



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA FAMILIAR No 47
LEÓN, GUANAJUATO

**PRINCIPALES FACTORES CONDICIONANTES DE NO ADHERENCIA
AL PROGRAMA DE ATENCION AL DIABETICO POR PARTE DEL
PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL PRIMER NIVEL DE
ATENCION.**

R-2010-1007-6

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JOSÉ GUADALUPE ARROYO PALOMARES

ASESOR DE TESIS

DR. RAÚL HERNÁNDEZ ORDOÑEZ

LEÓN, GUANAJUATO

2010



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.

**PRINCIPALES FACTORES CONDICIONANTES DE NO ADHERENCIA AL
PROGRAMA DE ATENCION AL DIABETICO POR PARTE DEL PACIENTE CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JOSÉ GUADALUPE ARROYO PALOMARES

A U T O R I Z A C I O N E S:

DRA. MARIA CRUZ LEAL REYES

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EM EL IMSS
UNIDAD MEDICA FAMILIAR No 47
LEÓN, GUANAJUATO

DR. RAÚL HERNANDEZ ORDÓÑEZ

ASESOR DE TESIS
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

DR. RAÚL HERNÁNDEZ ORDÓÑEZ

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

**PRINCIPALES FACTORES CONDICIONANTES DE NO ADHERENCIA AL
PROGRAMA DE ATENCION AL DIABETICO POR PARTE DEL PACIENTE CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JOSÉ GUADALUPE ARROYO PALOMARES

A U T O R I Z A C I O N E S:

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

LEÓN, GUANAJUATO

2010

AGRADECIMIENTOS: En la elaboración de este estudio intervinieron muchas personas que me brindaron su apoyo a través de múltiples formas: participación en la disponibilidad del tiempo de mis compañeros de trabajo que facilitaron las encuestas y dieron espacio a la confortabilidad del encuestado, a mi hermosa esposa con sus conocimientos de investigación, su paciencia y desvelos , sin menospreciar al gran apoyo de mi estimado profesor Dr., Raúl Hernández Ordóñez que con su experiencia logro mi objetivo tan ansiado de terminar mi estudio. A todos ellos les manifiesto mi más grande agradecimiento.

INDICE

Agradecimiento -----	1
Resumen -----	2
Antecedentes -----	3
Planteamiento del problema -----	9
Justificación -----	10
Objetivos -----	12
Material y métodos -----	13
Recursos -----	17
Aspectos éticos -----	18
Resultados -----	22
Discusión -----	43
Conclusión -----	45
Bibliografía -----	47
anexos -----	51

Resumen

Objetivo: Determinar los principales factores condicionantes de no adherencia al programa de atención al diabético por parte del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención en la Unidad Médica Familiar No 24 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad Manuel Doblado, Guanajuato.

Material y métodos: se realizó estudio transversal, descriptivo, observacional en 160 pacientes diabéticos de ambos sexos que acudieron a consulta y aceptaron participar, en el periodo de abril del 2010 a julio del 2010. El tamaño de la muestra se calculó para una proporción, considerando que el total de pacientes diabéticos en la Unidad Médica Familiar No. 24 es de 724, con un nivel de confianza del 95%, un alfa del 0.05, y una precisión del 3%, utilizando el Programa para Análisis Epidemiológico de Datos Tabulados EPIDAT Versión 3.0

La encuesta evaluó conocimientos y conductas de los diabéticos, factores relacionados con el desapego a la medicación, factores de adherencia relacionados con el paciente, riesgo relacionado con el vínculo médico paciente.

Resultados: se incluyeron 100 mujeres y 60 hombres; con promedio de edad 63.7 ± 10.6 años, un promedio de evolución de 9.3 ± 7.3 años, el 81.7% tiene un deficiente conocimiento de la enfermedad, de sus complicaciones e ignora las características de una dieta saludable y el plan de ejercicio, el 91.7% no tiene el hábito de la prevención a través del auto cuidado de: los pies, la piel y de los dientes, respecto a la medicación el 84.4% consideran demasiados medicamentos y el 56.21% toma los medicamentos al mismo tiempo, en cuanto a los factores de adherencia relacionados con el paciente el 85% ignora que le causó la enfermedad, el 57% niega estar enfermo y en el 61% la presencia de limitaciones a su estilo de vida y función sexual, referente a la relación médico paciente respectivamente ocuparon el 72.5% el médico emite recomendaciones en cuanto a su tratamiento y del tiempo empleado para su atención insuficiente.

Principales factores condicionantes de no adherencia al programa de atención al diabético por parte del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención.

ANTECEDENTES

El término Diabetes Mellitus (DM) describe un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción.¹

Se considera pre diabetes a la glucosa anormal de ayuno y la intolerancia a la glucosa, que sea de manera aislada o combinados. La glucosa anormal de ayuno: se refiere al hallazgo de una concentración de glucosa en ayunas, por arriba del valor normal (>100 mg/dl) pero, por debajo del valor necesario para diagnósticas la diabetes (<126 mg/dl). Intolerancia a la glucosa se refiere al hallazgo de concentración elevada de glucosa plasmática, 2 horas después de tomar 75 g de glucosa, por arriba del valor normal (>140 mg/dl) pero por debajo del valor necesario para diagnosticas diabetes (< 200 mg/dl).

Según la Asociación Americana de Diabetes (ADA), la diabetes mellitus tipo 1 es: una deficiencia de insulina por lesiones de las células beta del páncreas. Incluye sujetos con anticuerpos contra células beta, con anticuerpos a la descarboxilasa del ácido glutámico.

La diabetes mellitus tipo 2: es causada por una disminución de la sensibilidad a la insulina; se desarrolla en la adultez en individuos obesos y físicamente inactivos.

Diabetes gestacional: incluye cualquier alteración de la glucosa que se presenta durante el embarazo, en el 30% de los casos desaparece con el parto y el 70% restante desarrollará diabetes a lo largo de su vida.

Se entiende por control metabólico el logro de los niveles de glucosa plasmática en ayuno entre 80 y 110 mg/dl. Marcando así un elemento cuantitativo de evaluación para el manejo eficaz de la terapia global del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2.²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cumplimiento o adherencia terapéutica como la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones médicas, pero quizás la ya clásica definición de Haynes y Sackett sea más completa al definirlo como la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por su médico, esta segunda definición es aceptada por el programa de acción específico 2007-2012 de la secretaria de salud.³

En 2007 la International Federation of Diabetes publicó la revisión actualizada de sus guías de atención catalogándolas en tres niveles: la atención mínima que pretende conseguir objetivos de tratamiento con recursos limitados de fármacos personal y tecnología, la atención estándar que ofrece atención integral a toda persona con diabetes Mellitus tomando en cuenta la evidencia costo efectiva y el nivel de aceptación del usuario y, la atención integral en la que se propone utilizar recursos considerables que garanticen una mejora en la calidad de vida y son proporcionados en espacios sanitarios de alto nivel.⁴

La asociación latinoamericana de diabetes publicó su guía global basada en la educación y nutrición para el logro de un buen control, con el propósito de optimizar el costo efectividad y costo beneficio; esta guía establece como propósitos: lograr el control metabólico, prevenir las complicaciones, cambiar la actitud del paciente, mejorar la calidad de vida y asegurar la adherencia al tratamiento proponiendo un plan educativo y plan alimentario.¹

La sociedad Europea de cardiología y la asociación europea para el estudio de la diabetes han desarrollado conjuntamente guías de práctica clínica, donde el

objetivo primordial es control de la glucemia basado en el control de peso, tratamiento farmacológico y control de la dieta.⁵

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cuenta con una guía de atención para la población diabética donde emite las recomendaciones con objeto de establecer criterios estandarizados para el escrutinio, diagnóstico, prevención, tratamiento de la enfermedad, detección oportuna y manejo de las complicaciones.²

La epidemia de la diabetes mellitus (DM) es reconocida por la OMS (Organización Mundial de la Salud) como una amenaza mundial. Se calcula que en el mundo existen más de 180 millones de personas con diabetes y es probable que esta cifra aumente a más del doble para el 2030. En 2005 se registraron 1.1 millones de muertes debidas a la diabetes, de las cuales alrededor de 80% ocurrieron en países de ingresos bajos o medios, que en su mayoría se encuentran menos preparados para enfrentar esta epidemia.⁶

En México, en 2006, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) informó una prevalencia de 9.5%, 20% mayor que 5 años antes⁷. En un periodo de 5 años, la incidencia de diabetes creció 35%.⁸ La diabetes mellitus es la primera causa de muerte tanto en el ámbito nacional como en el IMSS y se estima que la tasa de mortalidad crece 3% cada año.⁹ La secretaria de salud ubica a la diabetes mellitus en el primer lugar en número de defunciones por año; las tasas de mortalidad muestran una tendencia ascendente en ambos sexos, con más de 60 mil muertes y 400,000 casos nuevos anuales.¹⁰

México enfrenta problemas diversos que limitan la eficacia de los programas institucionales para contención de esta enfermedad. Destacan por su importancia el insuficiente abasto de medicamentos, equipo inadecuado y obsoleto en las unidades de salud, la inaccesibilidad a exámenes de laboratorio, deficiencias en el sistema de referencia y contra referencia de pacientes, limitaciones de los servicios de apoyo psicológico, nutricional, nula promoción de

actividad física y escasa supervisión de los servicios para alcanzar la adherencia terapéutica.¹¹

Un estudio llevado a cabo en el Hospital de Especialidades CMN siglo XXI, mostró que 57.3% de la población estudiada al azar, padece algún tipo de dislipidemia y no tiene diagnóstico, además de que entre un 40 y un 48% de estos casos ya tiene resistencia a la insulina. Sorprende el hecho de que la principal dislipidemia sea la hipoalfalipoproteinemia, seguida de la hipertrigliceridemia y, como tercera causa la hipercolesterinemia.¹²

En la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No 3 del IMSS evaluaron con un estudio retrospectivo de revisión del expediente electrónico la no adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos, que se asoció al uso de mas de trece formas solidas orales y a la obesidad; y los altos niveles de hiperglucemia asociados al tiempo de evolución en años de diabetes.¹³

El boletín de práctica médica en su número de agosto de 2006, publicó los lineamientos para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 y recomienda las campañas de detección para captar derechohabientes afectados antes de la manifestación de los síntomas, ya que en los primeros 4 años de evolución puede pasar inadvertida; hasta los 10 años de evolución es factible de control con monoterapia; es a partir de este periodo en que se hace necesaria la terapia combinada y el uso de insulina después de 16 años de evolución y en aquellos casos que cursan con descontroles continuos, las complicaciones asociadas no se hacen esperar.¹⁴ La ADA publica en 2009 que es recomendable el uso simultáneo de cambios de estilo de vida con terapia farmacológica y ajustar de acuerdo a resultados.

Pérez Cuevas y Reyes Morales, evaluaron la utilidad de las guías de práctica clínica y demostraron que la población atendida con esquemas de intervención guiada mejoró su condición metabólica, mientras que quienes

recibieron atención rutinaria aumentaron sus valores de descontrol en la vigilancia de hemoglobina glucosilada.¹⁵

Casas y Viniegra Osorio, en un estudio realizado por la coordinación de Unidades Médicas de Alta especialidad (UMAEs), analizaron las guías disponibles en nuestro país para el manejo de diferentes enfermedades, incluida la diabetes; reconocieron la labor del IMSS al ser pionero en el desarrollo de dichos instrumentos, estudiaron el potencial de las guías y señalaron las ventajas en la mejora de la calidad de la atención, la difusión del conocimiento científico, optimización de los recursos y lineamientos para un marco legal de la práctica médica.¹⁶

En la UMF 51 IMSS delegación Jalisco, se realizó un estudio sobre “descontrol glucémico asociado al estilo de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2”, concluyendo que la mala adherencia a la terapéutica es la segunda causa de descontrol, a penas superada por una nutrición inadecuada que se ubica en el primer lugar. ¹⁷

La Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Diabetes mellitus tipo 2 en el Primer Nivel de Atención del IMSS, se encuentra apegada a las indicaciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. Existen diferencias mínimas entre ellas, por ejemplo: la sugerencia de la norma de mantener el plan de manejo no farmacológico hasta por 6 meses como mínimo para permitir al paciente su adherencia, ¹⁸ mientras que la guía institucional no marca un tiempo definido, dicta su inicio de acuerdo a la disposición del sujeto a modificar su estilo de vida y la presencia o no de comorbilidad.²

La Norma Oficial Mexicana en su apartado 11.3.7 especifica, que una vez alcanzado el control óptimo se intente el regreso al plan no farmacológico y el uso de medicamentos sea solo un plan auxiliar y no la base del manejo.¹⁸ La guía

institucional es más específica en cuanto a los lineamientos de manejo subsecuente del paciente con diabetes mellitus y en ambos instrumentos las recomendaciones para la referencia a segundo nivel son muy semejantes. En base a dicho análisis la guía resulta altamente confiable para utilizarse para el diagnóstico, tratamiento y control de los pacientes con DM, ya que no contrapone los lineamientos para la política nacional de salud.

La Coordinación de Programas Integrados de Salud Delegacional del IMSS reportó que solo el 24% de los diabéticos acuden con cita previa, cifra muy inferior a la meta estimada de 60%, cabe señalar que dicho indicador se calcula con aquellos que acuden con cita de 12 hrs o más de anticipación e incluye los que tienen indicación de su médico familiar, los promovidos por la asistente médica y a solicitud del propio derechohabiente, lo cual se interpreta como una mayor población que está fuera del lineamiento ya que, todo paciente con enfermedad crónica debe tener un seguimiento rígido de su plan de tratamiento.¹⁹ Dentro del indicador “porcentaje de pacientes con control adecuado de DM2 en medicina familiar” las cifras de los últimos meses reflejan una productividad de 14.1% muy inferior a la meta de referencia que pide un mínimo de 30%.²⁰

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la Unidad de Medicina Familiar No. 24 de Manuel Doblado Guanajuato el seguimiento de los pacientes diabéticos es irregular ya que se ajusta a la necesidad personal, e incluso el descontrol metabólico es elevado, por ende, la población es susceptible de sufrir complicaciones asociadas que ponen en detrimento su calidad de vida.²⁰

De acuerdo al análisis de indicadores al mes de mayo del 2009 se observa que, el 14.1% de los pacientes con Diabetes Mellitus que acuden a consulta registran cifras de glucosa menores a 126 mg/dl, los índices de atención al paciente diabético en medicina familiar muestran varias deficiencias respecto a los indicadores, en promedio solo el 80 %, de los derechohabientes diabéticos se les registro el peso corporal, al 9% se le practico un registro de glicemia en su ultima consulta y menos del 1 % recibió un registro de revisión de los pies.²¹ Lo anterior denota la necesidad de estimular entre los médicos familiares el uso de la guía de practica clínica como herramienta de apoyo y la adecuada información a los derechohabientes para solicitar una evaluación completa en su consulta.

De lo anterior, surge la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los Principales factores condicionantes de no adherencia al programa de atención al diabético por parte del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención en la Unidad Medica Familiar No. 24 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Cd Manuel Doblado, Guanajuato?

JUSTIFICACION

La Diabetes Mellitus es una enfermedad incurable, socialmente costosa que vulnera a la población mundial, que tiene una alta incidencia en la población mexicana.

En la opinión de expertos, los mayores problemas en la práctica clínica usual y del control metabólico de los pacientes con diabetes son:

Ausencia de un lenguaje y objetivos comunes entre el trabajador de la salud y el paciente.

A pesar de los esfuerzos y el alto costo de la capacitación el impacto sigue siendo desfavorable.

Elevados costos de la atención por la cronicidad y los escasos resultados que arrojan.

Desaliento en el paciente por expectativas médicas que parecen inalcanzables.

Oferta exagerada de soluciones sin esfuerzo y productos milagro.

Falta de apego al tratamiento.

En el 2007, el comité de educación en diabetes fundación IMSS publicó que ha logrado que la cobertura de atención a derechohabientes diabéticos entre un 70% a 85 % a través del programa PREVENIMSS y entre un 15 y un 30% de la población diabética del IMSS no acude a las unidades de primer nivel de atención por distintas razones (no están especificadas) y reconoce como alternativa el que un derechohabiente informado apoya mejor su auto cuidado.²²

La adherencia terapéutica es importante para evaluar la evolución clínica, ya que una alianza entre el paciente y el médico es necesaria para el éxito del tratamiento. La falta de adherencia al tratamiento implica grandes erogaciones económicas. Los factores de riesgo para la no adherencia terapéutica son los relacionados con el paciente, la enfermedad, el médico tratante, el lugar donde se prescribe el tratamiento y el medicamento.

El presente estudio permitirá identificar en la población diabética tipo 2 de Ciudad Manuel Doblado, todas aquellas condiciones que dificultan el éxito en su control terapéutico, catalogadas en siete apartados que analizan: los conocimientos y conductas, redes de apoyo, la medicación, vínculo médico paciente y uso de prácticas de control. Los resultados permitirán diseñar estrategias para mejorar el nivel de información y participación activa del enfermo en su tratamiento, dar un valor agregado a los resultados planeados en el proceso de atención y control del diabético y, explotar los recursos institucionales disponibles a favor de una atención de calidad con impacto social.

La consulta de primer nivel de atención puede influir de forma trascendente en: la motivación del enfermo y el auto cuidado, basados en un nivel óptimo de información, a su vez, de forma indirecta facilitará el grado más alto de aceptación hacia las prácticas medicas guiadas por protocolos basados en evidencias y el médico familiar puede propiciar las condiciones de mejora con el uso de la guía de práctica clínica como herramienta de apoyo.

La propuesta a ofertar, es el fomento a la educación para la salud, basada en un nivel de información tan amplia como cada enfermo lo requiera; hasta obtener de él la convicción de que ningún tratamiento garantiza la salud, en tanto, el enfermo no acepte su condición de vulnerabilidad y se perciba como primer responsable de su salud.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se propondrá la implementación de estrategias para incidir en los factores de no adherencia, y con ello favorecer una mejor atención médica y así lograr un mejor control glucemico de los pacientes diabéticos y postergar en lo posible las complicaciones inherentes de la enfermedad.

OBJETIVOS

GENERAL

Determinar los principales factores condicionantes de no adherencia al programa de atención al diabético por parte del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención en la Unidad Medica Familiar 24 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Cd Manuel Doblado, Guanajuato.

ESPECÍFICOS.

Identificar los factores condicionantes de desapego del programa de atención al diabético por parte de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, por sexo.

Reconocer los factores condicionantes de desapego del programa de atención al diabético por parte de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, por escolaridad.

Relacionar los factores condicionantes de desapego del programa de atención al diabético por parte de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, con el estado civil.

MATERIAL Y MÉTODOS.

a) Tipo de estudio.

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, observacional.

b) Lugar y Tiempo.

La investigación se llevo a cabo en la Unidad Medica Familiar No. 24 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Cd Manuel Doblado, Guanajuato. Durante el periodo de Abril a Julio 2010.

c) Población

Derechohabientes adscritos a la Unidad Medica Familiar No. 24, con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.

d) Muestreo.

No probabilístico, por simple disponibilidad.

Tamaño de la muestra.

Se calculó el tamaño de la muestra para una proporción, considerando que el total de pacientes diabéticos en la Unidad Medica Familiar No. 24 es de 724, con un nivel de confianza del 95%, un alfa del 0.05, y una precisión del 3%, utilizando el Programa para Análisis Epidemiológico de Datos Tabulados EPIDAT Versión 3.0, el tamaño de la muestra es de **160 pacientes**.

e) Criterios de selección.

Criterios de Inclusión.

Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 con descontrol metabólico.

Sin complicaciones secundarias a Diabetes Mellitus tipo 2.

Con al menos 2 años de diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.

Criterios de exclusión.

Aquellos que no acepten contestar la encuesta.

Aquellos que cursen con enfermedades psiquiátricas o trastornos mentales.

Criterios de eliminación

Los que contesten en forma incompleta la encuesta.

d) Variables

Variable de estudio: Factores condicionantes de desapego al programa de atención al diabético. Se definen éstos como los elementos que contribuyen a que se produzca una evolución favorable o desfavorable de una patología específica.

La no adherencia se define como la falta recurrente o habitual de las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas dadas por un prestador de servicios de salud independientemente del número de indicaciones que se transgredan.

El Programa de atención al diabético es un facilitador de proceso de organización de la atención, escrutinio, diagnóstico, prevención, tratamiento, detección y manejo de las complicaciones de la diabetes basado en evidencias que emite recomendaciones que permiten el desempeño eficiente de la actividad profesional.

Conocimiento y conducta ante enfermedad: es la facultad que tiene el enfermo de comprender y conocer su padecimiento para asumir un comportamiento responsable con objeto de mejorar su condición de salud.

Medidas de auto cuidado: Se observa en virtud del interés que se pone en aceptar una serie de prácticas con la finalidad de mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar el bienestar.

Procedimientos de práctica regular para control de la diabetes: Es una serie de acciones que se realizan para aceptar la ejecución de actividades de forma continua siguiendo una regla, permite dar continuidad a un proceso encaminado a alcanzar un control metabólico.

El vínculo médico paciente es la disposición por parte del prestador de servicios de salud a brindar su apoyo en forma humana y sensible, primer pilar en que descansa el nivel de satisfacción del usuario.

Redes de apoyo: se define como el conjunto de relaciones que se forman durante la vida con personas organizadas para una acción común, están encaminadas al dar protección y auxilio para satisfacer necesidades de socialización, cuidado, afecto y estatus.

Tipo de variables, escalas y unidades de medición.

Variable	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
Conocimientos y conducta ante la enfermedad	Cualitativa	Nominal	Nunca/Casi nunca / casi siempre / siempre
Medidas de auto cuidado	Cualitativa	Nominal	Nunca/Casi nunca / casi siempre / siempre
Procedimientos de practica regular para control de la diabetes	Cualitativa	Nominal	Nunca/Casi nunca / casi siempre / siempre
Redes de apoyo	Cualitativa	Nominal	Nunca/Casi nunca / casi siempre / siempre
Factores de no adherencia relacionados con el paciente	Cualitativa	Nominal	Nunca/casi nunca/ casi siempre /siempre
Factores de no adherencia relacionados con la medicación	Cualitativa	Nominal	Nunca/casi nunca/ casi siempre /siempre
Factores de riesgo relacionados con el vínculo médico-paciente	Cualitativa	Nominal	Nunca/casi nunca/ casi siempre /siempre

Método de recolección. Encuesta directa al paciente.

Instrumento de recolección.

El instrumento fue validado con una prueba piloto de 20 encuestas donde se eliminaron los ítems que mostraban información duplicada y se rediseñaron aquellos que resultaron de difícil comprensión, quedando un instrumento en forma expreso para evaluar los factores de desapego al programa de atención al paciente con Diabetes Mellitus tipo 2; el instrumento consta de 44 ítems dividido en siete apartados: factores relacionados con el conocimiento y conducta ante enfermedad (7 ítems), medidas de auto cuidado (8 ítems), procedimientos de practica regular para control de la diabetes (4 ítems), redes de apoyo (7 ítems), factores de no adherencia relacionados con la medicación (5 ítems), factores de no adherencia relacionados con el paciente (9 ítems) y, factores de riesgo relacionados con el vinculo medico paciente(4 ítems). El instrumento tiene una escala de evaluación tipo lickert compuesta por opciones que dan como respuesta 1 NUNCA, 2 CASI NUNCA, 3 CASI SIEMPRE Y 4 SIEMPRE. Tiene un puntaje mínimo de 44 puntos y un puntaje máximo de 179, para evaluación del nivel de apego se estableció el siguiente puntaje Nada de apego (44 a 77 puntos), poco apego (78-111), mediano apego (112-145), y alto apego (146-179).

Procedimiento metodológico

Todo paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 que solicitó atención médica en la Unidad de Medicina Familiar No. 24, Cd Manuel Doblado y que tuvo descontrol metabólico se le invitó a participar en el estudio explicando previamente el objetivo del mismo, se obtuvo la firma del consentimiento informado (anexo 1); aquellos que aceptaron a participar se les pidió contestar el instrumento de medición (anexo 2); posteriormente se capturó la información de los pacientes en una base de datos creada en Excel para finalmente dar manejo con estadística descriptiva.

f) Análisis estadístico.

Se capturaron los datos en una hoja de cálculo de Excel y se realizó el análisis de los mismos, mediante el empleo de estadística descriptiva y tablas de frecuencias.

Recursos.

a) Materiales.

Material de escritorio y papelería, 2 paquetes de 500 hojas marca office papel multifuncional /láser 3 tintas color negro 1 de color para datos estadísticos y computadora personal marca VAIO Sony e impresora de inyección de tinta marca Canon y modelo Multipass MP360 y programas estadísticos.

b) Humanos.

Alumno del tercer año del Curso de especialización en Medicina Familiar, modalidad semipresencial y asesor metodológico.

e) Económicos.

Los gastos que se originaron de la investigación correrán por cuenta del investigador.

ASPECTOS ÉTICOS.

La presente investigación no presenta ningún riesgo ya que los procedimientos no implican intervención por parte del investigador. El estudio es una encuesta transversal, donde básicamente se aplicara un cuestionario el cual se encuentra previamente validado. De acuerdo a los establecido en la norma de ética médica de consentimiento informado y en las recomendaciones emitidas por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en 2001, en su recomendación numero 2 establece solicitar “Consentimiento Informado antes de una investigación con riesgo o para ser sujeto de un proyecto de investigación”, y difundido en la “Carta de los Derechos Generales de los Pacientes” de la cual forma parte el IMSS.²³⁻²⁴

Se realizara la entrevista solo con la firma del formato de consentimiento informado por parte del paciente, ya que acorde al artículo 17 fracción II del **reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud**, se considera una investigación sin riesgo.²⁵

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial

Principios básicos para toda investigación medica. ²⁶

1. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

2. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Cuando el menor de edad puede en efecto dar su consentimiento, éste debe obtenerse además del consentimiento de su tutor legal.

3. Al investigar, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

4. El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental. Este debe enviarse, para consideración, comentario, consejo, y cuando sea oportuno, aprobación, a un comité de evaluación ética especialmente designado, que debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. Se sobreentiende que ese comité independiente debe actuar en conformidad con las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación experimental. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. El investigador también debe presentar al comité, para que la revise, la información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio.

5. El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso, y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.

6. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente. La responsabilidad de los seres humanos debe recaer siempre en una persona con capacitación médica, y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

7. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios previsibles para el individuo o para otros. Esto no impide la participación de voluntarios sanos en la investigación médica. El diseño de todos los estudios debe estar disponible para el público.

8. Los médicos deben abstenerse de participar en proyectos de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos

inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.

9. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para el individuo. Esto es especialmente importante cuando los seres humanos son voluntarios sanos.

10. La investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.

11. Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.

12. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

13. En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para obtenerlo debe ser documentado formalmente ante testigos.

14. Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está

vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación. Cuando la persona sea legalmente incapaz, o inhábil física o mentalmente de otorgar consentimiento, o menor de edad, el investigador debe obtener el consentimiento informado del representante legal y de acuerdo con la ley vigente. Estos grupos no deben ser incluidos en la investigación a menos que ésta sea necesaria para promover la salud de la población representada y esta investigación no pueda realizarse en personas legalmente capaces.

15. Si una persona considerada incompetente por la ley, como es el caso de un menor de edad, es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el investigador debe obtenerlo, además del consentimiento del representante legal.

16. La investigación en individuos de los que no se puede obtener consentimiento, incluso por representante o con anterioridad, se debe realizar sólo si la condición física/mental que impide obtener el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. Las razones específicas por las que se utilizan participantes en la investigación que no pueden otorgar su consentimiento informado deben ser estipuladas en el protocolo experimental que se presenta para consideración y aprobación del comité de evaluación. El protocolo debe establecer que el consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

17. Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados. Se deben publicar tanto los resultados negativos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y cualquier posible conflicto de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

RESULTADOS.

De los 160 pacientes estudiados 62.5% (100) fueron mujeres y 37.5% (60) hombres, el promedio de edad 63.7% \pm 10.7 años, con rango de 33 a 88 años de edad.

El 68.7% (110) estudios de primaria, 22 % (35) analfabetas, 8.1% (13) secundaria, 0.6% (1) bachillerato y el 0.6% (1) profesional.

El 82.5% (132) estaba casado, 15.6% (25) viudo, 1.25%(2) viven en unión libre, 0.63% (1) es soltero.

En relación al conocimiento sobre la diabetes se observa que en general es bajo, tanto globalmente como por sexo, escolaridad y estado civil. En la evaluación global se observa que en la descripción del tratamiento que reciben es donde más conocimientos hay, 43.7% (70) lo conocen, pero no llega a la mitad. Mientras que en la evolución por sexo se mantiene aún la misma tendencia. En el cuadro 1 se observan los resultados completos.

Cuadro 1. Promedio del porcentaje de conocimientos sobre la diabetes mellitus global y por sexo

VARIABLE	EVALUACIÓ		EVALUACIÓN POR SEXO			
	N GRAL.		HOMBRES		MUJERES	
	n	%	n	%	n	%
Definen que es la diabetes	24	15	10	16.66	14	14
Conoce los niveles de glucosa de control	39	24.37	12	20	27	27
Describe en que consiste una dieta saludable	30	18.7	9	15	21	21
Conoce síntomas de descontrol	24	15	10	16.66	14	14
Conoce complicaciones de la diabetes	29	18.12	10	16.66	19	19
Conoce en que consiste el plan de autocuidado	34	21.25	14	23.33	20	20
Describe en que consiste su tratamiento farmacológico	70	43.75	27	45	43	43

Fuente: Encuesta

Al analizar los conocimientos sobre diabetes mellitus por escolaridad se observa, como es de esperarse que a mayor escolaridad mayor nivel de conocimiento. Cuadro (2)

Cuadro 2. Promedio del porcentaje de conocimientos sobre la diabetes mellitus por escolaridad										
VARIABLES	analfabeta		primaria		secundaria		Bachillerato		Licenciatura	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Definen que es la diabetes	0	0	15	13.6 3	7	53.8 4	1	100	1	100
Conoce los niveles de glucosa de control	2	5.71	23	20.9 0	7	53.8 4	1	100	1	100
Describe en que consiste una dieta saludable	0	0	23	20.9 0	6	46.1 5	0	0	1	100
Conoce síntomas de descontrol	1	2.85	19	17.2 7	4	30.7 6	0	0	0	0
Conoce complicaciones de la diabetes	2	5.71	22	20	5	38.4 6	0	0	0	0
Conoce en que consiste el plan de autocuidado	2	5.71	27	24.5 4	4	30.7 6	0	0	1	100
Describe en que consiste su tratamiento farmacológico	6	17.1 4	55	50	7	53.8 4	1	100	1	100

Fuente: Encuesta

De los conocimientos sobre diabetes mellitus por estado civil el grupo más representativo es de casados, sin embargo el porcentaje de pacientes que tiene conocimientos de la diabetes mellitus es menor al 50%. (Cuadro 3)

Cuadro 3. Promedio del porcentaje de conocimientos sobre la diabetes mellitus por estado civil										
VARIABLES	Soltero		Casado		Viudo		Divorciado		Unión Libre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Definen que es la diabetes	1	100	23	17.4 2	0	0	0	0	0	0
Conoce los niveles de glucosa de control	1	100	35	26.5 1	3	12	0	0	0	0
Describe en que consiste una dieta saludable	1	100	27	20.4 5	2	8	0	0	0	0
Conoce síntomas de descontrol	1	100	20	15.1 5	3	12	0	0	0	0
Conoce complicaciones de la diabetes	1	100	24	18.1 8	4	16	0	0	0	0
Conoce en que consiste el plan de autocuidado	1	100	30	22.7 2	3	12	0	0	0	0
Describe en que consiste su tratamiento farmacológico	1	100	60	45.4 5	9	36	0	0	0	0

Sobre las medidas de autocuidado en la evaluación global se observa que los aspectos que mayor cuidan son: realizar sus comidas con horario, mantener su trabajo habitual, realizar su actividad física y llevar una dieta equilibrada en lo posible. Estos mismos resultados se observan en la evaluación por sexo (Cuadro 4).

Cuadro 4. Promedio del porcentaje sobre medidas de autocuidado la diabetes mellitus global y por sexo

VARIABLE	EVALUACIÓ		EVALUACIÓN POR SEXO			
	N GRAL.		HOMBRES		MUJERES	
	n	%	n	%	n	%
Tienen cuidados periodontales	7	4.3	3	5	4	4
Tienen cuidados de los pies	12	7.5	6	10	6	6
Realiza sus comidas con horario	52	32.5	16	26.66	36	36
Tienen cuidados de la piel	19	11.87	7	11.66	12	12
Se checan su glucosa periférica	22	13.75	9	15	13	13
Trabajan habitualmente	72	45	29	48.33	43	43
Realizan actividades físicas	48	30	25	41.66	23	23
Llevan su dieta equilibrada	31	19.37	14	23.33	17	17

Fuente: Encuesta

En la evaluación del autocuidado por escolaridad, se observa la misma tendencia que con los conocimientos, es decir, a mayor escolaridad mayor autocuidado por el paciente. (Cuadro 5)

Cuadro 5. Promedio del porcentaje de medidas de autocuidado sobre la diabetes mellitus por escolaridad										
VARIABLES	analfabeta		primaria		secundaria		Bachillerato		Licenciatura	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tienen cuidados periodontales	1	2.85	2	1.81	4	30.76	0	0	0	0
Tienen cuidados de los pies	1	2.85	6	5.45	4	30.76	0	0	1	100
Realiza sus comidas con horario	10	28.57	33	30	8	61.53	0	0	1	100
Tienen cuidados de la piel	5	14.28	9	8.18	4	30.76	0	0	1	100
Se checan su glucosa periférica	4	11.42	15	13.63	3	23.07	0	0	0	0
Trabajan habitualmente	14	40	48	43.63	9	69.23	1	100	0	0
Realizan actividades físicas	5	14.28	33	30	8	61.53	1	100	1	100
Llevar su dieta equilibrada	1	2.85	21	19.09	7	53.84	1	100	1	100

Fuente: Encuesta

El autocuidado de acuerdo al estado civil “casado”, es el más representativo del grupo, los mayores cuidados son en el horario de las comidas y realización de actividad física. (Cuadro 6)

Cuadro 6. Promedio del porcentaje de medidas de autocuidado sobre la diabetes mellitus por estado civil										
VARIABLES	Soltero		Casado		Viudo		Divorciado		Unión Libre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tienen cuidados periodontales	0	0	6	4.54	1	4	0	0	0	0
Tienen cuidados de los pies	0	0	10	7.57	2	8	0	0	0	0
Realiza sus comidas con horario	1	100	46	34.84	4	16	0	0	1	50
Tienen cuidados de la piel	0	0	16	12.12	3	12	0	0	0	0
Se checan su glucosa periférica	1	100	19	14.39	2	8	0	0	0	0
Trabajan habitualmente	1	100	66	50	4	16	0	0	1	50
Realizan actividades físicas	1	100	44	33.33	3	12	0	0	0	0
Llevan su dieta equilibrada	1	100	29	21.96	1	4	0	0	0	0

Fuente: Encuesta

De los procedimientos de práctica para el control de la diabetes, en el análisis global, se observó que 91.2% (146) de los pacientes acuden a resurtir su tratamiento, de estos 93% (93) mujeres y 88.3% (53) hombres; cabe resaltar que tanto en forma global como en el análisis por sexo el abasto institucional del tratamiento médico es de 85.6% (137). (Cuadro 7)

Cuadro 7. Promedio del porcentaje de procedimientos de práctica para control de la diabetes global y por sexo

VARIABLE	EVALUACIÓN GRAL.		EVALUACIÓN POR SEXO			
			HOMBRES		MUJERES	
	n	%	n	%	n	%
Acuden a cita para resurtir tratamiento de control	146	91.25	53	88.33	93	93
Usan medicina alternativa	21	13.12	9	15	12	12
Abasto regular de su tratamiento institucional	137	85.62	53	88.33	84	84
Usan medicina de patente no institucional	4	2.5	2	3.33	2	2

Fuente: Encuesta

Al analizar la tendencia de acuerdo a escolaridad, se puede ver que el nivel de mayor afluencia a resurtir tratamiento es alto en todos los niveles escolares; Asimismo, el abasto de medicamentos también es adecuado y proporcionado en forma regular. Por lo que es menor el uso de medicina alternativa o de medicina de patente. (Cuadro 8)

Cuadro 8. Promedio del porcentaje de procedimientos de práctica para control de la diabetes por escolaridad

VARIABLES	analfabeta		primaria		secundaria		Bachillerato		Licenciatura	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Acuden a cita para resurtir tratamiento de control	31	88.57	102	92.72	11	84.61	1	100	1	100
Usan medicina alternativa	6	17.14	13	11.81	1	7.69	0	0	1	100
Abasto regular de su tratamiento institucional	32	91.42	92	83.63	10	76.92	1	100	1	100
Usan medicina de patente no institucional	1	2.85	1	0.90	1	7.69	0	0	1	100

Fuente: Encuesta

Sobre los procedimientos de práctica para control de la diabetes mellitus en relación al estado civil se puede observar una buena práctica en todas las categorías. (Cuadro 9)

Cuadro 9. Promedio del porcentaje de procedimientos de práctica para control de la diabetes por estado civil

VARIABLES	Soltero		Casado		Viudo		Divorciado		Unión Libre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Acuden a cita para resurtir tratamiento de control	1	100	120	90.90	24	96	0	0	1	50
Usan medicina alternativa	0	0	20	15.15	1	4	0	0	0	0
Abasto regular de su tratamiento institucional	0	0	116	87.87	19	76	0	0	2	100
Usan medicina de patente no institucional	0	0	3	2.27	1	4	0	0	0	0

Fuente: Encuesta

De las redes de apoyo a nivel global, 78.8% (126) tienen apoyo familiar, en 68.1% (109) hay empatía con su médico tratante, llama la atención la tendencia al abandono o depresión en el 38.8% (62) y una pobre participación en grupos formados de autocuidado, ya que únicamente el 6.9%(11) es el que pertenece o participa en estos grupos. En el análisis por sexo se refirió apoyo familiar en 83.3% (50) de los hombres y en 76% (76) de las mujeres, la tendencia al abandono predomina más en mujeres con una 42%(42) que en hombres 33.33%(20), respecto a la empatía con medico tratante 71%(71) de mujeres y 61.6% (37) de los hombres la manifiestan. (Cuadro 10)

Cuadro 10. Promedio del porcentaje de las redes de apoyo global y por sexo

VARIABLE	EVALUACIÓN GRAL.		EVALUACIÓN POR SEXO			
			HOMBRES		MUJERES	
	n	%	n	%	n	%
Empatía con su medico tratante	109	68.12	37	61.66	71	71
Nivel económico sustentable	124	77.5	48	80	76	76
Tienen glucómetro	29	18.12	11	18.33	18	18
Pertenecen a un programa de grupos autocuidado	11	6.87	5	8.33	6	6
Son independientes	112	70	42	70	70	70
Tienen apoyo familiar	126	78.75	50	83.33	76	76
Tienen tendencia a la depresión o abandono	62	38.75	20	33.33	42	42

Fuente: Encuesta

De las redes de apoyo por grado escolar, se obtuvo que 69% (76) de primaria y el 48.6% (17) de los analfabetas son independientes; 68.6% (24) de analfabetas tienen tendencia a la depresión o al abandono; la empatía con su médico tratante es mayor en primaria con un 33.6%(37); el grado escolar poco influye en el nivel económico; a mayor grado escolar menor tendencia al apoyo familiar. (Cuadro 11)

Cuadro 11. Promedio del porcentaje de las redes de apoyo por escolaridad										
VARIABLES	analfabeta		primaria		secundaria		Bachillerato		Licenciatura	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Empatía con su medico tratante	18	51.4	37	33.6	9	69.2	1	100	1	100
		2		3		3				
Nivel económico sustentable	24	68.5	52	47.2	11	84.6	1	100	1	100
		7		7		1				
Tienen glucómetro	3	8.57	22	20	3	23.0	0	0	1	100
						7				
Pertenecen a un programa de grupos autocuidado	1	2.85	7	6.36	3	23.0	0	0	0	0
						7				
Son independientes	17	48.5	76	69.0	11	84.6	1	100	1	100
		7		9		1				
Tienen apoyo familiar	30	85.7	87	79.0	11	84.6	1	100	1	100
		1		9		1				
Tienen tendencia a la depresión o abandono	24	68.5	33	30	5	38.4	0	0	0	0
		7				6				

Fuente: Encuesta

Las redes de apoyo en relación al estado civil, se observa que el casado tiene una empatía con su médico tratante 69.7%(92), un nivel sustentable del 81.8%(108) y el 79.54%(105) tienen apoyo familiar al igual que una tendencia a la depresión en un 34.84% (46). (Cuadro 12)

Cuadro 12. Promedio del porcentaje de las redes de apoyo por estado civil										
VARIABLES	Soltero		Casado		Viudo		Divorciado		Unión Libre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Empatía con su medico tratante	1	100	92	69.69	15	60	0	0	1	50
Nivel económico sustentable	0	0	108	81.81	14	56	0	0	2	100
Tienen glucómetro	1	100	26	19.69	2	8	0	0	0	0
Pertenecen a un programa de grupos autocuidado	0	0	9	6.81	2	8	0	0	0	0
Son independientes	1	100	98	74.24	12	48	0	0	1	50
Tienen apoyo familiar	1	100	105	79.54	19	76	0	0	1	50
Tienen tendencia a la depresión o abandono	0	0	46	34.84	15	60	0	0	1	50

Fuente: Encuesta

De los factores de no adherencia relacionados con la medicación, a nivel global 84.3%(135) consideran demasiados medicamentos, 56.2% (90) toman el medicamento al mismo tiempo y el 34.3%(55) no toman el medicamento al sentirse bien; En el análisis por sexo, no existe diferencia importante al considerarse demasiados los medicamentos ingeridos, 78.3% (47) en hombres y 88% (88) en mujeres; en relación al conocimiento de los efectos indeseables del tratamiento recibido, solo 7% (7) de las mujeres y 10%(6) de hombres los conocen. (Cuadro 13)

Cuadro 13. Promedio del porcentaje de los factores de no adherencia relacionados con la medicación, global y por sexo

VARIABLE	EVALUACIÓN GLOBAL		EVALUACIÓN POR SEXO			
			HOMBRES		MUJERES	
	n	%	n	%	n	%
Consideran demasiados medicamentos	135	84.3	47	78.33	88	88
Toman al mismo tiempo los medicamentos	90	56.25	33	20.62	57	57
Conocen efectos indeseables de los medicamentos	13	8.12	6	10	7	7
Olvidan la toma de los medicamentos	18	11.25	4	6.66	14	14
No toman los medicamentos al sentirse bien	55	34.37	16	26.66	39	39

Fuente: Encuesta

En el análisis por escolaridad de los factores de no adherencia relacionados con la medicación, los analfabetas consideran demasiados medicamentos 97% (34), 71.4% (25) toman los medicamentos al mismo tiempo; en primaria 84.5% (93) consideran demasiados los medicamentos en tanto que el 52.7% (58) los toman al mismo tiempo; en cuanto al olvido y conocer los efectos indeseables no tiene diferencia en los grupos escolares ya que son pocos los que conocen los efectos indeseables y los toman al mismo tiempo. Y en cuanto al no tomarlos al sentirse bien 40% (14) en analfabetas y 32.7% (36) a nivel primaria. (Cuadro 14)

Cuadro 14. Promedio del porcentaje de los factores de no adherencia relacionados con la medicación por escolaridad										
VARIABLES	Analfabeta		primaria		secundaria		Bachillerato		Licenciatura	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Consideran demasiados medicamentos	34	97.14	93	84.54	7	53.84	1	100	0	0
Toman al mismo tiempo los medicamentos	25	71.42	58	52.72	6	46.15	0	0	1	100
Conocen efectos indeseables de los medicamentos	1	2.85	9	8.18	3	23.07	0	0	0	0
Olvidan la toma de los medicamentos	4	11.42	14	12.72	0	0	0	0	0	0
No toman los medicamentos al sentirse bien	14	40	36	32.72	4	30.76	0	0	1	100

Fuente: Encuesta

En relación con la medicación por estado civil, los casados 82.5% (109) consideran demasiados medicamentos, 57.5% (76) los toma al mismo tiempo y el 7.6% (10) conocen efectos indeseables, por otra parte en los viudos, 96% (24) consideran demasiados medicamentos y el 48% (12) toma los medicamentos al mismo tiempo, 8% (2) respectivamente conocen los efectos indeseables y olvidan tomar los medicamentos. (Cuadro 15)

Cuadro 15. Promedio del porcentaje de los factores de no adherencia relacionados con la medicación por estado civil										
VARIABLES	Soltero		Casado		Viudo		Divorciado		Unión Libre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Consideran demasiados medicamentos	0	0	109	82.57	24	96	0	0	2	100
Toman al mismo tiempo los medicamentos	0	0	76	57.57	12	48	0	0	2	100
Conocen efectos indeseables de los medicamentos	1	100	10	7.57	2	8	0	0	0	0
Olvidan la toma de los medicamentos	0	0	16	12.12	2	8	0	0	0	0
No toman los medicamentos al sentirse bien	0	0	45	34.09	9	36	0	0	1	50

Fuente: Encuesta

Analizando globalmente los factores de adherencia relacionados con el paciente, 82% (131) se siente motivado a cumplir con su tratamiento, 72% (115) considera importante hacer ejercicio, 33.2% (53) se ha sentido deprimido después de diagnosticado su enfermedad y el 37% (59) conocen la dieta que hay que llevar. En relación al sexo, 43% consideran estar enfermos y saben que necesitan para su tratamiento tanto en hombres como en mujeres; éstas últimas están más motivadas que los hombres en llevar el tratamiento y hacer ejercicio; el hombre ha podido realizar con menos complicaciones sus relaciones sexuales, 39%(39) de las mujeres se han sentido deprimidas después de diagnosticada la enfermedad y el hombre en un 23.3%(14). (Cuadro 16)

Cuadro 16. Promedio del porcentaje de los factores de adherencia relacionados con el paciente global y por sexo

VARIABLE	EVALUACIÓN GRAL.		EVALUACIÓN POR SEXO			
			HOMBRES		MUJERES	
	n	%	n	%	n	%
Considera estar enfermo y sabe que necesita estar en tratamiento	69	43.12	26	43.33	43	43
Se siente motivado para cumplir con el tratamiento	131	81.87	43	71.66	88	88
Consideran importante realizar ejercicio	115	71.87	44	73.33	71	71
Se han sentido deprimidos después de diagnosticada su enfermedad.	53	33.16	14	23.33	39	39
Existen limitaciones a sus actividades diarias	97	60.6	36	60	61	61
Han presentado cambios en su estilo de vida después del diagnóstico de la enfermedad	108	67.5	42	70	66	66
A partir de la enfermedad se han sentido ansiosos e intranquilos	42	26.25	12	20	30	30
Han podido reiniciar sus actividades sexuales sin complicaciones	51	31.87	26	43.33	25	25
Conocen la dieta que hay que llevar para su enfermedad	59	36.87	23	38.33	36	36

Fuente: Encuesta

En relación a los factores de adherencia relacionados con el paciente por estado escolar, en 83% (29) de los analfabetas existen limitaciones para sus actividades diarias, 71.4% (25) se siente motivado a cumplir con el tratamiento, 31.4% (11) se han sentido deprimidos después de diagnosticado su enfermedad, 11.4% (4) han podido realizar su vida sexual sin complicaciones; en primaria y secundaria entre el 80% y 90% se sienten motivados a cumplir con su tratamiento, 36% (40) de primaria se ha sentido deprimido después de diagnosticado la enfermedad, en tanto que el 15%(2) en secundaria, en cuanto a los cambios en el estilo de vida a mayor grado escolar mayor es el cambio de estilo de vida . (Cuadro 17).

Cuadro 17. Promedio del porcentaje de los factores de adherencia relacionados con el paciente por escolaridad										
VARIABLES	analfabeta		primaria		secundaria		Bachillerato		Licenciatura	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Considera estar enfermo y sabe que necesita estar en tratamiento	11	31.4	50	45.4	7	53.8	0	0	1	50
Se siente motivado para cumplir con el tratamiento	25	71.4	92	83.6	12	92.3	1	50	1	50
Consideran importante realizar ejercicio	16	45.7	85	77.2	12	92.3	1	50	1	50
Se han sentido deprimidos después de diagnosticada su enfermedad.	11	31.4	40	36.3	2	15.3	0	0	0	0
Existen limitaciones a sus actividades diarias	29	82.8	65	59.0	3	23.0	0	0	0	0
Han presentado cambios en su estilo de vida después del diagnóstico de la enfermedad	20	57.1	79	71.8	8	61.5	1	50	0	0
A partir de la enfermedad se han sentido ansiosos e intranquilos	12	34.2	28	25.4	2	15.3	0	0	0	0
Han podido reiniciar sus actividades sexuales sin complicaciones	4	11.4	39	35.4	8	61.5	0	0	0	0
Conocen la dieta que hay que llevar para su	5	14.2	43	39.0	11	84.6	0	0	0	0

enfermedad	8	9	1						
------------	---	---	---	--	--	--	--	--	--

Fuente: Encuesta

De los factores de adherencia relacionados con el paciente por estado civil, 42% (55) de los casados considera estar enfermo y sabe que necesita estar en tratamiento, 82.5% (109) se siente motivado para cumplir con su tratamiento, el 33% se ha sentido deprimido una vez diagnosticada la enfermedad, el 41% conoce la dieta que debe de llevar para su enfermedad, en cambio el viudo el 44% (11) considera estar enfermo y sabe que necesita estar en tratamiento, 80% (20) se siente motivado a cumplir con su tratamiento, 88% (22) se ha sentido deprimido después de diagnosticada su enfermedad, 12% (3) conoce la dieta que debe de llevar para su enfermedad. (Cuadro 18)

Cuadro 18. Promedio del porcentaje de los factores de adherencia relacionados con el paciente por estado civil

VARIABLES	Soltero		Casado		Viudo		Divorciado		Unión Libre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Considera estar enfermo y sabe que necesita estar en tratamiento	1	100	55	41.66	11	44	0	0	2	100
Se siente motivado para cumplir con el tratamiento	1	100	109	82.57	20	80	0	0	1	50
Consideran importante realizar ejercicio	1	100	95	71.96	17	68	0	0	2	100
Se han sentido deprimidos después de diagnosticada su enfermedad.	0	0	44	33.33	22	88	0	0	1	50
Existen limitaciones a sus actividades diarias	0	0	77	58.33	19	76	0	0	1	50
Han presentado cambios en su estilo de vida después del diagnóstico de la enfermedad	1	100	90	68.18	15	60	0	0	2	100
A partir de la enfermedad se han sentido ansiosos e intranquilos	0	0	34	25.75	7	28	0	0	1	50
Han podido reiniciar sus actividades sexuales sin complicaciones	1	100	46	34.84	3	12	0	0	1	50
Conocen la dieta que hay que llevar para su	1	100	54	40.93	3	12	0	0	1	50

enfermedad				0					
------------	--	--	--	---	--	--	--	--	--

Fuente: Encuesta

De los factores relacionados con el vínculo médico-paciente, tenemos que en forma global, el médico da recomendaciones sobre su tratamiento en un 72%, sin existir diferencia por sexo, 59% (95) considera que son claras y oportunas esas recomendaciones, el 53% (85) refirió que el médico es receptivo a las dudas e inquietudes. (Cuadro 19)

Cuadro 19. Promedio del porcentaje de los factores relacionados con el vínculo médico paciente global y por sexo

VARIABLE	EVALUACIÓN GLOBAL		EVALUACIÓN POR SEXO			
	N GRAL.		HOMBRES		MUJERES	
	n	%	n	%	n	%
El médico le da recomendaciones sobre su tratamiento	116	72.5	43	71.66	73	73
Son claras y oportunas esas recomendaciones	95	59.37	37	61.66	58	58
Es suficiente el tiempo empleado en esas explicaciones	44	27.5	19	31.66	25	25
El médico es receptivo a sus dudas e inquietudes	85	53.12	39	65	46	46

Fuente: Encuesta

De los factores relacionados con el vínculo médico-paciente por escolaridad, el 77.2% (85) en primaria, 77% (10) en secundaria y el 57% (20) en analfabetas mencionó que el médico da recomendaciones sobre su tratamiento, 28.6% (19), 66.3% (73) de primaria, y 85% (11) de secundaria de los analfabetas, consideró que fueron claras y oportunas esas recomendaciones. Se observa que a mayor grado escolar, e mejor la percepción en cuanto al tiempo que se les dedica para dar explicaciones referentes a su enfermedad, no habiendo diferencia en que médico sea receptivo a sus dudas e inquietudes. (Cuadro 20)

Cuadro 20. Promedio del porcentaje de los factores relacionados con el vínculo médico paciente por escolaridad										
VARIABLES	analfabeta		primaria		secundaria		Bachillerato		Licenciatura	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
El médico le da recomendaciones sobre su tratamiento	20	57.14	85	77.2	10	76.9	0	0	1	100
Son claras y oportunas esas recomendaciones	10	28.6	73	66.3	11	84.6	0	0	1	100
Es suficiente el tiempo empleado en esas explicaciones	5	14.3	35	31.8	4	30.7	0	0	0	0
El médico es receptivo a sus dudas e inquietudes	14	40	61	55.4	9	69.2	0	0	1	100

Fuente: Encuesta

Con relación al vínculo medico-paciente, analizado de acuerdo al estado civil, 73.4% (97) de los casados, 68% (17) de los viudos considera que el medico les da recomendaciones sobre su tratamiento, son claras y oportunas para 64% (84) de casados y 40%(10) de los viudos y 32.5% (43) casados. (Cuadro 21)

Cuadro 21. Promedio del porcentaje de los factores relacionados con el vinculo medico paciente por estado civil										
VARIABLES	Soltero		Casado		Viudo		Divorciado		Unión Libre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
El medico le da recomendaciones sobre su tratamiento	1	100	97	73.48	17	68	0	0	1	50
Son claras y oportunas esas recomendaciones	1	100	84	63.63	10	40	0	0	0	0
Es suficiente el tiempo empleado en esas explicaciones	0	0	43	32.57	1	4	0	0	0	0
El medico es receptivo a sus dudas e inquietudes	1	100	74	56.06	10	40	0	0	0	0

Fuente: Encuesta

El nivel de adherencia global fue mayor en poca adherencia con el 82%(131), y por sexo en hombres 88%(53), y el 78%(78) en mujeres, ver cuadro 22.

Cuadro 22. Nivel de adherencia global y por sexo

NIVEL DE ADHERENCIA	EVALUACIÓN GRAL.		EVALUACIÓN POR SEXO			
	n	%	HOMBRES		MUJERES	
			n	%	n	%
Nula Adherencia	2	1.0	0	0	2	2
Poca Adherencia	131	82.0	53	88.0	78	78

Mediana Adherencia	27	17.0	7	12.0	20	20
Alta Adherencia	0	0	0	0	0	0

Fuente Encuesta.

Por escolaridad el nivel primaria con poca adherencia con un 80.90%(89), y el 97.14%(34) de los analfabetas. Ver cuadro 23.

NIVEL DE ADHERENCIA	analfabeta		primaria		secundaria		Bachillerato		Licenciatura	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nula Adherencia	1	2.85	1	0.90	0	0	0	0	0	0
Poca Adherencia	34	97.14	89	80.90	7	53.84	1	100	0	0
Mediana Adherencia	0	0	20	18.18	6	46.15	0	0	1	100
Alta Adherencia	0	0	0		0	0	0	0	0	0

Fuente: Encuesta

En cuanto a la adherencia por estado civil los casados presentaron el 81.06%(107) de poca adherencia, y un 18.18% (24) presentaron mediana adherencia. Ver cuadro 24.

NIVEL DE ADHERENCIA	Soltero		Casado		Viudo		Divorciado		Unión Libre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nula Adherencia	0	0	1	0.75	1	4	0	0	0	0
Poca Adherencia	0	0	107	81.06	22	88	0	0	2	100
Mediana Adherencia	1	100	24	18.1	2	8	0	0	0	0

				8						
Alta Adherencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Encuesta

DISCUSIÓN

El apego al tratamiento es importante para lograr el control metabólico deseado, en los pacientes con DM2. Una alianza terapéutica entre el paciente y el médico tratante es necesaria para el éxito del control de la enfermedad. La falta de apego implica, además de grandes erogaciones económicas para las instituciones de salud y el país, una pobre calidad de vida, y alteraciones en la dinámica familiar y social.

García M, Luna M y cols.²⁷, estudiaron los factores asociados a la adherencia al tratamiento del paciente con DM2, y encontraron que el cambio de conducta, el apoyo familiar y el estado civil son los principales factores que influyen en el apego al tratamiento. En nuestro estudio, aunque la población se auto define con un estilo de vida sustentable, carece de actitud para el cambio en las técnicas de vigilancia y auto cuidado, nivel de sedentarismo y calidad de la dieta; en relación al apoyo familiar, la percepción de los pacientes coincide con lo reportado en dicho estudio.

Medel y González^{*28}, al estudiar los estilos de vida y adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con DM2, encontraron que la población en general desconoce las causas y los efectos de la diabetes, así como el papel de una dieta de calidad. Así mismo, reportan la falta de interés del auto cuidado, como la falta de apoyo familiar para el control. En relación al desconocimiento de la enfermedad, falta de interés por el auto cuidado y por una dieta saludable, los resultados coinciden con los de nuestro estudio, en donde predomina el desconocimiento de la enfermedad, de los beneficios del tratamiento farmacológico, la dieta y el ejercicio.

Martínez P y Moreno G ²⁹, al igual que Medel y González, encontraron los mismos resultados de nuestro estudio en relación a la pobre conducta hacia el cuidado en la dieta. Así también, reportan la administración de medicamentos como un factor de no apego, aunque en menor proporción a los encontrados por nosotros. La familia aporta un alto nivel de apoyo, mejor percibido entre mujeres que en varones, con una relación inversamente proporcional al nivel de escolaridad.

Zuart AR, y cols ³⁰. En su estudio sobre adherencia a hipoglucemiantes en diabéticos de una unidad médica familiar del estado de Chiapas, analizaron (7) variables dentro de las cuales coincidieron con nuestro estudio tres de ellas (sexo, estado civil y escolaridad). Reportan un alto nivel de empatía en la relación medico-paciente (82%) respecto a un 72% de nuestro estudio; para ellos dicha aceptación se basa en un alto nivel de satisfacción en las recomendaciones, comunicación y tiempo por consulta todos con una calificación por arriba del 80%, por el contrario, en nuestro estudio dichas variables están en detrimento: solo el 27% percibe como adecuado el tiempo de consulta, y menos del 60% califican positivamente la comunicación con el medico la claridad de las recomendaciones.

CONCLUSIÓN

El realizar un estudio observacional para conocer la influencia de los factores que inciden en un bajo nivel de adherencia al tratamiento en los pacientes diabéticos basado en un instrumento tipo cuestionario nos ha permitido extraer las siguientes conclusiones:

1. El nivel de conocimiento sobre diabetes en general es bajo para todas las categorías y se ve altamente influido por el nivel de escolaridad.

2. En la evaluación de las prácticas de autocuidado la eficacia se inclina por las prácticas de alimentación y adopción de la actividad física en su estilo de vida, falta un análisis más detallado que mida el impacto con los índices de sobrepeso y obesidad.

3. El parámetro evaluado con un impacto significativamente positivo es el relacionado con los procedimientos de práctica para el control de la diabetes, con porcentajes por arriba del 80% en visitas médicas y abasto farmacológico. Llama la atención este resultado si retomamos la primera de que estamos analizando datos de una población que se encuentra en deficiente control de su padecimiento.

4. Las redes de apoyo de manera global son aceptables, pero queda un significativo grupo vulnerable que vive en condiciones de abandono o depresión con mayor incidencia entre las mujeres y los analfabetas.

5. El analfabetismo influye altamente en la deficiente adherencia a la medicación más que cualquiera otra característica demográfica así como el estado de viudez.

6. Las condiciones inherentes al paciente reflejan un alto nivel de motivación para cumplir su tratamiento, sin embargo los analfabetas perciben una mayor limitación para desempeñar sus actividades cotidianas, los viudos tienen un alto índice de depresión.

7. La relación medico-paciente no parece influir de manera significativa para un estrato en particular. Nuevamente los analfabetas tienen un índice inferior de satisfacción con el tiempo y calidad de información que reciben durante su consulta.

No sorprende que los grupos más vulnerables para caer en desapego sean aquellos con menor grado de escolaridad. Un hallazgo relevante es el alto porcentaje de pacientes que se definen desmotivados, deprimidos y con algún grado de abandono.

La utilidad de las prácticas médica holísticas queda de manifiesto para incrementar la eficacia de los esquemas terapéuticos más allá de la atención fisiológica, el nuevo reto es atender las necesidades psicoafectivas que se alteran de la misma forma que sucede la dolencia corporal.

En conclusión, el medico familiar debe reorientar a sus objetivos, a mejorar el nivel de información en forma clara y accesible, orientado al padecimiento, y a los cambios de vida saludable, resaltado su importancia y, optimizando el tiempo de consulta por paciente.

ANEXOS

ANEXO 2 CUESTIONARIO PARA DETERMINAR LOS PRINCIPALES FACTORES DE NO ADHERENCIA AL PROGRAMA
DE ATENCION AL DIABETICO POR PARTE DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION

NOMBRE				
AFILIACIÓN				
EDAD:	SEXO: 1.-FEMENINO		2.-MASCULINO	
ESTADO CIVIL:	1.-SOLTERO/A	2.-CASADO/A	3.-VIUDO/A	4.-DIVORCIADO/A 5.-UNIÓN LIBRE
ESCOLARIDAD:	1.-ANALFABETA	2.-PRIM. COMPLETA	3.- PRIM. INCOMPLETA	4.-SECUND. COMPLETA
	5.-SECUND. INCOMPLETA	6.-BACH. COMPLETO	7.-BACH. INCOMPLETO	8.-PROFESIONAL

AÑOS DE DX DE DM2

FACTORES RELACIONADOS CON EL CONOCIMIENTO Y CONDUCTAS ANTE ENFERMEDAD				
	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1.-PUEDE DEFINIR QUE ES LA DIABETES				
2.-CONOCE LOS NIVELES DE GLUCOSA QUE DEBE MANEJAR				
3.-PUEDE DESCRIBIR UNA DIETA SALUDABLE				
4.-CONOCE LOS SINTOMAS DE DESCONTROL (MINIMO 4)				
5.-CONOCE LAS COMPLICACIONES QUE PUEDE PADECER				
6.-CONOCE UN PLAN DE AUTOCAUIDADO				
7.-PUEDE DESCRIBIR EN QUE CONSISTE SU PLAN FARMACOLOGICO				

MEDIDAS DE AUTOCAUIDADO

8.-CAUIDADO PERIODONTAL				
9.-CAUIDADO DE LOS PIES				
10.-CALENDARIZACIÒN DE COMIDAS				
11.-CAUIDADO DE LA PIEL				
12.-MONITOREO DE GLUCOSA CAPILAR EN AYUNO				
13.-TRABAJO HABITUAL				
14.-ACTIVIDAD FISICA				
15.-CALIDAD DE LA DIETA, VARIEDAD Y PORCIONES				

PROCEDIMIENTOS DE PRÁCTICA REGULAR PARA SU CONTROL

16.-CITA PARA RESURTIR TRATAMIENTO				
17.-USO DE MEDICINA ALTERNATIVA				
18.-ABASTO FARMACOLOGICO REGULAR INSTITUCIONAL				
19.-USO DE MEDICINA DE PATENTE NO INSTITUCIONAL				

REDES DE APOYO

20.-EMPATIA CON SU MEDICO TRATANTE				
21.-NIVEL SOCIOECONOMICO SUSTENTABLE				
22.-DISPONE DE GLUCOMETRO				
23.-PERTENECE A ALGUN PROGRAMA DE GRUPOS AUTOCAUIDADO				
24.-NIVEL DE INDEPENDENCIA				
25.-VIVE CON FAMILIARES O DISPONE DE SU APOYO REGULAR				
26.-CONDICIONANTES PARA DEPRESIÒN ABANDONO O NEGACIÒN				

FACTORES DE NO ADHERENCIA RELACIONADOS CON LA MEDICACION

27.-CONSIDERA MUCHA LA CANTIDAD DE MEDICAMENTOS				
28.-SE TOMA TODOS LOS MEDICAMENTOS AL MISMO TIEMPO				
29.-CONOCE LOS EFECTOS INDECEABLES DE LOS MEDICAMENTOS				
30.-OLVIDA TOMAR LOS MEDICAMENTOS				
31.-CUÁNDO SE SIENTE BIEN NO LOS TOMA				

FACTORES DE NO ADHERENCIA RELACIONADOS CON EL PACIENTE

	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMP	SIEMPRE
32.-A CONSIDERADO QUE SE ENCUENTRA ENFERMO Y SABE QUE NECESITA PARA EL MANEJO DE SU ENFERMEDAD				
33.-SE HA SENTIDO MOTIVADO/A CUMPLIR CON EL TRATAMIENTO				
34.-CONSIDERA IMPORTANTE HACER EJERCICIO PARA SU ENFERMEDAD				
35.-SE HA SENTIDO DEPRIMIDO DESPUÉS DE HABER PRESENTADO LA ENFERMEDAD				
36.-CREE USTED QUE LA ENFERMEDAD LO HA LIMITADO EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS				
37.-A REALIZADO CAMBIOS EN SU ESTILO DE VIDA PARA MEJORAR SU EDO DE SALUD DESPUES QUE LE DIAGNOSTICARON LA ENFERMEDAD				
38.-A PARTIR DE SU ENFERMEDAD SE HA SENTIDO ANSIOSO O INTRANQUILO				
39.-DESPUES DE HABER PRESENTADO LA ENFERMEDAD, USTED HA PODIDO REINICIAR SU VIDA SEXUAL SIN COMPLICACIONES				
40.-CONOCE LA DIETA QUE HAY QUE SEGUIR PARA SU ENFERMEDAD				
FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL VINCULO MEDICO PACIENTE				
	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMP	SIEMPRE
41.-CONSIDERA QUE EL MEDICO LE DA LAS RECOMENDACIONES SOBRE SU TRATAMIENTO QUE DEBE SEGUIR				
42.-CONSIDERA QUE SON CLARAS Y OPORTUNAS LAS RECOMENDACIONES DADAS POR EL MEDICO EN CUANTO A SU TRATAMIENTO				
43.-HA CONSIDERADO EL TIEMPO EMPLEADO EN LA EXPLICACION DE LAS RECOMIENDACIONES COMO SUFICIENTE				
44.-CONSIDERA QUE EL MEDICO ES RECEPTIVO A SUS PREGUNTAS E INQUIETUDES SOBRE LA MEDICACION Y EL TRATAMIENTO				

Bibliografía

1. Asociación Latinoamericana de Diabetes. Guías ALAD de diagnóstico control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2(2006); pág. 12.
<http://www.revistaalad.com.ar/guias/GuiasALAD DMTipo2 v3.pdf>
2. Gil VLE, Domínguez SER, Sil AMJ, Parrilla OJI, Santillana HSP, Torres ALP. Guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención. 2009.
3. Secretaria de Salud 2008. Programa de acción específico 2007-2012.Diabetes mellitus.
4. Federación Internacional Diabetes .La Guía global para la diabetes tipo 2. 2006 ; septiembre Vol (51)
5. Grupo de trabajo sobre Diabetes y Enfermedades cardiovasculares de la sociedad Europea de Cardiología (ESC) y de la sociedad Europea para el estudio de la diabetes (EASD).Guías de práctica clínica sobre diabetes ,pre diabetes y enfermedades cardiovasculares :versión resumida. Rev Esp Cardiol 2007; 525.e1-e164
6. Organización Mundial de la Salud. Diabetes.OMS
http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/
7. Instituto Nacional de Salud Pública. Olaiz FG, Rivera DJ, Shamah LT, Rojas R, Villalpando HS, Hernández AM et.al. Encuesta Nacional de Salud Y Nutrición 2006.
8. Secretaria de Salud: México 2006.información para rendición de cuentas. Secretaria de Salud México,2007 consultado en <http://evaluación.salud.gob.mx>

9. Gutiérrez TG, Flores HS, Fernández GI, Martínez MO, Velazco MV, Fernández CS et.al. Estrategias de prestación de servicios preventivos. Rev Med IMSS 2006; 44(supl 1) : S3-S21
- 10 Secretaría de Salud. Estadísticas de mortalidad. Sistema Nacional de Información de salud.2005
<http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/>
- 11 Barriguet A, Aguilar C, Pérez A, García E, Lara A, Vázquez M et.al. Algoritmo Medico. Enlaces Médicos. FFMM IAP ISSN 1870-445x.2007
- 12 Munguía MC, Sánchez BRG, Hernández SD, Cruz LM. Prevalencia de Dislipidemia en una población de sujetos en apariencia sanos y su relación con la insulina. Salud Pública de Mexico.2008; 50 (5): 375-382.
- 13 Cairo TJ, Ávila JL, García JS, Gómez GH. Determinantes de adherencia terapéutica y control metabólico en pacientes ambulatorios con Diabetes mellitus tipo 2. Rev Mex de Ciencias Farmaceuticas.2008; Vol 39(4): 9-17.
- 14 Echeverría ZS. Las guías de práctica clínica y la eficiencia de la atención a la salud. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2009; 47 (1): 1-3.
- 15 Pérez CR, Reyes MH, Flores HS, Wachter RN. Efecto de una guía de práctica clínica para el manejo de la diabetes tipo 2. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (4): 353-360.
- 16 Constantino CP, Viniegra OA, Medècigo MC, Torres ALP, Valenzuela FA. El potencial de las guías de práctica clínica mejorar la calidad de la atención. Rev Med Mex Seguro Soc 2009; 47 (1): 103-108.

- 17 Gutiérrez E, Gutiérrez T. Descontrol Glucémico asociado al estilo de vida en pacientes con Diabetes mellitus Tipo 2. *Aten Fam.* 2008; 15 (2):45.
- 18 Secretaría de Salud. Proyecto de Modificación a la norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. Secretaría de Salud 2003.
- 19 Delegación Regional León Guanajuato. Indicadores de Medicina Familiar U.M.F. No 24 Ciudad Manuel Doblado. *Inst Mex del Seguro Soc.* 2009.
- 20 Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico de salud de la U.M.F No 24 Ciudad Manuel Doblado Guanajuato. 2009
- 21 Delegación Regional del Estado de Guanajuato. Indicadores de Desempeño de Medicina Familiar .*Inst Mex del Seguro Soc* 2009.
- 22 Comité de Educación en Diabetes Fundación IMSS, A. C. El papel del derechohabiente en la prevención y control de la diabetes mellitus. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*2007; 45 (2): 101-103.
- 23 Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, México 2001.
- 24 Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI. Código de Ética. México 2002.
- 25 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación.

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmi.html>

- 26 Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para la Investigación Ética que involucra Sujetos Humanos. 59ª Asamblea General de la WMA, Seúl; Octubre de 2008.
- 27 García M, Luna M. Factores asociados a la adherencia al tratamiento del Paciente con Diabetes Mellitus tipo 2. Aten Fam 2008; Vol 5 (2) marzo-abril: 46.
- 28 Medel RBC, González JL, Estilos de vida. Experiencia con la adherencia al tratamiento no farmacológico en Diabetes Mellitus. 2006; Index Enferm Vol 15:52-53.
- 29 Martínez AP, Moreno MG. Barreras para el apego al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Rev Salud Publica y Nutrición 2006 ; No 4.
- 30 Zuart AR, Ruiz MHJ, Vázquez CJL, Martínez TJ, Linaldi YF. Adherencia a hipoglucemiantes en diabéticos de una unidad médica familiar del estado de Chiapas. Revista de la Facultad de Salud publica y Nutrición 2010; Vol. 11(4).