

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 20

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL APEGO AL
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

Presenta:
ELVIRA EVELYN ROBLES RENTERÍA

Tutora:
DRA. SANTA VEGA MENDOZA

Asesor Metodológico:
DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA.

Generación 2006-2009



MÉXICO D. F.

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TUTORA

DRA. SANTA VEGA MENDOZA

MÉDICO FAMILIAR PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR UMF 20

ASESOR METODOLÓGICO

DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE MEDICINA
FAMILIAR UMF 20

Vo.Bo.

DRA. VICTORIA PINEDA AQUINO

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, MAESTRA EN CIENCIAS,
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS.

POR HABERME DADO LA OPORTUNIDAD DE LOGRAR UNA META MAS, Y POR HACERME FELIZ EN TODOS LOS ASPECTOS DE MI VIDA.

A MIS PADRES.

QUIENES SON LA LUZ QUE ILUMINAN MI VIDA Y SIN ELLOS NO ESTARIA AQUI.

A MIS HERMANITAS.

GRACIAS POR TODO SU APOYO ENTRE TANTAS OTRAS COSAS PERSONALES DE MI VIDA.

A MI ESPOSO.

GRACIAS POR TODO TU APOYO EN LO BUENO Y LO MALO COMO SIEMPRE Y PARA SIEMPRE.

A MIS SUEGROS.

A QUIENES FUERON PARA MI UN ESTIMULO CONSIDERANDOME UNA HIJA.

AL RESTO DE MI FAMILIA.

HUMBERTO, ELVIRA, LETICIA, VERONICA, JOSE, PATRICIA, ROCIO, LUIS, MIGUEL, YA "MAMA CHIQUITA" POR CUIDARME DESDE EL CIELO. GRACIAS A TODOS, NUNCA ME OLVIDE DE USTEDES.

A MIS AMIGAS MIS "PACHIS".

GRACIAS POR SIEMPRE ESTAR EN LOS MOMENTOS MAS CRUCIALES DE MI VIDA Y POR COMPARTIR ESA PERSONA QUE LLEVAN CADA UNA DE USTEDES, MARINA, KATY, GUARNER, ROCIO, ANITA Y DE ENSEÑARME EL VERDADERO SIMBOLO DE LA AMISTAD. LAS QUIERO MUCHO, Y SIEMPRE LAS LLEVARE DENTRO DE MÍ.

A MIS TITULARES Y JEFA DE ENSEÑANZA.

DRAS. VICKY, SANTA Y CARMEN. GRACIAS POR TODAS SUS ENSEÑANZAS Y TODA HUELLA QUE DEJARON DENTRO DE CADA UNO DE NOSOTROS, Y POR COMPARTIR TODOS SUS CONOCIMIENTOS, Y TODA SU SDEDICACIÓN TODO SIEMPRE PARA EL BIEN DE NUESTRO FUTURO.

TÍTULO

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL APEGO AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS.

ÍNDICE

RESUMEN ESTRUCTURADO

- 1.- ANTECEDENTES
- 2.- JUSTIFICACIÓN
- 3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
- 4.- HIPOTESIS
- 5.- OBJETIVOS
- 6.- MATERIAL Y MÉTODOS
- 7.- DISEÑO DE ESTUDIO
- 8.- POBLACIÓN DE ESTUDIO
- 9.- LUGAR DE ESTUDIO
- 10.-CRITERIOS DE SELECCIÓN
- 11.-VARIABLES
- 12.-TIPO DE MUESTREO
- 13.-DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO
- 14.-RESULTADOS
- 15.-DISCUSIÓN
- 16.-CONCLUSION
- 17.-COMENTARIOS Y SUGERENCIAS
- 18.-REFERENCIAS
- 19.-ANEXOS

“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL APEGO AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2”.

Robles-Rentería Elvira Evelyn¹. Vega-Mendoza Santa². Aguirre-García María del Carmen³.

RESUMEN.

La evolución crónica y el apego al tratamiento son importantes para determinar la evolución clínica de los pacientes con diabetes tipo 2. **OBJETIVOS.** Determinar los factores que influyen en el apego al tratamiento médico en los pacientes diabéticos tipo 2. **MATERIAL Y MÉTODOS.** Estudio transversal analítico en 207 pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 IMSS. Se aplicó previo consentimiento informado cuestionario ex profeso que indagó aspectos sociodemográficos, características de la enfermedad, instrumentos de capacidad de dependencia para las actividades de la vida diaria (Índice de Barthel), apoyo social (Cuestionario de Duke), Depresión de Beck y apego a tratamiento (Morisky Green). Se utilizó estadística descriptiva y analítica IC al 95%, OR y valor de P.

RESULTADOS. El perfil sociodemográfico fué: femenino 53.6% media de edad 60 ± 11.5 , intervalo de edad 51-60 años 37.7%. casados 80.2%, escolaridad primaria 68.1%, dedicados al hogar 49.3%, y nivel socioeconómico obrero 59.9%. Características de la enfermedad control aceptable 48.8%, tiempo de evolución más de 16 años 42.5% tratamiento con hipoglucemiantes 81.2% Percepción de ligera dependencia 81.2%, red social adecuada 58% sin depresión 49.3%.

Los factores relacionados con el apego al tratamiento fueron: mayor escolaridad OR 6, IC 1.11- 35 $p < 0.001$, cifras de glucemia Aceptables OR 4.51 (2.11 -9.47) IC 95% $p < 0.000$, tratamiento con Insulina OR 2.50 (1.08 – 5.77) $p < 0.01$. **CONCLUSIONES.** Es importante que el médico familiar haga énfasis en los factores que influyen en el apego al tratamiento farmacológico del paciente diabético a fin de mejorar su calidad de vida.

1. Médico Residente de Medicina Familiar UMF No.20. IMSS.
2. Médico Familiar, Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF No.20, IMSS.
3. Médico Familiar. Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF No. 20, IMSS.

1. ANTECEDENTES.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por alteraciones en el manejo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas derivadas de las deficiencias en la secreción o la acción de la insulina, es una enfermedad discapacitante por los daños micro y macrovasculares provocados a diferentes niveles del organismo, que finalmente se expresan en formas tan diferentes como la ceguera, el daño renal, o las amputaciones de los miembros inferiores. la relevancia directa de esta patología está definida por la magnitud de las poblaciones afectadas en todo el mundo y el incremento en el riesgo de la muerte prematura por estar asociada con otros problemas igual de importantes como la obesidad, la hipertensión y las enfermedades cerebrovasculares.(11)

En el mundo existen alrededor de 171 millones de diabéticos cifra que se incrementará a 64 millones en 2025; 52% de los diabéticos en el continente viven en América Latina y el Caribe y se estima que llegarán a 370 millones en 2030. Según la Encuesta Nacional de Salud del 2005, en México la prevalencia general fue de 11.8% en la población mayor de 20 años.(12)

El problema se magnifica al constatar que al menos un tercio de las personas con Diabetes Mellitus en América Latina desconoce su condición de enfermo, lo cual desafía al programa de detección y complica la implantación de las estrategias de atención, control y prevención.(13)

Como causa de morbilidad, la Diabetes Mellitus tipo 2 produjo 287180 casos nuevos en el año 2000, ocupando el duodécimo lugar dentro de las veinte principales causas de enfermedad en el país. En cuanto a la demanda de servicios hospitalarios, la Diabetes Mellitus se ubica dentro de los principales motivos de demanda en el segundo y tercer nivel. (14)

La mortalidad por Diabetes Mellitus en México se elevó de 39 a 49 por cada 100 mil habitantes entre 1985 y el año 2000, y hoy ocupa los primeros lugares como causa de muerte tanto en hombres como mujeres, y provoca una cantidad muy importante de años de vida saludables perdidos. (14,15)

En el 2004, el Instituto Mexicano del Seguro Social, otorgó 8.54 millones de consultas de Medicina Familiar a 2 334 340 pacientes diabéticos, que equivalen al 13% de las consultas otorgadas durante ese año; desde el 2001 es la primera causa de mortalidad, reportándose un incremento sostenido de 3% entre 2001 y 2005. La Diabetes ocupó el primer sitio como causa de muerte en las mujeres y fue responsable de 20% en este grupo, mientras que en los hombres se ubica en el segundo lugar y es responsable de 15% de las defunciones. (15)

Para el Instituto Mexicano del Seguro Social el gasto anual de la atención a los enfermos excedió los 200 millones de pesos (período de 1992 a 1997). (16)

Durán Varela cita que el apego al tratamiento es muy importante para evaluar la evolución clínica, ya que es una alianza terapéutica entre el paciente y el médico es necesaria para el éxito del tratamiento. Y la falta de apego al tratamiento implica grandes erogaciones económicas, ya que más de 10% de los ingresos hospitalarios se deben a esta causa. La trascendencia económica del consumo inadecuado de fármacos es indiscutible y es un auténtico reto para los administradores, debido al derroche económico que hacen los pacientes; en estudios realizados con este propósito se encontró un consumo menor de 75%. Los estudios sobre este tema muestran que es de 50% de cumplimiento en enfermedades crónicas y en enfermedades agudas. Otros de los factores asociados con no apegarse al tratamiento terapéutico es el uso de plantas o productos de origen animal a los cuales les son atribuidos propiedades medicinales. (17) Aproximadamente entre 20 y 90% de los que se

saben enfermos no recibe o no cumple con su tratamiento, y 68% de los casos de Diabetes Mellitus es diagnosticado de manera casual, tardía y como consecuencia de las complicaciones. (18)

Los pacientes diabéticos no sólo necesitan integrarse a un régimen de tratamiento y vivir con él, sino que también están expectantes ante la posibilidad de las complicaciones de la enfermedad.

Una parte de este fin es un pequeño grupo social, que constituye la base de toda la comunidad llamada "familia" en el tratamiento y manejo de la Diabetes Mellitus tipo 2. El paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 necesita tener alicientes, algo que motive a seguir adelante. Por ello la familia constituye el principal apoyo que recibirá siempre y cuando este tenga la necesidad de sentir alguna palabra de aliento. (19)

La diabetes afecta a la persona pero repercute en el sistema familiar y la actitud de la familia, a su vez, repercute en el control de la diabetes. La enfermedad no sólo afecta a lo estrictamente endocrinológico, sino que repercute sobre toda la persona, en todas sus dimensiones: biológica, psicológica y social. Por lo tanto, un buen control glucémico aplaza, disminuye o previene las complicaciones de la diabetes, ya que se está dando una creciente importancia a mejorar la adhesión del paciente a los programas médicos de carácter terapéutico. La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Así vemos que toda familia presenta un grado de cohesión que le permite mantenerse unida y generar un sentimiento de pertenencia grupal. Por lo que existen diversas maneras de poder identificar diversos factores que podrían estar implicados en el apego al tratamiento del paciente diabético. (20)

En Salud Pública existe una tendencia creciente a valorar el impacto que los problemas de salud tienen, tanto sobre la calidad de vida de las personas como sobre el uso de servicios sanitarios en los pacientes con enfermedades crónico degenerativas entre ellas la

diabetes donde influyen todos estos factores mencionados, además donde la edad es muy importante para su manejo, por lo que se cuentan con varios instrumentos mediante la aplicación de los diversos cuestionarios (Morisky Green, Barthel, Beck, Graffar y DUKE-UNK 11), se identificaran los factores que influyen en el apego al tratamiento, para poder hacer hincapié en la atención de estos factores de riesgo. (21)

El cuestionario de Morisky Green, valora actitudes correctas que adopta el enfermo en relación con la terapéutica de su enfermedad, asumiendo que si estas son correctas el enfermo es un buen cumplidor de la medicación y que se apega más a las variables derivadas de la propia decisión del paciente para cumplir.

El cuestionario de Morisky Green, muestra una alta fiabilidad (61%) y está validado en la población española. Se califican como cumplidores a los pacientes que respondan correctamente a las cuatro preguntas formuladas y una respuesta inadecuada califica al paciente como incumplidor. El cuestionario de Morisky Green es un método de fácil implementación muy útil para determinar el incumplimiento y quienes no contestan correctamente las preguntas tendrían más probabilidades de lograr un control glucémico menor y cifras de glucemia mayores.(22) El cuestionario de Beck se utiliza para valorar la presencia de depresión ya que para los pacientes con diabetes, en muchas ocasiones se puede acompañar de un trastorno depresivo , ya que este tipo de personas se deterioran notablemente desde el punto de vista mental, emocional, y social; cuando la depresión se acompaña de otro padecimiento orgánico se ensombrece su diagnóstico y entorpece su evolución.(23)

La depresión involucra aspectos emocionales, cognitivos, de estilo de vida y de relación con la estructura social. Para los pacientes con diabetes, tanto la enfermedad como el tratamiento tienen un impacto significativo en muchos aspectos de su vida, como el trabajo, las

relaciones interpersonales, el funcionamiento social y el bienestar físico y emocional. (24)

En este caso el individuo que sufre diabetes debe enfrentarse no sólo a cambios físicos propios de la enfermedad, sino también a cambios de estilos de vida, roles y responsabilidades sociales.

Así también para la clasificación sobre el estado socioeconómico familiar de los pacientes mediante la aplicación de la escala de Graffar, basado en la evaluación de la profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingresos, condiciones de la vivienda. (25,26)

El índice de Barthel es un instrumento ampliamente utilizado para este propósito valora la capacidad de una persona para realizar de forma independiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como son vestirse, bañarse, comer, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/cama, deambulación y escaleras; y les asigna una puntuación (0,5,10,15) en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda, para llevarla a cabo , obteniéndose una puntuación final, que varía de 0 a 100. Su aplicación no causa problemas y es bien aceptada por los pacientes.(27).

El apoyo social actualmente es concebido como un complejo constructo que tiene tres dimensiones: estructura, función y percepción de calidad. (28).

Se propone que la verdadera naturaleza del apoyo social hay que buscarla en los procesos perceptivos de los sujetos implicados, lo que tradicionalmente se ha denominado apoyo social percibido. La percepción o creencia que el apoyo emocional está disponible para influir mucho más fuertemente sobre la salud mental que el apoyo social efectivo efectivamente recibido en un momento determinado. (29)

Mediante la escala de Duke-UNK 11, consta de 11 items que recogen valores referidos al apoyo afectivo y confidencial. El apoyo

confidencial se valora a través de 5 items, que se corresponden con las preguntas 2,3,5, 9 y 11, del cuestionario, con puntuación total del 25. Se considera apoyo confidencial bueno si obtenemos más de 15 puntos en este apartado para valorar el apoyo afectivo valoramos 6 items que se corresponde a las preguntas 1,4,6, 7,8 y 10, del test con puntuación total de 30, si se obtiene más de 18 puntos habrá buen apoyo afectivo.(30)

Por lo antes expuesto en el presente estudio se analizó la situación del autocuidado del paciente con DM2, los factores que podrían estar influyendo, para no llevarlo a cabo, a sabiendas que este autocuidado es la mejor manera de prevenir las complicaciones de la diabetes, y que secundario a esto podrían reducirse las tasas de morbilidad y mortalidad en México.

2. JUSTIFICACIÓN.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónico degenerativa que se ha convertido en un problema de salud pública en México. Es una de las causas más frecuente de muerte y de utilización de servicios.

En 1950, la tasa de mortalidad se informó de 0.2 por cada 100,000 habitantes y para 1990 este indicador aumento considerablemente a 31.2 por cada 100,000. Actualmente en los programas de acción de la Secretaría de Salud en la Encuesta Nacional de Salud 2005 establece que en nuestro país el 11.8% de la población entre los 20 y 60 años de edad, padece Diabetes Mellitus tipo 2 y se ubica como tercer lugar de mortalidad general, a mayor abundamiento México ocupa el primer lugar en América Latina con ese tipo de alteraciones metabólicas, cada año aparecen 180,000 casos nuevos, lapso en que fallecen 36,000 personas por este padecimiento.

La mortalidad por Diabetes Mellitus en México se elevó de 39 a 49 por cada 100 mil habitantes entre 1985 y el año 2000, y hoy ocupa los primeros lugares como causa de muerte tanto en hombres como mujeres, y provoca una cantidad muy importante de años de vida saludables perdidos.

La falta de apego al tratamiento implica grandes erogaciones económicas, ya que más de 10% de los ingresos hospitalarios se deben a esta causa. La trascendencia económica del consumo inadecuado de fármacos es indiscutible y es un auténtico reto para los administradores, debido al derroche económico que hacen los pacientes; en estudios realizados con este propósito se encontró un consumo menor de 75%.

Para los pacientes con diabetes, tanto la enfermedad como el apego a tratamiento tienen un impacto significativo en muchos aspectos de su vida como el trabajo, las relaciones interpersonales, el funcionamiento social y el bienestar físico y emocional; es por eso que es muy importante analizar los factores que puedan influir en el paciente diabético para el cumplimiento de su tratamiento,

disminuyendo este importante problema de salud de manera activa y reducir la elevada incidencia de la enfermedad, con la finalidad de evitar o retrasar sus complicaciones además de reducir los costos en la atención médica, evitando un derrame económico más para el Instituto.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La alta prevalencia de Diabetes Mellitus en nuestro país determina que esta enfermedad y sus complicaciones constituyan un problema de salud pública muy importante. La Diabetes Mellitus es la principal enfermedad crónica degenerativa en México, y en el mundo entero que causa el mayor número de muertes en la población adulta.

Esta relacionada de manera importante con el desarrollo de complicaciones micro y macrovasculares; por lo anterior y debido a que la falta de apego al tratamiento no farmacológico es un factor esencial en el desarrollo y evolución de esta enfermedad y en donde influyen muchos factores para su control adecuado consideramos importante investigar.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿ Cuales son los factores que influyen en el apego al tratamiento por parte de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 ?

4. HIPOTESIS DE TRABAJO.

Existe relación entre el apego a tratamiento del paciente diabético y el grado de dependencia funcional.

5. OBJETIVOS.

GENERAL.

1.-Determinar los factores que influyen en el apego al tratamiento médico en los pacientes diabéticos tipo 2 de la Consulta Externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo.

ESPECIFICO.

- 1.- Determinar el perfil sociodemográfico del paciente diabético.
- 2.- Identificar el tratamiento farmacológico, control de glucosa plasmática, tiempo de evolución con Diabetes Mellitus tipo 2.
- 3.- Identificar grado de depresión en el paciente diabético.
- 4.- Conocer el grado de dependencia del paciente diabético para realizar las actividades de la vida diaria.
5. Identificar el apoyo social del paciente diabético.
- 6.- Determinar la asociación del apego a tratamiento con depresión, dependencia, apoyo social, perfil sociodemográfico del paciente diabético, tratamiento farmacológico, control de glucosa plasmática, tiempo de evolución de padecer Diabetes Mellitus tipo 2 .

6. MATERIAL Y MÉTODOS.

7. DISEÑO DE ESTUDIO. Es un estudio de tipo transversal analítico.

8. POBLACIÓN DE ESTUDIO. Se realizó en pacientes diabéticos tipo 2 de la Consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo en base a los siguientes criterios.

9. LUGAR DEL ESTUDIO. El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social Vallejo, en ambos turnos. Ubicada en Calzada Vallejo No. 675, Colonia Magdalena de las Salinas; Delegación Gustavo A. Madero, México D.F..

En la cual previo consentimiento informado y autorización por parte de los directivos de esta institución, se les aplicarán los siguientes Instrumentos: Test de Morisky Green, Escala de Graffar, Escala de Apoyo Social de DUKE-UNK 11, Test de Beck; así como Índice de Barthel a pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que realizaron visita a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar, durante el período del mes de Febrero del 2009; se les entregó un cuestionario y un lápiz para que lo contestaran, se recolectó y agrupó la información para posteriormente graficar y analizarlas.

PERIÓDO DEL ESTUDIO. Febrero del 2009.

10. CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Inclusión. Pacientes diagnosticados Diabéticos tipo 2. Tiempo de evolución de más de 5 años. Ambos sexos. Pacientes de la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social No. 20. Vallejo. Que sepan leer y escribir. Mayores de 30 años de edad.

Exclusión. Pacientes con alguna complicación temprana. Con algún daño psiquiátrico a psicomotor, que impida realizar sus actividades de autocuidado. Pacientes que no deseen participar.

Eliminación. Que no contesten el cuestionario completo.

11. VARIABLES.

Edad.

Definición Conceptual. Años cumplidos hasta el momento del estudio.

Definición Operacional. Interrogatorio directo: Mediante la edad actual se agrupara en los siguientes rangos: 30- 40, 41-50, 51-60, 61-70 y 71 y más años.

Tipo de Variable. Cuantitativa Nominal.

Escala de Medición. Razón.

Sexo.

Definición Conceptual. Conjunto de caracteres que diferencian a los hombres de las mujeres; con las características fenotípicas externas que se observan a simple vista.

Definición Operacional. Interrogatorio directo en: Masculino y Femenino.

Tipo de Variable. Cualitativa.

Escala de Medición. Nominal.

Ocupación.

Definición Conceptual. Acción y efecto de ocupar o trabajar.

Definición Operacional. Interrogatorio directo mediante las siguientes ocupaciones: Hogar, empleado, Pensionado, Jubilado, Profesionista.

Tipo de Variable. Cualitativa.

Escala de Medición. Nominal.

Escolaridad.

Definición Conceptual. Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un colegio.

Definición Operacional. Interrogatorio directo mediante lo siguiente: Analfabeta, primaria, Secundaria, Bachillerato, Licenciatura.

Tipo de Variable. Cualitativa

Escala de Medición. Nominal.

Estado Civil.

Definición Conceptual. Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles. Situación en la que una persona y en especial cada uno de los sucesivos modos de ser de una persona sujeta a cambios que influyen en su condición.

Definición Operacional. Interrogatorio directo mediante lo siguiente: Casado, Soltero, Viudo, Divorciado, Unión Libre.

Tipo de Variable. Cualitativa.

Escala de Medición. Nominal.

Tiempo de Evolución de la Enfermedad.

Definición Conceptual. Tiempo transcurrido desde la aparición de la enfermedad hasta el momento actual de la misma.

Definición Operacional. Interrogatorio directo, mediante los siguientes rangos: 6-10 , 10-15, y más de 16 años.

Tipo de Variable. Discreta.

Escala de Medición. De intervalo.

Nivel Socioeconómico.

Definición Conceptual. Es un esquema internacional basado en las características sociales.

Definición Operacional. Mediante la Escala de Graffar, el cual se compone de 4 variables y su correspondiente puntaje los coloca en:

04-06: Alto. 07-09: Medio Alto. 10-12: Medio Bajo.

13-16:Obrero.17-20: Marginal.

Tipo de Variable. Cualitativa.

Escala de Medición. Nominal Ordinal.

Depresión

Definición Conceptual. Trastorno mental caracterizado por tristeza profunda y pérdida de interés o placer, que perdura durante al menos dos semanas y que está presente la mayor parte del día.

Definición Operacional. Interrogatorio indirecto mediante el Test de Beck. 5 - 9 Sin síntomas, 10 - 18 Depresión Leve, 19 - 29 Depresión Moderada, 30 - 63 Depresión severa.

Tipo de Variable. Cualitativa.

Escala de Medición. Ordinal.

Red de Apoyo.

Definición Conceptual. Se define como un tipo específico de relaciones que vincula a un grupo determinado de personas, objetos o acontecimientos. En consecuencia, y a efectos del presente estudio, el apoyo social que las redes prestan a sus miembros constituye un factor decisivo en el mantenimiento y mejora de la salud física, psíquica y social.

Definición Operacional. Test de DUKE- UNK 11.

Recoge valores referidos al Apoyo confidencial (Ítems 1,4,6,7,8 y 10), y referidos al Apoyo Afectivo (ítems 2,3,5,9 y 11). Apoyo Total Percibido: <32pts. >33 pts Apoyo Normal. Apoyo Afectivo: <15 Escaso Apoyo >16 Apoyo Normal. Apoyo Confidencial: <18 Escaso Apoyo >19 Apoyo Normal.

Tipo de Variable. Cualitativa.

Escala de Medición. Nominal.

Dependencia para las Actividades de la Vida Diaria.

Definición Conceptual. Se define como la capacidad del individuo para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Como son: Comer, Aseo, Control de Heces, Control de Orina, Baño, Vestirse, Usar el Baño, Traslado cama/silla, Desplazarse, Subir/bajar escaleras.

Definición Operacional. Se valora el grado de Independencia mediante el Índice de Barthel, de acuerdo a la siguiente puntuación se clasifica en: <45pts: Severa, 45-59 pts: Grave, 60-80 pts: Moderada, 80-100 pts: Ligera.

Tipo de Variable. Cualitativa.

Escala de Medición. Nominal.

Control Glucémico.

Definición Conceptual. Es la elevación de la glucemia plasmática en ayunas de los parámetros establecidos.

Definición Operacional. Buen Control: 80-110mg/dl. Control Aceptable: 111-140mg/dL. Mal manejo: >140mg/dL.

Tipo de Variable. Cualitativa.

Escala de Medición. Nominal.

Tipo de Tratamiento.

Definición Conceptual. Es el tratamiento usado por el paciente para su control glucémico.

Definición Operacional. Hipoglucemiantes Orales: biguanidas, sulfonilureas, inhibidores de la alfa glucosidasa, tiazolidinedionas. Hipoglucemiantes Subcutáneos: insulina de acción intermedia (NPH).

Tipo de Variable. Cualitativa.

Escala de Medición. Nominal.

VARIABLE DEPENDIENTE.

Apego al tratamiento

Definición Conceptual. Cumplimiento de las medidas terapéuticas establecidas para el manejo de Diabetes Mellitus.

Definición Operacional. Mediante la aplicación del cuestionario de Morisky Green que considera 4 preguntas , si responde "SI", alguna de las preguntas se califica como Incumplidor; y si responde "NO" a los 4 preguntas se califica como Cumplidor: 1.-¿Se olvida tomar alguna vez los medicamentos para su Diabetes?, 2.-¿Olvida tomar los medicamentos a la hora indicada?, 3.-Cuando se encuentra bien ¿deja usted de tomar sus medicamentos?, 4.-Si alguna vez se encuentra mal ¿deja usted de tomar sus medicamentos?.

Tipo de Variable. Cualitativa.

Escala de Medición. Nominal.

12. TIPO DE MUESTREO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Tipo de muestreo: no probabilística, por conveniencia. Se determinaron mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 (P) (Q)}{\delta^2}$$

Con una prevalencia del 11.8%. Con un grado máximo de error del 0.05 %. Con un nivel de confianza del 1.96

Desarrollo: $n = \frac{(1.96)^2 (.13) (.87)}{(0.05)^2}$

$$n = \frac{(3.84) (0.1131)}{(0.0025)}$$

$$n = \frac{0.43430}{0.0025}$$

$$n = \underline{\underline{173.5}}$$

Mas el 20% en caso de pérdida=207. La información se analizó mediante estadística analítica utilizando las siguientes pruebas como X², IC del 95%, OR, valor de P. La captura de los datos fué en paquete estadístico SPSS versión 13.0, EPINFO VI.

13. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social Vallejo, en ambos turnos. Ubicada en Calzada Vallejo No. 675, Colonia Magdalena de las Salinas; Delegación Gustavo A. Madero, México DF.

En la cual previo consentimiento informado y autorización por parte de los directivos de esta institución, se les aplicaron los siguientes Instrumentos: Test de Morisky Green, Escala de Graffar, Escala de Apoyo Social de DUKE-UNK 11, Test de Beck; así como Índice de Barthel a pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que realizaron visita a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar, durante el periodo del mes de Febrero del 2009; se les entregó un cuestionario y un lápiz para que lo contestaran, se recolectó y agrupó la información para posteriormente graficarla y analizarla.

14. RESULTADOS

Se realizó un estudio transversal analítico en 207 pacientes diabéticos de la UMF No. 20 con las siguientes características sociodemográficas: el 53.6% (n=111) del sexo femenino y 46.4% (n=96) masculinos, una edad mínima de 33 y máxima de 88 años, mediana de 60 \pm 11.5, de acuerdo a los intervalos de edades el 37.7% (n=78) fue entre los 51 y 60 años. El 80.2% (n=166) eran casados, escolaridad máxima fue primaria en el 68.1%, (n=141), el 49.3% (n=102) se dedicaban al hogar y un nivel socioeconómico obrero 59.9% (n=124). Cuadro 1, Gráfico 1-5.

Las características de la enfermedad referidas fueron un control aceptable de glicemia 48.8% (n=101), mal manejo de glicemia 44.4% (n=92) y buen control 6.8% (n=14); una evolución de la enfermedad de 16 y más años 42.5% (n=88), bajo tratamiento con hipoglucemiantes orales 81.2% (n=168). Cuadro 2, Gráfico 6 - 8 .

La capacidad para realizar las actividades de la vida diaria de tipo ligero fue 81.2% (n=168), una red de apoyo confidencial normal 64.7% (n=134); apoyo afectivo normal 57.0% (n=118), y con apoyo social total adecuado 58.0% (n=120). (Cuadro 3, Gráfico 9-13)

La valoración del apego a tratamiento farmacológico del paciente diabético fue sin apego 70.5% (n=146) y con apego 21.5% (n=61). Cuadro 4, Gráfico 14

En relación al apego a tratamiento farmacológico y características sociodemográficas se obtuvo Con apego a tratamiento una edad de

51-60 años el 44.3% (n=27), sexo femenino 62.3% (n=38), casados 45.4% (n=46), dedicados al hogar 60.7% (n=37), escolaridad primaria 73.8 (n=45). Y sin apego: edad de 51-60 el 34.9% (n=51), ambos sexos 50.0% (n=73), casados 82.2% (n=120), dedicados al hogar 44.5% (n=65), escolaridad primaria (65.8).

Cuadro 5

Las características de la enfermedad en relación al apego al tratamiento, fueron con buen control glucémico 70.5% (n=43), con un tiempo de evolución mayor de 16 años 45.9% (n=28), con un tipo de tratamiento con hipoglucemiantes orales 68.9% (n=42). Y sin apego al tratamiento con mal manejo (54.1), evolución mayor de 16 años 41.1% (n=60), tratamiento con hipoglucemiantes orales de 86.3% (n=126). Cuadro 6

Pacientes con apego al tratamiento, la capacidad de dependencia y redes sociales en los pacientes con apego se percibió, ligera dependencia en 80.2% (n=50), apoyo confidencial normal 65.6% (n=40), apoyo afectivo normal 57.4% (n=35), apoyo total normal 57.4% (n=35), sin depresión 49.2% (n=30). Y sin apego con ligera capacidad de dependencia para las actividades de la vida diaria 80.8% (n=118), apoyo confidencial 64.4% (n=94), apoyo afectivo 56.8% (n=83), apoyo total 58.2% (n=85), sin depresión 49.3% (n=72). (Cuadro 7).

Los factores relacionados con en el apego al tratamiento farmacológico del paciente diabético fueron: Mayor escolaridad ($p=0.001$), las cifras de glucemia Aceptables ($p= 0.000$), y bajo tratamiento con Insulina ($p=0.01$) (Cuadro 8).

CUADRO 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ESTUDIADAS EN EL PACIENTE DIABÉTICO DE LA UMF No. 20

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL PACIENTE DIABÉTICO	FRECUENCIA N=	PORCENTAJE %
SEXO		
Masculino	96	46.4
Femenino	111	53.6
EDAD		
30 - 40	12	5.8
41 - 50	16	7.7
51 - 60	78	37.7
61 - 70	44	21.3
MAYOR DE 71 AÑOS	57	27.7
ESTADO CIVIL		
Soltero	11	5.3
Casado	166	80.2
Divorciado	4	1.9
Viudo	26	12.6
ESCOLARIDAD		
Analfabeta	28	13.5
Primaria	141	68.1
Secundaria	16	7.7
Bachillerato	14	6.8
Licenciatura	8	3.9
OCUPACIÓN		
Jubilado/Pensionado	53	25.6
Comerciante	10	4.8
Hogar	102	49.3
Obrero/Empleado	38	18.4
Profesionista	4	1.9
NIVEL SOCIOECONÓMICO		
Medio Bajo	6	2.9
Medio Alto	22	10.6
Obrero	124	59.9
Marginal	55	26.6

GRÁFICO 1

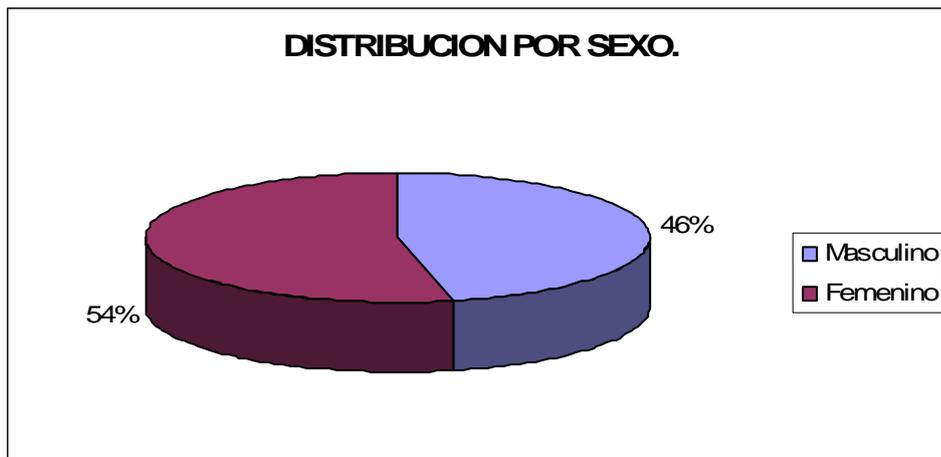


GRÁFICO 2.

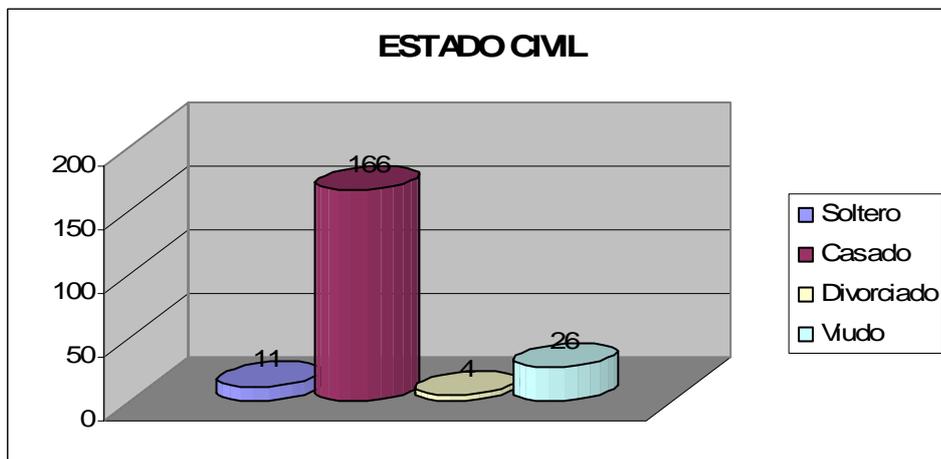


GRAFICO 3.

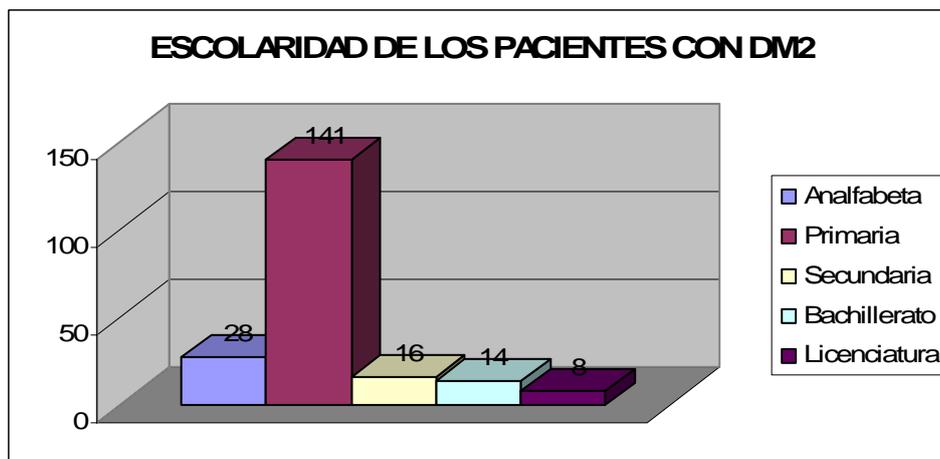


GRAFICO 4.

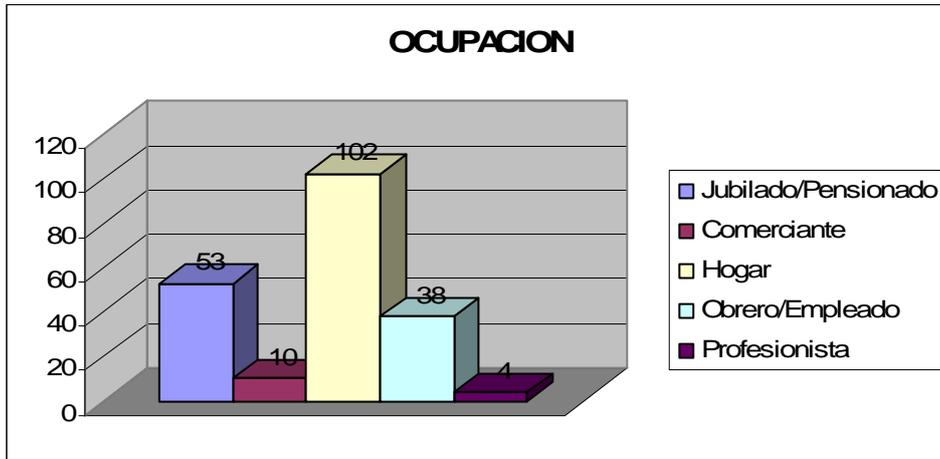
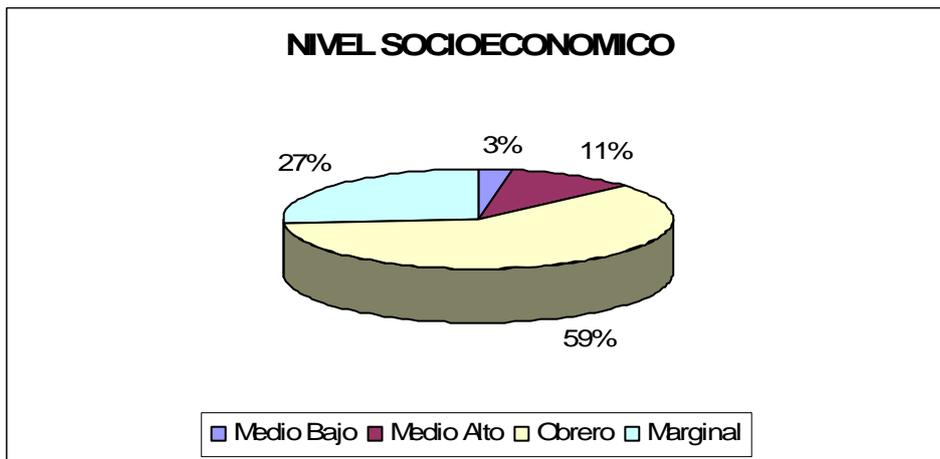


GRAFICO 5.



CUADRO 2. CARACTERISTICAS DE LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE DIABETICO DE LA UMF No. 20

CARACTERISTICAS DE LA ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONTROL GLUCEMIA		
Buen Control	14	6.8
Aceptable	101	48.8
Mal Manejo	92	44.4
TIEMPO DE EVOLUCION		
5 - 10 años	85	41.1
11 - 15 años	34	16.4
mayor de 16 años	88	42.5
TIPO DE TRATAMIENTO		
Hipoglucemiantes Orales	168	81.2
insulina	33	15.9
Hipoglucemiantes Orales e insulina	6	2.9

GRAFICO 6.

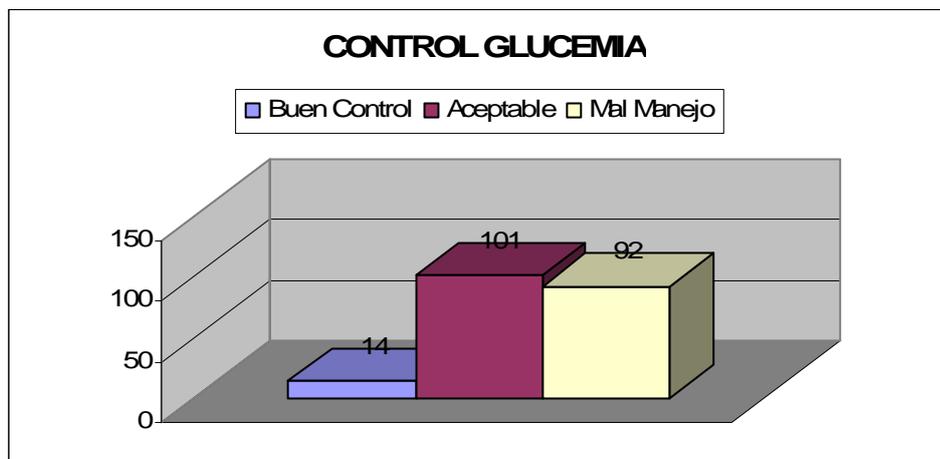


GRAFICO 7.

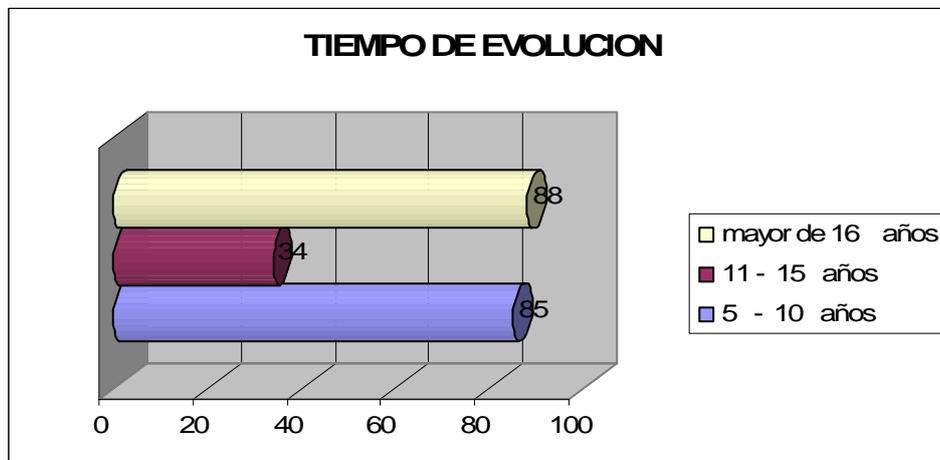
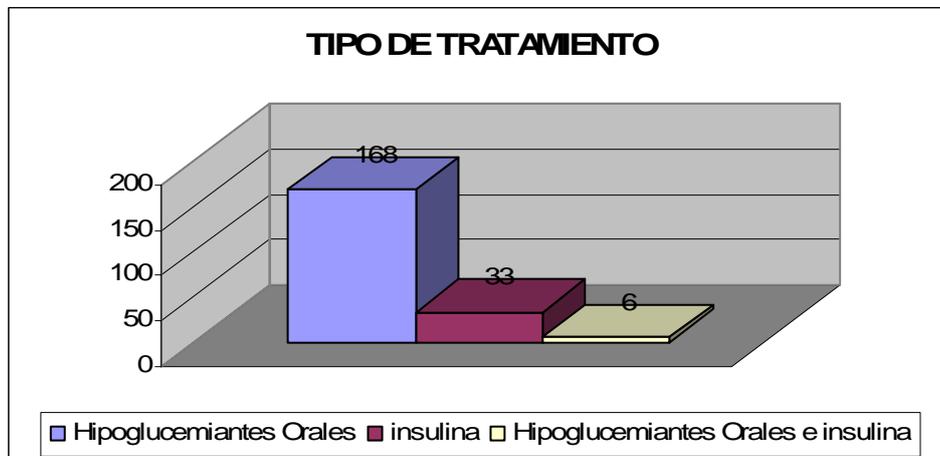


GRAFICO 8.



CUADRO 3. FACTORES ESTUDIADOS EN EL PACIENTE DIABETICO DE LA UMF No. 20

FACTORES ESTUDIADOS.	FRECUENCIA n	PORCENTAJE %
<i>CAPACIDAD DE DEPENDENCIA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.</i>		
• Severa	27	13.0
• Grave	4	1.9
• Moderada	8	3.9
• Ligera	168	81.2
<i>REDES DE APOYO</i>		
• APOYO CONFIDENCIAL		
Apoyo Escaso	73	35.3
Apoyo Normal	134	64.7
• APOYO AFECTIVO		
Escaso Apoyo	89	43.0
Apoyo Normal	118	57.0
• APOYO TOTAL		
Apoyo Escaso	87	42.0
Apoyo Normal	120	58.0
<i>DEPRESION</i>		
Sin Depresión	102	49.3
Leve	61	29.5
Moderada	30	14.5
Severa	14	6.8

GRAFICO 9.

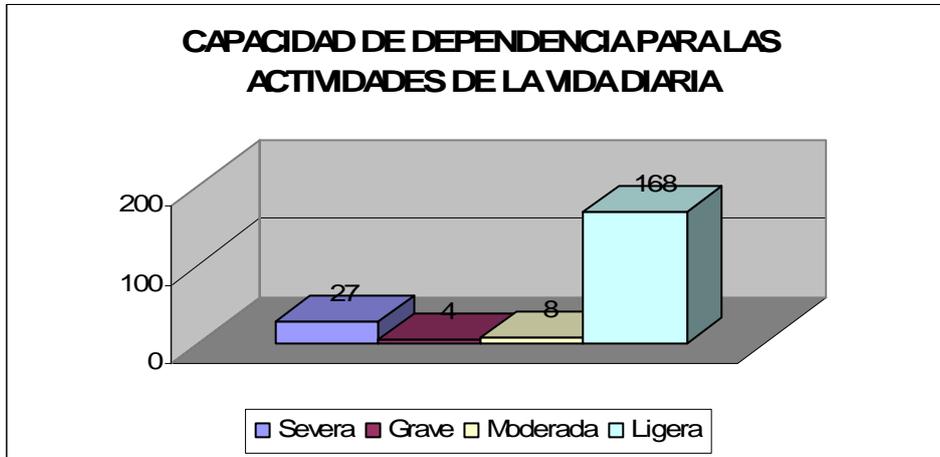


GRAFICO 10

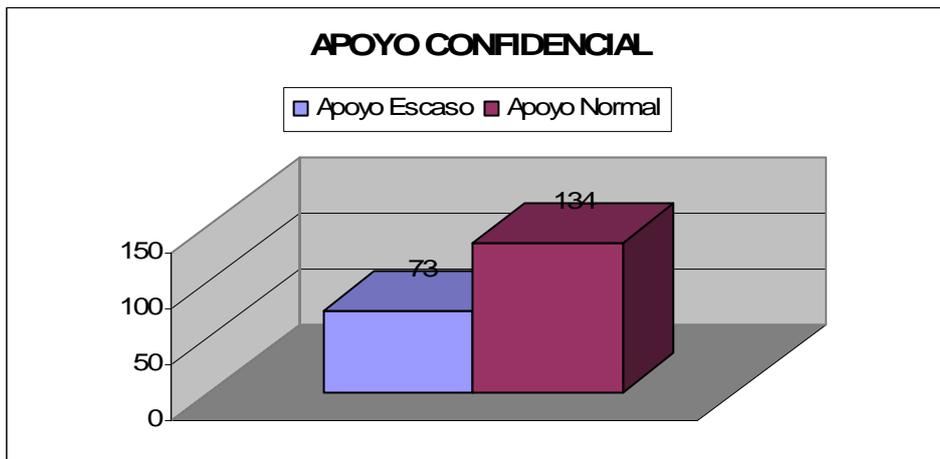


GRAFICO 11.

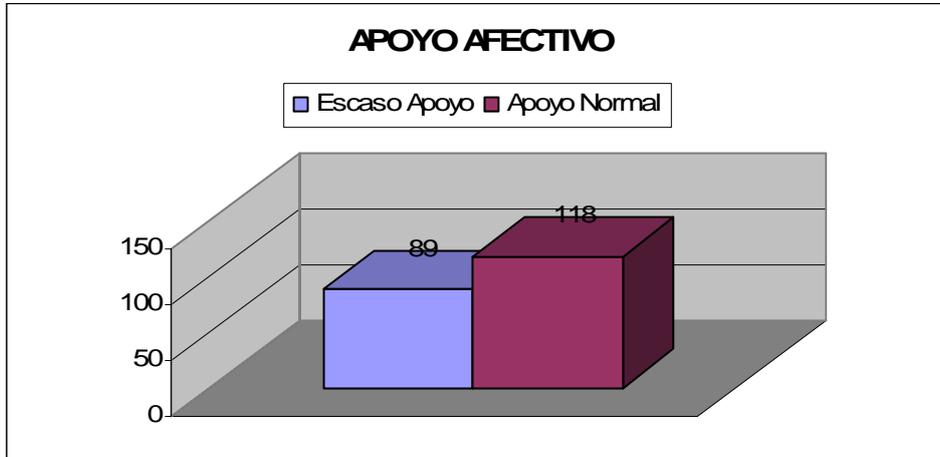


GRAFICO 12

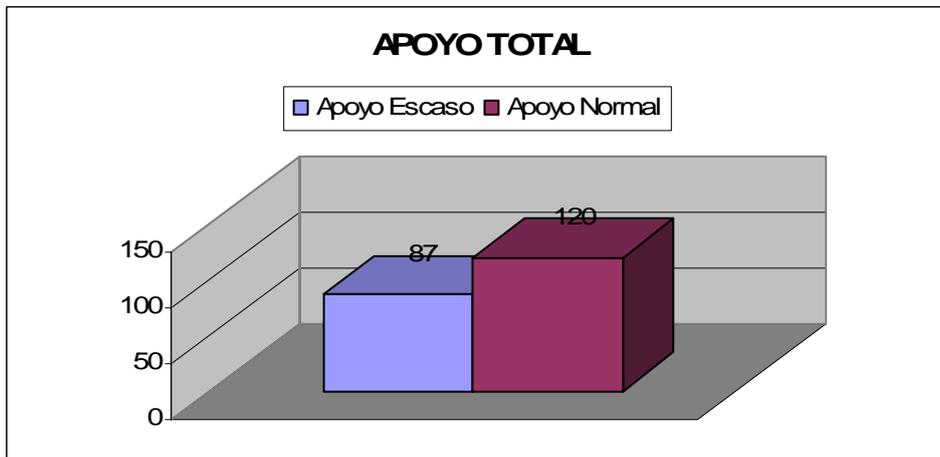
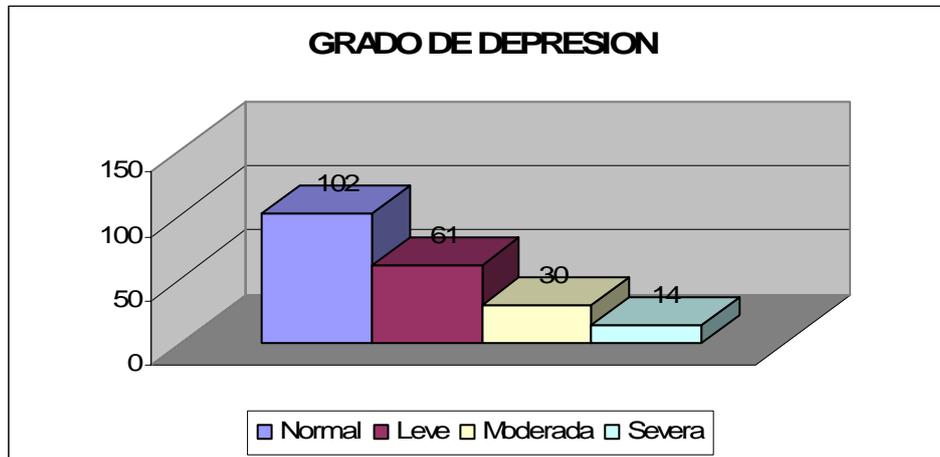


GRAFICO 13.



CUADRO 4. APEGO A TRATAMIENTO EN PACIENTES DIABETICOS DE LA UMF No. 20

APEGO AL TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Con Apego	61	29.5
Sin apego	146	70.5

GRAFICO 14.



CUADRO 5.- CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DEL PACIENTE EN RELACION CON EL APEGO AL TRATAMIENTO.

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	APEGO AL TRATAMIENTO			
	SI		NO	
RANGOS DE EDAD	N= 61	%	N=146	%
30 - 40 AÑOS	0	0	12	8.2
41 - 50 AÑOS	3	4.9	13	8.9
51 - 60 AÑOS	27	44.3	51	34.9
61 - 70 AÑOS	11	18.0	33	22.6
71 Y MAS AÑOS	20	32.8	37	25.3
SEXO				
Masculino	23	37.7	73	50.0
Femenino	38	62.3	73	50.0
ESTADO CIVIL				
Soltero	5	8.2	6	4.1
Casado	46	45.4	120	82.2
Divorciado	2	3.3	2	14.4
Viudo	8	13.1	18	12.3
OCUPACION				
Jubilado/Pensionado	15	24.6	38	26.0
Comerciante	0	0	10	6.8
Hogar	37	60.7	65	44.5
Obrero/Empleado	9	14.8	29	19.9
Profesionista	0	0	4	2.7
ESCOLARIDAD				
Analfabeta	4	6.6	24	16.4
Primaria	45	73.8	96	65.8
Secundaria	5	8.2	11	7.5
Bachillerato	7	11.5	7	4.8
Licenciatura	0	0	8	5.5

CUADRO 6.- CARACTERISTICAS DE LA ENFERMEDAD EN RELACION CON EL APEGO AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.

CARACTERISTICAS DE LA ENFERMEDAD.	APEGO SI		AL TRATAMIENTO NO	
	N = 61	%	N= 146	%
Buen Control	5	8.2	9	6.2
Aceptable	43	70.5	58	39.7
Mal Manejo	13	21.3	79	54.1
TIEMPO DE EVOLUCION				
5 - 10 AÑOS	26	42.6	59	40.4
11 - 15 AÑOS	7	11.5	27	18.5
MAYOR DE 15 AÑOS	28	45.9	60	41.1
TIPO DE TRATAMIENTO				
Orales	42	68.9	126	86.3
Insulina	15	24.6	18	12.3
Orales/Insulina	4	6.6	2	1.4

CUADRO 7.FACTORES ESTUDIADOS Y ASOCIACION CON EL APEGO AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.

FACTORES ESTUDIADOS	APEGO AL TRATAMIENTO		APEGO AL TRATAMIENTO	
	SI n= 61	%	NO n=146	%
<i>CAPACIDAD DE DEPENDENCIA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA</i>				
Severa	5	8.2	22	15.1
Grave	4	6.6	0	.0
Moderada	2	3.3	6	4.1
Ligera	50	80.2	118	80.8
<i>REDES DE APOYO APOYO CONFIDENCIAL</i>				
Apoyo Escaso	21	34.4	52	35.6
Apoyo Normal	40	65.6	94	64.4
<i>APOYO AFECTIVO</i>				
Escaso Apoyo	26	42.6	63	43.2
Apoyo Normal	35	57.4	83	56.8
<i>APOYO TOTAL</i>				
Apoyo Escaso	26	42.6	61	41.8
Apoyo Normal	35	57.4	85	58.2
<i>DEPRESION</i>				
Normal	30	49.2	72	49.3
Leve	18	29.5	43	29.5
Moderada	8	13.1	22	15.1
Severa	5	8.2	9	6.2

CUADRO 8.- FACTORES RELACIONADOS AL APEGO AL TRATAMIENTO. (OR, INTERVALO DE CONFIANZA Y SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA)

NIVEL DE ESTUDIOS	CON APEGO	SIN APEGO	OR/IC 95%	P
Bachillerato	7	7	6	0.01
Analfabeta	4	24	(1.11 – 35)	
NIVEL DE GLUCEMIA				
Aceptable	43	58	4.51	0.000
Mal manejo	13	79	(2.11 - 9.74)	
TIPO DE TRATAMIENTO				
Insulina	15	18	2.50	0.01
Orales	42	126	(1.08 – 5.77)	

15. DISCUSIÓN

El estudio muestra que los factores relacionados para tener mayor apego a tratamiento farmacológico en los pacientes diabéticos tipo 2 estudiados fueron el tener mayor escolaridad, mantener glucosas aceptables en manejo con insulina.

La Encuesta Nacional de Salud 2000 realizada en 17 859 625 Diabéticos en adultos mayores de 20 años derechohabientes del IMSS, para medir la prevalencia de diabetes mellitus mostró una escolaridad con 75% primaria y un 23% curso bachillerato, lo cual conlleva a que a menor nivel educativo tienen más riesgo de deterioro.¹⁴

López Carmona cita en un estudio transversal de *adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con Diabetes tipo2*, en donde refiere que el 75% se encontraban con descontrol metabólico.³³

Villarreal-Ríos dice en su estudio de análisis secundario de *Control de Diabetes con esquema farmacológico* que de los pacientes estudiados un 82.1% estaban bajo hipoglucemiantes orales y un 0% de sus sujetos estudiados estaba bajo prescripción de insulina, mostrando un mal control de glicemia.³²

En las características sociodemográficas estudiadas se encontró un predominio del sexo femenino en el 53.6% con una edad mínima de 33 y una máxima de 88 años, una media 62.8 ± 11.5 , el rango de edad con mayor porcentaje fue de 51-60 años con 37.7% similar a lo que de los Ríos en su estudio de *Calidad de vida en pacientes con*

diabetes mellitus encontró que un 70% era de predominio femenino así como una edad promedio de 49-54 años de edad en un 20% de su población diabética estudiada, Rodríguez en su estudio transversal de *Validez de FANTASTIC en pacientes diabéticos* encontró que el 62.7% eran del sexo femenino, y con una edad entre 40 a 59 años en un 60.7%, Durán Varela cita en su estudio transversal comparativo sobre *Apego al tratamiento farmacológico en diabéticos* que el 65.0% eran femeninos y García Pérez también describe en su estudio observacional, descriptivo transversal de *Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria* también refiere que el 76% de los sujetos eran mujeres. (1,7,11,17,31). Resultados que quizá estén relacionados principalmente en que las pacientes femeninas son las que más demandan el servicio de atención médica.

Se encontró que el estado civil de la población, el 80.2% se encontraba casado, cifra menor que Villarreal-Rios citan en su estudio de *Control de Diabetes con esquema farmacológico* que un 71.8% estaba casado.³² En cuanto al nivel de instrucción la primaria presentó la mayor frecuencia 68.1%, lo que cifra mayor a los que Mateos et.al citan en su estudio de *Factores de Riesgo Psicosociales Asociados a Patologías Médicas* con un nivel de instrucción primaria de 25%.²⁴ Esto es importante para el personal de salud que atiende a pacientes diabéticos con escolaridad elemental, ya que se debe planear los programas educativos teniendo en cuenta las

particularidades de esa población así mismo presentan mayor dificultad para aprender cómo aplicar los conocimientos en su vida.

Y en cuanto a la ocupación se encontró que el 49.3% se encontraba sin trabajo remunerado, cifra menor a la que García Pérez et al en su estudio reporta del 95%.³¹

Así mismo el nivel socioeconómico predominó con un 59.9% el nivel obrero cifra menor a la que Mateos et al. reporta en su estudio descriptivo en donde encontró pacientes con nivel socioeconómico medio en un 61.2% .²⁴

En cuanto a las características de la enfermedad; nuestro estudio se reportó que el 42.5% de los pacientes tienen más de 16 años de evolución de la DM2; en cuanto a los índices de glucemia plasmática se encontraban con un control aceptable 48.8% , y con un tipo de tratamiento a base de hipoglucemiantes orales 81.2%, lo que se correlaciona con las cifras obtenidas por reporta Villarreal en el estudio de *Control de Diabetes con esquema farmacológico* en donde cita que el 46.8% de los pacientes estudiados tenían más de 10 años de evolución, así mismo un 82.1% tenían tratamiento a base de hipoglucemiantes orales.³²

Villalobos-Pérez cita en su estudio descriptivo de *Percepción del Apoyo Familiar del paciente adulto con Diabetes Mellitus tipo 2* con 36.6% sin apoyo familiar en contraste con nuestros resultados que fueron el 58.0% con un apoyo adecuado.³⁷

En cuanto a la presencia de Depresión el 49.3% de los pacientes no

se encontraron síntomas depresivos, cifra que se relaciona con lo encontrado por Colunga y cols., en su estudio transversal comparativo en 450 pacientes Diabetes tipo 2 y Depresión en Guadalajara, encontrando un 37% sin depresión.²³ Esto nos habla de que por lo menos el resto de nuestros pacientes analizados tiene por lo menos algún grado de depresión, y esto puede llegar a influir en el apego a su tratamiento.

Son pocos los estudios realizados en el ámbito nacional sobre apego terapéutico, en nuestro estudio hemos utilizado el instrumento indirecto más sencillo para valorar el cumplimiento terapéutico y se encontró que el 70.5% de los pacientes no tienen apego al tratamiento farmacológico cifra superior a lo que Durán-Varela en su estudio de apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2; encontró que el 46% no tenían apego al tratamiento, mientras que García Pérez en su estudio de *Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria* muestra un 76.8% sin apego al tratamiento.^{17,31}

En nuestro estudio encontramos una ligera dependencia para las actividades de la vida diaria por parte de los pacientes diabéticos en un 81.2%, mientras que Melba-Barrantes cita en su estudios de Dependencia Funcional y enfermedades crónicas en pacientes mexicanos cita un nivel de dependencia severa de 24%.³⁸ esto es de suma importancia para el apego al tratamiento ya que mientras más dependencia se tenga menor control glucémico se tendrá.

En conclusión los factores relacionados al apego son variables , sería de suma importancia evaluar la información impartida al paciente sobre su autocuidado, su sistema de creencias en cuanto a la enfermedad, la aceptación de la enfermedad Dado que se considera que esta enfermedad es crónica, y que requiere un control adecuado con el fin de evitar complicaciones graves a corto y a largo plazo, en el cual intervienen múltiples disciplinas, así como el apoyo familiar, ciertos factores sociodemográficos para llevar a cabo un buen apego al tratamiento farmacológico, como se demostró en este estudio.

16. CONCLUSIÓN.

En el presente estudio concluimos que:

- El perfil sociodemográfico de los pacientes diabéticos estudiados fue: El sexo femenino con 46.4%, con un rango de edad de 51 a 60 años de 37.7%, siendo casados el 80.2%, con ocupación de hogar 49.3%, escolaridad primaria 68.1%, con un nivel socioeconómico Obrero 59.9%.
- En relación al tratamiento farmacológico predominó un control Aceptable 48.8%, el tiempo de evolución de la enfermedad fue mayor de 16 años 42.5%; y con tratamiento de Hipoglucemiantes Orales 81.2%.
- El grado la capacidad de de dependencia para las actividades de la vida diaria es ligera en 81.2%.
- Se tiene un apoyo confidencial normal 64.7%, y un apoyo afectivo normal 57.0%, contando con un apoyo total del 58.0%.
- El el 49.3% no tuvieron síntomas de depresión.
- Con un apego al tratamiento farmacológico para la diabetes un 29.5%, y sin apego 70.5%.
- Las características sociodemográficas de los pacientes apegados a tratamiento fueron: los de 51 a 60 años, femeninas, casados, dedicados al hogar, escolaridad primaria. En relación a la enfermedad glucosas aceptables, más de 16 años de evolución, con tratamiento de hipoglucemiantes orales. Una capacidad de dependencia a las actividades de la vida diaria ligera, con apoyo confidencial, afectivo y total normal, y sin depresión.
- Los factores asociados a tener más apego a tratamiento es ser diabético con bachillerato, con glucosas aceptables y tener manejo con insulina.

17. COMENTARIOS Y SUGERENCIAS.

En base a lo encontrado en este estudio, para mejorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico y tener un control óptimo de los niveles de glucemia, debemos elaborar un programa educativo activo-participativo en forma integral logrando que el paciente tenga un conocimiento amplio con respecto a su enfermedad, sus complicaciones o los riesgos a los cuales conlleva el no tener el apego adecuado a la terapia farmacológica para el control glucémico, además la importancia que tienen ciertos factores como el nivel de educación, ocupación, nivel de dependencia, los cuales son muy importantes ya que influyen en el control de la Diabetes Mellitus, esto aunado a las medidas preventivas se podrá llegar a disminuir el tiempo de aparición de ciertas complicaciones propias de esta enfermedad.

El papel de nosotros como Médicos Familiares, el resto del personal de salud y el paciente es tener en mente que es un equipo multidisciplinario para el cumplimiento del tratamiento farmacológico e identificación de factores que predispongan a un buen o mal apego.

Sugerimos que se sigan realizando investigaciones sobre la auto-percepción de la enfermedad y el tratamiento de uso para considerar esos mitos, creencias, etc., que tiene el paciente sobre su enfermedad y que dificulta su control.

ANEXOS

ANEXO 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.20 VALLEJO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA.

México, D.F. a __ de _____ del 2009.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado "Factores que influyen en el apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2".

Registrado ante el Comité Local de Investigación

El objetivo del estudio es obtener información que nos permita conocer cuales son los factores que influyen en la falta de apego en el tratamiento farmacológico del paciente diabético.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en aceptar leer cuidadosamente el siguiente cuestionario y contestar lo más honestamente posible las preguntas que se plantean en él.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes:

No se pone en riesgo la integridad de los pacientes.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios, o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente, el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).

El investigador me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente.

Dra. Evelyn Robles Rentería 99352725
R3 Medicina Familiar.

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio, 53 33 11 00 Ext. 15320.

Testigos

ANEXO 2

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20. VALLEJO

CEDULA DE INVESTIGACION

ANOTE LA RESPUESTA SEGÚN SEA SU CASO:

NSS: _____.
EDAD: _____ SEXO: (M) (F)
ESTADO CIVIL: _____.
OCUPACION ACTUAL: _____.
ESCOLARIDAD: _____.
ULTIMA GLUCEMIA: _____.

1.- TIEMPO DE PADECER DIABETES:

- A) 5 - 10 AÑOS.
- B) 11 - 15 AÑOS.
- C) MAS DE 15 AÑOS.

2.- ¿QUE MEDICAMENTOS TOMA PARA SU DIABETES?.

ESCALA DE GRAFFAR.

I.- PROFESION DEL JEFE DE FAMILIA?

- 1.- Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.
- 2.- Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria.
- 3.- Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa.
- 4.- Obrero especializado: tractoristas, taxistas, etc.
- 5.- Obrero no especializado, servicio doméstico, etc.

II.- NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE?.

- 1.- Universitaria o equivalente.
- 2.- Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa.
- 3.- Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos).
- 4.- Educación primaria completa.
- 5.- Primaria incompleta, analfabeta.

III.- PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS?.

- 1.- Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar).
- 2.- Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc), deportistas profesionales.
- 3.- Sueldo mensual o quincenal.
- 4.- Salario diario o semanal.
- 5.- Ingreso de origen público o privado (subsidios).

IV.- CONDICIONES DE LA VIVIENDA?.

- 1.- Amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias.
- 2.- Amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias.
- 3.- Espacios reducidos, pero confortable, y buenas condiciones sanitarias.
- 4.- Espacios amplios o reducidos, pero con deficientes condiciones sanitarias.
- 5.- Improvisada, construida con materiales de desecho, o de construcción relativamente sólida, pero con deficientes condiciones sanitarias.

04 - 06 : ALTO.
 07 - 09 : MEDIO ALTO.
 10 - 12 : MEDIO BAJO.
 13 - 16 : OBRERO.
 17 - 20 : MARGINAL.

ÍNDICE DE BARTHEL			
Comida:			
	10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona	
	5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla... pero es capaz de comer sólo	
	0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	
Lavado (baño)			
	5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise	
	0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión	
Vestido			
	10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	
	5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable	
	0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas	
Arreglo			
	5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona	
	0	Dependiente. Necesita alguna ayuda	
Deposición			
	10	Continente. No presenta episodios de incontinencia	
	5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.	
	0	Incontinente. Más de un episodio semanal	
Micción			
	10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (botella, sonda, orinal ...).	
	5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.	
	0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas	
Ir al retrete			
	10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona	
	5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo	
	0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor	
Transferencia (traslado cama/sillón)			
	15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.	
	10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.	
	5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.	
	0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado	
Deambulación			
	15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.	
	10	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.	
	5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión	
Subir y bajar escaleras			
	10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.	
	5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.	
	0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones	

La incapacidad funcional se valora como:	* Severa: < 45 puntos. * Grave: 45 - 59 puntos.	* Moderada: 60 - 80 puntos. * Ligera: 80 - 100 puntos.	Puntuación Total:
---	--	---	--------------------------

CUESTIONARIO DE DUKE-UNK 11

	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares.					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa.					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo.					
4.-Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede.					
5.- Recibo amor y afecto.					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa.					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares.					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos.					
9.-Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas.					
10.-Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida.					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama.					
TOTAL					

Recoge valores referidos al Apoyo Confidencial (ítems 1,4,6,7,8 y 10) y referidos al Apoyo Afectivo (ítems 2,3,5, 9 y 11).Cada aspecto se Evalúa mediante, una escala Likert con 5 opciones:

Apoyo Total Percibido : ≤ 32 pts Escaso Apoyo ≥ 33 pts Apoyo Normal.

Apoyo Afectivo: < 15 Escaso apoyo. ≥ 16 Apoyo Normal.

Apoyo Confidencial: < 18 Escaso Apoyo. ≥ 19 Apoyo Normal.

Inventario de depresión de Beck

Dentro de cada grupo escoge una sola respuesta; aquella que mejor define cómo te has sentido en la última semana, incluyendo hoy.

1. Tristeza.

- 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste.
- 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
- 1. Me siento desanimado de cara al futuro.
- 2. siento que no hay nada por lo que luchar.
- 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

- 0. No me siento fracasado.
- 1. he fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
- 3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

- 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- 1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
- 3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

- 0. No me siento especialmente culpable.
- 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- 3. Me siento culpable constantemente.

6. Expectativas de castigo

- 0. No creo que esté siendo castigado.
- 1. siento que quizás esté siendo castigado.
- 2. Espero ser castigado.
- 3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Autodesprecio

- 0. No estoy descontento de mí mismo.
- 1. Estoy descontento de mí mismo.
- 2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
- 3. Me detesto.

8. Autoacusación

- 0. No me considero peor que cualquier otro.
- 1. me autocritico por mi debilidad o por mis errores.

2. Continuamente me culpo por mis faltas.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Idea suicidas

0. no tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2. Desearía poner fin a mi vida.
3. me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

0. No lloro más de lo normal.
1. ahora lloro más que antes.
2. Lloro continuamente.
3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

0. No estoy especialmente irritado.
1. me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2. me siento irritado continuamente.
3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social

0. No he perdido el interés por los demás.
1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
2. He perdido gran parte del interés por los demás.
3. he perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

0. tomo mis propias decisiones igual que antes.
1. Evito tomar decisiones más que antes.
2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal.

0. No creo tener peor aspecto que antes
1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

0. Trabajo igual que antes.
1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

0. Duermo tan bien como siempre.
1. No duermo tan bien como antes.
2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a

dormirme.

3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

0. No me siento más cansado de lo normal.

1. Me canso más que antes.

2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

0. Mi apetito no ha disminuido.

1. No tengo tan buen apetito como antes.

2. Ahora tengo mucho menos apetito.

3. he perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

0. No he perdido peso últimamente.

1. He perdido más de 2 kilos.

2. He perdido más de 4 kilos.

3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

0. No estoy preocupado por mi salud

1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.

2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.

3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Bajo nivel de energía

0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.

1. La relación sexual me atrae menos que antes.

2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.

3. He perdido totalmente el interés sexual.

RESULTADOS:

5 - 9 Existencia de altibajos que se consideran normales.

10 - 18 Depresión entre leve y moderada.

19 - 29 Depresión entre moderada y severa.

30 - 63 Depresión severa.

TEST DE MORISKY GREEN.

1.- ¿SE OLVIDA TOMAR ALGUNA VEZ LOS MEDICAMENTOS PARA SU DIABETES?.

- A) SI
- B) NO

2.- ¿OLVIDA TOMAR LOS MEDICAMENTOS A LA HORA INDICADA?.

- A) SI
- B) NO

3.- ¿CUANDO SE ENCUENTRA BIEN , DEJA USTED DE TOMAR SUS MEDICAMENTOS?.

- A) SI
- B) NO

4.- ¿SI ALGUNA VEZ SE ENCUENTRA MAL DEJA USTED DE TOMAR SUS MEDICAMENTOS?.

- A) SI
- B) NO

RESULTADOS:

Si el paciente contesta "SI" a cualquiera de las preguntas se calificará como INCUMPLIDOR.

Si el paciente contesta "NO" a todas las preguntas se calificará como CUMPLIDOR

18. REFERENCIAS

- 1.- Lauro RJ,Sánchez SJ,Barrios SP,GuerreroSV. Calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.Rev Med IMSS 2004;42(2):109-116.
- 2.- Vásquez MJ, Gómez DH, Fernández CS. Diabetes Mellitus en población adulta del IMSS.RevMedIMSS2006;44(1):13-26.
- 3.- Gaytan HA,García AG. El significado de la Diabetes Mellitus tipo 2 desde la perspectiva del paciente.Rev Med IMSS;2006 44 (6):113-120.
- 4.- Ponce SG.En busca de nuevos caminos en Diabetes Mellitus. RevMed IMSS.2002;40(2):93-94.
- 5.- Islas S. et al. Diabetes Mellitus.2° Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, 1999. pp.448.
- 6.- Garza EM,Calderón DC,Salinas MA, Núñez RG,Villarreal RE.Atribuciones y creencias sobre la diabetes Mellitus tipo 2.Rev Med IMSS 2003;44(6):465-472.
- 7.- Rodríguez MR,López CJ,Murguía MC, Hernández SJ, Martínez BM.Validez y consistencia del instrumento FANTASTIC para medir estilo de vida en diabéticos.Rev Med IMSS 2003;41 (3)211-220.
- 8.- Graber L. Manual de Medicina de Familia. 4ª.Ed. Mosby, pp.271-280.
- 9.- Trujillo GF,González CR,Munguía MC. Competencia clínica en Diabetes Mellitus.Rev Med IMSS 2002;40(6):467-472.
- 10.- Bustos SR, Bustos MA, Solís RM, Chávez CM, Aguilar NL. Control de la glucemia en diabéticos tipo 2. Rev Med IMSS 2005;43(5):393-399.
- 11.-Menbreño MJ, Zonana NA. Hospitalización de pacientes con diabetes mellitus.RevMed IMSS 2005;43(2):97-101.
- 12.- López CJ, Rodríguez MR. Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2.
- 13.- Viniegra VL. Las enfermedades crónicas y la educación.Rev Med IMSS 2006;44(1):47-59.

- 14.- Vazquez MJ, Gómez DH, Fernández CS. Diabetes Mellitus en población adulta del IMSS. RevMed IMSS 2006;44(1):13-26.
- 15.- Anaya OR, Carbajal SN, Charles HG, Hurtado DM, Mayor NH, Rojas RM, Sánchez ZL. Diabetes Mellitus y peso corporal como factores de riesgo para desarrollar cáncer de endometrio; un estudio de casos y controles. ArchMedFam 2002;4(4):121-126.
- 16.- Boschetti FB. La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. Archivos en Medicina Familiar 2004; 6 (3):61-63.
- 17.- Durán VBR, et al. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. Salud pública de México. 2001 43(3). P:233-23626.
- 18.- Arceaga DA, et al. Control de Pacientes con Diabetes. Rev Mex. Inst Mex Seguro Soc 2008;46(6):685-69.
- 19.- S. Minuchin , H.Ch. Fishman. Técnicas de Terapia Familiar. Edit PAIDOS. 2000. p:207.
- 20.- María Luisa Velasco, J.F. Julian Sinibaldi. Manejo del Enfermo Crónico y su Familia (sistemas, Historias y Creencias). Manual Moderno. 2001. p: 5, 195-219.
- 21.- Valderrama E. et al. Una visión crítica de las Escalas de valoración funcional traducidas al castellano. Rev. Esp Geriatr y Gerontol; 1997 32(5): 297-306.
- 22.- Torres Sánchez J. "FRECUENCIA EN EL APEGO EN EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DEL PACIENTE HIPERTENSO DE LA U.M.F. No. 20 DEL I.M.S.S.Méx. 2008;1-3826.
- 23.- Colunga RC, García AJ, Salazar EJ, Angel GM. Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México-2005. Rev. Salud Pública 10(1):137-139,2008.
- 24.- Mateos Y, Pérez CL, Márquez M, Brucilla S. Factores de Riesgo Psicosociales Asociados a Patologías Médicas en una población Geriátrica. <http://www.svmicongreso.org>
- 25.- http://es.wikipedia.org/wiki/Casificac%C3%B3n_de_Graffar".
- 26.- José Luis Huerta González . Medicina Familiar. Alfil. 2005. p:83-8432.
- 27.- Cid RJ, Damián MJ. Valoración de la discapacidad Física: el índice de Barthel. Rev Esp Salud Pública 1997;71 :127-137.

28.- Lara MC, Ponce DL. Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes. Rev Invest Clínica 2005 ;57 (5) 676-684.

29.- Arechalba MC, Miranda CC. Validación de una escala de Apoyo Social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de Hipertensión de la región Metropolitana. Cienc Enferm; 8 (1): 1-9.

30.- Fernández VA. Et al. Salud Autopercebida, Apoyo Social y Familiar de los pacientes con Enfermedad Obstructiva Crónica. Medifam 2001. 11(9):530-539.

31.- Gracia PAM, Et al.¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria?. Medicina de familia (And)1(1)2000:13-19.

32.- Villarreal RE, et al.Control de los pacientes con diabetes tratados sólo con esquema farmacológico. RevMedInstMex Seguro Soc 2006;44(4):303-308.

33.-López CJM, et al. Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2.Salud Pública de México. 48(3)2006:200-211.

34.- Melendez MJC, et al. Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista Manheim.Salud Pública de México. 49(6)2007:408-414.

35.- Areaga DA, et al. Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes. Rev Invest Clin 2005;57(5):676-684.

36.- Alpizar SM. Guía para el manejo integral del paciente diabético. México:Manual Moderno 2001.

37.- [http://:www.revistadiversitas.com.mx](http://www.revistadiversitas.com.mx).

38.- Barrantes MM. Dependencia Funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos.SaludPública de Méx.49(supl4)2007.S459-66.