



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología Clínica

Factores que influyen en la adherencia terapéutica en
pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial
(DIF “Clínica Materno Infantil, Ricardo Flores Magón”,
Tepotzotlán, Edo.Méx, 2020)

Reporte de Investigación Empírica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A

Mónica Georgina Cisneros Urbina

Director: Mtra. Liliana Hernández Mendoza



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, mayo del 2020



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.

Índice

Factores que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial (DIF “Clínica Materno Infantil, Ricardo Flores Magón”, Tepotzotlán, Edo.Méx, 2020).....	3
INTRODUCCIÓN.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
Pregunta General y Preguntas Particulares	5
Objetivo General y Objetivos Particulares	5
JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS	6
MARCO CONCEPTUAL.....	7
Marco Teórico	7
CAPÍTULO 1	8
<i>Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) en México</i>	8
<i>Diabetes Mellitus tipo 2</i>	9
<i>Hipertensión Arterial</i>	10
CAPITULO 2	12
<i>Adherencia Terapéutica</i>	12
Estado del Arte	15
PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	17
Tipo de Investigación	17
Metodología.....	17
Método	18
Población	18
Hipótesis o Supuestos	21
Procedimientos para la recolección de información e instrumentos a utilizar	21
Resultados.....	22
Discusión	26
Conclusiones.....	29
Referencias	30
Anexos	36
Anexo 1	36
Anexo 2.....	37

Factores que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial (DIF “Clínica Materno Infantil, Ricardo Flores Magón”, Tepetzotlán, Edo.Méx, 2020)

INTRODUCCIÓN

Hoy en día las enfermedades crónicas son un problema de salud pública Phizer (2009). De acuerdo a datos de la Federación Mexicana de Diabetes A.C (2018) la diabetes se encuentra en el segundo lugar de principales causas de mortalidad en México con 101 257 defunciones anuales, y la mayor parte de esta población fallecida rondaba entre los 65 años o más, teniendo en primer lugar las enfermedades cardiacas y superando a los tumores malignos en tercer lugar.

Los padecimiento crónicos requieren de tratamiento de larga duración para lograr una evolución favorable del paciente y control de la enfermedad, cuando se habla de larga duración esto significa para TODA la vida, por lo que al paciente se le atribuye un rol activo dentro de su enfermedad, debe de ser responsable y es fundamental la adhesión a las prescripciones médicas, entendiéndose estas por: toma de medicamentos, cambios en el estilo de vida, realizar mayor actividad física, etc.

Se han empleado diversos términos para referirse a la adherencia al tratamiento, como han sido: cumplimiento del tratamiento, adhesión, cooperación, colaboración, alianza terapéutica, entre otros. Anteriormente el término más utilizado era el de cumplimiento, la desventaja de este es que hace alusión a la simple obediencia del paciente, es decir en lugar de tener el rol activo que se busca en la adherencia este

se vuelve pasivo, es cómo nace el término de adherencia terapéutica como una alternativa a las deficiencias sanitarias del cumplimiento. (Martin A., De los Ángeles L., Abalo G., Amado J., & Espinosa A. 2014)

Son DiMatteo y DiNicola (1982) exponentes de la psicología de la salud quienes afirman que la interacción y comunicación entre el proveedor de la salud y el paciente así como la implicación voluntaria y activa del mismo lograrán producir el fin terapéutico deseado. Esto, ¿Qué quiere decir? Que es necesario la implicación total del paciente al igual que del personal de salud para lograr adherencia y por ende el bienestar.

La investigación se llevó a cabo en el DIF municipal “Clínica Materno Infantil Ricardo Flores Magón” de Tepotzotlán, Estado de México es un espacio donde atienden todo tipo de enfermedades, percances o padecimientos que entren dentro de un nivel 1 de intervención (Consulta general, atención inicial, estabilización, resolución o remisión de un paciente a urgencias, odontología, psicología, pediatría, laboratorio clínico, dermatología, ginecología, ortopedia, otorrinolaringología, radiología, atención quirúrgica, servicios de internación y un aspecto muy importante, en este nivel se trabaja la promoción, prevención y control de enfermedades.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tepotzotlán es un municipio del Estado de México que de acuerdo al Censo poblacional de INEGI (2010) cuenta con una población de 88 559 habitantes, de esta población el 40.2% se encuentra en situaciones de pobreza de los cuales el 34.4% presentan pobreza moderada y el 5.8% pobreza extrema, un dato importante es que el 40.3% de la población no tienen acceso a servicios de salud y hay una razón de 4.1 de médicos por unidad médica frente a 10.1 en todo el estado con esto se estima que hay un total de 2 857 habitantes en Tepotzotlán por médico y 3 542 habitantes por enfermera. (IGCEM 2013).

De acuerdo a datos de ENSANUT (2016) cuatro de cada diez enfermos crónicos (40.7%) se atienden en establecimientos de la seguridad social, el 32.9% acude a servicios estatales de salud (SESA) y tan sólo el 26.4% acude a servicios privados, se puede ver que son los servicios públicos quienes atienden mayor cantidad de pacientes con este tipo de pacientes por lo cual trabajando en estas áreas se podrá llegar a la mayor cantidad de población.

Esta investigación se llevó a cabo en el DIF “Clínica Materno Infantil, Ricardo Flores Magón” del municipio de Tepetzotlán, Estado de México con el fin de explorar la adherencia al tratamiento en pacientes con DM2 y HA, mediante esta exploración podemos determinar qué factores influyen para que un paciente lleve de forma correcta su tratamiento y cuide de su salud.

Pregunta General y Preguntas Particulares

¿Existen motivos por los cuales los pacientes con DM2 y/o HA no se adhieran a su tratamiento y a las recomendaciones médicas?

- ¿Qué tipo de medicamentos requieren?
- ¿Cuáles fueron las indicaciones del personal de salud en cuanto a su padecimiento?
- ¿En qué medida llevan a cabo dichas indicaciones?
- ¿Cómo describen su experiencia con DM2 y/o HA?

Objetivo General y Objetivos Particulares

Investigar las causas por las cuales personas que acuden a consulta en el DIF, “Clínica Materno Infantil, Ricardo Flores Magón” del municipio de Tepetzotlán, Estado De México diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial no se adhieren al tratamiento médico y a las indicaciones del mismo.

- Identificar el concepto de adherencia y los diversos factores que la componen
- Explorar las diversas causas de no adherencia

- Investigar motivos relacionados con el incumplimiento y falta de seguimiento del tratamiento en usuarios del DIF “Clínica Materno Infantil, Ricardo Flores Magón”.

JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS

La presente investigación tiene como propósito indagar aquellas causas que dificultan la adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial que acudan a consulta al DIF “Clínica Materno Infantil, Ricardo Flores Magón” del municipio de Tepotzotlán. Esta funcionará como punto de partida para posibles futuras campañas que promuevan la adherencia en esa población en específico, siendo ellos los mayores beneficiados al igual que los profesionales de salud. Se prevé que ayude a resolver incógnitas respecto al mal control de enfermedades crónicas y contribuya a tener mayor conocimiento respecto a los pacientes.

El fenómeno de adherencia terapéutica involucra a todo el personal de la salud, enfermeras, médicos, médicos especialistas, psicólogos, estos últimos y en especial la psicología de la salud es de utilidad en la intervención de conductas de adherencia, la relevancia para la psicología radica en que la forma de abordar a un paciente ya no es únicamente bajo un modelo biomédico sino biopsicosocial, los factores sociales, culturales y psicológicos ganan importancia y determinación en el tratamiento y la enfermedad.

Como bien lo menciona Oblitas (2008), en el caso de una enfermedad crónica si se trata únicamente mediante un modelo biomédico genera una carencia de impacto positivo hacia el paciente pues el enfoque se centra únicamente en variables biológicas mensurables no tiene cabida para factores sociales o conductuales; la diferencia fundamental entre una enfermedad crónica y aguda es que esta última es consecuencia de una agente patógeno específico mientras que la enfermedad crónica se debe a múltiples causas (psicológicas, sociales, culturales, ambientales, conductuales).

Es primordial para la psicología profundizar en enfermedades crónicas como Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial porque tiene las herramientas necesarias para abordar no enfermedades infecciosas sino estilos de vida y conductas poco saludables (aspectos relevantes para el desarrollo de padecimientos crónicos)

De forma personal nace este interés de mi padre, pues justo el padece ambas enfermedades, se lo mucho que le ha costado adherirse a sus tratamientos, conozco la incredulidad que siente respecto a las indicaciones médicas al igual que soy consciente de todos los malestares que vive día con día, me es imposible curarlo pero claro que puedo comprenderlo y apoyarlo y si estas acciones se realizaran de forma exponencial mediante algún programa ya establecido, apoyos en el área de la salud, etc. el panorama sería otro. ¿Qué acaso no necesita la población enferma crónica ser comprendida? Cabe señalar que es completamente cierto que la responsabilidad de llevar de forma adecuada y hacer modificaciones en el estilo de vida depende del paciente, pero considero que no podemos dejar a la deriva a una persona que padece, a alguien que se le acaba de dar la noticia de que durante toda su vida convivirá con una enfermedad que mal cuidada es probable que lo mate.

Para mí fue y es fundamental comprender el sentir de mi padre así puedo ver como apoyarlo o quizá no pueda, si como profesionales de la salud se le dedicara más tiempo al individuo como un ser y no como un síntoma probablemente podríamos ayudar a los pacientes de una forma más completa.

MARCO CONCEPTUAL

Marco Teórico

CAPÍTULO 1

Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) en México

De acuerdo a la OMS (2018) las ECNT son aquellos padecimientos de larga duración que combinan factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales, dentro de las principales se encuentran la diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas que implican más del 80% de muertes prematuras anualmente

Se han estimado factores de riesgo que influyen en la prevalencia de ECNT, Landrove O., Morejón A., Venero S., Suárez R., Almaguer M., Pallarols E., Ramos I., Varona P., Pérez V., & Ordúñez, P. (2018) destacan el consumo de tabaco, consumo perjudicial y dependencia alcohólica, sobrepeso, obesidad, actividad física insuficiente, estos factores se traducen como conductas nocivas que perpetúan la salud

En el mundo mueren 41 millones de personas anualmente por enfermedades no transmisibles (OMS, 2018).

Por su parte, México se encuentra al borde de un estado de crisis en salud pública, se estima que para el 2030 el 40% de los adultos mexicanos tengan obesidad el cual es uno de los principales factores para el desarrollo de enfermedades crónicas OCDE (2019) estas últimas representan 7 de las 10 principales causas de muerte entre las que destaca la diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial. (Centro de Investigación en Política Pública, 2018) las cuales están dentro de las 20 principales causas de enfermedad nacional (Dirección General de Epidemiología. Anuario de Morbilidad 1984-2018) al igual que la obesidad que está relacionada con el 90% de los casos de DM2 (ENSANUT, 2016)

La ECNT también implican un gasto enorme en la población mexicana, este puede llevar a una familia a caer en la pobreza, en un escenario intermedio implica el gasto del 20% del total de recurso lo que equivale a pérdidas del 1% del PIB. (Centro de Investigación en Política Pública, 2018)

Nace la necesidad de apoyar a la población y crear conciencia a diferentes niveles sobre lo que implica una enfermedad crónica no transmisible y en específico la Diabetes Mellitus tipo 2 y la Hipertensión Arterial, es momento de poner un límite y comenzar a poner la balanza a nuestro favor recordando que tan importante es trabajar la prevención de estas enfermedades como el apoyo a la inmensa población que ya se encuentra luchando contra estas

Diabetes Mellitus tipo 2

La diabetes es una enfermedad en la que los niveles de azúcar en sangre (glucosa, medida en miligramos/decilitro) están en un rango superior al normal (niveles iguales o mayores a 200mg/dL, en cualquier momento del día) la puede haber de varios tipos (Tipos 1, Tipos 2 y Gestacional) MedlinePlus (2019) En la diabetes Tipo 1 el cuerpo no produce insulina (la hormona que ayuda a que el azúcar entre a las células), además que su incidencia es mayor en niños y jóvenes, en la diabetes Tipo 2 el cuerpo no utiliza de forma correcta la insulina por lo tanto el azúcar queda en la sangre, está relacionada con la obesidad, sedentarismo y/o factores genéticos, por su parte la diabetes gestacional se refiere a aquella que se desarrolla en mujeres embarazadas.

El enfoque principal de este trabajo se encuentra situado en la Diabetes Tipo 2, es decir aquella que generalmente se produce por malos hábitos, ambos tipos de diabetes pueden causar fuertes problemas como: fatiga, letargia, somnolencia, incontinencia urinaria, neuropatías, pie diabético, problemas cardiacos, pérdida de la vista, trastornos óseos, complicaciones cutáneas, disfunción sexual, falla renal, muerte prematura (Hernández-Ávila, Mauricio & Gutiérrez, Juan-Pablo & Reynoso-Noverón, Nancy. 2012).

En un artículo de Publimento (2018) donde citan a la Directora Ejecutiva de la Federación Mexicana de Diabetes, Gisela Anaya Téllez se afirma que la diabetes ha crecido en medidas estratosféricas; en 2010 se estimaron 46 mil 614 muertes por esta enfermedad para el 2016 esta cifra aumentó en un 226% llegando a las 105 mil 574 muertes. El 90 % de los casos de diabetes se relacionan con obesidad

y sobrepeso y el 15.4% de las muertes se relacionan a complicaciones de la enfermedad.

Algunas medidas que puede tomar una persona ya diagnosticada con Diabetes Mellitus tipo 2 son:

- Informarse respecto a la enfermedad que padecen
- Llevar una dieta equilibrada, cuidando macronutrientes (nutriólogo)
- Realizar actividad física frecuente
- Mantener niveles de azúcar en ayunas entre 70-130 mg/dl y menor de 180 mg/dl 2 horas después de las comidas
- Reducir conductas de riesgo: fumar, beber, vida sedentaria, mala alimentación
- Acudir a visitas y chequeos constante con médicos
- Atender a las recomendaciones médicas que se realicen

La participación activa del paciente es fundamental, por tanto el proceso educativo debe ser permanente, esta debe de ser continua, sistematizada y con objetivos claros dependiendo el nivel de gravedad en que se encuentre la persona

Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial, es una enfermedad crónica en la que aumenta la presión con la que el corazón bombea sangre (IMSS 2015)

Como bien mencionan Berenguer G.,Lázaro J., (2016) la presión arterial se mide en mmHg (milímetros de mercurio), el primer dato se refiere a la presión sistólica (presión máxima al latir) y el segundo a la diastólica (presión entre un latido y otro).

De acuerdo a la OMS (2019) estos son los niveles de presión arterial

- Muy saludable: <120 – 80 mmHg
- Saludable: 120-129 - 80-84 mmHg
- Casi saludable: 130-139 - 85-89 mmHg
- **Hipertensión leve:** 140-159 - 90-99 mmHg
- **Hipertensión media-grave:** 160-179 - 100-109 mmHg
- **Hipertensión grave:** >180- 110 mmHg

Algunos síntomas de importancia son: dolor de cabeza, mareo, zumbido de oídos, visión borrosa, dolor lumbar o de pecho, tobillos hinchados (IMSS, 2015)

La hipertensión arterial tiene un prevalencia de entre 1.5 a 2 veces superior en personas diabéticas que no diabéticas, por lo tanto entre el 50-60% de los pacientes con diabetes también son hipertensas. Esta es un factor muy importante dentro de la diabetes que genera un riesgo de daños cardiovasculares tanto a nivel macrovascular (cardiopatía, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebrovascular) como microvascular (neuropatía, nefropatía y retinopatía), se estima que el 80% de las complicaciones vasculares de los pacientes con diabetes se deben a la hipertensión arterial (Marín R., De Álvaro F., Martínez A. 2008)

Campos, Hernández, Pedroza, Medina & Barquera (2018) estiman que anualmente se producen 450 000 caso de hipertensión en México, pudiendo duplicarse el dato considerando que el 47.3% de la población no sabe que tiene esta enfermedad

La hipertensión arterial es una enfermedad silenciosa que puede provocar: infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, aneurismas (protuberancias en vasos sanguíneos), filtraciones de sangre al cerebro y por consiguiente accidentes cerebrovasculares así como deficiencia renal, ceguera y deterioro cognitivo. (OMS, 2015)

Las recomendaciones para un paciente con hipertensión arterial son similares a las de alguien con diabetes mellitus, y estas radican en su mayoría en la conducta de las personas:

- Llevar una dieta saludable (nutriólogo)
- Evitar el consumo excesivo de alcohol
- Abandonar el consumo de tabaco
- Realizar actividad física
- Aprender a gestionar el estrés de una forma más saludable: meditación, pláticas, ejercicio, entre otros.

CAPITULO 2

Adherencia Terapéutica

Con todos estos datos podemos darnos cuenta de la importancia de llevar un control y de la adherencia a un tratamiento, puesto que esta busca el mayor beneficio físico, psicológico y mental para el paciente, pero ¿Qué es adherencia terapéutica?

Entiéndase adherencia terapéutica como el seguimiento del paciente a las recomendaciones dadas por el personal de salud, va más allá del simple cumplimiento, la adherencia busca llegar a un estado de equilibrio y conformidad del paciente en relación a las recomendaciones dadas. (Phizer, 2009).

Esta adherencia es multidimensional y de acuerdo a Flores, Álvarez, Arguijo, Jiménez, Castillo, Hernández & Mazzoni (2016) está determinada por múltiples factores que se enlistan a continuación

1. Factores Socioeconómicos

- Pobreza, analfabetismo, bajo nivel educativo, desempleo, falta de apoyo social, condiciones de vida inestable, costos elevados en transporte, costo elevado del medicamento (s), cultura, situación ambiental.

2. Factores relacionados con el sistema de asistencia sanitaria

- Sistemas deficientes de distribución de medicamentos, servicios de salud poco desarrollados, falta de adiestramiento del personal sanitario en control de enfermedades crónicas, exceso de trabajo en las áreas de asistencia, consultas breves y sin profundizar, poca

capacidad de educación hacia el paciente, falta de seguimiento, incapacidad de brindar apoyos a la comunidad, falta de conocimiento

3. Factores relacionados con la enfermedad

- Gravedad de los síntomas, progresión y gravedad de la enfermedad, discapacidad de cualquier tipo, disponibilidad de tratamiento

4. Factores relacionados con el tratamiento

- Fracasos en tratamientos anteriores, cambios en el tratamiento, efectos secundarios, disponibilidad de apoyo médico, duración del régimen

5. Factores relacionados con el paciente

- Conocimiento, cultura, creencias, percepciones, expectativas, olvido, estrés psicosocial, angustia por efectos adversos, baja motivación, habilidades de control de síntomas, mala percepción de instrucciones así como de las causas, efectos y necesidad del padecimiento

La adherencia terapéutica implica además de la toma de medicamentos, todo tipo de comportamientos relacionados con la salud y el bienestar, como puede ser: búsqueda de atención médica, higiene personal, autocuidado, modificación de regímenes inadecuados, tener actividad física, etc. Cualquier tipo de intervención para eliminar los obstáculos que impiden a los pacientes seguir con su tratamiento deben de ser de vital importancia y centrales en cuestiones de salud

Para lograr calidad de vida en un paciente crónico es necesario tener la prescripción médica adecuada para su padecimiento y el cumplimiento de este, este último factor involucra y depende al 100% del paciente, Martin y Grau (2004) estiman que al menos el 40% de los pacientes, no siguen las indicaciones médicas, esto de forma general, pero ¿Qué sucede con pacientes con enfermedades crónicas si no se adhieren a su tratamiento?, están expuestos a todas las consecuencias que

mencionaron previamente, por ellos es importante ajustar el tratamiento a las necesidades de cada paciente, brindando toda la información necesaria procurando que la transmisión de la información sea de una forma sencilla y comprensible, sin utilizar términos muy rebuscados pero cuidando la exactitud de cada palabra. Pfizer (2009).afirma que una buena comunicación médico paciente es el factor clave en el cumplimiento terapéutico.

Cuando se habla de adherencia terapéutica se hace alusión a lo que se espera del paciente en un futuro, es decir, mediante ciertas indicaciones, recomendaciones y en el caso de los médicos, prescribiendo un tratamiento específico se espera que la calidad de vida y la salud del paciente mejore y se mantenga estable.

El fenómeno de adherencia terapéutica involucra a todo el personal de la salud, enfermeras, médicos, médicos especialistas, psicólogos, estos últimos y en especial la psicología de la salud puede ser de utilidad en la intervención de conductas de adherencia.

Ortiz y Ortiz (2007) hacen una recapitulación de diferentes teorías y modelos dentro de la Psicología de la Salud, útiles en intervención como es el Modelo de Creencias de la Salud Becker y Maiman que explica por qué las personas fallan en adherirse a un tratamiento en relación a las expectativas y creencias relacionadas a la conducta. Esta modificación de conducta depende de factores tales como: motivación e información sobre la salud propia, autopercepción, percepción de condiciones amenazantes, convencimiento de la eficacia de tratamiento.

Por otro lado se encuentra el Modelo Transteórico Prochaska y DiClemente, el cual propone etapas de cambio para adquirir conductas saludables, estas involucran la precontemplación, contemplación, preparación, acción y el mantenimiento. Este modelo es aplicable a largo plazo comenzando desde la no intención de cambio hasta el cambio de conducta por más de 6 meses.

La Teoría de Acción Razonada por Fishbein y Ajzen, afirma que el primer paso debe ser la intención de llevar a cabo cierta conducta y relaciona esta con las creencias

y actitudes, esto quiere decir que para que una persona lleve a cabo conductas saludables debe de haber una intención por hacerlas.

Otra teoría relevante es la Teoría Social Cognitiva por Bandura, habla de que el cambio conductual depende la creencia propia de la persona para lograrlo es decir de la autoeficacia percibida. Cuando una persona enferma o está vulnerable pero tiene la creencia de que puede lograr una disminución de malestares mediante ciertas conductas a esto se le llama autoeficacia percibida, la autoeficacia puede incrementar la habilidad de un paciente para llevar su tratamiento.

Teorías y modelos hay muchos pero algo fundamental es que el psicólogo de la salud tiene la facultad y capacidad de orientar a pacientes y a otros profesionales de la salud, con esto quiero decir que mediante la exploración e inmersión de un fenómeno el psicólogo de la salud tiene la facultad de crear métodos y programas para capacitar a médicos, enfermeras, entre otros en cómo lograr una mayor adherencia en pacientes crónicos y con esto disminuir costos de salud.

Estado del Arte

Se han encontrado diversos estudios relacionados con la adherencia terapéutica como es el caso del realizado por Ramos Y., Morejón R., Gómez M., Reina M., Rangel C. y Cabrera Y. (2017) donde se pretendía encontrar factores relevantes de adherencia terapéutica en pacientes con DM2 mediante un estudio descriptivo-transversal, las variables analizadas fueron sociodemográficas, de la enfermedad, y de las características del régimen terapéutico pese a que hubo una mayor incidencia de adherencia en pacientes mujeres en las investigaciones no hay una asociación entre el sexo y la adherencia terapéutica, por otro lado no se encontró relevancia entre el nivel académico, es decir no influye que las personas tengan niveles educativos bajos, intermedios o altos, lo que sí se encontró es que las amas de casa son quienes tiene mayor tendencia a cumplir con su tratamiento, probablemente porque al estar en casa tiene menos interrupciones para seguir con su tratamiento, curiosamente se encontró que la mayor cantidad de conductas

adherentes se presentaron entre los dos primeros años de diagnóstico y después de 10 años, quizá debido al deseo de hacer un cambio durante los primeros años y la ganas de revertir efectos secundarios después de los 10 años de diagnóstico.

En contra parte un estudio descriptivo realizado por Pomares A., Vázquez M. y Ruíz E. (2017) acerca de la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial se encontraron similitudes con el estudio anterior como que amas de casa de 60 años o más son quienes muestran mayor adherencia y las personas de entre 41-60 años son quienes muestran menores niveles de adherencia, en este caso si se hace alusión a que el nivel de estudios influye en la adherencia, siendo las personas con mayor nivel de estudios quienes presentaron mayor dificultad para adherirse, aspecto que no coincidió con la teoría analizada en el estudio, por otro lado también se vio que pacientes que tienen una vida laboral activa son menos propensos a adherirse debido a la gran cantidad de actividades por realizar.

Por su parte Maidana G, Lugo G, Vera Z, Acosta P, Morinigo M, Isasi D, Mastroianni P. (2016). Mediante un estudio prospectivo observacional, descriptivo, transversal buscaron encontrar factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabético a la terapia de medicamentos, un punto muy importante es que el paciente crónico jamás se va a curar pero se puede controlar es por ello el énfasis en que lleve su tratamiento médico al igual que las recomendaciones hechas por el personal de salud, como factores dentro de una población de 127 pacientes con promedio de 53 años fueron el olvido, la polimedicación y la disponibilidad en el programa otros factores encontrados fueron costo, reacciones adversas, no bajan los niveles de glucosa. Todos estos factores tienen que ver mucho con la enfermedad y la relación médico-paciente de ahí la importancia de haya una buena comunicación y entendimiento.

Un estudio descriptivo-transversal realizado por Contreras A.(2010) mostró que casi el 100% de las personas inscritas a un programa de control de hipertensión arterial se encuentran sin riesgo de no adherirse al tratamiento, múltiples factores generan un impacto positivo como el apoyo familiar y el contacto con grupos así como el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento.

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

Tipo de Investigación

La presente investigación se caracteriza por tener un diseño transformativo secuencial de corte transversal y con alcance descriptivo. Se recolectaron datos tanto cualitativos como cuantitativos otorgándole mayor importancia a la información cualitativa pues fue mediante entrevistas que se recabó la información más importante de los pacientes, al no tener una muestra representativa no se buscó la generalización de los datos.

Hay un interés por explorar la perspectiva de cada sujeto así como todas aquellas variables que influyen en su persona para así de esta manera lograr comprender, analizar e identificar los motivos de la falta de adherencia terapéutica en la población investigada.

Al contar con un carácter descriptivo se vuelve útil para precisar dimensiones de un fenómeno dentro de una comunidad Sampieri R., Fernández C., Baptista P., (2014), es decir, al ya ser conscientes de los motivos que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes con DM2 y HA se podría comenzar a trabajar en programas específicos que apoyen a la población, recordando que la investigación aplicada busca la consolidación del conocimiento y la futura aplicación de este así como generar acervo científico y la creación y producción de tecnología propia de cada área. (Del Cid A, Méndez R. y Sandoval F.2011)

Metodología

Al tener un diseño transformativo secuencial entra dentro de una metodología mixta, es decir aquella que utiliza evidencia numérica, verbal, textual, simbólica y de diferentes clases para dar a entender un problema. El método mixto involucra un conjunto de procesos cualitativos y cuantitativos para que en algún momento de la investigación se integren los resultados obtenidos por ambas metodologías. Sampieri et al. (2014),

Se optó por una metodología mixta debido a la forma de abordar a las personas no solamente eran importantes datos mensurables sino aspectos para llegar a una comprensión del paciente.

Método

Toma como base la teoría funda o también llamada método de comparación constante, aquel que de acuerdo al artículo de Pérez D (2011). Busca afinar la obtención de información estando constantemente en el campo para comprobar que todas las categorías creadas han sido saturadas, de igual manera los aspectos cuantitativos y cualitativos se vuelven auxiliares en este tipo de trabajos. Se prevé que toda categoría debe partir exclusivamente de los datos y busca la saturación de la muestra y la teoría son todas las regularidades obtenidas en dicha muestra.

Población

El interés de llevar a cabo la investigación dentro de la institución antes mencionada nace de:

- Aproximadamente el 40% de la población está en condiciones de pobreza al igual que no tienen acceso a servicios de salud
- Gran parte de la población del municipio acude al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia para casi cualquier tipo de consulta médica
- Dentro de este ambiente fue posible captar a personas que no han recibido una atención integral de su padecimiento.

Se hizo una entrevista inicial a 39 personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo 2 y/o Hipertensión Arterial, de las cuales, el 41% tenían entre 61-70 años (figura 1), hay que recordar que de acuerdo a datos de INEGI (2018) en México fallecieron 722 611, de ese total el 20.6% fueron debido a enfermedades del corazón y el 14% debido a Diabetes Mellitus, la mayor parte de la población fallecida ronda entre los 65 o más años y la segunda causa de su muerte es la Diabetes, sin embargo esta

también fue la primer causa de muerte en la población de entre 45 y 64 años de edad.

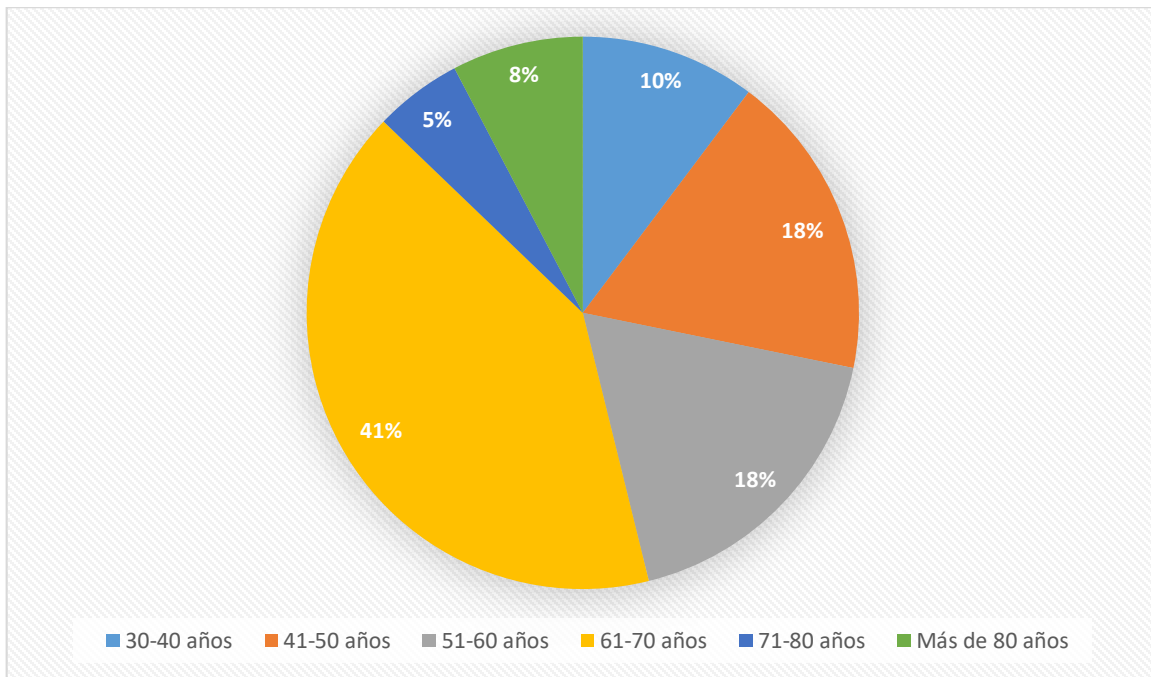


Figura 1, En el presente gráfico se muestra el rango de edad de la población entrevistada de forma inicial.

De este 100% de población (39 personas) el 46.1% (18 personas) mostraron la constante de vivir en el municipio de Tepotzotlán, es decir que no venían a consulta de otros lugares, acuden constantemente a consulta dentro del DIF municipal “Clínica Materno Infantil, Ricardo Flores Magón” y además presentan un mal control tanto en presión arterial como en niveles de glucosa (todos eran diagnosticados con HA y DM2, de igual manera este 46.1% de la población llevaba más de 10 años con dichos padecimientos y se mantuvo una incidencia de mayor población adulta mayor

Es esta población (18 personas) con la que se trabajó

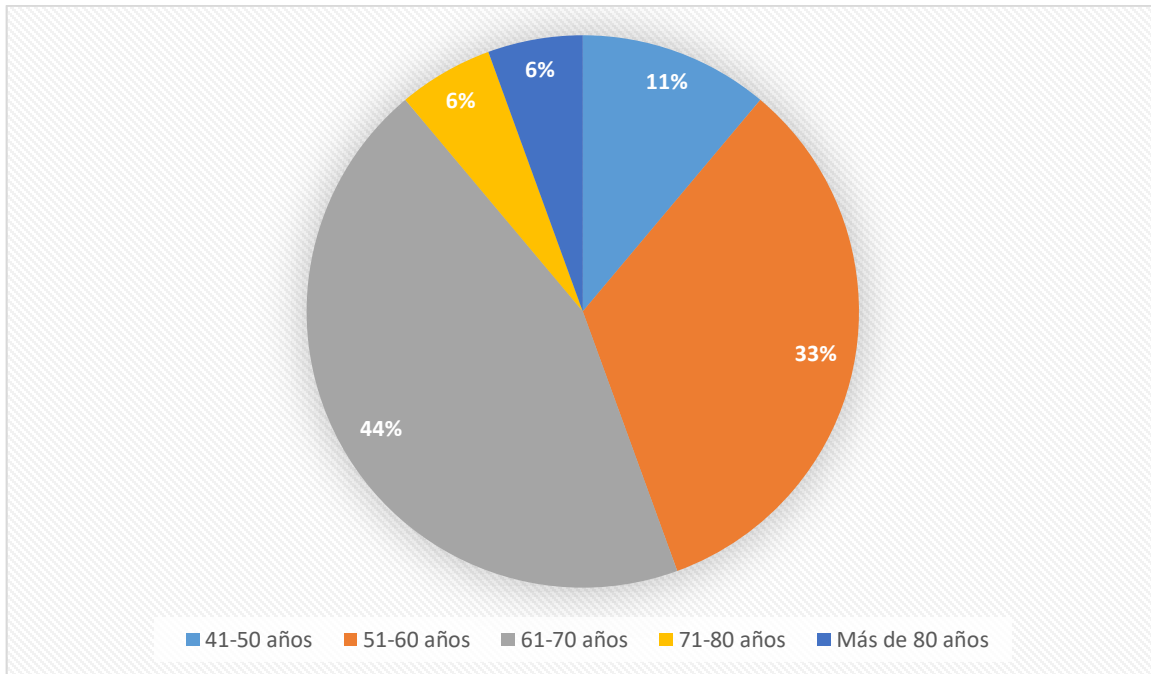


Figura 2, En el presente gráfico se muestra el rango de edad de la población que mostró mayor descontrol de glucosa y presión arterial.

Criterios de Inclusión

- Ser diagnosticado con alguna enfermedad crónica de relevancia para la investigación.
- Llevar un mal control con su tratamiento
- Ser persona frecuente o con probabilidad de acudir a más sesiones dentro del DIF “Clínica Materno Infantil, Ricardo Flores Magón”

Criterios de exclusión

- No ser diagnosticados con alguna enfermedad crónica de relevancia para la investigación
- Ser diagnosticado con alguna enfermedad crónica de relevancia para la investigación pero llevar un buen control de su tratamiento.
- Ser persona poco frecuente o con poca probabilidad de acudir a sesiones posteriores al DIF “Clínica Materno Infantil, Ricardo Flores Magón”

Hipótesis o Supuestos

Existe una diversidad de causas que influyen en la adherencia terapéutica y afectan indirectamente la evolución de enfermedades crónicas como Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial.

Procedimientos para la recolección de información e instrumentos a utilizar

Se trabajó mediante entrevistas semiestructuradas (anexo 1 y 3) por su parte la primer entrevista fue creada con el fin de sondear a la población y ver si eran sujetos con los que se pudiera trabajar, consta de 20 preguntas que sirvieron de guía para abordar al paciente, estas preguntas buscaron indagar cuestiones sociodemográficas, sobre la enfermedad, tratamiento, relación médico-paciente, y adherencia, la segunda entrevista abarcó 6 preguntas para profundizar en los motivos de no adherencia, éstas dieron pauta al paciente a hablar y explicar aquellas situaciones que lo están afectando y por ello no llevan de forma correcta su tratamiento, además se utilizó el cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial y diabetes mellitus (anexo 2)

Por su parte el cuestionario MBG que originalmente fue creado y validado para medir la adherencia en pacientes con hipertensión arterial, de acuerdo a sus autores Martin, Grau y Espinosa (2016) actualmente también se está utilizando para investigar la adherencia en otras enfermedades crónicas como diabetes mellitus tipo 2, infección renal crónica y personas que viven con VIH, de esta forma permiten evaluar de manera rápida y sencilla la adherencia al tratamiento.

Sabiendo que ya se ha utilizado este instrumento para investigaciones de otras enfermedades crónicas como la realizada por Castillo, Martín & Almenares (2017), donde investigan la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo

2 y estiman los factores que han influido en ella (conocimiento sobre la dieta y motivación hacia el tratamiento), se optó por utilizar el MBG en pacientes que reportaron presentar tanto DM2 como HA.

En un primer paso se hicieron entrevistas semiestructuradas a toda la población que acudiera a consulta general y que dentro de triage respondiera de forma positiva a tener alguna enfermedad crónica y en específico Diabetes Mellitus tipo 2 y/o Hipertensión Arterial.

Con estas entrevistas se pudieron recabar datos personales y específicos sobre cada persona pero sobre todo se indago sobre el control que llevaban del padecimiento o padecimientos crónicos que padecieran, por tanto se pudieron descartar aquellos casos que mencionaron llevar un buen control en glucosa y presión arterial y se le dio mayor énfasis a aquellos casos de crisis hipertensivas, mal control de glucosa en sangre o que simplemente reportaron no llevar un buen control pese a no presentar algún tipo de crisis aunada a su padecimiento.

Como segundo paso se continuó trabajando mediante entrevista Semiestructurada con las 18 personas que reportaron verdaderos problemas de adherencia las cuales arrojaron motivos por los cuales no han estado siguiendo la indicaciones médicas desde su diagnóstico (más de 10 años)

En último y tercer paso se aplicó un cuestionario basado en el MBG (Martín-Bayarre-Grau) para tener una base de cómo estaba el paciente en cuanto a la adherencia de su tratamiento.

Resultados

Con respecto al nivel de adherencia que presentaban las personas con quienes se trabajó se encontró lo siguiente.

La calificación del MBG estima que un rango de entre 38-48 puntos se considera adherencia total, de 18-37 puntos adherencia parcial y de 17-0 puntos no adherencia.

Tabla 1. Nivel de Adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipos e Hipertensión Arterial.

Población	Nivel de Adherencia			
	Parcial		No Adherencia	
Pacientes diagnosticados con DM2 e HA	N	%	N	%
		10	55.5	8

Se presentan los niveles de adherencia de la población en general, se puede notar que no hubo casos de adherencia total y que la mayor parte de la población se muestra parcialmente adherido.

Por parte de la entrevista se obtuvieron los siguientes resultados como causas de no adherencia terapéutica

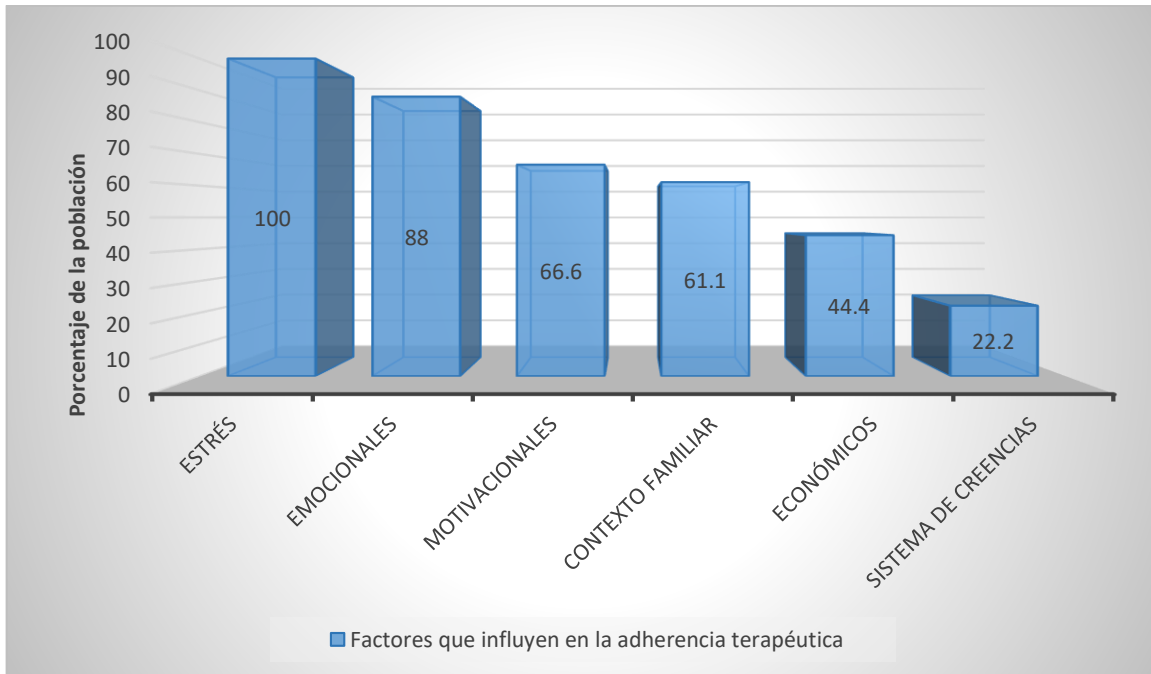


Figura 3, En el presente gráfico se muestra los aspectos que dificultan la adherencia terapéutica. En el eje de las y se encuentran los porcentajes de población y en el eje de las x los factores encontrados como es el caso del estrés que afecta al 100% de la población en dar seguimiento a su tratamiento.

Se analizaron los datos que se obtuvieron mediante entrevista Semiestructurada y se categorizó las diferentes respuestas de cada paciente en las categorías que iban surgiendo

Dentro de las respuestas más comunes para crear las categorías se encontraron:

Tabla 2. Síntesis de respuestas de pacientes por causas de no adherencia terapéutica

Estrés	Emocionales	Motivacionales	Contexto Familiar	Económicos	Sistema de creencias
Inquietud	Tristeza	No hay interés por seguir indicaciones	Peleas con familiares	No suficientes recursos económicos	No necesidad de medicinas

Estrés laboral	Miedo	Olvido	Familiares ausentes	Dependencia económica	Incredulidad en prescripciones
Estrés por apariencia física	Angustia	No se da importancia	Falta de apoyo familiar	Prioridad a otros gastos	Preferencia por alternativas naturales
Estrés general	Enojo	Desagrado por dieta y medicamentos	Familiares fallecidos		

En cuanto al tipo de tratamiento que se les había prescrito: el 55.5% era insulino dependiente mientras que al 44.4% se le recetaron medicamentos orales para control de azúcar (metformina, glimepirida, miglitol) mientras que en el caso de la Hipertensión Arterial el 100% debía ingerir medicamento oral (enalapril, benazepril).

El 70% de la población no cuenta con glucómetro o baumanometro en casa para llevar un seguimiento diario mientras que entre el 64-77% de las personas únicamente toman constantes como presión arterial y glucosa cuando acuden a consulta médica

Casi el 50% de la población analizada no tiene actividad física constante, es decir llevan una vida sedentaria

Discusión

De acuerdo a los datos obtenidos es evidente que existen factores que influyen en la adherencia terapéutica como son: estrés, emocionales, motivacionales, contexto familiar, económicos y sistema de creencias estos concuerdan con los enlistados por Flores, et al. (2016) y se relacionan con aquellos que involucran al paciente (estrés, motivación, emociones, creencias, contexto familiar) y los socioeconómicos (falta de recursos) cómo se puede ver en la figura 1 el estrés fue un factor común en toda la población ¿que está provocando dicho estrés?, de igual manera el factor emocional mostró altos niveles de incidencia y en tercer lugar se encuentra la motivación ¿que hace que la población no se involucre activamente en su tratamiento?

Cada uno de los factores encontrados implican un impacto indirecto en la enfermedad padecida (Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial), el estrés es multicausal y supone una respuesta de adaptación a demandas a las que se cree tener poca capacidad o limitaciones para afrontarlos Zaldivar D (1996) cuando estas respuestas son constantes y de alta intensidad el estrés puede ocasionar problemas de salud o complicaciones con algún cuadro clínico ya presentado previamente como es el caso de la hipertensión arterial Molerio O., Arce M. & Otero I. & Achón N.(2005), justo estos autores presentan un compendio de estudios que avalan la influencia del estrés en la hipertensión arterial, donde se encontraron aumento de la presión arterial debido a estrés laboral o problemas socioeconómicos (respuestas encontradas en la población con que se trabajó).

Los aspectos emocionales y motivacionales como: tristeza, angustia, desinterés, falta de motivación, entre otros son cuestiones intrínsecas de la persona pero pese a ello se encontró que generan un impacto fuerte sobre la adherencia terapéutica, las personas debido al desinterés o el desánimo, estar atravesando por situaciones

que les producen tristeza, coraje, frustración, soledad se desvinculan de su padecimiento y se enfocan en los sentimientos por lo que están atravesando. La gestión emocional está relacionada con nuestra salud, hay una mejor adaptación cuando se vive desde la emoción adecuada o ideal Martínez M. Martínez A., Aguado R., & Zabala M. (2015).

El contexto familiar es el nido del ser humano como bien menciona Contreras A. (2010) el apoyo familiar es parte crucial para la adherencia terapéutica debido a que se percibe como un acompañamiento y una sensación de “no estar solo” dentro de la enfermedad. El fallecimiento de familiares, la soledad en adultos mayores, la falta de interés de la familia cercana son elementos que presentaron los pacientes, estos generan un impacto a nivel emocional y motivacional traduciéndose en la falta de deseo por continuar con su tratamiento

El sistema de creencias, no importan si no se está atravesando por un duelo (como es el caso de quien vive la pérdida de un ser querido), si no se encuentra desmotivado o no se vivan situaciones estresantes, mientras que las personas no crean las recomendaciones médicas, no vea su vulnerabilidad o se muestre incrédula su adherencia será muy baja pues el paciente crónico es el actor principal de su enfermedad, si no hay un trabajo por parte de él, se vuelve muy complicado el lograr una mejoría o estabilidad, claro está que, también es importante la capacidad del personal de salud para plantear y explicarle al paciente lo que implica su enfermedad.

Teniendo este panorama inicial, como profesionales de la salud ¿qué se puede hacer para promover la adherencia terapéutica y así promover la calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas?

Aunado a las entrevistas y aplicación de cuestionarios se trabajó la contención al igual que técnicas de relajación en personas que venían muy alteradas y con niveles de presión arterial por arriba de los 140 mmHg, un factor primordial fue la edad, se trabajó con pacientes adultos mayores que generalmente están solos y no cuentan al menos con alguien con quien platicar, se encontró que estas técnicas

que pese a no haber sido aplicadas de forma sistematizada demostraron una mejoría en la persona, redujeron los niveles de presión arterial y glucosa, ayudaron a que las personas prestaran mayor atención a si mismas, se sintieran acompañadas y motivadas, lamentablemente estas prácticas tuvieron que suspenderse debido a la contingencia por Covid-19, sin embargo propongo la creación de un programa que involucre a la población en el conocimiento de su enfermedad, el intercambio de ideas, la participación activa de los pacientes fomentada incluso por otros pacientes.

Como variable importante dentro del cuestionario aplicado se encuentra la relación médico paciente, aspecto que también se cuestionó en entrevistas, no fue detectado por la población con la que se trabajó como factor de no adherencia pero si como factor de adherencia en aquellas personas entrevistadas inicialmente y que llevaron de forma correcta su tratamiento, la comunicación es primordial al momento de informarle al paciente, esta trae bastantes beneficios como es el poder compartir toda la información clínica pertinente y una buena relación médico-paciente, aquellos pacientes que están informados sobre su salud tienen mayor capacidad de mejorarla y de recuperarse, al igual que logran comprender mejor la información médica, hay mayor adaptación psicológica, se encuentran satisfechos con la atención brindada, existe un alto grado de adherencia terapéutica y lo mejor de todo es que hay confianza con el personal médico La comunicación efectiva no solamente beneficia al paciente sino también a los médicos dándoles confianza, se reducen niveles de estrés y hay un grado de satisfacción con el trabajo hecho.(Forguione y Pérez 2015).

Dentro del DIF "Clínica Materno Infantil, Ricardo Flores Magón" los médicos generales atienden gran cantidad casos en poco tiempo, vale más y tendría mayor efectividad el no ver repetidamente a un paciente por estar en crisis hipertensiva o por llevar altos niveles de glucosa en sangre, estas crisis reducen el tiempo de efectividad con otros casos, por ello si se logra que médicos adquieran la capacidad

de comunicarse y conectar con sus pacientes el costo-beneficio sería mayor y únicamente se verían a pacientes crónicos para citas de seguimiento.

¿Cuál sería el papel del psicólogo en este ámbito? en primer lugar, para la psicología de la salud sería la creación de campañas, el concientizar y educar a la población así como entrenar a los médicos en estrategias que ellos mismos puedan emplear, en segundo lugar el psicólogo clínico tiene la facultad de acercarse a aquellos pacientes que reporten problemas emocionales y es aquí donde nace el trabajo multidisciplinario, no se puede esperar que todo el trabajo lo haga el médico, el psicólogo o enfermero, todos tienen carácter de fundamental dentro de la variable “bienestar” y el agente activo es el paciente, si como equipo se estimula al paciente es muy probable que logre una adherencia y más que eso que llegue a un estado de bienestar físico y mental

Conclusiones

La investigación con pacientes diabéticos e hipertensos dentro del DIF “Clínica Materno Infantil, Ricardo Flores Magón” dio resultados alarmantes en relación a la falta de adherencia presentada dentro de la población que asiste continuamente, los factores que influyen en la adherencia que arrojó la población con que se trabajó fueron: estrés, emocionales, motivacionales, contexto familiar, económicos y sistema de creencias.

Al momento de trabajar contención, técnicas de relajación, se vio una mejoría en las personas, teniendo mayor motivación, reduciendo su estrés. Si dentro de la institución en cuestión se comenzaran a implementar programas continuos de apoyo al paciente crónico es probable que la adhesión vaya aumentando, disminuyan niveles de estrés aumente la percepción de capacidad del paciente y se tenga a sujetos conocedores y activos de su enfermedad y tratamiento, todo esto se traduce a la creación de redes de apoyo, la OMS (2004) lo propone como “Los pacientes necesitan apoyo, no ser culpados”

No se trata de síntomas, tratamientos o dolencias se trata de personas, personas que sienten, les duele y requieren de un tratamiento, la psicología es la ciencia adecuada para llegar a las personas, ya sea un paciente crónico o bien un médico que busca acercarse más a sus pacientes.

Concluyó con que me sorprendió la falta de adherencia dentro de las personas pero mayor fue mi sorpresa al escuchar de voz de ellos las situaciones que los están afectando y que repercuten en su salud, pese a que no se llevó un sistematización en la búsqueda de adherencia, me dejó gratamente satisfecha el ver la mejoría en las personas, el notar la diferencia del semblante en cada uno de ellos así como ver emoción por estar acudiendo a citas, esta no fue una muestra representativa pero tuvo un impacto positivo en las personas, en mí y en el personal de salud del DIF “Clínica Materno Infantil, Ricardo Flores Magón”.

Referencias

Berenguer Guarnaluses, Lazaro Jorge (2016). Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial. MEDISAN, 20(11), Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3684/368448441015>

Campos-Nonato, Ismael, Hernández-Barrera, Lucía, Pedroza-Tobías, Andrea, Medina, Catalina, & Barquera, Simón. (2018). Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. Ensanut MC 2016. Salud Pública de México, 60(3), 233-243. <https://dx.doi.org/10.21149/8813>

Centro de Investigación en Política Publica (2018) Pequeños pasos para transformar el sistema de salud. Recuperado de: https://imco.org.mx/pequenos-pasos-transformar-al-sistema-salud/?gclid=CjwKCAjw-YT1BRAFEiwAd2WRtlz0FsZuRiyMYp8qBUIZfIX88sYLaSn9Wz3bmuWvtAQSkf5Yy3HqqRoCCMoQAvD_BwE

Castillo Morejón, Maidielis, Martín Alonso, Libertad, & Almenares Rodríguez, Kenia. (2017). Adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes con

diabetes mellitus tipo 2. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(4)
Recuperadode http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000400006&lng=es&tlng=es.

Contreras A. (2010) Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión Arterial de la Unidad Básica de Atención de COOMEVA. Sincelejo, Colombia. 26 (2): 201-211. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v26n2/v26n2a04.pdf>

Del Cid A, Méndez R. y Sandoval F. (2011) *Investigación, Fundamentos y Metodología*, México: Pearson.

DiMatteo M, DiNicola D. (1982) Achieving patient compliance: the psychology of the medical practitioner's role. New York: PergamonPress

ENSANUT (2016). Informe final de resultados. Recuperado de: [https://www.gob.mx](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/ENSANUT)
› cms › uploads › attachment › file › ENSANUT

Federación Mexicana de Diabetes A.C (2018) Principales Causas de Mortalidad en México Recuperado de: <http://fmdiabetes.org/principales-causas-mortalidad-mexico-2/>

Flores, Álvarez, Arguijo, Jiménez, Castillo, Hernández & Mazzoni (2016) Adherencia terapéutica, conceptos, determinantes y nuevas estrategias. *REV MED HONDUR*, Vol. 84, Nos. 3 y 4,

Forguione y Pérez (2015) Comunicación entre médico y paciente: más allá de una consulta, un proceso educativo. *MÉD.UIS*. 28(1):7-13.

Hernandez-Avila, Mauricio & Gutierrez, Juan-Pablo & Reynoso-Noverón, Nancy. (2012). Diabetes Mellitus en México. El estado de la epidemia. Salud Pública de México. 55. S129-S136. 10.21149/spm.v55s2.5108.

IGECEM (2013) Recuperado de : <http://igecem.edomex.gob.mx/acerca-de/2013>

IMSS (2015). Hipertensión Arterial. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/hipertension-arterial>

INEGI (2010) Recuperado de: https://www.ieem.org.mx/2015/plata/municipal/02_PRI/TEPOTZOTLAN.pdf

Landrove-Rodríguez, O., Morejón-Giraldoni, A., Venero-Fernández, S., Suárez-Medina, R., Almaguer-López, M., Pallarols-Mariño, E., Ramos-Valle, I., Varona-Pérez, P., Pérez-Jiménez, V., & Ordúñez, P. (2018). Enfermedades no transmisibles: factores de riesgo y acciones para su prevención y control en Cuba [Non-communicable diseases: risk factors and actions for their prevention and control in Cuba]. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*, 42, e23. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.23>

Maidana G, Lugo G, Vera Z, Acosta P, Morinigo M, Isasi D, Mastroianni P.(2016) Factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabéticos a la terapia medicamentosa. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 70-77. Recuperado de: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v14n1/v14n1a11.pdf>

Marín R., De Álvaro F., Martínez A. (2008). Tratamiento de la hipertensión arterial en la diabetes mellitus Tipo 2. NefroPlus. Recuperado de: <https://www.revistanefrologia.com/es-tratamiento-hipertension-arterial-diabetes-mellitus-tipo-2-articulo-X188897000800010X>

Martín Alfonso L, Bayarre Vea HD, Grau Ábalo JA. Validación del cuestionario MBG para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Rev. Cubana Salud Pública*. 2008 [citado 25 Abr 2016];34(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100012&lng=es

Martín Alfonso, Libertad de los Ángeles, Grau Ábalo, Jorge Amado, & Espinosa Brito, Alfredo Darío. (2014). Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(2), 222-235. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200007&lng=es&tlng=es

Martín Alfonso L, Grau Ábalo JA, Espinosa Brito AD. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Rev. Cubana Salud Pública*. 2014;40(2):223-235. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0864-34662014000200007&script=sci_arttext

Martínez M. Martínez A., Aguado R., & Zabala M. (2015). La adhesión terapéutica desde la vinculación emocional: la técnica U. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 8(2), 171-172. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2015000200015>

MedlinePlus (2019, Diabetes. Recuperado de: <https://medlineplus.gov/spanish/diabetes.html>

Molerio O., Arce M. & Otero I. & Achón N.(2005). El estrés como factor de riesgo de la hipertensión arterial esencial. *Revista Cubana de Higiene y*

Epidemiología, 43(1), ISSN: 0253-1751. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2232/223214846007>

Oblitas, L. (2008). Psicología de la Salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. *Avances en Psicología*, 16(1), 9-12.

OCDE (2019). Combatir la obesidad impulsaría la economía y el bienestar. Recuperado de:
<https://www.oecd.org/centrodemexico/medios/combatirolaobesidadimpulsarialaeconomiayelbienestar.htm>

Organización Mundial de la Salud. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Recuperado de:
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>

OMS (2015). Preguntas y respuestas sobre la hipertensión. Recuperado de:
<https://www.who.int/features/qa/82/es/>

OMS (2018). Enfermedades no transmisibles. Recuperado de:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

OMS (2019). Hipertensión. Recuperado de:
<https://www.who.int/topics/hypertension/es/>

Ortiz P, Manuel, & Ortiz P, Eugenia. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista médica de*

Chile, 135(5), 647-652. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000500014>

Pharmaceutical Care España (2009) Herramientas para identificar el incumplimiento farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria. Recuperado de: https://pharmaceutical-care.org › doccontenidos › articulos › 6_REVISION

Phizer (2009). La adherencia al tratamiento: Cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida.

Pomares A., Vázquez M. y Ruíz E. (2017). Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. 7(2). Recuperado de: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/476/1574>

Publimetro (2018) Día Mundial de la Diabetes: las cifras que alarman a México
Recuperado de: <https://www.publimetro.com.mx/mx/nacional/2018/11/13/diabetes-cifras-en-mexico-dia-mundial-de-la-diabetes.html>

Ramos Y., Morejón R., Gómez M., Reina M., Rangel C. y Cabrera Y. (2017). Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev. Finlay 7 (2) Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000200004

Sampieri R., Fernández C., Baptista P., (2014), Metodología de Investigación, México, México: Mc GrawHill Education.

Zaldívar D. Conocimiento y dominio del estrés. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1996.

Anexos

Anexo 1

Entrevista general

1. ¿Cómo se llama?
2. ¿Qué edad tiene?
3. ¿Cuál es su estado civil?
4. ¿A qué se dedicas?
5. ¿Cuál es su situación laboral actual?
6. ¿Qué tipo de enfermedad crónica padece?
7. ¿Desde hace cuánto tiempo?
8. ¿Podría explicarme en qué consiste esta(s) enfermedad(des) que padece?
9. ¿Cuáles considera que son sus causas?
10. ¿Cuáles han sido las indicaciones de su médico?
11. ¿Le prescribieron algún medicamento para su(s) padecimiento(s)?
12. Si la respuesta es sí, ¿Cuáles fueron? Y ¿En qué dosis?
13. ¿Realiza actividad física?
14. Si la respuesta es sí, ¿Con qué frecuencia?
15. ¿Sigues las indicaciones dadas por su médico?
16. ¿Cuenta con glucómetro y/o baumanómetro en casa para llevar tu control?
17. ¿Cada cuánto mide su presión arterial y/o glucosa?
18. ¿Acude a visitas de seguimiento para su enfermedad?
19. ¿Cómo ha sido su relación con el personal de salud al que ha acudido por tu(s) padecimientos crónicos?
20. ¿Podría calificar del 1-10 donde 1 es nada y 10 es completamente de acuerdo su nivel de seguimiento a las indicaciones de su médico?

Anexo 2

Ítems del cuestionario	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
1. Toma los medicamentos en el horario establecido					
2. Se toma todas las dosis indicadas					
3. Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta					
4. Realiza los ejercicios físicos indicados					
5. Asiste a las consultas de seguimiento programadas.					
6. Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria					
7. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento					
8. Puede cumplir el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos					
9. Puede llevar a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos					
10. Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir					
11. Usted y su médico conversan acerca de cómo cumplir el tratamiento					
12. Tuvo la posibilidad de manifestar la aceptación del					

Anexo 3

1. ¿Qué aspectos considera influyen en que lleve de forma correcta las indicaciones médicas?
2. Explicación de cada aspecto, profundizar
3. ¿Hay situaciones en su vida diaria que te dificulten llevar su tratamiento?
¿Cuáles son?
4. ¿Ha presentado problemas por no llevar su tratamiento?
5. ¿De qué tipo han sido estos problemas (físicos, emocionales, sociales? Y
¿En qué consisten?

6. De acuerdo a su sentir, ¿Qué medidas consideras necesario aplicar para adherirse a las indicaciones médicas?