



GOBIERNO DE
MÉXICO



MEDICINA
UAM
XOCHIMILCO



UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN MEDICINA

“DIAGNÓSTICO DE SALUD 2020”

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94 IMSS

AGOSTO 2020-JULIO 2021

MPSS. ELDA ANAYATZIN ARELLANO ALEMAN

MATRICULA: 2152042765

ASESOR:
DRA. OFELIA GOMEZ LANDEROS

22310

CIUDAD DE MÉXICO A 01/AGOSTO/2021





AGRADECIMIENTOS

Gracias a mi madre por brindarme su amor, su apoyo, su esfuerzo, su dedicación, su atención, sus valores, su educación y su disciplina, debido a esto me volví la mujer, que soy hoy en día.

A mis familiares que siempre me impulsaron a seguir adelante, que siempre tuvieron una palabra de ánimo

A mis amigos por estar siempre en las buenas y en las malas en todos momentos

Gracias a mis asesores médicos y profesores por su apoyo, enseñanza y esfuerzo en hacernos mejores especialistas.

Gracias!!!!

Siembras un pensamiento, cosechas una acción, siembras una acción cosechas un hábito, siembras un hábito cosechas un carácter, siembras un carácter cosechas un destino.

Robin S. Sharm.





Contenido	
“DIAGNÓSTICO DE SALUD 2020”	1
AGRADECIMIENTOS	2
INTRODUCCION	7
OBJETIVO GENERAL	7
CIUDAD DE MÉXICO	8
Pirámide poblacional de la CDMX	9
Afiliación a servicios de salud en la Ciudad de México	9
Población según su nivel de escolaridad en la Ciudad de México	10
DELEGACIÓN GUSTAVO A. MADERO.	10
Características geográficas	11
Geotecnia	11
Características hidrometereológicas	12
Características hidrográficas	12
Distribución territorial	13
Principales vías de comunicación	13
Pirámide poblacional por edad y sexo	14
Vivienda y servicios.	14
Discapacidad	15
Fecundidad y mortalidad	15
Características económicas	16
Características educativas	16
Afiliación a grupos de salud	17
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°94	17
Ubicación de la Unidad Médica del IMSS.	17
Misión	18
Visión	18
Recursos de infraestructura	18
Descripción topográfica de la unidad	18
Pirámide poblacional por edad y sexo de la UMF 94	21
Infraestructura de la unidad familiar	21





Demanda de consulta	21
Principales causas de morbilidad de primera vez en población menor a 1 año	22
Principales causas de morbilidad subsecuente en población menor a 1 año	22
Principales causas de morbilidad primera vez en población de 1 a 14 años	23
Principales causas de morbilidad subsecuente en población de 1- 14años	23
Principales causas de morbilidad primera vez en población de 15 a 39 años	24
Principales causas de morbilidad subsecuente en población de 15 a 39 años	24
Principales causas de morbilidad primera vez en población de 40 a 69 años	25
Principales causas de morbilidad subsecuente en población de 40 a 69 años	25
Principales causas de morbilidad primera vez en población mayor de 70 años	26
Principales causas de morbilidad subsecuente en población de mayores 70 años	26
Principales causas de mortalidad	27
Principales causas de mortalidad en población menor de 1 año	27
Principales causas de mortalidad en población de 1-4 años	27
Principales causas de mortalidad en población de 5-14 años	27
Principales causas de mortalidad en población de 15-19 años	27
Principales causas de mortalidad en población de 20-29 años	27
Principales causas de mortalidad en población de 30-39 años	28
Principales causas de mortalidad en población de 40-49 años	28
Principales causas de mortalidad en población de 50-59 años	29
Principales causas de mortalidad en población de 60-69 años	29
Principales causas de mortalidad en población de mayores de 70 años	30
Referencias	31
“BITACORA DE ACTIVIDADES SS AGOSTO 2020-2021”	32
AGOSTO - SEPTIEMBRE 2020	33
OCTUBRE – NOVIEMBRE 2020	37
DICIEMBRE – ENERO 2020/2021	40
FEBRERO – MARZO 2021	45
ABRIL- MAYO 2021	49
JUNIO- JULIO 2021	54
CONCLUSIÓN DEL MÉDICO PASANTE SOBRE EL SERVICIO SOCIAL	65
Conclusión del médico pasante respecto a su formación como persona.	65





Conclusión de la formación como profesional.	66
Conclusión de la aportación a la comunidad.	67
Conclusión como institución educativa.	68
ANEXO 1	69
“RELACIÓN ENTRE EL DUELO ANTE EL DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA”	69
RESUMEN INTEGRADO	70
MARCO TEÓRICO	71
INTRODUCCIÓN	71
ANTECEDENTES	72
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	79
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	80
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	80
JUSTIFICACIÓN	80
OBJETIVOS	81
HIPÓTESIS	81
IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	81
Variable de estudio	81
Variables descriptoras	82
DISEÑO DEL ESTUDIO	83
UNIVERSO DE ESTUDIO	83
POBLACIÓN DE ESTUDIO	83
MUESTRA DE ESTUDIO	83
DETERMINACIÓN ESTADISTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA	83
TIPO DE MUESTREO	84
PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA	84
PROCEDIMIENTO PARA RECABAR LA INFORMACIÓN	84
CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA	85
INSTRUMENTO	85
DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO	86
ANALISIS ESTADISTICO	87
ASPECTOS ETICOS	87
Riesgo de la investigación	87





Normas de apego	87
Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en su conjunto	87
Balance riesgo beneficio	88
Confidencialidad	88
Condiciones para el consentimiento informado	88
Forma de selección de los participantes	88
Calificación del Riesgo	88
RECURSOS DEL ESTUDIO	89
PROGRAMA DE TRABAJO	89
BIBLIOGRAFIA	90
ANEXOS 2	92





INTRODUCCION

El proceso de atención a la salud-enfermedad deberá estar sustentado en el diagnóstico de salud, el programa de trabajo específico del área médica, políticas, normas oficiales mexicanas, normas y procedimientos institucionales y necesidades locales, en donde el personal de salud responsable se integre, en el desarrollo de la estrategia y actividades en los servicios de atención médica en la unidad de medicina familiar.¹

Por tanto, este documento, contiene la información fundamental respecto a los principales motivos de demanda de atención médica, características del entorno y recursos de que dispone la Unidad de Medicina Familiar No 94 para proporcionar atención médica a sus derechohabientes.

También se presenta el comportamiento de los indicadores institucionales, de los procesos de salud-enfermedad, así como el comportamiento de los principales programas vigentes durante el año 2021.¹

OBJETIVO GENERAL

El presente Diagnostico Situacional tiene como finalidad orientar a identificar, describir y hacer un análisis evaluativo de la situación actual de los servicios médicos, sociales y administrativos de la Unidad de Medicina Familiar 94, de una forma sistémica y conceptual, en función de los resultados esperados del proceso de implementación del sistema de información. Y Así mismo, la recomendación de adopción de mejores prácticas para menguar los posibles problemas, faltas de control, reprocesos, procesos redundantes o cualquier otro que pueda detectarse durante su realización, por lo anterior el presente trabajo nos permitirá¹:

- Obtener un conocimiento de la organización
- Determinar los problemas existentes en cada una de las áreas de la organización
- Disponer de recomendaciones concretas y herramientas para cada uno de los problemas
- Priorizar las acciones a emprender en cada área objeto según el impacto que tenga dentro y fuera de la institución
- Dimensionar en forma cauta y precisa las acciones a implementar mediante un Plan Estratégico.
- Valorar nivel socioeconómico
- Valorar factores ambientales que impactan en la salud



Así bien; es necesario realizar un diagnóstico situacional de la unidad que permita implementar acciones para la mejora de la gestión de procesos encaminados a la certificación, competitividad y calidad que garantice la rentabilidad y sustentabilidad de la unidad mediante el compromiso de nuestros trabajadores.¹

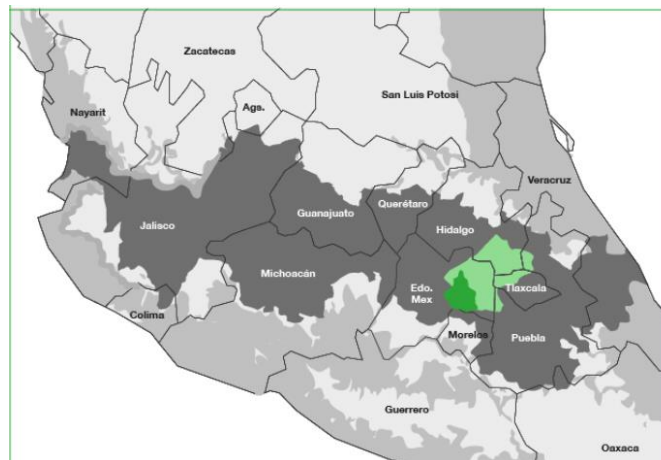
CIUDAD DE MÉXICO

La CDMX es una unidad hidrológica cerrada ya que está rodeada una zona montañosa y un sistema de lagos, en ella se encuentra una temperatura anual promedio de 15°C y una fuerte temporada de lluvias de mayo a octubre.² En su porción suroeste, en el extremo sur del Altiplano, donde aparece el paralelo de 19° de latitud norte y el meridiano de 99° de longitud oeste.

La superficie del territorio que contiene a la capital del país es de 1,485 kilómetros cuadrados y está dividida en 16 delegaciones políticas. Al norte, occidente y oriente limita con el Estado de México, y al sur con el de Morelos.

Con una Altitud mínima: 2,240 msnm, máxima: 3 930 msnm. Latitud: 19.27689° 36' - 19° 2' N y longitud: -99.13941° 56' - 99° 22' O³

Imagen 1: Ubicación geográfica de la CDMX



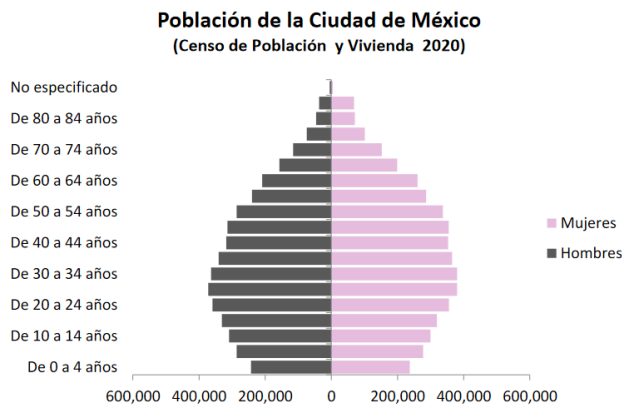
Fuente: Sedema /biodiversidad/geografía Consultado 11/febrero/2021



Pirámide poblacional de la CDMX

De acuerdo con los datos del Censo de Población y Vivienda de 2020, en la ciudad de México habitan 9 millones 209 mil 944 habitantes. Con un 8.2% de la población total en marca la edad de 25 a los 29 años⁴.

Imagen 2: Pirámide poblacional Ciudad de México, 2020



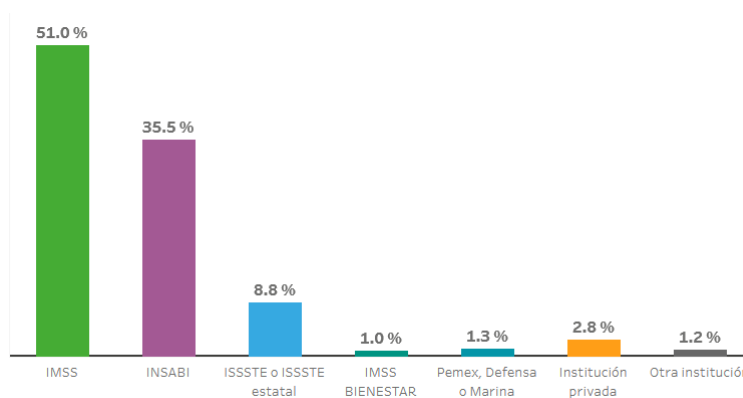
En la Ciudad de México existen 4 millones 805 mil 017 mujeres con predominio en edades de los 25 a 29 años, en hombres nos encontramos con una población total de 4 millones 404 mil 927 con el mismo predominio en el grupo de edad³, así como se muestra en la pirámide poblacional de la imagen 2.

Fuente: Elaborado por la SEDECO con datos del Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI. Consultado 11/febrero/2021

Afiliación a servicios de salud en la Ciudad de México

Como se muestra en la imagen 3, en la Ciudad de México 73.5% de la población se encuentra afiliada a algún servicio de salud, siendo el IMSS predominante con 51%, en segundo lugar, con el 35.5% se encuentran adscritos a INSABI.⁵

Imagen 3: afiliación a servicios de salud en la Ciudad de México, 2020.



Fuente: INEGI. Panorama sociodemográfico de México 2020. Consultado 25/febrero/2021



Población según su nivel de escolaridad en la Ciudad de México

En la imagen cuatro se muestra, en la CDMX se puede observar un 35.5% de la población mayor se encuentra con una educación básica, mientras que en un segundo lugar se encuentra un nivel superior con un 34.6 %.⁵

Imagen 4: población según su nivel de escolaridad en la Ciudad de México, 2020.



Fuente: INEGI. Panorama sociodemográfico de México 2020. Consultado 25/febrero/2021

DELEGACIÓN GUSTAVO A. MADERO.

Imagen 5: escudo de la alcaldía Gustavo A. Madero.

Antes de la conquista la alcaldía se le conocía como Tepeyac o Guadalupe Hidalgo, debido a su devoción por la diosa Tonantzin, no fue hasta 1931 cuando pasó a llamarse Villa Gustavo A. Madero.³

Se localiza al norte de la CDMX, cuenta con una superficie de 88 km², con un No. de habitantes de 1,185,772; una densidad: 12,683 hab/km² y su Código Postal: 07000 – 07999, respectivamente.³ Colindando al norte noreste y al noroeste con el Estado de México, con las Delegaciones Cuauhtémoc y Venustiano Carranza al sur, y con la Delegación Azcapotzalco al oeste.



Fuente: gamadero.gob. Consultado 25/febrero/2021

El territorio de la alcaldía Gustavo A Madero es en su gran mayoría plano, cruza el drenaje profundo, el gran canal del desagüe de la ciudad de México y el río de los Remedios que divide a la alcaldía con el estado de México. El territorio de la delegación está prácticamente casi todo poblado con excepción de lo que queda de la sierra de Guadalupe.

Cuenta con 10 direcciones⁶ territoriales las cuales tienen como misión coordinar, ejecutar y aplicar los programas autorizados por la alcaldía para atender la demanda ciudadana y la



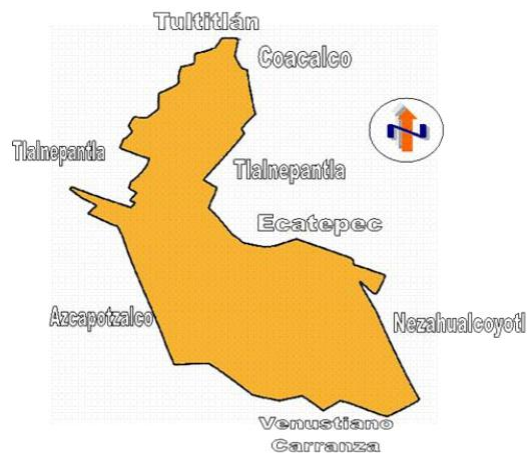
prestación de los servicios públicos básicos, promoviendo dentro de la circunscripción territorial la concertación y participación social.

Pertenece a los Distritos Electorales locales I, II, IV, VI, VII Y VIII⁵ de la CDMX, en esta zona se ubican 3 Guarderías, 53 jardines de niños, 59 escuelas primarias, 30 escuelas secundarias, un CONALEP, planteles educativos, como el Colegio de Ciencias y Humanidades y las unidades Zacatenco y Ticomán del IPN, así como el Centro de Salud La Esmeralda de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal y un centro de seguridad social del IMSS, centros deportivos, como 18 de marzo, Oceanía y Hermanos Galeana; y recreativos, como el Zoológico de San Juan de Aragón.

Características geográficas

Imagen 6: Características geográficas de la alcaldía Gustavo A. Madero.

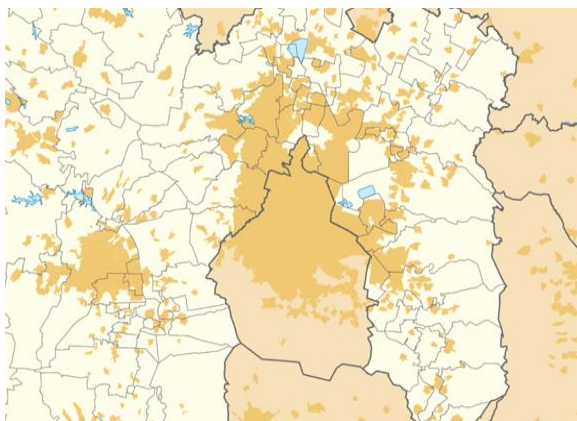
La Alcaldía Gustavo A. Madero se encuentra localizada al norte de la Ciudad de México, entre los meridianos 99°11' y 99°03' de longitud oeste y los paralelos 19°36' 19°26' de latitud norte. Limita al norte con los municipios de Coacalco y Tultitlán; Estado de México, al sur con las Alcaldías Cuauhtémoc y Venustiano Carranza, al poniente con la Alcaldía Azcapotzalco y el municipio de Tlalnepanitla y en la parte oriente con los municipios de Ecatepec, Tlalnepanitla y Nezahualcóyotl; Estado de México.⁷



Fuente: Dirección de la Unidad de Gestión Integral de Riesgos y Protección Civil Consultado 03/ marzo/2021

Geotecnia

Imagen 7: geotecnia de la alcaldía Gustavo A. Madero.



La Sierra de Guadalupe está formada por lava andesítica (Cerro de Santa Isabel Tola, Cerro del Guerrero y de los Gachupines), lava dacítica en ocasiones formando domos (Cerro del Tenayo, Ticomán, Cuauhtémoc, Chiquihuite) y lava riolitodacítica como las del Cerro del Tepeyac. En los francos de la Sierra principalmente norte y noreste, existen suelos tobáceos (piedra caliza, porosa y ligera) y pumíticos producto de la lluvia de ceniza volcánica.⁷

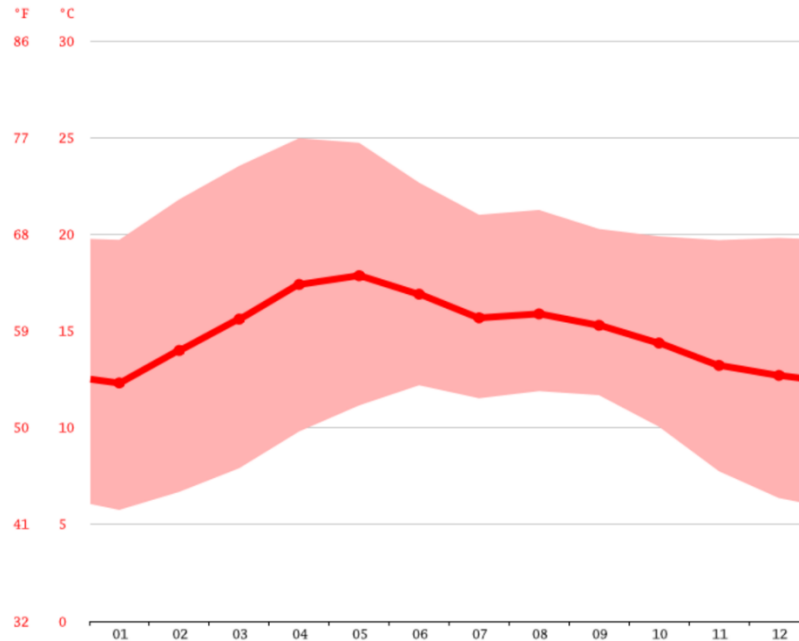
Fuente: Instituto Mexicano de Seguro Social. Transparencia 2018, Consultado 03/ marzo/2021



Características hidrometeorológicas

Imagen 8: características hidrometeorológicas de la alcaldía Gustavo A. Madero.

La alcaldía Gustavo A. Madero, presenta una temperatura media anual de 16° C. La precipitación media anual en esta Delegación es de 45 mm. y la máxima de 130 mm.⁷



Fuente: climate-data.org. Consultado 15/ marzo/2021

Características hidrográficas

Imagen 9: características hidrográficas de la alcaldía Gustavo A. Madero.



La alcaldía cuenta con el paso de diversos ríos los cuales son⁷:

- El Río de los Remedios (longitud 4.1 Km)
- El Río Tlalnepantla (longitud 10 Km)
- El Río San Javier (longitud 2.5 Km)
- El Río Cuautepec (longitud 6.8 Km)
- El Río Temoluc (longitud 2.6 Km)
- El Gran Canal (longitud 47.5 Km)

Fuente: Atlas de riesgos naturales de la delegación Gustavo A. Madero, distrito federal, 2014 Consultado 15/ marzo/2021



Distribución territorial

Imagen 10: distribución territorial de la alcaldía Gustavo A. Madero.



Reportado por el censo de población y vivienda 2020 coloca a la alcaldía Gustavo A. Madero como la numero 1 en localidades con mayor población con un total de 1 millón 173 mil 351 habitantes, lo que corresponde a una densidad de población de 13 347.8 (habitantes / km²), teniendo una superficie de 87.9 km² · Del cual representa el 5.9% del territorio estatal ⁴

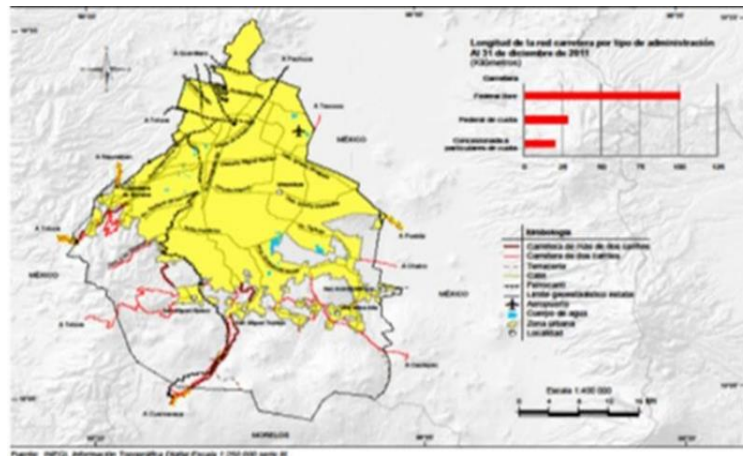
Fuente: INEGI. Panorama sociodemográfico de México 2020. Consultado 15/ marzo/2021

Principales vías de comunicación

En la alcaldía GSM podemos encontrar diversos medios de transporte como lo son⁷:

Imagen11: Principales vías de comunicación

- Autopista México Pachuca
- Autopista México Querétaro
- Autopista México Toluca
- Autopista México Cuernavaca
- Autopista México Puebla
- Sistema de Transporte Colectivo
- Metrobús
- Tren suburbano
- Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México
- Ejes viales
- Anillo periférico



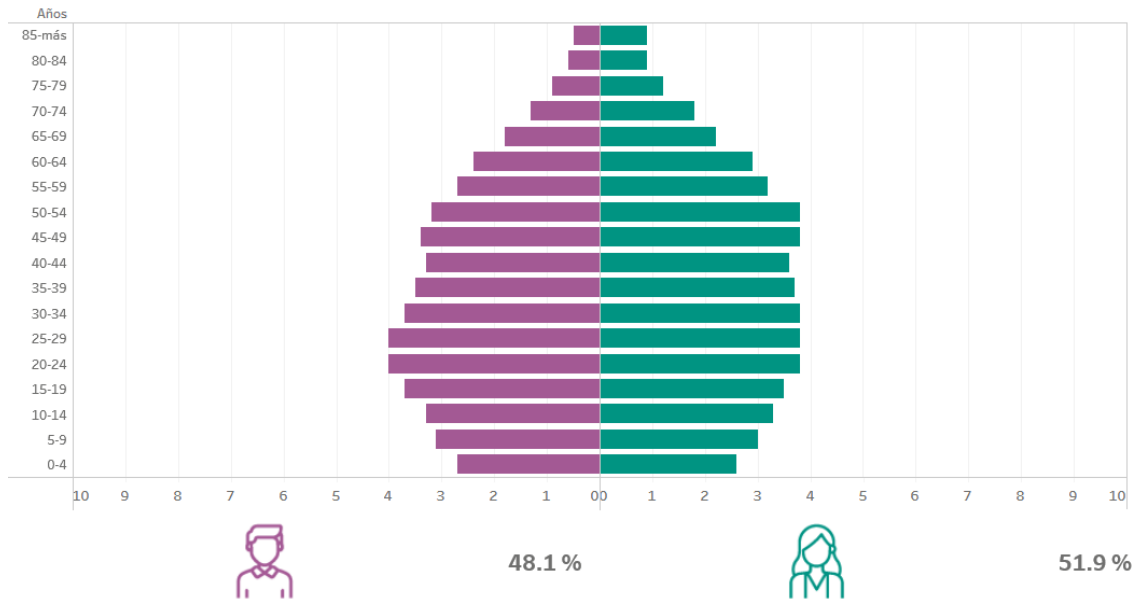
Fuente: Instituto Mexicano de Seguro Social. Transparencia 2018, Consultado 03/ marzo/2021



Pirámide poblacional por edad y sexo

Como se muestra en la tabla poblacional descrita en la imagen 12, la población total de la alcaldía GAM es de 1 millón 173 mil 351 habitantes, esto representa el 12.7 % de la población estatal; de los cuales la edad mediana es menor de los 36 años. El 51.9 % de la población es femenina mientras el 48.1% es masculina⁴.

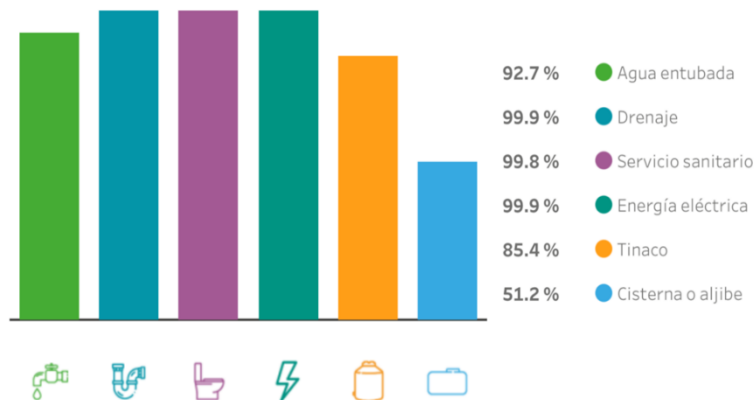
Imagen 12: Composición por edad y sexo de la alcaldía Gustavo A. Madero.



Fuente: INEGI. Panorama sociodemográfico de México 2020. Consultado 05/abril/2021

Vivienda y servicios.

Imagen 13: Vivienda de la alcaldía Gustavo A. Madero.



En la imagen 13 se encuentra descrito que la alcaldía GAM cuenta con 340 mil 155 viviendas particulares habitadas que representa al 12.5 %, con un promedio de actantes del 3.4. En ellas se encuentra más de 92% con disponibilidad de servicios como lo son agua potable, drenaje, servicios sanitarios y energía eléctrica⁴.

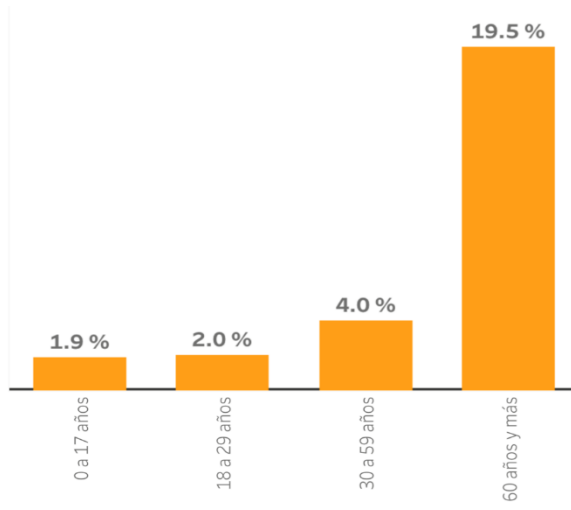
Fuente: INEGI. Panorama sociodemográfico de México 2020. Consultado 05/abril/2021



Discapacidad

En la imagen número 14 se menciona que el 5.9% de la población total que encontramos en la alcaldía Gustavo A, Madero tiene alguna discapacidad en donde se destaca el grupo de edad de 60 años a mas con un 19.5% .⁴

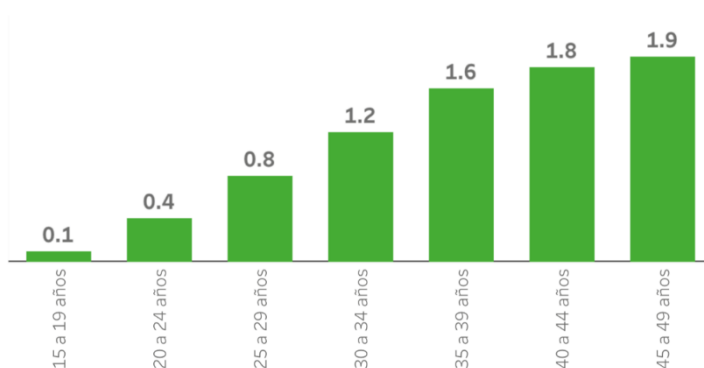
Imagen 14: discapacidad de la alcaldía Gustavo A. Madero.



Fuente: INEGI. Panorama sociodemografico de México 2020. Consultado 05/abril/2021

Fecundidad y mortalidad

Imagen 15: Fecundidad y mortalidad de la alcaldía Gustavo A. Madero.



El promedio de hijos nacidos vivos según descritos por la grafíaca encontrada en la imagen 15, es de un 1.1% con predominio en edad de 40 a 49 años, mientras que el promedio de hijos fallecidos corresponde a un 3.4% .⁴

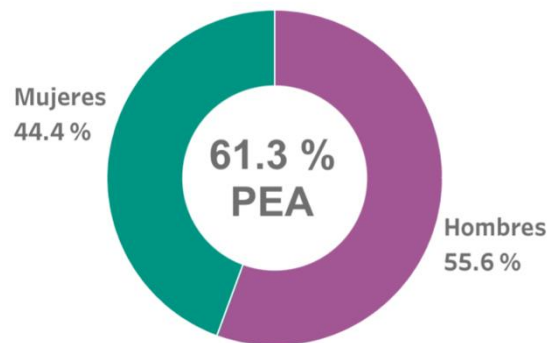
Fuente: INEGI. Panorama sociodemografico de México 2020. Consultado 05/abril/2021



Características económicas

En el estudio reportado por el INEGI del año 2020, descrito en la imagen número 16 se establece que el 61.3 % de la población agitanate de la GAM mayo de 12 años se encuentra activo económicamente, en donde corresponde a un 44.4 % al sexo femenino y un 55.6% al sexo masculino.⁴

Imagen 16: características económicas de la alcaldía Gustavo A. Madero.



Fuente: INEGI. Panorama sociodemografico de México 2020. Consultado 05/abril/2021

Características educativas

Se demuestra en la imagen número 17, el primer puesto encontramos con un 37.4 % de la población cuenta con educación básica mientras que el segundo lugar corresponde a un 30.9 % cuenta con educación superior.⁴

Imagen 17: características educativas de la alcaldía Gustavo A. Madero.



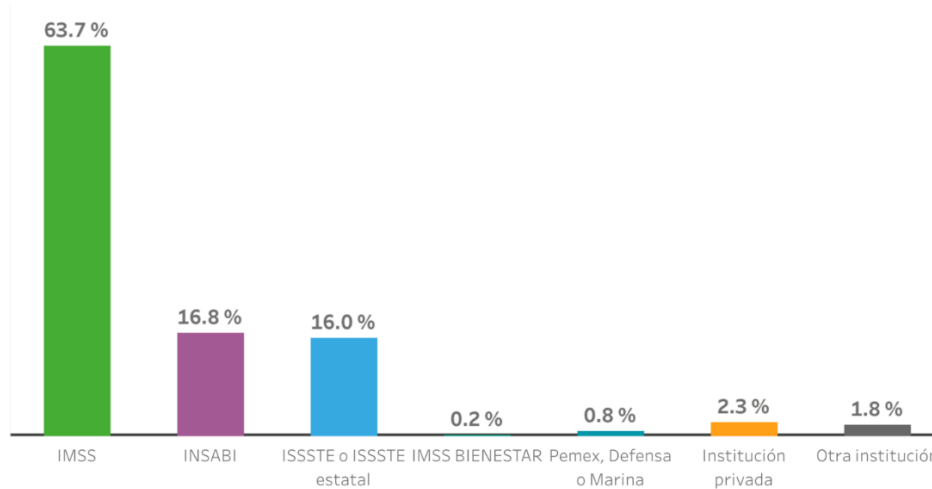
Fuente: INEGI. Panorama sociodemografico de México 2020. Consultado 05/abril/2021



Afiliación a grupos de salud

En el 2020 se reportó un 74.3% de la población se encuentra afiliada a algún grupo de salud teniendo una predominio el Instituto Mexicano del Seguro Social con un 63.7% , esto descrito en la tabla que se encuentra en la imagen número 18. ⁴

Imagen 18: Afiliación a grupo de salud de la alcaldía Gustavo A. Madero.



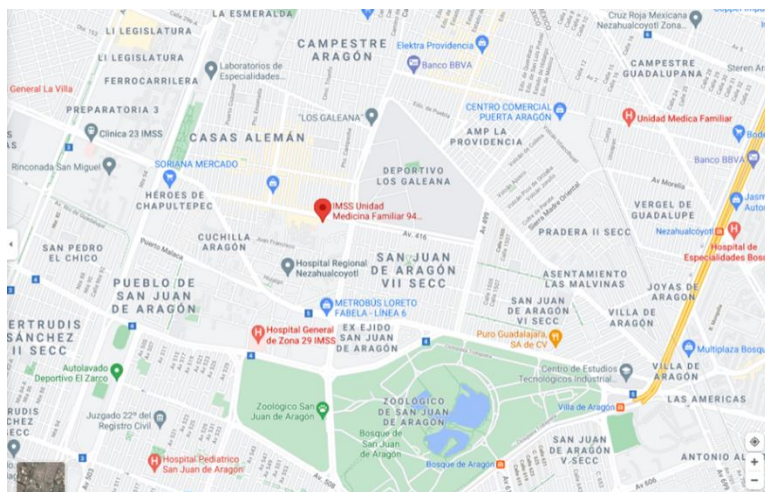
Fuente: INEGI. Panorama sociodemográfico de México 2020. Consultado 05/abril/2021

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N^o94

Ubicación de la Unidad Médica del IMSS.

La UMF No 94 cuenta con una Latitud de 19°47'31.81", con una longitud de -99°08'12.66" mts, se cuenta con un registro del inicio de productividad a partir del 16 de Agosto de 1986 actualmente con 34 años de servicio como unidad médica al servicio del usuario, ubicada en una extensión de terreno de 9,873 m2 metros cuadrado, con una construcción de 10,375 m2 metros cuadrado, en donde se encuentran ubicados los diferentes servicios que brindan la atención médica.¹

Imagen 18: Ubicación de la Unidad Médica del IMSS.



Fuente: google.com/maps 2020. Consultado 18/abril/2021



Imagen 19: Ubicación de la Unidad Médica del IMSS



Fuente: galería de fotos. Consultado 18/abril/2021

Misión

La misión del IMSS es ser el instrumento básico de seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional para todos los trabajadores y su familia.¹

Visión

Ser la Institución de alta calidad y nivel de servicio, viable financieramente y preparada para operar dentro del Sistema Integral de Salud.¹

Recursos de infraestructura

La Unidad de Medicina Familiar 94, está instalada en un inmueble propiedad del IMSS, que cuenta con una superficie de terreno 9,873 m², y una superficie de construcción de 10,375 m², con un área verde de 1,149 m² que permiten que la atención de nuestros usuarios se dé en un ambiente cálido, ergonómico y seguro. Pertenece al órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Norte del Distrito Federal, Delegación 2 Noreste del Distrito Federal, está ubicada en la Ciudad de México en Avenida Camino Antigo San Juan de Aragón 235 colonia Casas Alemán, alcaldía Gustavo A. Madero, C.P. 07580.¹

Descripción topográfica de la unidad

Tabla 1: DESCRIPCION TOPOGRAFICA DE LA UNIDAD

AMG	NOMBRE DE LA UNIDAD	NOMBRE DE LA UNIDAD		FECHA DE INICIO DE PRODUCTIVIDAD	SUPERFICIE (METROS ²)	
		LATITUD	LONGITUD		TERRENO	CONSTRUCCIÓN
ARAGON	UMF 94	19°47'31.81"	-99°08'12.66"	16 AGOSTO 1986	9,873 M2	10,375 M2

Fuente de información: ARIMAC Consultado 30/abril/2021





La Unidad de Medicina Familiar se encuentra distribuida en tres plantas; la planta baja, primer piso y segundo piso los cuales cuentan con los siguientes servicios¹:

Segundo Piso

Área Oriente

- Sala de espera
- Consultorios del 21 al 25
- Módulo DIABETIMSS
- Un consultorio de Promoción a la Salud
- Epidemiología
- Un consultorio para la atención por la EEMF
- Un consultorio de Planificación Familiar
- Área de Estomatología
- Sanitarios

Área Poniente

- Auditorio
- Área de Enseñanza
- Sala de lectura
- Dos Aulas
- Un comedor
- Jefatura de Enfermería
- Dirección
- Administración
- Personal
- Contabilidad

Primer Piso

Área Oriente

- Dos salas de espera
- Consultorios del 11 al 20
- Tres consultorios de Salud en el Trabajo
- Una Jefatura de Jefe de Servicio de Medicina Familiar
- Una Coordinación de Asistentes Médicas
- Sanitarios
- Un Módulo de Unifila

Área Poniente

- Dos salas de espera
- Consultorio del 1 al 10
- Jefatura de Trabajo Social Médico
- Un Consultorio para la atención por la EEMF
- Un consultorio de Nutrición y Dietética



- Una Oficina de Soporte Técnico
- Un Módulo de Unifila
- Curaciones

Fuente: ARIMAC

Planta Baja (Edificio Principal)

Área Oriente

- Entrada principal
- Sala de espera de los siguientes servicios:
- Farmacia
- Medicina Preventiva
- Atención Médica Continua
- Radiodiagnóstico
- Sanitarios Área Oriente
- Sala de espera de los siguientes servicios:
- Control de Prestaciones
- Laboratorio Clínico
- Módulo Respiratorio (MARSS)
- Módulo de Adolescentes

Planta Baja (Edificio Anexo)

- Jefatura de Conservación
- Taller de Conservación
- Jefatura de Servicios Básicos
- Ropería
- Oficina de los representantes sindicales
- Casa de Máquinas
- Almacén
- Bodega
- Vestidores

Imagen 20: DESCRIPCION TOPOGRAFICA DE LA UNIDAD

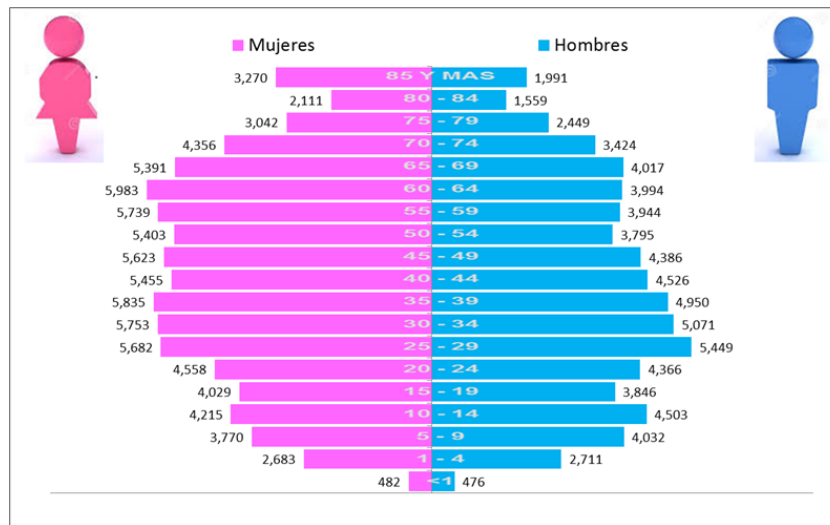


Fuente: galería de fotos Consultado 18/abril/2021

Pirámide poblacional por edad y sexo de la UMF 94

Como se muestra en la pirámide poblacional descrita en la imagen 21, la población total de la UMF 94 es de 150 mil 956 adscrita a médico familiar; de los cuales 68 mil 389 pertenecen al sexo masculino y 82 mil 567 al sexo femenino lo cual representa al 54.69% total de la población de la UMF 94, con predominio en el grupo etario en mujeres de los 60 a 64 años con una población de 6,004 y en hombre de 20 a 29 años con una población de 5,460.

Imagen 21: Composición por edad y sexo de la UMF 94.



Fuente de información: ARIMAC Consultado 30/abril/2021

Infraestructura de la unidad familiar

Como se puede observar en la tabla 2, se encuentran operando hasta este momento 50 consultorios para la población adscrita a la unidad, aquí se debe hacer mención de que se cuenta con un consultorio y aula las cuales funcionan para el programa DiabetIMSS, dos consultorios en el servicio de Atención Médica Continua con un área de observación de estancia corta con cuatro camas, los cuales dan atención en ambos turnos, todos ellos funcionales¹.

Tabla 2: Infraestructura de la unidad familiar N°94

Unidad	Población adscrita a médico familiar a noviembre 2020	Consultorios de medicina familiar existente	Consultorios de medicina Familiar operando	Médicos con población adscrita	Población proyectada a Junio 2021	Consultorio necesarios 2021	Consultorios operando 6° y 7° día	Diferencia de consultorios necesarios y operando
UMF 94	150,956	50	50	50	170,520	50	0	0

Fuente de información: ARIMAC Consultado 30/abril/2021

Demanda de consulta

A continuación, se muestran el total de las consultas otorgadas en el año 2020 por servicio. Como se muestra en la tabla 3, la mayor proporción es en la consulta de primera vez, seguida por subsecuente de medicina familiar.



Tabla 3: Demanda de consulta Medicina Familiar

MEDICINA FAMILIAR	
PRIMERA VEZ	SUBSECUENTE
150,956	125, 265

Fuente de información: ARIMAC Consultado 05/mayo/2021

Principales causas de morbilidad de primera vez en población menor a 1 año

La consulta de primera vez en menores de 1 año fue de 269 consultas en total, representando solo el 1.78% de la consulta brindada, esto se puede explicar a la disminución de la demanda con respecto a la pandemia declarada en el año en curso. Las principales causas de morbilidad mostradas en la tabla 4, son las infecciones de las vías respiratorias superiores, así como dermatitis. La población más afectada es la masculina.

Tabla 4: Principales causas de morbilidad primera vez en población < de 1 año

DIAGNÓSTICOS	<1		
	TOTAL	M	F
INFECCIONES AGUDAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	14	7	7
OTRAS DERMATITIS	5	3	2
OTRAS COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSAS	4	2	2
CONJUNTIVITIS	3	1	2
OTRAS GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN INFECCIOSO NO ESPECIFICADO	2	0	2
SÍNDROME DEL COLÓN IRRITABLE	1	1	0

Fuente de información: ARIMAC Consultado 05/mayo/2021

Principales causas de morbilidad subsecuente en población menor a 1 año

Por otro lado, las consultas brindadas en la consulta subsecuente fueron de diferente causa en comparación con las de primera vez. Es así como tenemos entre las principales causas descritas en la tabla 5, la primera causa es rinoфарингитis aguda, segundo lugar consulta del niño sano y en tercer lugar faringitis aguda. Mayor incidencia en el sexo femenino

Tabla 5: Principales causas de morbilidad subsecuente en población < de 1 año

DIAGNÓSTICOS	<1 AÑO		
	TOTAL	M	F
RINOFARINGITIS AGUDA	22	10	12
PERSONAS EN CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD POR OTRAS CIRCUNSTANCIAS	18	6	12
FARINGITIS AGUDA	15	4	11
OBESIDAD	8	8	0
CONSULTA PARA REPETICION DE RECETA	5	2	3
EPILEPSIA	4	0	4
EXÁMENES Y CONTACTOS PARA FINES ADMINISTRATIVOS	4	2	2
OTRAS INFECCIONES AGUDAS DE SITIOS MÚLTIPLES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	3	1	2
OTRAS COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSAS	1	1	0

Fuente de información: ARIMAC Consultado 05/mayo/2021



Principales causas de morbilidad primera vez en población de 1 a 14 años

Como se puede analizar en la tabla 6, las principales causas de consulta son los padecimientos transmisibles, entre ellos se destacan, las infecciones del tracto respiratorio, en segundo lugar, gastroenteritis. En este grupo el sexo masculino fue el que más incidencia tuvo.

Tabla 6: Principales causas de morbilidad primera vez en población de 1 a 14 años

DIAGNÓSTICOS	1-14 AÑOS		
	TOTAL	M	F
INFECCIONES AGUDAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	1,096	597	499
OTRAS COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSAS	95	46	49
OTRAS DERMATITIS	67	41	26
CONJUNTIVITIS	45	24	21
OTRAS GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN INFECCIOSO NO ESPECIFICADO	44	22	22
SÍNDROME DEL COLÓN IRRITABLE	33	12	21
GASTRITIS Y DUODENITIS	11	6	5
OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	9	1	8
DORSALGIA	2	7	5

Fuente de información: ARIMAC Consultado 05/mayo/2021

Principales causas de morbilidad subsecuente en población de 1- 14años

Las principales causas de consulta en la población de 1 a 14 años, mostradas en la tabla 7 son en primer lugar epilepsia, seguida rinofaringitis aguda. de igual manera podemos apreciar que afecta mayormente al sexo femenino.

Tabla 7: Principales causas de morbilidad subsecuente en población de 1 a 14 años

DIAGNÓSTICOS	1 A 14 AÑOS		
	TOTAL	M	F
EPILEPSIA	570	396	174
RINOFARINGITIS AGUDA	194	120	74
FARINGITIS AGUDA	190	94	96
CONSULTA PARA ATENCION Y SUPERVISION DE LA SALUD	104	64	40
RINITIS	89	62	27
OBESIDAD	86	43	43
SÍNDROME DEL COLON IRRITABLE	57	30	37
TRASTORNO DE ANSIEDAD	54	33	21
OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	41	13	28
SEGUIMIENTO A DISTANCIA SARS-COV-2	39	21	18

Fuente de información: ARIMAC Consultado 05/mayo/2021



Principales causas de morbilidad primera vez en población de 15 a 39 años

En la población de 15-39 años como en la moda que se muestra en los otros grupos etarios, que las principales causas de atención son las infecciones de vías aéreas superiores, en segundo lugar dorsalgias y en tercer lugar colitis y gastroenteritis mostradas en la tabla 8. El sexo femenino es quien predomina en este grupo etario.

Tabla 8: Principales causas de morbilidad primera vez en población de 15 a 39 años

DIAGNÓSTICOS	15-39 AÑOS		
	TOTAL	M	F
INFECCIONES AGUDAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	2093	889	1168
DORSALGIA	333	196	137
OTRAS COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSAS	310	164	146
OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	287	69	218
SUPERVISIÓN DE EMBARAZO NORMAL	286	0	286
SÍNDROME DEL COLÓN IRRITABLE	219	69	150
ATENCIÓN PARA LA ANTICONCEPCIÓN	218	0	218
INFECCIÓN DE LAS VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO	179	0	179
ENFERMEDAD INFLAMATORIA DEL CUELLO UTERINO	153	0	153
OTRAS GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN INFECCIOSO NO ESPECIFICADO	123	0	123

Fuente de información: ARIMAC Consultado 05/mayo/2021

Principales causas de morbilidad subsecuente en población de 15 a 39 años

Para el caso de la consulta subsecuente en la edad de 15 a 39 años, toman partida los padecimientos crónicos, como lo es diabetes mellitus no insulino dependiente, en segundo lugar, supervisión de embarazo normal y después hipertensión esencial, descritos en la tabla 9. Afecta en su mayoría al sexo femenino.

Tabla 9: Principales causas de morbilidad subsecuente en población de 15 a 39 años

DIAGNÓSTICOS	15 A 39 AÑOS		
	TOTAL	M	F
DIABETES MELLITUS NO INSULINO DEPENDIENTE	909	318	591
SUPERVISIÓN DE EMBARAZO NORMAL	3032	0	3032
HIPERTENSIÓN ESENCIAL	2813	1132	1681
SARS-COV-2	1465	790	675
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	785	256	529
EPILEPSIA	413	233	180
SÍNDROME DEL COLON IRRITABLE SIN DIARREA	371	101	270
DORSALGIA	322	154	168
HIPOTIROIDISMOS	292	37	255
FARINGITIS AGUDA	236	129	207

Fuente de información: ARIMAC Consultado 05/mayo/2021



Principales causas de morbilidad primera vez en población de 40 a 69 años

La población de 40 a 69 años representa la mayor demanda de la consulta familiar en la unidad médica. En la tabla 10 se muestra como la primera causa de consulta, las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, seguido colitis y gastroenteritis no infecciosas, tercero síndrome del colon irritable y en séptimo encontramos al COVID con una población de 154 derechohabientes. Estos padecimientos aquejan más al sexo femenino.

Tabla 10: Principales causas de morbilidad primera vez en población de 40 a 69 años

DIAGNÓSTICOS	40-69 AÑOS		
	TOTAL	M	F
INFECCIONES AGUDAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	1806	572	1234
OTRAS COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSAS	352	143	209
SÍNDROME DEL COLÓN IRRITABLE	348	119	229
OTRAS COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSAS	322	115	207
OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	281	66	215
OTRAS GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN INFECCIOSO NO ESPECIFICADO	190	80	110
COVID 19	154	68	86
DORSALGIA	144	62	82
CONJUNTIVITIS	94	34	60
ENFERMEDAD INFLAMATORIA DEL CUELLO UTERINO	86	0	86

Fuente de información: ARIMAC Consultado 24/mayo/2021

Principales causas de morbilidad subsecuente en población de 40 a 69 años

Así mismo en la consulta subsecuente como en la consulta de primera vez, se encuentra la cantidad más grande de pacientes, en la tabla 11 se muestran las principales causas de consulta, de las cuales fueron padecimientos crónico degenerativos, en primer lugar, hipertensión esencial, en segundo diabetes mellitus tipo 2 no insulino dependiente, en tercer lugar, hipotiroidismos. En el grafico 8 se muestra el predominio de este padecimiento el cual favorece al sexo femenino.

Tabla 11: Principales causas de morbilidad subsecuente en población de 40 a 69 años

DIAGNÓSTICOS	40 A 69 AÑOS		
	TOTAL	M	F
HIPERTENSIÓN ESENCIAL	20055	7649	12406
DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE	17921	7409	10512
HIPOTIROIDISMOS	3758	893	2865
FARINGITIS AGUDA	2991	1105	1886
HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA	2419	2419	0
ANSIEDAD	2214	583	1632
ARTROSIS	2140	635	1505
COVID-19	696	334	362
SÍNDROME DEL COLON IRRITABLE	492	129	363
EPILEPSIA	337	239	98

Fuente de información: ARIMAC Consultado 24/mayo/2021



Principales causas de morbilidad primera vez en población mayor de 70 años

Al igual que el grupo anterior, la población mayor de 70 años representa un número importante de las consultas brindadas. En este caso, las principales causas de consulta de primera vez son: las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, en segundo lugar síndrome de colon irritable, tercer lugar infección de vías urinarias, cuarto lugar dorsalgias, como se muestra a continuación en la tabla 12. Con predominio en el grupo femenino.

Tabla 12: Principales causas de morbilidad primera vez en población mayor de 70 años

DIAGNÓSTICOS	>70AÑOS		
	TOTAL	M	F
INFECCIONES AGUDAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	314	132	182
SÍNDROME DEL COLÓN IRRITABLE	119	51	68
OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	84	37	47
DORSALGIA	56	23	33
CONJUNTIVITIS	46	23	23
OTRAS COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSAS	39	17	22
OTRAS GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN INFECCIOSO NO ESPECIFICADO	30	14	16
GONARTROSIS [ARTROSIS DE LA RODILLA]	23	8	15
GASTRITIS Y DUODENITIS	21	7	14
TRASTORNOS DEL METABOLISMO DE LAS LIPOPROTEÍNAS Y TORS LIPIDEMIAS	18	6	12

Fuente de información: ARIMAC Consultado 24/mayo/2021

Principales causas de morbilidad subsecuente en población de mayores 70 años

Para el caso de la consulta subsecuente en la edad mayor de 70 años, las principales causas de consulta fueron padecimientos crónico degenerativos, como lo son la diabetes mellitus tipo 2 no insulino dependiente y la hipertensión esencial, en primer y segundo lugar respectivamente, posteriormente se muestra HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA, no especificada, representada en la tabla 13. Afectando en su mayoría al sexo femenino.

Tabla 13: Principales causas de morbilidad subsecuente en población mayor de 70 años

DIAGNÓSTICOS	>70 AÑOS		
	TOTAL	M	F
DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE	21034	8897	12137
HIPERTENSION ESENCIAL	40330	16745	23585
HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA	2660	2660	2660
ARTROSIS	2362	984	1378
DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, CON COMPLICACIONES NEUROLOGICAS	2141	910	1231
FARINGITIS ESTREPTOCOCICA	1780	749	1031
ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRÓNICAS	1618	938	680
GLAUCOMA	1007	344	663
DORSALGIA	623	260	363

Fuente de información: ARIMAC Consultado 24/mayo/2021



Principales causas de mortalidad

Como se muestra a continuación, no se cuenta con registro de mortalidad en menores de 5 años, debido a que esta población etaria corresponde a la menor densidad de derechohabientes en la clínica 94.

Principales causas de mortalidad en población menor de 1 año

No hay registro

Principales causas de mortalidad en población de 1-4 años

No hay registro

Principales causas de mortalidad en población de 5-14 años

En este grupo de población las causas principales de mortalidad fueron COVID-19, con la siguiente distribución por sexo

Tabla 14: Principales causas de mortalidad por sexo en población de 5-14 años en UMF 94, 2020

	5 A 14		
DIAGNÓSTICOS	TOTAL	M	F
COVID 19	2	2	0

Fuente de información: ARIMAC Consultado 03/junio/2021

Principales causas de mortalidad en población de 15-19 años

En este grupo de población la causa de mortalidad fue diabetes mellitus, con la siguiente distribución por sexo.

Tabla 15: Principales causas de mortalidad por sexo en población de 15-19 años en UMF 94, 2020

	15 A 19		
DIAGNÓSTICOS	TOTAL	M	F
DIABETES MELLITUS	1	1	0

Fuente de información: ARIMAC Consultado 03/junio/2021

Principales causas de mortalidad en población de 20-29 años

En este grupo de población las causas de mortalidad fueron COVID-19, enfermedad renal crónica, con la siguiente distribución por sexo.

Tabla 16: Principales causas de mortalidad por sexo en población de 20-29 años en UMF 94, 2020

	20 A 29		
DIAGNÓSTICOS	TOTAL	M	F
COVID 19	2	2	0
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	1	1	0

Fuente de información: ARIMAC Consultado 03/junio/2021



Principales causas de mortalidad en población de 30-39 años

En este grupo de población las causas de mortalidad fueron COVID-19, peritonitis, con la siguiente distribución por sexo

Tabla 17: Principales causas de mortalidad por sexo en población de 30-39 años en UMF 94, 2020

DIAGNÓSTICOS	30 A 39		
	TOTAL	M	F
COVID 19	8	6	2
PERITONITIS	1	0	1

Fuente de información: ARIMAC Consultado 03/junio/2021

Principales causas de mortalidad en población de 40-49 años

En este grupo de población las causas de mortalidad fueron COVID-19, diabetes mellitus, neumonías y EVC, con la siguiente distribución por sexo.

Tabla 18: Principales causas de mortalidad por sexo en población de 40-49 años en UMF 94, 2020

DIAGNÓSTICOS	40 A 49		
	TOTAL	M	F
COVID 19	28	24	4
DIABETES MELLITUS	5	5	0
NEUMONÍA, ORGANISMO NO ESPECIFICADO	5	4	1
ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	1	1	0
OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	1	1	0
OTRAS SEPSIS	1	1	0
OTRAS INFECCIONES LOCALES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO	1	1	0
PERITONITIS	1	0	1
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	1	0	1
OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRÓNICAS	1	0	1

Fuente de información: ARIMAC Consultado 03/junio/2021



Principales causas de mortalidad en población de 50-59 años

En este grupo de población las causas de mortalidad fueron COVID-19, insuficiencia hepática, diabetes mellitus, neumonía, con la siguiente distribución por sexo.

Tabla 19: Principales causas de mortalidad por sexo en población de 50-59 años en UMF 94, 2020

DIAGNÓSTICOS	50 A 59		
	TOTAL	M	F
COVID 19	82	53	29
INSUFICIENCIA HEPÁTICA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	6	5	1
DIABETES MELLITUS	6	4	2
NEUMONÍA, ORGANISMO NO ESPECIFICADO	5	3	2
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	3	2	1
ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	2	1	1
OTRAS SEPSIS	2	1	1
OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	1	1	0
PERITONITIS	1	1	0
TUMOR MALIGNO DEL PÁNCREAS	1	1	0

Fuente de información: ARIMAC Consultado 16/junio/2021

Principales causas de mortalidad en población de 60-69 años

En este grupo de población las causas de mortalidad fueron COVID-19, diabetes mellitus, infarto agudo al miocardio, neumonía, con una distribución por sexo.

Tabla 20: Principales causas de mortalidad por sexo en población de 60-69 años en UMF 94, 2020

DIAGNÓSTICOS	60 A 69		
	TOTAL	M	F
COVID 19	121	81	40
DIABETES MELLITUS	19	13	6
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	12	9	3
NEUMONÍA, ORGANISMO NO ESPECIFICADO	8	4	4
OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	5	3	2
TUMOR MALIGNO DEL PÁNCREAS	4	0	4
ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	4	0	4
OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRÓNICAS	3	3	0
OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	3	0	3
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	3	1	2

Fuente de información: ARIMAC Consultado 16/junio/2021





Principales causas de mortalidad en población de mayores de 70 años

En este grupo de población las causas de mortalidad fueron COVID-19, infarto agudo al miocardio, diabetes mellitus, EVC, con una distribución por sexo.

Tabla 21: Principales causas de mortalidad por sexo en población de >70 años en UMF 94, 2020

DIAGNÓSTICOS	70 Y MAS AÑOS		
	TOTAL	M	F
COVID 19	144	88	56
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	60	24	36
DIABETES MELLITUS	35	12	23
ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	19	7	12
NEUMONÍA, ORGANISMO NO ESPECIFICADO	18	14	4
OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	11	7	4
OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRÓNICAS	10	6	4
TUMOR MALIGNO DE LA PRÓSTATA	6	6	0
OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	5	5	0
INSUFICIENCIA HEPÁTICA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	5	5	0

Fuente de información: ARIMAC Consultado 16/junio/2021





Referencias

- 1) Delegacion Norte del Distrito Federal; Direccion de Prestaciones Medicas. Plan Estrategico de Unidad Medica 2020. Hospital Unidad de Medicina Familiar N°94. Consultado: 15 de diciembre del 2020
- 2) SEDEMA. Localización geográfica de la CDMX. [Internet]. [cited 2021 Marzo]. Disponible en:
<http://data.sedema.cdmx.gob.mx/biodiversidadcdmx/geografia.html>
- 3) Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2020 [Internet]. [cited 2021 Mar 9]. Disponible en: <https://censo2020.mx/resultados-por-tema-de-interes.html>
- 4) Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Panorama Sociodemografico Mexico 2020: Ciudad de México [Internet]. [cited 2021 Febrero]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825197827.pdf
- 5) Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Panorama Sociodemografico de México 2020 [Internet]. [cited 2021 Febrero]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/tableros/panorama/>
- 6) Alcaldía Gustavo A. Madero Internet]. [cited 2021marzo]. Disponible en: http://www.gamadero.gob.mx/GAM/Transparencia2020/A124/30/A124Fr30_2020-T01_ATLAS_DE_RIESGO_PC_2020.pdf
- 7) Instituto Mexicano de Seguro Social. Trasporencia 2018 [cited 2021Marzo]. Disponible en:
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/rendicion/2012-2018-MD-4-Iniciativas-Medicas-Prioritarias.pdf>





GOBIERNO DE
MÉXICO



MEDICINA
UAM
XOCHIMILCO



UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN MEDICINA

“BITACORA DE ACTIVIDADES SS AGOSTO 2020-2021”

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94 IMSS

MPSS. ELDA ANAYATZIN ARELLANO ALEMÁN

MATRICULA: 2152042765

ASESOR:

DRA. OFELIA GOMEZ LANDEROS 22310

CIUDAD DE MÉXICO A AGOSTO/2021



AGOSTO - SEPTIEMBRE 2020

Imagen 1: Presentación de equipo de trabajo

Inicio de actividades en la unidad UMF 94, nos presentamos en la unidad a las 8 am con el director de la unidad el Dr. Sergio Alberto León Ángeles, el cual nos dio la bienvenida y la explicación del funcionamiento de la unidad, los horarios y las áreas de rotación durante el periodo de servicio social, así como la presentación de los médicos asignados a estos.



Posterior a la presentación y asignación de las rotaciones. Nos dirigimos a la UMF 29 donde presentaron la conferencia "Telemedicina en el funcionamiento de las nuevas tecnologías para el seguimiento del tratamiento y los síntomas de pacientes con diagnóstico de COVID.

Inicio de rotación en DIABETIMSS, servicio donde se brinda atención requerida a los consultantes desde las 8 am hasta las 9 pm del horario vespertino, servicio brindado a pacientes con diagnóstico de DM 2 referidos de los consultorios medios, cuyas edades fluctúan entre los 30 años a los 70 años, de edad. Se debe considerar que se presta apoyo también a pacientes con otros diagnósticos subsecuentes.

En el consultorio de DIABETIMSS se cubren las necesidades básicas del paciente diabético abordando los temas de:

- ❖ Sintomatología
- ❖ Plan alimenticio
- ❖ Exploración física
- ❖ Explicación de laboratorios
- ❖ Explicación de complicaciones
- ❖ Creación de receta individual o resurtible
- ❖ Agenda cita subsecuente

Por temas de pandemia no se puede realizar las clases presenciales a los pacientes las cuales están a cargos del servicio de nutrición y enfermería, los puntos que se deberían de ver son:

- La importancia de la insulina
- Aplicación de insulina
- Plan alimenticio
- Planea un de dietas funcionales
- Actividad física de bajo impacto
- Resolución de dudas



En este apartado redacto mi experiencia en una consulta de primera vez a el servicio de DIABETIMSS paciente femenina de 59 años, referida por el consultorio 3. De la UMF 94, Diabética diagnosticada en 2012, con una glucosa sanguínea 132mg/dl, el día de hoy presentación laboratorios de control con Glucosa en sangre de 575mg/dl, colesterol 238, EGO: PH 7.5, d 1.010, glucosa 1000. Padecimientos asociados: sobrepeso, HAS, Obesidad abdominal, SDP, Factores de riesgo: SDP, HAS, hábitos inadecuados de alimentación. DM2 de 8 años de evolución tratada con insulina NPH 36 -18 UI, 1x3, acarboza 1x2, niega transgresión medicamentosa, con mal apego a tratamiento farmacológico, refiriendo consumo de: lecho, 4 tortillas por cada comida, 1 bolillo, pan tostado, galletas María, pan de dulce, refresco, agua de sabor con azúcar, café con 2 cucharadas de azúcar, frutas (papaya, melón, sandía, mango, manzana, plátano) verduras (chayote, calabaza, papa, ejote) . El paciente se refiere asintomática, se inicia plan alimenticio, se ajusta medicamento acarboza 1x3, metformina 1x3, atorvastatina 1x 1. Se agenda laboratorio para próximo mes, así como cita de seguimiento. Se explica la importación del tratamiento médico y de nutrición para el buen desarrollo de la enfermedad, se recuerdan complicaciones a corto, mediano y largo plazo por mal apego a tratamiento. Se recuerdan datos de alarma. Se entrega receta individual.

Se realiza curso de “Diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus” como complemento a la rotación actual.

Imagen 2: Diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus



Inicio a la sesión académica medica en el auditorio de la unida, con las medidas necesarias por la pandemia (uso de cubrebocas, careta y metro y medio de distancia ente asientos).

Imagen 3: Inicio de sesión medica



El tema que se impartió fue “Trastornos psiquiátricos por COVID “. A cargo del Dr. Rodrigo Villaseñor, jefe de enseñanza. En donde se analizan los manuales correspondientes a la detección oportuna, diagnósticos, criterios de referencia a 2do nivel, tratamiento inicial y dosificación de este, seguimiento óptimo del paciente subsecuente, todo esto basado en las modificaciones planteadas durante esta pandemia, se resuelven dudas y se llegan a objetivos homogéneos.

En estas sesiones nosotros solo participábamos como espectadores, pero en los días subsecuentes, en clase dábamos nuestros puntos de vista de los manuales, así como de las aportaciones que ofrecían los médicos.

Se realiza segundo curso de este periodo de tiempo con el título “Reconocimiento de COVID-19 como Enfermedades de Trabajo”, en él se da la importancia que se considera hoy en día la enfermedad por COVID y los lugares donde se pueden contagiar donde vemos que su pico máximo se encuentra en las áreas laborales.

Imagen 4: Reconocimiento de COVID-19 como Enfermedades de Trabajo



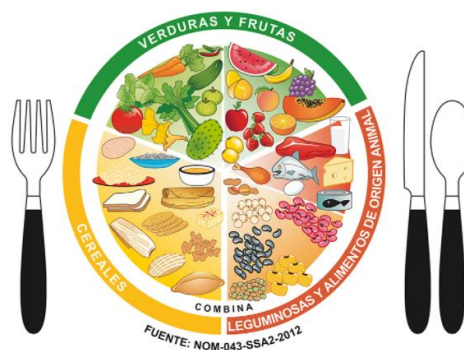
Se realiza clase a cargo de nutrición con el título “Adecuada alimentación para el paciente diabético” por la nutrióloga Cecilia. Por los servicios NUTRIMSS CRÓNICOS 2016, NUTRIMSS DM2 Y NUTRIMSS embarazo y 1 año de vida, estos están enfocados en dar herramientas para enfrentar los factores de salud enfocados en la medicina preventiva. Existen 3 líneas de acción: alimentación, hidratación y actividad física, fundamental para el desarrollo de este servicio.

- Clasificar el estado de nutrición con IMC con su clasificación, circunferencia de cintura, Actividad física 30 min por ejemplo caminata
- Plato del buen comer normado por la NOM-043-SSA2-2012, el plato del buen comer se divide en:
 - Verduras y frutas: fibra, minerales, líquidos, aromáticos, las frutas no deben ser más grande que el puño de la mano. 1 gr de carbón de verdura = 5 kcal, 1gr de carbohidratos de fruta = 15 kcal
 - Cereales: energéticos, fibra (saciar, absorción de lípidos y digestión) se recomienda los derivados de maíz (tortilla, tostada), el trigo y arroz tiene altos índices glucémicos
1 ración de cereal = 15 G de carbo = 60 kcal.
 - Proteínas: bola, tapa, falda, pláquenla, Aguillón, filete, leche 12 g de carbohidratos
 - Leguminosas: soya, frijoles, (1/2 taz 120kcal), altos en hierro por lo que se suspende en pacientes con dislipidemia

Es importante la definición de porción u equivalencia, la porción en la medida necesaria para poder cumplir la aportación adecuada, mientras que la equivalencia solo es la sustitución de alimentos con el mismo o parecido aporte nutricional. Índice glucémico: es la glucosa que contiene los alimentos principalmente las frutas (fresa, zarzamora, naranja, manzana) y este dato es de suma importancia para los pacientes diabéticos, así que es necesario y fundamental poder apoyarnos del Sistema Mexicano de Equivalencia, para poder brindarles el mejor manejo a nuestros pacientes.

Imagen 5: El plato del buen comer.

El Plato del Bien Comer



Fuente: NOM-043-SSA2-2012

Como complemento a la plática, se realiza el tercer curso de este período de tiempo con el título “Diagnóstico y Tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad en Adultos”

Imagen 5: Diagnóstico y Tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad en Adultos



OCTUBRE – NOVIEMBRE 2020

Cambio de rotación de servicio a epidemiología, en donde se realiza la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante, la interpretación de esta información permite establecer las bases de datos y facilitar su difusión para la toma de decisiones en los tratamientos.

Imagen 6: Breviario para la vigilancia epidemiológica

Los criterios especificaciones y directrices de operación del Sistema Nacional de vigilancia epidemiológica nos ayudan a tener un mejor control de las enfermedades presentadas en la clínica.

Los lunes y viernes se realiza el llenado de la base de datos epidemiológica de todas las enfermedades encontradas en el breviario para la vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles. En donde nos encargamos de verificar si es consulta de primera vez o subsecuentes y si el diagnóstico es acorde a la nota médica y a los laboratorios previos.



Fuente: Breviario para la vigilancia epidemiológica de enfermedades trasmisibles



Se realiza el primer curso de este periodo de tiempo titulado “Todo sobre la prevención de COVID-19”, en este curso nos dan las herramientas necesarias para la adecuada identificación de los síntomas mayores y menores, para el diagnóstico y tratamiento oportuno de esta enfermedad, así como los criterios para la referencia a segundo nivel de atención a los pacientes que lo necesiten.

Imagen 7: Todo sobre la prevención de COVID-19



Se revisa el tema de inmunidad, antígeno y anticuerpo, en conjunto con las residentes de 2 año, con retroalimentación de la médico de base de epidemiología, sobre saltando la importancia de estos temas no solo en todas las enfermedades encontradas en el breviario sino también en el estado actual de la pandemia, para la identificación adecuada en las pruebas de PCR, IgM e IgG en pacientes COVID. Se anexa resumen realizado.

Tabla 1: pruebas de Ig Interpretación

IgG	IgM	Interpretación
Negativo	Negativo	No tienes y no has tenido el virus
Positivo	Negativo	Tuviste el virus en algún momento de la vida
Negativo	Positivo	Tienes el virus ahora
Positivo	Positivo	Tienes el virus ahora y estas creando más anticuerpos de defensa

FUENTE: Manual del alumno, La Inmunidad, El Sistema Biológico de la Defensa.

En la tabla número 2 se muestra la identificación positiva del PCR con referencia a anticuerpo encontrado en muestras.

Tabla 2: RT-PCR / AC

RT-PCR-/ AC -	No identificado/ No inmune
RT-PCR+/ AC -	Identificado, no inmune
RT-PCR+/ AC +	Identificado, inmune
RT-PCR-/ AC +	Recuperado, inmune

FUENTE: Manual del alumno, La Inmunidad, El Sistema Biológico de la Defensa.



En la tabla número 3 se muestran la congruencia entre inmuno globulina G y M positivas y negativas con respecto a la infección y su temporalidad.

Tabla 3: IgG/IgM

IgG- / IgM -	No inmune
IgG- / IgM +	Infección aguda
IgG+ / IgM -	Infección aguda
IgG+ / IgM +	Infección pasada

FUENTE: Manual del alumno, La Inmunidad, El Sistema Biológico de la Defensa.

Se toma clase con el título "hepatitis C", impartida por el Dr. Rodrigo Villaseñor. El cual consiste en videos virtuales con encuestas al final de cada video y un examen final para concluir el curso. El expositor es un patólogo y gastroenterólogo.

El primer video habla de cómo se encuentra hoy en días la Hepatitis C, el cual cuenta con una disminución del 90%, con un diagnóstico oportuno en un 90%, con un tratamiento de alta eficacia en un 80%. En la primera consulta es adecuado iniciar con un listado de comorbilidades que presenta el paciente, así como tratamiento de este debido a que cierto tratamiento hace interacción por lo que se tiene que corroborar con el sitio web de la universidad de Liverpool.

Imagen 8: Actualización en el Diagnóstico y Manejo Temprano de la Hepatitis C: Criterios de Referencia en el Primer Nivel de Atención

Es importante también medir la fibrosis hepática con APRISCORE y FIT 4, así como la escala CHILD PUGH para tener un tratamiento adecuado y oportuno. El objetivo del tratamiento es eliminar el virus, disminución de la enfermedad en 12 semanas después del diagnóstico, obtener una respuesta viral sostenida, esto con el fin de reducir el grado de fibrosis hepática.

La nueva terapia consta de antivirales de acción inmediata que invierte la replicación viral y el ensamblaje. Con esta se alcanza el 99 % de la respuesta viral sostenida. Se tomar en cuenta el filtrado glomerular ya que si este es menos de 30 ml por min se puede iniciar tratamiento de primera línea.

LA SECRETARÍA DE SALUD
A TRAVÉS DE LA DIRECCIÓN GENERAL
DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
OTORGA LA PRESENTE

CONSTANCIA

A

Elda Anayatzin Arellano Aleman

Por haber concluido satisfactoriamente el Curso a Distancia:
**Actualización en el Diagnóstico y Manejo Temprano de la
Hepatitis C: Criterios de Referencia en el Primer Nivel de
Atención**

con una duración de 8 horas,
obteniendo una Calificación de 89

Se extiende la presente constancia el 29 de septiembre de 2020

MTRO. RICARDO OCTAVIO MORALES CARMONA
Director de Educación en Salud

Folio EDUCADS2020-0028-16716



Se realiza curso de “Actualización en el Diagnóstico y Manejo Temprano de la Hepatitis C: Criterios de Referencia en el Primer Nivel de Atención”. Mostrada en la imagen 8.

DICIEMBRE – ENERO 2020/2021

Inicio rotación en consultorio de medicina familiar número 25, en donde el objetivo principal es atender las necesidades médicas de los pacientes, tratando a los distintos grupos de edad, el mayor porcentaje de población en consulta son pacientes con enfermedades crónico degenerativas en particular diabetes mellitus tipo 2 en segundo lugar hipertensión arterial sistémica, siguiendo encontramos con accidentes de trabajo y por último atención al embarazo y crecimiento desarrollo del niño sano.

Se realiza el primer curso de este periodo, con el título “Atención integral a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio”. En consulta se pudo aplicar todo lo aprendido en este curso, con datos de alarma, laboratorios oportunos y farmacoterapia justificada en periodo adecuado del embarazo.

Imagen 9: Atención integral a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio



Redacto una de las experiencias en consulta: se presentó paciente femenina de 56 años de edad con diagnóstico de Artropatía de Charcot, por lo que se impartió el tema con la Dra. encargada de la consulta. Se encontraba con adecuada vascularización, aumento de volumen, cambios en la textura y coloración de tipo violácea, sin aumento de la temperatura.

La historia natural de la enfermedad sugiere cuatro fases:

- fase (0) consiste en un traumatismo agudo por causa metabólica, infecciosa, hepática, neurológica o congénita
- fase I (inflamatoria), que consiste en edema, eritema, aumento de la temperatura y, en ocasiones, dolor.
- fase II (de fragmentación), las articulaciones se fragmentan y lisan el hueso, la inflamación aumenta
- fase III (consolidación), en la que inicia el proceso de reparación, desaparece el rubor, disminuyen el edema y el calor

La paciente se encontraba en una fase III, en ambos miembros pélvicos, por lo que el manejo que se le da es observación así se evalúa la deformidad residual, para evitar úlceras y establecer un manejo quirúrgico de acuerdo con la deformidad resultante.

Imagen 10: Artropatía de Charcot



Se toma la sesión medica con el tema de “Algoritmos terapeutas para la atención de la hipertensión arterial sistémica, dislipidemias y diabetes mellitus 2”.

Este nos habla de la importancia del diagnóstico oportuno para el manejo temprano de dichas enfermedades, para poder evitar las complicaciones futuras. El tratamiento escalonado de los medicamentos antihipertensivos, hipoglucemiantes, insulinas, enfocados principalmente en los tratamientos utilizados en la institución y que dependerá principalmente de la sintomatología del paciente y de las metas alcanzadas en el tiempo determinado.

Se muestra la técnica adecuada para la toma de la presión arterial, los grados de la hipertensión, las principales consecuencias por el mal control de esta con el daño a órgano blanco y enfermedad cardiovascular.

Se explica brevemente la dosis y la precaución de los antihipertensivos orales en el manejo diario del mismo en el hogar, así como en una urgencia hipertensión a que requiere reducción inmediata de la presión arterial.

Imagen 9: Esquema de ajustes para dosis de insulina

INSULINAS	Tiempo de Acción	Riesgo Mayor	Uso Mayor	Contraindicaciones
Lispro	5-15 min	30-40 min	3-5 hrs	*
Rep Reg	30-60 min	2-3 hrs	6-8 hrs	Δ
NPH	2 hrs	4-6 hrs	12 hrs	Δ
Glargina	2 hrs	-	20-24 hrs	
Lispro Protam	5 min	8h	18-24h	*

Dosis 0.1-0.2 Nocturna NPH / Gluc (mas x 0.8)

0.3-0.5 Inicial 24h NPH 20

MTF 1x2 D

NPH 20/10 Espera 20 C

IR Inicia 4U proporcional 4 4 2

USO 16 UI Glarg. Gluc 110 mg/dl

? NPH

16 UI → x 0.8 = UI NPH

12 → 8 3/4 / 4 G

30 min antes de comer

NPH IR

NPH 24 IR 6

NPH IR

NPH IR

1 Iny AIR IR NPH

2 Iny AIR IR

3 Toma IR

4 Toma NPH

En la imagen 9, se muestra una de las imágenes del pizarrón de la clase de nos explican el algoritmo de tratamiento farmacológico de las dislipidemias dependiendo de la clasificación por el riesgo cardiovascular vascular. Se explica el cálculo de riesgo cardiovascular a 10 años con factores de riesgos determinantes.

Los criterios diagnósticos de hipercolesterolemia familiar se destacó la importancia de este para la prevención de un futuro diagnóstico.

En el tema de diabetes Mellitón tipo dos se abordaron los temas:

- Logaritmo tratamiento farmacológico inicial para DM2
- Logaritmo de elección de la terapia dual para DM2
- Logaritmo manejo de pacientes con DM2 y riesgo elevado de hipoglucemia
- Logaritmo tratamiento de insulina de la DM2

- Logaritmo tratamiento intensivo con insulina de la DM2
- Metas del control del paciente
- Medicamentos utilizados en la DM2
- Esquema de ajustes para dosis de insulina.

Para completar la calase se realizó segundo curso en línea con el título “Hipertensión Arterial Sistémica y Crisis Hipertensiva”

Imagen 13: Hipertensión Arterial Sistémica y Crisis Hipertensiva.



En estos meses se realizó el taller de fondo de ojo y principales retinopatías. En estas clases se destaca la importancia de saber realizar la técnica de fondo de ojo, así como las características para el diagnóstico oportuno de retinopatía diabética.

Métodos para explorar fondo de ojo: oftalmoscopia directa/ indirecta, Retinografía. Se tiene que dilatar adecuadamente la pupila se puede utilizar Tropicamida al 0.5%, Ciclopentolato al 1% y Fenilefrina 5%.

Imagen 14: fondo de ojo

Estructura de fondo de ojo
Retinopatía diabética

- Es una complicación crónica y específica de la diabetes mellitus
- Prevalencia del 43.6% a nivel internacional
- Causa más frecuente de ceguera
- En México las complicaciones más frecuentes son:



Fuente: Google imagen

Disminución de la visión con 47.6% (3 millones) Daños a la retina con 13.9% (889 mil)

Es una microangiopatía crónica que produce dilataciones saculares en los capilares venosos cercanos a zonas de pobre perfusión, que conforman los primeros cambios oftalmoscópicos llamados micro aneurismas, también existen cortocircuitos arterio-venosos, oclusiones microvasculares y neovascularización. En la imagen número 15, se muestra una tabla de los principales niveles de severidad de las retinopatías principalmente diabéticas.

Imagen 15: Tabla de niveles de severidad en retinopatía

Nivel de severidad de la enfermedad	Hallazgos observados a la oftalmoscopia con dilatación pupilar
Sin retinopatía	Sin anormalidades
Retinopatía diabética no proliferativa leve	Solo microaneurismas
Retinopatía diabética no proliferativa moderada	Mas microaneurismas pero menos que la retinopatía diabética no proliferativa severa
Retinopatía diabética no proliferativa severa	Cualquiera de los siguientes, sin signos de proliferación: no hay signos de retinopatía proliferativa: <ul style="list-style-type: none"> Más de 20 hemorragias intraretinianas en cada uno de los cuatro cuadrantes Rosarios venosos definido en 2 o más cuadrantes AMIR prominente en 1 o más cuadrantes
Retinopatía proliferativa temprana	Uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> Neovascularización Hemorragia vítrea o preretinal

American Academy of Ophthalmology Retina/Vitreous Panel. Preferred Practice Pattern. Guidelines. Diabetic Retinopathy. San Francisco, CA: American Academy Ophthalmology; 2014 <http://one.aao.org/preferred-practice-pattern/diabetic-retinopathy-ppp-2014>

RETINOPATIA DIABETICA NO PROLIFERATIVA (RDNP)

Pacientes con RDNP leve o moderada no son candidatos para recibir tratamiento con láser en ninguno de sus esquemas aplicación de panfotocoagulación láser en pacientes con:

RDNP severa, especialmente cuando:

1. Mal control metabólico
2. No cumplen las revisiones de retina de forma habitual
3. Cursa con catarata que puede limitar la aplicación de láser en un futuro próximo
4. presenta isquemia generalizada
5. Existe embarazo

RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERATIVA (RDP)

Aplicar panfotocoagulación de retina periférica (a la brevedad posible) en pacientes con:

1. RDP sin características de alto riesgo
2. RDP con características de alto riesgo
3. En pacientes con NV en el iris

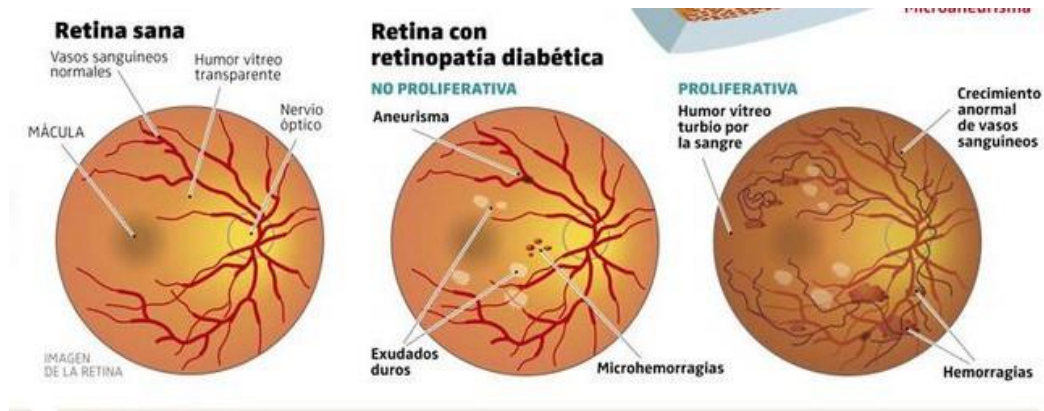
RETINOPATIA DIABETICA CON EDEMA MACULAR

Algunas veces se recomienda aplicación de laser focal o en rejilla cuando coexisten:

1. RDNP moderada y EMCS
2. RDNP severa y EMCS
3. RDP sin características de alto riesgo y EMCS
4. RDP con características de alto riesgo y EM



Imagen 16: Niveles de severidad en retinopatía.



Fuente: Google imagen

Posterior a la clase se realizó un taller de fondo de ojo acordó de la Dra. Judith, donde se forma parejas y se procede a realizar correctamente la técnica de fondo de ojo, se cambia de pareja cada 5 min dando un total de 5 fondos de ojo.

FEBRERO – MARZO 2021

Imagen 17: Presentación de MPSS de nuevo ingreso.

Presentación de médicos pasantes de periodo febrero/ enero 2021/ 2022

- ❖ Se degeneró el nuevo calendario de rotaciones por los servicios de la unidad
- ❖ Acomodo de vacaciones
- ❖ Reglamento
- ❖ Visita a las instalaciones
- ❖ Convivio de bienvenida
- ❖ Así como asignación de servicio



Inicio rotación en medicina del trabajo, en donde el objetivo es revisar los accidentes de trabajo y encontrara la correlación entre el interrogatorio y la nota redactada por el tratante para poder justificar el correcto caso de accidente de trabajo o de trayecto con respecto a la hora, el día, geografía, el lugar y la acción que realiza el trabajador.

Es utilizado el formato oficial para redactar los hechos del accidente (ST7) la primera parte es descrita por el médico de urgencia, La segunda parte es llenada los datos de la presa, el trabajador por parte del responsable de la empresa.

En este mismo mes se da el inicio del protocolo de investigación en el cual se seleccionó tema de investigación, con el adecuado filtro y la determinación de criterios de inclusión y exclusión para él ejecutada selección de estos. Con el fin de poder seleccionar 20 artículos de interés para generar posteriormente el marco teórico, la información del protocolo se encuentra en anexo 1 .

Imagen 18: Clase de protocolo de investigación



Se realiza el tercer curso en línea con el título de “Diagnóstico y tratamiento del Trastorno Depresivo en el primer Nivel de Atención” con este se pretende tener los criterios necesarios para la identificación oportuna de la enfermedad, así como el manejo en el primer nivel de atención y así vez poder generar la interconsulta necesaria a psiquiatría.

Imagen 19: Diagnóstico y tratamiento del Trastorno Depresivo en el primer Nivel de Atención



El día de hoy se realiza clase de citas de control prenatal y lo que se requiere para una adecuada consulta. Como primer tema se impartió los exámenes de valoración preconcepcional, historia clínica, dita, actividad física, dental, con esto óbrese oportunidad precoz para la detección de diagnósticos de patologías en el embarazo, las recomendaciones son acudir con su pareja, suplementarios con ácido fólico 3 meses previos a la concepción.

Imagen 20: Clase valoración preconcepcional

Se menciona la importancia de la terapia farmacológica oportuno en los trimestres adecuados del embarazo, los Suplementos vitamínicos, ácido fólico 400 mcg diarios por 3 meses previos con factores de riesgo 5 mg día (diabetes mellitus, tabaquismo, anemia, toxicomanías), calcio en mujeres con baja consumo en la dieta. Se recomienda una dieta rica en omega tres (estado 2 veces por semanas), cafeína 400 ml al día debido a que propicia peso bajo al nacer.



Se vio la importancia de la vacunación en el embarazo y la inmunización por compatibilidad de grupo y Rh antes del nacimiento del producto, así como la importancia de esta en el alboroto ya que también se debe de inmunizar a la madre O negativo

La importancia de identificar la depresión en el embarazo, en el puerperio para perder hacer la referencia a salud mental, así como las Infección de vías urinarias, con la detección oportuna de los signos y síntomas en el embarazo como lo es micción frecuente y cumple, consumo de líquidos abundantes, sedimento urinario detección oportuna.



ABRIL- MAYO 2021

Imagen 22: paciente en consulta (orina morada)



Inicio de rotación en Atención Medica Continua, a cargo del Dr. Pedro y Víctor urgenciólogos que apoyan el servicio, en este servicio se ven urgencias en su mayoría por crisis hipertensivas, recambios de sonda, lavados óticos y colocación de férulas. En este servicio se presentó una consulta: femenina de 56 años de edad, la cual presenta cambios de coloración en la bolsa de recolección de Uresis, se realiza recambio de sonda y se envía a cultivo, se coloca antibiótico profiláctico y se realiza nota de seguimiento por parte de su médico tratante, el caso fue muy interesante por lo que decidí realizar un reporte de casos del mismo, con asesoría del Dr. Villaseñor.

Imagen 23: Registro de atención integral de la salud

En estos meses se dio la capacitación para el correcto llenado de hoja de registro de atención integral a la salud

El cual se realiza todos los días intentando registrar 400 derechohabientes al día en promedio, esto con la finalidad de tener un control y prevención de las enfermedades crónicas.

Este proceso se llevará a cabo por estos últimos meses restantes, esto con el fin de aumentar la productividad de la unidad familiar.

La presente hoja contiene diversos apartados que nos permiten cuantificar de forma oportuna las actividades y servicios que ofrece la unidad médica. Con la asesoría de las enfermeras capacitadas en este servicio se pudo concluir exitosamente el objetivo de este proceso.

Se realiza primer curso de este periodo de tiempo con el título “Inducción a la igualdad entre hombres y mujeres”, este curso es de suma importancia debido a la equidad que se debe tener en el trabajo y poder identificar cuando esto no se cumpla tanto en hombres como mujeres.

Imagen 24: Inducción a la igualdad entre hombres y mujeres



EL INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES

otorga la presente

CONSTANCIA

a:

ELDA ANAYATZIN ARELLANO ALEMAN

Por realizar el curso en línea

Inducción a la igualdad entre mujeres y hombres

18 de julio de 2021

Con una duración de 4 horas

Calificación: 9,50

Dra. Nadine Flora Gasman Zylbermann

Presidenta

Instituto Nacional de las Mujeres

1371B4qtH9



El día de hoy se realiza platica referente a la adecuada aplicación del Implante Hormonal Subdérmico por parte del servicio de planificación familiar a cargo de IMPLANON. El implante hormonal es una varilla flexible que contiene una hormona derivada de la progesterona, que evita la ovulación y hace más espeso el moco del cuello del útero, impidiendo el paso de los espermatozoides al interior del útero, tiene una longitud de 4 cm de materiales de polímeros con el fin de evitar reacciones alérgicas, con una efectividad a las 24 horas de su aplicación, mayor al 99.5%. Una vez aplicado el implante hormonal subdérmico por personal médico capacitado, su efecto anticonceptivo dura 3 años.

- El área donde se aplicó debe mantenerse seca por 24 horas
- Se debe aplicar un vendaje sin demasiada presión en la zona, conservándolo durante 24 horas
- Hay que evitar lastimar el área
- En ocasiones aparece un pequeño hematoma o moretón, el cual desaparece sin causar daño

Reacciones secundarias

- Puede haber sangrado o manchado entre los periodos menstruales
- Dolor de cabeza y mamario



- Mareo y náuseas
- Ausencia de la menstruación
- Falta de menstruación

Imagen 25: Taller de colocación de implante subdérmico



Se comienzan clases sobre diabetes mellitus tipo 2 a cargo de la Dra. Judith y el Dr. Villaseñor, en donde se abordan los temas: introducción, concepto, metas internacionales, metas nacionales. Se dividieron temas para las exposiciones subsecuentes referentes a Diabetes.

El punto de partida para prevenir, vivir y convivir con diabetes es un diagnóstico precoz, los criterios de diagnóstico por plasma o suero en vena con la cuantificación de la glucosa son:

Tabla 4: Niveles de glucosa en sangre

	Normal	Prediabetes	Diabetes Mellitus
Glucemia en ayuno	100 mg/dl	100 – 125 mg/dl	126 mg/dl
Glucemia 2 horas poscarga de glucosa	140 mg/dl	No aplica	200 mg/dl
Hemoglobina glucosada A1c	Menos de 5.7%	5.7 a 6.4%	Más de 6.4%

Fuente: Guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel.

Los criterios según la Asociación Americana de Diabetes (ADA) 2020 son:

- Glucosa en ayuno mayor o igual que 126 mg/dl (no haber tenido ingesta calórica en las últimas 8 horas).
- Glucosa plasmática a las 2 horas mayor o igual que 200 mg/dl durante una prueba oral de tolerancia a la glucosa. La prueba deberá ser realizada con una carga de 75 gramos de glucosa disuelta en agua.
- Hemoglobina glucosilada (A1C) mayor o igual que 6.5%. Esta prueba debe realizarse en laboratorios certificados de acuerdo con los estándares de A1C del DCCT.



- Individuo con síntomas clásicos de hiperglicemia o crisis hiperglucémica con una glucosa al azar mayor o igual que 200 mg/dl.

Continuamos con clase de diabetes, se abordan los temas de dislipidemia, importancia, metas y tratamiento de este.

Tabla 5: Metas para el paciente diabético

METAS
<ul style="list-style-type: none">• A corto plazo: cambiar el hábito sedentario.• A mediano plazo: realizar actividad física tres veces por semana con días alternados con una duración mínima de 30 min.• A largo plazo: aumento en frecuencia e intensidad.

Fuente: Guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel.

Se realiza el curso en línea con el título “Recomendaciones para un retorno seguro al trabajo ante COVID -19”. En donde se dan todas las herramientas necesarias para el retorno al trabajo, para evitar los contagios.

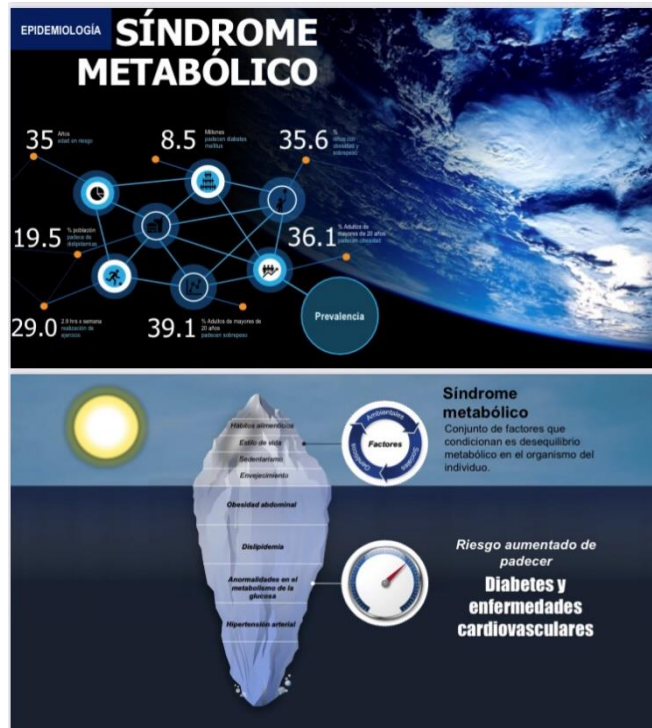
Imagen 26: Recomendaciones para un retorno seguro al trabajo ante COVID -19



Imagen 27: captura de pantalla presentación de síndrome metabólico

Se da la clase de Dislipidemia: conjunto de enfermedades asintomáticas, que tienen en común que son causadas por concentraciones anormales de lipoproteínas sanguíneas. El sobre peso y la obesidad corporal y central contribuyen al desarrollo de esta. La pérdida del 5% del peso contribuyen a mejorar el perfil de lípidos. Los factores de riesgo predisponente son:

- ❖ Enf. Cardiovasculares
- ❖ Tabaquismo
- ❖ Medicamentos que alteren el perfil de lípidos
- ❖ Causas secundarias de la dislipidemia



Fuete: Exposición de MPSS 2021

Imagen 28: Revisión de marco teórico



Se realiza a cargo del Dr. Villaseñor la revisión de marco teórico con correcciones oportunas, así como las variables.



Es este mes se realiza la aplicación del esquema de vacunación para COVID.

Imagen 29: Comprobante de vacunación

GOBIERNO DE MÉXICO | COMPROBANTE DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19 (COVID-19 VACCINATION CARD)

Conserva este comprobante que incluye la información sobre la vacuna que recibiste para tu protección

Nombre(s) Elda Anayutzin | Primer apellido Arellano | Segundo apellido Aleman

Fecha de nacimiento 30/04/96 | CURP (Clave única de registro de población) A E A E 9 6 0 4 3 0 M D F R L L 0 0

Vacuna	Productor de la vacuna Número de Lote	Fecha de vacunación	Nombre de la persona vacunadora o célula de vacunación
COVID-19 1ª dosis	SPUTNIK V 486010127	05/03/21 D D M M A A	
COVID-19 2ª dosis	SPUTNIK V 71-130721	06/03/21 D D M M A A	C 37 Rosario

NO OLVIDES TU CITA PARA LA SEGUNDA DOSIS DE TU VACUNA CONTRA EL VIRUS SARS-CoV-2 Y COMPLETAR TU PROTECCIÓN CONTRA LA COVID-19

Vacuna que se aplicará	Productor de la vacuna	Fecha de tu cita para tu segunda dosis	Si no requiere segunda dosis, marque aquí
COVID-19: 2ª dosis	SPUTNIK	21/01/21 D D M M A A	<input type="checkbox"/> La vacuna que te aplicaron contra COVID-19 no requiere de 2ª dosis

JUNIO- JULIO 2021

Imagen 30: Síntomas y clasificación de tabaquismo

El día de hoy se da inicio al taller de padecimientos mentales destacados en pandemia por COVID, tocando el tema de tabaquismo

con el objetivo de tratamiento a los síntomas de abstinencia, como se muestra en la imagen 27, el primer paso es la detección oportuna del padecimiento el diagnóstico se

realiza con el interrogatorio, se considera tabaquismo al paciente que consume 2 o más cigarro al día por más de 6 meses.

Uno de los tratamientos son los parches de nicotina, para estos se tiene que tomar en cuenta la cantidad de nicotina que consume el paciente para poder saber el gramaje se necesita en el parche, existen de 7, 14 y 21 mg con. Un promedio de 30 días.

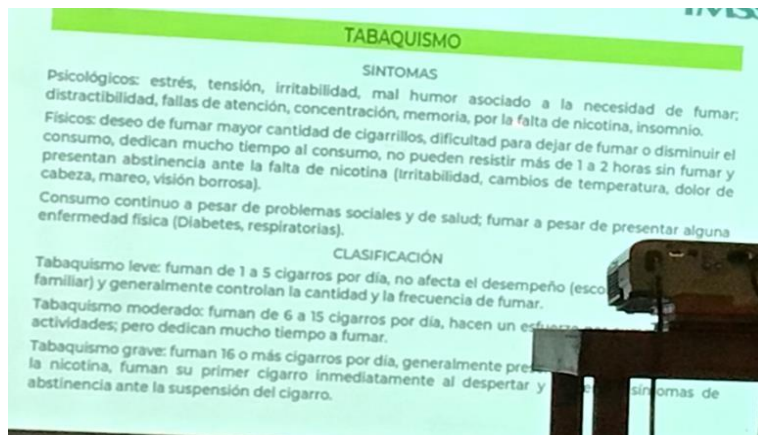
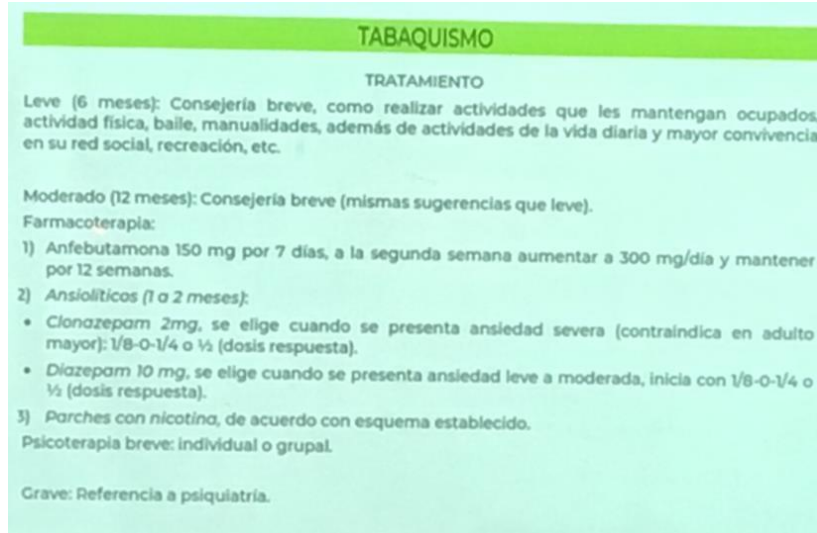


Imagen 31: Tratamiento de tabaquismo

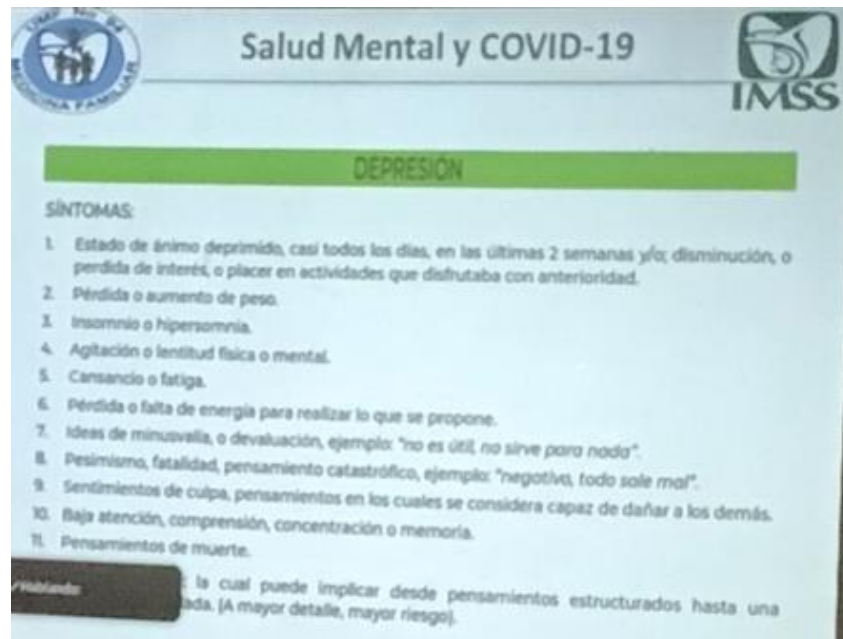


En la imagen 31 se muestra, el tratamiento efectivo que podemos administrar al paciente con diagnóstico de tabaquismo, y este dependerá de la clasificación que se haya realizado con anticipación.

Segunda parte del taller de padecimientos mentales destacados en pandemia por COVID, tocando el tema de depresión. Dar atención médica n primer nivel sin la necesidad de referir a un segundo nivel de atención.

Imagen 32: Síntomas de depresión

La pandemia implicó un cambio en la dinámica social, familiar e individual que puede generar un mecanismo personal de adaptación, el fin de este tomar en cuenta estos factores se puede presentar estrés, depresión, ansiedad, alcoholismo, con el fin de la detección oportuna. Un manejo adaptado al cuadro clínico presentado.

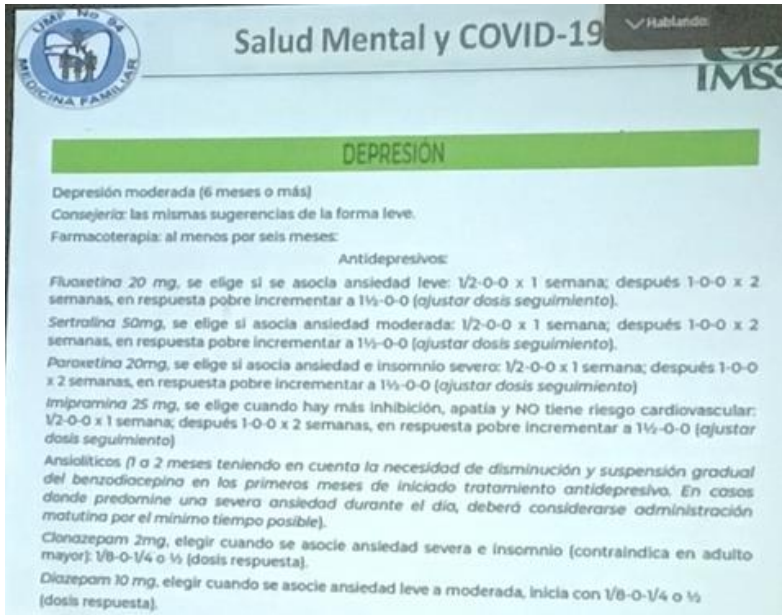


A prime nivel de atención se encuentre pacientes con signos y síntomas, APP chécate o línea de la vida como médico se tiene que identificar la severidad del trastorno presentado (leve, moderado o severo).

Leve: consejería y revaloración



Imagen 33: Tratamiento de depresión



Moderado: consejería + apoyo psicológico medicamento valoración continua por 3 meses

Grave: envío a urgencias un segundo nivel de atención

Depresión: trastorno mental caracterizado por tristeza, desinterés, trastorno del sueño.

Diagnostico 1 siempre presente + 5 criterios de 2 al

12 se clasifica en leve, moderado y severo y cada una tienen manejo diferente durante 8 a 12 meses, y sus más de 1 año con tratamiento o 2 episodios en 5 años se da una dosis de mantenimiento.

Terapia farmacológica esta descrita en la imagen 33 y este se tienen que llevar correspondiente al nivel de depresión que se encuentra.

Se realiza el primer curso de este periodo de tiempo con el título "Cuidado de la salud Mental en Situaciones de Emergencia"

Imagen 34: Cuidado de la salud Mental en Situaciones de Emergencia



Imagen 35: Manifestaciones riesgo suicida

Riesgo suicida: el acto de matarse en forma voluntaria y en como el acto suicida en sí, en él intervienen tanto los pensamientos suicidas como los factores de riesgo .

Diagnóstico: se crea con las manifestaciones mostradas en la imagen 34, las preguntas que se deben realizar para el diagnóstico son: Llegado en pensar en. ¿La muerte? ¿Ha

pensado en que la vida no válela pena o sentirse desesperanzado? Dependiendo de las respuesta este síndrome tiene que clasificar y manejar como corresponde (alto y bajo riesgo) Tratamiento por 6meses mínimo a base de consejería, farmacológico, psicología y psiquiatría, como se muestra en la imagen 35

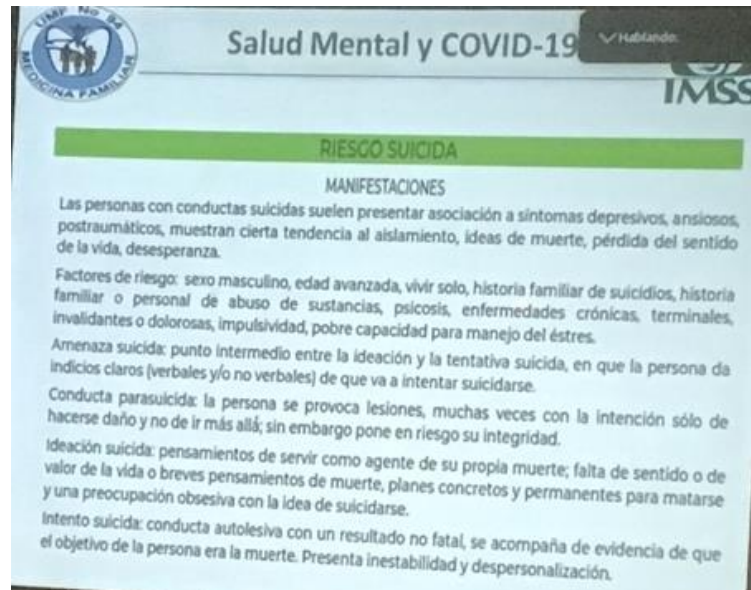
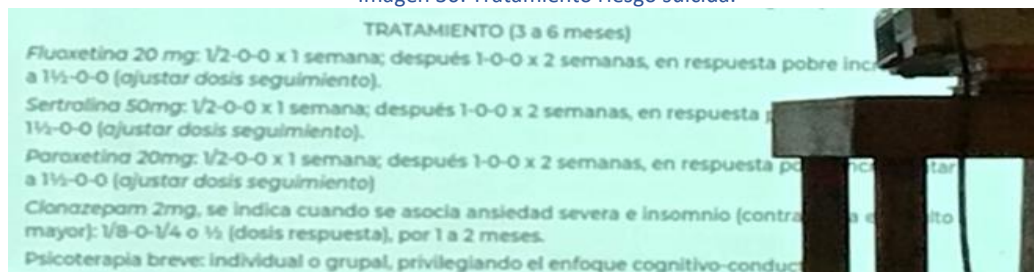


Imagen 36: Tratamiento riesgo suicida.



Tercera parte del taller de padecimientos mentales destacados en pandemia por COVID, tocando el tema de estrés postraumático: Trastorno que surge como respuesta tardía o deferida a un acontecimiento tres ante o a una citación de una naturaleza excepcionaste amenazante o catastrófica. Este se caracteriza por estar desencadenado por estar en la exposición de una o más experiencias traumáticas y el paciente presenta un deterioro significativo del funcionamiento social, escolar o laboral y personal.

Diagnóstico: presencia de alguno de los síntomas, de más de un mes de duración y causar molestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes en el funcionamiento, se tiene que tomar en cuenta los criterios de CIE -10 y el DSM-IV



Clasificación:

- Bajo riesgo: presencia de los síntomas excepto ideación suicida.
- Alto riesgo: presencia de los síntomas con ideación suicida.
-

[Imagen 37: criterios diagnósticos CIE-10](#)

CUADRO 2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA CIE-10 PARA EL TEPT

- | |
|--|
| <p>A. El paciente tiene que haber estado expuesto a un acontecimiento o situación estresante de naturaleza amenazante o catastrófica, que causaría malestar profundo en casi cualquier persona.</p> <p>B. Debe haber recuerdos persistentes de “revivir “el acontecimiento o situación estresante en forma de reviviscencias (“flashbacks “), recuerdos vívidos o sueños recurrentes, o una sensación de malestar al exponerse a circunstancias parecidas o asociadas al acontecimiento estresante.</p> <p>C. El paciente debe mostrar una evitación real o preferente de circunstancias parecidas o asociadas al acontecimiento estresante, que no presentaba antes de la exposición al mismo.</p> <p>D. Presencia de alguno de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Dificultad para conciliar o mantener el sueño2. Irritabilidad o arrebatos de ira3. Dificultad para concentrarse4. Hipervigilancia5. Reacción de sobresalto exagerada. <p>E. Deben cumplirse los criterios B, C y D dentro de los 6 meses del acontecimiento o del fin de un período de estrés</p> |
|--|

Fuente: CIE-10 / criterios diagnósticos. Consultado enero/2021



Imagen 38: Criterios diagnósticos DSM IV

CUADRO 1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM IV – TR PARA TEPT

<p>A.- La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que ha existido:</p> <ol style="list-style-type: none">1.- La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.2.- La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. (En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados). <p>B.- El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas :</p> <ol style="list-style-type: none">1.- Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones: (En los niños esto puede experimentarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma).2.- Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. (En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible).3.- El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático esta ocurriendo (ilusiones, alucinaciones, flashbacks). Los niños pueden re escenificar el acontecimiento traumático específico.4.- Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.5.- Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático. <p>C.- Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como lo indican 3 o más de los siguientes síntomas :</p> <ol style="list-style-type: none">1.- Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.2.- Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.3.- Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.4.- Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.5.- Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.6.- Restricción de la vida afectiva (incapacidad para tener sentimientos de amor).7.- Sensación de un futuro limitado (no espera obtener un empleo, casarse, tener la esperanza de una vida normal). <p>D.- Síntomas persistentes de aumento de la activación (ausentes antes del trauma), tal y como lo indican 2 o más de los siguientes síntomas :</p> <ol style="list-style-type: none">1.- Dificultades para conciliar o mantener el sueño.2.- Irritabilidad o ataques de ira.3.- Dificultades para concentrarse.4.- Hipervigilancia.5.- Respuestas exageradas de sobresalto. <p>E.- Estas alteraciones de los criterios B, C, y D se prolongan más de 1 mes.</p> <p>F.- Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo</p>
--

Fuente: Criterios diagnósticos DSM-IV

El tratamiento que se tiene que dar es antidepresivos y ansiolíticos y clonazepam está contraindicado en el adulto mayor por caídas contantes y alta PB de fractura de cadera.

Cuarta parte del taller de padecimientos mentales destacados en pandemia por COVID, tocando el tema de **ansiedad**: es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta.

El diagnóstico se da en la imagen 38, en donde se muestra un listado de síntomas de depresión en este se debe de tomar el 1° síntoma del listado y 4 o más de 2 al 8 ya se considera positivo. Se clasifica en leve, moderado y severo y con este se toma en cuenta el tratamiento que está basado en consejería, psicología y tratamiento farmacológico, las consultas de seguimiento son por 3 meses



Imagen 39: Síntomas de ansiedad

Salud Mental y COVID-19 Hablando: IMSS

ANSIEDAD

SINTOMAS:

1. Estado de ansiedad de al menos seis meses de duración con tensión, nerviosismo o estrés; asociado a aprensión y preocupaciones sobre acontecimientos y problemas de la vida diaria (reales o no) en familia, escuela, trabajo u otros.
2. Taquicardia, sudoración, temblor, sensación de "infarto cardiaco", mareo, vértigo, visión borrosa, disminución de la fuerza
3. Dolor en el pecho, de espalda, sensación de falta de aire, ahogo, dificultad respiratoria, náusea
4. Sensación de irrealidad, de desmayo, miedo a perder el control, a morir, "volverse loco"
5. Adormecimiento, hormigueo en el cuerpo, dolor muscular, nudo en la garganta, tics, calambres, incapacidad para relajarse
6. Dificultad de atención, memoria y concentración, irritabilidad, inquietud, agresividad, insomnio
7. Cansancio, agotamiento, mal humor, colitis, gastritis, pérdida de pelo
8. Incremento del apetito, "picar" constantemente.

El tratamiento se da dependiente de la clasificación en la que se encuentre el padecimiento, normalmente este se tiene que valorar los primeros de 3 a 6 meses, y se necesitan hacer los ajustes necesarios para llegar a los optimas necesidades del paciente, no solo se requiere tratamiento farmacológico, en la mayoría de los pacientes en tratamiento psicológico y la terapia conductivo conductual es más que sufriente.

Imagen 40: Tratamiento de ansiedad

Salud Mental y COVID-19 Hablando: IMSS

ANSIEDAD

TRATAMIENTO (3 a 6 meses)

Ansiedad leve: (3 a 6 meses).
Consejería: Realizar actividades dirigidas a disminuir las manifestaciones de ansiedad, p. ej.: realizar actividades relajantes, distraerse en manualidades, convivencia con su red social; recreación, ejercicio físico, etc.

Ansiedad moderada: (al menos 6 meses).
Consejería: las mismas sugerencias de la forma leve
Farmacoterapia: al menos por seis meses:

Ansiolíticos (1 a 2 meses):
Clonazepam 2mg, se elige cuando se presenta ansiedad severa (contraindica en adulto mayor): 1/8-0-1/4 o 1/2 (dosis respuesta).
Diazepam 10 mg, se elige cuando se presenta ansiedad leve a moderada, inicia con 1/8-0-1/4 o 1/2 (dosis respuesta).

Asociar un antidepresivo (al menos por 6 meses):
Sertralina 50mg, se elige cuando se asocian síntomas psicósomáticos: 1/2-0-0 x 1 semana; después 1-0-0 x 2 semanas, en respuesta pobre incrementar a 1 1/2-0-0 (ajustar dosis seguimiento).
Paroxetina 20mg, se elige si se asocia insomnio y síntomas psicósomáticos: 1/2-0-0 x 1 semana; después 1-0-0 x 2 semanas, en respuesta pobre incrementar a 1 1/2-0-0 (ajustar dosis seguimiento).
Psicoterapia breve: Individual o grupal.

Ansiedad Grave: Iniciar tratamiento farmacológico igual al trastorno moderado; si presenta ideación suicida referencia urgente a psiquiatría.

SEGUIMIENTO

Leve: mensual x 3 meses. Moderada: mensual x 4 a 6 meses, Grave: seguimiento de contrarreferencia.

Se realiza segundo cruzo en línea con el título de “¡súmate al protocolo!”, en él se describe la importancia de la equidad de género y nos dan las herramientas para poder identificar los derechos y obligaciones que tenemos en el ámbito laboral y poder identificar si es que llegara a tener un abuso de esto.

Imagen 41: ¡súmate al protocolo!



EL INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES

otorga la presente

CONSTANCIA

a:

ELDA ANAYATZIN ARELLANO ALEMAN

Por realizar el curso en línea

¡SÚMATE AL PROTOCOLO!

21 de junio de 2021

Con una duración de 3 horas

Calificación: 90,00

Dra. Nadine Flora Gasman Zylbermann
Presidenta
Instituto Nacional de las Mujeres

jlq3oQGwGz



Quinta parte del taller de padecimientos mentales destacados en pandemia por COVID, tocando el tema de alcoholismo: La primera definición hecha por Jellinek fue: Todo uso de bebidas alcohólicas que cause daño de cualquier tipo al individuo, a la sociedad, o a los dos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea: el alcoholismo es un trastorno conductual crónico manifestado por ingestas repetidas de alcohol, excesivas, respecto a las normas dietéticas y sociales de la comunidad y acaban interfiriendo la salud o las funciones económicas y sociales del bebedor.

Síntomas:

- Consumo de 4 o 5 copas por ocasión, de manera frecuente.
- Inquietud, irritabilidad cuando se acercan los días habituales de consumo.
- Deseo de controlar el consumo, sin llegar a controlarlo.
- Búsqueda de reuniones con amistades o familiares que favorezcan el consumo.
- Consumo de bebidas alcohólicas que ocasionan problemas legales, sociales, accidentes o lesiones.
- Consumo de alcohol en situaciones de estrés, nerviosismo, insomnio, ansiedad.
- Continúa el consumo a pesar de presentar enfermedades físicas.



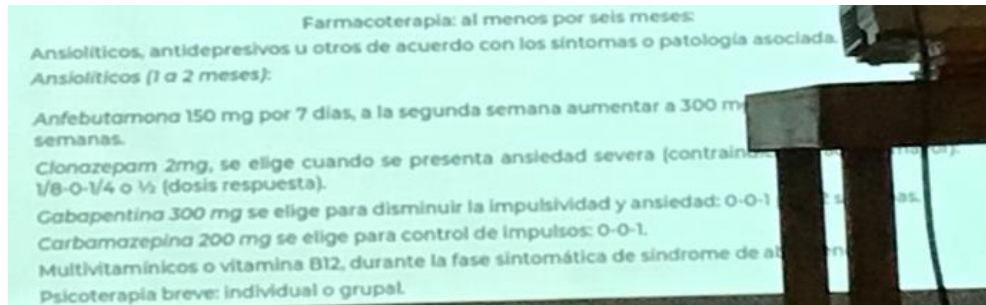
Síndrome de abstinencia: se caracteriza por temblor sudoración, ansiedad, náuseas, malestar entéras. Aparece de 6 a 48 hrs después de la suspensión al consumo de alcohol y, si no hay implicaciones, remite al cabo de 2 a 5 días. Pueden presentar crisis del gran al y progresar a delirio.

Diagnóstico: Manifestaciones de intoxicación aguda. Libres de la intoxicación, síndrome de abstinencia. Escalas:

- ❖ Test AUDIT
- ❖ Cie-10

El tratamiento se encofra en fármacos, terapia y terapia ocupacional.

Imagen 42: Tratamiento de alcoholismo



Consejería breve realizar actividades dirigidas a aumentar la autoestima, ejemplo:

- ✓ Mayor convivencia en su red social
- ✓ Recreación
- ✓ Ejercicio físico
- ✓ Esmero en su arreglo
- ✓ Referencia a alcohólicos anónimos
- ✓ Centros de integración juvenil

Se realiza último curso del servicio social el cual es uno de los más importantes ya que es el "Correcto llenado del Certificado de función"

Imagen 43: Correcto llenado del Certificado de función



*La autenticidad de este certificado se puede verificar en <https://mooc.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=60fe0147-80a0-406c-b690-9e0eac1f1c2e>

Sexta y última parte del taller de padecimientos mentales destacados en pandemia por COVID, tocando el tema de consumo **de psicotrópicos**:

De acuerdo con los efectos y síntomas por el consumo de una sustancia específica:

- Cannabis (marihuana)
- Solventes
- Inhalantes
- Cocaína
- Anfetaminas
- Metanfetaminas (Crystal) Medicamentos de prescripción (benzodicepinas, barbitúricos, opiáceos)
- Alucinógenos (LSD, peyote, éxtasis, hongos)

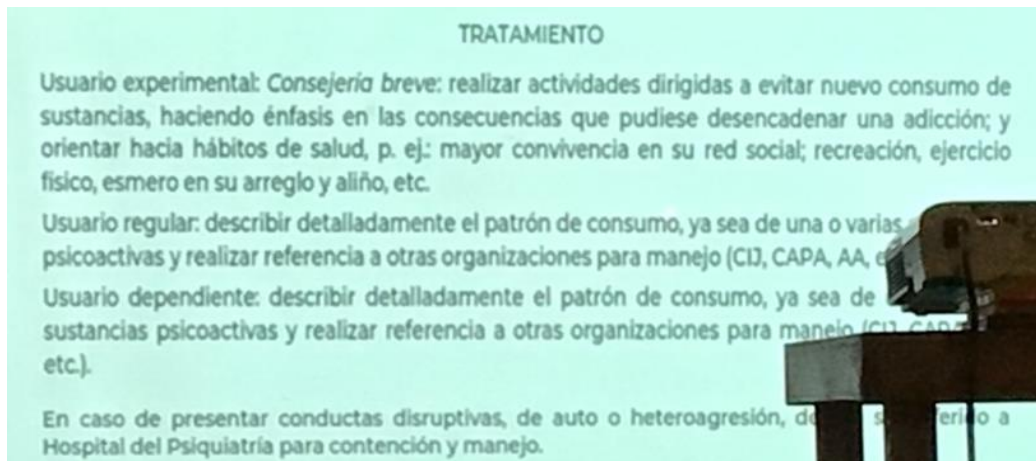
Clasificación:

- Usuario experimental: no afecta el desempeño (escolar, laboral, social, familiar...)
- Usuario regular: hace un esfuerzo por cumplir con las actividades, pero tiene un bajo desempeño.
- Usuario dependiente: incapacidad para realizar actividades en cualquier ámbito y se complica con otras sintomatología física y psicológica.

Diagnóstico por escala: encontradas en el CIE-10 y en el DSM-IV

Tratamiento: consejería, medicamento y apoyo familiar dependiendo de la clasificación que asigne en a su diagnóstico algunos ejemplos se describen en la imagen 44.

Imagen 44: Tratamiento consumo de psicotrópicos



Fin de curso

Imagen 45: Fin de curso





CONCLUSIÓN DEL MÉDICO PASANTE SOBRE EL SERVICIO SOCIAL

Conclusión del médico pasante respecto a su formación como persona.

El servicio social es una herramienta esencial para el desarrollo y la formación del médico para poder colaborar en la sociedad actual en el entorno de salud.

- Valores personales y profesionales: durante este periodo de tiempo pude desarrollar, adquirir y fortalecer, valores importantes para el buen progreso profesional y personal del médico en cuestión. Los valores para destacar fueron la empatía, respeto, tolerancia, reciprocidad, honestidad, orden, justicia, altruismo, compromiso, disciplina, gratitud y humildad.
- Sintetizar información: durante los años académicos se recibe abundante información sobre diversas patologías para su diagnóstico oportuno, su tratamiento y seguimiento, pero no es hasta que te confrontas cara a cara con un paciente cuando comprendes que el paciente no es una enfermedad que los factores culturales, demográficos, socioeconómicos, son parte fundamental para la evolución de la enfermedad tanto por la aceptación de esta como su adherencia terapéutica.
- Relación médico paciente: durante este año de pasantía en la unidad de medicina familiar 94, pude atender diversa variedad de pacientes, esto con el fin de poder desarrollar habilidades para el diálogo apropiado con los mismos. Al presentar pacientes de diferentes estatus económico, diversidad en edades (recién nacidos, preescolares, escolares, adolescentes, adultos jóvenes, adultos, anísanos), en las diferentes etapas del desarrollo femenino (adolescencia, planificación familiar, embarazo, climaterio, menopausia), nivel de estudio (analfabetas, escolaridad básica, media superior, superior, posgrado), diversidad familiar (familia núcleos, madre soltera, padre soltero, tutores, padres del mismo sexo, hermanos), religión (católicos, Cristino, Mormón, budista, ateneo, evangelista) y preferencia sexual (Lesbianas, Gais, Bisexuales y Transgénero), Gracias a esta diversidad de personas me ayudaron a afianzar la capacidad de comunicación asertiva con el paciente, saber explicarles de forma óptima su diagnóstico, cuáles son sus síntomas, el porqué de la enfermedad, como va evolucionando, tomar juntos decisiones de su tratamiento para que a su vez, él tenga el compromiso en su adherencia terapéutica, las medidas para la prevención de complicaciones, alimentación efectiva, inicio o mantenimiento de la activación física, higiene de la mente y las terapias no farmacológicas.
- Interacción profesionales en el sistema de salud pública: me llevo un muy buen sabor de boca con la convivencia, compañerismo y responsabilidad que se encuentra en el campo laboran en esta unidad, desde las personas de intendencia hasta el director de la unidad pasando por los asistentes medios, doctores de consultorio, laboratorio, camilleros, enfermeras, rayos x, asistentes médicos; se pude detectar este compañerismo, la sincronía de querer trabajar en conjunto para intentar ofrecer la mejor calidad al paciente.





Conclusión de la formación como profesional.

Durante mi estancia este año en el servicio social se vivieron diversas experiencias que ayudaron a desarrollarme en el ámbito profesional. Este año no solo nos enfrentamos con los obstáculos que suelen presentarse día con día en una unidad de salud pública, sino que se agregó una pandemia por un virus nuevo con el nombre de COVID-19, por lo que se modificaron planes de estudio dentro de la unidad, sesiones académicas, rotación en los distintos servicios y medidas de sanidad implementadas en el personal como en la unidad, aun con las variaciones presentadas se buscaron nuevas estrategias para poder llevar a cabo el servicio social lo más oportuno posible. Esta variación me enseñó que estamos para confrontar problema y buscar soluciones aceptables para toda la sociedad, la labor como médico en circunstancias de crisis es el poder tranquilizar y apoyar a tu comunidad, saber darles la importancia a sus padecimientos crónicos, así como posibles enfermedades en agudo que puede presentar.

La empatía es una de las virtudes que más se puso a prueba este año, pude observar y destacar la importancia que tienen todos los factores externos que pueden modificar la enfermedad presentada por ejemplo, el duelo presentado por la defunción de seres cercanos por esta pandemia, la caída de la economía bajo estas circunstancias produce un aumento en el estrés y la ansiedad; el deterioro en la alimentación por falta de recurso económico o escasas de materia prima, la apatía por la toma de medicamentos, el sedentarismo, y como todo esto a su vez produce en efecto en cadena provocando una mala evolución a la enfermedad.

En este año desarrolle la habilidad de tomar al paciente como un todo, no solo como una enfermedad, que no solo tu trabajo como médico se centra en administrar medicamentos o saber en qué momento mandarlo con el especialista, sino en comprender al paciente, empoderarlos, enseñarlos y sobre todo humanizarlos para que a su vez él puede modificar su panorama personal, familiar, social y cultural.

Los conocimientos enseñados en la universidad, la práctica adquirida en el internado y los planes y programas enseñados en este servicio social dan el complemento perfecto para dar el siguiente paso como profesionista. El saber compactar toda esta información para poder brindarlo a mi comunidad me llena de alegría e ilusión.

Sabemos que los tiempos en consulta son limitados y que la organización mundial para la salud nos genera una proyección de 15 min por paciente de consulta, se tiene que aprender a optimizar el tiempo, con consultas guiadas en aspectos específicos y citar con el conocimiento necesario y las habilidades terapéuticas, lo que hace que el servicio funcione y sacar adelante los padecimientos presentados por los pacientes en la unidad.





Conclusión de la aportación a la comunidad.

Durante 5 años de estudios universitarios, nos presentaron un mar de conocimientos teóricos, durante un año nos enfrentamos a un reto de habilidades prácticas y durante un último año se logra sintetizar todo este conocimiento para poder retribuir un poco a esta sociedad que, así como nosotros, la comunidad estuvo en cada paso, en cada tropiezo en cada triunfo.

Recuerdo que en los primeros años los pacientes atemorizados por nuestras caras jóvenes, no confiaban en nuestro conocimiento o habilidades en esos momentos deficientes pero jamás se negaron a ofrecer sus cuerpos, su enfermedad su historia para nuestro aprendizaje; hoy después de un camino recorrido lleno de adversidades me da una alegría poder brindarle a esos ciudadanos que vuelven en busca de alivio, confort y seguridad darles un poco de lo que nos ofrecieron en su momento ya que nosotros como médicos estamos en deuda por todo ese conocimiento ofrecido en su momento. Se merecen a los mejores médicos que podemos llegar a ser, con la información más actualizada, las destrezas pulidas, los valores bien acentuados, la humildad bien puesta, para poder comprender las necesidades que el paciente presenta en el momento adecuado.

La comunicación tiene que estar bien estructurada para poder comprender y dar solución a los padecimientos presentados ante nosotros, el saber identificar nuestras fortalezas y debilidades para que en forma oportuna poder darle solución y no dañar al paciente, saber canalizar al paciente con el médico, la unidad y la especialidad que lo requiera, sin llegar al egocentrismo del yo todo lo sé o yo todo lo puedo.

Nosotros como médicos tenemos que tener en cuenta la importancia de la prevención como parte fundamental en nuestra consulta, la población mexicana hoy en día tiene una escasez importante en la educación referente a los buenos hábitos dietéticos, físicos y mentales; nosotros como médicos tenemos la obligación de educar de manera oportuna al paciente para lograr la reeducación de complicaciones futuras, esta tiene que realizarse de una forma adecuada, respetuosa y objetiva a cada uno de nuestros pacientes y ajustarse a su nivel académico, esto con la finalidad de que en un futuro nos ayude no solo a la prevención de enfermedades, en una mejora en la evolución de la patología, disminución de la prescripción farmacológica y calidad de vida.





Conclusión como institución educativa.

La universidad autónoma metropolitana tiene como objetivo “Formar un profesional de la medicina capacitado para abordar los problemas de salud, de manera crítica, a través de manejar la metodología científica, que busque la interdisciplinariedad en forma permanente, de tal manera que independientemente del área geográfica y el sitio de trabajo donde se ubique, realice acciones de salud, tanto individuales como colectivas considerando al ser humano de manera integral.” Es al día de hoy después de cursar 15 trimestres de licenciatura, de los cuales 3 trimestres fueron de la formación en un internado médico y 12 meses de servicio social, puede demostrar cada uno de los puntos citados con anterioridad en el objetivo que nos brinda la universidad, la comprensión de la importancia de tener un grupo interdisciplinario para la resolución de la enfermedad del paciente, poder referir de forma oportuna a los especialistas, así como suministrar tratamiento farmacológico y no farmacológico de forma oportuna y apropiada, centrada en la individualización de cada uno de los pacientes, a su vez este entorno nos hace capaces de tener otros enfoques biopsicosocial para la resolución de los padecimientos presentados en consulta.

La formación científica y humanística integral, que nos brinda la Universidad Autónoma Metropolitana, nos convierte en el primer contacto en la población sin importar el lugar geográfico, el estatus socioeconómico y el nivel educativo, para que así, con las herramientas académicas, destrezas manuales y habilidades adquiridas durante estos años sumada a la capacitación constante de las mismas, nos permite llevar a cabo la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

La ética y la humanísticos son dos de los valores fundamentales que me aportó la universidad, y gracias a esto tengo la formación para seguir aportando conocimiento a nuevas generaciones, esperando que, en algún momento, llegar a tener un impacto como lo hicieron mis profesores en su momento conmigo, ser esa plataforma para que superen todas las metas planteadas y sueños por realizar.

Y no queda más que el agradecimiento infinito a esta universidad que más que una casa de estudios, fue mi hogar por 6 años, en ella conocí a mi nueva familia, amigos que siempre tendré, compañeros que siempre estaremos para apoyarnos en nuestra formación, guías de conociendo que están dispuestos a brindarnos la mano cuando estemos cansados; me brindó valores, sueños, metas e ilusiones que me esforzaré cada día en poderlos cumplir y seguir, y espero en algún momento volverme tan exitosa para poner en lo alto el nombre de esta universidad que me dio esta hermosa profesión.





GOBIERNO DE
MÉXICO



MEDICINA
UAM
XOCHIMILCO



ANEXO 1

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

AGOSTO 2020 – JULIO 2021

LICENCIATURA EN MEDICINA

“RELACIÓN ENTRE EL DUELO ANTE EL DIAGNÓSTICO DE DIABETES
MELLITUS TIPO 2 Y LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA”

MPSS. ELDA ANAYATZIN ARELLANO ALEMAN

MATRICULA: 2152042765

ASESOR:
DRA. OFELIA GOMEZ LANDEROS

Ciudad de México, Agosto 2021





Relación entre el duelo ante el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y la adherencia terapéutica

Arellano-Alemán EA

RESUMEN INTEGRADO

Antecedentes: la diabetes mellitus es causa de importante morbilidad y mortalidad por sus complicaciones vasculares y neurológicas, que principalmente se desencadenan en personas con mal apego a tratamiento. El enfoque psicológico en el duelo de personas con diagnóstico de DM2 forma parte del factor determinante para el apego terapéutico, este proceso ha sido demeritado por mucho tiempo en el tratamiento de los individuos que lo padecen debido a la pérdida de la salud, y la mayoría de las veces tiene repercusión negativa en el apego terapéutico.

Objetivo: distinguir la relación entre el duelo ante el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 y la adherencia terapéutica

Métodos: estudio observacional, transversal, descriptivo y prospectivo en 147 pacientes diabéticos tipo 2 sin comorbilidades que acuden a control y seguimiento, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 94 (UMF 94) en el grupo DiabetIMSS del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), a los cuales se les aplicó el test de Morisky Green en conjunto con el test EDF-66, para identificar la relación entre las etapas del duelo con el apego terapéutico de las personas, con una sensibilidad de 74.7% y especificidad de 92%, además se recabó el tipo de control glucémico y datos sociodemográficos. Se utilizó estadística descriptiva para analizar la información, y se presentan las variables en cuadros y figuras.

Palabras clave: diabetes mellitus tipo 2, apego terapéutico, duelo, test Morisky Green, test Edf-66





1. Médico Pasante de Servicio Social, Unidad de Medicina Familiar No. 94 “Aragón” IMSS.

MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es uno de los problemas de salud con mayor prevalencia en el mundo, cuya incidencia se espera que crezca en las próximas décadas. En México representa un problema de salud pública que no se ha podido controlar. A parte del gran número de individuos que se diagnostican cada año, también es de suma importancia el mal control que presentan quienes ya viven con la enfermedad. Un factor importante que determina este mal control es el duelo que padecen las personas ante el diagnóstico de la enfermedad, y el consiguiente mal apego al tratamiento farmacológico.

El mal control no solo afecta la salud del individuo, a su vez, genera un impacto importante en el recurso económico de la unidad médica, por medicamentos mal empleados, dosificaciones inconvenientes y complicaciones subsecuentes prevenibles.

Al detectar a individuos que afrontan un duelo, el personal de salud está obligado a brindarle la atención oportuna y adecuada al padecimiento, tomado por un grupo multidisciplinario que ayude a la resolución adecuada de dicha circunstancia, para prevenir uno de los factores desencadenantes de complicaciones a mediano plazo.

La detección oportuna en estadios iniciales de duelo puede determinar la evolución de la enfermedad y la prevención de la cronificación de dicho proceso, que a futuro podría complicar el manejo del individuo en su enfermedad, por lo que se abre un área de oportunidad enfocada en la mejora de la detección del factor desencadenante y a su vez la prevención de complicaciones.

De manera que el afinar las estrategias de detección, es una actividad prioritaria de los médicos que otorgan atención médica en el primer nivel de la salud, a fin de determinar oportunamente cuando el paciente se encuentre dentro de un duelo por el diagnóstico de su enfermedad, un aspecto fundamental en el control de la misma.

El presente trabajo genera una pequeña inducción a los temas mencionados, tratando de aumentar la importancia que le dan los médicos de primer contacto a atender de forma holística a todos los pacientes y no pasar por desapercibidos aspectos tan importantes como la salud mental, que muchas veces no tiene relevancia en las consultas.



ANTECEDENTES**Diabetes mellitus tipo 2**

La diabetes mellitus es una grave enfermedad crónica que llega a afectar al individuo a nivel orgánico, emocional, cultural, social y económico. A esto se debe la importancia del estudio de la misma. La guía de la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) 2019 nos regala el concepto de DM 2 como “desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina”⁸. O en otras palabras el páncreas no secreta la suficiente insulina o el cuerpo no utiliza esta de forma eficaz.

La prevalencia a nivel mundial es del 10 % de la población⁹, en el 2011 en México la DM 2 se considera la segunda causa de muerte, para el 2014 el IMSS demostró que 1 de cada 11 adultos vive con diabetes, por lo que en 2016 se declaró epidemia en el país¹⁰. En el 2017 la Federación internacional de Diabetes proyectó que el 9.2% de los adultos, cuentan con el diagnóstico de diabetes entre la edad de los 20 a 79 años^{8, 9}.

La mortalidad por esta enfermedad en nuestro país ocupa de los primeros cinco lugares, y sus cifras corresponden al 14% de la población total de adultos⁹. De estos, el 58% de los decesos ocurrió en menores de 60 años. Entre las complicaciones más frecuentes se destaca la cardiopatía isquémica y los infartos cerebrales, ceguera, insuficiencia renal, amputaciones no debidas a traumas e incapacidad prematura.⁸

El punto de partida para prevenir, vivir y convivir con diabetes es un diagnóstico precoz¹¹, los criterios de diagnóstico por plasma o suero en vena con la cuantificación de la glucosa son:

Tabla 1: Criterios diagnóstico por plasma

	Normal	Prediabetes	Diabetes Mellitus
Glucemia en ayuno	100 mg/dl	100 – 125 mg/dl	126 mg/dl
Glucemia 2 horas poscarga de glucosa	140 mg/dl	No aplica	200 mg/dl
Hemoglobina glucosada A1c	Menos de 5.7%	5.7 a 6.4%	Más de 6.4%

Guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel.

Los criterios según la Asociación Americana de Diabetes (ADA) 2020 son^{9, 10}:

- Glucosa en ayuno mayor o igual que 126 mg/dl (no haber tenido ingesta calórica en las últimas 8 horas).



- Glucosa plasmática a las 2 horas mayor o igual que 200 mg/dl durante una prueba oral de tolerancia a la glucosa. La prueba deberá ser realizada con una carga de 75 gramos de glucosa disuelta en agua.
- Hemoglobina glucosilada (A1C) mayor o igual que 6.5%. Esta prueba debe realizarse en laboratorios certificados de acuerdo a los estándares de A1C del DCCT.
- Individuo con síntomas clásicos de hiperglicemia o crisis hiperglucémica con una glucosa al azar mayor o igual que 200 mg/dl.

Con esto se espera un diagnóstico precoz, oportuno y confiable, pero esto no es lo único que se necesita para encaminar al individuo a vivir con diabetes, sino que requiere metas de peso y estudios de laboratorio complementarios.

Es importante centrarse en que el individuo con diagnóstico de DM 2 presenta cambios importantes en su cuerpo, destacando que el 90% de las causas para presentar esta enfermedad son los malos hábitos alimenticios, por lo que la ALAD nos recomienda metas que debe de presentar el individuo para un mejor pronóstico y evolución de la enfermedad⁸:

- Índice de Masa Corporal (IMC) debe de estar entre 18.5 y 25 kg/m², o disminuir el 10% de su peso corporal en el primer año de tratamiento.
- Perímetro de cintura debe ser menor a 94 cm en hombre y 90 cm en mujeres.
- A1c debe ser menos de 7.0%, si este presenta deterioro de la función importante o comorbilidades de un órgano se puede considerar 8.0%.

Estos criterios se pueden llegar a cumplir cuando se tiene una adecuada adherencia terapéutica, es tal su importancia que la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2004, realizó estudios sobre este tema en países en vía de desarrollo donde se concluyó que esto es fundamental para un tratamiento efectivo¹².

El adecuado autocuidado y aceptación del tratamiento multidisciplinario de esta enfermedad, crea la necesidad de tomar en cuenta las variables neuropsicologías, psicológicas, familiares, económicas, culturales y personales del individuo con diagnóstico de DM 2.

El tratamiento adecuado para esta enfermedad engloba muchos aspectos a determinar, desde el cambio de hábitos alimenticios por parte de nutrición con el conteo de hidratos de carbono en el plan de alimentación y manejo de alimentos sustitutos de alto índice glicémico por los de bajo índice¹³. El ejercicio regular ha sido indicado para mejorar el control de la glucosa sanguínea, reducir los factores de riesgo cardiovascular, contribuir a la pérdida de peso, aumentar la sensibilidad a la insulina y proporcionar una sensación de bienestar general, por lo que es una parte fundamental en el tratamiento para diabetes. Las metas que se interesan cumplir tienen que ser a corto, mediano y largo plazo¹⁴:

- A corto plazo: cambiar el hábito sedentario.
- A mediano plazo: realizar actividad física tres veces por semana con días alternados con una duración mínima de 30 min.
- A largo plazo: aumento en frecuencia e intensidad.





Por último, pero no menos importante, el tratamiento farmacológico juega un papel fundamental para el control de los niveles de glucosa en el cuerpo, estos los podemos encontrar con diferente mecanismo de acción dependiendo del objetivo que el médico quiera alcanzar correspondiente al tiempo de evolución, comorbilidades y complicaciones presentadas. Es importante recalcar que el tratamiento es personalizado a las necesidades de cada individuo para llegar al fin común de lograr las metas previamente mencionadas.

Duelo

El duelo (del latín *dolium*, dolor, aflicción) se define como un estado de adaptación emocional normal ante la pérdida de una persona, objeto, evento significativo, cuando un vínculo afectivo se rompe; o, también, cuando se pierde el estado de salud¹. Incluye componentes psicológicos, físicos y sociales, con una intensidad y duración proporcional a la dimensión y significado de la pérdida. Es un proceso único e irrepetible, dinámico, cambiante y cada evento varía entre personas, culturas y sociedades. La magnitud del mismo dependerá tanto de lo perdido como de las características propias y la resolución se dará cuando se haya conseguido el equilibrio y aceptación.

En el caso de los individuos con diabetes mellitus tipo 2 (DM 2), el duelo es una reacción adaptativa natural ante la pérdida de la identidad como persona sana. La elaboración del duelo comienza cuando se tiene conciencia de la pérdida tras recibir el diagnóstico o conocer el pronóstico de incurabilidad². Este proceso ha sido demeritado por mucho tiempo en el tratamiento de los individuos que lo padecen debido a la pérdida de la salud, y la mayoría de las veces tiene repercusión negativa en el apego terapéutico. Se suele dar por hecho que al cabo de cierto tiempo, desaparecerá por sí solo.

Los factores que influyen en la elaboración del duelo son la familia, dinero, madurez emocional, edad, sexo, religión, cultura, rol familiar, personalidad, entre otros. No se dispone de una respuesta a la pregunta de cuándo se ha terminado un duelo, debe considerarse que es imprescindible haber completado las etapas; un punto de referencia de un duelo acabado es cuando la persona es capaz de pensar sin dolor en la pérdida. Por ello el duelo de cada persona es único e irrepetible, porque cada persona es única.

Entre 5 a 9% de la población general sufre la pérdida de un familiar cercano cada año y cerca de un 20 a 25% de las consultas de Medicina General son personas que ha sufrido una pérdida. Un 85% de personas mayores de 60 años sufren episodios depresivos desencadenados por acontecimientos vitales. Entre un 10 a un 34 % desarrollan un duelo patológico².

El duelo ha sido descrito por diversos autores a lo largo de la historia, y aunque tienen ciertas similitudes, cada uno lo ha delimitado en diferentes etapas.



Tabla 2: Fases del duelo

Autor y año	Fases del duelo
Linderman (1944)	1. Choque, incredulidad 2. Aceptación de la pérdida 3. Resolución del duelo y reconexión con los aspectos de la vida
O'Connor (1969)	1. Ruptura de los antiguos hábitos (desde el conocimiento de la pérdida hasta la 8va semana) 2. Inicio de la reconstrucción de la vida (desde la 8va semana hasta el año) 3. Búsqueda de nuevos objetivos (desde el año hasta los dos años) 4. Terminación del reajuste (luego de dos años)
Worden (1982)	1. Aceptar la realidad de la pérdida 2. Experimentar el dolor de la pérdida 3. Adaptarse a su medio, en el que ahora falta el ser querido o lo perdido 4. Retirar la energía emocional desde la persona que falta hacia otras relaciones
Niemeyer (2000)	1. Evitación, incredulidad, choque 2. Asimilación, reconstrucción 3. Acomodación
Fonnegra (2001)	1. Evitación-choque (aturdimiento y anestesia emocional) 2. Confrontación-enfrentando la ausencia (fase aguda) 3. Restablecimiento-volver a la vida (cambio, reorganización y restablecimiento)

Fases del duelo según diversos autores. Tomada de León-Amenero¹.

La división más comúnmente utilizada en la actualidad es la del modelo Kübler-Ross⁷, presentado en el libro *On death and dying*, la cual describe cinco etapas distintas del proceso por las que las personas atraviesan cuando enfrentan un duelo:

- 1) Negación: como defensa temporal, presentándose al momento de recibir la noticia de la pérdida.
- 2) Ira/Incredulidad: usualmente se presenta en contra de quien se considera como responsable de la pérdida.
- 3) Negociación: se busca ofrecer algo a cambio de lo perdido.
- 4) Depresión: siendo esta la etapa más complicada y muchas veces la más prolongada.
- 5) Aceptación: como su nombre lo indica, aceptar plenamente la pérdida e iniciar el funcionamiento con uno mismo y su entorno. Dichas etapas no suceden necesariamente en el orden descrito, ni todas son experimentadas por todos los individuos.

Actualmente el duelo por sí mismo no configura un trastorno mental, no se encuentra considerado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) ni en la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ma edición (CIE-10)⁵.

Dependiendo de la intensidad y forma en la que se vive este proceso, se puede clasificar dentro de dos importantes grupos, el primero y más común es el conocido como duelo normal o simplemente duelo, y es el que inicia inmediatamente después o dentro de los meses subsiguientes al evento detonante. Incluye componentes psicológicos, físicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida³. Dentro de los síntomas se encuentra la tristeza, irritabilidad, llanto, pensamiento centrado en la pérdida, algunos pensamientos reiterativos sobre la pérdida; sin embargo, no se encuentra una alteración en la funcionalidad de la persona y no suele durar más de seis meses a un año, siendo influido por el entorno cultural de cada persona, así como su personalidad previa. El segundo grupo es el duelo patológico o complicado, y es aquel en el cual la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o permanece en este



estado sin avanzar en el proceso hacia su resolución³. Una tristeza patológica se diferencia por su intensidad, duración y la aparición de síntomas que llevan a la persona fuera del marco de la realidad. Sin embargo, la tristeza no es el único síntoma ya que las manifestaciones clínicas no solo se darán en lo afectivo, sino también a nivel físico, cognitivo, conductual, entre otros.

Tabla 2: Criterios diagnósticos del DSM-521

A El individuo ha experimentado la muerte de alguien con quien mantenía una relación cercana.

B Desde la muerte, al menos uno de los síntomas siguientes está presente casi diariamente a un nivel clínicamente significativo, y persiste durante al menos 12 meses en el caso de adultos y 6 meses para los niños:

- Anhelo/añoranza persistente del fallecido.
- Pena y malestar emocional intensos en respuesta a la muerte.
- Preocupación en relación con el fallecido.
- Preocupación acerca de las circunstancias de la muerte.

C Desde la muerte, al menos seis de los síntomas siguientes está presentes casi diariamente a un nivel clínicamente significativo, y persiste al menos 12 meses en el caso de adultos y 6 meses para niños:

- Importante dificultad para aceptar la muerte.
- Incredulidad o anestesia emocional en relación con la pérdida.
- Dificultad para recordar de manera positiva al fallecido.
- Amargura o rabia en relación con la pérdida.
- Valoraciones desadaptativas acerca de uno mismo en relación con el fallecido o con su muerte.
- Evitación excesiva de los recuerdos de la pérdida.
- Deseos de morir para poder estar con el fallecido.
- Dificultades para confiar en otras personas desde el fallecimiento.
- Sentimientos de soledad o desapego de otros.
- Sentir que la vida no tiene sentido o está vacía sin el fallecido, o creer que uno no puede funcionar sin el fallecido.
- Confusión acerca del papel de uno en la vida, o una disminución del sentimiento de identidad propia.
- Dificultad o reticencia a mantener intereses o hacer planes de futuro desde la pérdida.

D La alteración provoca malestar clínicamente significativo o disfunción en áreas sociales, laborales u otras áreas importantes del funcionamiento.

E La relación de duelo es desproporcionada o inconsistente con las normas culturales, religiosas o apropiadas a su salud.

Criterios diagnósticos del DSM-521 para el trastorno por duelo complejo persistente⁶.

No todas las personas manifiestan un duelo patológico de la misma manera, por lo que a su vez se puede diferenciar en cuatro tipos¹:

1. Crónico: la duración sobrepasa un año y la persona no logra retomar su funcionamiento previo.
2. Retrasado: la reacción inicial suele impresionar poco, y no es hasta después cuando recién se experimenta los síntomas del duelo. Esto puede ser motivado por la falta de apoyo social, la "necesidad de ser fuertes", o el no haber asimilado la situación.
3. Exagerado: la respuesta es desproporcionada y podría llevar a conductas desadaptativas, teniendo comorbilidad con algún otro trastorno psiquiátrico, como ataques de pánico, fobias, trastorno de estrés post-traumático o consumo perjudicial de sustancias.
4. Enmascarado o inhibido: la persona no logra asociar sus molestias a la pérdida que ha sufrido.

Debido a la complejidad e infravaloración del fenómeno del duelo, su evaluación o diagnóstico no resulta un proceso sencillo. Con la evaluación del duelo se pretende recopilar toda aquella información que resulta relevante, para lograr una adecuada adaptación del individuo a la realidad de la pérdida. Es necesario valorar si el duelo sigue un curso normal, con toda la variedad de manifestaciones posibles descritas, si estas son adecuadas en





duración e intensidad, así como tener en cuenta que no todas las personas viven el proceso de duelo de la misma forma. Con todo ello es importante saber identificar y diferenciar cuando se trata de un proceso normal y cuando de uno patológico; así mismo, poder realizar el diagnóstico diferencial entre un duelo patológico y un estado depresivo mayor. Por último, al realizar una adecuada y completa evaluación podremos identificar incluso el curso que está llevando el duelo en el individuo, o la etapa del mismo en la que se encuentra, para con esto saber dirigir de manera más adecuada el tratamiento.

El duelo se reconoce como un problema que puede ser objeto de atención clínica, por lo que también puede llegar a requerir tratamiento, principalmente consta de la terapia psicológica, en donde se ayuda al individuo a identificar y llevar las etapas del mismo, facilitándole el camino a la aceptación⁴.

Adherencia terapéutica

La OMS definió en el 2004 la adherencia como el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida¹⁵. La adherencia no consta solamente de la ingesta de fármacos, sino de prácticas sanitarias, atención psicológica, odontológica y nutricional, entre otras. Por lo que se destaca la importancia de la participación de ambas esferas para la comunicación efectiva del tratamiento oportuno. La no adherencia reduce los beneficios del tratamiento, sesga la evaluación clínica de la eficiencia del tratamiento, conlleva a la prescripción de dosis de medicamentos más altas y, en algunos casos, la prescripción de medicamentos que no son necesarios. Los factores que afectan la adherencia terapéutica se dividen en socioeconómicos, relacionados con la atención médica, relacionados con la enfermedad o condición del individuo, relacionados con el tratamiento y los relacionados con la autonomía del individuo.

La falta de adherencia al tratamiento es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, que tiende a aumentar y es especialmente frecuente en personas con enfermedades crónicas. La magnitud del grado de no adhesión mundial a los tratamientos de enfermedades crónicas varía de 25% a 50%, estudios describen que los individuos diabéticos controlados con hipoglucemiantes orales presentan un porcentaje de falta de adherencia de 30-51% y los individuos controlados con insulina, cerca de un 25%¹⁵. Pero esta adhesión a tratamientos es mucho menor en países en vías de desarrollo por la escasez de recursos sanitarios y las inequidades en el acceso a la atención de salud.

La adherencia terapéutica es una de las herramientas que se utiliza para cuantificar la magnitud con la que el individuo sigue o no las instrucciones médicas, la modificación de la adherencia pueden propiciarse debido a la falta de aceptación de un diagnóstico, el seguimiento inadecuado de las instrucciones, el pronóstico no es el esperado por el individuo y los resultados no son tangibles a corto plazo¹⁷.





Una forma de clasificar la falta de adherencia terapéutica es¹⁵:

- Primaria: se refiere cuando la prescripción médica no se retira de la farmacia.
- Secundaria: cuando se alteran las dosis correctas de los medicamentos, el cambio en los intervalos de las dosis, el olvido en la administración del fármaco, un aumento en la frecuencia de las dosis o la suspensión del tratamiento antes del tiempo recomendado.

A pesar de que la no adherencia es una práctica común, es poco detectada por los profesionales de salud, ya que es una conducta difícil de medir debido a los diversos factores que influyen sobre ella. De acuerdo con la OMS, la medición y evaluación de la adherencia terapéutica, es una necesidad continua, que permite la planificación de tratamientos efectivos, eficientes y de calidad¹⁶. La evaluación de la adherencia debe incluir no solo la toma de los medicamentos en los horarios y dosis prescritas por el médico tratante, sino también la asistencia a las citas de control en los servicios de salud, la realización de exámenes médicos y el logro de estilos de vida saludables.

Existen diferentes instrumentos que se utilizan para medir la adherencia terapéutica, se basan principalmente en 3 términos: conciencia de enfermedad, actitud hacia los fármacos y tolerabilidad (especialmente a los efectos adversos de la medicación)¹⁶. Los principales o más utilizados son:

- Cuestionario de No Adhesión de Medicamentos del Equipo Qualiaids (CAM-Q).
- Cuestionario de Adherencia a la Medicación Simplificado (Simplified Medication Adherence Questionnaire, SMAQ).
- Cuestionario MBG (Martín Bayare Grau).
- Test de Morisky-Green-Levine.
- Test de Batalla.
- Escala de Miller para Medición de Adherencia Terapéutica en Pacientes con Enfermedades Cardiovasculares.

Hay múltiples y diferentes métodos para medir la adherencia terapéutica. Hasta la fecha, no se ha descrito ningún método óptimo por lo que se recomienda la utilización de varias técnicas, aunque en la práctica clínica diaria es difícil.

Cabe destacar que existen diversas estrategias para mejorar la adherencia, las cuales consisten en estrategia educativa/conductual, estrategia de apoyo familiar o social, estrategia en técnica que se adapten al individuo y la constante capacitación del personal de salud¹⁸.

Los profesionales sanitarios, y especialmente los médicos de atención primaria, deben conocer el fenómeno de la falta de adherencia, detectarlo y averiguar sus causas, así como tener recursos para poder intervenir eficazmente en los individuos. Un primer paso es valorar la presencia de posibles factores predictores de falta de adherencia, tales como falta de conocimiento de la patología y de las consecuencias del incumplimiento del tratamiento





fisioterapéutico, percepción de falta de seguimiento por parte del profesional, creencias y percepciones propias de su tratamiento. El manejo de la adherencia por un equipo multidisciplinario influye de manera positiva en el mejoramiento de la calidad de vida de los individuos. Una intervención específica eficiente, que sirva en todos los casos, posiblemente requiera de la combinación de varias estrategias (llamadas telefónicas, recordatorios, seguimiento estrecho, auto monitorización supervisada, terapia familiar, terapia psicológica, entre otros.)¹. Esta evaluación debe realizarse de manera periódica y continuada en sucesivas visitas con el fin de monitorizar la evolución de la adherencia y prevenir posibles variaciones de la misma a lo largo del tiempo.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

José Raymundo Rodríguez Moctezuma, en su artículo publicado en 2015, por la revista médica institucional de seguro social en la Ciudad de México, con el título “Etapas del duelo en diabetes y control metabólico”, tuvo como objetivo identificar la etapas del duelo y su asociación con el control metabólico en individuos con DM 2, que incluyó 186 individuos diabéticos a quienes se les aplicó un instrumento que exploró las etapas del duelo, también se midieron aspectos físicos y de laboratorio de los mismos. Obtuvo como resultados que la aceptación es la etapa más prevalente en el grupo de estudio, los individuos que se encuentran en etapa de la negación tienen un IMC y colesterol elevados, así como edad mayor a los 65 años, no obstante, quienes están en etapa de depresión tienen mayor tiempo de diagnóstico y mayor nivel de glucosa. Concluyó que es importante identificar las etapas del duelo en individuos con diabetes como un elemento adicional en la evaluación de los mismos, y establecer estrategias que mejoren la adherencia al manejo médico y el control metabólico.

Zoila Esperanza Leitón Espinoza, en su artículo publicado en 2018, por la revista salud uninorte de la división de ciencia de la fundación universidad del norte en la ciudad de La Libertad, Perú, con el título “Impacto emocional en el camino de aprender a vivir con la diabetes”, tuvo como objetivo describir, interpretar y analizar los sentimientos de las personas con diabetes en el transcurrir de su enfermedad, que incluyó a 10 personas entre 50 y 70 años con diagnóstico de diabetes mellitus 2, a quienes se entrevistó acerca de su estado emocional con respecto a su diagnóstico. Obtuvo como resultados la división de la población en dos grupos, el primero fue viviendo con sufrimiento y miedo para aceptar mi enfermedad, y el segundo teniendo resignación y fe para aprender a vivir con mi enfermedad. Concluyó que en la con vivencia en una enfermedad crónica se enfrenta un duelo como proceso natural del cual se destaca el sufrimiento y el miedo que culmina en aceptación, pero cuando dicho proceso no es óptimo se opta por la resignación.





PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las unidades médicas de primer nivel de atención se ha identificado que los individuos portadores de DM 2 presentan mal apego al tratamiento médico, debido a que existe desinterés en la evolución de su padecimiento actual y en llevar un adecuado control, esto puede ser secundario a que se encuentran en un proceso de duelo por la pérdida del estado de salud ante una enfermedad cronicodegenerativa. La atención medica prestada por el personal de salud se enfoca en el manejo farmacológico de la enfermedad, dejando de lado el impacto psicológico que esta conlleva, destacando la falta de atención integral en el primer nivel de atención como problema fundamental para el desarrollo funcional de la enfermedad, provocando con ello un aumento en el número de individuos con complicaciones.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación entre el duelo ante el diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2 y la adherencia terapéutica?

JUSTIFICACIÓN

Se ha identificado que el duelo, por diagnóstico de DM 2, implica en los individuos un estado de adaptación ante la pérdida del estado de salud, lo que en ocasiones conlleva a un mal apego al tratamiento. La OMS menciona que dentro de los factores más importantes que influyen en el apego terapéutico es el individuo en si, por lo que es fundamental hacer hincapié en su estado psicoemocional para disminuir al mínimo los obstáculos en su tratamiento.

La prevalencia de DM 2 a nivel mundial es de 10%, en México 1 de cada 11 adultos vive con diabetes por lo que la aceptación del diagnóstico se vuelve indispensable para la adecuada evolución de la enfermedad. El establecer la etapa del duelo en la que se encuentra el individuo durante su proceso de enfermedad, ayuda al pronóstico ante el apego terapéutico, de no ser así, se pueden provocar complicaciones a corto, mediano y largo plazo que no solo afectan al individuo, también tienen repercusión en el recurso económico de la institución de salud, población y entorno social.

Si no se actúa de forma oportuna ante la sospecha del duelo en estos individuos, se genera la probabilidad de que este factor aumente y sea predisponente a complicaciones agudas o crónicas de la enfermedad; el primer paso sería la identificación de la etapa del duelo en la que se encuentra el individuo, y tener un equipo multidisciplinario que ayude a la resolución de este para poder así centrar la atención medica en la enfermedad principal sin variantes anexas.





OBJETIVOS

General

Distinguir la relación entre el duelo ante el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 y la adherencia terapéutica.

Específicos

- Describir las etapas del duelo que cursa el individuo diagnosticado con Diabetes Mellitus tipo 2.
- Revisar el tipo de duelo que presenta ante el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.
- Localizar los resultados de laboratorio (1Ac y glucosa) de cada individuo con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.
- Describir la relación que tiene la etapa del duelo que presenta cada individuo con los resultados de laboratorio.
- Identificar la etapa del duelo en donde se encuentra el individuo para lograr la superación de esta y la conclusión de duelo.
- Especificar los planes y programas determinados al duelo, con el fin de integrarlo al equipo multidisciplinario que conlleva el tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2.
- Determinar la adherencia terapéutica que se tiene ante Diabetes Mellitus tipo 2.

HIPÓTESIS

- H_1 : existe relación entre el duelo ante el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 y la adherencia terapéutica
- H_0 : no existe relación entre el duelo ante el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 y la adherencia terapéutica

IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

Variable de estudio

- Duelo
 - Se define como un estado de adaptación emocional normal ante la pérdida de una persona, objeto, evento significativo, cuando un vínculo afectivo se rompe; o, también, cuando se pierde el estado de salud, para fines del estudio es el proceso emocional que enfrenta un individuo ante la pérdida del estado de salud por el diagnóstico de DM 2, sus indicadores son los elementos que explora la escala del duelo propuesta por Elizabeth Kubler Ross, es una variable cualitativa, policotómica en la escala de medición nominal, con las categorías de negación, ira, negociación, depresión o aceptación.





- Adherencia a terapéutica
 - Se define como el grado en el que la conducta de un individuo, en relación la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario, para fines del estudio es el apego al tratamiento farmacológico, las recomendaciones y las actividades propuestas por el personal de salud, sus indicadores son los elementos que explora el Test de Morisky Green, es una variable cualitativa, dicotómica en la escala de medición nominal con las categorías de con adherencia o sin adherencia.

VARIABLES DESCRIPTORAS

- **Edad:** se define como el número de años que van desde el nacimiento hasta la edad actual de la persona, para fines del estudio son los años cumplidos hasta la fecha actual, su indicador es el número de años que exprese el participante, es una variable cuantitativa discreta en escala de medición de razón con las categorías de número de años del 18 en adelante.
- **Género:** se define como las diferencias biológicas, culturales y sociales que distinguen a los hombres de las mujeres, para fines del estudio son las características fenotípicas observadas en el participante, su indicador es el género que refiera el participante, es una variable cualitativa dicotómica en escala de medición nominal, con las categorías de masculino y femenino.
- **Ocupación:** se define como aquella actividad con sentido en la que la persona participa cotidianamente y que puede ser nombrada por la cultura, para fines del estudio son las actividades cotidianas, su indicador la actividad referida por el participante, es una variable cualitativa policotómica en escala de medición nominal, con las categorías de oficio o profesión.
- **Estado civil:** se define como situación de convivencia administrativamente reconocida de las personas en el momento en que se realiza la recogida de información, para fines del estudio en la situación personal en la que se encuentran las personas en un determinado momento de su vida, su indicador es el estado que refiere el participante, es una variable cualitativa policotómica en es soltero, casado, divorciado, separación en proceso judicial, viudo y concubinato.
- **Tipo de control glucémico:** se define como la medición de los niveles de glucosa en sangre que determinan el tipo de control de la diabetes. Para fines del estudio es el promedio de glucosa que tiene el individuo en tres meses que permite elaborar un juicio sobre el control la enfermedad, su indicador es el nivel de hemoglobina glucosilada, es una variable tipo cualitativa dicotómica en escala de medición





nominal, con las categorías de controlado (menor que 7%) y descontrolado (mayor que 7%).

- Tiempo de evolución de la diabetes: se define como el número de años que han transcurrido desde el diagnóstico de DM 2 hasta el momento actual. Para fines del estudio, es el número de meses o años que se tiene de padecer DM 2, su indicador es el número de años que han pasado desde el diagnóstico hasta el presente año que refiera el participante, es una variable cuantitativa discreta en escala de medición de razón, con las categorías de números de meses y/o años del 1 mes en adelante.
- Tipo de terapia: se define como los prototipos farmacológicos que utiliza el individuo para controlar la DM 2, para fines del estudio es el grupo de fármacos que el individuo maneja para controlar su enfermedad, sus indicadores son los fármacos que refiera ministrarse el participante para el control de la DM 2, es una variable de tipo cualitativa policotómica en escala de medición nominal, con las categorías de hipoglucemiantes orales, hipoglucemiantes inyectables (ArGLP1 o insulino terapia) o mixto.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio observacional, transversal, analítico y prospectivo.

UNIVERSO DE ESTUDIO

Diabéticos adscritos al IMSS.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Diabéticos de un grupo educativo adscritos a la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 94 del IMSS.

MUESTRA DE ESTUDIO

Diabéticos de un grupo educativo adscritos al programa DIABETIMSS en la UMF No. 94, del IMSS.

DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Existen un total de 813 pacientes adscritos en el grupo educativo DiabetIMSS, por medio de la fórmula para población finita se obtuvo un total de 147 participantes.



$$n = \frac{(N)(Z^2 \alpha/2)(p)(q)}{(d^2)(N - 1) + (Z^2 \alpha/2)(p)(q)}$$

n: tamaño de la muestra para que sea significativa

N: número total de pacientes

$(Z^2 \alpha/2)$: área bajo la curva para un nivel de confiabilidad de 95%: 1.96

p: prevalencia estimada: 0.35

q: 0.65

d: margen de error de 5%: 0.0025

Sustituyendo los valores en la fórmula

$$n = \frac{(813)(1.96)(0.35)(0.65)}{(0.0025)(1149) + (1.96)(0.35)(0.65)}$$

$$n = \frac{362.5167}{(2.8725) + (0.4459)}$$

$$n = 146.81$$

TIPO DE MUESTREO

No probabilístico, por conveniencia.

PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA

Una vez aceptado el protocolo de estudio por el comité local de investigación local (CLIEIS), se notificará a las autoridades de la Unidad de Medicina Familiar No. 94, incluidos el director médico, jefes de departamento clínico, médico responsable del módulo de DiabetIMSS y a todos los involucrados en dicho programa educativo, de manera que durante la atención médica del día de su cita, se revisarán los expedientes expofeso del servicio para identificar a los diabéticos que son susceptibles de ingresar al protocolo de investigación, según los criterios de selección, y una vez terminada su consulta y actividad educativa, se les invitará a cada uno a participar en el estudio bajo consentimiento informado.

PROCEDIMIENTO PARA RECABAR LA INFORMACIÓN

Una vez aceptado participar en el protocolo de estudio, y con el consentimiento informado requisitado, se procede a recabar los datos metabólicos del expediente y los sociodemográficos por medio de la entrevista, posteriormente se procede a aplicar el Test



de Morisky-Green-Levine y la escala EFD-66 del duelo propuesta por Miaja y Moral, que abarca la clasificación de Elizabeth Kubler Ross. Se inició con la aplicación de la primera parte del instrumento, la cual es teórica, conformada por una serie de preguntas encaminadas al autorreporte ante el compromiso del individuo con la toma de sus medicamentos de uso crónico posteriormente, se procedió a aplicar la segunda parte del instrumento, la cual se evalúa por una prueba de 66 reactivos tipo Likert, el cual se enfoca en estratificación de etapa del duelo con la correlación con su adherencia terapéutica.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Inclusión

- Diabéticos con más de 1 mes de diagnóstico.
- Ambos géneros.
- Mayores de edad.
- Adscritos al grupo educativo DiabetIMSS.
- Que acepten participar en el estudio bajo consentimiento informado.

Exclusión

- Diabéticos del grupo educativo que no contesten los datos del instrumento en su totalidad.
- Diabéticos del grupo educativo con depresión, toxicomanías

INSTRUMENTO

Test de Morisky-Green-Levine

Es una herramienta que fue implementada para la medición adecuada en función a la adherencia terapéutica de pacientes con hipertensión arterial crónica que posterior a su eficacia, se ocupa en diversas patologías crónicas, este instrumento fue creado en 1980 por el investigador Morisky, Green y Levine, debido a la necesidad de encontrar un instrumento que pudiera medir sistemáticamente los diversos métodos para la adherencia terapéutica, ya que el utilizado era poco confiable por el sesgo de mezcla de antihipertensivos y la compra de los mismos sin prescripción médica.¹⁹

Green crea esta herramienta la cual consta de 4 puntos, que autorreportan el compromiso del individuo con la toma de sus medicamentos de uso crónico, el factor determinante que él encuentra en cuestión es la omisión de la toma de los medicamentos y en la constante tendencia a la respuesta apositiva que busca el personal de salud en su interrogatorio, por lo que enfoca el estudio en estos aspectos reformando las preguntas para obtener una respuesta correcta mas no una positiva; con esto la fiabilidad de la escala se refleja alta de consistencia interna de 0.61. El instrumento consiste en una serie de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento²⁰. Actualmente el uso de esta prueba es bastante accesible por la brevedad, fácil aplicación, dinámico.



Las preguntas tienen como objetivo percibir las causas del incumplimiento en la toma de medicamentos de dichos individuos.

El cuestionario en función cuenta con 4 preguntas, de las cuales se espera una respuesta: no/si/ no/ no correspondientemente.

Tabla 4: Test de Morisky-Green-Levine

1. ¿Deja de tomar alguna vez los medicamentos para tratar su enfermedad?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

Se considera adherentes a la farmacoterapia cuando dieron la respuesta correcta a las cuatro preguntas y no adherentes si respondieron correctamente a tres o menos preguntas.²¹

Escala EFD-66

La escala FD-66 fue creada por Miaja y Moral²² en 2013, a partir de un enfoque teórico desde la formulación original de Kübler-Ross y a partir de un enfoque empírico sensible a la cultura, utilizando la técnica de redes semánticas naturales. La escala FD-66 está integrada por 66 ítems. Éstos fueron redactados de manera directa; es decir que, a mayor puntuación, mayor es la frecuencia con la que se experimentan cada una de las cinco fases del duelo ante la pérdida de la salud. El rango de respuesta de los 66 ítems tipo Likert fue fijado en cinco puntos (de 1 = “nunca” a 5 = “siempre”).

Con base en la concepción del duelo como una respuesta normal ante situaciones de pérdida de la salud, los autores diseñaron la Escala de Fases del Duelo (EFD-66) como un instrumento capaz de evaluar estas etapas. Este instrumento se construyó con bases etnopsicológicas y se complementó con el empleo de la técnica de redes semánticas naturales²³; por ello consideramos que tiene contenido general aplicable al duelo por pérdida de la salud, ya que incluye una escala que permite evaluar las respuestas del paciente.

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

Herramienta de recolección de datos, dividida en 3 apartados principales, cada uno destinado a la detección de información específica del individuo. La primera sección consta de 7 ítems que recaban información sociodemográfica y clínica del individuo, para identificar y validar criterios de inclusión al protocolo de investigación.

La segunda sección incluye 4 preguntas dicotómicas del test de Morisky Green, que se contestan con sí o no, enfocadas a la conducta del individuo respecto al uso de su tratamiento, evaluando el apego que tiene al mismo.





La tercera y última área del cuestionario incluye la encuesta sobre duelo EDF-66, que consta de 66 elementos tipo Likert que nos ayudan a evaluar la situación emocional actual del paciente y así identificar si se encuentra en alguna de las 5 etapas del duelo descritas por Elizabeth Kubler Ross, y a su vez, en cuál de ellas se encuentra.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizará estadística analítica para examinar la información entre las variables de estudio obtenidas, los cuales se capturarán en el programa Excel. Se utilizará la prueba de coeficiente de correlación de Spierman, y para su posterior presentación se realizarán tablas y gráficos.

ASPECTOS ETICOS

Riesgo de la investigación

Es una investigación, que por las características que presenta al no utilizar métodos invasivos o que afecten la integridad del individuo se puede clasificar como de riesgo bajo, debido a que es un estudio observacional, ya que se basa en la aplicación de cuestionarios.

Normas de apego

Este proyecto se apega a los lineamientos internacionales de buenas prácticas clínicas y los lineamientos nacionales bajo la supervisión de la comisión federal para la protección contra riesgos sanitarios (COFEPRIS); contempla en todo momento a lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo cuarto, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990, en el reglamento de la ley general de salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987, la declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989; así como por el manual de Organización y Operación del Fondo para el Fomento de la Investigación Médica.

Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en su conjunto

El beneficio de dicho estudio es que el tamizaje permita conocer la posible relación entre el duelo ante el diagnóstico de DM 2 y la adherencia terapéutica, así como el promover las estrategias para la pronta recuperación del estado emocional para la prevención de futuras complicaciones.





Balance riesgo beneficio

El estudio no representa ningún riesgo para el participante, por otra parte, puede tener el beneficio de identificar a tiempo si se encuentra en alguna etapa del duelo para buscar la ayuda adecuada y poder superar dicho proceso, así mismo prevenir el impacto que tiene el duelo en las complicaciones debido al mal apego terapéutico, para con ello obtener una adecuada calidad de vida.

Confidencialidad

De acuerdo con las normas nacionales e internacionales, los registros fueron anónimos, es decir se estableció un código interno (folio) para identificar a los participantes.

Condiciones para el consentimiento informado

Una vez informado a las autoridades de la Unidad de Medicina Familiar No. 94 y los responsables del módulo de DiabetIMSS, a los participantes susceptibles de ingresar al estudio, se les informó en forma clara y con lenguaje comprensible, el título, objetivos, el resguardo de la información y la participación que desempeñarán en el estudio, cerciorándose que la paciente hubiera comprendido cabalmente lo que se le explicó, dejando muy claro que podían participar de manera voluntaria, y que podían salirse del estudio en el momento que lo desearan con la seguridad de que no tendrán represión alguna, además de que se les explicó que los investigadores no forman parte de la atención médica que recibe en el instituto; a las pacientes que aceptaron, se procedió a firmar la hoja de consentimiento informado.

Forma de selección de los participantes

Los investigadores obtuvieron a los participantes del protocolo por conveniencia, y fueron susceptibles de ingresar cualquier diabético del grupo educativo que cumpliera con los criterios de selección.

Calificación del Riesgo

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud, el artículo 17, considera esta investigación dentro de la categoría II, es decir, como una investigación con riesgo bajo.





RECURSOS DEL ESTUDIO

Físicos: área de trabajo social y aulas de la UMF No. 94 del IMSS.

Materiales: instrumento de medición, computadora, instrumento impreso, lápices, hojas y bolígrafos.

Financieros: aportados por los investigadores.

Humanos: investigadores y pacientes diabéticos adscritos al módulo de DiabetIMSS en la UMF 94 del IMSS.

PROGRAMA DE TRABAJO

Este estudio de investigación inició en septiembre del 2020 con el seminario de investigación, cuyo propósito fue brindar las bases para la realización de un protocolo de investigación, un par de meses después se eligió el presente tema, en enero se realizó la búsqueda de fuentes bibliográficas, recabando así la información necesaria, para dejar listo el marco teórico hasta marzo, procediendo a solicitar la autorización para trabajarlo en mayo.





BIBLIOGRAFIA

1. León, D. y Huarcaya, J. (2019). El duelo y como dar malas noticias en medicina. An Fac Med, 80(1): 86-91.
2. Rodriguez, J., López M., Ortiz, A., Jimenez, J., López, L. y Chacon, J. (2016). Etapas del duelo en diabetes y contral metabólico. Rev Med Inst Mex Seguro Soc, 53(5): 546-551.
3. Monroy, D. y Amador, R. (2018). Duelo complicado. Rev Elect de Psic Izt, 21(2): 621-638.
4. Blanco, K. y Morales, J. (2016). Actitud de los estudiantes de medicina ante el duelo (Tesis de pregrado). Universidad Autonoma del Estado de México, Facultad de Medicina, Estado de México, Mexico.
5. Pizarro, F. y De La Fabián, R. (2019). Un análisis crítico de los debates acerca del duelo y el trastorno depresivo en la era del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Salud Colectiva, 15(1): e2319.
6. American Psychiatric Association. DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Editorial Masson. 2014.
7. Kübler-Ross E. (2005). Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Debolsillo.
8. González, R., et al. (2019). Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia. Rev de la ALAD. 1-100
9. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 8th edition 2017: 18-22, 39-40.
10. Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, Instituto Mexicano del Seguro Social 2018, 5-55.
11. World Health Organization, INFORME MUNDIAL SOBRE LA DIABETES resumen de orientación, 2016, WHO/NMH/NVI/16.3
12. Bastó, A., et al. Prevalencia de diabetes y descontrol glucémico en México: resultados de la Ensanut 2016. salud pública de méxico / vol. 62, no. 1, enero-febrero de 2020.
13. Dietoterapia y alimento. Pacientes con Diabetes mellitus. México, Instituto Mexicano del Seguro Social 2 de julio 2015.
14. Hernández, J., Licea, M., Papel del ejercicio físico en las personas con diabetes mellitus, Revista Cubana de Endocrinología.2010; 21(2)182-201.
15. Reyes, E., et al. (2016). Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. REV MED HONDUR; 84(3): 125-132.
16. Pagès, N. y Valverde, M. (2018). Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharm; 59(3): 163-172
17. Ortega, J. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica, acta medica grupo ángeles; 16(3).





18. Oviedo, S. (2020). Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos o diabéticos ingresados en el Hospital Clínico Quirúrgico Joaquín Albarrán. *Revista Progaleno*; 3(2).
19. Dónala, E., Morisky, ScD, “Concurrent and Predictive Validity of a Self-reported Measure of Medication Adherence”, *MEDICAL CARE* January 1986, Vol. 24, No 1.
20. Rodríguez, M., “Herramientas para identificar el incumplimiento farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria”, *Pharmaceutical Care España* 2009; 11(4): 183-191.
21. Limaylla, M., Ramos, N., “MÉTODOS INDIRECTOS DE VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO”, *Ciencia e Investigación* 2016; 19(2): 95-101.
22. Miaja, M., Moral, J. (2014). Desarrollo y validación de la escala de respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud. *UANL Psicooncología*. 11(3-4): 369-387.
23. Pedroza, G., et al. (2017). Evaluación de la Escala EFD-66 como herramienta para predecir la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. [Rev Panam Salud Pública](#). 2017; 41: e113.





ANEXOS 2

ANEXO 2 Test de Morisky Green

- 1. ¿Deja de tomar alguna vez los medicamentos para tratar su enfermedad?
- 2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
- 3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
- 4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

Puntaje: _____

Con adherencia: _____

Sin adherencia: _____

Anexo 3

EDP-66

Instrucciones: encierre en un círculo con qué frecuencia experimenta estas acciones, sentimientos y pensamientos en relación a su proceso de enfermedad.

1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	A veces	Casi siempre	Siempre

F.E.	Ítem	Frecuencia				
1N	1. No creo que estoy enferma(o).	1	2	3	4	5
1I	2. Hago corajes por todo.	1	2	3	4	5
1P	3. Realizo promesas o súplicas a un Ser Supremo con la intención de tener un presente más favorable.	1	2	3	4	5
1D	4. Me siento triste.	1	2	3	4	5
1A	5. Aceptar la enfermedad le da un sentido positivo a mi vida.	1	2	3	4	5
2N	6. Niego completamente que estoy enferma(o).	1	2	3	4	5
2I	7. Cualquier cosita me enoja.	1	2	3	4	5
2P	8. Busco una alianza con un Ser Supremo para que me cure.	1	2	3	4	5
2D	9. Lloro más de lo que solía llorar.	1	2	3	4	5
2A	10. Aceptar la enfermedad me permite estar bien.	1	2	3	4	5
3I	11. Lloro de coraje.	1	2	3	4	5
3P	12. Negociar con un Ser Supremo me da fuerzas.	1	2	3	4	5
3D	13. Siento que nadie me apoya.	1	2	3	4	5





3A	14. El apoyo de mi familia me ayuda a aceptar la enfermedad.	1	2	3	4	5
4N	15. No necesito cuidarme, pues no estoy enfermo.	1	2	3	4	5
4I	16. Siento impotencia al no comprender la enfermedad.	1	2	3	4	5
4P	17. Prometo portarme mejor para mejorar mi salud.	1	2	3	4	5
4D	18. Me aílo de las demás personas.	1	2	3	4	5
4A	19. Me he adaptado a los cambios que involucra la enfermedad.	1	2	3	4	5
5N	20. No voy al doctor, pues no estoy enfermo.	1	2	3	4	5
5I	21. Actuó de manera agresiva con las demás personas; por ejemplo, les insulto.	1	2	3	4	5
5P	22. Me siento mejor al realizar promesas o súplicas a un Ser Supremo.	1	2	3	4	5
5D	23. Deseo estar muerta(o).	1	2	3	4	5
5A	24. Estoy aprendiendo a vivir con la enfermedad.	1	2	3	4	5
6N	25. Les oculto la enfermedad a los demás.	1	2	3	4	5
6I	26. Me enoja con el Ser Supremo por tener la enfermedad.	1	2	3	4	5
6P	27. Prometo ser mejor persona, si me recupero.	1	2	3	4	5
6D	28. Tengo ganas de estar todo el día acostada(o).	1	2	3	4	5
6A	29. Al aceptar la enfermedad, siento que me quiero más.	1	2	3	4	5
7N	30. Me engaño al negar la enfermedad.	1	2	3	4	5
7I	31. Me enoja con la vida por tener la enfermedad.	1	2	3	4	5
7P	32. La fe me ayuda a pensar positivamente.	1	2	3	4	5
7D	33. Siento que no hay nada por lo que luchar.	1	2	3	4	5
7A	34. Acepto el hecho de tener la enfermedad.	1	2	3	4	5
8N	35. Tengo miedo de hacerle frente a mi situación.	1	2	3	4	5
8I	36. Me enoja con conmigo misma(o) por tener la enfermedad.	1	2	3	4	5
8P	37. Pienso que mi fe mejorará mi salud.	1	2	3	4	5
8D	38. Tengo pensamientos negativos.	1	2	3	4	5
8A	39. Acepto con resignación la enfermedad.	1	2	3	4	5
9N	40. Suelo ignorar que tengo la enfermedad.	1	2	3	4	5
9I	41. Siento mucho coraje por tener la enfermedad.	1	2	3	4	5
9P	42. Pienso que mi fe me ayudará a salir adelante.	1	2	3	4	5
9D	43. No tengo ganas de hacer nada.	1	2	3	4	5
9A	44. Tomo las cosas como son.	1	2	3	4	5





10N	45. Me resulta tan dolorosa la realidad que prefiero negarla.	1	2	3	4	5
10I	46. Pienso por qué a mí.	1	2	3	4	5
10P	47. Creo que el doctor me va a curar, si sigo todas sus indicaciones	1	2	3	4	5
10D	48. Pienso que la enfermedad es un castigo por algo que hice.	1	2	3	4	5
10A	49. Siento que voy a superar la enfermedad.	1	2	3	4	5
11N	50. Me siento incapaz de aceptar la enfermedad.	1	2	3	4	5
11I	51. Siento que es injusto tener la enfermedad.	1	2	3	4	5
11P	52. Realizo promesas u ofrecimientos esperando una curación.	1	2	3	4	5
11D	53. Siento que se me acaban las fuerzas.	1	2	3	4	5
11A	54. El apoyo de mis seres queridos me ayuda a aceptar la enfermedad.	1	2	3	4	5
12N	55. Niego la enfermedad por miedo a que me tengan lástima.	1	2	3	4	5
12I	56. Me enoja el no poder hacer mi vida normal.	1	2	3	4	5
12P	57. Pienso que mi fe me ayudará a tener un mejor futuro.	1	2	3	4	5
12D	58. He perdido el interés en casi todas las actividades de mi vida.	1	2	3	4	5
12A	59. Pienso que hay algo bueno que aprender de la enfermedad.	1	2	3	4	5
13N	60. Me siento mejor al negar la enfermedad.	1	2	3	4	5
13A	61. Aceptar la enfermedad, me hace sentir más tranquila(o).	1	2	3	4	5
14N	62. No quiero enterarme de lo que me sucede.	1	2	3	4	5
14A	63. Pienso que voy a salir pronto de esto.	1	2	3	4	5
15N	64. No puedo creer que tenga esta enfermedad.	1	2	3	4	5
15A	65. Aceptar la enfermedad, me brinda bienestar.	1	2	3	4	5
16N	66. Necesito la opinión de otros doctores porque no creo en el diagnóstico.	1	2	3	4	5

Puntajes: _____

Fase del Duelo:

Negación: ____ Ira: ____ Negociación: ____ Depresión: ____ Aceptación: ____





Anexo 4

Hoja de recolección de datos

Relación entre el duelo ante el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y la adherencia terapéutica

Folio: _____

Edad: _____

Género: _____

Ocupación: _____

Estado civil: _____

Tiempo de evolución de la diabetes mellitus: _____

HbAc1: controlado _____ descontrolado _____

Tratamiento: oral _____ inyectable _____ mixto _____

Test de Morisky Green

1. ¿Deja de tomar alguna vez los medicamentos para tratar su enfermedad?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

Puntaje: _____

Con adherencia: _____

Sin adherencia: _____



EDP-66

Instrucciones: encierre en un círculo con qué frecuencia experimenta estas acciones, sentimientos y pensamientos en relación a su proceso de enfermedad.

1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	A veces	Casi siempre	Siempre

F.E.	Ítem	Frecuencia				
		1	2	3	4	5
1N	1. No creo que estoy enferma(o).	1	2	3	4	5
1I	2. Hago corajes por todo.	1	2	3	4	5
1P	3. Realizo promesas o súplicas a un Ser Supremo con la intención de tener un presente más favorable.	1	2	3	4	5
1D	4. Me siento triste.	1	2	3	4	5
1A	5. Aceptar la enfermedad le da un sentido positivo a mi vida.	1	2	3	4	5
2N	6. Niego completamente que estoy enferma(o).	1	2	3	4	5
2I	7. Cualquier cosita me enoja.	1	2	3	4	5
2P	8. Busco una alianza con un Ser Supremo para que me cure.	1	2	3	4	5
2D	9. Lloro más de lo que solía llorar.	1	2	3	4	5
2A	10. Aceptar la enfermedad me permite estar bien.	1	2	3	4	5
3I	11. Lloro de coraje.	1	2	3	4	5
3P	12. Negociar con un Ser Supremo me da fuerzas.	1	2	3	4	5
3D	13. Siento que nadie me apoya.	1	2	3	4	5
3A	14. El apoyo de mi familia me ayuda a aceptar la enfermedad.	1	2	3	4	5
4N	15. No necesito cuidarme, pues no estoy enfermo.	1	2	3	4	5
4I	16. Siento impotencia al no comprender la enfermedad.	1	2	3	4	5
4P	17. Prometo portarme mejor para mejorar mi salud.	1	2	3	4	5
4D	18. Me aílo de las demás personas.	1	2	3	4	5
4A	19. Me he adaptado a los cambios que involucra la enfermedad.	1	2	3	4	5
5N	20. No voy al doctor, pues no estoy enfermo.	1	2	3	4	5
5I	21. Actuó de manera agresiva con las demás personas; por ejemplo, les insulto.	1	2	3	4	5
5P	22. Me siento mejor al realizar promesas o súplicas a un Ser Supremo.	1	2	3	4	5
5D	23. Deseo estar muerta(o).	1	2	3	4	5
5A	24. Estoy aprendiendo a vivir con la enfermedad.	1	2	3	4	5
6N	25. Les oculto la enfermedad a los demás.	1	2	3	4	5
6I	26. Me enoja con el Ser Supremo por tener la enfermedad.	1	2	3	4	5





6P	27. Prometo ser mejor persona, si me recupero.	1	2	3	4	5
6D	28. Tengo ganas de estar todo el día acostada(o).	1	2	3	4	5
6A	29. Al aceptar la enfermedad, siento que me quiero más.	1	2	3	4	5
7N	30. Me engaño al negar la enfermedad.	1	2	3	4	5
7I	31. Me enojo con la vida por tener la enfermedad.	1	2	3	4	5
7P	32. La fe me ayuda a pensar positivamente.	1	2	3	4	5
7D	33. Siento que no hay nada por lo que luchar.	1	2	3	4	5
7A	34. Acepto el hecho de tener la enfermedad.	1	2	3	4	5
8N	35. Tengo miedo de hacerle frente a mi situación.	1	2	3	4	5
8I	36. Me enojo con conmigo misma(o) por tener la enfermedad.	1	2	3	4	5
8P	37. Pienso que mi fe mejorará mi salud.	1	2	3	4	5
8D	38. Tengo pensamientos negativos.	1	2	3	4	5
8A	39. Acepto con resignación la enfermedad.	1	2	3	4	5
9N	40. Suelo ignorar que tengo la enfermedad.	1	2	3	4	5
9I	41. Siento mucho coraje por tener la enfermedad.	1	2	3	4	5
9P	42. Pienso que mi fe me ayudará a salir adelante.	1	2	3	4	5
9D	43. No tengo ganas de hacer nada.	1	2	3	4	5
9A	44. Tomo las cosas como son.	1	2	3	4	5
10N	45. Me resulta tan dolorosa la realidad que prefiero negarla.	1	2	3	4	5
10I	46. Pienso por qué a mí.	1	2	3	4	5
10P	47. Creo que el doctor me va a curar, si sigo todas sus indicaciones	1	2	3	4	5
10D	48. Pienso que la enfermedad es un castigo por algo que hice.	1	2	3	4	5
10A	49. Siento que voy a superar la enfermedad.	1	2	3	4	5
11N	50. Me siento incapaz de aceptar la enfermedad.	1	2	3	4	5
11I	51. Siento que es injusto tener la enfermedad.	1	2	3	4	5
11P	52. Realizo promesas u ofrecimientos esperando una curación.	1	2	3	4	5
11D	53. Siento que se me acaban las fuerzas.	1	2	3	4	5
11A	54. El apoyo de mis seres queridos me ayuda a aceptar la enfermedad.	1	2	3	4	5
12N	55. Niego la enfermedad por miedo a que me tengan lástima.	1	2	3	4	5





12I	56. Me enoja el no poder hacer mi vida normal.	1	2	3	4	5
12P	57. Pienso que mi fe me ayudará a tener un mejor futuro.	1	2	3	4	5
12D	58. He perdido el interés en casi todas las actividades de mi vida.	1	2	3	4	5
12A	59. Pienso que hay algo bueno que aprender de la enfermedad.	1	2	3	4	5
13N	60. Me siento mejor al negar la enfermedad.	1	2	3	4	5
13A	61. Aceptar la enfermedad, me hace sentir más tranquila(o).	1	2	3	4	5
14N	62. No quiero enterarme de lo que me sucede.	1	2	3	4	5
14A	63. Pienso que voy a salir pronto de esto.	1	2	3	4	5
15N	64. No puedo creer que tenga esta enfermedad.	1	2	3	4	5
15A	65. Aceptar la enfermedad, me brinda bienestar.	1	2	3	4	5
16N	66. Necesito la opinión de otros doctores porque no creo en el diagnóstico.	1	2	3	4	5

Puntajes: _____

Fase del Duelo:

Negación: ____ Ira: ____ Negociación: ____ Depresión: ____ Aceptación: ____





Anexo 5

Consentimiento informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

RELACIÓN ENTRE EL DUELO ANTE EL DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Form fields for study details: Nombre del estudio, Patrocinador externo, Lugar y fecha, Número de registro, Justificación y objetivo del estudio, Procedimientos, Posibles riesgos y molestias, Posibles beneficios, Información sobre resultados, Participación o retiro, Privacidad y confidencialidad.

Form section for biological material collection: En caso de colección de material biológico (si aplica) with checkboxes for authorization.

Form fields: Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica), Beneficios al término del estudio.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador Responsable: Dr. Rodrigo Villaseñor Hidalgo, Matrícula: 99366361, teléfono: 5767 27 99, extensión: 21407. Correo electrónico: rodriguin60@hotmail.com

Colaboradores: Dr. Arellano Alemán Elda Anayatzin, Matrícula: 97368857, Teléfono: 5513956593 Correo electrónico: anayatzinarellano@gmail.com

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

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013





Anexo 6

Cronograma de actividades

“RELACIÓN ENTRE EL DUELO ANTE EL DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA”

	SEP 2020	OCT 2020	NOV 2020	DIC 2021	ENE 2021	FEB 2021	MAR 2021	ABR 2021	MAY 2021	JUN 2021	JUL 2021	AGO 2021
Seminario de investigación					P	P						
Selección del tema					P	P						
Búsqueda bibliográfica							P	P				
Realización de marco teórico							P	P				
Solicitud de permiso en el uso de instrumento									P			
Solicitud de revisión por el CLIEIS										P		
Recolección de la muestra											P	
Análisis de resultados												P
Difusión de la investigación												P

P=Programado

R=Realizado

