

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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA UMF No. 10
MEXICO, D.F.

EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN EL
ASPECTO PSICOLOGICO EN LOS PACIENTES DIABETICOS
TIPO 2, EN LA U.M.F 21 DEL IMSS

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ANGELA ELVIRA RUIZ ZEPEDA

MEXICO, D.F.

2014



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.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3703
U MED FAMILIAR NUM 21, D.F. SUR

FECHA 30/10/2012

DRA. TERESA SALAZAR CORDERO

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

"EVALUACION DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN EL ASPECTO PSICOLOGICO EN LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO 2, EN LA U.M.F. 21 DEL IMSS"

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro Institucional:

Núm. de Registro
R-2012-3703-25

ATENTAMENTE

DR. (A). JOSE LUIS ORTIZ FRIAS

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3703

Alumno: Ángela Elvira Ruiz Zepeda

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS

**EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN EL
ASPECTO PSICOLOGICO EN LOS PACIENTES DIABETICOS
TIPO 2, EN LA U.M.F 21 DEL IMSS**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

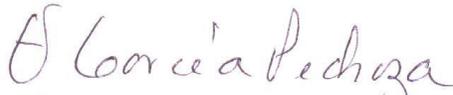
PRESENTA

DRA. ANGELA ELVIRA RUIZ ZEPEDA

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

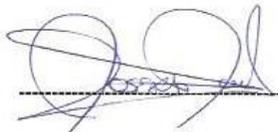


DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

“EVALUACION DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN EL ASPECTO PSICOLOGICO EN
LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 EN LA U.M.F 21 ”

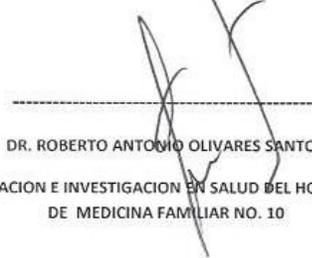
DRA. ANGELA ELVIRA RUIZ ZEPEDA

AUTORIZACION



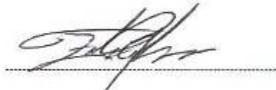
DR. ALBERTO ROSENDO RUIZ

DIRECTOR MEDICO DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 10



DR. ROBERTO ANTONIO OLIVARES SANTOS

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO CON UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR NO. 10



DR. FABIAN AVALOS PEREZ

PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR HOSPITAL PSIQUIATRICO CON UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO. 10



DR. JULIO ANTONIO FLORES PIÑA

PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR HOSPITAL PSIQUIATRICO CON UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO. 10



“EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN EL ASPECTO PSICOLÓGICO EN LOS PACIENTES
DIABETICOS TIPO 2 DE LA U.M.F.21”

DRA. ANGELA ELVIRA RUIZ ZEPEDA

R-2012-3703-25

ASESORES



DRA. TERESA SALAZAR CORDERO.

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.21 IMSS "FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO



DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON

COORDINADORA DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.21 IMSS "FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO"

ÍNDICE

Resumen.....	1
Marco teórico.....	3
Justificación.....	19
Planteamiento del problema.....	20
Objetivo general y específicos.....	21
Hipótesis de trabajo.....	21
Material y métodos.....	22
Criterios de inclusión y exclusión.....	22
Definición del universo de trabajo.....	23
Definición operacional de variables.....	24
Diseño.....	27
Consideraciones éticas.....	28
Recursos, financiamiento y factibilidad.....	29
Análisis de resultados.....	30
Discusión.....	39
Conclusiones.....	41
Sugerencias.....	43
Cronograma de actividades.....	45
Anexos.....	46
Referencias bibliográficas.....	51

Resumen

“EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN EL ASPECTO PSICOLÓGICO EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2, EN LA U.M.F. 21 DEL IMSS”

La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas más comunes de México, en parte por la carga genética y por el estilo de vida de los mexicanos. Tras su diagnóstico, la diabetes requiere un tratamiento integral para evitar o retrasar las complicaciones de la enfermedad, que incluye cambios importantes en el estilo de vida, un plan alimentario, actividad física, monitoreo de glucosa y medicamentos, que son la base del tratamiento. La adherencia deficiente al tratamiento de las enfermedades crónicas, es un problema mundial de alarmante magnitud. Es innegable que para muchos pacientes es difícil seguir las recomendaciones del tratamiento. La adherencia terapéutica, es verdaderamente un problema de salud pública, juega un papel crucial en el desarrollo de la morbimortalidad y en los procesos de prevención.

La “adherencia al tratamiento” va más allá de hacer lo que el personal de salud instruye; significa que el individuo realiza voluntariamente un cambio en sus conductas para el cuidado de su salud, es el grado en que el comportamiento de una persona ejecuta cambios en el estilo de vida. Con base en esto, para planificar un tratamiento eficaz y eficiente, se requiere necesariamente evaluar el comportamiento explícito del paciente ante las indicaciones del médico. La relación médico-paciente es de suma importancia porque se genera un vínculo interpersonal mediante la comunicación dinámica, evolutiva y transaccional apoyada en el modelo de transferencia y contratransferencia para poder abordar al paciente desde una postura de empatía y así favorecer y propiciar la buena adherencia terapéutica, que en conjunto influye no solo en la eficacia, sino también en la constancia del tratamiento siendo factor clave para el éxito.

Palabras clave: Adherencia terapéutica, diabetes tipo 2.

Abstract**"EVALUATION OF THERAPEUTIC ADHERENCE IN TYPE 2 DIABETIC PATIENTS IN THE UMF 21 IMSS"**

The diabetes mellitus is one of the chronic diseases commonest of Mexico, partly by the genetic load and partly of the sort of life of the Mexicans. After his I diagnose, the diabetes requires an integral treatment to avoid or to delay the complications of the disease that includes important changes in the life style: an nourishing, physical activity, monitored plan of glucose and medicines, that are the base of the treatment. The deficient adhesion to the treatment of the chronic diseases is a world-wide problem of alarming magnitude. He is undeniable that stops many patients is difficult to follow the recommendations of the treatment. The therapeutic adhesion is truely a problem of public health and plays a crucial role in the development of the morbimortalidad and the processes of prevention.

The "adhesion to the treatment" goes beyond doing what the health personnel instructs; it means that the individual voluntarily makes a change in its conducts for the care of its health, is the degree in which the behavior of a person and to execute changes in the life style. With base in this, to plan an effective and efficient treatment, it is necessarily required to evaluate the explicit behavior of the patient before the indications of the doctor. The relation doctor-patient is of extreme importance because it is generated an interpersonal bond by means of the dynamic, evolutionary and transaccional communication supported in the model of transference and contratransferencia to be able to approach to the patient from an empathy position and thus to favor and to cause the good therapeutic adhesion, that altogether it influences not only in the effectiveness, but also in the certainty of the treatment being factors key for the success in the improvement of the therapeutic adhesion.

Key words: Therapeutic adhesion, diabetes type 2

Marco teórico.

Definición

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad que se define por la hiperglucemia crónica derivada, de una doble alteración patogénica: resistencia a la acción periférica de la insulina e insuficiente secreción pancreática. Para el abordaje farmacológico de la hiperglucemia en la diabetes tipo 2, debe prevalecer la individualización terapéutica. La elección de un fármaco oral concreto (o de una combinación) se fundamenta en el mecanismo fisiopatológico de actuación, las recomendaciones generales de las guías de práctica clínica, las revisiones sistemáticas y el análisis de los datos de ensayos clínicos y estudios observacionales. En líneas generales, las guías de práctica clínica recomiendan comenzar con modificaciones en el estilo de vida junto al tratamiento con metformina desde el inicio, o a los 3 meses; individualizar la combinación según el perfil de paciente, e intensificar (cada 3-6 meses) hasta alcanzar los objetivos (HbA1c 6,5-7,5%). Para elegir el segundo fármaco, se debe considerar tanto su eficacia (mecanismo de acción) como los efectos secundarios (hipoglucemias, efecto sobre el peso, intestinales, insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal o hepática).

A nivel mundial

La diabetes es considerada hoy una epidemia mundial por su alta prevalencia, por la disminución en la calidad de vida de quienes la sufren y por su alto costo social, familiar y económico. Esta enfermedad se está incrementando dramáticamente y se estima que en 2030 el número de personas con diabetes se duplicará, razón por lo que se considera que será la próxima epidemia mundial. La diabetes de tipo 2 (también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta) se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa el 90% de los casos

y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física. La Organización Mundial de la Salud considera que en el mundo hay más de 347 millones de diabéticos¹

En América Latina

Se estima que en Latinoamérica el número de diabéticos tipo 2 en el año 2000 fue de 35 millones, y que esta cifra subirá a 64 millones en el año 2025, aumento que estará presente en todas las edades, pero principalmente en el grupo de 45 a 64

años de edad, en la cual la prevalencia de diabetes tipo 2 será el doble de la que se observará en los individuos de 20-44 años y en los mayores de 65 años².

La carga económica que estas cifras representarán para el sistema de salud de los países latinoamericanos será enorme en consideración de las mayores tasas de hospitalización y de cuidados médicos que tienen los pacientes con diabetes tipo 2 por la mayor incidencia de evento vascular cerebral, ceguera, insuficiencia renal y amputaciones no traumáticas de miembros inferiores.³ A pesar de la gravedad del problema, al momento la mayoría de los países latinoamericanos no han desarrollado sistemas de vigilancia epidemiológica para la diabetes tipo 2 en la población adulta. Las cifras anteriores de prevalencia son estimadas, pues en la mayoría de los países de la región existen datos de prevalencia de diabetes tipo 2 obtenidos de estudios poblacionales bien diseñados. La información sobre la prevalencia de diabetes tipo 2 deriva de encuestas realizadas en forma esporádica y no con base en programas planificados de detección de la enfermedad. Varias de las encuestas han sido realizadas en regiones o ciudades específicas, y con poder estadístico suficiente, la prevalencia de diabetes tipo 2 reportada en algunos de los países latinoamericanos varía entre el 5 y el 12%.⁴

En México

En la Encuesta Nacional de Salud 2012 (ENSA 2012) la prevalencia nacional de diabetes mellitus en adultos de 20 y más años de edad fue de 7.5%. En las mujeres fue de 9% y en los hombres de 8.4%. La prevalencia aumentó en relación directa con la edad, 3% antes de los 40 años y 22% después de los 60 años. En la población urbana la prevalencia fue de 9% y en la rural de 6.5%. La enfermedad fue más frecuente en la región norte del país (8.4%) y en el área metropolitana de la Ciudad de México (9%). Asimismo, fue más frecuente en la población con menor escolaridad (10.2%), menor ingreso (8.9%), hipertensión arterial (14.1%), hipocolesterolemia (24.1%), micro albuminuria (15%) y enfermedad renal (12.3%). Mediante modelos de regresión logística multivariada, estratificados por sexo, se identificaron como variables asociadas con la presencia de diabetes, la edad, la baja escolaridad, el antecedente familiar de diabetes mellitus y la coexistencia de hipertensión arterial, enfermedad renal, así como hipercolesterolemia en ambos sexos. La obesidad abdominal se relacionó con diabetes mellitus sólo en las mujeres; la residencia en una zona urbana se vinculó con diabetes exclusivamente en los hombres. Las acciones más fuertes se observaron con la edad, el antecedente familiar de diabetes mellitus y micro albuminuria⁵.

En el IMSS

El censo de pacientes con diabetes mellitus del Instituto Mexicano del Seguro Social presenta información sobre el control de la glucemia, índice de masa corporal y tensión arterial, en los pacientes atendidos en las unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante el año 2004. Los resultados indican que se atendieron 2 334 340 diabéticos, el 75 % de los pacientes tenía registro de peso y talla, el 35.7 % de los diagnósticos estuvo codificado como diabetes mellitus no especificada y en el 91.3 % no se hizo mención de complicación alguna. De los pacientes con registro de glucemia, el

56.9 % tuvo un control deficiente; el 50% presentó hipertensión arterial, el 74 % cursó con control adecuado de la tensión arterial; el 40.4 % de los diabéticos tuvo obesidad y el 39.6 % sobrepeso. Estos datos son muy importantes para vigilar el impacto de las intervenciones médico preventivas dirigidas a contender con el problema de la diabetes mellitus en el Instituto Mexicano del Seguro Social⁶. Durante el año 2009, el primer motivo de consulta en las unidades de medicina familiar fue por hipertensión, con 255 mil 652 atenciones; y en segundo lugar la diabetes mellitus con 197 mil 136 consultas. Durante el 2010 se otorgaron 64 mil 985 consultas por hipertensión y 50 mil 426 por diabetes mellitus. Durante el 2011 la prevalencia fue de 8.4 %, en relación con la atención médica, en la consulta de medicina familiar ocupó el segundo lugar en demanda; en la consulta de especialidades el quinto lugar; en la consulta de urgencias y como motivo de egreso hospitalario el octavo lugar. En 2012 la diabetes mellitus y la hipertensión arterial concentran la mayor proporción del gasto para la atención de enfermedades crónicas degenerativas con de 77.9 % y con un gasto mayor en 2013⁷.

En los servicios de especialidades, las enfermedades que originaron mayor número de consultas fueron por diabetes mellitus y cataratas; esta última en un número muy elevado se presentó por cuadros relacionados con la primera. Estos padecimientos, al igual que otros, son fácilmente prevenibles mediante la formación de hábitos saludables como el deporte, la adecuada alimentación y una revisión constante de su médico familiar.⁸

Definición de adherencia terapéutica

Al hablar de adherencia terapéutica, se hace referencia al proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del médico, es decir, cuando cumple con las prescripciones recibidas. La falta de adherencia terapéutica nos describe aquella situación en la que el paciente no sigue, por alguna razón, el programa terapéutico establecido por su médico familiar para el manejo de una enfermedad o padecimiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha llamado “adherencia” al grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas, el término “adherencia al tratamiento” va más allá de hacer lo que el proveedor de salud instruye; significa que el paciente realiza voluntariamente un cambio en sus conductas por el cuidado de su salud, que van desde seguir una dieta, hasta tomar de manera adecuada sus medicamentos. Durante el 2011, la Reunión sobre Adherencia Terapéutica de la OMS acordó como definición de adherencia “el grado en el compromiso de una persona para la toma del medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en sus estilos de vida, corresponder con las recomendaciones acordadas con el médico familiar y el personal de salud.”⁹

Se debe pensar que cualquier intento de evaluación sobre cumplimiento constituye por sí mismo una variable que altera el proceso. Estos intentos de evaluación constituyen equivalentes de técnicas de registro, las cuales, se sabe facilitan al paciente su apego a los programas terapéuticos. El cumplimiento de un tratamiento es por definición un proceso dinámico y continuo, por lo que en ningún momento deberá considerarse como un hecho concreto¹⁰.

Los comportamientos de la adherencia se refieren a la incorporación o mantenimiento de hábitos en el estilo de vida, la modificación de aquellos que puedan constituir un factor de riesgo para la progresión de la enfermedad, la búsqueda de conocimiento y el desarrollo de habilidades para controlar situaciones que interfieren con los objetivos terapéuticos.

La deficiente adherencia adopta diversas formas; dificultades para iniciar el tratamiento, suspensión prematura o abandono, cumplimiento incompleto o insuficiente por errores de omisión, de dosis, de tiempo, de propósito, inasistencia a consulta, ausencia de modificaciones de hábitos y estilos de vida, automedicación e inadecuada relación médico-paciente entre otros.¹¹

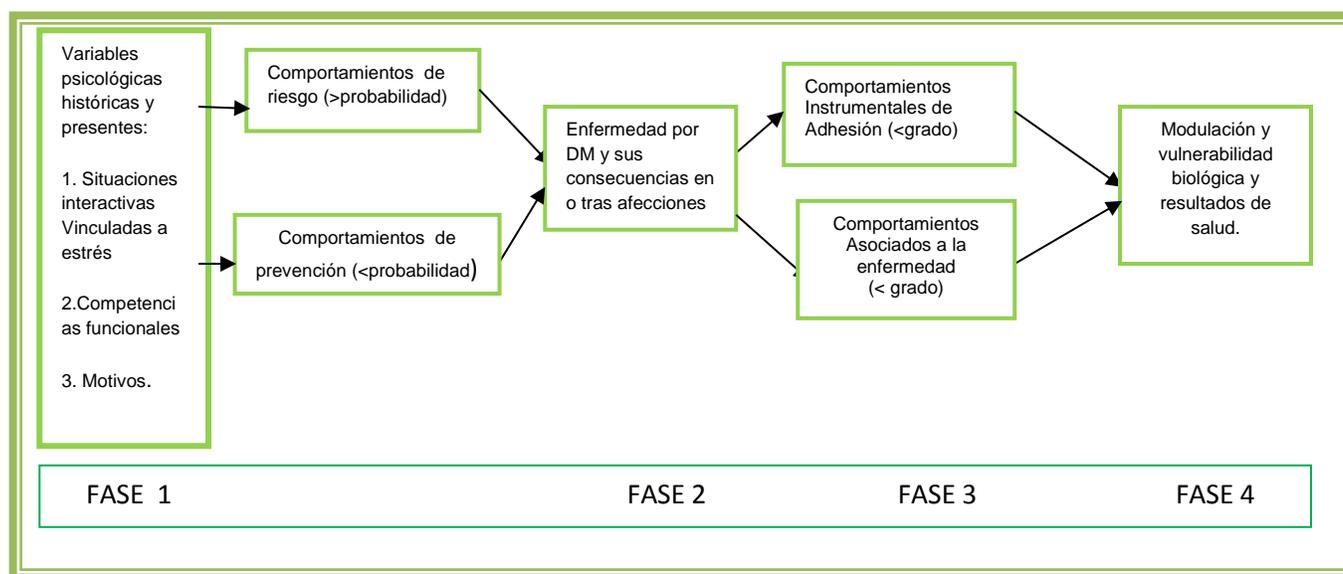
Granados Escalante refiere a la adherencia terapéutica como el término más adecuado, dentro de los propuestos hasta el momento, por el sentido psicológico que este entraña y es definido como una conducta compleja, que consta de una combinación de aspectos propiamente conductuales, unidos a otros relacionados y que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado¹².

La evaluación de la adherencia terapéutica se basa en un modelo psicológico de salud biológica y, en consecuencia, permite delimitar con precisión la dimensión psicológica que es pertinente a la salud en general y al problema de la adhesión al tratamiento en particular. Se considera la eventual relación entre los factores que influye y otras variables de relevancia teórica, como por ejemplo, las situaciones vinculadas con el estrés y los comportamientos asociados a la enfermedad.

Representación conceptual del modelo psicológico aplicado a la adhesión al tratamiento.

Fase1=procesos y resultados psicológicos, Fase 2=transición hacia la enfermedad, Fase3=resultados psicológicos de la enfermedad Fase4=modulación y vulnerabilidad biológicas.

Esquema basado en representación grafica de adherencia terapéutica de Piña y Sánchez-Sosa.



La medición en el control de ingesta de medicamentos y alimentos es importante porque el hecho de que los pacientes ingieran sus medicamentos de manera puntual y sigan un régimen alimenticio adecuado, no sólo representa ventajas para los pacientes sino también a nivel institucional por la reducción de costos que implica el control de enfermedades crónicas. En el aspecto del seguimiento médico conductual de los pacientes es importante debido a que las consecuencias de salud, por descuido, pueden resultar graves y adquirir el carácter de irreversibles cuando los pacientes no mantienen un régimen de seguimiento a largo plazo¹³.

El contar con conductas que favorezcan el cuidado de la salud repercute a niveles individuales e institucionales. Su relevancia muestra las expectativas de los pacientes en cuanto al control de su enfermedad. Su trascendencia es debido a que la ejecución de las conductas tanto del control de la ingesta de medicamentos y alimentos, así como el seguimiento médico conductual pueden ser consecuencia de la creencia de los pacientes con respecto a la eficacia de su hacer para controlar su enfermedad.

Han sido identificadas más de 200 variables que pueden intervenir en la adherencia a un tratamiento, pero se han concentrado en 5 grandes grupos de factores relacionados: Factores socioeconómicos (accesibilidad) el cual comprende el costo de la medicación, costo del transporte para acceder al medicamento, la falta de redes de apoyo efectivo que faciliten el acceso, las creencias acerca de la enfermedad y su tratamiento. Para las enfermedades crónicas y en pacientes ancianos estos factores han de ser especialmente importantes. La falta de redes de apoyo es un factor esencial al momento de decidir una intervención. Los factores relacionados a la enfermedad como conocimiento de ella (promoción y prevención de la misma), su sintomatología, el tiempo de evolución y la historia natural de la enfermedad.

Factores relacionados al tratamiento, como la confianza en la efectividad del mismo y los cambios en el estilo de vida. Cuando el tratamiento implica los cambios referidos por ejemplo en la dieta y el ejercicio, la dificultad a la adherencia es mayor, el temor a las reacciones adversas, la cantidad de fármacos, duración del tratamiento y la polifarmacia. Para aquellos pacientes que requieran cambios en el modo de vida dentro del plan terapéutico, el promover la adherencia implica la participación de la familia con apoyo, compañía y la solidaridad de sus miembros será un factor fundamental para alcanzar los objetivos del tratamiento a largo plazo.

Los factores relacionados al paciente comprenden las creencias respecto al tratamiento y su efectividad del proceso salud-enfermedad, los aspectos culturales, la exposición a situaciones como el stress y enfermedades neurodegenerativas; así como alteraciones del estado de ánimo. El diagnóstico de diabetes mellitus produce sobre el paciente cambios en su estilo y calidad de vida, la forma de alimentarse, el aceptar el tratamiento continuo y permanente como una nueva y diferente experiencia en su vida, hace que esta enfermedad altere esferas importantes no solo personal sino familiar, laboral y social provocando además problemas psicológicos como ansiedad y depresión que pueden ocasionar baja adherencia terapéutica; así como la disfuncionalidad familiar influye en este trastorno del ánimo. Se fundamenta en el enfoque cognitivo conductual con los postulados de Skinner y Beck quienes consideran que la depresión tiene un importante contenido cognitivo y un debilitamiento en las secuencias de conductas previamente reforzadas positivamente. Las características de la diabetes mellitus aumentan la probabilidad de desarrollar trastornos de ansiedad y depresivos que, a su vez, pueden afectar negativamente el curso de la diabetes y, en particular el auto-cuidado¹⁴.

Factores relacionados al equipo médico se encuentra; la relación médica paciente inadecuada con falta de confianza recíproca, la falta de conocimiento y preparación para el manejo de las enfermedades. Uno de los aspectos más relevantes para una adecuada adherencia es la relación médico-paciente, esta ha sido siempre el fundamento de la práctica profesional sustentada en principios y valores como la confidencialidad, la verdad, y en las habilidades del médico para la comunicación con el paciente para generar confianza. Es de suma importancia porque se genera un vínculo que influye no solo en la eficacia, sino también en la constancia del tratamiento. Es un proceso porque se caracteriza por ser dinámico y evolutivo; transaccional porque implica la participación recíproca de dos partes, y multidimensional porque abarca lo que se transmite (dimensión del contenido).

La comunicación y la empatía tienen apoyo en la teoría de la comunicación humana, la empatía permite experimentar la realidad subjetiva del paciente sin perder la perspectiva del marco en la realidad, con la finalidad de poder guiar al paciente a que pueda experimentar sus sentimientos de una forma completa e inmediata¹⁵.

Uno de los procesos implicados en este es la transferencia, es el fenómeno que permite la aparición de conductas irracionales, infantiles, favorecidas por el contexto en el cual está el paciente debido a su enfermedad, como miedo a la muerte, discapacidad etc. En la contratransferencia se manejan las emociones del médico provocadas por ciertas actitudes del paciente. El profesional de la salud debe aprender a dejar de lado sus preconceptos o prejuicios para poder abordar al paciente desde una postura de empatía y así favorecer y propiciar la buena adherencia terapéutica¹⁶.

Debe evitarse la transferencia negativa del cuidado de la salud, por lo que se hace imprescindible una adecuada relación médico-paciente y médico-familia, brindar en forma oportuna, clara, y honesta la información necesaria. La cantidad y la calidad de la información facilitada a los enfermos reducen su angustia, consiguiendo así una mejor y más rápida recuperación gracias a la mayor colaboración mostrada durante el periodo de tratamiento. Otro factor involucrado dentro del sistema es la falta de accesibilidad a los medios adecuados para el diagnóstico, a la continuidad asistencial y a la supervisión del tratamiento sugerido; así como el antagonismo terapéutico y/o interacción entre prescripciones de alimentos y fármacos.

La Medicina Familiar se basa en la atención del paciente como persona, como individuo integrante de sistemas y subsistemas familiares dentro de un hábitat comunitario, que interrelacionan e inciden sobre su enfermedad, sobre su actitud frente a la misma y por consiguiente frente al tratamiento.

La familia es el primer aliado con el que cuenta el médico familiar; cuidando, supervisando, apoyando y previniendo las fallas en el cumplimiento. En el momento en que el paciente tome la decisión, adquiera el compromiso y sea responsable de iniciar un proceso terapéutico, cambiará su conducta¹⁷.

Varios son los motivos por los cuales se debe estudiar la adherencia. En primer lugar, gran parte de las indicaciones terapéuticas no pueden ser supervisadas cotidianamente por una agente externo al paciente y, al contrario, quedan bajo su directa responsabilidad, entonces, es el paciente quien en definitiva decide si cumple o no. Las bajas tasas de adherencias reportadas en la literatura apoyan la idea de que el paciente mayoritariamente no cumple con el tratamiento. El National Heart, Lung and Blood Institute señala que entre 30% y 70% de los pacientes no cumple con las indicaciones de sus médicos.

A fin de poder valorar la adherencia se utilizan instrumentos clasificados en directos (realiza la determinación del fármaco o sus metabolitos en sangre, orina u otro fluido biológico) e indirectos (cuando se valora el cumplimiento mediante un interrogatorio, cuestionario, control de proceso, recuento de comprimidos, u otro que lo permita). Los métodos indirectos son elegidos por el bajo costo, practicidad y por la comodidad para el paciente dado que no implican una práctica invasiva, aunque pueden carecer de objetividad porque dependen de la información brindada por el paciente, quien muchas veces, por falta de confianza, olvido u omisión, puede transmitir información parcial o distorsionada.

En la literatura consultada hace referencia al método indirecto para valorar la adherencia dentro de los cuales se encuentra el Test de Morisky-Green que tiene la finalidad de valorar actitudes acerca del tratamiento. El Test de Batalla el cual expresa el mal cumplimiento. El Test de Haynes-Sackett o comunicación del autocumplimiento, son menos específicos en orientarnos en las causas, pero nos permiten medir el porcentaje de adherencia¹⁸.

En base a estudios previos se puede considerar que la falta de adherencia es un problema común con repercusiones sanitarias y económicas, por lo que es muy importante asumir la necesidad de su prevención y determinación en la práctica clínica. La buena relación médico-paciente, así como establecer una buena comunicación con claves para facilitar la mejor comprensión sobre la enfermedad, el tratamiento y el compromiso en la toma de decisiones compartidas, así como la evaluación de la adherencia en forma rutinaria. Las intervenciones específicas pueden ser recomendadas para todos los pacientes, analizando las causas que provocan la falta de adherencia en cada caso, permitiendo escoger las estrategias apropiadas para cada paciente.

Los métodos indirectos son los más utilizados como los auto cuestionarios y la entrevista personalizada, probablemente son el método más práctico desde la perspectiva del personal de la salud; como el test de Morisky-Green , un método muy fiable si el paciente se declara no cumplidor y es útil para indagar sobre las razones de la no adherencia¹⁹.

Durante enero del 2010 hasta enero de 2011 se realizó un estudio descriptivo longitudinal en consultorios de los Médicos de la Familia de Sagua la Grande Cuba, tuvo por objetivo demostrar cuales fueron los factores psicosociales que influyeron en la no adherencia terapéutica de los pacientes diabéticos. La muestra fue seleccionada mediante muestreo intencional no probabilístico de todos los pacientes diabéticos, quedó constituida por 25 pacientes. Se utilizó revisión de documentos oficiales; entrevistas a pacientes, familiares y al médico familiar; la aplicación de la escala autovalorativa de Dembo Rubinstein, test de Rotter, inventario de autoestima, técnica de composición, escala para depresión , escala de ansiedad y entrevista centrada en el estrés. Se concluyó que la mayoría de los pacientes se encontró entre los 20 y 79 años de edad, prevaleció el sexo femenino, el nivel escolar fue mayoritariamente medio y preuniversitario, la ocupación predominante fueron obreros y jubilados; los factores psicosociales que

influyeron en la no adherencia terapéutica fueron: depresión como estado alto, inadecuada autovaloración, nivel bajo de autoestima, ansiedad, estrés ante situaciones vinculadas al cambio de estilo de vida por la enfermedad, relaciones interpersonales inadecuadas a malas, inadecuado apoyo social y familiar; conflictos en la esfera personal y familiar relacionados con las limitaciones que ocasiona la enfermedad. Se identificó mala adherencia terapéutica en más del 60% de los pacientes²⁰.

Los estudios publicados en los últimos años sobre las tasas de cumplimiento, los cambios en el estilo de vida por parte de los pacientes y de su adherencia a la medicación prescrita arrojan datos alarmantes. En 2012 Valentín Fuster analiza el bajo cumplimiento y la baja adherencia en pacientes cardiopatas encontrando que más del 50% de los enfermos, como promedio, deciden abandonar el tratamiento que se les había prescrito, y los objetivos propuestos para mejorar sus hábitos teniendo como factores predisponentes el desconocimiento sobre la enfermedad y la deficiente comunicación médico-paciente²¹.

Sanahuja, Villegas y Romero documentan en 2012 sobre la adherencia terapéutica en los pacientes que padecen enfermedades crónicas donde el 50% de ellos muestran baja adherencia terapéutica después de 6 meses de haber comenzado un tratamiento, el número de pacientes que deja de tomar su medicamento varía entre el 30 y el 80%, las principales causas del incumplimiento, siendo las más importantes la falta de información y la falta de apoyo en el cambio de comportamiento, en especial en ancianos y enfermos crónicos²².

Gabriel Neyro y Mercedes Taboada de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud en Argentina, documentan en marzo del 2013 la adherencia terapéutica a largo plazo en pacientes con patologías crónicas, el objetivo principal de este trabajo fue valorar el nivel de adherencia terapéutica de los pacientes crónicos planteado la preocupación por lograr y/o mantener un buen nivel de adherencia

terapéutica, (ésta por lo general suele ser más baja en pacientes crónicos que en pacientes agudos) ya que es la condición de base para lograr efectividad terapéutica (no discuten ni especifican la elección de los tratamientos a aplicar).

Se comprueba que la buena relación entre médico familiar y el paciente es un factor motivacional importante que promueve la buena adherencia y eficacia terapéutica en un tratamiento a largo plazo²³. Esta conclusión se correlaciona con los resultados obtenidos en los artículos científicos consultados sobre adherencia terapéutica en los cuales se concluye que la buena relación entre el profesional de la salud y el paciente repercute positivamente en el nivel de adherencia.

Pisano y Gómez documentan en febrero del 2014 sobre la modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. Encontrando que la modificación de hábitos y la mejora de la adherencia tanto cognitivas, como conductuales requiere de cambios en el comportamiento y motivación. Las áreas de intervención abarcan el tratamiento farmacológico, los cambios de estilos de vida y el apoyo social y familiar; el más eficaz se mostro en el autocuidado y la autoresponsabilidad del paciente para con su enfermedad aumentando la adherencia terapéutica²⁴.

Nos dimos a la tarea de encontrar el instrumento de medición más adecuado para adherencia terapéutica y encontramos un instrumento validado en México, "Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos" elaborado en la Universidad Nacional Autónoma de México por la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala en 2009. Para fiabilizar esta escala, se aplicó a 200 pacientes con diversas enfermedades crónicas, adultos, voluntarios, que presentaban padecimientos como: diabetes, hipertensión, osteoporosis, enfermedades cardíacas, artritis, renales, arterioesclerosis o cáncer.

Todos ellos residentes de la Ciudad de México que acudían a control en clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social. Considerando que la adherencia en el ámbito psicológico se refiere al conjunto de comportamientos efectivos para el cumplimiento de las prescripciones médicas que conllevan al control de la enfermedad.

Esta escala para evaluar la adherencia terapéutica en pacientes crónicos, está basada en comportamientos explícitos, incluyendo la información sobre el padecimiento, el régimen terapéutico, la interacción con el médico y la autoeficacia del paciente, puesto que es importante conocer la percepción de éste en cuanto a si es o no capaz de participar en su tratamiento de manera que logre controlar su padecimiento. Este conjunto de comportamientos explícitos contemplan si el paciente ingiere los medicamentos y alimentos prescritos, si sus conductas son efectivas para mejorar su salud y su creencia de si considera que lo que hace es eficaz para controlar su enfermedad, así como la relación médico-paciente.

El instrumento cuenta con 21 ítems con una escala de 0 a 100, en la que el paciente elige, en términos de porcentaje la efectividad de su comportamiento. Entendiendo que a más cercano a 100 el paciente es más adherente, el índice de fiabilidad alpha de Cronbach fue de .91 en general y el análisis factorial, mostró 3 factores con 7 ítems cada uno: Control de ingesta de medicamentos y alimentos, seguimiento médico-conductual, y auto eficacia. El análisis factorial mostró tres factores, cada uno de ellos con 7 ítems, lo que implica consistencia en la distribución de éstos en las subescalas, dando pauta a la validez estadística; los resultados muestran excelentes propiedades psicométricas del instrumento. Respecto de las subescalas que se formaron, es necesario enfatizar que la manera en la cual se agruparon los ítems en cada una, refiere el aspecto psicológico de la evaluación de la adherencia terapéutica.

La primera; control de ingesta de medicamentos y alimentos, obtuvo niveles de fiabilidad altos y los ítems se agruparon de manera lógica en este factor. Es importante este factor porque el hecho de que los pacientes ingieran sus medicamentos de manera puntual y sigan un régimen alimenticio adecuado, no sólo representa ventajas para los enfermos sino también a nivel institucional por la reducción de costos que implica el control de enfermedades crónicas.

En el segundo factor aun cuando fue el que presentó un nivel de fiabilidad más bajo en comparación con los otros dos factores, éste fue alto. Evaluar el seguimiento conductual del paciente es importante debido a que las consecuencias de salud, por descuido, pueden resultar graves y adquirir el carácter de irreversibles cuando los pacientes no mantienen un régimen de seguimiento a largo plazo como es el caso de las consultas periódicas y análisis clínicos rutinarios, que exigen muchas enfermedades crónicas.

El tercer factor, autoeficacia, obtuvo un nivel alto de fiabilidad, así como la agrupación de ítems correspondientes a la evaluación de las creencias de los pacientes respecto a su salud. Esta subescala es importante porque muestra las expectativas de los pacientes en cuanto al control de su enfermedad. La trascendencia de esta subescala es debido a que la ejecución de las conductas de las dos primeras subescalas pueden ser consecuencia de la creencia de los pacientes con respecto a la eficacia de su hacer para controlar la enfermedad crónica²⁵.

Una de las virtudes de esta escala es que ha sido diseñada pensando en que pueda ser útil para evaluar la adherencia de enfermedades crónicas sin estar dirigida a una enfermedad específica y valora el cumplimiento en forma similar al Test de Batalla, valora actitudes acerca del tratamiento como el Test de Morsky-Green, la comunicación del autocumplimiento similar al de Haynes-Sackett; así como permite conocer elementos de la relación médico-paciente.

Justificación

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad cuya prevalencia mundial ha incrementado en los últimos años. En México, la diabetes se ha convertido en la primera causa de muerte al contribuir con 12% del total de muertes. Se estimó para el año 2030 una prevalencia nacional de 10.9%. En el ámbito socioeconómico se describen pérdidas de 264 mil años de vida saludables por muertes prematuras y 171 mil por discapacidad en diabéticos de más de 45 años. Las pérdidas para los servicios de la salud son del orden de 318 millones de dólares por año la atención de esta enfermedad cuesta a los sistemas de salud hasta 15% del total de sus recursos y es el rubro del gasto más importante del IMSS. Este costo de atención se debe principalmente a las complicaciones secundarias de la enfermedad. Es necesaria una orientación de las estrategias de intervención terapéutica para retrasar el desarrollo de daño a nivel macro y microvascular, para disminuir así los costos de atención personales y familiares evitando la pérdida de la productividad individual.

Estudios previos consideran que la falta de adherencia es un problema común con repercusiones sanitarias y económicas, por lo que es muy importante asumir la necesidad de su prevención y determinación en la práctica clínica. La buena relación médico-paciente, así como establecer una buena comunicación con claves para facilitar la mejor comprensión por parte del paciente sobre su enfermedad, su tratamiento, así como el compromiso en la toma de decisiones compartidas y la evaluación de la adherencia en forma rutinaria. Este estudio generó la evidencia para conocer los determinantes para la falta de adherencia terapéutica en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acude a la Unidad de Medicina Familiar No. 21.

Planteamiento del problema

En base a estudios previos se puede considerar que la falta de adherencia es un problema común con repercusiones sanitarias y económicas, por lo que es muy importante asumir la necesidad de su prevención y determinación en la práctica clínica. La buena relación médico-paciente, así como establecer una buena comunicación son claves para facilitar la mejor comprensión por parte del paciente sobre su enfermedad, su tratamiento y el compromiso en la toma de decisiones compartidas. La relación médico-paciente es de suma importancia porque se genera un vínculo interpersonal mediante la comunicación dinámica, evolutiva y transaccional apoyada en el modelo de transferencia y contratransferencia para poder abordar al paciente desde una postura de empatía y así favorecer y propiciar la buena adherencia terapéutica. Las características de la diabetes mellitus aumentan la probabilidad de desarrollar trastornos de ansiedad y depresivos que, a su vez, pueden afectar negativamente el curso de la diabetes y en particular el auto-cuidado. La adherencia se debiera evaluar en forma rutinaria, las intervenciones específicas pueden ser recomendadas para todos los pacientes, analizando las causas que provocan la falta de adherencia en cada caso, permitiendo escoger las estrategias apropiadas para cada paciente.

Por lo expuesto anteriormente consideremos de suma importancia el presente estudio, el cual genero la evidencia para evaluar la adherencia terapéutica en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina familia No 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social, que permitirá conocer las necesidades de salud del paciente diabético, así como generar cambios de estrategias del equipo multidisciplinario.

Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

“Existirá una adecuada adherencia terapéutica de acuerdo al aspecto psicológico en los pacientes diabéticos tipo 2, en la U.M.F. 21 del IMSS”.

Objetivos

Objetivo general: Conocer si existe una adecuada adherencia terapéutica de acuerdo al aspecto psicológico en pacientes con diabetes tipo 2, en la U.M.F. 21 del IMSS”.

Objetivos específicos:

- ✚ Identificar si existe congruencia entre el control metabólico y el grado de adherencia terapéutica.

- ✚ Identificar los factores relacionados al comportamiento explícito que interviene en la adherencia terapéutica.

Hipótesis

Hipótesis de trabajo

En los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, menos del 60% de ellos tiene una adecuada adherencia terapéutica.

Material y métodos

Tipo de Estudio: Transversal, descriptivo.

Población de estudio: Pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, que acuden a la consulta externa en la UMF 21 de ambos turnos con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.

Lugar de Estudio: Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS, ubicada en Francisco del Paso y Troncoso Número 281, Colonia Jardín Balbuena, Delegación Venustiano Carranza; código postal 15900 México, Distrito Federal.

Periodo de Estudio: El presente estudio se llevó a cabo en un período comprendido del enero a agosto del 2013.

Criterios de inclusión

- Hombres y mujeres mayores de 18 años, con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.
- Que cuentan con vigencia de derechos y adscritos a la UMF 21 de ambos turnos.
- Que aceptaron participar en el estudio por medio de un proceso de consentimiento informado y que contesten la encuesta en forma adecuada y completa.

Criterios de exclusión

- Pacientes con discapacidad que limite el obtener información fidedigna (enfermedades psiquiátrica)

Universo de trabajo

Muestra

Se realizó un muestreo aleatorizado simple.

Tamaño de muestra: En base a los datos obtenidos por el servicio de ARIMAC de la UMF21, están registrados un total de pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 de 10.600 pacientes, a los cuales se calcula el tamaño de la muestra con la fórmula.

N = Tamaño de la población es de 10.600 pacientes con una muestra representativa de 307 pacientes

Donde n= Tamaño de la muestra,

z= 1,96 para el 95% de confianza, 2,56 para el 99%

p=Frecuencia esperada del factor a estudiar

q= 1- p

B= Precisión o error admitido

$$N = \frac{(z\alpha)^2(p)(q)}{\delta^2}$$

Definición operacional de variables

Variables dependientes: adherencia terapéutica, control glucémico.

Covariables: edad, sexo nivel de estudios, situación laboral, estado civil, diabetes mellitus tipo 2.

Variables independientes: ingesta de medicamentos y alimentos; seguimiento médico conductual y de autoeficiencia.

Variables dependientes

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo Variable	Escala de Medición
Adherencia Terapéutica	Se entiende por adherencia terapéutica, al grado de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida, con las recomendaciones de los profesionales de la salud.	Se mide en el instrumento de recolección. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamiento explícito	Cuantitativa Discontinua	Baja adherencia de 0 a 25 puntos Moderada adherencia de 50-75 puntos Alta adherencia 100 puntos
Control glucémico	Concentración de glucosa igual o menor de 6.5mg/dl en los tres últimos meses.	Nivel de glucosa obtenido al realizar glucosa central y/o determinación de Hg glucosilada la cual nos indica el control en los últimos 3 meses	Cuantitativa discontinua	Cifras en % *1 < =6.5% en control *2 > 6.5% descontrolado

Covariables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo Variable	Escala de Medición
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Número de años cumplidos al inicio de la estrategia educativa.	Cuantitativa Discontinua	Edad en años cumplidos. Dos dígitos.
Sexo	(desciende del Latín: cortar, dividir) originalmente se refiere nada más que a la división del género humano en dos grupos: mujer o hombre	Persona dentro del estudio, hombre o mujer, considerado fenotípicamente	Cualitativa Nominal	1=Hombre 2=Mujer.
Escolaridad	Grado de estudios con los que cuenta una persona.	Desacuerdo al grado de estudios que el paciente tenga condiciona el grado de entendimiento del padecimiento.	Cualitativa Nominal	1=Ninguna 2=Primaria 3=Secundaria 4=Bachillerato 5=Técnico 6=Licenciatura 7=Pos grado
Ocupación	Se refiere a las actividades económicas habituales que realiza un individuo.	Relación que contribuye a favorecer conducta de salud.	Cualitativa Nominal.	1=Hogar 2=Jubilado (a) 3=Pensionado (a) 4=Empleado (a)
Estado civil	Situación determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco.	Relación que contribuye a favorecer conducta de salud.	Cualitativa Nominal.	1=Soltero (a) 2=Casado(a) 3=Viudo(a) 4=Divorciado(a) 5=Unión libre

VARIABLES INDEPENDIENTES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo Variable	Escala de Medición
Control de la ingesta de medicamentos y alimentos	Patrón de regular para seguir indicaciones en la toma de medicamentos y régimen dietético.	Se mide en el instrumento de recolección. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamiento explícito	Cuantitativa Discontinua	1= 0puntos 2= 25 puntos 3= 50 puntos 4= 75 puntos 5= 100puntos
Seguimiento médico conductual	Patrón de regulación e integración subsecuente para el control del padecimiento con su médico tratante.	Se mide en el instrumento de recolección. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamiento explícito	Cuantitativa Discontinua	1= 0puntos 2= 25 puntos 3= 50 puntos 4= 75 puntos 5= 100puntos
Auto eficacia	Creencias del paciente asociadas a la severidad de la enfermedad, susceptibilidad, apoyo familiar y social, interacción a la adherencia	Se mide en el instrumento de recolección. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamiento explícito	Cuantitativa Discontinua	1= 0puntos 2= 25 puntos 3= 50 puntos 4= 75 puntos 5= 100puntos

Diseño estadístico

Descripción metodológica

Se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema a estudiar, se inicio a construir el marco de referencia y el diseño del estudio. Se solicitó la autorización por el Consejo de Ética de la unidad, se procedió de manera ordenada y respetando los lineamientos éticos se recolecto la información.

Se realizó un estudio transversal descriptivo, en la UMF 21 en el periodo comprendido de enero a agosto del 2013, realizando una selección de tipo aleatoria simple en pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, que aceptaron participar en el estudio hasta completar la muestra de 307 pacientes de ambos turnos mayores de 18 años, hombres y mujeres, tomando el padrón de pacientes derechohabientes de la UMF21 del servicio de ARIMAC (Departamento de Información Estadística). Se citó a los paciente que cumplieron con los criterios de inclusión, por medio del consentimiento informado explicándoles brevemente en qué consistía el estudio, invitándolos a participar en él, se aplicó una encuesta estructurada de 21 ítems con una escala de 0 a 100 %(nunca=0,casi nunca=25, algunas veces=50,casi siempre=75, siempre =100) ,en periodo estimado de tiempo de 20 minutos. Dicha entrevista se realizo en el consultorio 8 de la UMF 21 en el horario de 12:00 a 14:00 hrs con un total de 10 pacientes diarios durante el periodo de recolección de muestra.

Se capturó la información obtenida en hoja matriz, el manejo estadístico fue univariado y bivariado nominal y ordinal sacando la relación entre ellas con el uso de SSPS (Paquete Estadístico para Ciencias Sociales) para su captura y análisis. Se graficó, así como se aplicaron pruebas estadísticas se discutieron los resultado y se comprobó la hipótesis para poder dar a conocer en una sesión general y posterior aprobación para una publicación.

Consideraciones éticas

Fue un trabajo de acorde a los principios básicos de ética, así como, es importante indicar que los procedimientos propuestos están acorde al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki promulgada en 1964 y enmendada en 1989 y las pautas internacionales para la Investigación Biomédica relacionada con seres humanos propuesta en 1982 por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas y la Organización Mundial de la Salud.

Esta investigación considero lo estipulado por "Ley General de Salud" de México y con su "Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud", en su título quinto en el cual se establecen en el artículo 96 las acciones que contribuyan al conocimiento de los proceso biológicos y psicológicos en los seres humanos y la prevención y control de los problemas que se consideran prioritarios. La información recolectada se mantendrá estrictamente anónima ya que solamente será conocida por los investigadores participantes. En esta investigación no se pone en peligro la vida, y solo se solicitara el consentimiento informado. (Anexo 1)

Se siguieron las indicaciones de la Council for de internacional Organization Of Medical Sciencies (CIOMS) considerando los principios éticos de autonomía: respetando la individualidad de los pacientes por medios del consentimiento informado verbal y con la posibilidad de abandonar el estudio en cualquier momento. No maleficencia: cuidando de la no exploración ya que las personas que participan en el estudio son parte de la población que se puede ver directamente beneficiada con los resultados. También se declara que no existe conflicto de interés en el desarrollo de la investigación ni en el financiamiento del mismo. Respeto a las personas y justicia.

Recursos financieros y factibilidad

Recursos humanos:

- El investigador y los pacientes entrevistados.

Recursos Materiales:

- Hojas blancas tamaño carta, lápices, sacapuntas, goma.
- Equipo de cómputo (software: windows).
- Impresora, cartuchos de impresora.
- Memoria USB
- Paquete estadístico SPSS.
- Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas en base a comportamiento explícito.

Recursos financieros:

- ❖ Los recursos financieros serán proporcionados por el mismo Investigador.

Análisis de resultados

En el periodo comprendido entre enero y agosto del 2013 en la Unidad de Medicina Familiar número 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social, se realizó un estudio transversal descriptivo en busca de conocer si existe una adecuada adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo dos. La muestra fue de 307 pacientes de ambos turnos mayores de 18 años, hombres y mujeres, tomando el padrón de pacientes derechohabientes de la unidad, con un promedio de edad de 63 años, en un rango de 35 a 91 años, el 33.6% de muestra se encuentra en un rango de 59 a 68 años.

TABLA 1. FRECUENCIA POR EDAD EN DECENIOS EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

18 A 28	0	0%
29 A 38	4	1.2%
39 A 48	30	9.8%
49 A 58	70	22.8%
59 A 68	103	33.6%
69 A 78	77	25.1%
79 Y MAS	23	7.5%
TOTAL	307	100%

FUENTE: ENCUESTA DE "EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA BASADA EN EL ASPECTO PSICOLÓGICO EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2"

En cuanto a la frecuencia por sexo se observa predominio el sexo femenino de 195 pacientes representando el 63.5% en comparación a los hombres con 112 pacientes correspondiendo al 36.5%.

TABLA 2. FRECUENCIA POR SEXO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

HOMBRES	112	(36.5%)
MUJERES	195	63.5%
TOTAL	307	100%

FUENTE: ENCUESTA DE "EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA BASADA EN EL ASPECTO PSICOLÓGICO EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2"

El nivel de escolaridad más común es la primaria en el 38% de los pacientes, mientras que el nivel escolar menos frecuentes son el bachillerato, licenciatura, técnico, ningún nivel escolar y el prostrado en este orden.

TABLA 3. FRECUENCIA POR NIVEL ESCOLAR DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

NINGUNA	13	4.2%
PRIMARIA	117	38%
SECUNDARIA	73	23.8%
BAQUILLERATO	37	12.1%
TECNICO	26	8.5%
LICENCIATURA	40	13%
POSGRADO	1	.3%
TOTAL	307	100%

FUENTE: ENCUESTA DE "EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA BASADA EN EL ASPECTO PSICOLÓGICO EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2"

La ocupación más común se encontró entre los dedicados al hogar representando el 40.7% y menos frecuente son los jubilados con un 37%.

TABLA 4. FRECUENCIA POR OCUPACIÓN DE PACIENTES CON DIBETES MELLITUS TIPO 2

HOGAR	125	40.7%
JUBILADO	37	12%
PENSIONADO	51	16.6%
EMPLEADO	94	30.6%
TOTAL	307	100%

FUENTE: ENCUESTA DE "EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA BASADA EN EL ASPECTO PSICOLÓGICO EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2"

El estado civil que predominó en el estudio fue el casado en un 54.4% y el menos frecuente los solteros con un 12.1%.

TABLA 5. FRECUENCIA ESTADO CIVIL DE PACIENTES CON DIBETES MELLITUS TIPO 2

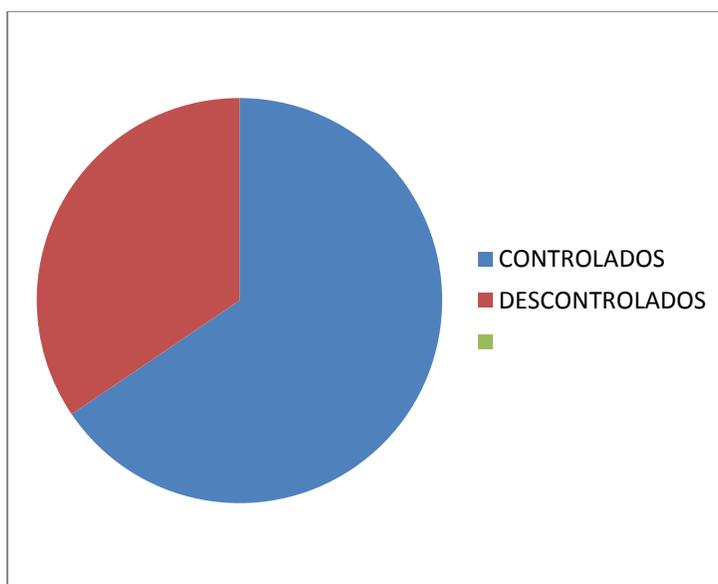
SOLTERO (A)	37	12.1%
CASADO (A)	167	54.4%
VIUDO (A)	59	19.2%
DIVORCIADO (A)	44	14.3%
TOTAL	307	100%

FUENTE: ENCUESTA DE "EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA BASADA EN EL ASPECTO PSICOLÓGICO EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2"

La frecuencia en cuanto al control glucémico en base a la hemoglobina glucosilada, se encontró en el 65.8% y en descontrol el 34.2%.

TABLE 6. FRECUENCIA DE PACIENTES CON CONTROL GLICEMICO EN BASE A LA HEMOGLOBILA GLICADA.

CONTROLADOS	202	65.8%
DESCONTROLADOS	105	34.2%
TOTAL	307	100%



FUENTE: ENCUESTA DE "EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA BASADA EN EL ASPECTO PSICOLÓGICO EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2"

La frecuencia en cuanto al grado de índice de masa corporal más común es de pacientes con obesidad grado 1 con un 35.8% y el menos frecuente es el de bajo peso con 2.3%.

TABLA 7. FRECUENCIA POR ÍNDICE DE MASA CORPORAL.

BAJO PESO	7	2.3%
PESO NORMAL	92	30%
OBESIDAD G I	110	35.8%
OBESIDAD G II	64	20.3%
OBESIDAD G III	34	11.1%
TOTAL	307	100%

FUENTE: ENCUESTA DE "EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA BASADA EN EL ASPECTO PSICOLÓGICO EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2"

La frecuencia en relación con el tiempo de evolución de la diabetes clasificada por quinquenio, el más frecuente fue en comprendido entre 6 a 10 años de evolución con un 32.9% y el periodo menos frecuente con un 10.7% fue el comprendido entre 16 a 20 años de evolución.

TABLA 8. TIEMPO DE EVOLUCIÓN POR QUINQUENIOS

1 A 5 años	97	31.6%
6 a 10 años	101	32.9%
11 a 15 años	38	12.4%
16 a 20 años	33	10.7%
21 y más años	38	12.4%
TOTAL	307	100%

FUENTE: ENCUESTA DE "EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA BASADA EN EL ASPECTO PSICOLÓGICO EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2"

En relación a la frecuencia de comorbilidades clasificadas de una a tres, mas de tres y sin comorbilidades, la más frecuente con un 51.8%, de una a tres comorbilidades y la menos frecuente con un 20.5 % sin comorbilidades.

TABLA 9. FRECUENCIA POR NÚMERO DE COMORBILIDADES.

UNA A TRES COMV	159	51.8%
MAS DE TRES COMV	85	27.7%
SIN COMV	63	20.5%
TOTAL	307	100%

FUENTE: ENCUESTA DE "EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA BASADA EN EL ASPECTO PSICOLÓGICO EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2"

Con respecto a la calificación de adherencia obtenida clasificada en baja adherencia, moderada adherencia y alta adherencia se encontró una frecuencia del 98% de alta a moderada.

TABLA 10. CALIFICACIÓN DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

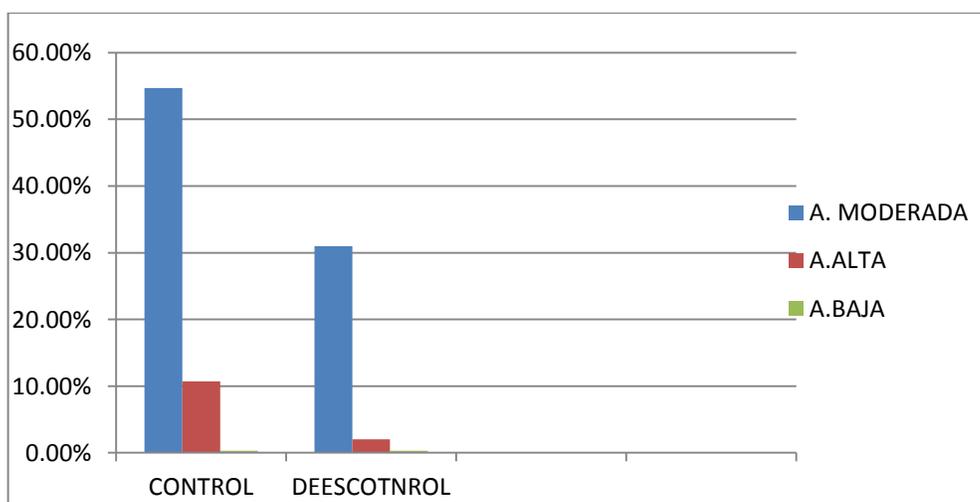
BAJA ADHERENCIA	2	(.7%)
MODERADA ADHERENCIA	266	(86%)
ALTA ADHERENCIA	39	(12.7)
TOTAL	307	100%

FUENTE: ENCUESTA DE "EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA BASADA EN EL ASPECTO PSICOLÓGICO EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2"

La asociación del grado de adherencia con el control glucémico se mostro en un 65.7%, de los cuales el 54.7% mostraron moderada adherencia, un 10.7% alta adherencia, lo que corresponde a un 57 % de la población total del estudio.

TABLA 11. ASOCIACIÓN DEL GRADO DE ADHERENCIA Y EL CONTROL GLUCEMICO

	ADHERENCIA		
	MODERADA	ALTA	BAJA
CONTROL Hgb	54.7%	10.7%	0.3%
DESCONTROL Hgb	31%	2 %	0.3%
TOTAL	266 PACIENTES		



FUENTE: ENCUESTA DE "EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA BASADA EN EL ASPECTO PSICOLÓGICO EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2"

Las asociaciones entre los factores sociodemográficos, el control glucémico por medio de la hemoglobina glucosilada y la adherencia terapéutica, mostraron que el nivel escolar predominante es el nivel primaria con una adherencia del 73% en contraste con un control glucémico de solo el 15.6%, en el rango de ocupación un 40.4% con adherencia de moderada- alta, en contraste con el control glucémico del 30% y en cuanto al estado civil predominan los casado en un 53.7% con adherencia de moderada –alta en contraste con un 35% de control glucémico.

TABLA 12. ASOCIACIONES ENTRE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, EL CONTROL GLUCEMICO POR MEDIO DE LA HEMOGLOBINA GLUCOSILADA Y LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

	CONTROL GLUCEMICO	ADHERENCIA DE MODERADA A ALTA
ESC. PRIMARIA	15.6%	73%
SE OCUPA EN EL HOGAR	30.3%	40.4%
EST.CIVIL CASADO (A)	35%	53.7%
TOTAL	266 PACIENTES	

FUENTE: ENCUESTA DE "EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA BASADA EN EL ASPECTO PSICOLÓGICO EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2"

En frecuencia de factores de riesgo como el índice de masa corporal, el tiempo de evolución, así como la presencia de otras comorbilidades se presentaron de 1 a 3 comorbilidades, mostraron control glucémico 31.6% , con un 51.4% de adherencia le sigue el tiempo de evolución de 6-10 años con control glucémico de 24.% con un nivel de adherencia del 32% y el índice de masa se encontró con obesidad grado 1 con un 22.5% , en control glucémico solo un 35% de adherencia .

TABLA 13. FRECUENCIA DE FACTORES DE RIESGO. ÍNDICE DE MASA CORPORAL, EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y EL PRESENCIA DE COMORBILIDADES.

	<i>CONTROL GLUCEMICO</i>	ADEHERENCIA MODERADA - ALTA
IMC OBESIDAD G1	22.5%	35.5%
EVOLUCION DE 6-10 Años	24.1%	32%
DE 1-3 COOMORVILIDADES	31.6%	51.4%
TOTAL	266 PACIENTES	

FUENTE: ENCUESTA DE "EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA BASADA EN EL ASPECTO PSICOLÓGICO EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2"

Con respecto al comportamiento del paciente en el aspecto explícito, se encontró dificultad para dar cumplimiento en auto eficacia con un 60 %, en el control sobre la ingesta de medicamentos y alimento un 30 % y en el aspecto del seguimiento médico-conductual un 10%.

TABLA 14. COMPORTAMIENTO EN EL ASPECTO PSICOLÓGICO

FACTOR	
CONTROL SOBRE LA INGESTA ALIMENTOS Y MEDICAMENTOS	30 %
SEGUIMIENTO MEDICO CONDUCTUAL	10 %
AUTO EFICACIA	60 %
TOTAL	307

FUENTE: ENCUESTA DE "EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA BASADA EN EL ASPECTO PSICOLÓGICO EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2"

Discusión

Al hablar de adherencia terapéutica, se hace referencia al proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del médico familiar, es decir, cuando cumple con las prescripciones recibidas. La falta de adherencia terapéutica nos describe aquella situación en la que el paciente no sigue indicaciones, por alguna razón, el programa terapéutico establecido por su médico para el manejo de una enfermedad o padecimiento, manifestado en el 2011 en la reunión sobre Adherencia Terapéutica de la OMS. La medicina institucional reconocer la falta de cumplimiento del tratamiento como un grave problema, ya que en ésta se establecen sistemas de registro e identificación que permiten evaluar la efectividad y eficiencia de los programas terapéuticos. La magnitud de la falta de adherencia terapéutica se estima en más de la mitad de los pacientes que padecen enfermedades crónicas. Al menos en la mitad de éstos, los beneficios potenciales de la terapia prescrita se ven mermados a causa de esta falta de adherencia, tratados por la OMS en la convención de Ginebra 2004 y retomado en 2012 donde se aborda a la adherencia y los tratamientos a largo plazo.

El promedio de edad en la población estudiada fue de 63 años, y en el sexo femenino el más frecuente, congruente con lo reportado en el censo de pacientes con diabetes mellitus del IMSS, así como reportado por la OMS en 2013.

El nivel de educación y la clase social, son factores sociológicos que juegan un papel importante en los procesos de reconocimiento de la enfermedad y de cumplimiento terapéutico. El nivel educativo en esta población predominó el nivel escolar bajo, el cual corresponde a más de la mitad de la población en estudio, mostrando una adherencia terapéutica de moderada-alta contrastando con la falta de control metabólico. En este aspecto, no se encontraron diferencias con respecto a lo reportado por la literatura consultada; con respecto a los sistemas sociales, en el que se hace mención que los grupos con nivel universitario son los más dispuestos a modificar su estilo de vida.

Basados en la escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en el comportamiento explícitos elaborado en la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala UNAM en el 2009 en pacientes con enfermedades crónicas del IMSS, la cual fue utilizada en esta ocasión en población de la UMF 21, se encontró que menos del sesenta por ciento de la población mostro, una adherencia terapéutica adecuada con un control glucémico aceptable basado en el nivel de hemoglobina glicada, congruente con lo reportado por la Organización Mundial de la Salud en 2013.

La frecuencia de factores de riesgo como el índice de masa corporal, el tiempo de evolución, así como la presencia de comorbilidades están relacionadas con la falta de adherencia terapéutica. Se encontró una asociación con el índice de masa corporal en más de la cuarta parte; menos de la mitad con evolución de entre 6 a 10 años y con identificación de 1 a 3 comorvilidades en más de la mitad, similar a lo registrado en la Encuesta Nacional de Salud 2012 y la Organización Mundial de la Salud en 2013.

El comportamiento en el aspecto psicológico mostro, que más de la mitad de los pacientes tienen dificultades con la auto eficacia, y menos de la mitad no cumplen con el seguimiento médico conductual, así como el control de la ingesta de alimentos y medicamentos en forma adecuada. Haynes y Sackett, así como Piña y Sánchez Sosa; consideran en estudios previos la relevancia del estos aspectos como parte importante para una adecuada adherencia terapéutica. Esto permite observar e identificar que la falta de adherencia terapéutica esta en proporción a la calidad en la relación médico-paciente, a la pobre empatía, al mal manejo de la transferencia y contratransferencia.

Conclusiones

- ❖ El objetivo principal de este trabajo fue el conocer si existe una adecuada adherencia terapéutica en pacientes diabéticos tipo 2 de la U.M.F 21 IMSS en base al comportamiento explícito. Este comprende diferentes tipos de conductas; las cuales fueron evaluadas en el aspecto de su auto eficacia, el médico-conductual y en el control de ingesta de medicamentos y alimentos.
- ❖ Encontrando congruencia entre la adherencia terapéutica y el nivel glucémico, en menos del 60% de la población estudiada, con una prevalencia de edad de 63 años, predominando el sexo femenino. Con en el nivel educativo y social bajo; con un porcentaje elevado en la ocupación dentro del hogar, cuentan con 1 a 3 comorbilidades ;obesidad grado 1 en más del 30% de la población y con un tiempo de evolución mayor a 6 años.
- ❖ Se identifican los factores involucrados que impiden la adherencia. El seguimiento médico conductual en el que se identifica una deficiente comunicación médico-paciente. Se comprueba que la buena relación entre médico familiar y el paciente es un factor motivacional importante para que se promueva la buena adherencia y eficacia terapéutica en un tratamiento a largo plazo. La importancia que los pacientes le otorgan al vínculo con el médico familiar muestra que un tipo de relación interaccional, siendo valorado positivamente por los pacientes. Esta conclusión se correlaciona con los resultados obtenidos en la bibliografía sobre adherencia terapéutica en los cuales se concluye que la buena relación entre el profesional de la salud y el paciente repercute positivamente en el nivel de adherencia.

- ❖ La falta de adherencia es un problema común con repercusiones sanitarias y económicas, por lo que es muy importante asumir la necesidad de su prevención y determinación en la práctica clínica. La buena relación médico-paciente; así como establecer una buena comunicación es clave, para facilitar la mejor comprensión por parte del paciente sobre su enfermedad, su tratamiento y el compromiso en la toma de decisiones compartidas. Considerando que la adherencia deberá ser evaluada en forma rutinaria.

- ❖ Claramente, la solución al problema de la adherencia deficiente debe contemplar una combinación de los enfoques que incluyen programas intensivos para modificar comportamientos, fomentar la empatía, comprender la importancia de incorporar a la práctica diaria del médico familiar un enfoque bio-psico-socio-cultural del paciente crónico para motivarlo, a través del vínculo construido entre ambos, a adoptar conductas que mejoren o mantengan un buen nivel de adherencia terapéutica para facilitar la eficacia terapéutica a largo plazo.

Sugerencias

En base a los resultados y conclusiones del presente trabajo, podemos emitir las siguientes recomendaciones para mejorar la adherencia terapéutica de los pacientes diabéticos tipo 2.

- ✚ Fortalecimiento de los procesos de educación en el paciente diabético y sus familias que asistente a los programas ya existentes.
- ✚ Según los resultados obtenidos es importante enfatizar en este grupo de pacientes sobre la importancia de una adecuada adherencia y lo que ello implica.
- ✚ La intervención del profesional de salud con respecto al manejo del paciente con diabetes tipo 2, poniendo énfasis en el fomento y estímulo en los cambios del comportamiento, así como en el estilo de vida de los pacientes para llegar al control adecuado.
- ✚ El utilizar el instrumento de evaluación aplicado en el presente estudio, el cual ayudará al personal de salud para conocer el grado de adherencia terapéutica en los pacientes y poder determinar cuál de los aspectos conductuales (Control de ingesta de alimentos y medicamentos- Seguimiento médico conductual- Auto eficacia) es el que tiene mayor influencia en la salud del paciente. Esto permitiría replantear cambios de estrategias de apoyo individualizadas y políticas en salud, que permitan tener el impacto esperado.

- ✚ La relación médico-paciente es de suma importancia porque se genera un vínculo interpersonal mediante la comunicación dinámica, evolutiva y transaccional apoyada en el modelo de transferencia y contratransferencia para poder abordar al paciente desde una postura de empatía y así favorecer y propiciar la buena adherencia terapéutica, que en conjunto influye no solo en la eficacia, sino también en la constancia del tratamiento siendo factor clave para el éxito.

Cronograma de actividades

“EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN EL ASPECTO PSICOLÓGICO EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2, EN LA U.M.F. 21 DEL IMSS”

TERE SALAZAR CORDERO MF*, LEONOR CAMPOS ARAGON MF **, ÁNGELA ELVIRA RUÍZ ZEPEDA MAMF***.

*Médico especialista en Medicina Familiar de la UMF #21 del IMSS.

** Coordinadora de Educación Médica e Investigación en Salud UMF # 21 del IMSS.

***Curso de Especialización en medicina Familiar primer año

ACTIVIDADES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEORICO			2012	2012	2012							
HIPOTESIS Y VARIABLES						2012						
OBJETIVOS						2012						
CALCULO DE MUESTRA							2012					
HOJA DE REGISTRO Y ANEXOS								2012				
PRESENTACION ANTE COMITÉ									2012	2012		
APLICACIÓN DE CUESTIONARIO	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013				
ANALISIS DE RESULTADOS									2013	2013	2013	2013
ELABORACION DE CONCLUSIONES	2014	2014										
PRESENTACION DE TESIS			2014									

PROGRAMADO

REALIZADO

Anexo 1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.

Nombre del estudio: "EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN EL ASPECTO PSICOLOGICO EN LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO 2, EN LA U.M.F. 21 DEL IMSS"

Patrocinador externo (si aplica): No aplica.

Lugar y fecha: Unidad de Medicina Familiar # 21 Francisco del Paso y Troncoso, Delegación Venustiano Carranza, México D.F. de Enero a Diciembre del año 2013.

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio: Saber si existe una adecuada adherencia terapéutica de acuerdo al aspecto psicológico en los pacientes diabéticos tipo 2, en la U.M.F. 21 del IMSS".

Procedimientos: Responder encuesta para obtener datos que ayuden a saber si existe una adecuada adherencia terapéutica de acuerdo al aspecto psicológico en los pacientes diabéticos tipo 2.

Posibles riesgos y molestias: no aplica.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Conocer si tiene una adecuada adherencia terapéutica.

Información de resultados: Se le informara tiene o no adherencia terapéutica.

Participación o retiro: Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi situación laboral, ni la atención médica que recibo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente y por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en este estudio.

Privacidad y confidencialidad: El investigador responsable se ha comprometido a que toda información será confidencial.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (no aplica):

Beneficios al término del estudio: Conocer si tiene una adecuada adherencia terapéutica.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador responsable: Dra Ángela Elvira Ruiz Zepeda tel:044 55 47 787802; Colaboradoras: Dra. Teresa Salazar Cordero 044 55-55-21963799

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

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1 Nombre y firma

Testigo 2 Nombre y firma

Anexo 2



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

***“EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA BASADA EN EL ASPECTO PSICOLÓGICO EN
PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2”***

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.			NO LLENAR
FOLIO			
Fecha (dd/mm/aa) ____ / ____ / ____			
1	Nombre: _____ Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)		
2	Teléfono _____ _____	3.	No. Afiliación. _____
4	Edad [____] años cumplidos	5.	Sexo 1.Hombre 2.Mujer [] []
6	Escolaridad: 1.Ninguna 2.Primaria 3.Secundaria 4.Bachillerato 5.Técnico 6.Licenciatura 7.Pos grado		[]
7	Ocupación 1.Hogar 2.Jubilado (a) 3.Pensionado (a) 4.Empleado (a)		[]
8	Estado Civil 1.soletro (a) 2.casado(a) 3.viudo(a) 4.divorciado(a) 5.union libre		[]
9	Hb GLUCOSILADA Valor % [] [] 1= Controlado 2= Descontrolado Peso _____ Talla _____ Tiempo de evolución _____ Otros padecimientos: _____		[] [] [] []
Instrucciones: Marque con una X la respuesta a las siguientes afirmaciones que lo describen a usted.			
10	Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos.		

	1. Ingiero mis medicamentos de manera puntual. 1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) ALGUNAS VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE	[]
	2. No importa que el tratamiento sea largo, siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada. 1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) ALGUNAS VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE	[]
	3. Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto. 1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) ALGUNAS VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE	[]
	4. Estoy dispuesto a dejar de hacer algo placentero, como por ejemplo, no fumar o ingerir bebidas alcohólicas si el médico me lo ordena. 1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) ALGUNAS VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE	[]
	5. Como sólo aquellos alimentos que el médico me permite. 1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) ALGUNAS VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE	[]
	6. Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento. 1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) ALGUNAS VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE	[]
	7. Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago. 1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) ALGUNAS VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE	[]
11	Seguimiento médico conductual.	
	8. Me hago análisis en los periodos que el médico me indica. 1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) ALGUNAS VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE	[]
	9. Asisto a mis consultas de manera puntual. 1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) ALGUNAS VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE	[]
	10. Atiendo las recomendaciones del médico en cuanto a estar al pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud. 1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) ALGUNAS VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE	[]
	11. Después de haber terminado el tratamiento, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud. 1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) ALGUNAS VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE	[]
	12. Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento. 1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) ALGUNAS VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE	[]
	13. Como me lo recomienda el médico, me hago mis análisis clínicos periódicamente aunque no esté enfermo. 1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) ALGUNAS VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE	[]

	14. Me inspira confianza que el médico demuestre conocer mi enfermedad. 1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) ALGUNAS VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE	[]
12	Auto eficacia.	
	15. Cuando me dan resultado de mis análisis clínicos, estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento. 1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) ALGUNAS VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE	[]
	16. Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida tomar mis medicamentos. 1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) ALGUNAS VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE	[]
	17. Cuando los síntomas desaparecen dejo el tratamiento aunque no esté concluido. 1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) ALGUNAS VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE	[]
	18. Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento. 1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) ALGUNAS VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE	[]
	19. Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo tomar mis medicamentos. 1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) ALGUNAS VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE	[]
	20. Si se sospecha que mi enfermedad es grave, hago lo que está en mis manos para aliviarme. 1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) ALGUNAS VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE	[]
	21. Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo. 1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) ALGUNAS VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE	[]
13	Total = _____	[]

Autores del instrumento: Rocío Soria Trujano; Cynthia Zaira Vega Valero; Carlos Nava Quiroz
Facultad de Estudios Superiores Izatoca UNAM.

Anexo 3

Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos.

Ítems	
1) Ingiere mis medicamentos de manera puntual.	
2) No importa que el tratamiento sea largo, siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada.	
3) Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto.	
4) Estoy dispuesto a dejar de hacer algo placentero, como por ejemplo, no fumar o ingerir bebidas alcohólicas si el médico me lo ordena.	
5) Como sólo aquellos alimentos que el médico me permite	
6) Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento	
7) Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago.	
8) Me hago análisis en los periodos que el médico me indica.	
9) Asisto a mis consultas de manera puntual.	
10) Atiendo las recomendaciones del médico en cuanto a estar al pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud.	
11) Después de haber terminado el tratamiento, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.	
12) Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento	
13) Como me lo recomienda el médico, se hago mis análisis clínicos periódicamente aunque no esté enfermo.	
14) Me inspira confianza que el médico demuestre conocer mi enfermedad.	
15) Cuando me dan resultado de mis análisis clínicos, estoy más seguro de lo que tengo y me apego mas al tratamiento	
16) Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida tomar mis medicamentos	
17) Cuando los síntomas desaparecen dejo el tratamiento aunque no esté concluido.	
18) Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento.	
19) Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo tomar mis medicamentos.	
20) Si se sospecha que mi enfermedad es grave, hago lo que está en mis manos para aliviarme.	
21) Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo.	

Bibliografía

- ¹ Organización Mundial de la Salud .Diabetes No.670 OMS 2013.
- ² Federación Mexicana de Diabetes (FMD) México ocupa séptimo lugar en casos de diabetes a nivel mundial. [revista] FDM Marzo 2012.
- ³ Organización Mundial de la Salud. Diabetes.No.312. OMS; 2012 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>
- ⁴ Diabetes Mellitus en Latinoamérica. Epidemiología de la Diabetes 2012 www.elsevier.es/.../diabetes-latinoamérica-epidemiología-diabetes
- ⁵ Federación Mexicana de Diabetes. Diabetes en números. Diabetes en México: Encuesta Nacional en Salud y Nutrición 2012. http://www.fmdiabetes.org/fmd/pag/diabetes_numeros.php
- ⁶ Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación Financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2009-2010. México: IMSS 2010.
- ⁷ Instituto México del Seguro Social. Programa Institucional 2014-2018. 2013
- ⁸ Instituto México del Seguro Social. Encuesta Nacional PREVENIMSS mayo 2010.
- ⁹ Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Ginebra: Organización Mundial de la Salud 2012.
- ¹⁰ Instituto Nacional de Salud Pública Escuela Nacional de Salud Pública y Nutrición 2012.
- ¹¹ Martín. L Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Revista Cubana de Salud Pública 2009;32 (3):48-59
- ¹² Granados E, Escalante E. Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus. Liberabit Lima Perú. 2010; 16(2):203-16.

¹³ Murphy K, Casey D, Dinneen S, Lawton J, Brown F. Participants perception of the factors that influence Diabetes Self-Management following a Structured Education (DAFNE) programme. *J Clin Nurs*. 2011; 20(9-10).

¹⁴ Doubova SV, Pérez C, Zepeda A, Flores H. Satisfacción en pacientes con diabetes mellitus o hipertensión arterial en clínicas de medicina familiar en México. *Salud Publica Méx* 2009;51:231-239.

¹⁵ Isaías Hernández T. Comunicación médico-paciente en la medicina familiar. 1era ed. México, 2013; cap 1 y 3.

¹⁶ Roger Garzón Francisco. La relación médico-enfermo en el cuadro de las relaciones interpersonales. Congreso Internacional de la Asociación Española 2011;1-20.

¹⁷ María Luisa Pfeiffer , Luciana Molinari Relación médico paciente: la bioética y el cuidado en medicina. *Revista Americana de Medicina Respiratoria* 2013; 3: 152-155

¹⁸ Morisky D, Green I, Levine D. Adherencia *Medical Care* [revista electrónica] 2012 Jun-Jul [consultada 27/09/2013] Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3945130>

¹⁹ Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. Clinical guideline 76. National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11766/43042/43042>.

²⁰ Héctor R. Díaz Águila, Mercedes I. Vélez Sánchez, Leonardo Sosa Robaina, María I. Moya González y Carlos M. Aguilar Mota Factores psicosociales que influyen en la no adherencia terapéutica en pacientes con diabetes. Congreso Virtual de Psiquiatría febrero 2012;13:16-18. <http://www.interpsiquis.com>

²¹ Valentín Fuster. Un problema alarmante en prevención secundaria: bajo cumplimiento (estilo de vida) y baja adherencia (farmacológica), [revista] *Cardiología (Barc)* 2012;98:45-60

²² M.A. Sanahuja, V. Villagrasa, F. Martínez Romero. Adherencia terapéutica. *Farmacéutica Fundación Panamericana CARE (España)* 2012; 34:33-40.

²³ Neyro Gabriel, Taboada María Mercedes. Adherencia terapéutica a largo plazo en pacientes con patologías crónicas. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud Argentina Medicina y Ciencia 2013; 71:43-55.

²⁴ Marta M. Pisano González, Ana González. La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. [rev].Española de Enfermería Clínica 2014; 24:16-20.

²⁵ Rocío Soria Trujano; Cynthia Zaira Vega Valero; Carlos Nava Quiroz. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamiento expícito. Alternativas en psicología 2009; 21:14-20.