



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
“GABRIEL MANCERA”

TESIS DE POSGRADO

**“MITOS Y CREENCIAS QUE INFLUYEN EN EL APEGO AL TRATAMIENTO DE
PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 DE LA UMF 28”**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA ESPECIALIDAD DE:

MEDICINA FAMILIAR

A L U M N A

DRA. LORENA PAOLA MERA MARTÍNEZ

ASESOR DE TESIS

DRA. IVONNE ANALÍ ROY GARCÍA

DR. JUAN GARCÍA MORENO



MÉXICO, D.F. FEBRERO 2013 No. REGISTRO: R-2013-3609-18



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.

HOJA DE AUTORIZACION DE TESIS

HOJA DE AUTORIZACION DE ASESORES DE TESIS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 28
"GABRIEL MANCERA"

INVESTIGADOR: DRA. LORENA PAOLA MERA MARTINEZ

TITULO:

"MITOS Y CREENCIAS QUE INFLUYEN EN EL APEGO AL TRATAMIENTO DE
PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA UMF 28"

DR. JUAN PABLO GARCIA TAVERA.

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.28
"GABRIEL MANCERA"

DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO

COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 "GABRIEL MANCERA"

ASESORA DE TESIS

DRA. IVONNE ROY GRACIA

MÉDICO FAMILIAR

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 "GABRIEL MANCERA"

**COMITÉ: Comité Local de investigación y Ética en Investigación en Salud 3609 H.
GRAL REGIONAL NUM 1 DF: Sur.**

ASESOR DE TESIS
DR. JUAN GARCIA MORENO
MEDICO FAMILIAR
PROFESOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

DEDICATORIAS

A MIS PADRES

Por su apoyo incondicional en estos años de la especialidad, por darme las herramientas para ser una mujer libre, independiente y feliz. A mi madre por ser una gran guerrera ante cualquier adversidad y enseñarme a luchar por lo que quiero y nunca dejarme vencer por mas grande que parezca las adversidades.

A MIS HERMANOS

Por su paciencia y apoyo, a mis hermanos que están cerca y los que viven lejos, particularmente a mi hermana favorita por su gran apoyo en mis actividades extracadémicas sin la cual mi camino en la residencia hubiera sido difícil.

A MIS AMIGAS

Por ser no solo mis compañeras y excelentes médicos, si no por ser mis amigas y terapeutas en momentos difíciles de mi vida. Porque dejan una gran huella en mi vida. Para mis amigas Nely, Denisse y Verónica. Además a mi prima Ana, por ser mi amiga, hermana y apoyo, y estar conmigo en los buenos y malos momentos de mi vida.

A MIS ASESORES DE TESIS

La Dra. Ivonne Roy y el Dr. Juan García, por su invaluable colaboración y experiencia, que me ayudaron a crecer profesionalmente y como persona, por hacerme mejor médico. No hay palabras para describir mi más sincero agradecimiento.

A DIOS

Por darme el don de la vida y arte de curar a los enfermos, por estar siempre a mi lado con su amor incondicional en los días de soledad. Solo te pido no deje de ser humanista. Mil Gracias “Por dejar huellas en el camino”.

TÍTULO

**“MITOS Y CREENCIAS QUE INFLUYEN EN EL APEGO
AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS TIPO
2 DE LA UMF 28”**

ÍNDICE

	No. Página
I. RESUMEN	8
1. MARCO TEÓRICO	
1.1 Antecedentes Generales	9
1.2 Antecedentes Específicos	10
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
3. JUSTIFICACIÓN	24
4. OBJETIVOS	
4.1 Objetivo General	25
4.2 Objetivos Específicos	25
5. MATERIAL Y MÉTODOS	26
6. RESULTADOS	
6.1 TABLAS Y GRAFICAS	27
7. DISCUSIÓN	38
8. CONCLUSIONES	39
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
10. ANEXOS	43

RESUMEN

TÍTULO: “MITOS Y CREENCIAS QUE INFLUYEN EN EL APEGO AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA UMF 28”

ALUMNA: DRA. LORENA PAOLA MERA MARTÍNEZ

Residente de Tercer Año de la Especialidad de Medicina Familiar de la UMF No. 28 Gabriel Mancera del IMSS. Email: dra_paolamera@yahoo.com.mx Celular: 044-55-3391-6869

ASESOR DE TESIS: DRA. IVONNE ANALI ROY GARCÍA/DR. JUAN GARCIA MORENO

ANTECEDENTES: La diabetes mellitus tipo 2, es una enfermedad crónica de importancia mundial debido a que constituye una epidemia, con una alta incidencia y prevalencia. En México constituye una de las principales causas de consulta, dentro del IMSS es el segundo motivo de consulta en Medicina Familiar y la principal demanda de atención en consulta de especialidades, por lo tanto es la enfermedad a la que se les asigna el mayor presupuesto dentro del IMSS. Esto debería ser reflejado en un control adecuado de la enfermedad y sin embargo es la principal causa de muerte. El mal control está vinculado con falta de apego terapéutico y los orígenes de esto incluyen una inadecuada relación médico-paciente, factores sociales, culturales y educativos. La falta de apego terapéutico en enfermedades crónicas como la diabetes es reportada, según la literatura, hasta de un 50%. En lo que respecta a los factores sociales-culturales y educativos, existe diferentes mitos y creencias relacionados con el conocimiento de la enfermedad, por qué se presenta, su evolución y tratamiento, que pueden influir en el apego terapéutico de la diabetes tipo 2.

OBJETIVO. Determinar si los mitos y creencias de los pacientes diabéticos influyen negativamente en el apego al tratamiento para el adecuado control de su enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODO. Se realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional, prolectivo y transversal. El presente estudio se realizó mediante el método de encuesta a pacientes adscritos a la UMF No. 28 del IMSS, que acudieron a atención médica de 4 consultorios de esta unidad, con la finalidad de describir los mitos y creencias respecto al tratamiento de la diabetes tipo 2 y el apego terapéutico, de acuerdo a los criterios de inclusión establecidos. La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de encuestas; “Ideas acerca del tratamiento de la Diabetes”, “Actividades acerca del tratamiento de la Diabetes” y Test de Morisky-Green, autoaplicables, con apoyo de asistentes médicas y médicos familiares de los consultorios seleccionados para resolver las dudas que surgieron previa capacitación del investigador.

RESULTADOS. Los mitos y creencias encontrados en más del 50% de los encuestados fueron respecto a la alimentación (75%), el ejercicio (63%), uso de insulina (58%) y la educación institucional (54%). Se encontró un desapego terapéutico en un 59.5% de los encuestados y un nivel de hemoglobina glucosilada de más del 7%.

CONCLUSIONES. La presencia de mitos y creencias si influye negativamente en el apego terapéutico de la diabetes mellitus tipo 2, en nuestra población estudiada.

PALABRAS CLAVES: Mitos, Apego terapéutico, Diabetes tipo 2, test de Morisky-Green, Ideas acerca del tratamiento de la Diabetes”, “Actividades acerca del tratamiento de la Diabetes”.

1. MARCO TEORICO

1.1 ANTECEDENTES GENERALES

La Diabetes es un grupo de enfermedades que se caracteriza por los altos niveles de glucosa en la sangre causados por defectos en la producción de insulina, en la acción de la insulina, o en ambas.¹ Constituye un síndrome con trastorno metabólico e hiperglucemia inadecuada causada por la deficiencia en la secreción de insulina o por la combinación de resistencia a dicha hormona y secreción inadecuada de la misma como compensación.²

➤ Clasificación

Según la NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes³. Con fines de diagnóstico y tratamiento se empleará la siguiente clasificación:

<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes Tipo 1 <ul style="list-style-type: none"> - Mediada inmunitariamente - Idiopática 	
<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes Tipo 2 	
<ul style="list-style-type: none"> • Otros tipos específicos: <ol style="list-style-type: none"> Defectos genéticos en la función de las células beta, que comprende varias entidades. <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Cromosoma 12, HNF-1 alfa (antes MODY 3) 1.2 Cromosoma 7, glucoquinasa (antes MODY 2) 1.3 Cromosoma 20, HNF-4 alfa (antes MODY 1) 1.4 Mutaciones puntiformes del DNA mitocondrial asociado a sordera 1.5 Otros Defectos genéticos en la acción de la insulina <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Resistencia a la insulina tipo A. 2.2 Leprecaunismo. 2.3 Síndrome Rabson-Mendenhall. 2.4 Diabetes lipoatrófica. 2.5 Otros. Enfermedades del páncreas exocrino <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Pancreatitis. 3.2 Trauma/pancreatectomía. 3.3 Neoplasia. 3.4 Fibrosis quística. 3.5 Hemocromatosis. 3.6 Pancreatopatía fibrocalculosa. 3.7 Otras. 	<ol style="list-style-type: none"> Diabetes inducida químicamente, o por drogas <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Vacor. 5.2 Pentamidina. 5.3 Ácido nicotínico. 5.4 Glucocorticoides. 5.5 Hormonas tiroideas. 5.6 Diazóxido. 5.7 Agonistas beta-adrenérgicos. 5.8 Tiazidas. 5.9 Otros. Infecciones <ol style="list-style-type: none"> 6.1 Rubéola congénita. 6.2 Citomegalovirus. 6.3 Otros. Diabetes poco común mediada inmunitariamente <ol style="list-style-type: none"> 7.1 Síndrome de "stiff-man". 7.2 Anticuerpos contra el receptor de insulina. 7.3 Otros. Otros síndromes genéticos, algunas veces asociados con diabetes <ol style="list-style-type: none"> 8.1 Síndrome Dawn. 8.2 Síndrome Klinefelter.

4. Endocrinopatías 4.1 Acromegalia. 4.2 Síndrome de Cushing. 4.3 Glucagonoma. 4.4 Feocromocitoma. 4.5 Hipertiroidismo. 4.6 Otras.	8.3 Síndrome Turner. 8.4 Síndrome Wolfram. 8.5 Otros.
<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes gestacional 	

La diabetes Tipo 2 es la forma más frecuente y es causada por la resistencia a la insulina con un defecto en la secreción compensatoria de la misma.²

1.2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

➤ Generalidades de la diabetes tipo 2

La diabetes tipo 2 representa entre el 90% al 95% de todos los casos diagnosticados de diabetes. Está asociada con diversos factores como la vejez, la obesidad, antecedentes de diabetes gestacional, inactividad física, y raza/origen étnico (afroamericanos, hispanos/ latinos, los indios norteamericano). El 70% de las mujeres que tuvieron diabetes gestacional desarrollarán diabetes tipo 2 en algún momento de su vida.¹

La diabetes tipo 2 es una epidemia y alcanzar las metas específicas para el control de la glucemia puede reducir sustancialmente la morbilidad, por lo que un tratamiento eficaz de la hiperglucemia es una prioridad.⁴

El estudio de The United Kingdom Prospective Diabetes Study, UKPDS, encontró tasas muy inferiores de complicaciones renales, oculares y del sistema nervioso en pacientes con control estrecho de la glucosa sanguínea. Además hubo una caída significativa en las muertes relacionadas con la diabetes. Los resultados del estudio confirman enfáticamente que el buen control de los niveles de azúcar en la sangre y de la presión sanguínea puede prevenir las complicaciones de la diabetes.⁵

Los últimos 30 años han sido testigos de un rápido aumento de la diabetes tipo 2. La Federación Internacional de Diabetes predice que el número total de personas con diabetes alcanzará los 380 millones para 2025.

Diferentes organizaciones concuerdan en que el control y manejo deben ser multidisciplinarios dado que el paciente diabético está inmerso en un patrón cultural, social y familiar que impide modificar actitudes ante la enfermedad, particularmente respecto al tipo de alimentación y la no realización de actividad física regular, que propician la aparición de lesiones micro o macrovasculares.⁶

Dada la complejidad de la diabetes mellitus tipo 2, el proceso educativo tiene un papel fundamental para el control del paciente diabético.⁶

Uno de los aspectos relevantes en el control de cualquier padecimiento crónico-degenerativo es que el paciente esté informado y conozca la enfermedad que padece y cómo controlarla, por ello se ha priorizado la participación de la educación en salud. Existen estudios que han demostrado que en los procesos educativos en los que el paciente diabético o hipertenso y su familia participan activamente, los resultados bioquímicos y antropométricos son positivos para un control adecuado.⁶

➤ **Epidemiología**

En el mundo existen alrededor de 171 millones de diabéticos y se estima que para el 2030 se llegará a 370 millones.⁷ En México, en 2006, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) informó una prevalencia de 9.5%, 20% mayor que 5 años antes. 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, que consume entre 4.7% y 6.5% del presupuesto para la atención de la salud.⁸

La diabetes es un problema relevante de salud que requiere una atención prioritaria en México, ya que su tendencia al incremento no ha sido impactada con los esfuerzos desarrollados.⁹ De acuerdo con las tendencias mundiales se ha estimado que para el 2025, México tendrá aproximadamente 11.7 millones de diabéticos.⁶

Es conveniente analizar los factores relacionados con la atención que se brinda a los enfermos por parte de la familia y de los servicios de salud, ya que el tratamiento de la diabetes constituye una condición permanente, lo que tiene implicaciones de costo económico considerable, así como de desgaste en las relaciones familiares.⁹

De acuerdo al Diagnóstico de Salud del 2010 de nuestra UMF 28, las estadísticas son concordantes a las reportadas a nivel nacional. La diabetes es la segunda causa de consulta, solo después de la Hipertensión arterial sistémica, representando el 16.27% (31,542 consultas) del total de consultas por ambos turnos. Del turno matutino, la diabetes, constituye 17553 consultas, mientras que del turno vespertino, 13989 consultas. Es más frecuente en los grupos de edad de 20 a 59 años y, de 60 y más años. La diabetes mellitus es la tercera causa de mortalidad en nuestra UMF 28.¹⁰

➤ **Criterios Diagnósticos**

El diagnóstico clínico se realiza en presencia de síntomas de hiperglucemia como son: poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, visión borrosa.⁸

Los pacientes con hiperglucemia con cifras de glucosa <180mg/dl suelen estar asintomáticos.⁸

El diagnóstico de diabetes, se debe establecer cuando ocurra cualquiera de las siguientes condiciones:⁸

- Glucosa plasmática en ayunas ≥ 126 mg/dl
- En una prueba de tolerancia a la glucosa, el valor a las 2 horas es ≥ 200 mg/dl.
- En presencia de síntomas de hiperglucemia o cuando la medición no se hizo en ayunas bastará la concentración de glucosa ≥ 200 mg/dl para hacer el diagnóstico.

Para confirmar el diagnóstico, será necesario que el resultado de la prueba se confirme con una medición en día distinto.⁸

La prueba de tolerancia a la Glucosa deberá ser realizada como fue descrito por la OMS, usando una carga de glucosa que contenga un equivalente a 75g de glucosa anhidra disuelta en agua.¹¹

Existe un grupo intermedio de sujetos cuyo nivel de glucemia no reúnen criterios para diabetes pero es muy alto como para considerarlo normal:

- **Prediabetes:** se considera a la glucosa anormal de ayuno y la intolerancia a la glucosa, ya sea de manera aislada o combinados.⁸
- **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 diagnosticar la diabetes (<126 mg/dl).⁸
- **Intolerancia la glucosa:** se refiere al hallazgo de concentración elevada de glucosa plasmática, 2 horas después de tomar 75 g de glucosa en agua, por arriba del valor normal (≥ 140 mg/dl); pero, por debajo del valor necesario para diagnosticar la diabetes (<200 mg/dl).⁸

➤ Criterios de Control

Las guías consultadas por la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención del IMSS, 2009 coinciden en señalar objetivos de HbA1c inferiores al 7% como meta de control. Se recomienda un control más estricto para personas con riesgo cardiovascular elevado o microalbuminuria.⁸

Los pacientes diabéticos con Hipertensión Arterial (HTA) deben ser tratados para alcanzar presión arterial sistólica de <130 mmHg y una presión arterial diastólica <80 mmHg. En paciente diabéticos con HTA y microalbuminuria el objetivo control debe ser $\leq 125/75$ mmHg.⁸

La reducción de colesterol total sérico reduce la mortalidad y los eventos coronarios tanto en prevención primaria como secundaria. Metas de tratamiento:⁸

- C-LDL: <100mg/dl (se recomienda niveles <70 mg/dl en pacientes diabéticos y enfermedad coronaria).
- C-HDL: >40 mg/dl en hombre y >50 mg/dl en mujer.
- Triglicéridos: <150 mg/dl

➤ **Complicaciones médicas de la Diabetes**

Desde que la insulina estuvo disponible en el mercado el número de muertes secundarias a complicaciones agudas de la Diabetes Mellitus ha disminuido de manera ostensible. Por otra parte, el número de complicaciones a largo plazo (con su consecuente producción de invalidez y muerte) ha aumentado como consecuencia de las secuelas degenerativas de la enfermedad.

Las complicaciones médicas secundarias a la DM se dividen tradicionalmente en dos grandes grupos: microvasculares y de grandes vasos. Las primeras se deben a que la enfermedad ataca y deforma los pequeños vasos, en especial aquellos que irrigan la retina, el riñón o el sistema nervioso, está última complicación, afectando tal vez a las extremidades de manera simétrica y se describen afecciones de una sola vía conductora, especialmente del nervio ciático, el obturador, el mediano o alguno de los pares craneales. Finalmente, se encuentra la afección de los nervios del sistema autónomo, lo que produce trastornos en el funcionamiento de los órganos del sistema digestivo y problemas relacionados con la presión arterial. Además, la neuropatía puede provocar disfunción sexual. Otras manifestaciones de la enfermedad microangiopática en la DM incluyen la miocardiopatía (insuficiencia cardíaca congestiva) y el pie diabético.

El segundo grupo de complicaciones se debe a trastornos a nivel macrovascular, es decir, en los grandes vasos; por lo general son ocasionadas por la aterosclerosis y sus complicaciones (infarto, gangrena, enfermedad vascular cerebral). La DM es un factor de riesgo para aquellos que presenten un descontrol metabólico.

➤ **Efectos Emocionales de la Diabetes en el Individuo**

Los miembros del equipo de salud que se dedican al tratamiento de personas con diabetes tendrían que considerar no sólo los últimos y complejos manejos médicos para la enfermedad, sino también los numerosos factores psicológicos que influyen e interfieren en el cumplimiento del tratamiento. Aspectos psicológicos como la forma en

que el paciente percibe los diversos síntomas, sus significados tanto para él como para su familia, las áreas de la vida personal y familiar en donde pueden o han llegado a repercutir, etc.; el miedo hacia las posibles complicaciones de la enfermedad, pérdida de la independencia, invalidez, ceguera, etc.; la perspectiva de que a consecuencia de problemas en el sistema nervioso autónomo se pierde la percepción del dolor; temor a que con el progreso de la enfermedad, tanto el paciente como su familia no pueden enfrentar el continuo deterioro cognitivo; pérdida de aptitudes y destrezas; y sensación de falta de control en su vida, su futuro y su cuerpo.¹²

Los síntomas psicológicos más frecuentes que pueden presentarse es estos pacientes son depresión, apatía, baja autoestima y sentimientos de desesperanza y minusvalía; incluso pueden estar ansiosos o tornarse pasivos y dependientes. Finalmente, unos cuantos adultos tal vez desarrollen patrones rígidos de personalidad.¹²

Rodin (1983) afirma que es muy común encontrar (independientemente de la edad) baja autoestima y sentimientos de depresión en individuos diabéticos, en especial cuando sufren un deficiente control metabólico, en la mayoría de los casos debido a que los pacientes no llevan una dieta adecuada, no se ejercitan o simplemente no toman con regularidad sus medicamentos.¹²

➤ **Tratamiento**

Con fines didácticos se divide en éste en farmacológico y no farmacológico, sin embargo el tratamiento integral debe incluir los dos aspectos, aunque habrá algunos pacientes que inicialmente no requerirán tratamiento farmacológico.

— **Tratamiento farmacológico**

Los pacientes con diabetes tipo 2 pueden ser divididos en tres grupos desde el punto de vista del tratamiento:¹²

- Grupo 1; aquellos que responden adecuadamente a una dieta balanceada y ejercicio.¹²
- Grupo 2: responden al uso de medicamentos orales destinados a disminuir las concentraciones de glucosa en sangre, este tratamiento se lleva de manera conjunta con un programa de ejercicio y dieta adecuada. Entre los medicamentos utilizados se encuentran las sulfonilureas y biguanidas.¹²

- Grupo 3: pacientes que únicamente responden al uso de insulina, también deben someterse una dieta balanceada y ejercicio.¹²

Sulfonilureas: su principal indicación es la diabetes tipo 2 de recién diagnóstico en pacientes sin sobrepeso y su principal mecanismo de acción es incremento de la secreción pancreática de insulina, disminuye en 1-2% la HbA1c. Sus efectos secundarios son trastornos sanguíneos (especialmente a nivel de la médula ósea) al reducir la producción de células sanguíneas o producir anemia hemolítica.⁸

Biguanidas: su principal indicación es la diabetes tipo 2 de reciente diagnóstico en pacientes con sobrepeso, su principal mecanismo de acción es la disminución en la producción hepática de glucosa y disminuye la HbA1c en un 1-2%. Su principal efecto secundario es la acidosis láctica.⁸

Concepto de insulinización oportuna en diabetes mellitus tipo 2

Inicio de insulina en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que no logran llegar a las metas de control metabólico en un lapso de tres meses, a pesar de estar recibiendo un tratamiento con antidiabéticos orales en combinación a dosis máximas (secretagogos de insulina más biguanidas y/o tiazolidinedionas, inhibidores de las alfa glucosidasas, potenciadores de incretinas).¹³

Para el inicio de la terapia con insulina en pacientes con DM T2 que no logran alcanzar las metas de control metabólico, se recomienda adicionar insulinas de acción basal (insulina humana de acción intermedia NPH, análogos de insulina de acción prolongada; glargina o detemir o una premezcla de insulina) en una dosis nocturna (22:00 h, para las basales solas y junto con los alimentos para las premezclas de insulinas), con un algoritmo de titulación de dosis con base en la glucemia de ayuno, ya sea por automonitoreo de glucemia capilar o por glucemia venosa.¹³

— Tratamiento no farmacológico

Tratamiento médico nutricional

Una pérdida de peso del 5-10% en el peso corporal mejora la sensibilidad a la insulina, control glucémico, presión arterial, dislipidemia y el riesgo cardiovascular.⁸

En pacientes diabéticos y con enfermedad renal crónica requiere recomendaciones especiales de los siguientes nutrientes: potasio, fosfatos y proteínas.⁸

La ingesta de hidratos de carbono es de 55% del total del consumo energético del día y que provengan en su mayoría de hidratos de carbono complejos.⁸

Las grasas deben constituir no más del 30% del consumo energético. Se debe promover el consumo de grasa de origen vegetal y disminuir el consumo de alimentos de origen animal.⁸

Las proteínas deben proveer el 15-20% del total del consumo calórico.⁸

El consumo de fibra se recomienda 25 a 50 g por día o bien 15-25 g/1000 kilocalorias ingeridas.⁸

La ingesta de sal se recomienda que sea <6 g/día.⁸

Ejercicio

Los programas de ejercicio físico de intensidad aeróbica y anaeróbica son eficaces para el mejor control glucémico (reducción de HbA1c de 0.6%), mejoran la resistencia a la insulina y los niveles de triglicéridos.⁸

Educativo

La educación en diabetes mejora el control glucémico y puede tener un impacto benéfico sobre otras variables de resultados (pérdida de peso, calidad de vida, etc.). En programas educativos se ha reportado una disminución en la HbA1c (0.8%) y disminución de presión arterial de 5 mm/Hg.⁸

La educación es esencial en el manejo del paciente diabético ya que mejora los niveles de hemoglobina glucosilada y glucosa en ayuno y disminuye los requerimientos de fármacos.⁸

En el caso de la diabetes, los pacientes requieren de un cuidado médico continuo, junto con una adecuada educación para manejar la enfermedad, prevenir complicaciones agudas, reducir el riesgo de complicaciones crónicas y, finalmente, aumentar la calidad de vida. A pesar de ello, la baja adherencia terapéutica observada en los pacientes diabéticos es bastante frecuente y se explica, en parte por la complejidad del régimen del tratamiento, por las creencias erróneas de los pacientes sobre la salud y la enfermedad, así como por el estilo pasivo y paternalista de la atención médica tradicional que, en conjunto, le impiden al paciente tomar control sobre su conducta.¹⁴

Algunos factores tanto ambientales como conductuales han sido evaluados y propuestos como determinantes de la adecuada adhesión al tratamiento de la DM 2, entre los que figuran: el sistema de salud y el practicante, el ambiente de trabajo

comunitario, la familia del paciente, la actividad física, la dieta, el autocuidado y los factores psicológicos.¹⁴

➤ **Adherencia Terapéutica**

Definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como “el grado en que el cumplimiento de una persona corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. Todo lo que la investigación científica ha generado y los alentadores resultados de los ensayos clínicos controlados se anulan porque los pacientes no siguen las indicaciones, es decir, no realizan un apego terapéutico.¹⁵ La OMS considera la falta de cumplimiento de los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de la salud pública.

El apego al tratamiento es importante para evaluar la evolución clínica, ya que una alianza terapéutica entre el paciente y el médico es necesaria para el éxito del tratamiento. Uno 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 atribuidas propiedades medicinales.¹⁶ Existen diversas técnicas para medir el apego al tratamiento farmacológico, como la cuantificación directa del fármaco en sangre u orina, entrevista al paciente y el conteo de tabletas, entre otras.¹⁶ El cuestionario de forma autorreferida más utilizado para evaluación de adherencia a tratamientos de enfermedades crónicas es el de Morisky-Green validado en su versión española por Val Jiménez y cols.

— **Test de Morisky-Green**

Este cuestionario se ha utilizado en numerosos estudios de adherencia de fármacos antihipertensivos y antirretrovirales para SIDA.¹⁷ Este test muestra una alta confiabilidad (61%) y está validado en población española. Valora actitudes del enfermo respecto al tratamiento; se calificaron como cumplidores los pacientes que respondieron correctamente a las cuatro preguntas que lo forman. Una respuesta inadecuada califica al paciente como incumplidor.¹⁸

Existe otra variante, en la cual se modifica la segunda pregunta (ver Anexo 3) para permitir que la respuesta correcta sea «no», y de esta forma se consigue que para ser cumplidor haya que responder a las 4 preguntas de la misma forma: No/No/No/No. La pregunta es: ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas? Esta fórmula fue utilizada por Val Jiménez en la validación del test para la HTA.¹⁹

Se sugiere la utilización, como método más práctico, ágil e idóneo para valorar el cumplimiento terapéutico en atención primaria y para intentar obtener un conocimiento del cumplimiento lo más exacto y cercano a la realidad, la combinación de dos tests validados en diferentes enfermedades, el de Morisky-Green y el de Batalla, por la alta especificidad y alto valor predictivo positivo del primero y la buena sensibilidad del segundo.¹⁹

En México se ha empleado el test de Morisky-Green para valorar el apego terapéutico en pacientes con diabetes mellitus. Uno de los estudios, es el desarrollado en el 2005 dentro IMSS, donde se realizó un estudio utilizando una base de datos para evaluar el apego terapéutico en pacientes con diagnóstico de DM2 en mayores de 60 años. El apego al tratamiento farmacológico fue evaluado con el cuestionario de Morisky-Green, se considero como apego cuando las cuatro preguntas del cuestionario señalaban no olvido en la toma del medicamento.²⁰

➤ **Mitos**

Los mitos a menudo pasan de una generación a otra como historia oral, representan un vínculo entre las generaciones pasada y presente. Como tales, generalmente contienen elementos que son verdad. Sin embargo, algunos mitos podrían actuar como obstáculos ante el progreso y, como sucede con el cuidado de la diabetes, resultar dañinos.²¹

Por otra parte a nivel mundial en la medicina, existen diversos mitos sobre las enfermedades, aludiendo a las características de éstos, parte de estas narraciones tienen un componente verdadero y otro sobrenatural, a continuación se relatan algunos:

1. Licantropía clínica y los hombres lobo. Aunque la definición exacta de licantropía se refiera sólo al cambio en la forma de hombre a lobo, el término a menudo es usado clínicamente para referirse al cambio (ocurrido en la mente del paciente) en cualquier forma animal. La forma como se originó la licantropía mitológica en la antigüedad es incierta, patologías como la rabia, la hipertrichosis y la porfiria podrían explicar parcialmente el mito, aunque sus síntomas no se empatan completamente con el folklore. En medicina, la licantropía clínica está bien descrita como una rara condición psiquiátrica en la que el paciente cree que es posible su transformación anatómica total o parcial en un animal.²²

2. Porfiria y vampirismo. La representación de los vampiros es tan antigua como la humanidad. Es un mito extendido por casi todas las culturas del mundo que a base de constancia casi se vuelve realidad. Los historiadores europeos coinciden en sus crónicas que durante el siglo XVII la cantidad de sucesos relacionados con el vampirismo eran una realidad abundante principalmente en países europeos. El mito

médico que propone a la porfiria como una explicación del vampirismo se originó en 1985 después que el New York Times publicara un artículo proponiendo esta teoría. Las características que comparten la porfiria eritropoyética congénita y la protoporfiria eritropoyética, con las características de lo que el folklor denomina como vampirismo son la palidez, la eritrodontia, fotosensibilidad, hipertrichosis, daño óseo, cambios oculares y la sangre como alimento.²³

— Mitos respecto a la diabetes

El interés actual en los mitos sobre la diabetes demuestra el reconocimiento por parte de los educadores en diabetes y de las personas con la afección del potencial de estas historias para influir en el cuidado personal y, por lo tanto, en los resultados sobre la diabetes.²¹

En muchas culturas, se evitan los alimentos que contienen azúcar, como las frutas y los tubérculos, una vez se ha diagnosticado diabetes. Algunos grupos chinos evitan el té o el café debido a la sabiduría popular, que dice que pueden causar diabetes.²¹

En algunas culturas, el páncreas de un cerdo se hierva para hacer sopa. Se cree que, si se desarrolla un problema en un órgano del cuerpo, consumir alimentos hechos del mismo órgano de un animal puede ayudar.²¹

Existe la creencia de que la diabetes tipo 1 es más grave que la diabetes tipo 2: existe una explicación histórica para el origen de esta idea errónea. Antes del descubrimiento de la insulina, en 1922, el diagnóstico de diabetes tipo 1 significaba la muerte segura en unos meses. Mientras que todas las personas con diabetes tipo 1 necesitan insulina para vivir, es posible controlar la diabetes tipo 2 sin la necesidad de una terapia de insulina.²¹

En Australia, a veces se cree que la insulina provoca complicaciones diabéticas. Una vez más, existen fundamentos para creer en este mito; la administración incorrecta de insulina puede producir hipoglucemia. Sin embargo, la idea de que la insulina es una 'sentencia de muerte', un tema recurrente en la respuesta popular procedente de Italia, no es cierta.²¹

En las culturas occidentales, existe un creciente interés en las terapias complementarias y los remedios tradicionales. La investigación ha demostrado que muchas de las sustancias que aparecen de manera natural y que se utilizan en el tratamiento de la diabetes son capaces de generar una reducción de los niveles de azúcar. Sin embargo, estos pueden producir efectos secundarios negativos e interactuar con los medicamentos convencionales. Es más, no todas las terapias complementarias son eficaces y su utilización podría retrasar el tratamiento adecuado.²¹

Existen diversos mitos y miedos en torno a la diabetes, a continuación se presenta algunos de los más frecuentes:

“Un susto o el estrés me puede provocar diabetes”²⁴

“La insulina cura la diabetes”²⁴

“Las píldoras para la diabetes son insulina oral”²⁴

“La miel es buen sustituto del azúcar para el paciente diabético”²⁴

Bajo el título de “Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos”, López y Ocampo encontraron los siguientes resultados:²⁵

-Creencias de las personas con DM2 respecto a su enfermedad

Perciben a la DM2 como una enfermedad peligrosa que los lleva a un destino inevitable de deterioro orgánico en el que algún día tendrán una o varias de las complicaciones de la diabetes sin poder hacer nada por evitarlas o retardar su aparición. Les causa angustia saber que padecen DM2; los investigadores percibieron en ellos un sufrimiento psíquico permanente. Los pacientes relacionan la diabetes con cambios drásticos en su estilo de vida, sin posibilidades de llevar una vida “normal”, donde una alimentación sana y el autocuidado constituye la mayor carga.²⁵

-Creencias de las personas con DM2 respecto al origen de su enfermedad

Atribuyen como etiología de la DM2 a un “susto” o “espanto”. Algunos toman en cuenta los factores de riesgo como la herencia, obesidad, malos hábitos de alimentación como una posible causa, pero no perciben el carácter multifactorial del origen de la diabetes. Argumentan que la presencia de eventos profundamente estresantes -especialmente momentos de pérdida o fuerte impresión- como factores capaces de desencadenar la enfermedad. Otros refieren no tener idea alguna sobre el origen de la DM2.²⁵

-Tipo de alimentación que llevan las personas diabéticas entrevistadas

En cuanto a las categorías referentes a la alimentación los diabéticos expresaron comer “de todo” como una falta a la indicación médica, no toman en cuenta el balance del aporte nutricional ni calórico, abocándose solamente a evitar o no consumir en exceso hidratos de carbono simples. No consideran al plan de alimentación como parte del tratamiento integral de la diabetes. El tipo de alimentación que se les recomienda es descrita como prohibitiva, restrictiva, como una dieta de los “no” y en la mayoría de los casos no existe apego a ella. Debido a que este tipo de alimentación la reconocen como “extraña” se ven en la necesidad de preparar dos tipos de alimentos, uno para las personas diabéticas y otro para los demás miembros de la familia o bien se adaptan a los gustos y preferencias alimentarias de éstos.

La familia no considera que las recomendaciones dietéticas para el paciente diabético sean recomendables para la población en general. Tienen la idea que al saberse con DM2, están destinados a que su alimentación se encuentre basada en verduras.²⁵

-Creencias sobre los efectos que obtienen las personas diabéticas al hacer ejercicio

Todos sin duda atribuyen efectos benéficos al ejercicio, sin embargo no tienen una idea clara respecto a los beneficios de éste en la hiperglicemia. Por otra parte, no lo consideran como parte del tratamiento integral de la DM2. No tienen el hábito del ejercicio como práctica diaria a pesar de estar conscientes de los beneficios de éste o si se lleva a cabo no es con el ritmo, frecuencia y duración recomendada para que sea efectivo. Se tiene la creencia que las actividades diarias forman parte del ejercicio efectivo.²⁵

-Creencias de las personas con DM2 acerca del tratamiento de su enfermedad

En cuanto al tratamiento con medicamento, encontramos que todos atribuyen mejoría con el tratamiento a base de pastillas, aunque piensan que a largo plazo tendrán un efecto colateral, afectando principalmente al riñón, no por la propia enfermedad, si no por la cantidad de medicamentos administrados.²⁵

Existen modificaciones por parte de los pacientes en cuanto al horario y dosis del medicamento según su percepción de bienestar o sensación de tener hiperglucemia. Persiste la idea cultural de que la insulina es causante de ceguera, temen su uso; algunas personas difieren de esta idea, principalmente las que la utilizan actualmente. No obstante la larga de evolución del padecimiento y uso prolongado del medicamento, llama la atención el que no se recuerde el nombre del fármaco, lo cual denota -además- escaso interés por su autocuidado; esta situación conlleva el riesgo de confundir los medicamentos al momento de su ingesta, en especial cuando se realiza el tratamiento de otras enfermedades crónico-degenerativas.²⁵

En lo que respecta al tratamiento de la DM2, se encontró que utilizan y tienen gran confianza en la medicina alternativa, algunas veces modifican la dosis y el horario del tratamiento médico, según como el paciente perciba su estado general, de bienestar o malestar. “La insulina como causa de ceguera” sigue teniendo un fuerte patrón cultural, hábitos y creencias que describe también Araúz.²⁵

-Uso de herbolaria en las personas con DM2 entrevistadas

La mayoría de los pacientes hacen uso de algún tratamiento alternativo, como complemento del tratamiento prescrito por el médico, encontrando con más frecuencia el uso de infusiones, y nopal con xochonoxtle; los pacientes tienen preferencia por éstos y en algunas ocasiones suspenden el medicamento “alopático” por tomar el tratamiento alternativo. Algunos otros encuentran confianza únicamente en el medicamento, pues aunque preferirían llevar tratamiento con herbolaria consideran que

es necesario el conocimiento adecuado de éstas y su dosificación, y otras personas no lo toman en cuenta.²⁵

-Creencias sobre las complicaciones de la DM2

En general si tienen una idea clara de las complicaciones de la DM2, aunque las perciben como algo que poco o nada pueden modificar. Manifiestan mucho temor a padecerlas y en la mayoría de los casos las conocen por que las han visto en sus familiares, amistades o en ellos mismos, no informándose por otra fuente -de preferencia de origen médico-. La mayoría está consciente sobre como se pueden evitar o retardar las complicaciones.²⁵

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes tipo 2 constituye un problema de salud pública a nivel mundial, con repercusiones médicas, sociales y económicas de alto impacto. La falta de adherencia es la verdadera dificultad para el manejo de la diabetes y la hipertensión, dos calamidades contemporáneas.¹⁵

Elementos clave para la adherencia han sido la comprensión plena de la enfermedad, el pronóstico, el tratamiento y el involucramiento afectivo, y no tanto la obediencia ciega a instrucciones descontextualizadas.¹⁵

La falta de apego al tratamiento implica grandes erogaciones económicas, ya que más de 10% de los ingresos hospitalarios se deben a esta causa. Los factores de riesgo para el no apego terapéutico son los relacionados con el paciente, la enfermedad, el médico tratante, el lugar donde se prescribe el tratamiento y el medicamento en sí. Los estudios sobre este tema muestran que es de 50% de cumplimiento en enfermedades crónicas; con los siguientes factores de riesgo asociados: desconocimiento de la enfermedad, desconfianza de la capacidad del médico, duración de la consulta menor a cinco minutos, falta de comprensión de las indicaciones médicas, escolaridad baja, estado civil e intolerancia a los medicamentos.¹⁶

Además de lo anterior, la experiencia de la investigadora principal basada en las acciones médicas de la consulta externa de medicina familiar permite sugerir la necesidad de indagar si existe o no relación entre el apego y los factores derivados de la cultura y del tipo de pensamiento (mágico, religioso, o mágico/religioso) que caracterizan el tipo de población que mayoritariamente utiliza los servicios de nuestro instituto para el control de su diabetes. Es decir, si aspectos ideológicos como son los mitos o creencias de nuestra población mexicana, en la cual la escolaridad es baja (promedio nacional de 8.6 grados)²⁸ o incluso con población superior a éste grado, influyen o no en el apego terapéutico.

En nuestra UMF 28 no existe un trabajo de investigación que establezca si existe o no una relación entre el apego terapéutico en pacientes con diabetes tipo 2 y, mitos y creencias. Ante estas circunstancias me he plantado la siguiente pregunta de investigación:

¿Los mitos y creencias del paciente diabético tipo 2, influyen negativamente en el apego a su tratamiento?

3. JUSTIFICACIÓN

La DM2 es un problema de salud pública a nivel mundial, incluyendo México. En el IMSS, el médico familiar, atiende al 80% de población general y es éste último el encargado de llevar a cabo el cuidado y vigilancia de los pacientes con DM2.

La diabetes constituye un reto creciente y trascendente para el IMSS porque:⁸

- Es la primera causa de muerte en el país y en el IMSS
- Sus complicaciones se sitúan entre los cinco motivos de hospitalización de mayor mortalidad y costo.
- Es la principal causa de ceguera, amputación no traumática de miembros inferiores y falla renal a nivel mundial.
- Es la primera causa de pensión por invalidez (14.7% del total) con una relación hombre mujer de 6 a 1.
- Contribuye importantemente a la mortalidad de causa cardiovascular, segunda causa de muerte en México.⁸

De acuerdo con las tendencias mundiales se ha estimado que para el 2025, México tendrá aproximadamente 11.7 millones de diabéticos.⁶

Es conveniente analizar los factores relacionados con la atención que se brinda a los enfermos por parte de la familia y de los servicios de salud, ya que el tratamiento de la diabetes constituye una condición permanente, lo que tiene implicaciones de costo económico considerable, así como de desgaste en las relaciones familiares.⁹

Según la literatura reportada la adherencia terapéutica en enfermedades crónicas como la diabetes esta es de aproximadamente 50%, los factores que están relacionados con la falta de adherencia terapéutica son la relación médico paciente, percepción y conocimiento de la enfermedad, de éste último esta relacionado con los mitos y creencias que el paciente tiene de la diabetes, incluyendo la etiología, tratamiento y desarrollo de complicaciones.

Nuevas investigaciones en Diabetes recomiendan el uso de insulinización temprana, sin embargo existe en los pacientes muchos mitos y creencias acerca de la insulina que crean miedo y renuencia hacia el empleo de esta. Por lo que es importante investigar los mitos y creencias que los pacientes con diabetes tienen sobre el tratamiento, para modificar estos mitos y que los pacientes se beneficien de un mejor conocimiento de su enfermedad.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Determinar si los mitos y creencias de los pacientes diabéticos influyen negativamente en el apego al tratamiento para el adecuado control de su enfermedad.

4.2 Objetivos específicos

Jerarquizar los mitos y creencias que se presentan en los pacientes que no se apegan al tratamiento

Identificar las prácticas alternativas de los pacientes que no se apegan al tratamiento para el control adecuado de su enfermedad.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevo a cabo un estudio en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera” del IMSS, del Distrito Federa que se encuentra en la delegación Benito Juárez, en el servicio de consulta externa, del turno matutino, con objeto de conocer los mitos y creencias que influyen en el apego terapéutico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional, transversal, prolectivo, con cálculo de muestra, se incluyeron 171 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión: pacientes con diabetes tipo 2 de cuatro consultorios seleccionados en el turno matutino adscritos a la UMF 28 “Gabriel Mancera”, que acudieran a consulta durante el mes de febrero del 2013, que tuvieran de 40 a 80 a años de edad, que aceptaron participar, mediante la firma de la hoja del Consentimiento Informado y que contaron con una determinación de Hb glucosilada en los últimos 3 meses previos a la aplicación de los instrumentos de medición. Criterios de eliminación: a los pacientes que una vez iniciado la encuesta, se retiraron sin concluir ésta.

Previo consentimiento informado (ANEXO 4) se aplicaron dos cuestionarios diseñado mediante ronda de expertos para recabar la información sobre la presencia de mitos y creencias relacionados con la alimentación, el remplazo de medicamentos, el ejercicio, al uso de la insulina y a la educación institucional con un total de 20 ítems (ANEXO 1) y otro para valorar apego terapéutico relacionado con la administración de medicamentos, la alimentación, los cuidados no farmacológicos, el ejercicio y la constancia a citas médicas, con un total de 14 ítems (ANEXO 2). El Médico tratante registró en un apartado del anexo 2, el nivel de hemoglobina glucosilada. Además se valoró el apego terapéutico mediante el Test de Morisky Green (ANEXO 3).

Para realizar el análisis de los datos, se concentraron en una tabla de Excel para su ordenación y realizar el cálculo de datos estadísticos descriptivos, se obtuvieron frecuencias y porcentajes, se elaboraron gráficas y tablas para la presentación de los resultados con estadística descriptiva.

La presente investigación se realizó tomando en cuenta los lineamientos y aspectos éticos que norman la investigación a nivel internacional, nacional e institucional, previo consentimiento informado de los pacientes participantes.

6. RESULTADOS

Posterior a la aplicación del anexo 1 “Ideas acerca del tratamiento de la Diabetes” se encontraron los siguientes resultados; de los 171 encuestadas en la unidad de medicina familiar N.28 Gabriel Mancera, se encontró un predominio de mitos creencias respecto a la alimentación y al uso de insulina (Tabla 1). Los ítems del 1-4 evaluaron los mitos y creencias relacionados con la alimentación, los ítems del 5-8 los relacionados con el remplazo de medicamentos, los ítems del 9-12 los relacionados con el ejercicio, los ítems del 13-16 en relación a la insulina y los ítems del 17-20 en cuanto a la educación institucional

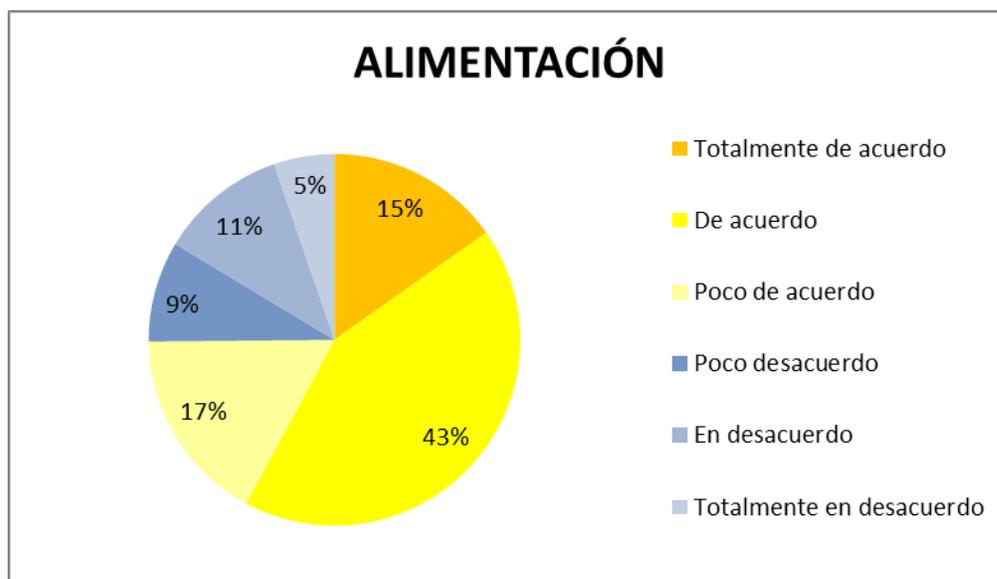
TABLA 1: “Ideas acerca del tratamiento de la Diabetes”

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Poco de acuerdo	Poco desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Los diabéticos no deben tomar refrescos o consumir pasteles.	21 (12.28%)	110 (64.32%)	15 (8.77%)	12 (7.01%)	8 (4.67%)	5 (2.92%)
2. La comida del diabético sólo debe incluir verduras.	35 (20.46%)	78 (45.61%)	23 (13.45%)	16 (9.35%)	9 (5.26%)	10 (5.84%)
3. La alimentación del diabético, no puede ser consumida por el resto de la familia sin diabetes.	15 (8.77%)	20 (11.69%)	65 (38.01%)	30 (17.54%)	37 (21.63%)	4 (2.33%)
4. No es posible llevar la dieta por que mi trabajo no me lo permite.	34 (19.88%)	84 (49.12%)	12 (7.01%)	3 (1.75%)	23 (13.45%)	15 (8.77%)
5. El te o agua de alpiste ayuda a bajar mis niveles de azúcar en la sangre.	12 (7.01%)	40 (23.39%)	37 (21.63%)	23 (13.45%)	38 (22.22%)	21 (12.28%)
6. El consumo del nopal ayuda a controlar mis niveles de azúcar porque es fibra.	33 (19.29%)	74 (43.27%)	12 (7.01%)	8 (4.67%)	25 (14.61%)	19 (11.11%)
7. El xoconostle me ha servido para tener controlada mi azúcar y sentirme bien.	12 (7.01%)	7 (4.09%)	13 (7.60%)	23 (13.45%)	79 (46.19%)	37 (21.63%)
8. Cuando consumo wereke me siento bien porque me controla el azúcar en sangre.	19 (11.11%)	30 (17.54%)	5 (2.92%)	17 (9.94%)	63 (36.84%)	42 (24.56%)
9. Todo el día hago ejercicio con el quehacer de mi casa o al subir y bajar escaleras en mi casa o trabajo.	23 (13.45%)	68 (39.76%)	19 (11.11%)	18 (10.52%)	27 (15.78%)	16 (9.35%)

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Poco de acuerdo	Poco desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
10. Ir al mercado, caminar a la escuela por los niños o al trabajo también es ejercicio	33 (19.29%)	59 (34.50%)	19 (11.11%)	25 (14.61%)	17 (9.94%)	18 (10.52%)
11. El ejercicio no sirve porque solo me da más hambre.	39 (22.80%)	47 (27.48%)	31 (18.12%)	29 (16.95%)	16 (9.35%)	9 (5.26%)
12. Las personas con diabetes no pueden practicar deportes como el correr, nadar, zumba, ir al gimnasio, etc	28 (16.37%)	43 (25.14%)	24 (14.03%)	17 (9.94%)	22 (12.86%)	37 (21.63%)
13. La insulina puede causar ceguera.	22 (12.86%)	38 (22.22%)	37 (21.63%)	12 (7.01%)	37 (21.63%)	25 (14.61%)
14. El uso de insulina es una "sentencia de muerte"	30 (17.54%)	35 (20.46%)	29 (16.95%)	18 (10.52%)	40 (23.39%)	19 (11.11%)
15. Las personas a las que se les indica insulina están en una fase avanzada de la diabetes.	35 (20.46%)	37 (21.63%)	25 (14.61%)	19 (11.11%)	25 (14.61%)	30 (17.54%)
16. El uso de insulina te vuelve dependiente de ella.	41 (23.97%)	39 (22.80%)	27 (15.78%)	33 (19.29%)	18 (10.52%)	13 (7.60%)
17. Las pláticas de diabetes no sirven porque son aburridas y siempre dicen lo mismo.	20 (11.69%)	37 (21.63%)	42 (24.56%)	20 (11.69%)	35 (20.46%)	17 (9.94%)
18. Los grupos de autoayuda son solo pérdida de tiempo.	16 (9.35%)	35 (20.46%)	46 (26.90%)	27 (15.78%)	28 (16.37)	19 (11.11%)
19. Solo acudo a las pláticas de diabetes porque mi médico me envía.	56 (32.74%)	29 (16.95%)	15 (8.77%)	31 (18.12%)	27 (15.78%)	13 (7.60%)
20. Los grupos de autoayuda me sirven para entender mejor la diabetes.	11 (6.43%)	26 (15.20%)	31 (18.12%)	22 (12.86%)	32 (18.71%)	49 (28.65%)

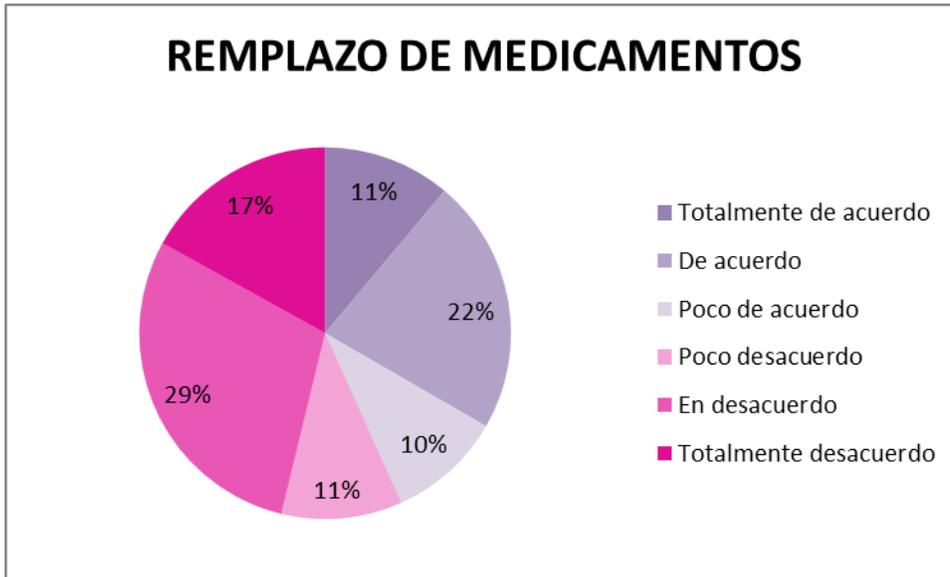
Se muestran las siguientes graficas de los aspectos relacionados con los mitos y creencias relacionados con la alimentación (grafica 1), remplazo de medicamentos (grafica 2), ejercicio (gráfica 3), insulina (grafica 4) y educación institucional (gráfica 5).

Gráfica 1: Mitos y Creencias sobre la Alimentación



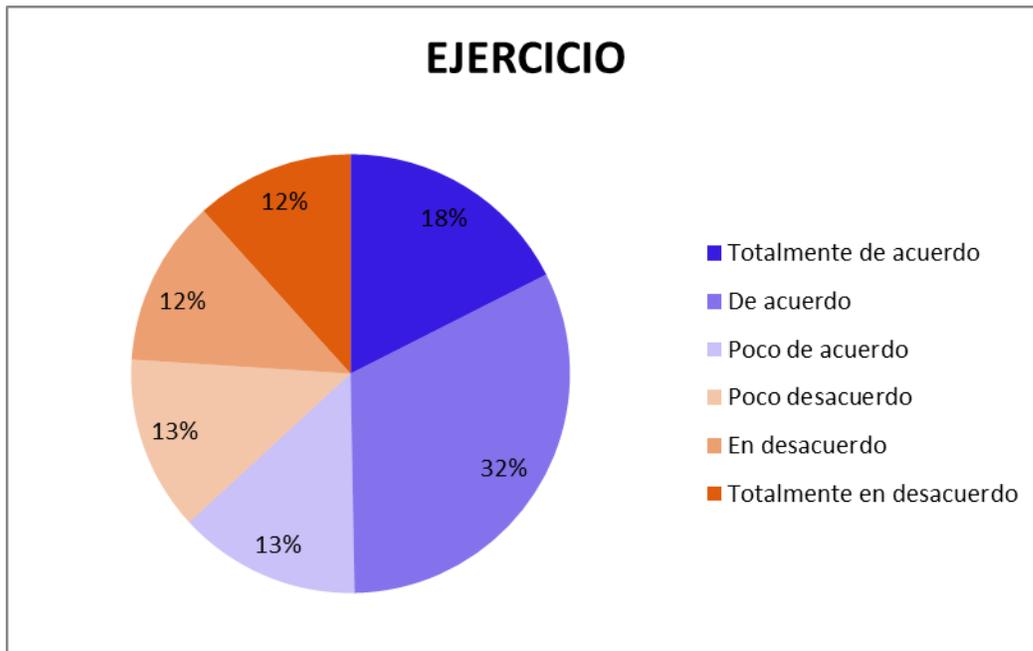
Fuente: UMF No. 28 Gabriel Mancera del IMSS, febrero de 2013.

Grafica 2: Mitos y Creencias sobre Reemplazo de medicamentos



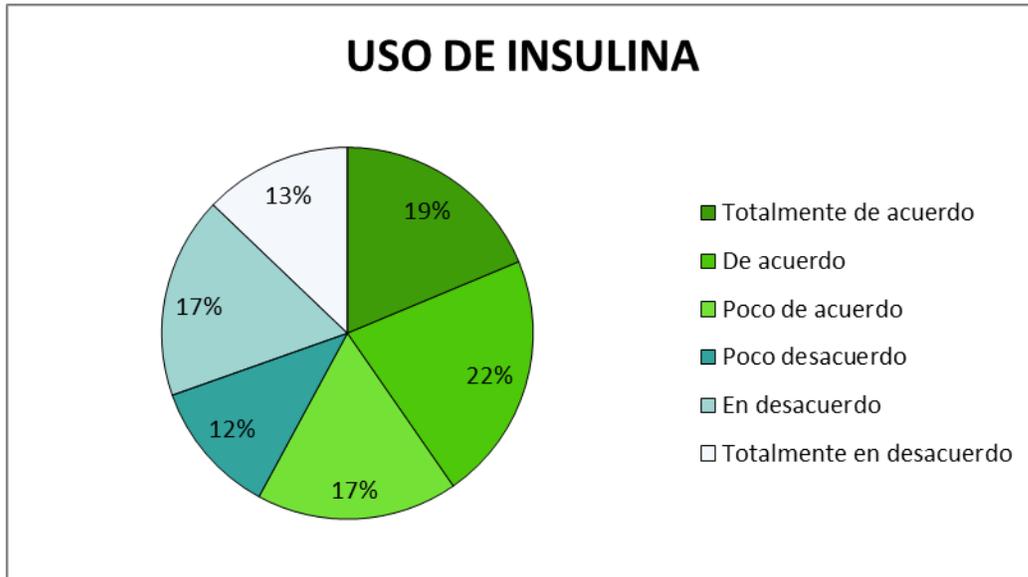
Fuente: UMF No. 28 Gabriel Mancera del IMSS, febrero de 2013.

Gráfica 3: Mitos y Creencias acerca del Ejercicio



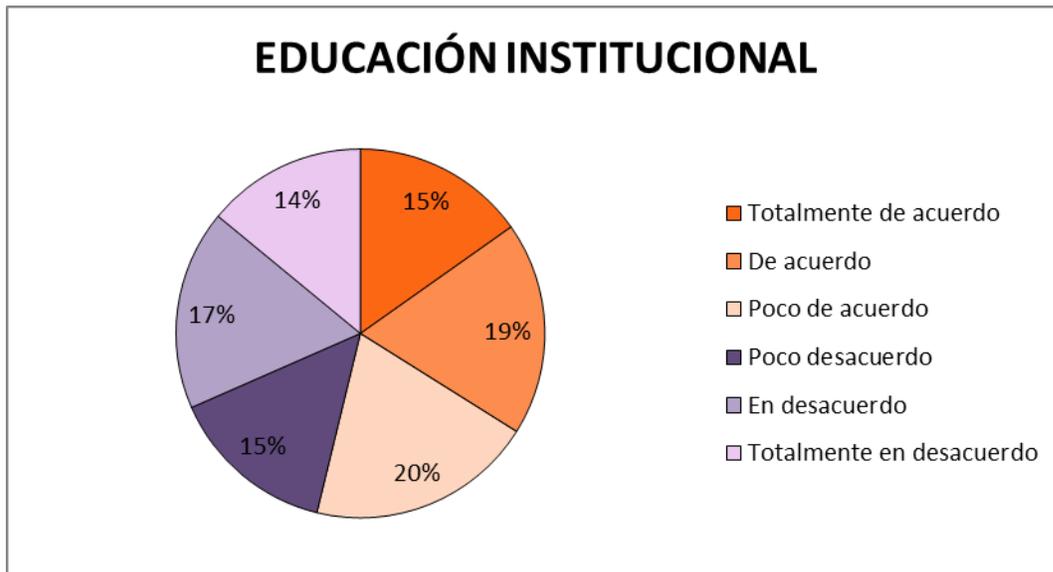
Fuente: UMF No. 28 Gabriel Mancera del IMSS, febrero de 2013.

Gráfica 4: Mitos y Creencias relacionadas con el Uso de Insulina



Fuente: UMF No. 28 Gabriel Mancera del IMSS, febrero de 2013.

Gráfica 5: Mitos y Creencias sobre la Educación Institucional



Fuente: UMF No. 28 Gabriel Mancera del IMSS, febrero de 2013.

TABLA 2: “ACTIVIDADES ACERCA DEL TRATAMIENTO DE LA DIABETES “

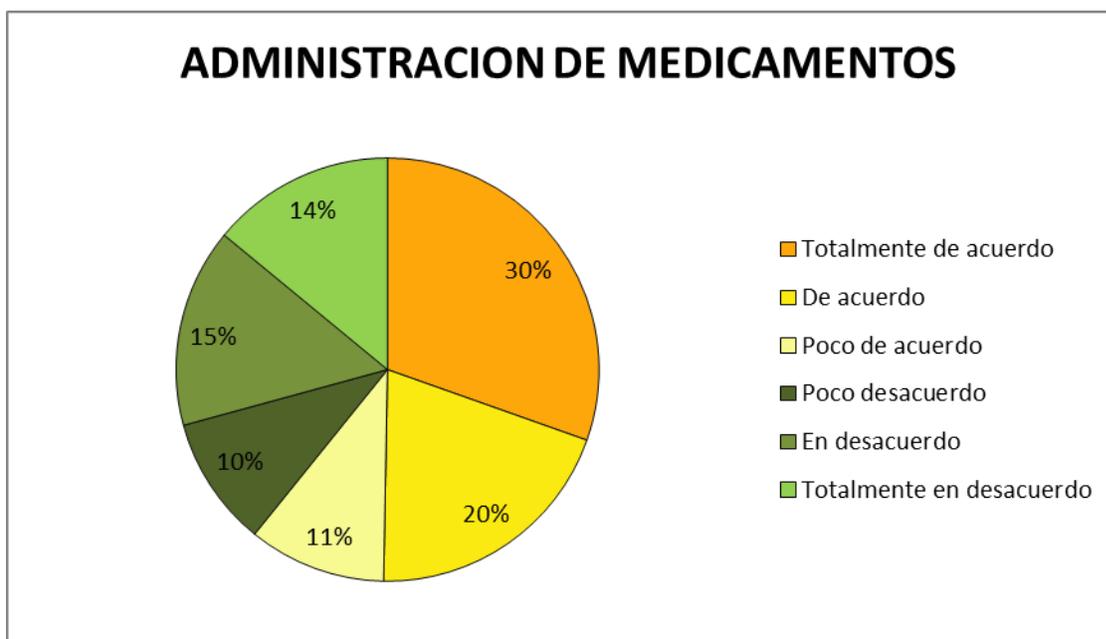
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Poco de acuerdo	Poco desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Cuando como más, tomo más pastillas para que mi azúcar no se suba	30 (17.54%)	35 (20.46%)	16 (9.35%)	18 (10.52%)	32 (18.71%)	40 (23.39%)
	81 (47.36%)			90 (52.63%)		
2. Si presento alguna reacción secundaria dejo de tomar mis medicamento	98 (57.30%)	27 (15.78%)	14 (8.18%)	14 (8.18%)	12 (7.01%)	6 (3.50%)
	139 (81.28%)			32 (18.72%)		
3. La forma de tomar los medicamentos es siempre la misma	27 (15.78%)	39 (22.80%)	23 (13.45%)	21 (12.28%)	34 (19.88%)	27 (15.78%)
	89 (52.04%)			82 (47.96%)		
4. Llevar a cabo la dieta es difícil por que es costosa	29 (16.95%)	48 (28.07%)	26 (15.20%)	17 (9.94%)	29 (16.95%)	22 (12.86%)
	103 (60.23%)			68 (39.77%)		
5. Mis horarios de comida varían según mis actividades.	31 (18.12%)	38 (22.22%)	22 (12.86%)	31 (18.12%)	33 (19.29%)	16 (9.35%)
	91 (53.21%)			80 (46.79%)		
6. Mi trabajo no me permite realizar la alimentación que debo de hacer.	28 (16.37%)	35 (20.46%)	26 (15.20%)	22 (12.86%)	31 (18.12%)	29 (16.95%)
	89 (52.04%)			82 (47.96%)		
7 El baño y aseo bucal forman parte de mis actividades diarias.	33 (19.29%)	51 (29.82%)	21 (12.28%)	25 (14.61%)	24 (14.03%)	17 (9.94%)
	105 (61.40%)			66 (38.60%)		
8. Diario reviso mis pies o algún familiar me ayuda a revisarlos.	19 (11.11%)	27 (15.78%)	37 (21.63%)	39 (22.80%)	29 (16.95%)	20 (11.69%)
	83 (48.53%)			88 (51.47%)		
9. Después de bañarme me seco con mayor énfasis entre los pliegues (axilas, ingles, debajo de las mamas [en el caso de las mujeres]).	24 (14.03%)	30 (17.54%)	27 (15.78%)	41 (23.97%)	35 (20.46%)	14 (8.18%)
	81 (47.36%)			90 (52.64%)		
10. Mis actividades no me permiten realizar alguna actividad deportiva como caminar, correr, nadar, zumba, etc.	37 (21.63%)	58 (33.91%)	10 (5.84%)	12 (7.01%)	21 (12.28%)	33 (19.29%)
	105 (61.40%)			66 (38.60%)		

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Poco de acuerdo	Poco desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
11. La falta de ejercicio se debe a que después del trabajo o el quehacer del hogar termino muy cansado (a).	48 (28.07%)	36 (21.05%)	19 (11.11%)	22 (12.86%)	29 (16.95%)	17 (9.94%)
	103 (60.23%)			68 (39.77%)		
12. La mayoría de las veces olvido ir a mis citas médicas.	12 (7.01%)	20 (11.69%)	26 (15.20%)	19 (11.11%)	59 (34.50%)	35 (20.46%)
	58 (33.92%)			113 (66.08%)		
13. Constantemente cambio la fecha de mi consulta médica.	12 (7.01%)	23 (13.45%)	28 (16.37%)	17 (9.94%)	53 (30.99%)	38 (22.22%)
	63 (36.84%)			108 (63.16%)		
14. La mayoría de las veces olvido ir a toma de muestras en el laboratorio.	17 (9.94%)	37 (21.63%)	25 (14.61%)	22 (12.86%)	43 (25.14%)	27 (15.78%)
	79 (46.20%)			92 (53.80%)		

Los ítems del 1-3 evalúan el apego terapéutico relacionados con la administración de medicamentos; los ítems del 4-6 los relacionados con la alimentación; los ítems del 7-9 los relacionados con los cuidados no farmacológicos; los ítems del 10-11 en relación con el ejercicio y los ítems del 12-14 en cuanto a la constancia a citas médicas.

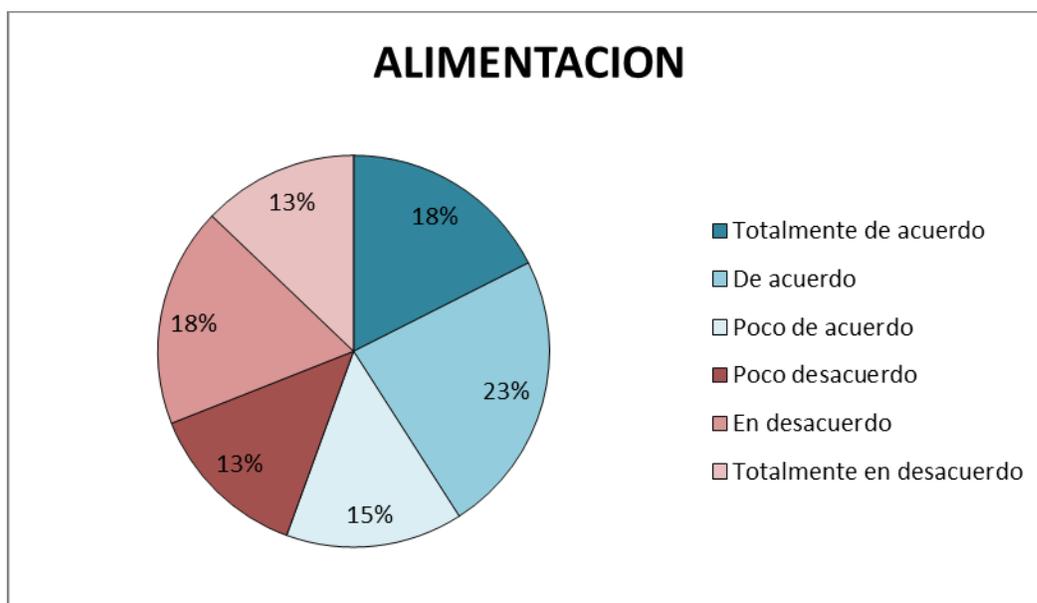
Se muestran las siguientes graficas de los aspectos evaluados en el apego terapéutico relacionados con la administración de medicamentos (gráfica 6), alimentación (gráfica 7), cuidados no farmacológicos (gráfica 8), ejercicio (gráfica 9) y constancia a citas médicas (gráfica 10).

Gráfica 6: Apego terapéutico relacionado con la administración de medicamentos



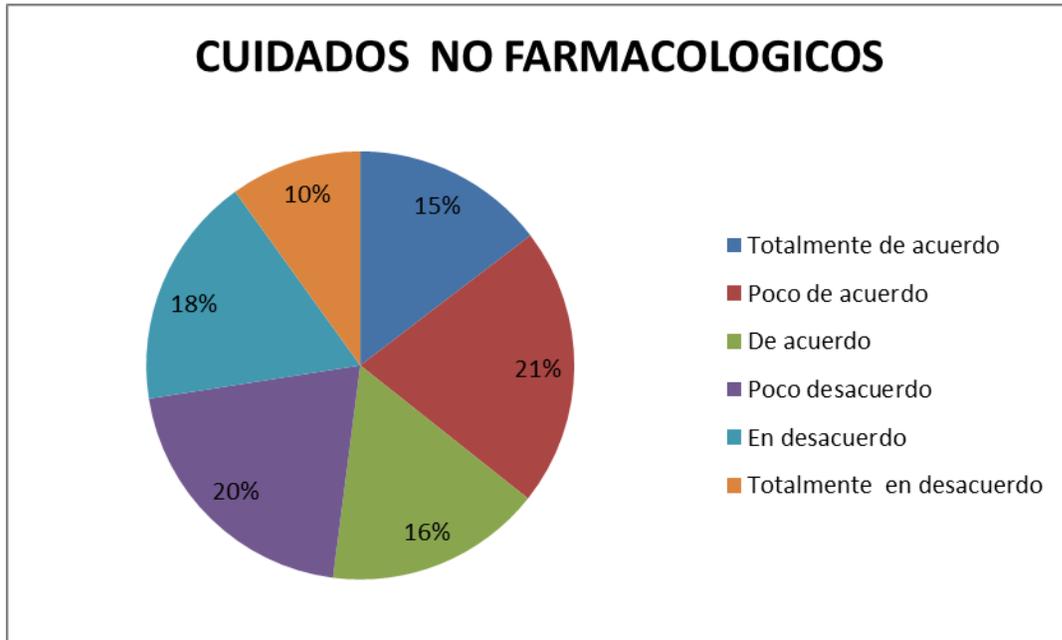
Fuente: UMF No. 28 Gabriel Mancera del IMSS, febrero de 2013

Gráfica 7: Apego terapéutico sobre alimentación



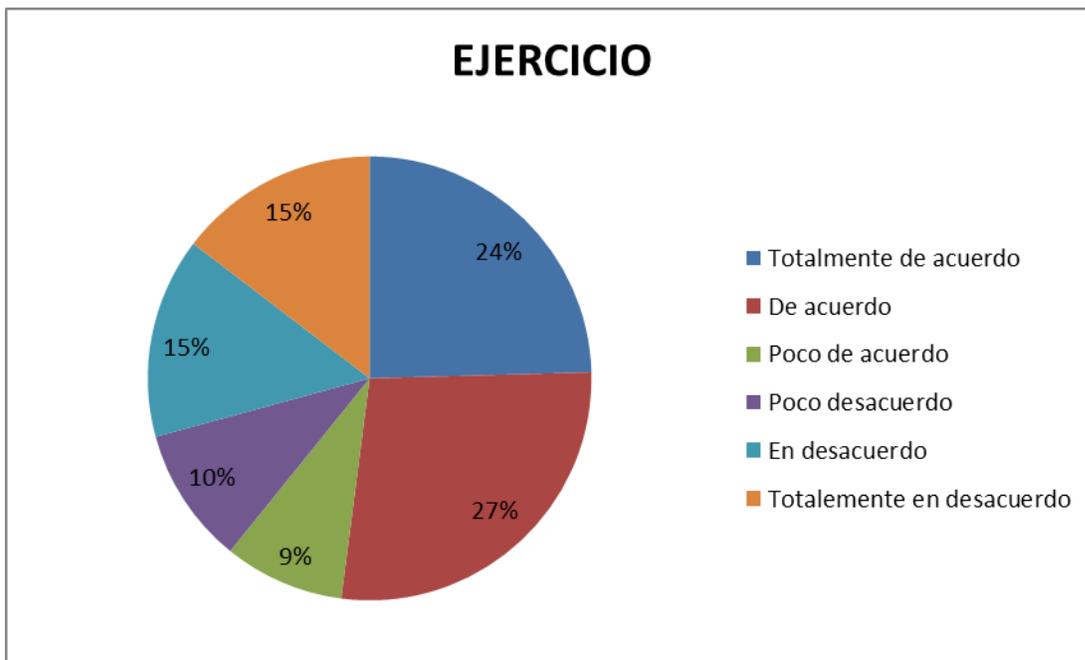
Fuente: UMF No. 28 Gabriel Mancera del IMSS, febrero de 2013

Gráfica 8: Apego Terapéutico sobre Cuidados no farmacológicos



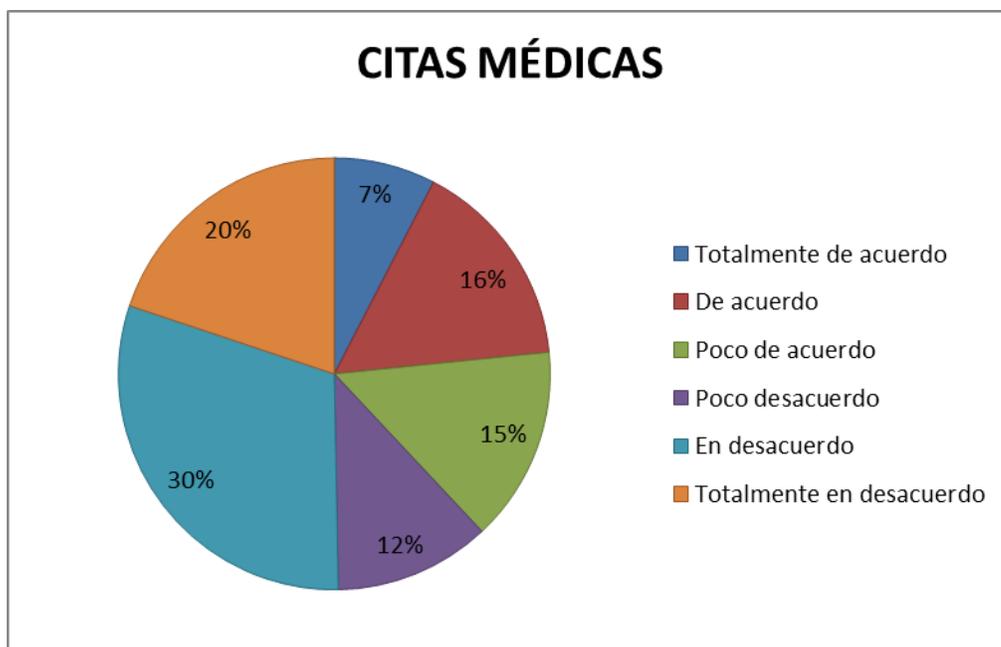
Fuente: UMF No. 28 Gabriel Mancera del IMSS, febrero de 2013

Gráfica 9: Apego terapéutico en relación al Ejercicio



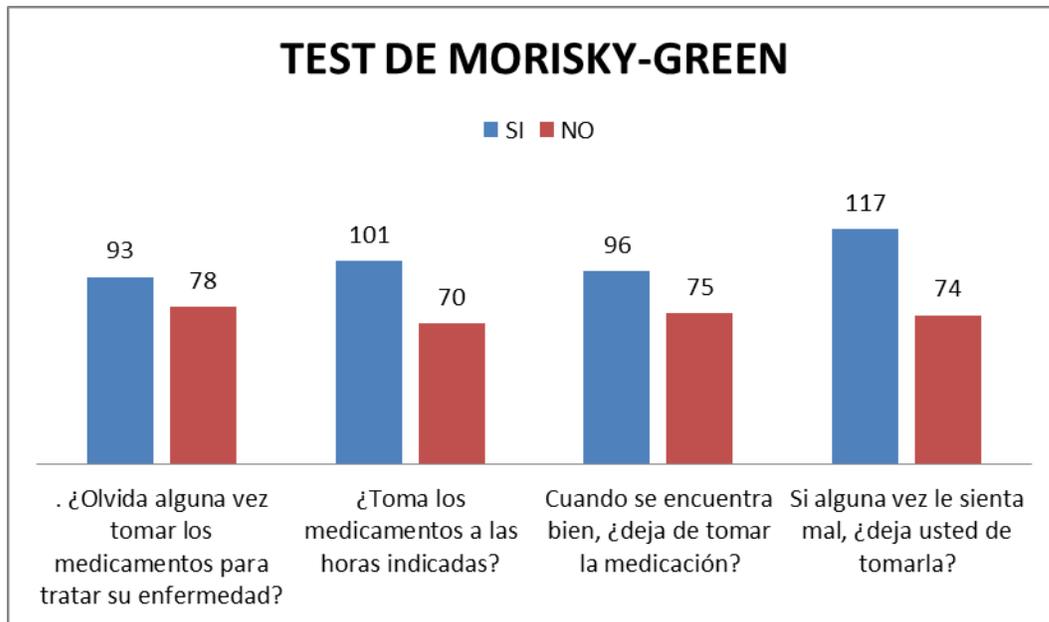
Fuente: UMF No. 28 Gabriel Mancera del IMSS, febrero de 2013

Gráfica 10: Apego terapéutico sobre la constancia a Citas médicas.



Fuente: UMF No. 28 Gabriel Mancera del IMSS, febrero de 2013

De los niveles de hemoglobina glucosilada se encontró el nivel más bajo fue de 4.9% y el más alto de 12.5%, con una media de 7.12%, encontrándose la mayoría con niveles mayores de 7.5% lo que nos indica un descontrol glucémico de al menos los últimos tres meses. De la aplicación del Test de Morisky-Green se encontró un desapego terapéutico del 59.5% (Ver grafica 11).



Fuente: UMF No. 28 Gabriel Mancera del IMSS, febrero de 2013

7. DISCUSIÓN

La diabetes mellitus en su enfermedad de importancia mundial y en nuestro país ha llegado a niveles alarmantes su incidencia y prevalencia, incrementando el número de complicaciones. En México, en 2006, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) informó una prevalencia de 9.5% de la diabetes mellitus, 20% mayor que 5 años antes y se estima que la tasa de mortalidad crece 3% cada año.

La diabetes es un problema relevante de salud que requiere una atención prioritaria en México, ya que su tendencia al incremento no ha sido impactada con los esfuerzos desarrollados.⁹ De acuerdo con las tendencias mundiales se ha estimado que para el 2025, México tendrá aproximadamente 11.7 millones de diabéticos.

El primer nivel de atención en nuestra institución se realiza en las Unidades de Medicina Familiar (UMF), por lo que es de importancia el tener una buena comunicación y relación medico-paciente, que a veces se ve afectada por el número de pacientes que acuden a consulta. Esto sin mencionar que las UMF cuentan con los recursos básicos para tener un buen control de los pacientes diabéticos, por lo que existe un factor ajeno a éstos que no permiten un buen control glucémico. La literatura reporta que el apego terapéutico en enfermedades crónicas como la diabetes mellitus es menor del 60%, lo que esta relacionado con el desarrollo de complicaciones micro y macrovasculares.

La investigación sobre diabetes mellitus es muy amplia en cuanto a los factores biológicos, nuevos tratamientos, el desarrollo de complicaciones, sin embargo el aspecto social y cultural no es tan frecuentemente estudiado por la especialidades médicas, dejando esta investigación a psicólogos, sociólogos, antropólogos, etc., siendo que el médico de primer contacto (medico familiar) esta teniendo contacto a diario en su práctica clínica.

En nuestra UMF al encontrarse en un zona con un buen estatus económico, podría pensarse que el apego terapéutico sería mejor o bien que no hay una relación entre la presencia de mitos y creencias que pudieran influir negativamente en el apego terapéutico de la diabetes tipo 2, sin embargo la practica clínica demuestra lo contrario. Por lo que se realizo este estudio, puesto que además no se encontró literatura que hablara de esta relación.

8. CONCLUSIONES

De los tres anexos realizados, se encontraron los siguientes resultados.

De los falsos mitos y creencias sobre el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, la alimentación fue el más frecuente encontrándose en un 75% de los encuestados, el segundo más frecuente fue el ejercicio en un 63% de los encuestados, el tercero más frecuente fue respecto al uso de insulina reportándose en un 58% de los encuestados y el cuarto fue la educación institucional en un 54% de los pacientes. Se observó que en un 67% de los encuestados no se encontró remplazo de medicamentos por uso de herbolaria o remedios caseros en nuestra población encuestada.

Respecto al apego terapéutico relacionado con administración de medicamentos se encontró 49%, con la alimentación 54%, cuidados no farmacológicos 58%, realizar ejercicio 47% y la constancia a citas médicas 62%.

El test de Morisky-Green reportó un desapego terapéutico en relación a la toma de medicamentos en un 59.5% de los pacientes. Los niveles de Hb glucosilada se encontraron más altos en aquellos pacientes con la mayor presencia de mitos y creencias respecto al tratamiento (medicamentos, alimentación, ejercicio y remplazo de medicamentos), siendo el nivel más elevado de 12.5%.

De lo anterior se concluye que la presencia de mitos y creencias sí influye negativamente en el apego terapéutico de la diabetes mellitus tipo 2, en nuestra población estudiada.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Diabetes Association. Disponible en URL: <http://www.diabetes.org.mx/diabetes/queEs.php> (revisada abril 2011).
2. McPhee S., Papadakis M.,. Diagnóstico clínico y tratamiento. McGraw-Hill, EUA 2010.
3. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.
4. Nathan DM, Buse JB, Davidsson MB, Ferrannini E, Holman RR, Sherwin R, et al. Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy. *Diabetes Care* 2009; 32 (1):193.
5. Entendiendo la diabetes. Progreso de la enfermedad. Disponible en URL: <http://www.shands.org/health/spanish> (revisada abril 2011)
6. Flores-López Mirna, et al. Control metabólico, estado nutricional y presión arterial de diabéticos tipo 2. Eficacia de una estrategia educativa. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008; 46 (3): 301-310
7. Arcega-Domínguez et al. Control de pacientes con diabetes. Educación participativa versus educación tradicional. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc, México* 2008; 46 (6): 685-690.
8. Guía de Practica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. IMSS, México 2009: 10-132.
9. Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud. Disponible en URL: <http://www.diabetes.org.mx/diabetes/queComun.php> (revisada abril 2011).
10. Diagnóstico de Salud UMF No. 28 "Gabriel Mancera" Enero 2010-Febrero 2011.
11. Nueva clasificación y criterios diagnósticos de la diabetes mellitus Disponible en URL: <http://www.intermedicina.com/Avances/Clinica/ACL14.htm> (revisada abril 2011).
12. Velasco Campos, Sinibaldi Gómez. Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias). Manual Moderno, México 2001:195-204.

13. Kuri Morales y cols. Uso de insulinas en el tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 1 y 2. Revista de Endocrinología y Nutrición, México 2007; 15 (2): 75-103
14. Villalobos-Pérez, et al. Factores involucrados en la adhesión al tratamiento de la diabetes tipo II en una muestra de pacientes diabéticos de la zona norte de Costa Rica: estudio psicométrico. Revista Diversitas- Perspectivas en Psicología. Costa Rica 2007; 3 (1): 25-36
15. Lifshitz Alberto. Importancia y complejidad de la adherencia terapéutica. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (4):309-310
16. Durán-Varela BR y col. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Salud pública de México 2001; 43 (3): 234.
17. Nogués Solán X, Sorli Redó ML, Villar García J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. An Med Interna. España 2007; 24 (3):138-140.
18. García Pérez AM et al. - ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? Medicina de Familia España 2000; 1(1):15.
19. Rodríguez Chamorro MA et al. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Artículos especiales .Atención Primaria. España 2008; 40(8) :413-417
20. Villareal-Ríos E, et al. "Control de los pacientes con Diabetes tratados solo con esquema farmacológico" Rev. Med. IMSS 2006; 44 (4):303-308.
21. Trisha Dunnig. Explorando la mitología mundial de la diabetes. Diabetes y Sociedad. Diabetes Voice 2004; 49 (1): 30-34.
22. Díaz-Rosales, Romo, Loera. Mitos y ciencia: Licantropía clínica y hombres lobo, Casos y cosas de la Medicina, Bol Mex His Fil Med 2008; 11 (2): 68-70
23. Díaz-Rosales, Romo. Mitos y ciencia: Porfiria y vampirismo, Bol Mex His Fil Med 2007; 10 (1): 44-46
24. Mitos y realidades sobre la diabetes. Disponible en URL: http://www.plenilunia.com/cont_espe.php?id_article (revisada abril 2011)
25. López-Amador KH, Ocampo-Barrio P. Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. Archivos en Medicina Familiar, 2007; 9 (2): 80-86.
26. Mendoza N, Sánchez R. Análisis y difusión de resultados científicos. UNAM, FES Zaragoza, México, 2001.

27. Mendoza Nuñez et al., Investigación. Introducción a la metodología. UNAM, FES Zaragoza, México 2004.
28. INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. Disponible en URL: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/escolaridad> (revisada marzo del 2012).

9. ANEXOS

Anexo 1. “Ideas acerca del tratamiento de la Diabetes”

Anexo 2. “Actividades acerca del tratamiento de la Diabetes”

Anexo 3. Test de Morisky-Green

Anexo 4. Carta de Consentimiento informado

ANEXO 1. “IDEAS ACERCA DEL TRATAMIENTO DE LA DIABETES”

Nombre: _____

No de Seg. Social: _____ Edad: _____ años Sexo: _____

Ocupación: _____ Escolaridad: _____

A continuación se mencionan algunos enunciados relacionadas con la diabetes, marque con una “X” la respuesta que este más relacionado con lo que usted piense:

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Poco de acuerdo	Poco desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Los diabéticos no deben tomar refrescos o consumir pasteles.						
2. La comida del diabético sólo debe incluir verduras.						
3. La alimentación del diabético, no puede ser consumida por el resto de la familia sin diabetes.						
4. No es posible llevar la dieta por que mi trabajo no me lo permite.						
5. El te o agua de alpiste ayuda a bajar mis niveles de azúcar en la sangre.						
6. El consumo del nopal ayuda a controlar mis niveles de azúcar porque es fibra.						
7. El xoconostle me ha servido para tener controlada mi azúcar y sentirme bien.						
8. Cuando consumo wereke me siento bien porque me controla el azúcar en sangre.						
9. Todo el día hago ejercicio con el quehacer de mi casa o al subir y bajar escaleras en mi casa o trabajo.						

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Poco de acuerdo	Poco desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
10. Ir al mercado, caminar a la escuela por los niños o al trabajo también es ejercicio						
11. El ejercicio no sirve porque solo me da más hambre						
12. Las personas con diabetes no pueden practicar deportes como el correr, nadar, zumba, ir al gimnasio, etc						
13. La insulina puede causar ceguera.						
14. El uso de insulina es una "sentencia de muerte"						
15. Las personas a las que se les indica insulina están en una fase avanzada de la diabetes.						
16. El uso de insulina te vuelve dependiente de ella.						
17. Las pláticas de diabetes no sirven porque son aburridas y siempre dicen lo mismo.						
18. Los grupos de autoayuda son solo pérdida de tiempo.						
19. Solo acudo a las pláticas de diabetes porque mi médico me envía.						
20. Los grupos de autoayuda me sirven para entender mejor la diabetes.						

ANEXO 2. “ACTIVIDADES ACERCA DEL TRATAMIENTO DE LA DIABETES “

Nombre: _____

No de Seg. Social: _____

A continuación se mencionan algunos enunciados relacionadas con la diabetes, marque con una “X” la respuesta que este más relacionado con lo que usted realiza:

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Poco de acuerdo	Poco desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Cuando como más tomo más pastillas para que mi azúcar no se suba.						
2. Si presento alguna reacción secundaria dejo de tomar mis medicamentos						
3. La forma de tomar los medicamentos es siempre la misma						
4. Llevar a cabo la dieta es difícil por que es costosa						
5. Mis horarios de comida varían según mis actividades.						
6. Mi trabajo no me permite realizar la alimentación que debo de hacer.						
7 El baño y aseo bucal forman parte de mis actividades diarias.						
8. Diario reviso mis pies o algún familiar me ayuda a revisarlos.						
9. Después de bañarme me seco con mayor énfasis entre los pliegues (axilas, ingles, debajo de las mamas [en el caso de las mujeres]).						
10. Mis actividades no me permiten realizar alguna actividad deportiva como caminar, correr, nadar, zumba, etc.						

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Poco de acuerdo	Poco desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
11. La falta de ejercicio se debe a que después del trabajo o el quehacer del hogar termino muy cansado (a).						
12. La mayoría de las veces olvido ir a mis citas médicas.						
13. Constantemente cambio la fecha de mi consulta médica.						
14. La mayoría de las veces olvido ir a toma de muestras en el laboratorio.						

¡Gracias por su participación, Fin!

La siguiente sección será anotada sólo por su médico tratante

Nivel de HbA1c: _____ mg/dl (fecha: _____)

ANEXO 3. TEST DE MORISKY-GREEN

Marque con una "X" la respuesta que este más relacionado con lo que usted realiza:		
1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	SI	NO
2 ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	SI	NO
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	SI	NO
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	SI	NO

Nota: las respuestas de este test solo estan escritas en esta sección del protocolo. El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No.

ANEXO 4

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en
Salud de la UMF No. 28**



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:
“MITOS Y CREENCIAS QUE INFLUYEN EN EL APEGO AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA UMF 28”, del Instituto Mexicano Del Seguro Social

Se me ha explicado que mi participación consistirá en la aplicación de tres encuesta denominadas “Ideas acerca del tratamiento de la Diabetes”, “Actividades acerca del tratamiento de la Diabetes” y Test de Morisky-Green que evalúa los mitos y creencias respecto al tratamiento de la diabetes y el apego terapéutico en pacientes que acuden a la consulta externa de la UMF 28.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los beneficios, inconvenientes y molestias derivados de mi participación en el estudio.

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

Entiendo que conservo el derecho de retirarme en el momento que yo decida sin que ello afecte la atención médica que he recibido del Instituto.

Nombre y Firma del Paciente.

Nombre y Firma del Testigo

Nombre y Firma del Testigo

Nombre y Firma del Investigador