

*Residente de tercer año de la Especialidad en Medicina Familiar.
 ** Residente de primer año de la Especialidad en Medicina Familiar. ***Doctora en ciencias profesora asignatura A, CUCS U de G. ****MSP Epidemiólogo, Clínica de Medicina Familiar No.1 Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Guadalajara, Jalisco. México. ***** Doctora en terapia familiar Profesora. Titular de la Especialidad en Medicina Familiar. ISSSTE. Guadalajara, Jalisco. México. *****Maestro en terapia familiar. Profesor Adjunto de la Especialidad en Medicina Familiar ISSSTE. Guadalajara, Jalisco. México.

Autor de Correspondencia:

Dr. Pedro Adolfo Pérez Rojas.

Correo electrónico:

pedroapr1@hotmail.com

Recepción: 09-02-2024**Aceptación:** 02-04-2024

Percepción de la calidad de la atención médica en adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 según su tipología familiar

Perception of the Quality of Medical Care in Older Adults with a Diagnosis of Type 2 Diabetes Mellitus According to their Family Typology

Percepção da qualidade da assistência médica a idosos com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 de acordo com sua tipologia familiar

Pedro Adolfo Pérez Rojas, * Cynthia Gabriela Prieto Silva, ** Mariana Sarai Pérez Robles, *** José Antonio Beas Nava, **** Minerva Paulina Hernández Martínez, ***** Jesús Abel Letrado Cabrera. *****

El presente es un artículo *open access* bajo licencia: **CC BY-NC-ND** (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

DOI: 10.62514/amf.v26i3.52

Resumen

Objetivo: Valorar la percepción de la calidad en la atención médica recibida por adultos mayores de 65 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) según su tipología familiar. **Métodos:** Estudio descriptivo y transversal. Muestra no probabilística por cuotas. Se seleccionaron 100 pacientes con diagnóstico de DM2 durante el periodo de marzo a noviembre del año 2023 en la Clínica de Medicina Familiar número uno del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en Guadalajara, Jalisco. México; tanto para los servicios de MIDE (Manejo integral de la diabetes por etapas) como Gerontología. Se aplicó la *Encuesta de satisfacción, trato adecuado y digno* (SESTAD). Fue solicitada por escrito la firma de consentimiento informado a los pacientes. **Resultados:** La mayoría de los pacientes expresaron que recibieron una atención con respeto y que los médicos les brindaron la oportunidad de expresar sus preocupaciones. En cuanto a la pregunta de “*Si el médico les dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones durante la consulta*” de acuerdo a la tipología familiar de los pacientes fue afirmativa en: 81% con familia nuclear, 72% con familia compuesta, 64% con familia extensa y 60% para los pacientes que viven solos. **Conclusiones:** La percepción de la calidad de la atención médica fue considerada generalmente como “satisfactoria”. Los factores relacionados con el entorno familiar pueden influir positivamente en la percepción de la calidad de la atención.

Palabras Clave: Satisfacción Personal, Diabetes Mellitus, Tipo 2, Geriatria, Familia Nuclear, Referencia y Consulta

Abstract

Objective: To assess the perception of quality of medical care received by adults over 65 years of age with a diagnosis of Type 2 Diabetes Mellitus (DM2) according to their family typology. **Methods:** 100 patients with a diagnosis of DM2 were selected during the period from March to November 2023 in the number one Family Medicine Clinic of the Institute of Security and Social Services of State Workers in Guadalajara, Jalisco. Mexico; both in the Comprehensive Management of Diabetes by Stages and Gerontology services. The Satisfaction, Adequate and Dignified Treatment Survey (SADTS) was applied; the patients were requested to sign an informed consent in writing. **Results:** Most patients expressed that they received respectful care and that doctors gave them the opportunity to express their concerns. Regarding the question of “*If the doctor gave them the opportunity to ask questions or comment on their concerns during the consultation*” according to the family typology of the patients, it was affirmative in: 81% with a nuclear family, 72% with a composite family, 64% with extended family and 60% for patients who lived alone. **Conclusions:** The perception of the quality of medical care was mostly considered “satisfactory”. Factors related to the family environment can positively influence the perception of the quality of care.

Keywords: Personal Satisfaction, Diabetes Mellitus, Type 2, Geriatrics, Nuclear Family, Referral and Consultation

Resumo

Objetivo: Avaliar a percepção da qualidade da assistência médica recebida por adultos maiores de 65 anos com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) de acordo com a tipologia familiar. **Métodos:**

Estudo descritivo e transversal. Amostra não probabilística por cotas. Foram selecionados 100 pacientes com diagnóstico de DM2 no período de março a novembro de 2023 na Clínica de Medicina de Família número um do Instituto de Segurança e Serviços Sociais dos Trabalhadores do Estado de Guadalajara, Jalisco. México; tanto para os serviços MIDE (Gerenciamento Integral do Diabetes por Etapas) quanto para os serviços de Gerontologia. Foi aplicada a Pesquisa de Satisfação, Tratamento Adequado e Digno (SESTAD). Os pacientes foram solicitados a assinar um termo de consentimento informado por escrito. Resultados: A maioria dos pacientes expressou que recebeu cuidados respeitosos e que os médicos lhes deram a oportunidade de expressar as suas preocupações. Quanto à questão “Se o médico lhes deu oportunidade de tirar dúvidas ou comentar as suas preocupações durante a consulta” de acordo com a tipologia familiar dos pacientes, foi afirmativa em: 81% com família nuclear, 72% com família composta família, 64% com familiares extensos e 60% para pacientes que moram sozinhos. Conclusões: A percepção da qualidade dos cuidados médicos foi geralmente considerada “satisfatória”. Fatores relacionados ao ambiente familiar podem influenciar positivamente a percepção da qualidade do cuidado.

Palabras Clave: Satisfação Pessoal, Diabetes Mellitus Tipo 2, Geriatria, Família Nuclear, Encaminhamento e Consulta

Introducción

En el contexto de la medicina familiar -parte fundamental del manejo integral de la salud en adultos mayores- incluye la evaluación continua de los pacientes que padecen determinadas enfermedades crónicas, como la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Entre los diferentes servicios que las clínicas de medicina familiar ofrecen se encuentran el servicio de *Gerontología* y el *de Manejo integral de la diabetes por etapas* (MIDE), a los cuales acuden los adultos mayores que padecen DM2 en la Clínica número 1 de Medicina Familiar “Dr. Arturo González Guzmán”.¹

El servicio MIDE forma parte de un programa que ofrece la atención clínica a los pacientes que tienen DM2; además se les capacita para su cuidado, monitoreo y control, brindándoles las herramientas que les permitan optar por comportamientos saludables, que les ayuden a evitar complicaciones y a mejorar su calidad de vida. Por otra parte, el servicio de gerontología se encarga de evaluar en los adultos mayores su salud física, estado mental, nutricional y su adecuada integración social para mantenerlos en condiciones óptimas ambos servicios de atención son fundamentales para que los adultos mayores con DM2 lleven un estilo de vida adecuado que disminuya el riesgo de que presenten alguna complicación; por ello, es

importante que esta población perciba una consulta de excelente calidad, ya que se ha reportado que esto influye mucho en el apego de los pacientes a su tratamiento.¹⁻⁴

La tipología familiar constituye uno de los aspectos más importantes respecto a la relación médico-paciente, principalmente en los adultos mayores de 65 años por ser una población vulnerable, según la estructura familiar, los médicos pueden adaptar sus enfoques y estrategias de tratamiento para brindar una atención más efectiva y centrada en el paciente y sus necesidades. El término de “calidad” en servicios de salud puede definirse como el conjunto de características que satisfacen las necesidades de los pacientes. Por otra parte, la “percepción” consiste en recibir, interpretar y comprender las señales que provienen desde el exterior. Por lo tanto, se debe tener en cuenta la percepción de la calidad por parte de los usuarios, la cual es subjetiva y muy particular de cada individuo, sin embargo, es fundamental y válida para hacer estudios e investigaciones.⁵⁻⁶

Actualmente tanto en instituciones públicas como privadas del sector salud existe el interés por evaluar la calidad de la atención médica relacionada con los pacientes; sobre todo hacia la calidad de atención que ha estos se les brinda, así como a la estructura, el proceso y los resultados.⁶ La calidad de la atención médica ha adquirido importancia en las últimas décadas con relación al debate suscitado sobre los derechos de los pacientes y el derecho a la salud, por ello, la evaluación de la calidad es importante para lograr resultados positivos en el estado de salud de la población.⁷

La experiencia más remota identificable en México lo constituye el esfuerzo para auditar expedientes médicos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a finales de la década de los años cincuenta del siglo XX. Esta acción corresponde a lo que ha sido considerado como una estrategia de aseguramiento de la calidad, es decir, la necesidad de verificar el cumplimiento de requisitos que aseguren que se hizo lo que debió haberse hecho a los pacientes para manejar adecuadamente su episodio de enfermedad, en este caso, a través de los expedientes de cada uno de ellos. Cuando se mide la calidad en los servicios de salud con algún instrumento consensuado ésta se vuelve más objetiva. Las dimensiones medibles, pueden agruparse en tres categorías: la calidad científico técnica, la satisfacción de los usuarios y la accesibilidad al servicio.

El objetivo de esta investigación fue valorar la percepción de la calidad en la atención médica recibida por adultos mayores de 65 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 según su tipología familiar de los servicios de MIDE y gerontología.⁸⁻¹⁰

Métodos

Estudio descriptivo y transversal. Mediante una muestra no probabilística por cuotas; se seleccionaron pacientes con diagnóstico de DM2 que durante el periodo de marzo a noviembre del año 2023 hubieran acudido a la consulta externa de los servicios de MIDE y gerontología de la Clínica de Medicina Familiar 1 del *Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado* (ISSSTE) “Dr. Arturo González Guzmán” en Guadalajara, Jalisco. México. La población y muestra del estudio fueron los servicios de MIDE y Gerontología. Con base en los datos estadísticos del servicio de epidemiología se calculó que para el mes de noviembre del 2023 -periodo seleccionado para el estudio- habían asistido 300 derechohabientes diabéticos de 65 años y más, quedando una muestra de uno de cada tres posibles asistentes a consulta; así fue como se seleccionaron 50 derechohabientes de cada servicio mediante un muestreo sistemático; en otras palabras uno de cada tres pacientes que asistieron portadores de DM2.

Se revisaron detalladamente los expedientes médicos, donde se verificó que los pacientes además de presentar el diagnóstico de DM2 cumplieran con los criterios de inclusión. En forma breve se le explicó el objetivo de la investigación y se solicitó su firma en la carta de Consentimiento Informado. Enseguida, se aplicó la *Encuesta de Satisfacción, Trato adecuado y Digno* (SESTAD) la cual está constituida por 14 ítems codificados numéricamente como 0=no y 1=si para su posterior análisis estadístico. Los datos fueron capturados en una base de datos utilizando la hoja de cálculo *Microsoft Excel 2010*. Los datos se analizaron en el software IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences, Chicago IL.*) para Windows versión 21. El análisis descriptivo de variables cualitativas se expresaron en frecuencias y porcentaje; las variables cuantitativas en media y DE. Para el análisis comparativo de las variables cuantitativas se utilizaron pruebas de significancia no paramétricas.

Se tomaron en cuenta las *Normas de Buenas Prácticas Clínicas* (BPC), emitidas en 1994 por la Conferencia Internacional de Armonización, las cuales son una garantía pública de que los derechos, la seguridad y el bienestar de los sujetos de un estudio. Asimismo, se tomaron en cuenta la versión vigente del *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud 2014* y la Declaración de Helsinki de 1964 y enmiendas posteriores o bien estándares éticos comparables.

Resultados

Se entrevistaron a un total de 100 pacientes, se excluyeron cinco por presentar una edad menor a 65 años; quedando 95 pacientes que cumplieron con los

criterios de inclusión. Según el servicio de atención: 49 de Gerontología y 46 de MIDE, de ellos 55 fueron mujeres y 40 hombres; con un rango de edad de 65 a 89 con una media de de 69.8 y una DE de 5.77 años. Razón de masculinidad 1:1.4. Las edades se agruparon en 65 a 74 y 75 y más, siendo para el primer grupo 76 derechohabiente y 19 para el segundo. Del cuestionario de la Encuesta de Satisfacción, trato digno y adecuado (SESTAD)⁸⁸ Formato FI CE-E se utilizaron 11 ítems para valorar la calidad de atención en los servicios de MIDE y gerontología, los cuales se dividieron en dos grupos, el primer grupo las que son responsabilidad del médico y el segundo corresponden a la institución. Tabla I

Con respecto a la asociación de variables afirmativas del cuestionario (SESTAD) por servicio. La fuerza de asociación $p < 0.040$ y $X^2 4.208$ y una razón en gerontología 1:48 y para MIDE 1:6.7 de una atención con respeto por parte del servicio de gerontología con un porcentaje del 98% y el servicio de MIDE el 88%. Una de las preguntas del instrumento SESTAD, cuestionaba si el médico otorgó el servicio con *respeto*, los resultados de la encuesta fueron los siguientes: la fuerza de asociación $p < 0.040$ y $X^2 4.208$ y una razón en gerontología 1:48 y para MIDE 1:6.7 por parte del servicio de gerontología con un porcentaje del 98% y el servicio de MIDE del 87%. La siguiente pregunta cuestionaba si el diferimiento con el especialista había sido mayor a cuatro semanas, los resultados fueron: la fuerza de asociación $p = 0.921$ $X^2 = 1.110$ y una razón en gerontología 1:1 y para MIDE 1:1 por parte del servicio de gerontología con un porcentaje del 49% y el servicio de MIDE del 50%.

Con respecto a la asociación de variables afirmativas del cuestionario (SESTAD) por servicio. La fuerza de asociación $p < 0.040$ y $X^2 4.208$ y una razón en gerontología 1:48 y para MIDE 1:6.7 de una atención con respeto por parte del servicio de gerontología con un porcentaje del 98% y el servicio de MIDE el 88%.

En cuanto a la pregunta de ¿Si el médico le dio la oportunidad de preguntar o comentar sus preocupaciones en la consulta? los resultados fueron: la fuerza de asociación $p = 0.249$ $X^2 = 1.327$ y una razón en gerontología 1:1.9 y para MIDE 1:3.2, por parte del servicio de gerontología con un porcentaje del 65.3% y el servicio de MIDE el 76.1%. A la pregunta de ¿Si el médico otorgó explicaciones fáciles de entender? los resultados fueron los siguientes: la fuerza de asociación $p = 0.961$ $X^2 = 0.123$ y una razón en gerontología 1:2.8 y para MIDE 1:2.8 por parte del servicio de gerontología con un porcentaje del 73.5% y el servicio de MIDE el 73.9%.

La siguiente pregunta cuestionaba ¿Si el paciente comprendió “la toma de medicamentos”? los resultados fueron: la fuerza de asociación $p = 0.155$ $X^2 =$

Tabla I. Asociación de variables afirmativas del cuestionario (SESTAD) por servicio.

RESPON-SABLE	VARIABLES	GERONTOLOGÍA			MIDE		
		#	%	RAZÓN	#	%	RAZÓN
MÉDICO	OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR	32	65.0	1:1.9	35	76.0	1:3.2
	EXPLICACIONES FACILES	36	74.0	1:2.8	34	74.0	1:2.8
	MEDICAMENTOS	37	75.0	1:3.1	40	87.0	1:6.7
	CUIDADOS	36	74.0	1:2.8	38	83.0	1:4.8
	NECESIDADES	47	96.0	1:23	44	96.0	1:22
	SATISFACCIÓN	33	67.0	1:2.1	36	78.0	1:3.6
INSTI-TUCIÓN	TIEMPO DE ESPERA	24	49.0	1:10	23	50.0	1:10
	ABANDONO TRATAMIENTO	14	29.0	1:0.4	15	33.0	1:0.5
	TIEMPO EN CONSULTA	16	33.0	1:0.5	8	17.0	1:0.2

2.001 y una razón en gerontología 1:3.1 y para MIDE 1:6.7, por parte del servicio de gerontología con un porcentaje del 75.5% y el servicio de MIDE el 87%. En cuanto al cuestionamiento de si el paciente comprendió los cuidados a seguir en casa, los resultados fueron: la fuerza de asociación $p=0.283$ $X^2=1.15$ y una razón en gerontología 1:2.8 y para MIDE 1:4.8 por parte del servicio de gerontología con un porcentaje del 73.5% y el servicio de MIDE el 82.6%.

Con relación a si el médico tomó en cuenta las necesidades y preocupaciones del paciente al decidir el tratamiento, los resultados fueron: la fuerza de asociación $p=0.949$ $X^2 Y=0.040$ y una razón en gerontología 1:23.5 y para MIDE 1:22, por parte del servicio de gerontología con un porcentaje del 95.9% y el servicio de MIDE el 95.7%. En cuanto a la pregunta ¿Si el paciente dejó de tomar sus medicamentos por no poder pagarlos? los resultados fueron: la fuerza de asociación $p=0.669$ $X^2=0.182$ y una razón en gerontología 1:0.4 y para MIDE 1:0.5 sin abandono al tratamiento por no poder pagarlo, por parte del servicio de gerontología con un porcentaje del 71.5% y el servicio de MIDE el 67.6%.

Con respecto a la pregunta ¿Si el paciente considera que el tiempo en que le fue otorgada la consulta fue el adecuado? los resultados fueron: la fuerza de asociación $p=0.087$ $X^2=2.927$ y una razón en gerontología 1:0.5 y para MIDE 1:0.2, por parte del servicio de gerontología con un porcentaje del 32.7% y el servicio de MIDE el 17.4%. En cuanto a si el paciente recibió su tratamiento completo, los resultados fueron: la fuerza de asociación $p=0.047$ $X^2=3.954$ y una razón en gerontología 1:1.2 y para MIDE 1:0.5, por parte del servicio de gerontología con un porcentaje del 44.9% y el servicio de MIDE el 65.2%. La siguiente pregunta cuestionaba ¿si el paciente se sintió satisfecho con el servicio recibido? los resultados fueron: la fuerza de asociación $p=0.233$ $X^2=1.422$ y una razón en gerontología 1:2.1 y para MIDE 1:3.6, por parte del servicio de gerontología con un porcentaje del 67.3% y el servicio de MIDE el 78.3%.

La afirmación de “Si el médico les dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones durante la consulta” de acuerdo a la tipología familiar fue: 81% para pacientes con familia nuclear, 72% con familia compuesta, 64% con familia extensa y 60% los pacientes que viven solos. En cuanto a “Si entendió los cuidados en casa” de acuerdo a la tipología familiar fue: 96% para pacientes con familia nuclear, 78% con familia compuesta, 71 % con familia extensa y 40% los pacientes que viven solos. Con respecto a “Si el médico al decidir su tratamiento tomó en cuenta sus necesidades y preocupaciones” de acuerdo a la tipología familiar fue: 100% para pacientes con familia compuesta, 98% con familia extensa, 93% con familia nuclear y 80% los pacientes que viven solos. Con respecto a “Si dejó de tomar algún medicamento por no poder pagarlo” de acuerdo a la tipología familiar fue: 80% para pacientes que viven solos, 39% con familia compuesta, 26% con familia nuclear y 25% con familia extensa. La afirmación de “Si comprendió las indicaciones médicas” de acuerdo a la tipología familiar fue: 85% para pacientes con familia nuclear, 78% con familia compuesta, 69% con familia extensa y 40% los pacientes que viven solos.

Discusión

En las organizaciones sanitarias, la experiencia del paciente se está convirtiendo en un elemento fundamental para asegurar la calidad de la atención médica. La *atención centrada en el paciente* se reconoce actualmente como un requisito fundamental para una atención sanitaria de alta calidad. Las investigaciones¹¹⁻¹⁹ han demostrado que las experiencias positivas de los pacientes están directamente relacionadas con mejores resultados de salud y una mayor satisfacción del paciente. En esta investigación se observó que, tanto para el servicio de gerontología como para MIDE, la mayoría de los pacientes expresaron que recibieron una atención con respeto y percibieron que los médicos les brindaron la oportunidad de expresar sus preocupaciones. Además, la mayoría consideró que los médicos les proporcionaron explicaciones comprensibles, ofrecieron orientación sobre la administración de medicamentos y explicaron de manera clara los cuidados a seguir en casa. Estudios previos han señalado la importancia de la relación médico-paciente, Arroyo et al.¹⁸ mencionan que la efectividad de la adherencia al tratamiento depende en gran medida no solo en la transmisión de información, sino también en aspectos como *la escucha activa, la comunicación no verbal y una actitud de aceptación y comprensión*. Incluso el motivarlos y guiarlos en el proceso, puede tener un gran impacto.

La mayoría de los pacientes refirieron la consideración por parte del médico sobre sus necesidades al decidir su tratamiento, sin embargo, gran parte de los pacientes del servicio de MIDE refirieron que se les proporcionaron todos los medicamentos, mientras

que poco más de la mitad, de los pacientes del servicio de gerontología indicaron que no se les cubrieron en su totalidad sus medicamentos. Al considerar el posible impacto económico en el abandono del tratamiento, es importante destacar que la mayoría de los pacientes refirieron que la decisión de suspender el tratamiento no estaba relacionada con limitaciones económicas. Este hallazgo contribuye a demostrar que las razones del abandono del tratamiento no necesariamente están relacionadas con la capacidad financiera de los pacientes, sugiriendo que existe otra relación externa a esa deserción.

Al analizar la percepción sobre el tiempo de consulta, se observó que la mayoría de los pacientes, tanto en el servicio de gerontología como en MIDE, refirieron que el tiempo dedicado no fue suficiente, destacándose una proporción más significativa de sujetos en el servicio MIDE. Al examinar la información sobre la percepción general en la calidad de la atención médica, en ambos servicios la mayoría de los sujetos refirieron sentirse satisfechos.

Se ha evidenciado que el generar un vínculo de confianza entre el médico y el paciente, conlleva a mayor percepción de la calidad del servicio, así como a mayor participación en las acciones que conlleva a una adecuada gestión de la enfermedad. Además, existe evidencia donde de que “la percepción sobre los tiempos de espera” se posiciona como uno de los elementos clave que los participantes consideran al formar opiniones, ya sea positivas o negativas, sobre el trato y la atención brindada por la institución.¹⁸⁻²⁰

Estos hallazgos nos muestran áreas que podrían beneficiarse con mejoras precisas. Tanto el tiempo asignado de consulta, así como, la comprensión de los factores que podrían influir en el abandono del tratamiento, son sin lugar a dudas aspectos clave. Dado que, el abandono no se atribuye al costo, y considerando que los pacientes afirmaron comprender las instrucciones médicas sobre la toma de medicamentos, se podría inferir que esta situación se encuentra relacionada más con la adherencia al uso de los fármacos o al tratamiento en general.

En cuanto a la percepción de los sujetos -al clasificarlos según su tipología familiar- se destaca que aquellos pacientes que conviven con familiares experimentan mayor apoyo para expresar inquietudes al médico, mejor comprensión sobre los cuidados en casa, así como, mayor entendimiento de las instrucciones médicas. Sin embargo, es relevante señalar que, en esta última categoría el mayor porcentaje de comprensión recayó en aquellos pacientes que presentaban una tipología familiar nuclear. La interpretación de estos datos sugiere que: los pacientes que cuentan con un sistema familiar sólido podrían experimentar mejoras significativas en la atención médica. Otro hallazgo importante es que “el abandono

al tratamiento debido a limitaciones financieras” es mayor en los sujetos que presentan una tipología familiar unipersonal. La comprensión de esto puede orientar a considerar estrategias para disminuir las barreras en este grupo particular de pacientes. Por lo tanto, se puede concluir que el entorno familiar juega un papel importante en el tratamiento y salud de los adultos. Numerosas investigaciones respaldan la idea de que el apoyo de los sistemas familiares es importante para el bienestar de los adultos mayores.^{21,22} Estos hallazgos resaltan la importancia de tener en cuenta el contexto familiar al desarrollar estrategias de manejo y tratamiento para esta población y reconocer los efectos positivos del apoyo familiar en la calidad de vida y la salud general.

Recomendaciones

Es importante implementar programas, apoyos sociales y recursos, que mejoren y refuercen la atención a los pacientes adultos mayores que viven solos -tanto con DM2 como en otras enfermedades crónicas degenerativas- con el fin de lograr una mejor calidad y satisfacción de los servicios médicos ofrecidos. Otra de las perspectivas a futuro, sería establecer estrategias para evaluar y optimizar los tiempos asignados a la consulta, con el fin de contribuir a que estos sean suficientes para todos los pacientes. Se sugiere identificar y hacer un seguimiento de los aspectos que puedan influir en el abandono al tratamiento. Fomentar la capacitación continua del personal de salud y mantener la evaluación continua de la calidad en los servicios ofrecidos para los pacientes en DM2.

Referencias

1. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. En el ISSSTE los adultos mayores representan más de 2 millones de personas [Internet]. gob.mx. [citado 22 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/issste/prensa/en-el-issste-los-adultos-mayores-representan-mas-de-2-millones-de-personas>
2. ormíga F, Gómez-Huelgas R, Rodríguez Mañas L. Características diferenciales de la diabetes mellitus tipo 2 en el paciente anciano. Papel de los inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2016;51(1):44-51. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.04.002>
3. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Trabajar Juntos por el Control de la Diabetes [Internet]. gob.mx. 2015 [citado 02 de enero de 2024]. Disponible en: <http://www.gob.mx/issste/articulos/trabajar-juntos-por-el-control-de-la-diabetes>
4. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Promueve el ISSSTE bienestar de adultos mayores a través de casas de día y módulos gerontológicos. 2019 [citado 21 de enero de 2024]. Disponible en: <http://www.gob.mx/issste/prensa/promueve-el-issste-bienestar-de-adultos-mayores-a-traves-de-casas-de-dia-y-modulos-gerontologicos-205323>

5. Mayorga-Muñoz C, Salazar-Salazar D. Tipologías familiares y ciclos vitales, una propuesta conceptual y operativa para la intervención social. 1a. ed. Santiago, Chile: Ediciones Universidad de la Frontera; 2019. p.17-125.
6. García Rojas E, Pascual Álvarez HG, Álvarez Morales E, Cruz Gómez ADLÁ, García Hernández HJ. Evaluación de la percepción de la atención médica por los usuarios. *Horiz Sanit* [Internet]. 2014;8(3):19. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.19136/hs.a8n3.165>
7. Ross AG, Zeballos JL, Infante A. La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2000;8(1-2):93-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/s1020-4989200000700012>
8. Secretaría de Salud. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia. 2a. ed. México; 2012. Disponible en http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/calidad_atencion_salud_enMexico_12experiencia.pdf
9. Urquiza R. Conceptos de Calidad en Salud. Evidencia, actualización en la práctica ambulatoria [Internet]. 2004;7(5). Disponible en: <https://www.evidencia.org/index.php/Evidencia/article/view/5427>
10. Leatherman S, McCarthy D. Public disclosure of health care performance reports: experience, evidence and issues for policy. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 1999;11(2):93-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/11.2.93>.
11. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. La calidad en los servicios de salud en México [Internet]. Gob.mx. [citado 27 de enero de 2024]. Disponible en: <https://portalhcd.diputados.gob.mx/PortalWeb/Micrositios/ob122dbf-05d4-4005-8667-bd5c20312757.pdf>
12. Secretaría de Inclusión y Bienestar Social. Quiénes son las Personas Mayores. [citado 27 de enero de 2024]. Secretaría de Inclusión y Bienestar Social de la Ciudad de México. Disponible en: <https://sibiso.cdmx.gob.mx/blog/post/quienes-son-las-personas-mayores>
13. Bancsik K, Ilea CDN, Daina MD, Bancsik R, Şuteu CL, Bîrsan SD, Manole F, Daina LG. Comparative Analysis of Patient Satisfaction Surveys-A Crucial Role in Raising the Standard of Healthcare Services. *Healthcare* (Basel). 2023;11(21):2878. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare11212878>.
14. Lazcano Ponce EC, Shamah Levy T. La salud de los mexicanos en cifras: resultados de la Ensanut 2022 [Internet]. insp.mx [citado 29 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.insp.mx/informacion-relevante/la-salud-de-los-mexicanos-en-cifras-resultados-de-la-ensanut-2022>
15. Estadísticas Nacionales - Indicadores de salud del ISSSTE [Internet]. gob.mx [citado 29 de enero de 2024]. Disponible en: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/quinto-informe-de-gobierno-mexico-incluyente/resource/69c2a97d-037c-4737-a406-23804982da23>
16. Organización Panamericana de la Salud. Mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud [Internet]. paho.org [citado 8 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/eventos/mejorar-calidad-atencion-prestacion-servicios-salud>
17. Mancilla Ramírez J. Evaluación de la Calidad en Unidades de Salud en México. *Horizonte sanitario*. [Internet]. 2021;20(1):7-9. Disponible en: <https://doi.org/10.19136/hs.a20n1.4149>
18. Arroyo Rueda MC, Vazquez Garcia L. Percepción de personas mayores sobre la atención recibida en instituciones de salud de la ciudad de Durango. *Rev. pueblos front. digit.* [Internet]. 2016 (11);21:144-172. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/cim-sur.18704115e.2016.21.12>
19. Soares JDL, de Araujo LFS, Bellato R, Petean E. Tejido del vínculo de salud en la situación familiar de enfermedad crónica. *Interfaz (Botucatu)*. [Internet]. 2016;20(59):929-40. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400929&lng=pt&tlng=pt
20. Grundy E, Henretta JC. Between elderly parents and adult children: a new look at the intergenerational care provided by the 'sandwich generation.' *Ageing Soc* [Internet]. 2006;26(5):707-22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/s0144686x06004934>
21. Cheng ST, Chan AC. Filial piety and psychological well-being in well older Chinese. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. [Internet]. 2006;61(5):P262-9. <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/61.5.p262>
22. Zulfritri R, Febriana S. Sociodemographic characteristics and psychosocial wellbeing of elderly with chronic illnesses who live with family at home. *Enfermería clínica*, [Internet]. 2019 (29):34-37. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.11.014>