individuales tienen gustos diferentes, además asumen que los productos que mejor satisfacen sus necesidades son los que consideran como



productos de más calidad. Mientras que Juran en 1980 consideraba el concepto de calidad como aquello que es adecuado para el uso, y satisfacción de las necesidades del cliente.

- Definiciones basadas en la producción: basada en la oferta y el cumplimiento de determinadas especificaciones. Un ejemplo de esta definición es la que realiza Crosby, al definirla como la conformidad de especificaciones, es decir, que no se debería esperar un error o aceptarlo como inevitable, en otras palabras cero defectos.
- Definiciones basadas en el valor: definen la calidad en términos de costes y precios exclusivamente.

De estas definiciones se puede concluir que la calidad es una característica de la atención que puede ser medida, a través de la percepción del paciente como usuario de un servicio y que el cumplimiento de los requisitos lleva implícito el cumplimiento de la misión o estrategia.⁷

2.1.1 Calidad en la atención médica y evaluación de la calidad

La Calidad de atención en los servicios de salud se ha ido transformado en uno de los aspectos fundamentales de la medicina actual. Por lo que han surgido innumerables problemas durante las últimas décadas, a partir de la creciente complejidad de los sistemas de salud, debido a las mayores exigencias por parte de los usuarios y sus acompañantes (familiares, amigos), así como del incremento en el costo de una atención, por lo que se requieren soluciones efectivas que garanticen tratamientos adecuados, en el momento oportuno y dentro de un marco de equidad y respeto a sus valores y derechos.⁶

Donabedian en el año 1980 describió la calidad de atención como: "*Aquel tipo de cuidado en el cual se espera maximizar un determinado beneficio del paciente, luego de haber tomado en cuenta un balance de las ganancias y pérdidas implicadas en todas las partes del proceso de atención*". En 1990 el Instituto de Medicina de Estados Unidos, parte de la Academia Nacional de Ciencias de ese país, propuso una definición de calidad que ha sido ampliamente aceptada:



"Calidad de atención es el grado en el cual los servicios de salud para individuos y la población incrementan la posibilidad de obtener resultados deseados en salud y que sean consistentes con el conocimiento profesional médico".^{8,9} La calidad de atención se basa en ofrecer un servicio o producto de acuerdo a los requerimientos del paciente más allá de los que éste puede o espera. Es satisfacer las necesidades del cliente de manera consciente en todos los aspectos, mismo que los elementos de la calidad de atención deben de tener; disponibilidad y oferta de insumos, información al cliente, capacidad técnica del prestador de servicios, relaciones interpersonales con el cliente y organización de servicios. En nuestro país, los primeros trabajos sistematizados en favor de la calidad, se identificaron en el Hospital de la Raza del IMSS en 1956, por un grupo de médicos interesados en conocer la calidad con que estaban atendiendo a sus pacientes, a través de la revisión de los expedientes clínicos. Sus esfuerzos fueron recogidos por las autoridades normativas del IMSS y en 1960 editaron, publicaron y difundieron el documento Auditoría Médica, que fue retomado por otras instituciones del Sector Salud, con propósitos similares.¹¹

2.1.2 Calidad percibida

La perspectiva es definida de acuerdo al diccionario de la real academia española:

- 1.- Punto de vista desde el cual se considera o se analiza un asunto.
- 2.- Punto de vista o modo de ver y considerar las cosas.¹²

Se trata de la expectativa que tiene el cliente, en el sector salud el paciente en relación a un producto, construida a partir de su percepción, estado de ánimo e imagen de marca, del proveedor, como resultado de la propaganda o de su experiencia personal con otro producto de la misma compañía. Ciertas marcas construyen una imagen tan fuerte y positiva que su impacto alcanza todo y cualquier tipo de producto que él ofrezca. El usuario de un hospital también desarrolla una expectativa especial en el caso de que la institución sea reconocida por su excelencia en cierta especialidad, aunque no sea el caso en ese momento.⁶ La calidad percibida es definida como el juicio del consumidor sobre la superioridad o excelencia global de un servicio. Se trata de un concepto diferente



a la calidad objetiva, porque supone un nivel de abstracción más alto que los meros atributos físicos y técnicos del producto. En calidad en servicios del producto debe ser algo percibido por los clientes, y lo que cuenta es la forma como ella es percibida. En la realidad los clientes perciben la calidad como un concepto mucho más amplio que de los conceptos técnicos, principalmente en el contexto de servicios siendo este el resultado de la comparación entre la calidad experimentada y la esperada por el cliente.¹³

2.2. Percepción

El proceso salud-enfermedad-atención es una construcción individual y social mediante la cual el sujeto elabora su padecimiento. La percepción de este complejo proceso es personal y subjetiva y solo puede comprenderse contextualizada en el universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, así como de las condiciones materiales de vida. La concepción de salud y enfermedad depende de las definiciones que el común de la gente tenga sobre su padecimiento las que condicionarán los tipos de ayuda a buscar. Existe un complejo mundo de creencias y valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados explícitamente a la salud que interaccionan permanentemente con la medicina oficial y que dan cuenta no sólo de las modalidades de gestión de la salud, sino también de la relación que el sujeto tiene con su cuerpo, con la alimentación, con los hábitos de vida, con el tiempo libre, y con el conjunto de los servicios sanitarios, entre otros aspectos. La construcción del concepto salud-enfermedad no puede entenderse fuera de su marco cultural, ya que los valores, representaciones, roles y expectativas de las personas van configurando lo que cada uno entiende y vive como el proceso salud-enfermedad. Cada sociedad, y cada grupo familiar resuelven cotidianamente cómo cuidar la salud y cómo recuperarla cuando se ha deteriorado, siendo éste un proceso dinámico no sólo desde la propia experiencia personal sino también en relación al contexto que la determina. La percepción agrupa la información circundante en unidades simples, permitiendo a la conciencia adquirir noción de las cosas o acontecimientos y con ello perfeccionar su capacidad abstracta. Los



acontecimientos se establecen a través de valoraciones categoriales que buscan la principal característica que represente a los objetos; es así que el proceso de percepción consta de tres etapas selección, organización e interpretación ^{14, 15,16}

Según Arellano, la percepción es el proceso por el cual un individuo selecciona, organiza e interpreta los estímulos para integrar una visión significativa y coherente del mundo que lo rodea. Los usuarios toman decisiones basándose en lo que perciben, más que sobre la base de la realidad objetiva. A su vez, Schiffman y Lazar, afirman que para saber qué tan satisfechos están los usuarios con la calidad del servicio es necesario evaluar su percepción, debido a que ellos juzgan con base a una variedad de claves informativas, las cuales asocian con el servicio.¹⁷

La percepción es la concepción que un individuo hace a partir de la información que ha adquirido a través de los años, al ver y escuchar los patrones significativos forjados, tanto cultural como social. Se relaciona con sus sentimientos y apreciaciones del mundo interno y externo. La percepción que puede llegar a tener sobre un aspecto en particular o su entorno, puede estar influenciada por la percepción social, simbólica, imaginaria o relacionada con ámbitos de la salud.

La percepción comprende principalmente dos procesos:

1. La recodificación o selección de toda la información que nos llega del exterior, reduciendo la complejidad y facilitando su almacenamiento en la memoria.
2. Un intento de ir más allá para predecir acontecimientos futuros y de este modo reducir sorpresas.

Un elemento involucrado en el proceso de percepción es el conductual, ya que este es capaz de generar comportamientos; dependiendo de cómo el individuo perciba una situación manifestará una determinada conducta, la percepción es considerada para algunos autores como un proceso cíclico, activo, de carácter constructivo, relacionado con procesos cognitivos, que transcurre a lo largo del tiempo y puede ser modificado. La percepción es un proceso muy complejo que



depende tanto de la información que el mundo entrega, como de las experiencias de quien las percibe; impactando sobre el acto perceptivo mismo, por la alteración de los esquemas ya impuestos por la sociedad como a otros procesos superiores, como son las motivaciones y las expectativas.^{18, 19}

Por otra parte Avalos en el 2013 nos habla de la perspectiva desde el punto de vista de los prestadores de salud quienes refieren que no dan una atención como el paciente se merece, por problemas de falta de recursos y organización del servicio.

En Tabasco, México, los médicos tienen que cumplir con una productividad asignada en las unidades de salud del primer nivel de atención y el desempeño en la consulta externa se evalúa sobre la base de indicadores. En el Sector Salud en México un médico debe otorgar en promedio 24 consultas en una jornada de seis horas, 6,240 consultas en un año. En el IMSS un médico de primer nivel debe atender cuatro consultas por hora, lo que corresponde a la atención a un paciente cada 15 min.^{20,21}

Por otro lado, la calidad percibida a través de la atención se mide en base al tiempo que espera del paciente para ser atendido, con un estándar promedio de 30 minutos y mediante la satisfacción con el trato recibido durante la consulta y el surtimiento de su receta. Situación que es contradictoria con lo que deben recibir los pacientes y que se establece en la norma oficial mexicana NOM-015-SSA2-2010, en sus numerales 1.2, 11.11 que hace énfasis a la vigilancia médica y prevención de complicaciones, 11.11.1.3 y 1.4, sobre la importancia del examen de los ojos, y la revisión de pies para detectar y diagnosticar oportunamente la microangiopatía y neuropatía y los numerales 11.11.5 para detectar nefropatía a través de indicar estudios de laboratorio. Los prestadores expresan que existen muchos factores que no favorecen el control de los pacientes y reconocen que la publicidad en medios es uno de ellos. En México aún no está regulado el aparato publicitario que actúa en detrimento de la salud de las personas, a pesar de que



por cada diez personas siete presentan obesidad y el país ocupa el primer lugar de obesidad en adultos a nivel mundial y el segundo en obesidad infantil. ^{22,23}

2.3 Diabetes: Generalidades

La diabetes es definida como un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por los niveles altos de glucosa debido a los defectos de la secreción o la acción de la insulina, o ambas. Los procesos fisiopatogénicos involucrados en su aparición, varían desde la destrucción autoinmunitaria de las células beta del páncreas hasta alteraciones que llevan a la resistencia a la acción de la insulina. La base de todas las alteraciones metabólicas es debida a la secreción inadecuada de insulina o a la disminución de la respuesta tisular en alguno de los distintos puntos de la compleja vía de la hormona. Entre las complicaciones a largo plazo, la retinopatía, la neuropatía periférica y la neuropatía autonómica, que causa síntomas gastrointestinales, cardiovasculares y disfunción sexual, entre otros. Los pacientes con este padecimiento tienen mayor incidencia de enfermedad aterosclerótica cardiovascular, arterial periférica y cerebrovascular.^{24,}
²⁵ La última actualización de la ADA (Standards of Medical Care in Diabetes) en Enero 2017 nos habla sobre diabetes tipo 2 lo siguiente:

Diabetes tipo 2 (DT 2): defecto en la secreción de insulina y la resistencia a la insulina, es la forma más prevalente de diabetes (90-95%) y el riesgo de desarrollarla aumenta con el sedentarismo, obesidad y la edad. En el 2013, el Dr. Sir Edwin Gale la definió como hiperglucemia idiopática. Se asocia a la insulinoresistencia y secreción compensatoria deficiente de insulina con posible predominio de la insulinoresistencia o el déficit secretor relativo, aunque ambas condiciones son necesarias. Se ha documentado que inicia de forma progresiva después de los cuarenta años, sin embargo en los últimos años existe un incremento notable en personas jóvenes e incluso niños. ²⁶

A menudo cursa con obesidad y los pacientes que no son obesos suelen tener una mayor proporción de grasa a nivel abdominal. Relacionada con la herencia familiar, la genética es compleja y no está totalmente definida. Este tipo de



diabetes también es heterogéneo, por lo que se espera que en el futuro se puede identificar procesos patogénicos específicos y defectos genéticos que permitan una mejor clasificación.²⁷ Los pacientes permanecen a menudo sin diagnóstico, y como consecuencia sin tratamiento durante años dado el desarrollo lento, la ausencia de síntomas o negación por parte de los pacientes; este hecho ha dado lugar a que se presenten complicaciones crónicas. La diabetes tipo 2 se ve con más frecuencia en adultos mayores, sin embargo cada vez se está presentando en edades más debido al aumento de los niveles de obesidad, a la falta de actividad física, deficiencias de la dieta y la falta de información.²⁸

2.3.1 Fisiopatología de la diabetes

Con la edad, el páncreas de cualquier individuo sano tiende a disminuir su capacidad secretora de insulina y, a su vez, los requerimientos tisulares de la misma aumentan en parte por el aumento de su tejido graso y la disminución de actividad física.

a) La resistencia a la insulina es una declinación en la sensibilidad celular a la insulina y la necesidad creciente de cantidades de insulina mayores a lo normal para mediar la captación de glucosa. Al comienzo del desarrollo de la diabetes, la resistencia a la insulina puede involucrar un defecto del receptor. El número de receptores de insulina en la membrana celular se correlaciona inversamente con el nivel de insulina al cual las células están expuestas crónicamente: la hiperinsulinemia disminuye el número de receptores de insulina y disminuye la unión de la insulina. La obesidad es la causa más frecuente de estos defectos, habiéndose descubierto una inadecuada actividad quinasa del receptor de insulina que se normaliza con la reducción de peso.

b) Alteración de la función de la célula β : La respuesta inicial a la resistencia a la insulina es un incremento de la producción de insulina por las células β . Para cuando la glicemia en ayunas excede crónicamente 110 a 120 mg/dl, se ha perdido la primera fase de secreción, permitiendo una elevación excesiva y

prolongada de la glicemia postprandial. Con tal estimulación persistente, las células β secretan aún más insulina en respuesta a la carga de glucosa. La hiperinsulinemia postprandial inicialmente puede hacer que la concentración de glucosa en ayunas revierta a lo normal. Sin embargo, el defecto de la célula β es de carácter progresivo, y la respuesta de insulina sanguínea eventualmente se vuelve inadecuada. La hiperglicemia en ayunas resultante se convertirá en un estímulo persistente para que el páncreas sostenga una secreción de insulina durante todo el día, provocando un estado de hiperinsulinemia crónica.

c) Sobreproducción de glucosa hepática: La resistencia a la insulina suprime el control de retroalimentación mediado por la glucosa de la producción de glucagón. El nivel elevado de glucagón estimula la glucogenólisis hepática y la gluconeogénesis, perpetuando la hiperglicemia.^{28, 29}

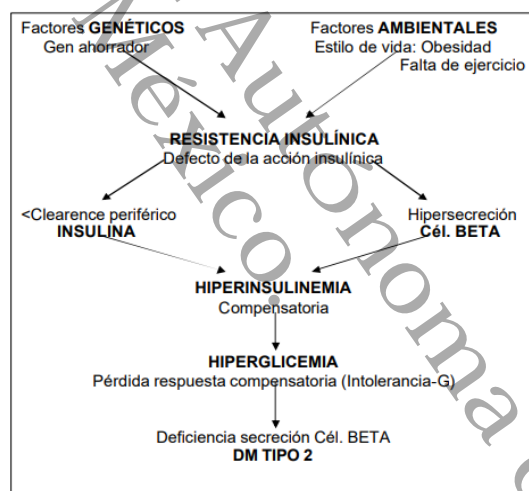


Imagen 1: Rozman C, Farreras C. Medicina Interna: Metabolismo Y Nutrición.

2.4 Neuropatía Diabética

Es una complicación crónica de la microcirculación, considerada como uno de los factores que confluyen en la aparición de pie diabético. La Diabetes Tipo 2 afecta en su totalidad al sistema nervioso; sin embargo la afección más frecuente y específica es en el sistema nervioso periférico. Más de la mitad de las personas que padecen DT2, con una evolución de más de 10 años, presentaran neuropatía



diabética en algún momento de su vida. El desarrollo de la neuropatía juega un papel importante en la aparición del pie diabético; siendo el factor individual causal más importante de la aparición de úlceras en los pacientes con DT2 ³⁰.

El grupo internacional de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la neuropatía diabética estableció una definición simple de la neuropatía diabética como *“la presencia de síntomas y/o signos de alteración periférica del nervio en las personas con DT 2, tras la exclusión de otras causas”*. También acordó que la neuropatía no se puede excluir sin un examen minucioso realizado por el clínico, y que la ausencia de los síntomas no es sinónimo de ausencia de neuropatía ³¹.

2.5 Pie diabético como complicación neuropática asociada a Diabetes Tipo 2

Definido como la infección, ulceración o destrucción de los tejidos profundos asociados con anomalías neurológicas y varios grados de enfermedades vasculares periféricas en la extremidad inferior. ^{8,9} La definición propuesta por el internacional Working group on the Diabetic Foot (IWGDF) y tomada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la siguiente *“el pie diabético es la infección y la destrucción de tejidos profundos asociado con alteraciones neurológicas y varios grados de enfermedad vascular periférica en la extremidad inferior”*.³²

La Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV) definen al pie diabético como una alteración clínica de base etiopatogenia neuropática inducida por la hiperglucemia sostenida en la que con o sin coexistencia de isquemia y previo desencadenante traumático, produce una lesión y/o ulceración en el pie. Analizando esta definición más detenidamente observamos que la SEACV considera que el pie diabético es el pie del paciente con diabetes y con una neuropatía que produce una lesión y/o ulceración posterior a un traumatismo. Además, puede coexistir o no una isquemia, no pudiéndonos olvidar de la infección.³³



2.5.1 Clasificación Wagner de Úlceras en Pie Diabético

- Grado 0: Ausencia de úlceras en un pie de alto riesgo.
- Grado 1: Úlcera superficial que compromete todo el espesor de la piel pero no tejidos subyacentes.
- Grado 2: Úlcera profunda, penetrando hasta ligamentos y músculos pero no compromete el hueso o la formación de abscesos.
- Grado 3: Úlcera profunda con celulitis o formación de abscesos, casi siempre con osteomielitis.
- Grado 4: Gangrena localizada.
- Grado 5: Gangrena extensa que compromete todo el pie.

2.6 Panorama Epidemiológico

Internacional

Las personas con diabetes y dificultad para el control se ha convertido en uno de los problemas de salud de mayor complejidad en el mundo, se calculan unos 425 millones de personas en todo el mundo o el 8.8% de los adultos de 20 a 79 años cursan con diabetes, de los cuales el 79% se encuentran en países de ingresos medianos y bajos. En el 2017, se registró que adultos entre 20 y 79 años con diabetes se encuentran distribuidos en entornos urbanos (279.2 millones) y rurales (145.7 millones), por lo que la prevalencia es mayor en las zonas urbanas. (10.2% y 6.9%, respectivamente). Se prevé que el número de personas que viven con diabetes en zonas urbanas ascenderá a 472.6 millones para 2045 debido principalmente a la urbanización mundial. En el 2014 ocurrieron 4.9 millones de defunciones, y el gasto por este padecimiento alcanzó los 612,000 millones \$USD. Se calcula que, aproximadamente, 4 millones de personas de entre 20 y 79 años murieron de diabetes en 2017, lo que equivale a un fallecimiento cada ocho segundos. Sin embargo, esta estimación de la mortalidad es de un millón menos, probablemente debido que ha disminuido en todo el mundo el cálculo de mortalidad por cualquier causa. Los países con mayor prevalencia de diabetes (DT



2) y una mayor proyección para el año 2030 son China, India y Estados Unidos.^{36, 37,38}

Por lo que se refiere a las complicaciones más frecuentes relacionadas con la diabetes, del total de individuos que refieren diagnóstico previo, 47.6% (3 millones) reportaron visión disminuida, 38% (2.4 millones) ardor, dolor o pérdida de sensibilidad en los pies, 13.9% (889 mil) daños en la retina. Por gravedad, 2% (128 mil) reportaron amputaciones, 1.4% (89 mil) diálisis, 2.8% (182 mil) infartos. El pie diabético constituye una de las principales causas de morbilidad en las personas con diabetes en E.U. y Gran Bretaña más del 25% de los ingresos hospitalarios de personas con este padecimiento estaban relacionados con lesiones en los pies. Las úlceras son un problema importante tanto para los pacientes como para el sistema de salud; se considera que un 15-25% de las personas con diabetes presentarán úlceras en el pie en algún momento de su evolución y que entre el 40-70% de las amputaciones de los miembros están relacionadas con esta complicación, siendo precedidas hasta en un 85% de ulceraciones.³⁶ El pie diabético es una complicación crónica grave y consiste en lesiones de los tejidos profundos de las extremidades inferiores asociadas a trastornos neurológicos y enfermedad vascular periférica considerada la primera causa de amputación no traumática en países occidentales. En el 2005, la portada de la revista The Lancet abrió su portada diciendo que cada 30 segundos, alguien en algún lugar del mundo es amputado por culpa de la Diabetes Mellitus, además las lesiones en el pie presentan una baja tasa de cicatrización, inferior al 50% en 20 semanas. Siendo fuente de gran morbilidad, limitación funcional, gasto sanitario sin olvidar que el pie diabético es la primera causa de amputación no traumática en países occidentales. La prevalencia registrada en el 2017 de neuropatía periférica diabética oscila entre el 16-66%.

La amputación en personas con diabetes es de 10 a 20 veces más frecuente en relación con personas no que no padecen esta enfermedad. La literatura nos reporta que aproximadamente cada 30 segundos, en algún lugar del mundo se está realizando una amputación, total o parcial, de una extremidad inferior como



consecuencia de la diabetes. La incidencia del pie diabético ha ido incrementando en los últimos años debido al aumento de la prevalencia y al aumento de la esperanza de vida de los pacientes con diabetes. La prevalencia mundial de pie diabético oscila entre 3-13% en Oceanía y, en América del Norte, con un promedio mundial de 6.4%. La prevalencia de pie diabético es más alta en hombres que en mujeres. Además, la prevalencia de pie diabético es más alta entre las personas con diabetes tipo 2, en comparación con las personas con diabetes tipo 1.^{36, 39, 40,}

41

Nacional

El creciente número de casos, ha sido influenciados por múltiples comorbilidades como la obesidad, por lo cambios en los patrones de alimentación, labores sedentarias, disminución de la actividad física, la migración de zonas rurales hacia zonas urbanas con sus cambios en los estilos de vida y el envejecimientos de la población, la cual al llegar a la etapa de adultez arrastrará las complicaciones por la exposición prolongada a la enfermedad, estos factores determinarán un mayor número de incapacidad y muerte. En Nuestro País es considerada la primera causa de mortalidad, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2016) reportó que la diabetes se ha manifestado en la población mexicana mayor de 20 años de edad; y encontró que la prevalencia de diabetes en nuestro país pasó de 9.2% en 2012 a 9.4% para el 2016, en base a un diagnóstico previo de la enfermedad. Las mujeres reportan mayores valores de glucosa (10.3%) que los hombres (8.4%). Esta 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). La mayor prevalencia de diabetes se observa entre los hombres de 60 a 69 años (27.7%), y las mujeres de este mismo rango de edad (32.7%) y de 70 a 79 años (29.8%).^{36,38}

En el 2017 se registraron 12 millones de pacientes con diabetes en México; la distribución de la mortalidad por Diabetes tipo 2 parece tener un comportamiento desigual en el ámbito nacional. La tasa de mortalidad ajustada por edad es, de



56,410 en Oaxaca, mientras que en Chihuahua llegó a 199,85 por 10 000 habitantes, por lo que el riesgo de morir por Diabetes Mellitus es 3.5 veces mayor en Chihuahua que en Oaxaca ³⁶. Las complicaciones reportadas por los adultos con diabetes fueron las siguientes: visión disminuida (54.5%), daño en la retina (11.2%), pérdida de la vista (9.9%) y úlceras (9.1%) en una de cada 10 personas diagnosticadas. Las amputaciones se observaron en 5.5%. Como complicaciones adicionales se reportaron síntomas como ardor, dolor o pérdida de sensibilidad en la planta de los pies en 4 de cada 10 pacientes (41.2%), mientras que 2 de cada 10 no pueden caminar más de 6 minutos sin sentir fatiga (20.4%). Por último, 46.4% de los adultos con diabetes no realiza alguna medida preventiva para prevenir complicaciones.³⁸

Estatad

Tabasco cuenta con una regionalización y ordenamiento territorial esta regionalización divide el territorio de Tabasco, de acuerdo con las condiciones geográficas, ecológicas y socioeconómicas, así como el desarrollo urbano, en dos grandes regiones: Grijalva y Usumacinta, las cuales cuentan con cinco subregiones en total; dentro de ellas se agrupan 17 municipios.

Los cambios en el estilo de vida de la población han contribuido a que las enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares constituyan actualmente una de las principales preocupaciones para las autoridades de salud a nivel mundial, nacional y estatal. La falta de actividad física relacionado con el tipo de trabajo en el área urbana más sedentarismo, el consumo de tabaco y una dieta poco saludable con ingesta de alimentos hipercalóricos, ricos en grasas y azúcares, pero con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes, han propiciado que las personas sin importar su condición social o económica, presenten cambios fisiológicos que los llevarán a padecer una o varias enfermedades denominadas “del progreso”. El estado nutricional de las y los tabasqueños ha sido analizado sistemáticamente a lo largo de varias décadas por medio de diferentes encuestas de salud y nutrición, los datos



más reciente presentados en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016 (ENSANUT 2016) identifica diversos factores de riesgo susceptibles de modificación e intervención dentro de la política pública en salud alimentaria como un medio eficaz para la promoción y prevención de la salud. En el año 2016, la esperanza de vida de los tabasqueños en promedio fue de 74.43 años, en hombres fue de 71.61 y para las mujeres fue de 77.38. La prevalencia de diabetes por diagnóstico previo, en personas de 20 años y más fue de 9.4% mayor en la reportada (6.2%). Esta prevalencia fue menor en mujeres (8.2%) que en hombres (10.7%) con una razón de mujer: hombre de 1:3. Dicha prevalencia se incrementó con la edad, en los grupos de 40 a 59 años de edad 18.7 % en hombres y 15.5% en mujeres; en los grupos de 60 años y más 18.5% en hombres y 18.3% en mujeres. La prevalencia por diagnóstico médico previo se ubicó por arriba de la media nacional. La mortalidad en el estado de Tabasco por Diabetes Mellitus Tipo 2; en su comparativo 2013 (tasa 60.35) al 2016 (tasa 93.21) por 100,000 habitantes; muestra una línea de tendencia ascendente, con un incremento en tasas de 32.8 puntos.^{38,42, 43}

De acuerdo al registro Estatal de pacientes con DT2 adscritos a Unidades de Medicina Familiar en el año 2013 en el IMSS Delegación Tabasco que presentaron neuropatía como complicación crónica de su enfermedad corresponde a 34,156 pacientes, los cuales 29 presentaron complicaciones neurológicas mayores (amputación) y 72 menores (úlceras).⁴⁴

2.7 El personal de Salud en las Unidades de Médicas

El personal de salud que atiende población derechohabiente corresponde a médico, enfermera, trabajo social, estomatología, nutrición clínica y psicología el cual deberá ser capacitado para atender a población en general. Esto conlleva a la incorporación, en la capacitación regular del personal de salud, lo que les proporcionará elementos para comprender otras concepciones sobre el proceso salud-enfermedad y para conducirse con respeto y así lograr la máxima



satisfacción del derechohabiente y familia desde la perspectiva sociocultural de su padecimiento, ofreciendo mejor atención de calidad y calidez.⁴⁵

2.8 La familia en el contexto del paciente con Pie Diabético

La familia es un espacio natural en el que el individuo se desarrolla y crece. Con ella aprende sobre la reglas de convivencia, afecto y como expresarlo así como afrontar problemas y contingencias. La familia es el principal pilar en el desarrollo y formación del individuo, y cada experiencia vivida en ella pasa a formar parte de las actitudes, expectativas y valores con los que una persona se enfrenta al mundo fuera de las paredes de su casa. Cuando una persona recibe una noticia que afecta su vida de forma negativa, ya sea de manera temporal o para siempre, vive una situación de crisis e inestabilidad emocional, y las redes sociales con las que cuenta serán su principal apoyo. La familia es la institución social básica y fundamental que cumple con funciones sociales insustituibles, que van desde la reproducción y la socialización primaria de los hijos hasta las funciones protección y cuidado. Esta institución se presenta a través de diferentes manifestaciones y varían según su composición (familias extensas, nucleares y compuestas), según las formas de relación conyugal, según los criterios de filiación, y de acuerdo al sistema de autoridad.^{46, 47}

En general, el apoyo familiar ayuda a mejorar la calidad de vida de las personas, y ésta es aún más importante en quien vive con algún padecimiento, ya que le ayuda a realizar actividades positivas para el cuidado de su salud. Sin embargo la aparición de la diabetes en el seno familiar crea una situación nueva e inesperada, ya que conlleva la carga emocional de la enfermedad que “no se cura” y que requiere tratamiento para el resto de la vida, afectando al individuo y su entorno familiar debido a que muchas medidas terapéuticas para su control exigen cambios en el estilo de vida: alimentación y ejercicio, principalmente. Por esta razón se considera una enfermedad que afecta no solo a quien la padece, sino también a la familia, pues ésta deberá involucrarse en el manejo, control, cuidado y vigilancia de su familiar. Tanto la persona que vive con diabetes como sus



familiares deben de saber qué es la diabetes, como se produce, cuáles son sus complicaciones y su tratamiento. Y si bien es cierto que los medicamentos son importantes para su control, es preciso decir que también lo es el apoyo familiar.⁴⁷

⁴⁸ La aparición de una enfermedad crónica conmociona a todo el sistema familiar; por lo general, la primera reacción es un sentimiento de injusticia (¿por qué yo?), que por supuesto se acompaña de angustia, miedo, y enojo, entre otras emociones. El impacto es fuerte, no solo para el paciente sino también para sus familiares; por lo que es necesario considerar que los mecanismos de adaptación ante la enfermedad se ven influidos por diversos factores, como por ejemplo: el tipo de familia, la cultura y la educación, así como las ideas y creencias sobre la salud.⁴⁸ Se sabe que una persona con diabetes se apega más a sus medicamentos y tiene un mejor control diabético cuando su familia está preparada y la apoya. Como parte de este proceso se vive un duelo o un proceso de adaptación emocional, propia de cualquier pérdida y aunque éste es un proceso emocional, también conlleva aspectos físicos y de conducta.⁴⁹

2.9 Estudios Relacionados

Ámbito Internacional

Godoy-Corona⁵⁰ en el 2018 realizó un estudio con la finalidad de conocer la percepción de los pacientes con diabetes en Belarmina Paredes en Futrono, en la ciudad de Chile, en relación con la aparición de úlceras del pie diabético, por lo que se realizó una investigación de tipo cualitativa realizada mediante un estudio intrínseco de casos. Muestra no probabilística, intencionada de casos por criterios y conveniencia, conformada por 12 pacientes con previa firma del consentimiento informado. La información se obtuvo por medio de técnica de grupos focales y el análisis se realizó a través de reducción de datos, en donde se tomaron en cuenta los más significativos. Los criterios de inclusión fueron: edad \geq 18 años independientemente del género; habilidades cognitivas, orales y auditivas normales para permitir una efectiva comunicación y comprensión del objetivo de estudio, y disponibilidad para participar voluntariamente en el estudio, previa firma



de un consentimiento informado. Cada grupo focal fue seleccionado como la técnica cualitativa para datos (dos grupos de seis miembros cada uno); los testimonios fueron recolectados hasta alcanzar el punto de saturación, es decir, repetición. Se usó una guía para asegurar que todos los temas se exploraran, por ejemplo: ¿Puedes decir qué es una úlcera? ¿Para ti? ¿Has oído hablar de la úlcera en el pie? ¿Causa de la aparición de tus úlceras? Se utilizó una grabadora de audio así como se utilizaron notas para copilar información, con la correspondiente autorización, para respaldar, la información obtenida fue tal cual descrita por los participantes.

Se obtuvieron dos dominios cualitativos: "Conceptos y experiencias vividas producto de la enfermedad y rol equipo de salud" y "Aportes para mejorar calidad de atención". Dentro de los resultados encontrados, los participantes consideran que la úlcera del pie es una herida; sin consciencia de riesgo, identifican la amputación como secuela; sin embargo, tienen conocimiento etiológico, describen signos, síntomas y develan tratamiento farmacológico. Expresan cambios en la vida diaria, ausencia laboral y grado de dependencia.

Refieren que los médicos son frecuentemente identificados como principales participantes del equipo de salud, seguidos en orden por enfermeras, podólogos, nutricionistas, paramédicos, cirujanos, fisioterapeutas y psicólogos. Dentro de las actividades relacionadas con el equipo sanitario realizadas para su control fueron mejor educación sobre el cuidando de los pies y las uñas, la dieta y uso adecuado de calzado. Para el control de su salud ellos sugirieron, atención personalizada, que se les proporcionen mejor información, así como citas más frecuentes, ya que las actuales son insuficientes y así como mencionaron la importancia de tener su propio médico para control de la enfermedad

En conclusión, se confirmó que la educación para la salud, basada en las necesidades percibidas de los usuarios, es una de las estrategias más importantes para mejoras en el sistema de salud.



Rodríguez et al. ⁵¹ en el año 2017 realizaron una Investigación de tipo cualitativo-descriptivo en el área de salud del Policlínico Wilfredo Santana, en el municipio Habana Cuba en donde participaron 526 sujetos con quienes se organizaron grupos focales y entrevistas semiestructuradas, dirigidas a los adultos mayores y médicos. La información obtenida se sometió a un análisis de contenido temático. Con la finalidad de conocer las barreras percibidas en los servicios comunitarios y de salud por los adultos mayores, los adultos mayores estudiados percibieron inestabilidad en los servicios de salud en la atención primaria, las dificultades para el acceso a los servicios públicos, falta de comunicación, afectaciones económicas y la indisciplina social en general.

Porras ⁵² en el año 2016 realizó un estudio con la finalidad de explorar las perspectivas de pacientes y profesionales de la salud sobre los aspectos de una aplicación móvil para apoyar la adherencia del tratamiento para los pacientes con DM2 en Costa Rica. Realizó un estudio cualitativo para poder explorar la perspectiva de los participantes respecto al diseño de una aplicación móvil para DM2. Se utilizó la técnica de grupos focales para la investigación mediante una entrevista con preguntas semiestructuradas con la participación de dos grupos: 16 pacientes con DM2 y 12 profesionales en salud (nutricionistas, enfermeras y médicos endocrinólogos). Se requirió la participación de pacientes con DM2 con edades entre 18-65 años; que supieran hacer uso de un celular inteligente o tableta con acceso a internet y que tuvieran un sistema operativo Android o iOS; y saber leer y escribir. Se excluyeron personas que requerían de un abordaje nutricional complejo debido a otras enfermedades, embarazo o lactancia. En cuanto a los profesionales de salud estos debían tener experiencia en el tratamiento de la DM2; y hacer uso de un celular inteligente o tableta con acceso a internet. Para la selección de los pacientes, se utilizó muestreo no probabilístico de tipo intencional. Inicialmente se realizó una sesión de introducción con los pacientes, en la cual se les brindó una inducción para la instalación de dos apps previamente seleccionadas. Además de la inducción, se entregó a los pacientes un folleto con la descripción de las tareas a realizar para el uso de las apps de



acuerdo con las distintas funciones que estas ofrecían: notificaciones; registro de peso, glucemia, y de alimentación; calculadora de carbohidratos; información sobre noticias y recetas de DM2; fotografías de alimentos; y análisis de datos de peso y glucemia mediante gráficos. A partir de la inducción, los pacientes tuvieron una semana de prueba, durante la cual se les asignó una tarea diaria para interactuar con las *apps*. Inicialmente se planificó la realización de dos grupos focales con ocho personas cada uno. Sin embargo, por motivos de disponibilidad de horario no todos los participantes pudieron asistir al grupo focal, por lo cual fueron entrevistados de forma individual utilizando la misma guía de preguntas del grupo focal. En total se realizaron cinco entrevistas individuales, y dos grupos focales en los que participaron diez personas, con una duración de aproximadamente 80 min cada uno. Posteriormente, fueron convocados a un grupo focal con el fin de conocer su experiencia y opinión sobre el uso de estas *apps*. Para el análisis cualitativo de los grupos focales y las entrevistas realizadas, se efectuó la transcripción de las grabaciones y se recurrió a la codificación temática inductiva y abierta con el programa QDA Miner 4 Lite. Cada transcripción fue analizada por dos personas distintas, como estrategia para dar mayor validez al análisis por medio de la triangulación de la información. Una vez que se analizaron los resultados se procedió a elaborar la propuesta de la *app*. Los resultados obtenidos mediante esta técnica permitieron a los investigadores conocer la perspectiva de los usuarios, lo cual les brindó información valiosa con respecto a compartir experiencias, historias, memorias, percepciones, deseos, necesidades expectativas con mayor obtención de información ya que los participantes se encuentran más propensos a la discusión cuando se encuentran en un grupo de personas que están en su misma situación.

Ámbito Nacional

Fernández MA.⁵³ en la Ciudad de México en el año 2018 realizó una investigación con la finalidad de identificar los elementos clave en el diseño de nuevas estrategias culturalmente competentes para mejorar las sesiones de educación en salud, práctica de actividad física y alimentación, elaboró un estudio



de tipo cualitativo, exploratorio y descriptivo mediante la técnica de grupos focales durante noviembre de 2016 en la Colonia Jamaica, delegación Venustiano Carranza al sureste del centro histórico de la Ciudad de México. Los participantes fueron hombres y mujeres mayores de edad, habitantes de la Ciudad de México, con factores de riesgo para desarrollar alguna enfermedad crónica y su nivel educativo fue básico (secundaria completa o menos de 10 años de escolaridad). La estrategia de muestreo teórico se utilizó para seleccionar las personas que participarían, se formaron 3 grupos focales y el guion temático incluyó: a) causas de la enfermedad, prevención y tratamiento; b) elementos para prevenir la enfermedad: dieta y actividad física; c) motivaciones para participar en una intervención que prevenga las enfermedades crónicas no transmisibles desde su contexto cultural; y d) barreras y facilitadores. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas de acuerdo con la teoría fundamentada. Los resultados obtenidos muestran que uno de los impedimentos de mayor peso es la falta de tiempo para acudir a sesiones de educación en salud, la práctica de actividad física, la preparación y consumo de alimentos saludables. En relación a los datos obtenidos de esta técnica de investigación se propone crear estrategias que transiten de la promoción de la salud hacia el desarrollo humano, que integren elementos de manejo efectivo del tiempo, inteligencia emocional, aumento de la autoestima y estrategias familiares de colaboración.

Ávila Sansores et al.⁵⁴ en el año 2016 realizó un estudio en la ciudad de Guanajuato, México con el objetivo de explorar la percepción de las barreras personales y sociales hacia el tratamiento de personas con estados crónico como son la diabetes e hipertensión. Mediante un estudio cualitativo, con un componente descriptivo, mediante la técnica de grupos focales, la muestra estuvo conformada por pacientes con diabetes e hipertensión de colonias marginales, y se realizó un muestreo de tipo intencional. La recolección de la información se realizó por medio de entrevistas semiestructuradas y audio-grabadas. Se trabajó con 3 grupos focales cada uno de tres personas pertenecientes a colonias urbano-marginales en extrema pobreza de la ciudad de Irapuato en Guanajuato, México.



El primer grupo lo conformó un total de dos mujeres con hipertensión de 42 y 52 años de edad, y una mujer con diabetes e hipertensión de 60 años; el segundo grupo lo conformaron tres mujeres con diabetes de 42, 51 y 52 años; el tercer grupo estuvo conformado por dos varones, uno de 53 años, con diabetes, y otro de 67 años con diabetes e hipertensión, y una mujer de 57 años con diabetes. Dentro de los resultados obtenidos se encontró que las barreras percibidas fueron: creencias relacionadas con el tratamiento, falta de conocimientos y habilidades para la dieta, descontento con la dieta, falta de apoyo familiar, dificultades económicas, falta de conocimientos sobre la medicación, indiferencia hacia el ejercicio, desconfianza y temor a los estudios de laboratorio. La importancia de este estudio permitió conocer las barreras para que estos pacientes tuvieran adherencia a la terapéutica por lo que para favorecer un óptimo apego farmacológico y no farmacológico en las personas con estados crónicos, particularmente con diabetes e hipertensión, es necesario diseñar y evaluar intervenciones enmarcadas que incrementen la susceptibilidad y severidad percibida de la enfermedad, pero a su vez hacer conciencia en la capacidad de la persona enferma para afrontar la situación, y como profesionales de la salud proveer de las herramientas necesarias para lograrlo; para esto las barreras percibidas nos señalan los caminos para la acción y, en el caso de los enfermos del estado de Guanajuato, estas intervenciones deben contemplar las creencias, causalidades, preocupaciones de las personas (económicas, educativas, laborales, sociales y familiares). Además, las barreras de adherencia marcan señalan retos por superar para los profesionales de la salud junto con los enfermos crónicos, pues ante la diversidad de las mismas el profesional de enfermería tiene la responsabilidad de fomentar la creación de grupos autogestivos, capaces de ir en la búsqueda de su propio cuidado (económico, social, de salud) y no solo limitarse al área de conocimiento relacionado con la enfermedad (no menos importante); de esta forma se pueden esperar intervenciones de gran impacto en la adherencia de los enfermos con padecimiento crónicos.



Ámbito Estatal

Avalos García MI et al. ²⁰ en el año 2017 realizó un estudio cualitativo de tipo exploratorio a través de un muestreo no probabilístico, en unidades de atención primaria en el municipio del Centro del estado de Tabasco, con la finalidad de identificar las perspectivas de las familias con respecto a la calidad del control de la Diabetes Mellitus; en donde la participación fue de forma voluntaria, se invitó a un promedio de 90 familias, de las cuales 47 aceptaron participar en el estudio, con previo consentimiento informado. Dentro de ese grupo se consideraron familias de diverso nivel cultural, edad, género y situación geográfica; y se integraron 6 grupos focales, integrados por 7 personas en promedio, con la intervención de un familiar por cada paciente, de parentesco pareja o hijos, se emplearon guías de entrevista con preguntas dirigidas a que fueras contestadas de forma abierta por sus participantes mediante dinámica de grupos, la información obtenida fue documentada, saturada y categorizada; se utilizaron los discursos más representativos, los resultados se presentaron de forma esquemática y organizada el resultado de los discursos de los familiares de los pacientes se clasificó en las siguientes categorías: 1) Roles asignados al paciente, personal de salud y familiares, 2) Integración de la vida con la enfermedad, 3) Enfoque y conocimiento de los familiares acerca de la enfermedad y 4) El contexto social, organizativo y comercial, los cuales muestran una posición altamente crítica de los familiares con respecto al paciente. Algunos parecen justificados y otros tienen una connotación cultural, histórica y, en alguna medida, de desconocimiento. Se han pronunciado con respecto a la atención sanitaria y al contexto donde pacientes y familiares se desempeñan, en ambos casos con expresiones también críticas. Este estudio permitió conocer la perspectiva de los familiares al revelar lo que piensan y sienten de la diabetes mellitus. La aplicación de la técnica grupo focal permite no solo conocer lo que piensan y sienten los pacientes y sus familiares, sino permite observar el contenido de sus expresiones, los discursos obtenidos en este estudio revelaron críticas, mitos, creencias falsas y temores de ser portadores futuros del padecimiento. Se compadecen del paciente,



pero se resisten a cuidarse y no desean una vida con diabetes. Todo lo anterior plantea la necesidad de reformular la salud pública, bajo nuevos conceptos que realmente asuman de manera sistémica, no solo los problemas de financiación, sino también aquellos determinantes sociales, psicológicos, relacionales y contextuales que la condicionan.

López Ramón et al.⁵⁵ en el año 2013 en Tabasco, México realizaron una investigación con el objeto de analizar el manejo de la diabetes tipo 2 desde la perspectiva del personal de salud con énfasis en las barreras que limitan a los pacientes para lograr el control de su enfermedad, se trató de una investigación cualitativa basada en teoría fundamentada en la que participaron 34 médicos y 32 enfermeras, mediante la creación de 6 grupos focales, en la cual se definieron cuatro categorías que son: 1) roles asignados al paciente y al prestador, 2) integración de la vida con la enfermedad, 3) enfoque y conocimiento acerca de la enfermedad y 4) el contexto social, organizativo y comercial; los discursos confirman el hecho, que el personal de salud tienen una actitud crítica hacia el paciente en el manejo de su enfermedad, consideran que este no pone de su parte en el tratamiento, no tiene cultura del autocuidado, manifiesta poca disciplina y actúa sin corresponsabilidad, ni compromiso hacia su mejoría. El papel del médico tiene una marcada concepción tradicional, está orientado a atender a un paciente siguiendo un patrón conocido de tratamiento y seguimiento, el aseguramiento de sus medicamentos y orientación sobre la enfermedad. El papel del paciente es el de ser atendido y del médico tomar las decisiones y responsabilizarse con los resultados, el problema radica entonces en la necesidad de desarrollar una responsabilidad personal en el paciente que no puede ser sustituida por la acción del prestador. El personal de salud considera que no se dispone de regulación que evite la publicidad engañosa en detrimento de la salud de las personas, falta de iniciativas y programas orientados a mejorar la condición de estos pacientes y falta de priorización suficiente para un problema de la magnitud y trascendencia de la diabetes tipo 2.



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Diabetes Tipo 2 es considerada una epidemia a nivel mundial, es uno de los problemas de mayor trascendencia, por su extraordinaria frecuencia como por su enorme repercusión social y económica. De acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes, China, India, Estados Unidos, Brasil, Rusia y México, son –en ese orden– los países con mayor número de pacientes con diabetes. Esta es una enfermedad crónica de causas múltiples complicaciones; en su etapa inicial no produce síntomas y cuando se detecta tardíamente y no se trata adecuadamente ocasiona complicaciones de salud.^{1,2} La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que para el 2030, la diabetes se considerará como la séptima causa de mortalidad, asociada principalmente al riesgo de desarrollar una cardiopatía, accidente vascular cerebral (AVC) y neuropatía en los pies asociada con la reducción del flujo sanguíneo, la cual sino se atiende a tiempo puede concluir en una amputación, de acuerdo con la Asociación Americana de la diabetes (ADA) ² , se realizaron cerca de 73,000 amputaciones de las extremidades inferiores en adultos de más de 20 años ²⁵.

El pie diabético es una de las complicaciones más comunes asociadas a la diabetes, se estima que aproximadamente del 15 al 25 % de los pacientes desarrollaran una úlcera en el pie durante el curso de su enfermedad; es decir, que seis personas que padecen diabetes tendrán una úlcera a lo largo de su vida.

Esta condición de discapacidad es una de las causas más frecuentes de hospitalización para estos pacientes, a nivel económico generan gastos adicionales derivados de su atención médica, rehabilitación, tratamientos de discapacidad y gasto económico por invalidez; se calcula que el costo directo de una amputación asociada al pie diabético oscila entre 30,00-60,000 \$USD. El tratamiento de pacientes con pie diabético a menudo es de larga duración se requiere de atención experta en algunos casos, el uso de aparatos ortopédicos y medicamentos muy costosos por lo que esto conduce a una carga económica considerable, siendo el pie diabético un problema económico importante, si se llega a la amputación, generando una hospitalización y tratamiento rehabilitador



prolongado, dando como resultado disminución de la productividad laboral, por lo que existirá un aumento de la necesidad de cuidados y servicios sociales en el hogar, modificando el entorno familiar considerable^{31, 32,56,57}

En México, de acuerdo a los criterios de agrupación de la lista mexicana la Diabetes, las cifras preliminares emitidas por el INEGI para el año 2015, esta enfermedad constituyó la segunda causa de muerte en la población mexicana, con una tasa de mortalidad de 77 defunciones por cada 100 mil habitantes, además de que su comportamiento ha presentado un incremento acelerado en los últimos 15 años.⁵⁸

En el 2017 consenso realizado a instituciones de seguridad social en nuestro país concluyen que la diabetes es una enemiga silenciosa, en el 2016 la Secretaria de Salud decretó alerta sanitaria por obesidad y diabetes. México es uno de los países más afectados por la diabetes en América latina, enfermedad que constituye la cuarta causa de muerte en territorio nacional, con 96 mil defunciones anuales, según datos oficiales de la secretaria de salud 2016.^{23, 38}

En el año 2017, en el Estado de Tabasco, de las once principales causas de defunción la diabetes tipo 2 fue la segunda causa con 2, 283 casos. De acuerdo al último conteo de sujetos con diabetes mellitus y con amputaciones mayores y menores de extremidades inferiores, realizado por el Instituto Mexicano del Seguro, en el 2016 nuestro estado se realizaron 23 amputaciones mayores y 72 amputaciones menores, en adultos con una edad promedio de 63 años y con más de 10 años de evolución de la enfermedad. En la unidad de medicina familiar estudiada en el corte realizado en el mes de Enero 2018 existe una población total de 77,833 de las cuáles 40,405 son mujeres y 37,428 son hombres. Las personas que presentan diabetes tipo 2 son 4 276, de las cuáles 107 cursan con algún dato de neuropatía y actualmente 23 pacientes presentan una úlcera activa.^{44,59}

En investigaciones diversas sobre los efectos de la ulceración del pie sobre el funcionamiento y el bienestar físico y psicosocial de la persona, se ha descubierto



que las úlceras del pie pueden ser una fuente de discapacidad grave que, a su vez, tiene un impacto negativo sobre la calidad de vida, por lo que la amputación no traumática de extremidades inferiores como complicación de la enfermedad es un marcador de la calidad de la atención en los pacientes con Diabetes Mellitus. Se realizó un estudio con la finalidad de comparar el estatus psicológico de las personas con úlceras crónicas del pie de origen diabético las cuales se habían sometido a la amputación de la extremidad o parte de ella y personas con diabetes sin antecedentes de ulceración del pie. Se documentó que las personas con úlceras que habían sido sometidos a una amputación presentaban una alteración en el estado psicosocialmente dentro de su entorno doméstico y social y manifestaban una calidad mala de vida en general, en comparación con las personas sin lesiones del pie. Con el fin de desarrollar intervenciones eficaces y oportunas, es fundamental comprender la experiencia únicamente personal sobre el concepto de calidad que el paciente tenga a partir de la percepción del estado de salud y reacción ante el mismo, los pacientes generalmente suelen percibir una disminución de su autoestima debido a la incapacidad de realizar funciones sociales y familiares. Los cambios en el concepto de sí mismas a nivel social (percibir que uno es una carga para la familia), a su vez, genera una reducción de la calidad de vida.^{60, 61}

Las úlceras de pie diabético son fuente de graves disfunciones físicas, dolor emocional y mala calidad de vida. Las personas suelen responder a las complicaciones diabéticas del pie creándose sus propios modelos o comprensión de esta afección, que son inconsistentes con el punto de vista biomédico del profesional sanitario que las atiende, y esto genera una falta de cuidados personales del pie. La capacidad del profesional sanitario para comprender y empatizar con la perspectiva del sentido común de sus pacientes es, por lo tanto, fundamental para que exista una comunicación eficaz y se lleve a cabo un mejor control de padecimiento. Esto en potencia podría generar una disminución del número de úlceras y un mejor funcionamiento físico y psicosocial de las personas de alto riesgo de desarrollar lesiones de pie diabético.^{61, 62}



La percepción es un proceso complejo que depende tanto de la información que el mundo entrega, como de la fisiología y las experiencias de quien percibe; éstas afectan tanto el acto perceptivo mismo, por la alteración de los esquemas perceptivos, como a otros procesos superiores, como son las motivaciones y las expectativas. El paciente con pie diabético requiere sentirse escuchado, respetado y entendido ante sus miedos y temores sobre el padecimiento, con la finalidad de que se alivien sus molestias transmitiéndoles tranquilidad y sosiego, el profesional de salud no sólo debe de cumplir con su labor asistencial sino también educacional y preventiva con la que debe establecer una relación terapéutica que permita al profesional identificar problemas o necesidades que tiene el paciente preocupándose por tener conocimientos del significado que implica tener pie diabético y el impacto biopsicosocial que genera para el como para su familia.^{60,}

61

Derivado de lo anteriormente descrito surge el siguiente cuestionamiento: ¿Cuál es calidad que perciben en el control los pacientes con pie diabético que son atendidos en una Unidad de Seguridad Social en Villahermosa; Tabasco?

4. JUSTIFICACIÓN

La diabetes mellitus es un padecimiento crónico degenerativo de la población adulta, cuya prevalencia ha ido incrementando en los últimos años de manera acelerada, se considera al pie diabético como la primera causa de amputación no traumática en miembros inferiores debido a que durante la evolución de la enfermedad pueden presentar una alteración clínica de base etiopatogenia neuropática inducida por la hiperglucemia mantenida en la que con o sin la existencia de isquemia y previo desencadenante traumático, se produce una lesión o ulceración conocida como pie diabético, la prevalencia a nivel mundial registrada en el 2017 de neuropatía periférica diabética oscila entre el 16- 66 %; las úlceras por su parte han sido consideradas como un problema importante tanto para los pacientes como para el sistema de salud; se reporta que un 15-25% de las personas con diabetes presentaron úlceras en el pie en algún momento de la evolución de la enfermedad; es decir, que veinticinco de cada cien personas con



Diabetes tendrán una úlcera a lo largo de su vida y de estas el 40-70% terminaran en amputación de alguna parte o de todo el miembro.^{23, 25}

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud informan que del total de amputaciones de las extremidades inferiores, entre 40 y 85% están relacionadas con la diabetes. En México, de acuerdo con cifras del Instituto Mexicano del Seguro Social, el 70% de las amputaciones de extremidades inferiores ocurren por una atención médica tardía de lesiones en pies, principalmente en personas que padecen diabetes.^{36, 44}

Con respecto a los datos registrados ese mismo año a nivel Nacional, el INEGI reportó que el número de amputados es cerca de 780 mil pacientes; mientras que la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2016, registra que son más de 5 millones de personas las que tienen incapacidad para desplazarse, aunque no distingue los que han sufrido una amputación. Por otra parte; la Academia Nacional de Cirugía reportó que se amputan en México 75 personas diarias con diabetes. Los datos a la fecha muestran que hay cerca de 900 mil amputados en México, la mayor parte de ellos tienen alguna incapacidad e incluye personas de todas las edades. En nuestro estado en el año 2016, se registraron 23 amputaciones mayores y 72 amputaciones menores.^{58, 59} La amputación conlleva un cambio en la imagen corporal, que en muchos casos va acompañado por un rechazo social, además de que en muchas ocasiones resulta en una incapacidad laboral. Los gastos catastróficos asociados incluyen no sólo la cirugía en sí, sino de manera importante la rehabilitación física y psicológica, así como gastos asociados como el transporte del paciente.⁴⁴ En cuanto al costo directo de los amputados por Diabetes es de 30,000 a 60,000 \$USD; mientras que el costo de las amputaciones de mano, sin prótesis, es de 30,000 \$USD. En el IMSS el 82% de las amputaciones se deben a esta causa y de éstas el 97% son de extremidad inferior. Se calcula que sólo una de cada 10 personas con miembros amputados se rehabilita y únicamente 30% de los rehabilitados sabe usar adecuadamente sus aparatos y prótesis que, por otro lado, son muy caras, ya que en México pueden llegar a costar hasta 110 mil \$MXN.^{62, 63, 64,65}



El pie diabético como complicación de la enfermedad, genera gran impacto en la calidad de vida del paciente y su entorno familiar; la cual si no se logra una remisión oportuna su progresión podría terminar en resección del miembro afectado, con una difícil reintegración a sus actividades de la vida diaria, trayendo consigo como consecuencia cambios en la esfera física, psicológica y social. Para controlarla y reducir las complicaciones a largo plazo, es necesario adherir al tratamiento y conocer las perspectivas del paciente acerca de su enfermedad y control, para hacer conciencia sobre esta, desarrollar habilidades y modificar hábitos para un adecuado control metabólico del padecimiento.^{31, 32} Uno de los más implicados en la atención de paciente con diabetes y de sus numerosos problemas y complicaciones, es sin duda el profesional de salud ya que este debe tratar de establecer una relación de confianza con el paciente y su familia, proporcionarle toda la información necesaria sobre asuntos de importancia como son, la dieta, el tratamiento médico, el ejercicio físico y la prevención de las complicaciones agudas y crónicas. El pie diabético constituye un gran reto para el equipo de salud, por el gran problema social que constituye, y porque supone una gran carga emocional y económica para quien las padecen, sus familias y sistema de salud. Es por ello que conocer la percepción del efecto de la enfermedad, y del tratamiento sobre la vida de las personas es imprescindible para el personal de salud, es decir, conocer la calidad percibida sobre el padecimiento, se hace importante para direccionar con certeza el abordaje más idóneo a seguir, y la mejor manera de hacerlo es pedirle al paciente que nos cuente cómo se siente o cuál es su experiencia sobre el padecimiento para poder trazar nuevas estrategias de intervención que permitan generar resultados positivos para mejorar la calidad de vida de los pacientes con diabetes que presentan una complicación neuropática.^{66,67,68}

Actualmente se cuenta con pocos estudios cualitativos relacionados con la calidad percibida en pacientes con diabetes y sus complicaciones crónicas es por ello que el presente estudio: "*Calidad percibida en usuarios con pie diabético, en una Unidad de Seguridad Social*" tiene como objetivo determinar la calidad percibida



del paciente con pie diabético desde el abordaje de un grupo focal con la finalidad de identificar lo que piensan, sienten y esperan los pacientes con respecto al control de la diabetes tipo 2 y su complicación crónica, en este caso el pie diabético de modo que esto permita el desarrollo de actividades y/o programas dirigidos a disminuir el riesgo a complicaciones de tipo psicoemocional derivado de la atención dirigida al control de la enfermedad y su complicación a fin de que el médico familiar al ser el proveedor de salud que tiene contacto directo con el paciente de manera frecuente contribuya de forma significativa en la mejora del cuidado de la salud, ya que al identificar tempranamente las necesidades y requerimientos prioritarios de los usuarios, es más viable establecer planes que optimicen la gestión del cuidado y minimicen los sentimientos de desesperanzas y vulnerabilidad evidenciados en las personas con diabetes que presentes complicaciones crónicas y sus familias.^{68, 69}

5. OBJETIVOS

5.1 General

- Describir la calidad que perciben los pacientes en el control del pie diabético en una Unidad de Seguridad Social en Tabasco México.

5.2 Específicos

- Identificar las características sociodemográficas, clínicas y de accesibilidad que determinan el juicio de percepción de la calidad recibida en los pacientes con pie diabético.
- Conocer la percepción que tienen las personas con pie diabético sobre el enfoque y conocimiento que tienen de su enfermedad.
- Registrar la percepción que tienen las personas acerca del rol que ellos desempeñan y el rol del personal de salud en el control de su enfermedad.



- Interpretar la percepción que tienen los usuarios acerca del contexto social (redes de apoyo) y organizativo en el que se desenvuelven.
- Explicar la percepción que tienen las personas para integrar su vida a la enfermedad.

6. MATERIALES Y MÉTODOS

6.1 Tipo de Investigación

Se realizó un estudio cualitativo de tipo exploratorio en la población de pacientes diagnosticados con Diabetes Tipo 2 que presentaron lesión en pie con clasificación Wagner adscritos a la UMF # 39 Delegación Tabasco en ambos turnos. Partiendo de que la investigación cualitativa se fundamenta en la interpretación y la comprensión del significado de un fenómeno social, por lo que es indispensable analizar la experiencia de las personas y el modo en que interpretan su enfermedad y la calidad percibida en su control. La investigación se llevó a cabo de enero a diciembre del 2018.

6.2 Caracterización de los Informantes

Fueron pacientes en edad adulta con diabetes tipo 2 que presentaron úlcera en pie con clasificación Wagner, atendidos en el área de medicina familiar, que aceptaron participar en el estudio y son adscritos a la Unidad de Seguridad Social seleccionada en Villahermosa, Tabasco México.

6.3 Escenario de Estudio

La investigación tuvo como escenario las instalaciones de una Unidad de Medicina familiar de una Institución de Seguridad Social (IMSS) en el municipio de Centro del Estado de Tabasco en el periodo comprendido de enero a diciembre 2018. Esta unidad presta servicios a la población trabajadora así como a sus familiares como derechohabiente otorgando servicios de primer nivel de atención.

6.4 Selección de los Participantes

Se formaron dos grupos focales integrados por 5 personas en cada uno de los grupos seleccionados, para poder tener una mejor percepción de las expresiones



de los informantes, esto permitió no excedernos del tiempo de la intervención. La selección de los participantes se basó en las características clínicas, como lo es el diagnóstico de diabetes tipo 2 y la presencia de la úlcera en pie, además de la aceptación por parte del paciente de forma voluntaria a ser parte del estudio y su participación en el grupo focal. Se respetó la decisión de aquellos pacientes que no desearon participar así como aquellos que cursaran con algún problema mental, de audición o lenguaje.

6.5 Procesamiento y técnicas de recolección de datos

Como primer paso se recabó información de los expedientes clínicos de ambos turnos, en donde se lleva el registro de pacientes que acuden al servicio, se pidió apoyo al departamento de Archivo Clínico (ARIMAC) para el filtrado de pacientes que acuden a control por patología crónica con el diagnóstico de Diabetes tipo 2, de igual manera se realizó un segundo filtrado de datos en donde se identificó aquellos pacientes que presentaron lesión en pie, con clasificación Wagner sin patología vascular.

Posteriormente se solicitó apoyo al departamento de trabajo social para acceder a la ficha de Identificación en donde se obtuvieron datos como los números telefónicos o direcciones para la localización de los pacientes, y poder invitarlos a participar en la técnica de grupo focal con la finalidad de conocer la calidad percibida sobre su padecimiento.

Se consideró la diversidad de sus integrantes como son características sociodemográficas, clínicas y de accesibilidad. Para el proceso de obtención de la información, se diseñaron guías de entrevista para su utilización en el grupo, así como la elaboración de una ficha de recolección de datos para el componente descriptivo, la cual se realizó preguntando directamente al paciente cada uno de los rubros para obtener una información más completa sobre su padecimiento y el tratamiento utilizado para minimizar sesgos en la información. Para el trabajo con el grupo, se tomaron en cuenta las características cualitativas del estudio, por lo que se crearon las condiciones apropiadas, con la finalidad de que los pacientes expresaran abiertamente las perspectivas que ellos consideraron como obstáculo



para alcanzar un buen control de su padecimiento. La flexibilidad que ofreció este ambiente grupal le permitió al entrevistador a cargo de la técnica un método útil, para conocer la percepción de los usuarios sobre los servicios y/o programas de salud, los participantes aportaron ideas, situaciones y valoraciones que permitieron ser discutidas entre los participantes, hasta llegar a una opinión consensada.

El proceso de la investigación fue documentado mediante grabación de video y audio con previa autorización de los participantes; los discursos se transcribieron textualmente y se registraron puntualmente las actividades en la etapa de ejecución.

Para la recolección y análisis de la percepción de la calidad participaron cinco personas (informantes) más el moderador (investigador principal) y el apoyo de un colaborador que fungió como observador – apuntador. El lugar donde se llevó a cabo fue la sala de usos múltiples ubicada en el segundo piso de la Unidad Médica Familiar No. 39 en turno matutino. Para comodidad del paciente en cuanto a su traslado, dicha sala no tiene comunicación con otra área en la unidad lo que garantizó la privacidad y el anonimato de los informantes. El tiempo promedio de la intervención fue de dos horas. Previamente a cada uno de los pacientes se les informó sobre las características de la investigación y firmaron una carta de consentimiento informado (Anexo A). Así como también se les otorgó un cuestionario en donde se recopilaron factores sociodemográficos de los pacientes (Anexo C).

Las preguntas detonantes consideradas en la guía temática consideraron 4 categorías, la primera: *enfoque y conocimiento acerca de la enfermedad*, y las preguntas son ¿Qué significa para usted la diabetes tipo 2?, ¿Qué significa para usted el pie diabético?, (desde la perspectiva cultural, económica, espiritual, médica y social) ¿Por qué cree que dio esta enfermedad?, ¿Cuál es su sentir con respecto a padecer esta enfermedad? (Anexo E).

En la segunda Categoría: *roles asignados al paciente y prestador*, las preguntas fueron ¿Qué opina de la atención que le brinda su médico tratante en el control de



la diabetes y la complicación de su padecimiento?, ¿De qué manera su médico lo ayuda?, ¿Le revisa los pies cada vez que acude a la consulta? ¿Le da Información sobre su padecimiento?, ¿Utiliza lenguaje claro y se cerciora que usted haya entendido la información proporcionada?

La tercera categoría: *el contexto social y organizativo* las fueron ¿Cómo participan los servicios de salud para el control de la enfermedad?, ¿Cómo participa su familia con usted para la prevención de esta enfermedad?, ¿De qué manera su familia lo apoya?, ¿Cuál cree usted que es la principal red de apoyo que tiene para enfrentar la enfermedad?

Y la cuarta categoría: *integración de la vida con la enfermedad* las preguntas son ¿Cuál es la principal barrera que usted identifica para lograr un buen control de su enfermedad?, ¿Cuál cree que sea el motivo de fracaso en el control de su enfermedad?, ¿Cuál cree usted que es su principal ayuda para controlar su enfermedad?, ¿Cuáles cree usted que son las dificultades a las que se enfrenta con esta enfermedad?

Para el proceso de obtención de la información, estudios previos sugieren crear condiciones ambientales y psicológicas abiertas, bajo un clima de confianza, lo que permite la expresión amplia y veraz de los personas, sin contar con la presencia de los responsables de la unidad médica, así mismo se les informó la finalidad de la investigación, para identificar lo que piensan, opinan y sientan sobre la calidad percibida en el control en el pie diabético, para la obtención de la información y posterior análisis fueron filmados y grabados en audio durante el desarrollo de la aplicación de la guía temática, donde se les informó que no serían revelados o publicados a nadie los instrumentos utilizados cuidando la integridad de las personas participantes.

El instrumento-guía sirvió de apoyo para llevar un orden con respecto a las preguntas que se realizaron al grupo focal, para recolectar la información del paciente acerca de su enfermedad, enfoque y conocimiento sobre el prestador, así



como el contexto social, organizado y comercial en el que se desenvuelven las personas.

6.6 Variables

- **Características clínicas:** Clasificación Wagner de la lesión, tiempo de evolución de la enfermedad, tiempo de evolución de la úlcera, nivel de glucosa, enfermedades asociadas y medicación utilizada.
- **Sociodemográficas y de accesibilidad:** Sexo, edad, medio de transporte, tiempo de traslado a la consulta, tiempo de espera para su atención, estado civil, religión, escolaridad, números de personas en su hogar, números de hijos ocupación, tipo de familia, dependencia económica, duración de la atención y continuidad.
- **Calidad de control del Pie Diabético:** Percepción del paciente en relación a los roles asignados al paciente y al prestador, integración de la vida con la enfermedad, enfoque y conocimiento acerca de la enfermedad, el contexto social, organizativo y comercial.

6.7 Procesamientos y análisis de la información

Para el análisis de la información, se seleccionaron los discursos más representativos, se empleó el método de análisis-síntesis, se codificaron, saturaron y triangularon las expresiones de los informantes, según las categorías establecidas.

Para los datos sociodemográficos, se capturó la información en una página diseñada en el programa SPSS, se empleó estadística descriptiva para su análisis, los datos se presentaron en cuadros.

6.8 Rigor del estudio

Para efectos de garantizar la fiabilidad y validez del estudio participaron expertos que aprobaron el diseño de la investigación, así como el contenido de las preguntas de la guía de entrevista, se analizaron las categorías de análisis, se



supervisó el proceso de reducción o saturación de los discursos y la triangulación de la información.

6.9 Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud sobre los aspectos éticos de la investigación en seres humanos y de la investigación en comunidades (1983). Se consideró lo estipulado en el Título segundo, del capítulo I, los artículos 13, 14, 16, 17, 18, 21, 22, 24 y del capítulo II, el artículo 29.

Por tal motivo, se trató con respeto a los participantes, protegiendo su bienestar y sus derechos, explicándole el objetivo del estudio y de toda actividad o procedimiento propios de la investigación. La investigación se ajustó a los principios científicos y éticos. Por lo que se obtuvo el consentimiento informado por escrito, donde el participante determinó su acuerdo de participación del estudio. Se protegió la privacidad de las participantes mediante la confidencialidad en el uso del nombre, dirección, miembros de la familia, el registro de datos y los cuestionarios con un número de identificación para el investigador. Toda la información obtenida se expuso en forma general, manteniendo la privacidad de los participantes.

7. RESULTADOS

7.1 Presentación y análisis de los discursos

A continuación se presentan en primer término las características sociodemográficas y de accesibilidad de los participantes, en segundo término las características clínicas relacionadas con el padecimiento, y por último se expone el resultado obtenido de la percepción de los pacientes con respecto a la calidad del control de su padecimiento, para dar respuestas a la pregunta de investigación y los objetivos del estudio.



7.2 Características sociodemográficas de accesibilidad y clínicas de los pacientes con pie diabético

En este apartado se describen las características globales de los participantes, en total fueron 10 participantes con diabetes tipo 2, que al momento del estudio se encontraban con úlcera activa, en general las edades de los pacientes oscilaban entre 35 y 68 años, el mayor grupo etario correspondió al sexo masculino. Se formaron dos grupos focales para este estudio cuyas características sociodemográficas y de accesibilidad así como clínicas se describen a continuación:

Grupo focal 1

En el grupo uno, predominan los hombres en el 80%, la edad promedio fue de 51 años, profesan la religión católica el 60%, son casados el 100%; tienen 4 hijos el 80%, viven con una familia de tipo nuclear el 80%, consideraron a su pareja como principal red de apoyo el 80%, en este grupo se encontró diversidad en su grado de estudio y ocupación, ya que estuvo conformado con personas analfabetas hasta nivel superior y ocupaciones que variaban desde labores del hogar, obrero hasta actividades correspondientes a profesiones de personas con nivel superior de estudios. En lo que respecta a la accesibilidad encontramos que el medio de transporte utilizado fue el taxi en el 60% de los participantes, sin embargo el tiempo máximo de su traslado correspondió a 120 minutos, el tiempo de espera desde su llegada a la unidad de seguridad social hasta su atención fue de 50 minutos como tiempo máximo y el tiempo de atención fue de 15 minutos el 80%.

En cuanto a las características clínicas para este grupo encontramos que el tiempo mínimo de evolución de la diabetes corresponde 10 años, con una edad máxima de 20 años, con un el tiempo de evolución promedio con la úlcera es de 8 meses y un máximo de 12 meses y 5 meses como tiempo mínimo cursaban con una Úlcera Wagner 2 el 60%, cifras de glucosa oscilaban entre 89mg/dl como cifra mínima y 315 mg/dl como cifra máxima, utilizaban para el control de su



enfermedad hipoglicemiantes orales en un 60%, y la hipertensión correspondió a la comorbilidad de mayor porcentaje en un 60%.

Grupo focal 2

En este grupo predominaron las mujeres en un 60%, cuya edad mínima fue de 39 años con una máxima de 64 años, de los cuales fueron solteros el 60%, conformaban una familia de tipo extensa el 40%, nadie participa en el control de su padecimiento en el 80%, el grado máximo de estudios fue nivel básico en un 40%, la ocupación que sobresale en este grupo corresponde a labores del hogar en un 40%, la religión profesada fue católica en un 60%; refirió que caminan para llegar a su centro de seguridad social el 40 %, el tiempo de traslado hacia su unidad fue de 60 minutos como tiempo máximo, en cuanto al tiempo de espera desde su llegada hasta su atención refirieron que no fue mayor de 35 minutos, que su médico le dedica 15 minutos de atención en cada consulta refirió el 60% y la continuidad de atención es mensual en el 60%.

En cuanto a sus características clínicas se encontró que el tiempo de evolución con la diabetes fue de 12 años como mínimo y como máximo 21 años, con una media de 16 años, en cuanto a padecimientos asociados la hipertensión y la dislipidemia destacaron en un 40% respectivamente, en cuanto a la úlcera activa se encontró en un estadio Wagner 2 el 60%, con un tiempo de evolución promedio de 12 meses, con un periodo mínimo de 8 meses y máximo de 24 meses, la media en la cifra de glucosa fue de 239 mg/dl, con una cifra máximas reportadas en este grupo de 400 mg/dl y mínima de 143 mg/dl, para su tratamiento utilizan hipoglicemiantes orales el 40% e insulina el otro 40%.



7.3 Datos Sociodemográficos, de accesibilidad y Clínicos de los pacientes con Pie Diabético por Grupo Focal

GRUPO FOCAL 1

IDENTIFICACION	GRUPO FOCAL	SEXO	EDAD (AÑOS)	TIEMPO DE TRASLADO (MIN)	MEDIO DE TRANSPORTE	TIEMPO ESPERA ATENCION (MIN)	DURACION CONSULTA (MIN)	CONTINUIDAD	ESTADO CIVIL	RELIGION	ESCOLARIDAD	VIVE SOLO	NO. PERSONAS	NO. DE HIJOS	OCUPACION	TIPO DE FAMILIA	DEPENDENCIA
01	G1	M	53	20	Taxi	20	15	Mensual	Casado	Católica	Secundaria	No	4	4	Técnico	Extensa	Esposa
02	G1	M	47	120	Taxi	40	+15	Mensual	Casado	Evangélica	Analfabeta	No	4	2	Campesino	Nuclear	Hijos
03	G1	M	52	30	Taxi	45	15	Mensual	Casado	Católica	N. Superior	No	4	2	Profesionista	Nuclear	Esposa
04	G1	F	68	30	Trans bus	30	15	Trimestral	Casado	Católica	Primaria	No	3	4	L. Hogar	Nuclear	Esposo
05	G1	M	35	15	Particular	50	15	Mensual	Casado	Católico	N. Superior	No	5	3	Obrero	Nuclear	Esposa

Tabla 1. Características sociodemográficas y de accesibilidad de los informantes grupo focal 1

IDENTIFICACION	GRUPO FOCAL	EVOLUCION DT2 (AÑOS)	EVOLUCION ÚCERA (MESES)	COMORBILIDAD	MEDICACION	CIFRA GLUCOSA (mg/dl)
01	G1	12	12	Dislipidemia	H. Oral	89
02	G1	10	8	HAS	H. Oral	161
03	G1	15	6	HAS	Insulina	162
04	G1	20	7	Obesidad	Mixto	315
05	G1	10	5	HAS	Dieta	123

Tabla 2. Características Clínicas de los participantes del grupo Focal 1.



GRUPO FOCAL 2

IDENTIFICACION	GRUPO FOCAL	SEXO	EDAD (AÑOS)	TIEMPO DE TRASLADO (MIN)	MEDIO DE TRANSPORTE	TIEMPO ESPERA ATENCION (MIN)	DURACION CONSULTA (MIN)	CONTINUIDAD	ESTADO CIVIL	RELIGION	ESCOLARIDAD	VIVE SOLO	NO. PERSONAS VIVE	NO. DE HIJOS	OCUPACION	TIPO DE FAMILIA	DEPENDENCIA
01	G2	F	62	60	Taxi	35	15	Trimestral	Soltera	Católica	Primaria	Si	1	3	L. Hogar	Monoparental	Vecina
02	G2	M	43	15	Caminando	35	+15	Mensual	Casado	Católica	Secundaria	No	6	1	Desempleado	Extensa	Padres
03	G2	F	64	15	Caminando	15	+15	Mensual	Casado	Católica	Primaria	No	6	2	L. Hogar	Extensa	Esposo
04	G2	M	40	20	Transbus	30	15	Mensual	Soltero	Cristiana	Secundaria	No	4	2	Obrero	Nuclear	Ninguno
05	G2	F	39	20	Taxi	30	15	Trimestral	Soltera	Evangélica	N. Superior	Si	1	0	Profesionista	Monoparental	Amiga

Tabla 3. Características sociodemográficas y de accesibilidad de los informantes del grupo focal 2.

IDENTIFICACION	GRUPO FOCAL	EVOLUCION DT2 (AÑOS)	EVOLUCION ÚCERA (MESES)	COMORBILIDAD	MEDICACION	CIFRA GLUCOSA (mg/dl)
01	G2	21	12	Ninguna	Mixto	215
02	G2	12	8	Dislipidemia	H. Oral	217
03	G2	15	9	HAS	H. Orales	143
04	G2	13	9	HAS	Mixto	220
05	G2	20	24	Dislipidemia	Insulina	400

Tabla 4. Características clínicas de los informantes del grupo Focal 2.

7.4 Discursos de informantes clave (pacientes con Pie Diabético), según categorías analizadas

En este apartado se muestra el análisis de la calidad percibida en el control del pie diabético en pacientes con diabetes tipo 2 en la unidad de seguridad social en estudio, la información recabada durante la intervención de ambos grupos fue documentada, categorizada y analizada; se utilizaron los discursos de informantes



claves más representativos, tomando en cuenta las cuatro categorías de análisis (Ver cuadro 1):

- Roles asignados al paciente y el prestador
- Integración de la vida con la enfermedad
- Enfoque y conocimiento acerca de la enfermedad.
- El contexto social y organizativo.

Cuadro 1. La calidad percibida en el control del pie Diabético en pacientes adscritos a una Unidad de Seguridad Social

Roles asignados al paciente y el prestador	Integración de la vida con la enfermedad
<p><i>“Con cita es rápida la atención, sin ella tienes que venir desde muy temprano es cansadísimo....me quedé sin medicamento antes de que llegara mi fecha de atención...yo ya le tengo confianza a mi médico familiar...el suplente si me valoró , pero no me conoce, mi médico ya me identifica ya sabe lo que tengo” (Hombre 53 años GF1)</i></p> <p><i>“ A la hora que llegamos no nos atienden...tengo que esperar hasta una hora en mi unidad...en el hospital tardan hasta cuatro horas...”(hombre 47 años GF1)</i></p> <p><i>“Me envió a servicio de curación, me agarró como si fuera animal...tuve que pagar particular, aquí solo te dan pastillas que te alivian el dolor solo eso...me gustaría que me dijeran como prevenir para que mi familia no padezca esta enfermedad ” (Hombre de 52 años GF1)</i></p> <p><i>“ ...Me pelee, con la señorita de</i></p>	<p><i>“Mi lesión, al ver la herida me dijeron te vamos a cortar el pie...imagínese como sale uno de la consulta” (hombre de 53 años GF1)</i></p> <p><i>“ Te caes, te deprimes sin palabras de apoyo, parecemos pelotitas de ping pong, en hospital nos dicen ustedes no tienen nada que hacer aquí...los envíos ni los leen” (Hombre de 47 años GF1)</i></p> <p><i>“Para mi significa preocupación, porque no sé qué va a pasar más adelante...eso me deprime, pero ahorita estoy echándole ganas para vivir bien, prolongar mi vida” (Hombre 35 años GF1)</i></p> <p><i>“Mi herida, ser diabético es una enfermedad que uno viene trayendo...pero con el pie no puedo realizar mis cosas” (Mujer 68 años GF1)</i></p> <p><i>“A veces me siento desanimado...ya no puedo hacer las mismas funciones de antes, no puedo llevar una dieta por lo</i></p>



<p><i>curación, me trataba muy mal...tuve que reportarla...ahora solo paso por material y me curo en casa” (Hombre 43 años GF2)</i></p> <p><i>“El trato no es el que uno espera, hay personas muy prepotentes...deben de tener conciencia porque eso nos afecta muchísimo...hay médicos que si son accesibles, pero otros de carácter muy fuerte...me da el tratamiento, me revisa...pero no me explica (Hombre 40 años GF2)</i></p> <p><i>“En mi caso a veces esta mi médico de base pero a veces está el suplente, dice que él no puede hacer nada porque mi médico es el que lleva mi control...pase a curación y me dijo la enfermera -¿otra vez?- (Mujer 39 años GF2)</i></p> <p><i>“En parte el servicio médico...pero ha disminuido de calidad en cuanto la actitud (Hombre 40 años GF2)</i></p>	<p><i>económico, no puedo trabajar como antes lo hacía...(Hombre 43 años GF2)</i></p> <p><i>“Estar llegando a curación a urgencias, esperar la atención...eso me afecta muchísimo tanto en lo laboral como en lo familiar” (Hombre 40 años GF2)</i></p> <p><i>“La principal barrera es dejar de hacer las cosas...yo que estoy enfermo veo a las demás personas y quiero comer libremente” (Hombre 35 años GF1)</i></p>
---	---

Enfoque y conocimiento acerca de la enfermedad	El contexto social y organizativo
<p><i>“Es un cambio Total de vida...cuando la enfermedad se te va a las piernas hasta el hombre más duro se quiebra, es una situación muy difícil” (hombre 53 años GF1)</i></p> <p><i>“Para mi es la vida más amarga en el concepto que dejas de ser hombre, ya no sirves para nada.... me dio por la comida” (Hombre 47 años GF1)</i></p> <p><i>“Es una enfermedad Silenciosa que no sabemos cómo nos va a tratar...si</i></p>	<p><i>“Muy poco, deberían preocuparse por nosotros me dicen haz ejercicio... si apenas puedo con mi alma, mucho menos con mi enfermedad”(Hombre 47 años GF1)</i></p> <p><i>“No nos atienden a cómo debe de ser esa es la realidad, si no se capacitan jamás verán resultados” (Hombre de 52 años GF1)</i></p> <p><i>“Mi familia me apoya en todo, curaciones, alimentación ahora que no puedo trabajar mis padres me apoyan en lo económico” (Hombre 43 años GF2)</i></p>



tenemos una lesión en el pie no podemos trabajar” (Hombre 52 años GF1)

“Tener esta enfermedad significa que debo de cuidarme más...(Mujer 68 años GF1)

“Para mí la diabetes no es una enfermedad grave si se sabe controlar...es una enfermedad hereditaria...mi lesión fue por falta de apego, hasta que vi que tardo en sanar fue que empecé a preocuparme” (Hombre 62 años GF 2)

“Es una enfermedad que me limita en lo que hacía antes...creo que la diabetes me dio por herencia de mis padres.(Hombre 43 años GF2)

“ No es una vida Normal, hay que cuidarse muchísimo” (Hombre 40 años GF2)

“Significa una carga para mi familia...una llamada de atención siento que si esto no me hubiera pasado no hubiera empezado a cuidarme más” (Hombre 35 Años GF1)

“Mis hijas, mis nietas siempre me regañan pero me cuidan” (Mujer 68 años GF1)

“ La falta de medicamentos, yo he tenido que comprar por fuera por cuenta propia” (Hombre de 52 años GF1)

“Los enfermos cada vez vienen más malos, necesitan preparación los médicos, las enfermeras, las trabajadoras sociales, nosotros no sabemos expresarnos...pero necesitamos una mejor atención” (Hombre 35 años GF1)

“Me mandaron con Especialidad Traumatología, él me dijo –Para que te envíen, eso no es mi ramo...no ponen interés en el paciente...Los medicamentos están muy limitados...Me pensionaron pero el apoyo económico es muy poco (Hombre 43 años GF2)

“No hay medicamentos, pasa uno a farmacia y te dicen que no hay que venga otro día...Es como si no hubiera ido a nada...Me cuesta caminar así” (Mujer 39 años GF2)

“Yo siento que lo que deberían hacer es un programa de visita a personas con heridas...el traslado de la casa a la clínica es difícil y más con una herida...deberían hacer una supervisión estricta en cuanto al trato con nosotros, falta interés, control estricto...las citas son muy largas” (Hombre 40 años GF2)

“Primero Dios y después de mi familia” (Hombre 47 años GF1)

“Mi esposa, mis hijos; mi hija principalmente” (Hombre 52 años GF1)

“La familia me apoya, hubo un tiempo en que no quise cuidarme... mi esposa es mi principal red de apoyo, después los médicos, enfermeras” (Hombre 35 años GF1)



8. DISCUSIÓN

8.1 Roles asignados al paciente y al prestador

La mayoría de los discursos revelan que la atención otorgada por el médico familiar no es buena, expresan que han sido orientados adecuadamente sobre el concepto de su enfermedad pero no sobre la forma de cómo llevar el control en su domicilio, así como medidas de prevención para el padecimiento, refieren que el médico se encarga solo de otorgar la atención y la receta y que no siempre lleva a cabo una exploración física completa, sin cerciorarse que haya entendido adecuadamente la información otorgada sobre el cuidado de su enfermedad. Las expresiones de los pacientes denotan que la actitud en servicio de los prestadores no es la adecuada *“El trato no es el que uno espera, hay personas muy prepotentes...deben de tener conciencia porque eso nos afecta muchísimo...hay médicos que si son accesibles, pero otros de carácter muy fuerte...me da el tratamiento, me revisa...pero no me explica (Hombre 40 años GF2)”*, *“me gustaría que me dijeran como prevenir para que mi familia no padezca esta enfermedad ” (Hombre de 52 años GF1)”*, por otra parte consideran que el tiempo de espera para la atención es muy prolongado y que en cuanto al abasto de medicamentos es deficiente *“A la hora que llegamos no nos atienden...tengo que esperar hasta 1 hora en mi unidad...en el hospital tardan hasta 4 horas...”(Hombre 47 años GF1)* *“me quede sin medicamento antes de que llegara mi fecha de atención” (Hombre 53 años GF1)*, Estos datos son similares a lo expuesto por Rodríguez en el año 2017 quienes percibieron en su estudio en el año 2017 ⁵¹; inestabilidad en la organización y roles del servicio por falta de comunicación por parte del personal de salud.

8.2 Enfoque y conocimiento acerca de la enfermedad.

Los pacientes relacionan su padecimiento con la herencia familiar y la mala alimentación, refieren que la lesión en el pie es una complicación de la diabetes, por lo que la información proporcionada por los profesionales de salud ha sido adecuada hasta este momento en los pacientes estudiados en la unidad de salud



en donde se realizó nuestra investigación, ya que en este caso los pacientes no asocian el conocimiento sobre el padecimiento a sus creencias. La información proporcionada por el personal de salud hasta este momento se ha adaptado a las necesidades de los pacientes, con la finalidad de una mejor comprensión sobre su padecimiento y complicaciones sin embargo aún no cumple con información orientada a la prevención de la lesión y asesoría familiar; *“Creo que la diabetes me dio por herencia de mis padres.(Hombre 43 años GF2)”*, *“Me dio por la comida” (Hombre 47 años GF1)”*, *“Para mí la diabetes no es una enfermedad grave si se sabe controlar...es una enfermedad hereditaria...mi lesión fue por falta de apego (Hombre 62 años GF 2)”*. En cuanto al sentir con respecto a su padecimiento la mayoría de los participantes reportan tristeza como principal sentimiento que provoca la lesión en el pie, así como preocupación de la complicación de la lesión y sobre el impacto que esta genera en su economía y entorno familiar, *“Es un cambio Total de vida... hasta el hombre más duro se quiebra, es una situación muy difícil (hombre 53 años GF1)”*, *“Para mi es la vida más amarga en el concepto que dejas de ser hombre, ya no sirves para nada (Hombre 47 años GF1)”*, *“Significa una carga para mi familia...una llamada de atención siento que si esto no me hubiera pasado no hubiera empezado a cuidarme más (Hombre 35 Años GF1)”* por su parte el estudio realizado por Avalos García en el año 2017²⁰, en base a los discursos obtenidos con la técnica grupo focal permitió conocer lo que piensan y sienten los pacientes con respecto a su enfermedad, es de suma importancia el conocer las expresiones corporales y faciales ya que en su mayoría fueron cargadas de desconocimiento, enojo, tristeza y miedo hacia el padecimiento, tal como lo muestran los discursos obtenidos en esta categoría.

8.3 Integración de la vida con la enfermedad.

El poder unir la vida con la enfermedad, es quizás el punto más importante en el control del padecimiento, como en otras enfermedades crónicas, el pie diabético se caracteriza por que exige que el paciente y su familia adquieran un papel activo en el tratamiento y en la integración a sus actividades cotidianas. Tras el diagnóstico, la experiencia del padecimiento no queda limitada a la persona



enferma sino que se extiende a la red social más cercana que es la familia, si se asume que la familia es un sistema queda claro que la experiencia de cada uno de sus miembros afecta al sistema familiar y a su vez este afecta a cada uno de sus integrantes. La familia comparte la experiencia de un padecimiento crónico y su complicación, el cual es fuente de conflictos y desequilibrios al generar un clima de tensión, preocupación e incertidumbre por la presencia de los signos y síntomas y sus repercusiones en las actividades del enfermo, por la necesidad de cambiar patrones de conducta, por el temor a las complicaciones que vendrán, por el incremento de los gastos y la reducción de ingresos, más aun cuando el principal proveedor de recursos es el enfermo. *“Para mi significa preocupación, porque no sé qué va a pasar más adelante...eso me deprime, pero ahorita estoy echándole ganas para vivir bien, prolongar mi vida (Hombre 35 años GF1)”*, *“A veces me siento desanimado...ya no puedo hacer las mismas funciones de antes, no puedo llevar una dieta por lo económico, no puedo trabajar como antes lo hacía...(Hombre 43 años GF2)”*, *“Estar llegando a curación a urgencias, esperar la atención...eso me afecta muchísimo tanto en lo laboral como en lo familiar (Hombre 40 años GF2)”*, *“La familia me apoya, hubo un tiempo en que no quise cuidarme... mi esposa es mi principal red de apoyo, después los médicos, enfermeras (Hombre 35 años GF1)”*. En el estudio realizado por López Ramón et al.⁵⁵ en el año 2013 en nuestro Estado se identificó la perspectiva que tiene el paciente con diabetes en relación a su enfermedad, se concluyó que existe la necesidad de ser atendidos y entendidos como personas y no como enfermos, se demostró la dificultad que enfrentan para integrar su vida con su enfermedad, lo solitarios que se sienten ante esta batalla y lo indefensos que se encuentran ante el contexto. Mientras que en el año 2017, Avalos MI et al.²⁰ realizó una investigación similar con técnica de grupos focales hacia el personal de salud en donde se encontró en la categoría a analizar lo siguiente: los médicos tienen una actitud crítica hacia el paciente en el manejo de su enfermedad, consideran que éste no pone de su parte en el tratamiento, no tiene cultura del autocuidado, manifiesta poca disciplina y actúa sin corresponsabilidad, ni compromiso hacia su mejoría. El papel del médico ante el manejo de la enfermedad mostró una



marcada concepción tradicional, orientada a atender a un paciente siguiendo un patrón conocido de tratamiento y seguimiento, el aseguramiento de sus medicamentos y orientación sobre la enfermedad, atendiendo a la enfermedad y no al contexto, por lo que cuando esto sucede, el cuidado de la enfermedad por parte del paciente se limita a seguir las indicaciones del médico, dado que considera consciente o inconscientemente que no tiene que alterar su vida. Por las características de este padecimiento, si el paciente no logra incorporar su enfermedad a su vida, genera un conflicto donde el control de su avance se va perdiendo, la frustración crece y las complicaciones se agudizan. Sin embargo en cada uno de los estudios no menciona el papel que juega la familia para la integración del paciente con diabetes y sobretodo con una lesión limitante como es el pie diabético, lo que sí es importante mencionar es que en esta investigación la mayoría de los pacientes refiere que la familiar es la principal red social de apoyo e integración social por lo que es importante tomar en cuenta la influencia positiva de esta sobre el paciente y padecimiento para crear una estrategia para mejora del estilo de vida y una pronta integración social del paciente; en el estudio realizado en el 2018 ⁵⁰ por Godoy-Coronao los argumentos manifestados por los pacientes son muy similares por lo que se consideró que se debe educar al paciente y personal en salud en base a las necesidades percibidas por los usuarios con la finalidad de crear mejoras en el sistema de salud.

8.4 Contexto social y organizativo.

Al conocer las perspectivas de los pacientes relacionadas sobre cómo les afecta o beneficia su entorno resaltaron de forma prioritaria los aspectos familiares y el papel del prestador de salud.

En nuestro estudio, se observó en muchos de los casos a la familia como principal red social de apoyo ante el padecimiento, cada uno de sus miembros estaban muy involucrados en el apoyo al paciente, así como en el control dietario, en el manejo de las complicaciones realizando las curaciones por parte de algún integrante de la familiar, con palabras de motivación para el paciente y en algunos casos, se



manifestó el apoyo económico por parte de algún miembro al encontrarse al paciente limitado a sus actividades laborales con la finalidad de disminuir el estrés que generaría la incertidumbre económica, *“Mi familia me apoya en todo, curaciones, alimentación ahora que no puedo trabajar mis padres me apoyan en lo económico (Hombre 43 años GF2)”*, *“Mis hijas, mis nietas siempre me regañan pero me cuidan” (Mujer 68 años GF1)*. Cabe mencionar que la influencia de las relaciones familiares es de notable interés en el control de la diabetes y sus complicaciones, y hay consenso en que el comportamiento de los miembros de la familia pueden favorecer su cumplimiento. En otras palabras, si la familia refuerza positivamente las conductas adecuadas del paciente con respecto a su tratamiento, se obtendrá un apoyo positivo sobre la salud; pero cuando el apoyo social potencia comportamientos inadaptados de salud, el efecto funcional producirá una influencia negativa. Garza ⁴⁶ resalta que en el contexto familiar el factor más importante es la etapa del ciclo de desarrollo de la familia en el cual se encuentra, en la fase de independencia, retiro y muerte como es el caso de la mayoría en nuestro estudio, y aunque esta etapa generan acciones de dispersión para sus miembros la mayoría de ellos manifiestan compromiso con el enfermo, con lo que facilita el apoyo percibido y esto se manifiesta como una buena organización social de la principal red de apoyo; Avalos García et al. ²⁰ en el 2017 realizó una investigación sobre la calidad en el control de la diabetes mellitus desde la perspectiva de la familia de los pacientes atención primaria en donde concluyó que los integrantes de la familia son la red de apoyo más cercana para el paciente y un recurso inapreciable para los servicios de salud en la búsqueda de alternativas para alcanzar una mejor calidad de vida. Se debe dar un paso más para la gestión, que propicie la acción conjunta de las instituciones sanitarias, sectores gubernamentales, empresas, organismos, familia y sociedad en general.

En cuanto al papel que juega el prestador de servicios en el control del padecimiento los pacientes expresaron que en cuanto al proceso de atención otorgado relacionado con el contenido de la consulta, duración, acciones clínicas de revisión, diagnóstico así como relación interpersonal los pacientes de nuestro



estudio percibieron una calidad regular, los motivos que definen la percepción de calidad en la atención fueron los largos tiempos de espera, la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico así como la falta de insumos en la unidad de estudio, *“Muy poco, deberían preocuparse por nosotros me dicen haz ejercicio... si apenas puedo con mi alma, mucho menos con mi enfermedad (Hombre 47 años GF1)”*, *“No nos atienden a cómo debe de ser esa es la realidad, si no se capacitan jamás verán resultados” (Hombre de 52 años GF1)”*, *“Los enfermos cada vez vienen más malos, necesitan preparación los médicos, las enfermeras, las trabajadoras sociales, nosotros no sabemos expresarnos...pero necesitamos una mejor atención (Hombre 35 años GF1)”*, *“El traslado de la casa a la clínica es difícil y más con una herida...deberían hacer una supervisión estricta en cuanto al trato con nosotros, falta interés, control estricto...las citas son muy largas (Hombre 40 años GF2)”*. Quintana, Roche e Iglesias ⁵¹ en el año 2015 realizaron una investigación similar pero a una institución pública en este caso los pacientes percibieron inestabilidad en los servicios de salud en la atención primaria, dificultades para el acceso a los servicios públicos, falta de comunicación, afectaciones económicas y la indisciplina social en general. Por su parte Fernández MA en el 2017 ⁵³ encontró que es necesario crear estrategias que transiten desde la promoción de la salud, manejo del padecimiento y educar a la población para evitar complicaciones, promover el desarrollo humano del personal a cargo, optimizar los tiempos de espera y trabajar en la inteligencia emocional para elevar el autoestima en los pacientes así como crear estrategias para educación de los familiares y fomentar el compromiso de estos hacia el paciente.

Los resultados encontrados entre ambos estudios nos habla sobre los factores sociodemográficos asociados a los perfiles de mala calidad indican que cada grupo de población tiene una percepción propia de los aspectos que modulan su interacción con los proveedores. Puede ser que con el incremento de los niveles de escolaridad en la población, los usuarios demanden y exijan mejores servicios de salud; a su vez, estos últimos tendrán, que cubrir las necesidades de los usuarios y cumplir con sus expectativas, de lo contrario las repercusiones



se verían cristalizadas en la baja utilización de los servicios y en un mayor porcentaje de demandas legales, y por ende, la población buscaría alternativas más eficientes y de bajo costo para atenderse, como es el caso de los servicios privados no lucrativos. La falta de mejoría en el estado de salud manifestada por los informantes parecería estar relacionada, en general, con dos aspectos: a) la supervisión y la capacitación del personal en el manejo clínico, y b) las variables intrínsecas a la población usuaria. Respecto al primero se puede señalar que, a pesar de la existencia de manuales y normas para el manejo clínico, la estandarización en el diagnóstico y en la atención sigue siendo deficiente en muchos sentidos. Aunado a ello, la falta de sistematización de mecanismos de supervisión de estos procesos de alguna manera se hace evidente en la insatisfacción de los usuarios. En este sentido la capacitación del personal adscrito permanentemente, así como de los suplentes, es importante, ya que en los servicios de salud es muy frecuente que la atención sea otorgada por los segundos y que, en ambos casos, se dé poca importancia al entrenamiento y a la estandarización, tanto en los aspectos de diagnóstico como de la atención misma. En el segundo aspecto, estarían jugando un papel importante el nivel de instrucción y la cultura del usuario acerca de los beneficios que le brinda la institución y de las obligaciones que se le confieren (cuidado de su salud, seguimiento de las prescripciones, cumplimiento con horarios); el concepto que el usuario tiene acerca de los servicios de salud y de la salud-enfermedad son elementos que también modularían la percepción de la población respecto a la calidad de la atención recibida. Si bien la mejora en la percepción de los servicios públicos de salud es relevante, aún es necesario fortalecer la capacidad de respuesta de los servicios públicos de salud. Es recomendable incorporar estrategias organizativas para brindar atención con mayor oportunidad; asimismo, se requiere consolidar los programas de educación continua del personal de salud en atención primaria. Una estrategia particularmente importante es el fortalecimiento de los indicadores de calidad técnica e interpersonal con el fin de mantener una evaluación permanente y detectar áreas de mejora para su



corrección oportuna, con la finalidad de ofrecer una mejor atención enfocada a la perspectiva del usuario.

9. CONCLUSIÓN

Las características sociodemográficas, clínicas y de accesibilidad que influyen en el juicio de percepción sobre la calidad en los pacientes con pie diabético en la unidad de seguridad social en estudio fueron: pacientes que son habitantes de zona urbana, hombres en su mayoría, con una edad promedio de 51 años, laboralmente activos, con estudios básicos de primaria y secundaria, en su mayoría casados, conformando una familia tipo nuclear tradicional en fase de dispersión, la religión que profesan es la católica, dependen económicamente de los ingresos del cónyuge, con una media del tiempo de evolución con la diabetes de 15 años, con un tiempo de evolución promedio de 12 meses con la lesión en pie en su mayoría clasificación Wagner 2, el tratamiento actual es a base de hipoglicemiantes orales, con índices glicémicos descontrolados, el tiempo de espera promedio fue de 39 minutos y la duración de la atención otorgada es de 15 minutos, el tiempo de traslado a su unidad de origen fue de 60 minutos.

La percepción que tienen los pacientes sobre el papel del proveedor de los servicios de salud no es lo que esperan, manifiestan falta de actitud de servicio, capacitación y empatía para el manejo del padecimiento. Los factores que influyen en la percepción que tienen las personas para integrar su vida a la enfermedad se centran en la falta de apego terapéutico, predominando el plan nutricional ya que la persona lo concibe como algo próximo al ayuno, difícil de integrar a la dieta familiar, expresan sentimientos de tristeza, preocupación y desánimo por su actual situación laboral y económica debido a la lesión en el pie.

Los factores que influyen en la percepción que tienen las personas con pie diabético sobre el enfoque y conocimiento que tienen de su enfermedad fue el desconocimiento sobre las complicaciones de su enfermedad y la lesión actual, temor sobre el pronóstico de la misma así como desconocimiento sobre medidas preventivas para el paciente y su familia.



La percepción que tienen los usuarios acerca del contexto social y organizativo en el que se desenvuelven, es que consideran a la familia como la principal red de apoyo a su padecimiento, expresan una pobre red de apoyo social externa, falta de empatía por parte del personal de salud, así como deficiencia en los insumos y organización en los tiempos de espera y atención al derechohabiente. Las áreas de oportunidad de mejora se enfocan básicamente en una transformación efectiva en el médico, el paciente, la familia y la sociedad.

10. RECOMENDACIONES

Investigaciones Futuras

- Para continuar con estudios sobre la calidad percibida de los paciente con diabetes tipo 2 y sus complicaciones, se recomienda el desarrollar más estudios de tipo cualitativos incluyendo no solo al paciente, sino a su familiar y al personal de salud para poder conocer la perspectiva de cada uno de ellos con la finalidad de diseñar estrategias que permitan desarrollar intervenciones de salud efectivas, mejorar el conocimiento de los pacientes acerca de la enfermedad, cuidado y prevención primaria, crear talleres o realizar sesiones que involucren al paciente y a su familiar en la participación activa.

Sector Salud

- Programar cursos de capacitación continua al personal de salud con enfoque humanístico y social para poder otorgar una mejor atención al paciente con diabetes tipo 2 de acuerdo a lo normado en las guías de práctica clínica, y creando empatía en el paciente para fortalecer vínculos que ayuden a mejor apego al tratamiento ofertado.
- Integración de un equipo multidisciplinario en atención a pacientes con diabetes tipo 2 para su atención bio-psico-social que involucre al personal médico, enfermería, trabajo social, nutriólogo, psicólogo, al paciente y su familia.



- Realizar talleres que proporcionen información sobre el padecimiento y sus complicaciones así como talleres con asesoría nutricional, dar consejería familiar que ayude a fortalecer y promover las tareas del desarrollo de los pacientes y sus familias
- Replantear los modelos de atención médica, orientándolos a una atención centrada en el paciente y su familia.
- Integrar una relación efectiva y de apoyo entre el personal de salud-paciente-familia de mutua responsabilidad a fin de lograr el empoderamiento de la enfermedad.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



REFERENCIAS

1. Ayuso Murillo D, Gimeno Begoña A. Gestión de calidad en enfermería: Seguridad del paciente. Madrid: Editorial Díaz de Santos. 2015, 1 (2) :175-92
2. Castelo Rivas WP, Castelo Rivas AF, Rodríguez Díaz JL. Satisfacción de pacientes con atención médica en emergencias. Revista Cubana de Enfermería [revista en Internet]. 2016 [citado 2018 May 29]; 32 (3): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/942>
3. Real Academia Española: Real Academia Española y Asociación de las Academias de la Lengua Española (2014) «calidad». Diccionario de la lengua española (23^a edición). Madrid: España. ISBN 978-84-670-4189-7 Consultado el 27 Mayo del 2018.
4. Hernández S. Introducción a la Administración. Teoría general administrativa: origen, evolución y vanguardia. México: Mc Graw-Hill/Interamericana; 2011.
5. Brook R, Lohr K. Quality of care assessment: its Role in the 1980's S. Am J Public Health 1981; 71: 681 - 682.
6. D'empaire G. Calidad De Atención Médica Y Principios Éticos. Acta Bioeth. [Internet]. 2010 Nov [citado 2018 Mayo 29]; 16 (2): 124-132. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2010000200004&lng=es.
7. Suarez G. Las Ocho dimensiones de Calidad: Gestión de la Calidad de David Gaalvin. Sao Paulo: Quality way; 2016. Disponible en: <https://qualityway.wordpress.com/2016/11/24/david-a-garvin-y-las-ocho-dimensiones-de-la-calidad-por-gregorio-suarez/>



8. Donabedian A. Exploration in quality assessment and monitoring. En: Harbor A. (ed.) the definition of quality and approaches to its assessment. Mich: Health administration Press; 1980.
9. Lohr KN. (ed.) Medicare: A strategy for Quality Assurance. Washington DC: National Academy Press; 1990.
10. Terrazas Valdés P, Molina Mandujano I. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones 12 años de experiencia. México. 2014, (7): 60-80
11. Emmert M, Eijkenaar F, Kemter H, Esslinger AS, Schöffski O. Economic evaluation of pay-for-performance in Health care: a systematic review. Eur J Health Econ, 2011. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10198-011-0329-8>.
12. Real Academia Española: Real Academia Española y Asociación de las Academias de la Lengua Española (2014). «perspectiva». Diccionario de la lengua española (23^a edición) Madrid. ISBN 978-84-670-4189-9. Consultado el 27 de Mayo de 2018.
13. Nara Medianeira S, Nelson Casarotto F, Leoni Pentiado G. Medición de la calidad percibida en organización de servicio: utilizando o Índice de Potencial de Aumento de la Satisfacción del Consumidor. Brasil. Rev Sistemas & Gestión. 2016, 5 (1): 17-31.
14. Sacchi M, Hausberger M, Pereyra A. Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. Salud colectiva [Internet]. 2017 Dic [citado 2018 Mayo 29]; 3(3): 271-283. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18518265200700300005&lng=es.
15. Gómez López L, Rabanaque Hernández MJ. Concepto de salud. En: Colomer Revuelta C, Álvarez-Dardet C. Promoción de la salud y cambio social. Barcelona: Masson; 2000.



16. Parasuraman A, Berry L, Zeithaml VA. A Conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*. 2015, 49 (4): 41-50.
17. González V, Valecillos V, Hernández J. Calidad en la prestación de servicios de salud: Parámetros de medición *Revista de Ciencias Sociales*. Venezuela. 2013,19 (4): 663-71
18. Carrington A. Estado psicológico de la gente diabética con o sin inhabilidad de miembro inferior. *Diab Res Clin Pract*; 2016.
19. Brod M. La calidad de vida en pacientes con la diabetes y úlceras de extremidad inferiores. *Qual Life Res*; 1998.
20. Avalos García MI, et al. Calidad en el control de la diabetes mellitus en unidades de atención primaria de México. Un estudio desde la perspectiva de la familia de los pacientes *Aten Primaria*. 2017;49(1):21-27
21. Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA-2010, Para la Prevención, Tratamiento y control de la diabetes mellitus.(2ª ed) México, D.F: 2010
22. Avalos MI, López C, Morales M, Priego HR, F. Barreras y perspectivas del personal de salud en el control de la diabetes en unidades médicas de la seguridad social de Tabasco. Un estudio cualitativo. *Salud Pública*. 2013; 12(3):111-18.
23. Ruelas Barajas E, Poblano Erástegui O. Certificación y Acreditación en los Servicios de Salud: Modelos, Estrategias y Logros en México y Latinoamérica, 2ª. Edición, Instituto Nacional de Salud Pública; 2016.
24. OMS: Organización Mundial de la Salud [internet]. América Latina WHO. Informe Mundial sobre la Diabetes: Resumen de Orientación [Monografía en Internet]. Publicado Abril 2016. [accesado 1 Octubre 2016]. Disponible en:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf
25. ADA: American Diabetes Association [internet]. United States ADA. Standards of medical care in diabetes 2017. *The Journal of Clinical and Applied Research and Education* [Monografía en Internet]. Publicado Enero



2017. [accesado 1 Junio 2017]. Disponible en: http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40.Supplement_1.DC1/DC_40_S1_final.pdf
26. Galè E. Is type 2 diabetes a category error?. The Lancet Journal 2013; 381: 1956–57
27. Hirsh I. Diabetes Management an Issue of medical clinics of north of amputation of the lower limb in England. medical clinics of norte America 2015; 55(7): 1919-25
28. Rozman C, Farreras C. Medicina Interna: metabolismo y nutrición. endocrinología. Ed. 18ª. Barcelona: Editorial Manual Electrónico; 2016
29. Washington Rodríguez Gutiérrez. Fisiopatología endocrina. UNMSM. Lima-Perú 2008. Pág. 83
30. Padros C, Moliné C, Alvarez G, Planell E. Evaluación de un nuevo método de diagnóstico de la neuropatía diabética. revista española de podología 2012; 29 (3): 96-100
31. Viade J, Royo J. Pie Diabético. Guía Práctica para la prevención, evaluación y tratamiento. Ed. 2ª Madrid: Editorial Panamericana; 2016
32. Schaper N, Bakker K. Practical guidelines on the management and prevention of the diabetic foot: Based upon the international consensus on the diabetic foot. Diabetes Metab Res Rev. 2015; 12(Suppl 9): 181–187
33. Marinell J, Blanes JL, Escudero JR, Ibáñez V, Rodríguez J. Tratado de pie Diabético. Ed 1ª Madrid: Editorial Jarpyo Pensa; 1999
34. Proenza Fernández L, Figueredo Remón R, Fernández Odicio S, Baldor Illanas Y. Factores epidemiológicos asociados al pie diabético en pacientes atendidos en el Hospital Celia Sánchez Manduley. MULTIMED Granma [revista en Internet]. 2016 [citado 2018 Jun 3]; 20(3): [aprox. 13 p.].
35. Guariguata L, Whiting D, Hambleton I, Beagleyj. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2013 and 2035. Diabetes research an clinical practice 2014; 103 (2):137-141
36. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas, 8th ed; 2017.



37. Blanes Mompó JI, Al-Raies Bolaños B, Fernández González S. Factores de riesgo en el pie diabético. *Angiología*. 2012 [citado 7 Feb 2017]; 64 (Esp Cong): 58-62. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90136971&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=294&ty=135&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=294v64nEsp.Congreso90136971pdf001.pdf
38. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016; Diabetes Mellitus: La urgencia de reforzar la respuesta en políticas públicas para su prevención y control. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2016. Disponible desde: http://oment.uanl.mx/wpcontent/uploads/2016/12/ensanut_mc_2016-310oct.pdf
39. Schaper N. Lessons from Eurodiab. *Diabetes metabolism research and reviews* 2012; 28 (1): 21-26
40. Zhang P, Lu J, Jing Y, et al. Global epidemiology of diabetic foot ulceration: a systematic review and meta-analysis. *Ann Med* 2016; 49: 106-16; DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/07853890.2016.1231932>.
41. Bobircă F, Mihalache O, Georgescu D, et al. The new prognostic-therapeutic index for diabetic foot surgery—extended analysis. *Chirurgia* 2016; 111: 151–5.
42. Rivas Acuña V, Crisóstomo Y, Garcia Barjau H, Martínez Serrano A, Magaña Castillo M, Gerónimo Carrillo R. Evaluación Integral de la Sensibilidad en los Pies de las personas con Diabetes Mellitus Tipo 2. *Revista Cuidarte* [serial on the Internet]. (2017, Jan), [cited June 3, 2018]; 8(1): 1423-1432. Available from: MedicLatina.



43. Pérez Maldonado O. Estrategia Estatal para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la Diabetes. Tabasco; 2017.
44. Cisneros-González N, et al. Índice de amputaciones de extremidades inferiores en pacientes con diabetes. Rev Med Inst Mex Seg Soc 2016; 54(4):472-9.
45. García Saisó S. La calidad de la atención a la Salud en México a través de sus instituciones. México. Segunda edición; 2015.
46. Rodríguez-Morán M, Guerrero-Romero JF. Importance of family support in the control of glycemia. Salud Pública Méx 2007: 39:44-47.
47. Tejada—Tayaba LM, Grimaldo-Moreno B, Maldonado-Rodríguez O. Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento. Rev Salud Pública y Nutrición. 2006; 7.
48. Váldez-Figueroa IA, Alderete-Rodríguez MG, Alfaro-Alfaro N. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. Salud Pública Mex 2013; 35:464-470.
49. Yurss I. Atención a la familia: otra forma de enfocar los problemas de salud en atención primaria. Instrumentos de abordaje familiar. An Sist Sanit Navar 2015; 24 (Supl. 2): 73-82.
50. Godoy-Corona A, Illesca-Pretty M, Cabezas-González M, Hernández-Díaz A. Foot ulcers: perception of patients with Type 2 diabetes. Rev. Fac. Med. 2018; 66(2):187-94.
51. Rodríguez Quintana T, Reinaldo Fabelo J, Roche Serguei I M, Iglesias Moré P. Barreras percibidas en los servicios comunitarios y de salud por los adultos mayores Rev. pub. salud pública. 2017: 43 (1)
52. Porras Y, Richmond D, García MF, Jensen ML. Aspectos importantes a incorporar en una aplicación móvil para la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en Costa Rica según pacientes y profesionales de salud. Perspect Nutr Humana. 2016; 18:155-70. DOI:10.17533/udea.penh.v18n2a03
53. Fernández MA, López M, Gutiérrez D, Martínez A. Pantoja C. Educación en salud, práctica de actividades físicas y alimentación en grandes



- urbes: Perspectiva de los usuarios. Rev Univ Santander. Salud 2018; 50 (2): 116-125
54. Ávila Sansores G, Gómez-Aguilar, Yam-Sosa A, Vega-Argote G, Franco-Corona BE. Un enfoque cualitativo a las barreras de adherencia terapéutica en enfermos crónicos de Guanajuato, México. Aquichan 2016; 13(3): 373-386.
55. López-Ramón C, Ávalos-García MI, Montes-García MH, Priego-Álvarez HR. Perspectivas del paciente en el control de la diabetes mellitus en unidades médicas de la seguridad social de Tabasco: un estudio cualitativo. Salud en Tabasco. 2013; 19(3):77-84.
56. Tebar FJ, Escobar F. La diabetes en la práctica clínica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009.
57. Hu Y, Bakhotmah B, Alzahrani O, Wang D, Hu F, Alzahrani H. Predictors of diabetes foot complications among patients with diabetes in Saudi Arabia. Diabetes Res Clin Pract. 2014; 106 (2): 286 – 94
58. INEGI. Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. Recuperado el 02 de Junio 2018 de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>
59. Instituto Mexicano del Seguro Social. Sistema de información de atención integral de la salud, censo de pacientes, diabetes mellitus extraído de ARIMAC. Área de Informática Médica y Archivo Clínico, Preliminar, corte. Marzo 2018
60. Vileikyte L, Rubin RR, Leventhal H. Psychological aspects of diabetic neuropathic foot complications: an overview. Diabetes Metab Res Rev 2014; 20: 13-8.
61. Carrington AL, Mawdsley SK, Morley M, Kincey J, Boulton AJ. Psychological status of diabetic people with or without lower limb disability. Diab Res Clin Pract 1996; 32: 19-25.



62. Cousart, Tabitha Hunt Et al. Implementing Diabetic Foot Care in the Primary Care Setting. *The Journal for Nurse Practitioners* 2017, 13:3, e129 - e13.
63. International Diabetes Federation. Clinical practice recommendation on the diabetic foot: a guide for health professionals. 2017
64. American Diabetes Association. Microvascular complications and foot care. *Standards of medical care in diabetes* 2017
65. Cisneros-González N, Ascencio-Montiel IJ, Libreros-Bango VN, Rodríguez-Vázquez H, Campos-Hernández Á, Dávila-Torres J, Kumate-Rodríguez J, Borja-Aburto VH. Índice de amputaciones de extremidades inferiores en pacientes con diabetes. *Rev Med Inst Mex Seg Soc* 2016; 54(4):472-9.
66. Narayan VKM. Type 2 Diabetes: Why We w the battle but losing the war? 2015 Kelly West award lecture. *Diabetes Care* 2016; 39: 653–663.
67. Peinado A. Portero P. González P. Percepción de los enfermos y del personal sanitario de Atención Primaria de Salud sobre el manejo de la enfermedad Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. 2010;2-89.
68. Brod M. La calidad de vida en pacientes con la diabetes y úlceras de extremidad inferiores. *Qual Life Res*; 1998.
69. González-Consuegra RV, Verdú J. Quality of life related with chronic wounds. *Gerokomos* 2010; 21 (3): 131-139



Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
ANEXOS
México.



Anexo A. Consentimiento Informado



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

(ADULTOS)

Nombre del estudio:

“Calidad percibida en el control del pie diabético, en una Unidad de Seguridad Social en Tabasco, México”

Patrocinador externo (si aplica):

N/A

Lugar y fecha:

Villahermosa Tabasco, Agosto/25/2018

Número de registro:

FOLIO:

Justificación y objetivo del estudio:

Esta investigación tiene como objetivo principal comprender la calidad percibida en el control del Pie Diabético desde la perspectiva del paciente, la importancia de esta investigación reside en que la información obtenida es mediante el análisis de los que piensan, sienten y esperan los pacientes con respecto al control de su padecimiento esto aportará información relevante a las instituciones de salud encargadas de la atención y seguimiento de estos pacientes por lo que se podrán desarrollar estrategias que permitan resolver los problemas para mejor control del padecimiento.

Procedimientos:

Consiste en el llenado de un cuestionario para conocer factores sociodemográficos y aplicación de Técnica de Grupo Focal, con la finalidad de Recabar Información Escrita y realizar video filmación de la participación activa de cada uno de sus miembros con la finalidad de recabar información para la obtención de datos para mejorar la calidad de vida y atención, informándole sobre el tipo de documentación que se le presentara para su firma. Se explicará la duración de la entrevista, así como la importancia de su participación activa en la sesión grupal. Se explicara sobre la confidencialidad de dicho proyecto, así como se le informa que el investigado podría ponerse en contacto en el futuro para obtención de información, así como la libertad de su participación en el estudio.

Posibles riesgos y molestias:

Ninguno

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Obtener información Cualitativa sobre el padecimiento desde el Rol que juega el paciente con el prestador de servicio, conocer su integración de la vida enfermedad, conocimiento sobre su padecimiento y el contexto social.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Confidencialidad: Los datos obtenidos durante el estudio no serán utilizados más allá de los fines de investigación.

Participación o retiro:

La participación es Voluntaria y podrá retirarse en cualquier momento sin que esto afecte su control institucional.

Privacidad y confidencialidad:

Todos los datos registrados serán totalmente confidenciales, respetando en todo momento la privacidad del paciente.

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

No autoriza que se tome la muestra.

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

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

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

N/A

Beneficios al término del estudio:

Conocer la Perspectiva de los Pacientes con la finalidad de valorar la calidad en el control de su padecimiento.

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

Investigador Responsable:

Dr. CS María Isabel Avalos García,

Colaboradores:

M. en C. Rosario Zapata Vázquez ,M. en C. BB Rebeca Hernández Martínez, M.C. Carmen Amalia Lázaro Corzo

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

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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



Anexo B. Oficio Para Recolección de Datos

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD MEDICA FAMILIAR # 39

DELEGACION TABASCO

Villahermosa Tabasco 28 de Junio del 2018

Dra. María Magdalena Zenteno

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 39 IMSS DELEGACION
TABASCO

P R E S E N T E

Por medio del siguiente me permito solicitar acceso al área designada en la unidad médica familiar # 39 correspondiente al departamento de Archivo Clínico y acceso al expediente clínico institucional en el turno matutino a su cargo, con la finalidad de realizar revisión de expedientes y recopilación de datos del registro de pacientes que acuden diariamente a dicha área e identificar a la población con Diabetes Mellitus tipo 2 que cursen con úlcera correspondiente a pie Diabético con clasificación Wagner; dicha información será de utilidad para realizar el protocolo de investigación titulado **“Calidad percibida en el control del pie diabético, en una Unidad de Seguridad Social en Tabasco, México”** al cual se llevara a cabo en el periodo correspondiente asignado para la realización del mismo, cuya finalidad consiste en conocer la perspectiva del paciente sobre su padecimiento ya que esto nos permitirá crear nuevas estrategias para mejoras en el servicio y ofrecer una atención de calidad al derechohabiente.

Sin otro que mencionar me despido cordialmente de usted, esperando pronta respuesta a dicha solicitud.

Atentamente

Dra. Carmen Amalia Lázaro Corzo

Médico Residente de la especialidad en Medicina Familiar

CC. Dra. Rosario Zapata Vázquez Coordinador de Educación e Investigación en Salud de la Unidad de Medicina Familiar # 39

CC. Ricardo Anoya González. Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar



Anexo C. Cuestionario de Investigación (Pacientes con Pie Diabético)

Nombre: _____

NSS: _____

Dirección Y Teléfono: _____

Consultorio: _____ **Turno:** _____

I.- Datos Sociodemográficos

Grupo focal: _____ - _____ -2018 Identificación del participante: No: _____

1.- FOLIO: _____

2.- Sexo: 1.- hombre 2.- Mujer

3.-Edad: _____

4.- ¿Qué Tiempo le lleva llegar a su Unidad de Medicina Familiar?
_____ min.

5.- ¿Cuál es el medio de transporte para llegar a su Unidad de Medicina Familiar?

1.- Caminando 2.- Taxi 3.- Transbus 4.- Combi

5.- Particular

6.- Desde su llegada a su consulta de Medicina Familiar ¿Cuánto Tiempo Tarda en ser atendido? _____ min

7.- ¿Cuánto Tiempo dura su Cita de Control Mensual?

1.- Menos de 15 Minutos 2.- 15 Minutos 3.- Más de 15 Minutos

8.- Continuidad de Asistencia a Cita de Control

1.- Mensual 2.- Trimestral

9.- ¿Cuántos Años tiene de ser paciente con Diabetes? R:
_____ años

10.- ¿Cuánto tiempo tiene de Evolución su lesión? R: _____ años

11.- ¿Cuál es su estado civil actualmente?

1.- Casado 2.- Soltero



12.- ¿Qué religión pertenece?

- 1.- Católica 2.- Evangélica 3.- Cristiana 4.- Testigo de Jehová
6.-Otra ¿Cuál? _____ 7.- Ninguna

13.- ¿Qué Nivel Académico Curso?

- 1.- Analfabeta 2.- Alfabeta 3.- Primaria 4.- Secundaria 5.- Nivel Medio Superior
6.- Superior

14.- ¿Vive usted solo?

- 1.- Si 2.- No

¿Cuántas personas viven en su casa? No _____

16.- Números de hijos: _____

17.- ¿Cuál es su ocupación?

- 1.- Profesionista
2.- Comerciante
3.- Estudiante
4.- Desempleado
5.- Técnico
6.- Servidor Público
7.- Campesino
8.- Obrero/ Empleado General
9.-Chofer
10.- Labores del Hogar
4.- Otros Especifique: _____

20.- ¿Padece usted otra enfermedad?

- 1.-Hipertension Arterial 2.- Dislipidemia (Colesterol/Triglicéridos)
3.- Obesidad
4.- Cardiopatía (Problemas Corazón) 5.-IRC (Enfermedad Renal/Riñón)
6.-Ninguna 7.- Otra ¿Cuál? _____



21.- ¿Qué Medicamentos Toma Actualmente? 22.- ¿Conoce Usted su Última
Cifra de Glucosa? R=_____

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



Anexo D

Guía de entrevista para grupos focales del trabajo de investigación Calidad percibida en usuarios con Pie diabético, en una Unidad de la Seguridad Social.



1.- Objetivos

OBJETIVO DE LA ENTREVISTA
Identificar las perspectivas y barreras en los pacientes con respecto al control de Pie Diabético
OBJETIVO DEL GRUPO FOCAL
Identificar lo que piensan, sienten y esperan los pacientes con respecto al control de la diabetes tipo 2, su complicación Neuropática: Pie Diabético

2.- Identificación de los responsables

Nombre del moderador
Nombre del observador

3.- Participantes

Lista de asistentes Grupo Focal	
1	
2	
3	
4	
5	
6	



Anexo. E Guía de entrevista del grupo focal

Enfoque y conocimiento acerca de la enfermedad

1. ¿Qué significa para usted la diabetes tipo 2? (perspectiva cultural, económica, espiritual, médica y social)
2. ¿Qué significa para usted el Pie Diabético? (perspectiva cultural, económica, espiritual, médica y social)
3. ¿Por qué cree que dio esta enfermedad?
4. ¿Cuáles son su sentir con respecto a padecer esta enfermedad?

Roles asignados al paciente y el prestador

1. ¿Qué opina de la atención que le brinda su médico tratante en el control de la diabetes y la complicación de su padecimiento?
2. ¿De qué manera su médico lo ayuda?
3. ¿Le revisa los pies cada vez que acude a la consulta?
4. ¿Le da Información sobre su padecimiento?
5. ¿Utiliza Lenguaje Claro y se cerciora que usted haya entendido la información proporcionada?

El contexto social y organizativo

1. ¿Cómo participan los servicios de salud para el control de la enfermedad?
2. ¿Cómo participa su familia con usted para la prevención de esta enfermedad?
3. ¿De qué manera su familia lo apoya?
4. ¿Cuál cree usted que es la principal red de apoyo que tiene para enfrentar la enfermedad?

Integración de la vida con la enfermedad

1. ¿Cuál es la principal barrera que usted identifica para lograr un buen control de su enfermedad?
2. ¿Cuál cree que sea el motivo de fracaso en el control de su enfermedad?
3. ¿Cuál cree usted que es su principal ayuda para controlar su enfermedad?
4. ¿Cuáles cree usted que son las dificultades a las que se enfrenta con esta enfermedad?



Pautas de Chequeo (evaluación)

Chequear elementos presentes en el grupo focal (evaluación del observador)	
Lugar adecuado en tamaño y acústica	
Lugar neutral de acuerdo a los objetivos del grupo focal	
Moderador respeta tiempo para que los participantes desarrollen cada tema	
Se cumplen los objetivos planteados para esta reunión	
Explicita en un comienzo objetivos y metodología de la reunión a participantes	
Reunión entre 60 y 120 min.	
Registro de la información	
Cierre de la reunión	



Anexo F. Operacionalización de Variables

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE/ ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN	DEFINICIÓN	CODIFICACIÓN	ESTADÍSTICO
		CONCEPTUAL	OPERATIVA		
Pie Diabético (Ulcera en el Pie)	Cualitativa ordinal	Infección y destrucción de tejidos asociados con alteraciones neurológicas y varios grados de enfermedad vascular periférica en la extremidad inferior Internacional Working group on the Diabetic Foot (IWGDF) 2015	Clasificación Wagner	Grado 1 2 3 4 5	Frecuencias y Porcentaje
Sexo	Cualitativo nominal	Conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo Diccionario de la Real Academia Española. 2018	Masculino Femenino	1.Masculino 2.Femenino	Porcentaje y Frecuencia
Edad	Cuantitativa Continúa	Años de vida que informo el sujeto de estudio o su familiar en relación a fecha de nacimiento. Metodología de indicadores de la serie histórica censal. Se utiliza Escala INEGI 2016	Años cumplidos al momento del estudio	N/A	Medidas de tendencia central
Tiempo de Traslado	Cuantitativa Continúa	Tiempo que Tarda en trasladarse desde su Domicilio hasta la UMF	Tiempo expresado en Minutos	N/A	Medidas de tendencia central
Transporte	Cualitativo nominal	Vehículo que sirve para transportar personas o cosas de un lugar a otro. Diccionario de la Real Academia Española. 2018	Medio de Transporte que Utiliza para llegar hasta la UMF	1. Caminando 2. Taxi 3. Transbus 4. Combi 5. Particular	Porcentaje y Frecuencia
Tiempo de Espera en Consulta Externa	Cuantitativa Continúa	Tiempo transcurrido desde entre el momento en el que usuario solicita atención Sistema de Monitoreo de los Indicadores de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, Subsecretaría de	Tiempo que tarda en ser Atendido desde Su llegada a UMF hasta la Consulta con servicio MF	N/A	Medidas de tendencia central



		Innovación y Calidad, SSA			
Duración de la Atención	Cualitativa ordinal	Tiempo de Atención que otorga el servicio de salud para la atención del padecimiento.	Tiempo que duración de la consulta servicio medicina familiar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menos de 15 minutos 2. 15 minutos 3. Más de 15 minutos 	Porcentaje y Frecuencia
Continuidad		Periodo de valoración		<ol style="list-style-type: none"> 1. Mensual 2. Trimestral 	
Tiempo de evolución de Diabetes Tipo 2	Cuantitativa discreta	Tiempo que se presente un padecimiento en una persona Organización Mundial de la Salud (OMS) 2016	Periodo transcurrido desde el momento del inicio al padecimiento hasta el momento del estudio	Años y/o meses	Desviación estándar, Porcentaje y Medidas de tendencia central
Tiempo de evolución de la lesión en el paciente (Úlcera)	Cuantitativa discreta	Tiempo que se presente un padecimiento en una persona Organización Mundial de la Salud (OMS) 2016	Periodo transcurrido desde el momento del inicio al padecimiento hasta el momento del estudio	Semanas + Días	Desviación estándar, Porcentaje y Medidas de tendencia central
Estado Civil	Cualitativa nominal	Atributo del sujeto en cuanto a su relación con una pareja mediante su registro civil.	Es el estado en el que se encuentra al momento de la encuentra Metodología de indicadores de la serie histórica censal. Se utiliza Escala INEGI 2016	<ol style="list-style-type: none"> 1. Casado 2. Soltero 	Frecuencia y porcentaje
Religión	Cualitativa Nominal	Creencias y practicas acerca de lo considerado como divino o sagrado de tipo existencial, moral y espiritual	Grupo religioso en el que se encuentre agrupado al momento del estudio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Católica 2. Evangélica 3. Cristiana 4. Testigo de Jehová 5. Otra 6. Ninguna 	Frecuencia y porcentaje
Nivel Académico (Grado)	Cualitativa Nominal	Distinción otorgada por alguna institución educativa, generalmente después de la terminación exitosa de un programa de estudios. Diccionario de la Real Academia Española. 2018	Grado Académico del paciente al momento del estudio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analfabeta 2. Alfabeta 3. Primaria 4. Secundaria 5. Nivel Medio Superior 6. Nivel Superior 7. Posgrado 	Frecuencia y porcentaje
Nivel Académico (Años Cursados)	Cuantitativa Continúa	Duración de la preparación Académica Diccionario de la Real	Tiempo de Estudio del paciente al momento del estudio expresado en años	N/A	Números absolutos, porcentajes y media



		Academia Española. 2018			
Personas en Casa	Númerica Continua	Persona que conforma la población de un lugar. Diccionario de la Real Academia Española. 2018	Número de Personas que viven en el hogar del paciente al momento del estudio	N/A	Números absolutos, porcentajes y media
Número de Hijos	Númerica Continua	Individuo o animal respecto de su madre y de su padre; esta situación implica una relación de consanguinidad entre padres e hijos. Diccionario de la Real Academia Española. 2018	Cantidad de Hijos nacidos del paciente al momento del estudio, sin importar el número de matrimonios del mismo.	N/A	Números absolutos, porcentajes y media
Ocupación	Cualitativa ordinal	Actividad económica predominante del sujeto. Metodología de indicadores de la serie histórica censal. Se utiliza Escala INEGI 2016	Actividad que se encuentra desempeñando al momento del estudio.	Se utiliza escala INEGI: 1. Profesionista 2. Comerciante 3. Estudiante 4. Desempleado 5. Técnico 6. Servidor publico 7. Campesino 8. Obrero/Empleado General 9. Chofer 10. Labores del hogar	Frecuencia y porcentaje
Tipo de Familia	Cualitativo Nominal	Sistema abierto en constante interacción con los entornos histórico, social, económico y cultural; no es una unidad homogénea en su conformación, lo cual indica que no todas están integradas de igual manera. Familia. Introducción al estudio de sus elementos. Apolinar Membrillo Luna	Tipología Familiar a la que pertenece el paciente (Composición Familiar)	1. Nuclear 2. Monoparental 3. Extensa	Frecuencia y porcentaje
Dependencia	Cualitativo Nominal	Persona que se encuentra a cargo del cuidado de otra persona, de un animal o un lugar. Diccionario de la Real Academia Española. 2018	Persona que se encuentra a cargo del paciente al momento del estudio	1. Esposa 2. Hermanos 3. Hijos 4. Otro	Números absolutos, porcentajes y media
Enfermedad Asociada	Cualitativo Nominal	Proceso que atraviesa un ser vivo agregado a enfermedad de base	Otra patología que presente el paciente al momento de estudio	1. Hipertensión Arterial 2. Dislipidemia 3. Obesidad 4. Cardiopatía	Porcentaje y Frecuencia



				5. Enfermedad Renal 6. Ninguna 7. Otro	
Medicación Utilizada	Cualitativo Nominal	Acciones terapéuticas que se le realizan al sujeto en forma predominante Marinel J. 1999	Tratamiento que se encuentre utilizando al momento del estudio	1. Hipoglucemiantes Orales 2. Insulina 3. Ambos 4. Otro	Porcentaje y Frecuencia
Glucosa	Cuantitativa continua	Azúcar que se encuentra en miel, frutas o sangre de los seres vivos Diccionario de la Real Academia Española. 2018	Ultima Cifra de Glucosa reportada en sangre	N/A	Números absolutos, porcentajes y media

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



Anexo G. Proceso de saturación en los discurso de pacientes con pie diabético

Enfoque y conocimiento acerca de la enfermedad		
¿Qué significa para usted la diabetes tipo 2?	Es una enfermedad incurable	4
	Enfermedad que herede	8
	Es una enfermedad crónica	3
	Enfermedad que daña todos los órganos	2
	Me dio por mi mala alimentación	9
¿Qué significa para usted el Pie Diabético?	Un cambio Total en mi vida	5
	Una llamada de Atención para mi cuidado	5
	Una complicación de mi enfermedad	12
	Dependencia hacia mis familiares	4
¿Por qué cree que dio esta enfermedad?	Por la mala alimentación	7
	La herencia de mis padres	5
	Porque no me Cuide	3
¿Cuáles son su sentir con respecto a padecer esta enfermedad?	Depresión	3
	Resignación	2
	Tristeza	7
	Preocupación	5
	Enojo	2
Roles asignados al paciente y el prestador		
¿Qué opina de la atención que le brinda su médico tratante en el control de la diabetes y la complicación de su Padecimiento?	Falta actitud de servicio	16
	Los suplentes solo imprimen recetas	6
	Solo nos dan medicamento	7
	No me revisa Completamente	5
	No me revisan los pies	5
	No me mandan con el especialista	3
	A veces no entiendo bien el tratamiento	10
	Si se interesan por mi salud	13
	Tarda mucho en atender	18
¿De qué manera su médico lo ayuda?	Recetándome la medicina	10
	Dando la consulta	10
	Explicándome que comer	2
	Regañándome	5



	Revisándome completamente	3
	Mandándome estudios	5
¿Le revisa los pies cada vez que acude a la consulta?	Nunca	1
	Siempre	5
	Solo ve la computadora	2
	A veces	12
	No me revisan completamente	5
¿Le da Información sobre su padecimiento?	No	5
	A veces	15
	Cuando esta de Buenas	12
	Si	7
¿Utiliza Lenguaje Claro y se certiora que usted haya entendido la información proporcionada?	Siempre	8
	A veces	16
	No	6
El contexto social y organizativo		
¿Cómo participan los servicios de salud para el control de la enfermedad ?	Dándonos la medicina	10
	Dándonos la consulta	5
	Mandándonos al especialista	4
	Diciéndome como cuidarme	3
¿Cómo participa su familia con usted para la prevención de esta enfermedad ?	Recordando la toma del medicamento	17
	En la dieta	20
	En mis curaciones	22
¿De qué manera su familia lo apoya?	Dándome dinero para comprar medicinas	7
	Diciéndome que me cuide	12
	Comiendo lo que yo como	9
	No presionarme para volver a trabajar	2
¿Cuál cree usted que es la principal red de apoyo que tiene para enfrentar la enfermedad?	El médico	12
	Dios	2
	La familia	24
Integración de la vida con la enfermedad		
¿Cuál es la principal barrera que usted identifica para lograr un	No hay medicamentos en mi unidad	18



buen control de su enfermedad?	No hay material para curación	13
	Todo nos incita a comer lo que no debemos	7
	Las citas con el especialista están retiradas	17
	El traslado	7
	La falta de Información	7
¿Cuál cree que sea el motivo de fracaso en el control de su enfermedad?	No tomar las medicinas	3
	No cuidarme	10
	No tener dinero para llevar la dieta	12
	Las preocupaciones	9
¿Cuál cree usted que es su principal ayuda para controlar su enfermedad?	Nadie	2
	Mi esposo	13
	El médico	7
	Mis hijos	15
	Mi familia	23
	Mis padres	4
¿Cuáles cree usted que son las dificultades a las que se enfrenta con esta enfermedad?	Traslado	5
	Independencia	10
	Economía	7
	Control de Dieta	15