



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

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE GUERRERO.  
HOSPITAL DE LA COMUNIDAD ZUMPANGO DEL RÍO, GUERRERO.

**“RELACIÓN MÉDICO PACIENTE Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN  
PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2, EN EL CENTRO DE SALUD DE LAS  
PALMAS, DE CHILPANCINGO, GUERRERO”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DR. JULIO ANGEL AGÜERO HERNÁNDEZ**

**ASESORES**

DRA. MARIA PATRICIA ÁLVAREZ GONZÁLEZ

DR. VÍCTOR MANUEL ALVARADO CASTRO

**SEMIS 23051115**

ZUMPANGO DEL RÍO, GUERRERO, FEBRERO DE 2017



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

**RELACIÓN MÉDICO PACIENTE Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DEL  
PACIENTE CON DIABETES TIPO 2 EN EL CENTRO DE SALUD LAS PALMAS, EN  
CHILPANCINGO GUERRERO.**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

**DR. JULIO ANGEL AGÜERO HERNANDEZ**

AUTORIZACIONES:

**DRA. MARÍA PATRICIA ÁLVAREZ GONZÁLEZ**

PROFESORA TITULAR

ASESOR DE TESIS

**DR. VÍCTOR MANUEL ALVARADO CASTRO**

**DRA. MÓNICA EVELMIRA PIEDRA MENDOZA**

COORDINADORA ESTATAL DE MEDICINA FAMILIAR

**DRA. RUBI ALVAREZ NAVA**

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN EN SALUD

Y FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

**DRA MARIBEL OROZCO FIGUEROA**

SUBDIRECTORA DE EDUCACIÓN MÉDICA

E INVESTIGACIÓN EN SALUD

ZUMPANGO DEL RIO, GUERRERO, FEBRERO 2017.

**RELACIÓN MÉDICO PACIENTE Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DEL  
PACIENTE CON DIABETES TIPO 2 EN EL CENTRO DE SALUD LAS PALMAS EN  
CHILPANCINGO GUERRERO.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

**DR. JULIO ANGEL AGÜERO HERNÁNDEZ**

AUTORIZACIONES

**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ**

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ**

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN EN  
MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**

COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

ZUMPANGO DEL RIO, GUERRERO, FEBRERO 2017.

## ÍNDICE

RESUMEN	1
<b>0. MARCO TEÓRICO</b>	<b>5</b>
<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>21</b>
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>22</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>23</b>
<b>4.1</b> Objetivo general	
<b>4.2</b> Objetivo específico	
<b>4. HIPÓTESIS</b>	<b>24</b>
<b>5. METODOLOGÍA</b>	<b>25</b>
Tipo y diseño de estudio:	
Población y Muestra:	
Método:	
Técnica e instrumento:	
Análisis Estadístico:	
Variables:	
<b>6. CONSIDERACIONES ÉTICAS</b>	<b>30</b>
<b>7. RESULTADOS</b>	<b>31</b>
<b>8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b>	<b>43</b>
<b>9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>47</b>
<b>10. ANEXOS</b>	<b>50</b>

## **RESUMEN**

La adherencia al tratamiento es el cumplimiento del paciente a las indicaciones terapéuticas, tanto médicas, cómo psicoconductuales, se encuentran influidas por factores propios del individuo, del tratamiento; de la relación interpersonal entre el paciente, médico y personal de salud.

La relación médico paciente, ha sido el sustento de la práctica clínica y así se ha mantenido, aun cuando las circunstancias han cambiado a lo largo de los tiempos, la emergencia de la tecnología, los intentos por la sistematización mediante normas, guías, algoritmos, las presiones por atender más pacientes en menos tiempo, la necesidad de reducir costos, el exceso de información, las dificultades del desplazamiento en las ciudades, la emancipación de los pacientes y de la sociedad, el desarrollo científico y tecnológico y otros factores han atentado con el modelo tradicional médico – paciente, ha cambiado, sin embargo ha sobrevivido porque sigue siendo indispensable y por qué ha sabido adaptarse a las nuevas condiciones.

El presente trabajo está orientado a identificar la relación médico paciente y adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2 en el Centro de Salud Las Palmas.

**MATERIAL Y METODOS:** se realizó un estudio transversal y descriptivo, en el cual participaron 87 pacientes con diabetes tipo 2 incluidos en el programa de atención a diabéticos del Centro de Salud las –Palmas” Chilpancingo, Gro. Se obtuvo información, utilizando cuestionarios Smaq, Crem-p, para medir adherencia al tratamiento y relación médico paciente.

**RESULTADOS:** La diabetes tipo 2 se presenta después de los 25 años de edad y se incrementa la morbilidad de los 45 a los 64 años afecta más a mujeres, de 87 pacientes, 69 son mujeres (79.3%), las cuales tuvieron mejor apego al tratamiento y mejor relación médico paciente, en cuanto a los hombres se presentó en 18 (27.7%) tiene menor apego al tratamiento, pero sí tuvieron buena relación médico paciente.

75% tiene buena relación médico paciente no habiendo diferencia entre hombres y mujeres. 32.4% de las mujeres se apegan al tratamiento a comparación del 52.9% de los hombres que no se apegan a su tratamiento médico.

**CONCLUSION:** La diabetes afecta más al rango de edad productiva y al sexo femenino, por lo que se hace necesario, que el sector salud desarrolle, más acciones preventivas para la concientización de los pacientes, así como la importancia de la adherencia al tratamiento, para tener un mejor cuidado de su salud y retrasar la aparición de las complicaciones de la enfermedad.

**Palabras clave:** Diabetes, Adherencia al tratamiento, Relación médico paciente

## SUMMARY

Adherence to treatment is patient compliance to how psychobehavioral, both medical, therapeutic indications, are influenced by factors specific to the individual treatment; the interpersonal relationship between patient, doctor and health personnel.

The doctor-patient relationship, has been the support of clinical practice and has remained so, even if circumstances have changed over time, the emergence of technology, attempts to systematize through standards, guidelines, algorithms, the pressure to see more patients in less time, the need to reduce costs, excess information, the difficulties of travel in cities, the emancipation of patients and society, scientific and technological development and other factors have attack the traditional medical model - patient has changed, however, has survived because it remains indispensable and why has adapted to the new conditions.

This work is aimed at identifying the patient and doctor relationship adherence to treatment in type 2 diabetic patients in the Health Center Las Palmas.

**MATERIALS AND METHODS:** A cross-sectional descriptive study in which 87 patients with type 2 diabetes included in the diabetes care program Health Center the "Palmas" Chilpancingo, Gro participated. Information was collected using questionnaires SMAQ, Crem-p to measure adherence to treatment and doctor-patient relationship.

**RESULTS:** Type 2 diabetes occurs after 25 years of age and morbidity 45 is increased to 64 years it affects more women, 87 patients, 69 are women (79.3%), which had better adherence to treatment and better doctor-patient relationship, as men appeared in 18 (27.7%) have lower adherence to treatment, but had good doctor patient relationship. 75% have good doctor patient relationship with no difference between men and women. 32.4% of women compared attached to treatment 52.9% of the men who is not attached to your medical treatment.

**CONCLUSION:** Diabetes affects the range of productive age and females, so it is necessary that the health sector to develop more preventive actions for the awareness



of patients, and the importance of adherence to treatment, take better care of your health and delay the onset of complications of the disease.

Keywords: Diabetes, adherence to treatment, doctor patient relationship

## 1.MARCO TEÓRICO

La diabetes fue conocida antes de la era cristiana, fue descubierta por Ebers en Egipto, en el siglo XV AC, Areteo De Capadocia describe la Diabetes como enfermedad fría y húmeda en la que la carne y los músculos se funden para convertirse en orina otorgándole el nombre de Diabetes que en griego significa Sifón, refiriéndose al síntoma más llamativo por la exagerada emisión de orina, decía que el agua entraba y salía sin quedarse en el individuo. Tras un largo intervalo fue Tomás Willis en 1679, quien hizo una descripción magistral de la diabetes, quedando desde entonces reconocida por su sintomatología como entidad clínica, por el sabor dulce de la orina le dio el nombre de diabetes mellitus (sabor a miel). En 1775 Dobson identificó la presencia de glucosa en la orina. Banting y Best, al aislar la insulina, demostraron su efecto hipoglucemiante, este descubrimiento significó una de las más grandes conquistas médicas del siglo XX, transformó el porvenir y la vida de los diabéticos y abrió amplios horizontes en el campo experimental y biológico para el estudio de la diabetes y del metabolismo de los glúcidos. El fisiólogo francés Claude Bernard (1813-1878) observó que el azúcar que aparece en la orina de los diabéticos había estado almacenado en el hígado en forma de glucógeno. También demostró que el sistema nervioso central estaba implicado en el control de la glucosa, en 1889 Oskar Gon Mering, al realizar una pancreatectomía a un perro, observaron que el perro mostraba todos los síntomas de una severa diabetes, con poliuria, sed insaciable e hiperfagia. Minskowski observó, asimismo, hiperglucemia y glucosuria, de esta manera quedó demostrado que el páncreas era necesario para regular los niveles de glucosa.

El médico inglés, John Rollo publicó sus observaciones sobre dos casos diabéticos describiendo muchos de los síntomas y olor a acetona (que confundió con olor a manzana) y proponiendo una dieta pobre en hidratos de carbono y rica en carne, con complementos a base de antimonio, opio y digital. Con esta dieta anorética, Rollo observó que se reducía el azúcar en la sangre y consiguió una mejora de la sintomatología en algunos casos. Fue el primero en acuñar el término de diabetes mellitus para diferenciar la enfermedad de otras formas de poliuria.

En la segunda mitad del siglo XIX el gran clínico francés Bouchardat, señaló la importancia de la obesidad y de la vida sedentaria en el origen de la diabetes y marco las normas para el tratamiento dietético, basándolo en la restricción de los glúcidos y en el bajo valor calórico de la dieta.<sup>1</sup>

## Epidemiología de la Diabetes Mellitus

En el 2011 el centro para control y manejo de enfermedades crónicas reporto que cerca de 26 millones de norte americanos padecen diabetes y estimo que 79 millones sufren de prediabetes. Actualmente debido a la epidemia de obesidad e inactividad en los niños la diabetes tipo 2 está ocurriendo en edades más jóvenes, Todos estos factores han convertido a la diabetes en la epidemia del siglo XXI.<sup>2</sup>

Las estadísticas internacionales reportan una prevalencia de por lo menos 171 millones de personas que padecen en la actualidad de diabetes mellitus y estas cifras es posible que llegue a 366 millones para el año 2030, los mayores países que prevalecen son India, China, E,U,A, Indonesia, Japón, Pakistán, Rusia, Brasil. La prevalencia varia ampliamente entre los diferentes grupos raciales y étnicos es más frecuente en hispanos, nativos americanos, afro americanos que en blancos no hispanos.

Como causa de mortalidad general en México la diabetes ha escalado, posiciones desde el lugar 28 en 1928 al 4to lugar en la década de los 90 y de ahí al primer lugar como causa de muertes en mujeres y segundo lugar en hombres en el 2002

En México se registra un aumento de enfermedades no trasmisibles, como consecuencia del envejecimiento de la población y del incremento de los riesgos asociados, a la industrialización y la urbanización los cuales son problemas.

Nuestro país ocupa actualmente el noveno lugar mundial en la prevalencia de diabetes. Las proyecciones de los especialistas internacionales refieren que para el año 2025, el país ocupará el sexto o séptimo lugar, con 11.9 millones de mexicanos con diabetes. En cuanto a mortalidad por diabetes, México ocupa el sexto lugar mundial y el tercer lugar en el continente americano. <sup>3</sup>

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, 71.2% de los adultos y 34.4% de los escolares (5-11 años) presentan sobrepeso u obesidad. Con base en la ENSANUT 2012, 9.2% de la población ya contaba con un diagnóstico médico previo de diabetes (6.4 millones), presentando un incremento de 2.2 puntos porcentuales respecto de la registrada en el año 2006, lo que significa que 1 de cada 10 adultos en México tiene diabetes. <sup>4</sup>

#### Los costos de las epidemias para México

El costo total de la diabetes en México pasó de 2, 970 millones de pesos en el 2003 a 8, 836 millones en el 2010. Según la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), una persona con sobrepeso gasta 25% más en servicios de salud, gana 18% menos que el resto de la población sana y presenta ausentismo laboral. Los egresos hospitalarios por enfermedades no transmisibles representan 43.5%. La diabetes mellitus tipo 2 ocupa el sexto lugar. <sup>5</sup>

La Unidad de Análisis Económico de la Secretaría de Salud estima que el gasto total para la atención del sobrepeso y obesidad en México puede crecer de casi 80 mil millones de pesos que se necesitan actualmente a más de 150 mil millones en 2017. <sup>6</sup> Mientras que en Guerrero de acuerdo a la Asociación Mexicana de Diabetes en el 2012 hay una estimación aproximadamente de 220 mil pacientes con Diabetes mayores de 20 años y en Acapulco unos 50 mil, atendidos en las Unidades Médicas del Sector Salud de las 7 regiones del estado. <sup>7</sup>

En la jurisdicción sanitaria 03 centro, la mortalidad por complicaciones de la diabetes ocupa el segundo lugar y para el año 2010: 212 casos, año 2011: 241 casos, año 2012: 266 casos, año 2013: 305 casos.<sup>8</sup>

Actualmente en el centro de salud las palmas, se encuentran una población de 87 pacientes diabéticos en control periódico mensual hay muchos casos que no acuden a la unidad por ser derechohabientes de otras instituciones.<sup>9</sup>

## **MARCO CONCEPTUAL**

Definición de acuerdo a la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD)

El término diabetes mellitus (DM) describe un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina<sup>10</sup>.

Definición de Diabetes Mellitus (OMS):

Enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.<sup>11</sup>

Clasificación de Diabetes:

DM1 (Diabetes mellitus tipo 1): destrucción de células beta que lleva a deficiencia absoluta de insulina

DM2 (Diabetes mellitus tipo 2): defecto progresivo en la secreción de insulina, asociado a aumento en la resistencia a la insulina

Diabetes Gestacional: diagnosticada durante el embarazo, que no cumple criterios posteriores a la diabetes

Otros: como las causados por defectos genéticos de las células beta, defectos genéticos en la acción de insulina, enfermedad del páncreas exocrino (fibrosis quística) o inducida por sustancias químicas o medicamentos (tratamiento del HIV/Trasplante de órgano) <sup>12</sup>

### Fisiopatología de la Diabetes Mellitus

En la fisiopatología de la DM2 se conjugan varios defectos para determinar finalmente la hiperglicemia. El primero de ellos es la insulino resistencia a nivel de hígado, músculo liso y tejido adiposo; se habla de resistencia periférica a la insulina a la que se produce en el músculo estriado, donde disminuye la captación y metabolismo de la glucosa; y de resistencia central a la insulina a la que se desarrolla en el hígado, donde aumenta la producción de glucosa determinando la hiperglicemia de ayuno. Lo anterior estimula la producción de insulina en las células beta, pero cuando éstas no pueden producir la cantidad de hormona suficiente para contrarrestar esta insulinoresistencia aparece la hiperglicemia, que siempre indica la presencia de una falla, que puede ser relativa, en la secreción de insulina.

Otro defecto que favorece el desarrollo de DM es la disminución del efecto de la incretina en conjunto con el aumento de la secreción de glucagón en el período postprandial, lo que se ha podido comprobar sólo en algunos pacientes, porque la producción y desaparición de estas sustancias es relativamente rápida. Cuando la hiperglicemia se mantiene, aunque sea en nivel moderado, se produce glicolipototoxicidad sobre la célula beta, lo que altera la secreción de insulina y aumenta

la resistencia a esta hormona a nivel hepático y muscular; por lo tanto la falta de tratamiento apropiado favorece la evolución progresiva de la diabetes.

La DM2 tiene las siguientes características: insulinoresistencia y déficit relativo de secreción de insulina frente al estímulo con glucosa. Los niveles de insulina de una persona con DM2 pueden ser normales, pero son insuficientes para contrarrestar la hiperglicemia y la insulinoresistencia. La DM2 se presenta en pacientes obesos o con aumento de grasa abdominal, que puede ser intraabdominal o intravisceral. Existe una evolución subclínica en la mayoría de los casos: Estos pacientes son metabólicamente estables, pero pueden debutar con complicaciones o con síndrome hiperosmolar no citotóxico (SHONC), y excepcionalmente con cetoacidosis.<sup>13</sup>

#### Diagnostico Diabetes Mellitus

De acuerdo a los criterios de la ALAD con uno de los siguientes parámetros se hace diagnóstico de la diabetes:

HbA1C mayor de 6.5% O

Glucemia en ayunas mayor de 126mg/dl O en 2 ocasiones.

Glucemia 2hrs después de la prueba de tolerancia a la glucosa oral mayor de 200mg/dl

Glucemia tomada aleatoriamente mayor de 200mg/dl.

#### Parámetros de Control de Diabetes Mellitus

Glicemia de 126mg/dl igual o menor

HbA1C igual o menor 6.5%.

#### Categorías de alto riesgo para Diabetes (también llamada Pre-Diabetes):

Glucemia en ayunas "alterada" = glucemia en ayunas entre 100 a 125.

Tolerancia a la glucosa "alterada" = glucemia 2 h pos-carga de glucosa de 140 a 199

A quiénes realizar pruebas diagnósticas para diabetes

Aquellos con sobrepeso u obesidad (Índice de Masa Corporal > 25 kg/m<sup>2</sup>) y con uno o más de los siguientes factores de riesgo adicionales:

Sedentarismo

Parientes en primer grado con diabetes.

Etnia o raza de alto riesgo: afro-americanos, latinos.

Gestación con peso de bebé mayor a 9 libras ó con diagnóstico previo de diabetes gestacional.

Hipertensos (>140/90) ó en pacientes con anti-hipertensivos

Dislipidemia: HDL<35 y/o TG >250.

Ovario poli quístico

HbA1C, > 7%; intolerancia a los carbohidratos.

Obesidad grave, acantosis nigricans.

Enfermedad cardiovascular previa.

Aquellos pacientes sin los factores anteriores, mayores de 45 años. Si tienen glucemia normal, repetir prueba en 3 años.

Metas glucemias en adultos de acuerdo al control de HbA1C.

Cercanas o menores al 7%, han mostrado reducción de complicaciones micro vasculares y si se implementan poco tiempo después del diagnóstico de diabetes se asocia a reducción a largo plazo de complicaciones macro vasculares.

Es aceptable buscar HbA1C < 6,5% en aquellos pacientes que no presenten hipoglucemia significativa, con corta duración de la diabetes, larga expectativa de vida y sin enfermedad cardiovascular significativa.

Valores de HbA1C de 8% en pacientes que han experimentado hipoglucemias graves, limita su expectativa de vida, complicaciones macro y micro vasculares avanzadas y condiciones con mórbidas extensas, así como en pacientes con diabetes de larga data



en quienes el logro de metas es difícil a pesar de una óptima educación o que no les sea posible realizar auto monitoreo.

Tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus.

Al momento del diagnóstico de DM2, iniciar, metformina junto con intervenciones en el estilo de vida

En pacientes con DM2 recientemente diagnosticada, sintomático y con glucemia o HbA1C aumentada, considerar terapia insulínica con o sin agentes adicionales.

Si la monoterapia con agentes no insulínicos a las dosis máximas no disminuyen ó mantienen la meta de HbA1C de 3 a 6 meses, se agrega un agonista del receptor GLP-1 o Insulina.

Cirugía bariátrica: indicada en pacientes con IMC > 35 kg/m<sup>2</sup> con comorbilidades asociadas de difícil control. Todo paciente a quien se le haya realizado éste procedimiento requiere seguimiento indefinido para soporte y vigilancia médica.

Tratamiento no Farmacológico

Recomendaciones para la Prevención Primaria de Diabetes.

Pérdida de peso moderada (7% del peso corporal)

Actividad física regular (150 min/semana)

Reducción de la ingesta de calorías y reducción en la ingesta de grasa. Limitar la ingesta de bebidas azucaradas.

Aumento de la ingesta de fibra (14 gramos por cada 1000 kcal) y granos enteros (media porción diaria)

## Inmunizaciones

Vacuna contra influenza (anualmente) y contra neumococo. Repetir dosis de vacuna anti-pneumocócica a individuos de 64 años de edad, con dosis previa hace más de 5 años. Otras indicaciones para repetir la vacunación: síndrome nefrótico, falla renal crónica y otras condiciones de inmunosupresión (como en pacientes trasplantados).

Suspensión del tabaquismo.

Cuidado de los pies:

Examen anual del pie, identifica factores de riesgo que predicen la ocurrencia de úlceras y amputaciones. El examen del pie incluye: inspección, evaluación de los pulsos y prueba para la pérdida de sensación protectora (prueba del monofilamento más cualquier otra prueba como uso del diapasón, reflejos aquilianos).

Tamización inicial para la enfermedad arterial oclusiva crónica:

Incluye historia de claudicación intermitente y evaluación de los pulsos pedios. Considerar la obtención del índice tobillo-brazo en pacientes asintomáticos. Si ésta última prueba es positiva, está indicada la evaluación vascular con Doppler, la prescripción de ejercicio, uso de medicamentos y aún opciones quirúrgicas.

Cuidado Pre-concepcional:

El nivel de HbA1C, debe ser lo más bajo posible (<7%) previo a la concepción. Las mujeres con diabetes que estén contemplando la posibilidad de una gestación, deben ser evaluadas integralmente. <sup>14</sup>

Adherencia al tratamiento

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define el cumplimiento o la adherencia terapéutica como la magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento, el seguimiento de una dieta o la modificación de un estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por el médico que está cargo de su tratamiento.<sup>15</sup>

La falta de adherencia es un hecho recurrente y un problema global, impide que la morbi-mortalidad asociada a enfermedades crónicas que pueda ser evitada. La adherencia es la estrategia que permite que el paciente mantenga y continúe el tratamiento y de esta manera logre cambios significativos en su comportamiento que mejoren su vida. Actualmente se cuenta con más y mejores herramientas de ayuda diagnóstica, múltiples opciones farmacológicas, acceso a bases de datos e información vasta y guías de práctica clínica para mejorar los resultados importantes en los/as pacientes para lograr un mejor control. La tasa de adherencia al tratamiento farmacológico en Latinoamérica oscila entre 37 y 52%, Rolando Carhuallanqu y colaboradores encontraron datos similares en Lima.<sup>16</sup>

Estudio realizado por Ostini R, et al en Holanda en 2003. Hicieron una búsqueda de investigaciones originales, respecto a la falta de adherencia a los medicamentos administrados por vía oral en adultos”, fueron identificados a través de una búsqueda de cuatro bases de datos bibliográficas (PubMed, EMBASE, CINAHL, y EBSCO Salud), analizándose 78 artículos relevantes, 16 artículos, abordan los factores que contribuyen a la no adhesión y 24 artículos informaron sobre la relación entre la falta de adherencia y la alfabetización de la población. Los factores que contribuyen a la no adhesión se pueden clasificar en factores relacionados con el paciente, incluyendo las creencias de los pacientes; factores relacionados con la medicación; factores logísticos; la relación paciente-proveedor. De los 23 artículos originales que investigaron la relación entre la falta de adherencia y la alfabetización en la población, sólo cinco de ellos encontró evidencia clara de una relación, la investigación sugiere que el conocimiento de la enfermedad no es suficiente para hacer frente a la falta de adherencia, mientras que la autoeficacia es un factor importante.<sup>17</sup>

Factores asociados de no adherencia

Factores socioeconómicos

Factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud

Factores relacionados con el paciente

Factores relacionados con la terapia.<sup>18</sup>

Adherencia al tratamiento farmacológico

Se ha estudiado que existe mayor apego al tratamiento farmacológico en comparación al no farmacológico, causas que limitan este punto es no contar con los fármacos por diferentes situación, y a pesar de esto Nadia Terechenko y su equipo de investigación en Uruguay 2013-2014, encontraron en su estudio que un 56% de los encuestados relata presentar buena adherencia al tratamiento farmacológico, las dos terceras partes de la muestra eran mujeres, los hábitos higiénicos dietéticos y la actividad física con porcentaje bajos no significativos, en una población predominantemente con una vida sedentaria.<sup>19</sup>

Adherencia al tratamiento en cuanto al género

En cuanto a la adherencia al tratamiento se ha observado mayor apego al tratamiento farmacológico en las mujeres, un estudio transversal de 6,729 personas de la población general participantes en la cohorte "CDC de Canarias" (edad 18-75 años), donde se analizaron sus antecedentes médicos, dieta, actividad física, medicamentos consumidos, tabaco, etcétera. La prevalencia de DM2 fue de 12% en varones y 10% en mujeres. La población diabética en Canarias es sedentaria y obesa, muestra un consumo alto de grasas saturadas y gran prevalencia de síndrome metabólico. El porcentaje que sigue tratamiento regular es muy bajo, sobretodo en varones, que además mantienen el tabaquismo.<sup>20</sup>

Freitas R, et al. (Brasil, 2011). Analizaron los factores implicados en la no adhesión de los pacientes a la terapia farmacológica, se aplicó un estudio transversal, realizado entre marzo 2009 y mayo 2010 en 12 instituciones de atención primaria en, Brasil, se evaluaron 377 pacientes con DM 2 (69,5%) eran mujeres, la edad osciló entre 18 y 92 años, con un promedio de 62,7 años (SD  $\pm$ 11,6) la adherencia fue mayor en mujeres (14.7%) que en hombre (11.5%) no encontraron diferencias estadísticamente significativas, mostrándose una menor adherencia al tratamiento en quienes tenían conocimiento sobre el tratamiento farmacológico (14.0%), comparado con pacientes que no tenían conocimiento (12.3%), no encontrándose una asociación estadísticamente significativa ( $p=0.325$ ).<sup>21</sup>

Gigoux J, et al. (Chile 2015) , estudiaron la adherencia al tratamiento farmacológico y su relación con el control metabólico en pacientes con DM2, aplicaron un estudio de casos y controles, quedando una muestra conformada por 96 pacientes, (26% hombres), edad media de 61.8 años (DS  $\pm$  10.21) años. No encontrando diferencias estadísticamente significativas por sexo y edad. el control metabólico deseable estuvo presente en el 28% de los pacientes, pero no guardó relación con la adherencia al tratamiento ( $p=0,052$ ). El OR fue de 2.5 (IC: 95% 0.906-7.374).<sup>22</sup>

#### Adherencia al tratamiento en cuanto a edad

En un estudio realizado en la unidad de especialidad médica y enfermedades crónicas correspondiente a la secretaria de salud en, Ciudad Renacimiento, Acapulco, Gro. (2013) la frecuencia de edad de pacientes con dt2 , de un total de 133, prevaleció la edad 40-59 años 61.73% Se estudió que a mayor edad el paciente sufre deterioro sensorial, a pérdida de la visión y/o audición, esto conduce a barreras de comunicación, al impartir instrucciones verbales o escritas, la limitación para desplazarse, la pérdida de destreza para abrir envases, deterioro cognoscitivo y estados alterados del ánimo llevan a que la información no se procese ò se elabore de manera alterada, por ejemplo: demencias, depresiones, ansiedad, etcétera, que altera

significativamente el aprendizaje, generando diversas formas de procesamiento de la información. <sup>23</sup>

#### Adherencia al tratamiento en cuanto a tiempo de evolución de la enfermedad

Grant R. Costa Rica. (2014) Nos habla de cómo la falta de adherencia puede retrasar las modificaciones en el esquema de tratamiento a los pacientes con diabetes Mellitus tipo 2, en este estudio se siguió una población de 2,065 pacientes con DM2 a través de 3 años, siguiendo su registro médico y la manera en que dispensaban el medicamento de la farmacia y comparando los niveles de Hb1ac así como la manera en que el médico aumentaba dosis del medicamento si estos no alcanzaban las metas terapéuticas deseadas. Encontró que entre los pacientes con poco apego a su tratamiento médico recibían menos recomendaciones al tratamiento por parte del personal médico aun cuando estos no cumplían con la meta terapéutica <sup>24</sup>

#### Adherencia al tratamiento en cuanto a escolaridad

La UMF 33 de Chihuahua, México en 2011 realizó un estudio donde los resultados arrojaron que el apego al tratamiento farmacológico correspondió al 54%, en donde los factores de riesgo con una relación estadísticamente significativa de no apegarse al tratamiento, fueron la escolaridad de primaria completa o menor, y la falta de información sobre su enfermedad y que por lo tanto la falta de apego al tratamiento implica grandes erogaciones, es deseable que la educación y la comunicación en salud generen en el paciente diabético un mayor conocimiento, y una representación social sobre el alcance de su enfermedad la cual se reflejaría, en un incremento a la adherencia la dieta, al ejercicio, al tratamiento farmacológico y a estilos de vida saludables. <sup>25</sup>

Ortiz M, et al. (Chile, 2010). Investigaron si los factores psicológicos, demográficos y de comportamiento se asocian a la adherencia al tratamiento, en una muestra de 61

adolescentes diabéticos, no se encontraron diferencias entre los adolescentes con bajo y medio grado de conocimiento ( $p= 0,315$ ). Este resultado sugiere que para una buena adherencia al tratamiento sería necesario contar con alto grado de conocimiento sobre el tratamiento.<sup>26</sup>

Loke K, et al. (E.U.A. 2012).realizo búsqueda en base de datos bibliográficos, Medline y Google (entre los años 2009-2014) que incluyo, adherencia al tratamiento, envejecimiento, enfermedades crónicas no transmisibles, donde concluyo que la adherencia al tratamiento de enfermedades crónico degenerativas resulta muy complejo, que se requiere un rediseño de estrategias de intervención que incluya la educación sanitaria tanto en la población, como en los prestadores de servicio mediante el debate y la creación de redes de apoyo que incorpore principalmente a la familia, además de enfatizar en su participación activa y responsable en la adherencia de su tratamiento. Herramientas de medición de alfabetización en salud, y adherencia a la medicación<sup>27</sup>

### Relación médico paciente

En un estudio realizado en la unidad de medicina familiar Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, Coyoacán, México. (2011), Se incluyeron 129 pacientes diabéticos tipo 2, de los cuales 54 (41.9%) eran del sexo masculino y 75 (58.1%) del femenino, con un promedio de edad de  $60.5 \pm 10.9$ ; 64 (49.6% mediante un análisis PDRQ9, el cual arrojó que un 75% se encontraba satisfecho con su médico<sup>28</sup>

La relación médico-paciente es la piedra angular de la práctica médica y por lo tanto de la ética médica. Como se ha mencionado con anterioridad, la Declaración de Ginebra exige al médico -velar ante todo por la salud de mi paciente<sup>29</sup>

El Código Internacional de Ética Médica estipula: -El médico debe a sus pacientes toda su lealtad y todos los recursos científicos disponibles para ellos<sup>30</sup>

La percepción de mejoría del paciente se asocia con menos problemas de adherencia al tratamiento, esto es, la eficacia y pertinencia de la medicación.

Facilita la adherencia, así como el hecho de que el paciente la perciba que es necesaria a largo plazo, al considerar que su enfermedad es crónica. Estos resultados permiten interpretar que una medicación necesaria, oportuna y eficaz que logre una mejoría percibida por el paciente es lo que facilita la adherencia al tratamiento medicamentoso.<sup>31</sup>

La enfermedad supone una crisis para el paciente, su familia y su entorno. El médico de familia utilizando los instrumentos con los que cuenta, debe orientar el proceso de resolución positiva, a fin de que llegado al nuevo período de estabilidad, el mismo sea beneficioso para el paciente y por consiguiente para su familia y para su entorno. Estos instrumentos nos muestran el nivel de funcionalidad familiar, la ocurrencia de sucesos vitales estresantes, el apoyo social y la existencia de redes formales e informales. El Médico de Familia debe disponer de los datos personales, familiares y del entorno del paciente a fin de anticiparse a las situaciones de crisis derivadas de la existencia de la enfermedad y las probables respuestas<sup>32</sup>

#### Instrumentos de Evaluación

##### Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P).

Este cuestionario consta de 13 ítems se muestra como un instrumento fiable, válido y de fácil cumplimentación, diseñado para permitir la evaluación tanto en contextos clínicos como de investigación, pero principalmente la relación médico paciente.<sup>33</sup>

##### Cuestionario Simplificado de Adherencia a la Medicación (SMAQ)

El cuestionario SMAQ fue desarrollado, como una modificación del cuestionario Morisky-Green, para medir la adherencia a tratamientos antirretrovirales en pacientes



con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Consta de seis preguntas que evalúan diferentes facetas relacionadas con el cumplimiento del tratamiento: olvidos, rutina, efectos adversos y cuantificación de omisiones. Un paciente se clasifica como no cumplidor si contesta cualquier respuesta en el sentido de no adherencia, y en cuanto a las preguntas de cuantificación, si refiere haber perdido más de dos dosis en la última semana o refiere no haber tomado más de dos días completos la medicación en los últimos tres meses. Fue validado en una muestra de pacientes españoles en tratamiento con nelfinavir no potenciado entre 1998 y 1999 <sup>34</sup>

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La Diabetes Mellitus es considerada, una epidemia mundial, de gigantescas dimensiones, existen más de 171 millones de enfermos diagnosticados en el mundo, está previsto que antes del 2030 existirán a nivel mundial más de 280 millones de personas con esta enfermedad, a nivel mundial la diabetes es responsable de una de cada 20 muertes, su atención cuesta a los sistemas de salud hasta el 15% del total de sus recursos y los costos derivados de las consecuencias en pérdida de productividad y competitividad debido a que este padecimiento se presenta en población en edad productiva, lo que hace estas pérdidas considerables.

En México la Diabetes Mellitus es la principal causa de defunción, se encuentra dentro de las tres principales causas, se registran alrededor de 300 mil personas diabéticas y fallecen 40 mil aproximadamente. Por cada diabético que muere se detectan 13 casos nuevos, la mortalidad es mayor en los estados del norte que del sur, en grupos sociales con estilo de vida urbano en relación a género es más frecuente en mujeres.

Está dentro de las primeras causas de mortalidad, es uno de los padecimientos más frecuentes de la consulta externa del primer nivel de atención, y sus complicaciones en la consulta externa de segundo nivel de atención.

El Centro de Salud Las Palmas, en el últimos cinco años se ha registrado que de 87 pacientes de acuerdo al sistema de información de salud (SIS), menos del 10 % de su población captada presenta controles glicémicos adecuados, más del 90 % de la población presenta alto riesgo para asociar una segunda comorbilidad afectando al individuo en sus esferas biopsicosocial, y la dinámica familiar por lo que surge la inquietud de realizar la siguiente pregunta de investigación.

**¿Cómo es la relación médico paciente y la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2 en el Centro de Salud las Palmas en Chilpancingo Guerrero?**

### **3.JUSTIFICACIÓN**

La prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM T2) va en incremento alrededor del mundo especialmente entre los países en vías de desarrollo, estimándose para el año 2030 en 439 millones de personas, que se verán afectadas por la mencionada patología, así como un incremento del 69% de pacientes, los cuales se ubicarían en los países de vías de desarrollo. México es considerado dentro de este grupo de países, por lo que necesitamos buscar estrategias para mejorar la eficiencia del sistema de atención de salud, promover, coordinar campañas que aborden sobre los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos terapéuticos existentes, para cristalizar esta práctica se requieren profesionales con adiestramiento en la gestión sobre adherencia terapéutica, de manera que aseguren su aplicabilidad en su práctica diaria.

La diabetes mellitus tipo 2 es una de las enfermedades crónicas no transmisibles resultado de la transición demográfica y epidemiológica, requiere enfoques integrados para lograr un paciente controlado. La adherencia deficiente da lugar a complicaciones evitables en los pacientes, así como la sobre carga en costos al sistema de salud, el estudio CODE 2 diseñado para determinar los costos por tratamiento de la diabetes realizado en Europa, en países con acceso a la mayoría de los medicamentos concluyo que solo el 28% de los pacientes tratados logran un buen control glicémico.

Nuestro país no es ajeno a esta realidad, se requiere más investigaciones sobre la adherencia, en Guerrero la Diabetes Mellitus está dentro de las primeras causas de mortalidad, su control está basado en cinco pilares, siendo estos la dieta, el ejercicio físico, el autocontrol de los niveles de azúcar, una educación para la salud en diabetes, y el tratamiento farmacológico, las bases para lograr trabajar simultáneamente estos cinco pilares es importante la adherencia a las prescripciones, fortalecida por una buena comunicación médico-paciente. Por todo ello se pretende la realización de esta investigación para beneficio de los pacientes, estimar la asociación que existe entre la relación médico paciente y la adherencia al tratamiento.

#### 4.OBJETIVOS

**Objetivo general:** Identificar, cómo influye la relación médico paciente y la adherencia al tratamiento en el paciente diabético tipo 2

**Objetivos específicos:**

Describir cómo influye la relación médico paciente y la adherencia al tratamiento en el paciente diabético tipo 2 con el grado de escolaridad.

Reconocer cómo influye la relación médico paciente y la adherencia al tratamiento en el paciente diabético tipo 2 en cuanto a su edad.

Definir cómo influye la relación médico paciente y la adherencia al tratamiento en el paciente diabético tipo 2 con el género.

Explicar cómo influye la relación médico paciente y la adherencia al tratamiento en el paciente diabético tipo 2 y evolución de la enfermedad.

## **5.HIPÓTESIS**

La buena relación médico paciente influye en la adherencia al tratamiento farmacológico, y no farmacológico en el paciente portador de Diabetes tipo 2, del Centro de Salud, las Palmas en Chilpancingo Guerrero.

## **6.MATERIAL Y MÉTODOS**

**Tipo y diseño de estudio:** transversal y descriptivo.

**Población y Muestra:** Muestra no probabilística por conveniencia de 87 pacientes. Con diabetes tipo 2, que acudieron al centro de salud de la Colonia las Palmas de la Ciudad de Chilpancingo, Guerrero, entre los meses de noviembre de 2015 a marzo de 2016.

### **Criterios de selección**

#### **Criterios de inclusión:**

Pacientes diabéticos mayores de 20 años

Aceptar realizar la entrevista

Ambos géneros

Adscrito al centro de salud las palmas

Pacientes diabéticos sin complicaciones de la enfermedad.

#### **Criterios de exclusión:**

No acepten participar en el estudio

Discapacidad, física

Pacientes con complicación de diabetes mellitus.

#### **Criterios de eliminación:**

El cuestionario requisitado en forma incorrecta

No deseen seguir con el cuestionario

Mujeres embarazadas

**Método:** Se solicitó al coordinador del de centro de salud las palmas en Chilpancingo, Guerrero, para la realización del estudio, mediante la aplicación de un cuestionario individual a los pacientes diabéticos tipo 2 que acudieron durante los meses de noviembre 2015 a marzo de 2016, en la sala de espera por personal capacitado con la finalidad de evitar errores en la obtención de la información.

**Técnica e instrumento:** se aplicó un cuestionario CREM-P Y SMAQ estructurado para medir los factores de riesgo relacionados con la adherencia al tratamiento y la relación médico paciente, tales como edad, sexo, escolaridad y tiempo de evolución de la enfermedad. La encuesta se realizó de manera individual en la sala de espera de la unidad **Anexo 1**

**Análisis Estadístico:** se realizaron análisis descriptivos univariado y bivariados, obteniendo estadísticas de tendencia central (media, mediana, moda) y dispersión (desviación estándar y varianza) , así como la elaboración de tablas de doble entrada para disgregar la información por categorías de las variables de interés. Para tal fin, se realizó una base de datos utilizando Microsoft Excel y se analizó utilizando los softwares estadísticos R ver 2.12.11 y SPSS ver 19.

**Variables:**

Independientes: Edad, genero, tiempo de evolución de la enfermedad, escolaridad.

Dependientes: Adherencia al tratamiento

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Escala de medición	Indicadores
Relación médico paciente	Relación interpersonal con connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud.	Evaluación obtenida al aplicar el cuestionario CREM-P el cual consistirá en 16 ítems	Cuantitativa	< 8 relación media <4 no relación >8 buena relación
Adherencia al tratamiento	Cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación y el programa	Evaluación obtenida con la aplicación de Cuestionario SMAQ el cual consta de 6	Cuantitativa	0-si Apegado 1-si o mas no apegado



	prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo de tratamiento indicado.	ítems		
Edad	Medida de la duración de medir, lapso del tiempo transcurrido desde el nacimiento o el instante que se estima de la existencia de una persona	Número de años cumplidos clasificados por grupos de edad	Cuantitativa	1. 20-59 años 2. más de 60 años
Genero	Diferencia biológica entre hombre y mujer	Característica biológica que diferencian a los humanos en sexo masculino y femenino	Cualitativa	1.masculino 2.femenino
Tiempo de evolución de la enfermedad	Enfermedad crónica son aquellas enfermedades de larga	Tiempo de diagnóstico por primera vez con diabetes tipo 2	Cuantitativa	1. < de 5 años. 2.> de 5 años

	duración y por lo general de progresión lenta.			
Escolaridad	Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional	Nivel de estudios que el individuo ha realizado hasta el momento actual	Cualitativa	1.analfabeta 2.primaria 3.secundaria 4.bachillerato 5.licenciatura

## 7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicita autorización al coordinador (a) del centro de salud de las palmas en Chilpancingo Guerrero, para llevar a cabo dicha investigación, haciendo referencia que no se divulgara la información obtenida durante su encuesta, por último se le dará a conocer lo encontrado en la investigación con el fin de que conozca la problemática y las medidas que se pueden tomar para mejoramiento del servicio dirigido hacia los pacientes.

Esta investigación de acuerdo con la "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 2º, Capítulo 1º, Artículo 17, Fracción I; se considera como nivel 1: "Investigación sin Riesgo".

En la realización del presente proyecto no se violenta la "Declaración de Helsinki y el código de Nuremberg de la Asociación Médica Mundial" que establece los principios éticos para las investigaciones médicas en los seres humanos Asamblea General 52º, en Edimburgo., Escocia en octubre del 2000, donde declara que la investigación médica es deber del Médico proteger la salud, la intimidad, la dignidad del ser humano y que solo se justifica si existe posibilidades razonables de que la población pudiera ser beneficiada con sus resultados.

Por lo tanto, se les solicitará a los participantes que firmen un consentimiento informado donde se expresará de manera detallada en qué consistía el estudio, así como los propósitos del mismo, señalando que no existe riesgo alguno para su salud ni en el resultado de sus evaluaciones futuras, quedando abierta la posibilidad de renunciar al estudio en el momento que lo consideren necesario.

**Anexo 3.**

## 8.RESULTADOS

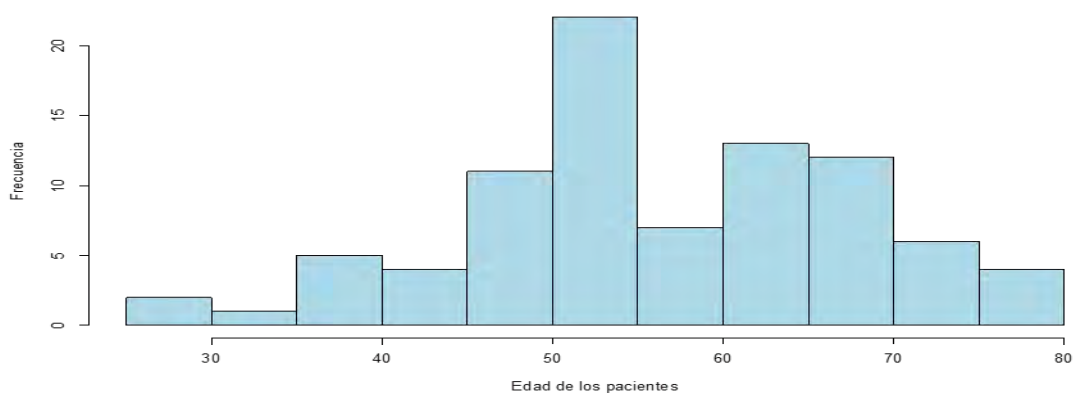
### Análisis sociodemográfico

La edad mínima observada fue de 27 años y la máxima de 78, el 50% de los pacientes no sobre pasa la edad de 55 años, y se estimó que la edad promedio fue de 57 años, con una desviación estándar de 11 años.

Grafico 1: Distribución de por edad

n:87

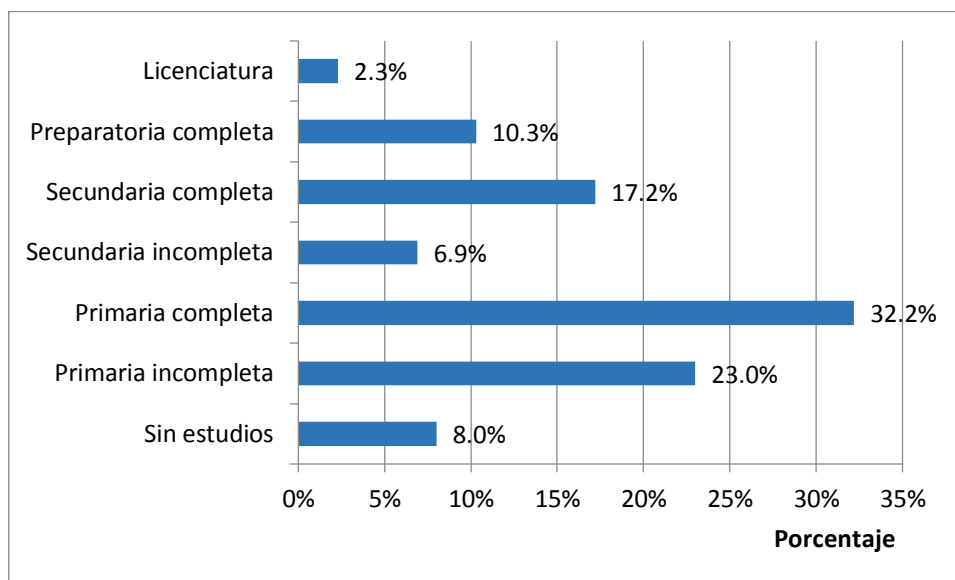
Fuente: Sistema información de salud (SIS).



Se observó que de los 87 pacientes encuestados 55 (63.2%) declaro contar con estudios de primaria completa. Sólo 2 de ellos (2.3%) cuenta con estudios de licenciatura.

Grafico 2: Escolaridad

n:87

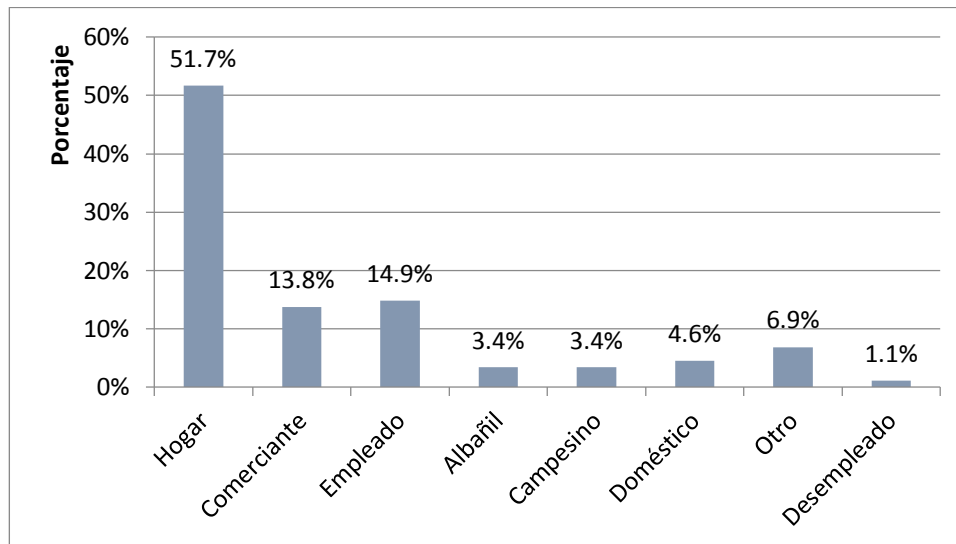


Fuente: Sistema información de salud (SIS).

De los 87pacientes diabéticos, 45 (51.7%) informaron dedicarse a las labores del hogar, y 1 (1.1%) se encontraba desempleado en el momento de aplicarse el cuestionario, 69 (79.3%) de los entrevistados pertenecen al sexo femenino.

Grafico 3: Ocupación

n:87

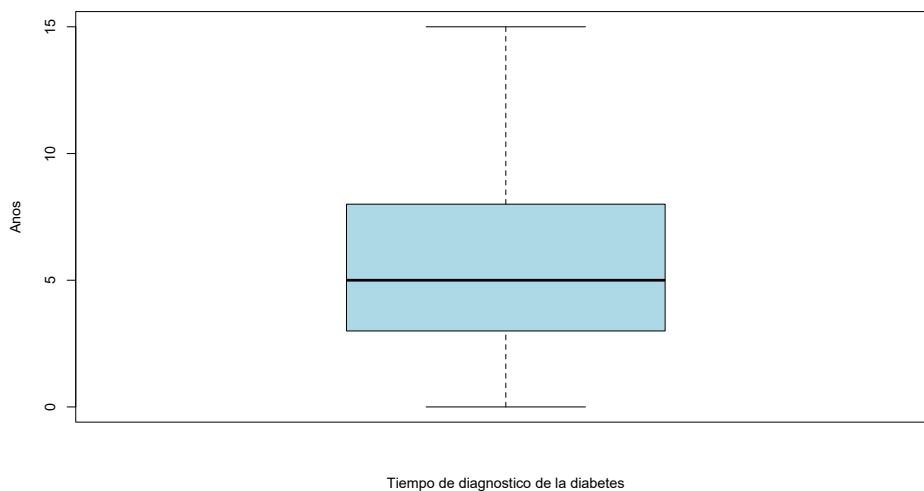


Fuente: Sistema información de salud (SIS).

El número promedio de años con diagnóstico de diabetes en los pacientes fue de 6 años (desviación estándar de 3). Tan sólo el 25% de los pacientes diabéticos sobrepasan los 8 años de diagnosticada la enfermedad

Grafico 4: Años con diagnóstico de diabetes tipo 2.

n:87



Tiempo de diagnóstico de la diabetes

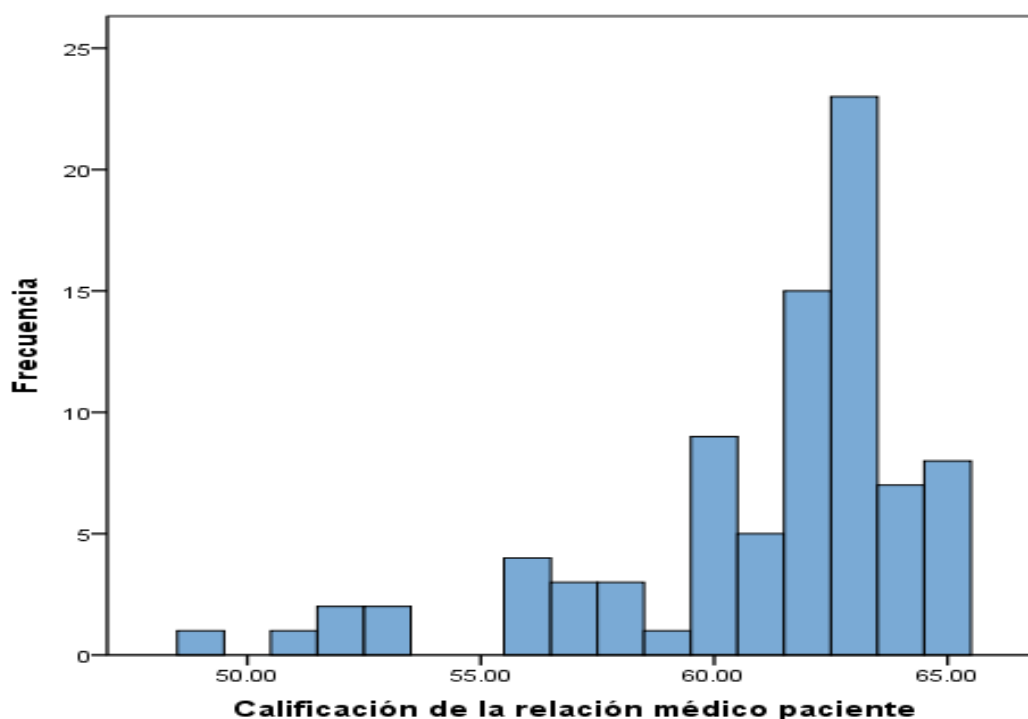
Fuente: Sistema información de salud (SIS).

## Análisis de la relación médico paciente y adherencia al Tratamiento

Se utilizó una escala tipo Likert de 5 puntos por ítem, con lo cual se obtiene un máximo de 65 puntos. Se encontró que el 75% de los entrevistados, evaluaron la relación médico paciente con más de 60 puntos, en base a esto se puede establecer que existe una muy buena relación médico paciente. La mediana de esta evaluación fue de 62, el valor mínimo de 49 y el máximo de 65.

Grafico 5: Evaluación para la relación médico paciente

n: 87

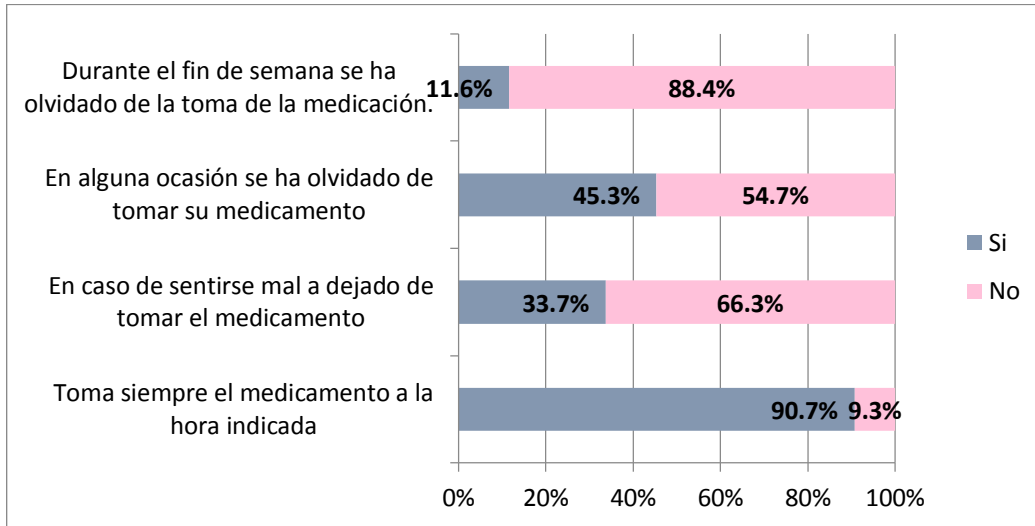


Fuente: Sistema información de salud (SIS).

El instrumento diseñado para medir la adherencia al tratamiento por los pacientes diabéticos, mostro que los pacientes cumplen su horario de medicación entre semana, pero el fin de semana se les olvida cumplirlo. Lo anterior resulta que alrededor de 78 (91%) de los 87 pacientes, entrevistados, informo que toma siempre el medicamento a la hora indicada. Sin embargo, 76 (88.4%) de ellos reportaron que en los fines de semana se les ha olvidado la toma de la medicación. Además, 29(33.7%) de los pacientes reportaron que, han dejado de tomar el medicamento.

Grafico 6: Adherencia de los pacientes al tratamiento

n: 87

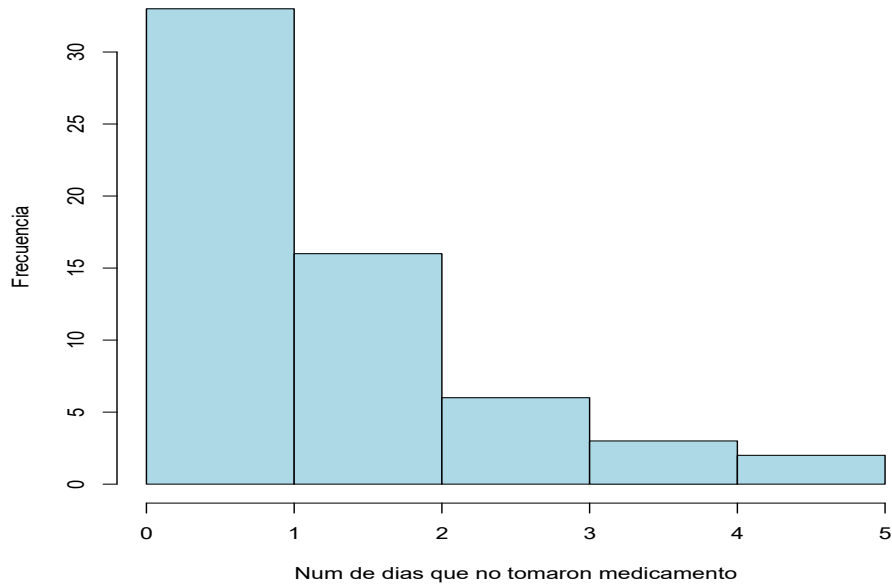


Fuente: Sistema información de salud (SIS).

Los pacientes reportaron que desde la última visita al médico, el número promedio de días completos que no tomaron medicamentos fue de 1.4 días (con una desviación estándar de 1.36 días), observándose dos casos de personas que dejaron de tomar su medicamento 5 días completos, después de su última visita al médico



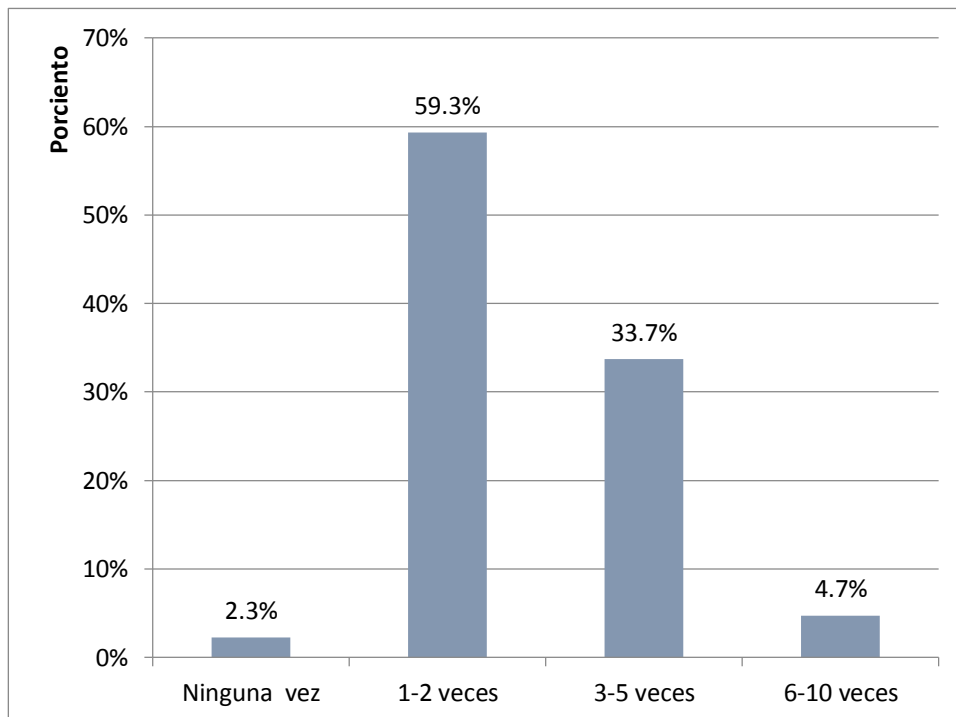
Grafico 7: Número de días completos que los pacientes no tomaron su medicamento desde su última visita al médico n:87



Fuente: Sistema información de salud (SIS).

51(59.3%) de los pacientes, informaron que de uno a dos veces se les olvido tomar alguna dosis en la última semana antes de la aplicación del cuestionario. Sólo el 2(2.3%) indicaron que no se les olvido ninguna dosis de su medicamento y 4(4.7%) se les olvido de 6 a 10 veces tomar alguna dosis de su medicamento.

Grafico 8: Número de veces que en la última semana antes de la aplicación del cuestionario, los pacientes no tomaron alguna dosis de su medicamento

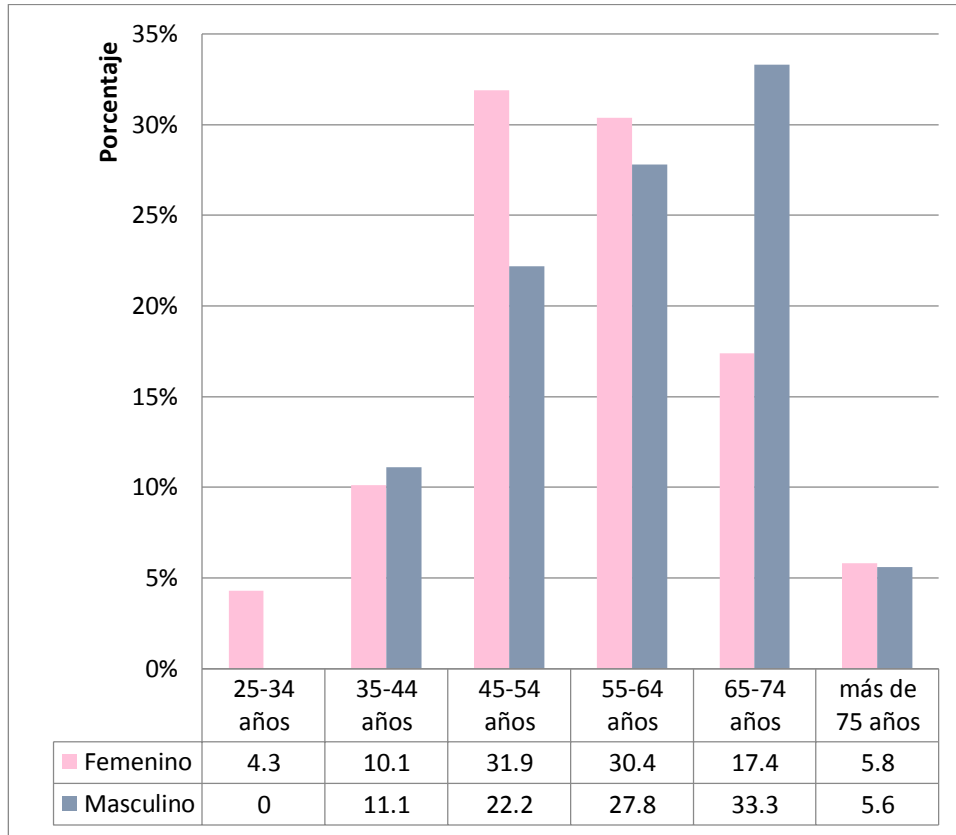


Fuente: Sistema información de salud (SIS).

### **Análisis bivariado**

Se observó que de 69 mujeres, 43 (62%) son más afectada en el grupo de edad de 45 a 64 años y en el grupo de 65 a 74 años 6 hombres (33.3%) fueron más afectados. Sólo hay presencia de 3 (4.3%) mujeres en el grupo de edad de 25 a 34.

Grafico 9: Grupo de edad por sexo

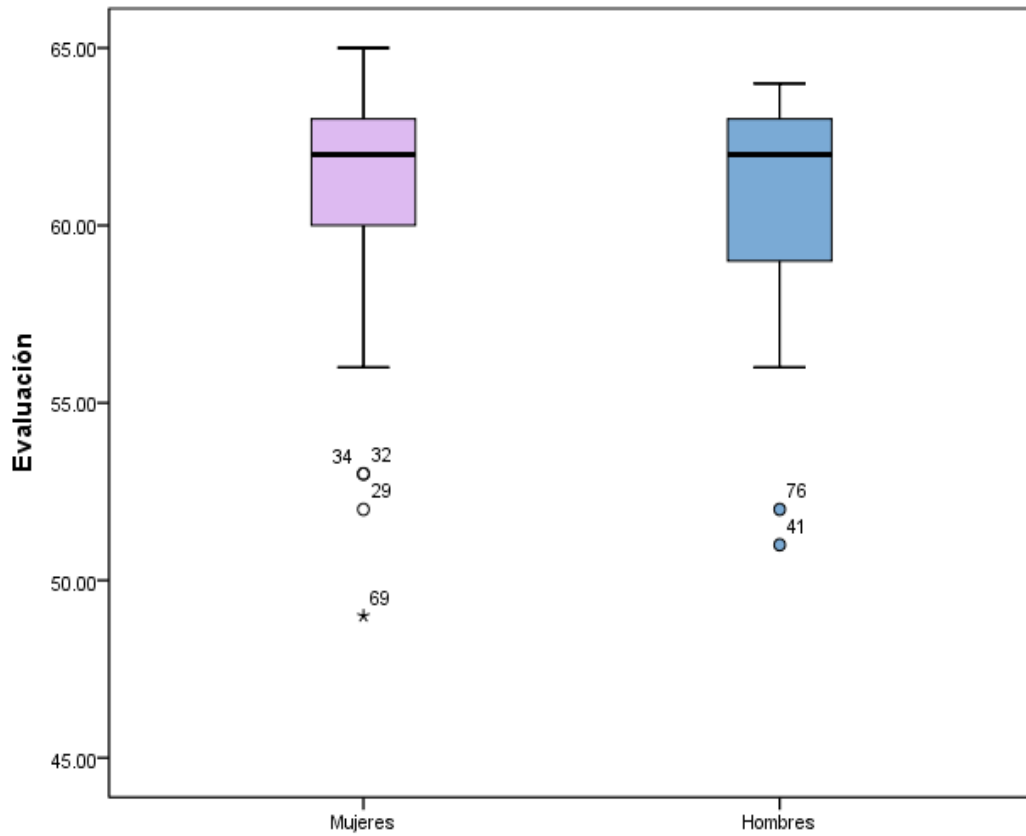


Fuente: Sistema información de salud (SIS).

n:87

Las calificaciones, de los diferentes aspectos que evalúan la relación médico paciente, divididas por sexo, muestran patrones similares en los grupos de hombres y mujeres. Se observó la calificación menor proporcionada por una mujer, pero en este grupo también se observan las mayores calificaciones.

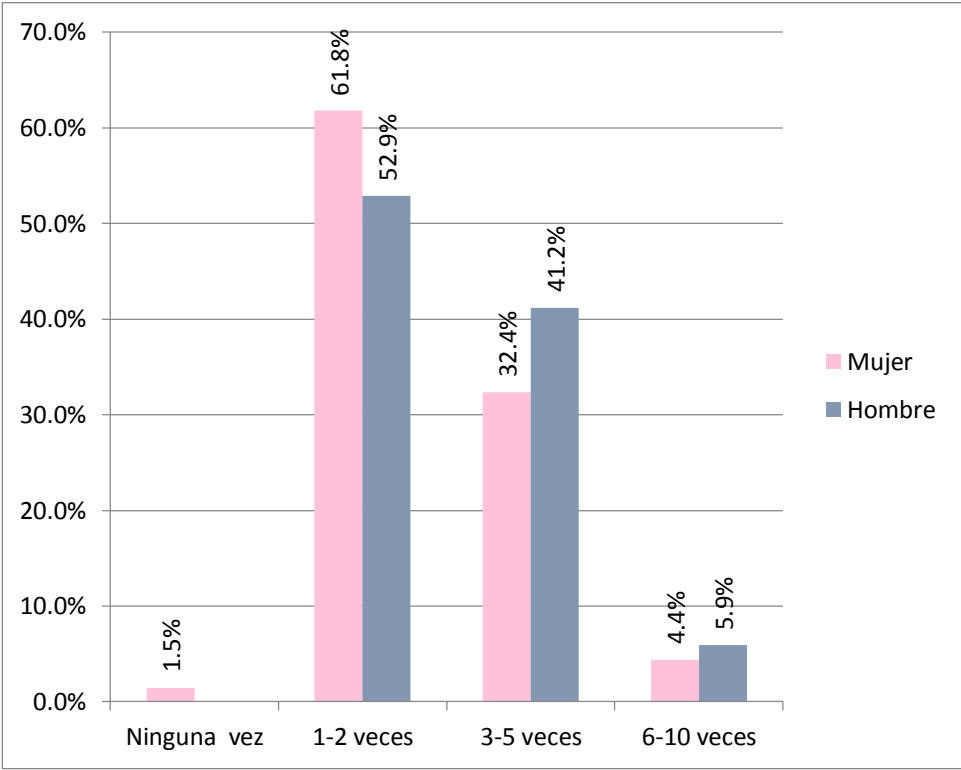
Grafico 10: Grupo de edad por sexo n: 87



Fuente: Sistema información de salud (SIS).

Las mujeres reportaron que una a dos veces olvidaron tomar su medicamento como el caso más frecuente, comparado con el 52.9% de los hombres en la misma categoría. En cambio hay un mayor porcentaje de hombres que olvidaron tomar su medicamento de 3 a 5 veces, comparado con el 32.4% de las mujeres.

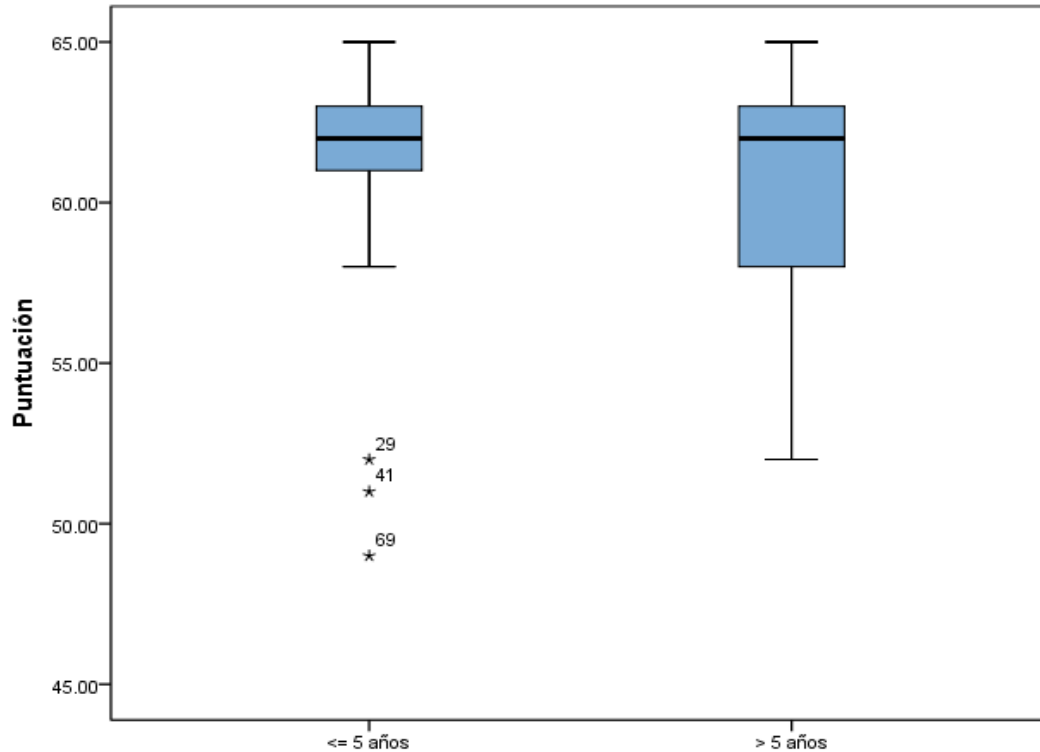
Grafico 11: Número de veces por sexo, que en la última semana antes de la aplicación del cuestionario, no tomaron alguna dosis de su medicamento.



Fuente: Sistema información de salud (SIS).

Se observó que los pacientes con 5 o menos años de diagnóstico, en lo general, calificaron mejor la relación médico paciente, en comparación con aquellos con más de 5 años de diagnóstico. Todo indica que a mayor años de diagnóstico se va afectando la relación entre su médico.

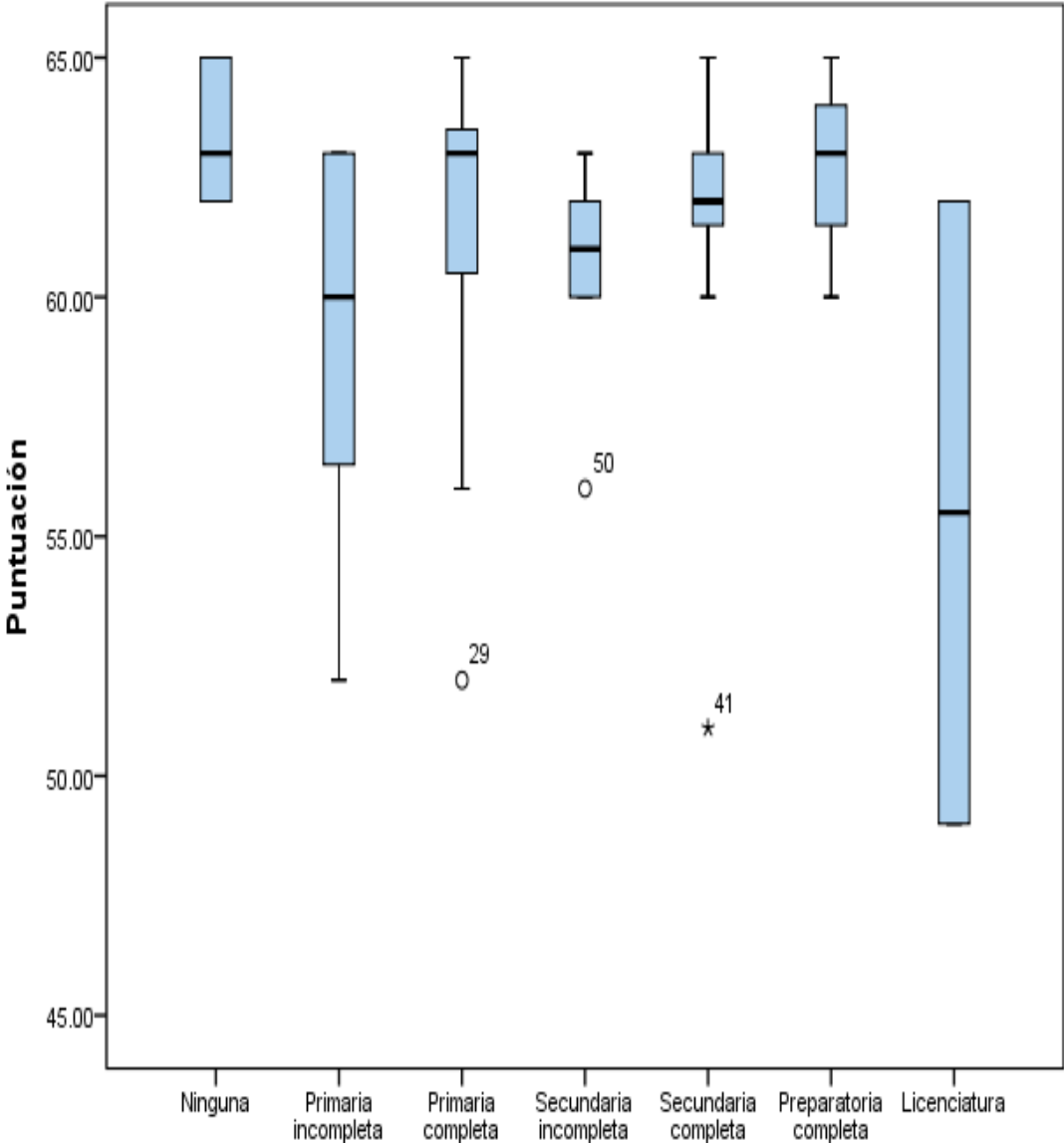
Grafico 12: Puntuación de la relación médico paciente por años de diagnóstico de diabetes n: 87



Fuente: Sistema información de salud (SIS).

Los pacientes con escolaridad de primaria incompleta, tienen una mayor dispersión en cuanto a la puntuación que asignan a la relación médico paciente. Las mejores puntuaciones de la relación médico paciente fueron asignadas por los pacientes con escolaridades: ninguna, secundaria incompleta y completa, preparatoria. Las dos personas entrevistadas con escolaridad de licenciatura, tienen opiniones muy distantes en cuanto a la relación que tienen con su médico.

Grafico 13: Puntuación de la relación médico paciente por escolaridad



Fuente: Sistema información de salud (SIS).

## 9.DISCUSION

En Europa es muy alto el índice de complicaciones de pacientes con DM T2, lo que no pasa en México (Guerrero), probablemente sea porque los pacientes europeos inician su tratamiento sustitutivo en fases más avanzadas de la enfermedad, ambos países, puedo mencionar que esta patología afecta al ser humano en edad productiva, ambos sexos presentándose en índices más bajos en la edad joven menor de 34 años y en la senectud mayor de 75 años.

En nuestro estudio la edad más afectada 45 a 65, siendo la edad más joven de 27 años y las longeva de 78 años, con prevalencia del sexo más afectado fue la mujer con 69 pacientes a comparación del hombre que fueron de 18 hombres, en comparación con el estudio realizado en la unidad médica de especialidades en Acapulco Gro, en donde se presentó en edades de entre 40-59 años, coincidiendo en que fue la mujer con diabetes que prevaleció en mayor número. Además de que es la mujer quien mejor se apega al tratamiento a lo cual coincidió en nuestro estudio.

En cuanto al tiempo de evolución del padecimiento, este estudio coincidió con el estudio realizado en Costa Rica 2014, por Gran R. en donde se observó que a mayor tiempo de diagnosticado su padecimiento el paciente se apega menos, en nuestro estudio se observó que pacientes con más de 5 años de diagnóstico presentaron menos apego al tratamiento y relación médico paciente.

En cuanto a la escolaridad de acuerdo al estudio realizado en la unidad médica de Medicina Familiar en Chihuahua, los pacientes que menos se apegan al tratamiento fueron aquellos que tenían escolaridad completa o menos, en nuestro estudio a pesar de que la escolaridad es mayoría primaria completa, no interfirió en el buen apego y buena relación médico paciente.

De acuerdo al conocimiento de la enfermedad Ortiz en Chile en el 2010 sugiere que para una buena adherencia al tratamiento es necesario contar con un alto grado de conocimiento sobre el tratamiento, lo cual en nuestro estudio a pesar de no tener el alto grado de conocimiento el paciente presenta buena adherencia al tratamiento y buena relación médico paciente, con respecto a la relación médico paciente en un estudio realizado en Coyoacán , México en el 2011 observo que el 75% de los pacientes con diabetes tipo 2, mostro una buena relación médico paciente, al igual



que en nuestro estudio donde el 85% de los pacientes refirió buena relación médico paciente.

Lokek,et al. EUA, 2012, observaron que la familia es la primera red de apoyo del paciente con enfermedad crónica, y en nuestro estudio se observa que la familia es el principal eslabón de apoyo para los pacientes con diabetes tipo 2 ya que influye en cuanto a su adherencia al tratamiento.

## **10.CONCLUSIONES**

La familia constituye, la primera red de apoyo social, que posee el individuo y ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana, el apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de la salud y prevención de las enfermedad y sus daños así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social, manifestándose cuando un miembro de la familia padece una enfermedad crónica que requiere la contribución afectiva y material de su red de apoyo familiar, en especial para cumplir un conjunto de indicaciones médicas en las que pueden estar implicadas las personas que conviven o comparten la vida cotidiana con el paciente.

Un paciente, con enfermedad crónica y que recibe apoyo de su familia, presenta menos complicaciones, por lo cual es necesario incluir a esta desde la primera cita a fin de que se vaya integrado y no segregue en un momento dado al paciente.

Por las características del estudio era predecible que, a mejor calidad en la relación médico-paciente, se lograría un mayor control del padecimiento crónico, sin embargo, lo que no resulta predecible es que, si sabemos que esta relación es la piedra angular en el acercamiento con nuestros pacientes y el control de sus padecimientos, no trabajemos lo suficiente para lograr que sea lo más satisfactoria posible para ambos participantes, ni consideremos el aspecto humano de la relación médico paciente como un factor esencial.

Por ello, sugerimos llevar a cabo talleres de capacitación para el mejor manejo de la diabetes tipo2, que incluya directamente a los familiares, lo cual seguramente contribuirá a desarrollar, aún más, el aspecto humano de la práctica del médico familiar; además, los incentivará a fin de encontrar estrategias que den pautas para mejorar la relación con los pacientes, favorecerá la consolidación de un equipo multidisciplinario en el cual se apoyarán mutuamente para lograr la mejoría clínica de los pacientes y mejorará la situación actual del médico familiar en las diversas instituciones de salud, ya que el volumen de consultas médicas no permite otorgar a

todos los usuarios una atención con el tiempo que se requiere, sobre todo en los casos de Diabetes tipo 2.

## 11.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Sánchez Rivero G. Historia de la diabetes. Gac Med Bol. 2007; 30: (2): pp 74-78.
- 2.- Arredondo López A. Novedosos aspectos fisiopatológicos de la diabetes mellitus tipo 2. 2014; (1): pp 273-291.
- 3.- Arredondo López A. Costos de la diabetes en américa latina: Evidencias del Caso Mexicano. Valú in health 2011; 14(1): pp S 8 5 – S 8 8.
- 4.- Instituto nacional de salud pública. Encuesta nacional de salud y nutrición (Ensanut) Cuernavaca, Morelos. 2012; (1): pp 17-133.
- 5.- Organización para la cooperación y desarrollo económico (OCDE). Base de datos sobre la salud. 2012; 3-34 Disponible en: <http://www.oecd.org/dataoecd/26/22/48406824.pdf>
- 6.- Barquera Servera S., Campos Nonato I., Rojas R, Rivera J., Obesidad en México: epidemiología y políticas de salud para su control y prevención. Gaceta Médica de México 2010; 146: 397-407.
- 7.- jurisdicción 03 centro, Estadísticas del Programa Crónico Degenerativo, Chilpancingo, gro, México.
- 8.- Rosario Urrutia B. Estilo de vida, adherencia al tratamiento y su relación con el control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, Enemec -Acapulco. Gro; 2013:1-4.
- 9.- Centro de salud las palmas. Informe Sistema de Información de Salud, Chilpancingo, Guerrero, México; 2015.
- 10.- Gagliardino J.J. Manual de auto monitoreo de la asociación latinoamericana de diabetes. Revista ALAD. 2010; 18 (3): 1-6.
- 11.- Norma oficial mexicana. Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Diario oficial de la federación; 015-SSA2-2010.
12. - American diabetes association. Standards of medical care in diabetes—2014. Diabetes care 2014; 37 (1): S14–S80. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. 2014; 37 (1): S81–S90.

- 13.- López Stewart G.. Diabetes mellitus, Clasificación, fisiopatología y diagnóstico. Medwave 2009 Dic; 9 (12) 1-5.
- 14.- American diabetes association, Standards of medical care in diabetes—2013. Diabetes Care 2013; 36 (1): S11–S80Diagnosis and classification of diabetes mellitus. 2013; 36 (1): S11–S65.
- 15.- Laboratorios Pfizer. III Foro sobre, La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida. ; 2009: 3-1.
- 16.- Carhuallanqui R. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. Rev Med Hered; 2010 (21):197-201.
- 17.- Ostini R y Kairuz T. investigating the association between health literacy and non-adherence. Int J Clin Pharm 2014; 36(1):pp36-44.
- 18.- American diabetes association. Estándars of medical care in diabetes – 2014; (37): pp14-580.
- 19.- Terechenko Luhers N.S. Adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus Tipo II. Biomedicina; 2015 (10):pp 20-33.
- 20.-Del Castillo Rodríguez J.C. Estilo de vida y adherencia al tratamiento de la población canaria con diabetes mellitus tipo 2. Rev. Esp. Salud pública; 2009 83(4):pp567-575.
- 21.- Junior Fraire R.W. Factores asociados a la no adhesión a los antidiabéticos orales de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Alad. 2010; 1 (4):pp 170-181.
- 22.- Gigoux López J.F. Adherencia al tratamiento farmacológico y relación con el control metabólico en pacientes con DM2. Rev. Chil. Salud Pública. 2010; 14 (2-3): 238-270.
- 23.- Sánchez Adame O. Estilo de vida, Adherencia al tratamiento y su relación con el control glucémico en pacientes. con diabetes mellitus tipo 2; Uneme-Ec, 2013:pp 3-8.

- 24.- López Simarro F., Brotons C, Moral I., Celia Cols Sagarra C., Selva A, Aguado-Jodar A., et al. Inercia y cumplimiento terapéutico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria. *Mediclinic*.2012; 138(9):337-384. Disponible en: <http://www.elsevier.es>.
- 25.-Hoyos Duque T.N., Arteaga Eno M.V., Muñoz Cardona M. Factores de no Adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 en el domicilio, La visión del cuidador familiar. 2011; 29(2):pp194-203
- 26.- Manuel OP et al. Adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos chilenos: Una aproximación psicológica. *Rev méd Chile*. 2005; vol: 133, pp: 307-313.
- 27.- Yoon k Loke. Cardiovascular or diabetes medication and health literacy in older adults Systematic review of consistency between adherences to pharmacother. 2012; 46 (6):pp: 863-87 27.
- 28.-Rios Álvarez Acevedo Giles O, González Pedroza A. Satisfacción de la relación médico paciente y su asociación con el control metabólico en pacientes con dt2, *Rev. Endocrinología y nutrición oct*, 12,11. vol.19:(4) pp149-152
- 29.- Declaración de Helsinki de la asociación mundial en Brasil. 64ª Asamblea general, fortaleza; 2013: 1-9
- 30.- Manual de ética médica. Asociación médica mundial. 2da edición; 2009: pp 7- 129.
- 31.- Moral de la Rubia J., Alejandra Cerda M.T. Adherencia a la medicación en pacientes con diabetes, *Revista Iberoamericana de psicología y salud*; 2015 6:pp19-27.
- 32.- Del Duca M, Gallegos Yenny, Da Col G., Noel Trenchi M. Adherencia al tratamiento desde la perspectiva del médico de familia| *Revista Biomedicina | Medicina familiar y común*; 2013 8 (1):pp 6-15.
- 33.- Mingote Adán J.C. Validación psicométrica de la versión española del cuestionario de relaciones medico paciente (CREM-P) 2009; 37(1):pp 94-100.
- 34.- Ortega Suarez F.J. Validación del cuestionario simplificado de adherencia a la medicación (SMAQ) en pacientes con trasplante renal en terapia con tacrolimus. *Nefrología (Madr.)* 2011; 31 (6):pp 690-696.

# ANEXOS

**ANEXO 1. CUESTIONARIO MODIFICADO PARA LA EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE CREMM-P Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO SMAQ**

I. Datos sociodemográficos

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Años de diagnosticada la enfermedad: \_\_\_\_\_

A continuación usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Por favor, no se preocupe en pensar si otras personas estarían de acuerdo con usted y exprese exactamente lo que piense en cada caso.

Marque con una X la casilla que corresponda a su situación particular: Afirmaciones Control Metabólico de diabetes Mellitus

II. Cuestionario: -Relación médico paciente CREM-P"

		1 nunca	2 casi nunca	3 a veces	4 casi siempre	5 Siempre
1.	Mi médico me entiende					
2.	Confío en mi medico					
3.	Mi médico se esfuerza en ayudarme					
4.	Puedo hablar con mi medico					
5.	Estoy contento con el tratamiento que me ha puesto mi medico					
6.	Mi médico me ayuda					
7.	Mi médico me dedica suficiente tiempo					
8.	El tratamiento que me ha puesto mi médico me está beneficiando					
9.	Estoy de acuerdo con mi médico sobre la causa de mis síntomas					
10.	Encuentro a mi médico muy accesible					
11.	Gracias mi médico me encuentro mejor					
12.	Gracias a mi médico tengo más información acerca de mi salud					
13.	Ahora controlo mejor mis síntomas (aunque vea menos al médico )					

III. Evaluación de la Adherencia Al Tratamiento SMAQ

		1. Si	2.No
1	Toma siempre el medicamento a la hora indicada		
2	En caso de sentirse mal a dejado de tomar el medicamento		
3	En alguna ocasión se ha olvidado de tomar su medicamento		
4	Durante el fin de semana se ha olvidado de la toma de la medicación.		
5	En la última semana, cuantas veces no tomo alguna dosis	Ninguna vez _____ 1-2 veces _____ 3-5 veces _____ 6-10 veces _____ t de 10 veces _____	
6	Desde la última visita cuantas días completos, no tomo su medicamento	Días _____	

Nombre y Firma del Encuestado: \_\_\_\_\_



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_  
La que suscribe \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ años,  
Representante legal de \_\_\_\_\_ con  
domicilio  
en \_\_\_\_\_ doy mi  
consentimiento para que mi hija conteste las preguntas solicitas en la investigación con  
el título “.....”

Lo cual no tiene procedimiento invasivos por lo que no pone en peligro la integridad de mi hija.

Estoy debidamente enterada de que:

1. La información recabada será manejada de manera confidencial.
2. Puedo desistir en cualquier momento antes de contestar a las preguntas, y por esto no se me negarán los servicios médicos, ni otros servicios que otorgue la Secretaría de Salud.
3. La orientación consejería se me proporcionó en mi idioma \_\_\_\_\_ lo que me permitió aclarar mis dudas y temores.
4. Estoy consciente de que no se me ha prometido algún beneficio económico o material, ni personal, ni comunitario para aceptar responder este cuestionario.
5. No he recibido amenazas, ni he sido presionada u obligada para aceptar la participación.
6. Si aún persistieran algunas dudas sobre esta investigación, las puedo aclarar con el Dr. \_\_\_\_\_ al teléfono 1234

Firma del aceptante \_\_\_\_\_ Nombre completo y Firma del personal que proporcionó la orientación y consejería.

PROFESIONAL \_\_\_\_\_

TESTIGO \_\_\_\_\_

