



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 55
FRESNILLO, ZACATECAS.

FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DIABETICOS Y/O HIPERTENSOS.

Trabajo para obtener diploma de especialista en Medicina Familiar

Presenta:

Dra. Janoyerena Ruiz Ortega
Residente de Medicina Familiar Modalidad Semipresencial

Asesor: Dr. Jesús Alfonso Hernández Lara.

Fresnillo, Zacatecas

Agosto 2005



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE APEGO
AL TRATAMIENTO EN PACIENTES
DIABETICOS Y/O HIPERTENSOS.**

TRABAJO PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

P R E S E N T A:

DRA. JANOYERENA RUIZ ORTEGA
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR MODALIDAD SEMIPRESENCIAL

AUTORIZACIONES:

DRA. AURORA DEL VILLAR BARRIOS

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICO GENERALES
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 55

DR. JESUS ALFONSO HERNANDEZ LARA

ASESOR DE METODOLOGIA DE TESIS
MEDICO FAMILIAR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 4.
GUADALUPE ZACATECAS

DR. SERGIO VALENCIA SEGURA

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA
HGZ NO 2 FRESNILLO, ZACATECAS.

FRESNILLO; ZACATECAS.

2005

**FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE APEGO
AL TRATAMIENTO EN PACIENTES
DIABETICOS Y/O HIPERTENSOS.**

TRABAJO PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

P R E S E N T A:

DRA. JANOYERENA RUIZ ORTEGA
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR MODALIDAD SEMIPRESENCIAL

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

FRESNILLO; ZACATECAS.

2005

INDICE

1. Antecedentes.....	6
2. Planteamiento del problema.....	11
3. Justificación.....	12
4. Objetivo de la investigación.....	14
4.1 Objetivo general.....	14
4.2 Objetivos específicos.....	14
5. Hipótesis de la investigación.....	15
5.1 Hipótesis general.....	15
5.2 Hipótesis específicas.....	15
6. Metodología.....	17
6.1 Tipo de estudio.....	17
6.2 Población de estudio.....	17
6.2.1 Población.....	17
6.2.2 Lugar.....	17
6.2.3 Tiempo.....	17
6.3 Muestreo.....	17
6.3.1 Tipo de Muestra.....	17
6.3.2 Tamaño de la muestra.....	17
6.4 Criterios de Selección.....	18
6.4.1 Criterios de Inclusión.....	18
6.4.2 Criterios de exclusión.....	18
6.5 Variables a recolectar.....	20
6.5.1 Variable Dependiente.....	20
6.5.2 Variables independientes.....	20

6.5.3 Operacionalización de variables.....	20
6.6. Procedimientos para capturar la información.....	33
6.7 Consideraciones éticas.....	33
7. Resultados.....	34
8. Discusión.....	75
9. Conclusiones.....	78
10. Referencias bibliográficas.....	79
11. anexos.....	82
Anexo 1. Hoja de recolección de datos.....	82
Anexo 2. Instrumentos de medición	
Anexo 2. Faces III	87
Anexo 3. Método de Graffar.....	88
Anexo 4. Apgar familiar.....	89
Anexo 5. Cuestionario Duke Unc – 11.....	90
Anexo 6. Cuestionario Mos.....	91
Anexo 7. Método simplificado de Blake y Mc Kay.....	92
Anexo 8. Cuestionario Morinsky – Green.....	93
Anexo 9. Carta de consentimiento informado.....	94

1.- ANTECEDENTES

En los últimos años las enfermedades crónicas degenerativas se han convertido en un problema de salud pública motivado, entre otras causas por el estilo de vida occidental, por repercusiones a nivel individual, familiar, social, y para las instituciones médicas de salud. La hipertensión arterial sistémica en 1993 presentaba una prevalencia nacional del 24%. En diferentes estudios se menciona que la hipertensión arterial (HAS) es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular con una mayor prevalencia entre pacientes con diabetes mellitus que en población no diabética. Más del 50% de pacientes diabéticos llegan a ser hipertensos, mientras que los hipertensos son propensos a desarrollar DM2. ¹

Se consideran normales a los pacientes que cursan con cifras menores a 130/85 mmHg, normal alta es de 139/89 mmHg, se considera hipertenso a cifras de presión sistólica iguales o mayores a 140 mmHg y cifras de presión diastólica iguales o mayores a 90 mmHg, Así como las cifras normales de presión arterial en aquellas personas que están recibiendo medicación antihipertensiva. Se clasifica en hipertensión leve a las cifras 140-159/90-99 mmHg, es hipertensión moderada de 160-179/100-109 mmHg y severa mayor de 180/100 mmHg. ²

El control de las cifras tensionales ha demostrado mejorar el pronóstico en pacientes con DM e HAS. Sin embargo, un obstáculo para conseguir un adecuado grado de control de ambos procesos lo constituyen la falta de apego al tratamiento, que en patologías crónicas cardiovasculares (HAS, dislipidemias, DM, etc.) oscila entre el 40 al 60% y el no farmacológico entre el 70 al 95%. ^{1,2}

La Diabetes mellitus no solo consiste en la elevación de la glucosa, sino que es un síndrome complejo que debe enfocarse desde el punto de vista integral debido a las repercusiones agudas y crónicas que frecuentemente sufren los sujetos que la padecen y que se expresa por afección personal y familiar. La diabetes mellitus tiene tendencia ascendente. Hace 35 años se reporto una prevalencia del 2 al 3 % en la población adulta, se triplico en este lapso de tiempo y en la actualidad se informa del 10% en población mayor de 30 años. En el país a partir de 1978, la DM2 se ubico dentro de las primeras causas de muerte y se mantiene en ese grupo, dentro de los primeros 5 lugares, estimándose también que 1 de cada 10 mexicanos mayores de 30 años tienen diabetes. ^{3,4,5}

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que afecta al 6 o 10% de la población; es consecuencia de la interacción de factores genéticos y ambientales.⁶ En el año 1997 había en el mundo unos 124 millones de diabéticos diagnosticados, de los que el 90 % pertenecían al tipo 2.⁷ Existe la previsión de que para el año 2010, haya una cifra aproximada de 221 millones consecuencia del incremento en el número de diabéticos tipo 2, debido a una prolongación en la edad media de la vida, al sedentarismo y sobre todo al progresivo aumento de la obesidad.⁸ Esta enfermedad, que aumenta de forma casi epidémica en algunas regiones, no deja de plantear un futuro a corto plazo poco halagüeño, máxime cuando la proporción de casos de diabetes no diagnosticados se aproxima al 50%.⁹

La dificultad de su control y las complicaciones que se producen cuando este control no se logra es un reto para los sistemas de salud. Para establecer el diagnóstico se considera una glucosa normal menor o igual a 110 hasta 126 mg/dl.¹⁰ La glucosa plasmática preprandial (no ingreso de calorías al menos en las últimas 8 hrs.) o prueba de glucosa plasmática posprandial a las 2 hrs. mayor de 200 mg/dl. o bien en una prueba casual (cuando se lleva a cabo a cualquier hora del día, sin considerar el tiempo transcurrido a partir del último alimento) que sea mayor de 200 mg/dl. La diabetes mellitus es una de las principales causas de consulta en atención primaria y un reto para su tratamiento.^{11,12}

La etiología de ambas patologías es diversa y multifactorial asociada a varios factores de riesgo asociados. La DM y la HAS son enfermedades crónicas con mayor impacto sanitario en función de su elevada prevalencia, con sus frecuentes y graves complicaciones (ceguera, amputaciones no traumáticas, insuficiencia renal crónica) que afectan el estilo y calidad de vida así como la estimación del costo económico que constituye por tanto un dato fundamental, para el análisis comparativo de la magnitud de los problemas de salud y para la asignación de recursos sanitarios, humanos y materiales destinados a aminorar los efectos indeseables de estas enfermedades crónicas sobre los pacientes, el sistema sanitario y la sociedad general. La incidencia y prevalencia de la hipertensión (HTA) y la diabetes mellitus (DM) se han convertido en una cuestión inquietante para los profesionales de la salud en el mundo de hoy. En algunas instituciones como el IMSS, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial constituyen la segunda causa de morbilidad hospitalaria. La búsqueda de métodos que

contribuyan a su disminución, y el estudio de todos los factores que inciden en su desarrollo, ha cobrado vital importancia en las ciencias de la salud. La DM y la HTA una vez establecidas, pueden acompañar al individuo durante mucho tiempo, empeorar su estado y conducirlo a la muerte; sin embargo, el comportamiento de las personas puede desempeñar un papel importante en esa evolución, podrán incluso, alargar su vida, aquellos que tengan apego adecuadamente a los tratamientos y regímenes de vida que cada una de las enfermedades exige. Un obstáculo para conseguir un adecuado grado de control de ambos procesos lo constituyen la falta de apego al tratamiento farmacológico que oscila entre el 40 al 60%.¹⁻¹⁴

En la falta de apego al tratamiento en pacientes crónico degenerativos, existen factores asociados: desconocimiento de la enfermedad, desconfianza de la capacidad del médico, duración de la consulta menor de 15 minutos, falta de comprensión de las indicaciones médicas, mala relación médico paciente, escolaridad baja, estado civil, intolerancia a los medicamentos, años de evolución de la enfermedad, descontrol de la enfermedad, uso de plantas o productos de origen animal a los que se atribuyen propiedades medicinales, tipo de familia. Se define como apego al tratamiento a la conducta del paciente que coincide con la prescripción médica, en términos de tomar medicamentos, seguir las dietas o transformar el estilo de vida. El apego se aplica cuando implica la colaboración entre los pacientes y el personal de salud que los trata; por el contrario el cumplimiento connota un mayor control por parte del personal tratante, sobre todo, médico.^{1,14,15,16}

El apego es un concepto dinámico que puede afectar a todas las fases del proceso clínico¹⁷. Medir el grado de apego es muy difícil debido a la gran cantidad de factores que se implican en él. Etiquetar a un enfermo con apego o no apego quizás no corresponda a la realidad ya que existen factores personales y particulares del tratamiento, del médico, de la institución, de la información que posee que son temporales y por tanto modificables.¹⁸⁻²⁶

Los fallos al seguir las prescripciones médicas exacerbaban los problemas de salud y la progresión de las enfermedades, haciendo imposible estimar los efectos y el valor de un determinado tratamiento, lo que imposibilita que se realice un buen diagnóstico y provoca un aumento innecesario del costo de la atención sanitaria, ya que anualmente el sistema de salud reporta \$ 4,011,511,913 en costos directos como lo es atención

primaria, atención hospitalaria, consultas externas, fármacos y pruebas complementarias; y en costos indirectos \$ 6,468.763.296 como es la paga de mortalidad anticipada y bajas laborales que se traduce a años de vida perdidos y a años de vida productiva perdidos, esto traducido a otras palabras, nos refleja que existen otros tipos de costos, como los son: costos intangibles (los relacionados con el padecimiento de dolor o parestesias, los impuestos por los cambios obligados en los hábitos de vida que requiere el tratamiento de la enfermedad, las restricciones crónicas del nivel de autonomía, la ansiedad, etc. que limitan los niveles de calidad de vida relacionada con la salud), los costos de incapacidades permanentes (Como son la disminución de la agudeza visual o ceguera, la insuficiencia renal crónica permanente, cardiopatía isquémica, amputaciones que dan lugar a jubilaciones anticipadas), la pérdida de productividad de las actividades (tanto en el medio laboral mientras se está trabajando, como en el hogar, valoradas a precio de mercado).^{18, 20, 23, 27}

No se dispone de ningún método que por sí solo permita valorar todos los aspectos del apego. Los métodos que estudian el apego se dividen en directo e indirectos. Los directos consisten en determinar en algunos de los fluidos orgánicos del enfermo el medicamento, algún metabolito o un marcador incorporado a ellos, así se puede cuantificar y nos indica si el enfermo lo ha tomado o no. Son bastantes objetivos, muy específicos y proporcionan los mayores porcentajes de incumplimiento, pero a su vez son caros, sofisticados y fuera del alcance de la atención primaria.^{28-29.}

Los métodos indirectos son sencillos y económicos, por lo que son usados en medicina clínica, pero tienen el inconveniente de no ser objetivos porque la información obtenida es proporcionada por los enfermos, familiares o el personal sanitario y éstos tienden a sobreestimar el apego, con lo que sólo identifica a una parte de los pacientes con no apego al tratamiento. Los más conocidos y utilizados son los siguientes: juicio clínico del médico, asistencia a citas previas, valoración de la eficacia terapéutica alcanzada, valoración de los efectos secundarios, recuento de comprimidos, conocimiento de la enfermedad por parte del paciente. El recuento de comprimidos se toma como punto de referencia en la mayoría de los estudios comparativos; sin embargo, no está desprovisto de sesgos, pues se asume que toda la medicación que falta la ha tomado el paciente, y también cabe señalar el elevado porcentaje de

hipercumplimiento que se da en algunos trabajos, lo que podría relacionarse con las prescripciones de medios comprimidos y la pérdida de la medicación³⁰⁻³³

Según Piñeiro, ningún método indirecto de los que estudiaron alcanzó las condiciones ideales de aceptabilidad (sensibilidad y especificidad > 80%); De forma que en la práctica se podría utilizar uno de alta sensibilidad y otro de alta especificidad, recomendando: el grado de control que la enfermedad tiene cuando se valora la glucemia basal, ya que tiene la mayor sensibilidad y detecta al paciente incumplidor, y la asistencia a citas concertadas que por ser el de especificidad más alta permite identificar al paciente cumplidor y por tener el mayor valor predictivo positivo predice bien el incumplimiento cuando el paciente deja de acudir a las citas programadas³⁴⁻³⁵.

Los objetivos de nuestro estudio son por tanto: determinar la prevalencia de cumplimiento terapéutico de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 en Atención Primaria de Salud y valorar los factores asociados a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos.

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión y la diabetes es un problema importante de salud pública en nuestro medio, no solo por la disminución y la esperanza de calidad de vida del paciente hipertenso y diabético, sino porque genera discapacidad en sujetos productivos. La trascendencia económica del consumo inadecuado de fármacos es un auténtico reto para los administradores en salud, debido al derroche económico que hacen los pacientes. Es necesario enfatizar al paciente la aceptación de su padecimiento y es importante identificar los posibles factores asociados a la falta de apego al tratamiento, ya que su manejo adecuado también se asocia con una mejoría en la calidad de vida.

Por lo que establecemos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores asociados a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos?

3.- JUSTIFICACION

Se define como apego al tratamiento a la conducta del paciente que coincide con la prescripción médica, en términos de tomar medicamentos, seguir las dietas o transformar el estilo de vida. El control de las cifras tensionales y de glicemia ha demostrado mejorar el pronóstico de pacientes con DM e HTA, sin embargo un obstáculo para conseguir un grado adecuado de control lo constituye el incumplimiento farmacológico, que oscila entre el 40 y 60%. A pesar de esta elevada prevalencia, la detección del incumplimiento es muy difícil, ya que existen factores propios del paciente, del tratamiento, de la propia enfermedad, sí como factores ligados a la relación médico paciente que inciden en el cumplimiento terapéutico.^{14,19}

Los métodos que estudian el cumplimiento terapéutico en el primer nivel de atención, son los métodos indirectos. Sin embargo podríamos decir que en la actualidad no se dispone de ningún método que por si solo permita valorar todos los aspectos del cumplimiento. Entre los métodos indirectos más utilizados en el primer nivel de atención se pueden citar: el juicio clínico del médico, asistencia a citas previas, valoración de la terapéutica alcanzada, valoración de los efectos secundarios, recuento de comprimidos, monitores electrónicos de medicación, métodos de cumplimiento comunicado y conocimiento de la enfermedad por parte del enfermo.²⁷⁻³⁰

El apego al tratamiento es importante para evaluar la evolución clínica, ya que una alianza terapéutica entre el paciente y el médico es necesaria para el éxito del tratamiento. Aunque según la asociación estadounidense de DM considera un control adecuado de la diabetes, cuando el valor de la hemoglobina glucosilada (Hb A1c) se encuentra entre el 7 %, se estima que el valor normal de la Hb A1c²³ es de 3 a 6 %, es sabido que en la practica médica de primer nivel, aún se sigue utilizando las tiras reactivas para medir la glucemia, ya que nuestra capacidad económica no alcanza a cubrir la hemoglobina glucosilada, sin dejar de reconocer que es sin duda el método mas efectivo para medir los niveles de glucosa. De acuerdo con el estudio cardiomotor realizado en países de la comunidad Europea, un buen control del paciente hipertenso significa, para el médico, cifras de presión arterial menor de 149/90 mmHg²⁰

La falta de apego al tratamiento se debe al desconocimiento de la enfermedad, desconfianza de la capacidad del médico, duración de la consulta menor a 15 minutos, falta de comprensión de las indicaciones médicas, escolaridad baja, estado civil, intolerancia a los medicamentos, uso de plantas o productos de origen animal a los cuales son atribuidas propiedades medicinales.¹⁵

Es importante identificar en el paciente con diagnóstico de hipertensión o diabetes mellitus, la frecuencia de no apego terapéutico, su correlación con el control metabólico, así como aquellos factores de riesgo asociados, con el fin de efectuar programas (alternativa, cómoda, económica y efectiva para el control de la enfermedad) tendientes a modificarlos e incidir así en el control metabólico en el paciente diabético e hipertenso.^{15, 19, 22, 23}

Por todas estas razones, me planteo realizar un estudio para evaluar el cumplimiento terapéutico en pacientes con DM y/o HTA en tratamiento farmacológico y determinar los principales factores asociados a dicho apego.

4.- OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar los factores asociados a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar la prevalencia a la falta de apego a tratamiento de hipertensión y diabetes mellitus
2. Determinar la asociación de los factores sociodemográficos a la falta de apego al tratamiento. (edad, sexo, escolaridad, estado civil, nivel socioeconómico).
3. Determinar la asociación de los factores clínicos a la falta de apego al tratamiento. (años de diagnóstico de la enfermedad, conocimiento de la enfermedad por parte del enfermo, descontrol clínico, presencia de complicaciones de la enfermedad)
4. Determinar la asociación de los factores terapéuticos a la falta de apego al tratamiento. (efectos secundarios de medicamentos, utilización de plantas con propiedades medicinales, número de medicamentos, número de ingesta diaria de pastillas).
5. Determinar la asociación de los factores de relación médico - paciente a la falta de apego al tratamiento. (confianza hacia el médico, confianza entre primer o segundo nivel de atención médica, entendimiento de los pacientes sobre las indicaciones terapéuticas, la buena relación médico paciente).
6. Determinar la asociación de los factores institucionales a la falta de apego al tratamiento. (abastecimiento de medicamentos, tiempo de duración de la consulta).
7. Determinar la asociación de los factores familiares a la falta de apego al tratamiento. (tipo de familia en cuanto a estructura, desarrollo, geografía, integración, etapa del ciclo vital familiar, tipo de apoyo familiar, la escasa red social, cohesión y adaptabilidad familiar, funcionalidad familiar).

5.- HIPOTESIS

5.1 HIPOTESIS GENERAL

La falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos e hipertensos existen factores asociados.

5.2 HIPOTESIS ESPECÍFICAS

- La prevalencia de apego al tratamiento es menor del 50%
- Ser mayor de 60 años se asocia con la falta de apego al tratamiento.
- El sexo femenino se asocia con la falta de apego al tratamiento.
- La escolaridad baja se asocia con la falta de apego al tratamiento.
- El paciente que no cuenta con una pareja se asocia con la falta de apego al tratamiento.
- El paciente con nivel socioeconómico bajo se asocia con la falta de apego al tratamiento.
- El paciente con más de 10 años de diagnóstico de la enfermedad se asocia con la falta de apego al tratamiento.
- El desconocimiento de la enfermedad por parte del paciente se asocia con la falta de apego al tratamiento.
- El paciente con hipertensión arterial en descontrol se asocia con la falta de apego al tratamiento.
- El paciente con diabetes mellitus en descontrol se asocia con la falta de apego al tratamiento.
- El paciente con complicaciones de la enfermedad se asocia con la falta de apego al tratamiento.
- El presentar efectos secundarios del medicamento se asocia con la falta de apego al tratamiento.
- La utilización de plantas como medicina alternativa se asocia con la falta de apego al tratamiento.
- La ingesta mayor a 5 medicamentos diferentes al día se asocia con la falta de apego al tratamiento.

- La ingesta diaria de más de 7 pastillas se asocia con la falta de apego al tratamiento.
- La menor confianza con el médico se asocia con la falta de apego al tratamiento.
- La menor confianza hacia el médico del primer nivel se asocia con la falta de apego al tratamiento.
- La no comprensión sobre las indicaciones terapéuticas se asocia con la falta de apego al tratamiento.
- La mala relación médico – paciente se asocia con la falta de apego al tratamiento.
- El surtimiento de receta en forma parcial se asocia con la falta de apego al tratamiento.
- El tiempo de duración de la consulta menor de 15 minutos se asocia con la falta de apego al tratamiento.
- La familia extensa en cuanto a su estructura se asocia con la falta de apego al tratamiento.
- La familia moderna en cuanto a su desarrollo se asocia con la falta de apego al tratamiento.
- La familia urbana en cuanto a geografía se asocia con la falta de apego al tratamiento.
- La familia desintegrada se asocia con la falta de apego al tratamiento.
- La etapa del ciclo familiar de retiro se asocia con la falta de apego al tratamiento.
- Un apoyo emocional inadecuado hacia el paciente se asocia con la falta de apego al tratamiento.
- Un inadecuado apoyo instrumental se asocia con la falta de apego al tratamiento.
- Un inadecuado apoyo social se asocia con la falta de apego al tratamiento.
- La falta de afecto hacia el paciente se asocia con la falta de apego al tratamiento.
- La falta de una red social de apoyo se asocia con la falta de apego al tratamiento.
- La falta de cohesión familiar se asocia con la falta de apego al tratamiento.
- La falta de adaptabilidad familiar se asocia con la falta de apego al tratamiento.
- La disfunción familiar se asocia con la falta de apego al tratamiento.

6. METODOLOGÍA

6.1 DISEÑO DEL ESTUDIO:

Estudio transversal descriptivo analítico.

6.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO:

6.2.1 POBLACION:

Pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus que acudieron a la consulta en el primer nivel de atención.

6.2.2. LUGAR:

Unidad de Medicina Familiar No 43 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tlaltenango de Sánchez Román, Zacatecas

6.2.3 TIEMPO:

En el período del 30 de noviembre al 31 de diciembre del 2005.

6.3 MUESTREO:

6.3.1 TIPO DE MUESTRA

Se seleccionaron los participantes mediante un muestreo no probabilístico, por conveniencia.

6.4.2 TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se utiliza la siguiente fórmula:

$$N = \frac{NZ^2PQ}{D^2(N-1) + Z^2PQ}$$

Donde: N = número de total de diabéticos e hipertensos. 162

Z = Nivel de confianza al 95% = 1.96

P = Prevalencia de Apego a tratamiento = 50% = 0.5

Q = Complemento de 1 – P = 0.5

D = Error permitido = 5% = 0.05.

Desarrollo de fórmula:

$$\frac{(162)(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2(162-1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)} =$$

$$\frac{(162)(3.8416)(0.5)(0.5)}{(0.0025)(161) + (3.8416)(0.5)(0.5)} = \frac{155.5848}{0.4025 + 0.9604} = \frac{155.5848}{1.3629} = 114$$

6.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN:

6.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes diabéticos y/o hipertensos que acudan a la consulta externa de la U.M.F. No 43 del 30 de Noviembre al 31 de diciembre del 2005.

6.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que no deseen participar en el estudio.
- Pacientes hipertensas o diabéticas embarazadas.

6.5 VARIABLES DEL ESTUDIO:

6.5.1 VARIABLES DEPENDIENTES:

- Falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos

6.5.2 VARIABLES INDEPENDIENTES

Factores Sociodemográficos:

- Edad
- Sexo
- Lugar de residencia
- Escolaridad.
- Estado civil.
- Estrato socioeconómico.

Factores clínicos

- Tiempo de diagnóstico de la enfermedad
- Desconocimiento de la enfermedad por parte del enfermo
- Descontrol clínico en hipertensos y/o diabéticos
- Complicaciones propias de la enfermedad

Factores terapéuticos

- Plantas con propiedades medicinales
- Número de medicamentos
- Número de pastillas
- Efectos secundarios del medicamento

Factores de relación médico paciente

- Confianza hacia el médico
- Comprensión de las indicaciones terapéuticas
- Mala relación médico paciente
- Menor confianza del paciente hacia el médico del segundo nivel de atención que al de primer nivel de atención.

Factores institucionales

- Abastecimiento de medicamentos
- Tiempo de duración de la consulta

Factores familiares

- Tipo de familia.
- En cuanto a desarrollo
- En cuanto a geografía
- En cuanto a integración
- En cuanto a composición
- Etapas del ciclo vital
- Apoyo familiar
- Red social
- Cohesión y adaptación familiar
- Funcionalidad familiar

6.5.4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE:	APEGO AL TRATAMIENTO
DEFINICION CONCEPTUAL:	es la conducta del paciente que coincide con la mayor prescripción, en términos de tomar medicamentos.
DEFINICION OPERACIONAL:	Tratamiento farmacológico empleado por su médico tratante medido mediante la prueba de batalla (recuento de comprimidos mayor al 80%)
ESCALA DE MEDICION:	nominal
CATEGORIAS:	con apego /sin apego

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS

NOMBRE DE LA VARIABLE:	EDAD
DEFINICION CONCEPTUAL:	Tiempo que lleva existiendo una persona o ser vivo desde su nacimiento.
DEFINICION OPERACIONAL:	Años cumplidos de una persona al momento de levantar la encuesta.
ESCALA DE MEDICION:	Nominal
CATEGORIAS:	mas de 60 años / menos de 60 años

NOMBRE DE LA VARIABLE:	SEXO
DEFINICION CONCEPTUAL:	Son características que diferencian entre hembra y macho
DEFINICION OPERACIONAL:	Características fenotípicas del entrevistador
ESCALA DE MEDICION:	nominal
CATEGORIAS:	hombre / mujer

NOMBRE DE LA VARIABLE: **LUGAR DE RESIDENCIA**
DEFINICION CONCEPTUAL: rural es menor de 2500 personas según el INEGI.
DEFINICION OPERACIONAL: Lo referido al momento de la encuesta
ESCALA DE MEDICION: nominal
CATEGORIAS: Rural / urbana

NOMBRE DE LA VARIABLE: **ESCOLARIDAD**
DEFINICION CONCEPTUAL: grado de estudios alcanzados.
DEFINICION OPERACIONAL: grados cursados al momento de la encuesta
ESCALA DE MEDICION: ordinal
CATEGORIAS: Escolaridad baja:(analfabeta/ primaria incompleta / Primaria completa / secundaria Incompleta / secundaria completa) Escolaridad alta: preparatoria o similar /profesional

NOMBRE DE LA VARIABLE: **ESTADO CIVIL**
DEFINICION CONCEPTUAL: Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles, condición de soltero, matrimonio y viudez.
DEFINICION OPERACIONAL: condición civil del individuo en el momento del estudio.
ESCALA DE MEDICION: nominal
CATEGORIAS: Sin pareja: soltero/divorciado/viudo
Con pareja: Unión libre / casado

NOMBRE DE LA VARIABLE: **NIVEL SOCIOECONÓMICO**

DEFINICION CONCEPTUAL:	es el estado que guarda el individuo en la sociedad de acuerdo a su economía.
DEFINICION OPERACIONAL:	de acuerdo al método de Graffard
ESCALA DE MEDICION:	Ordinal
CATEGORIAS:	estrato alto (4 a 6 puntos), medio alto (7 a 9), medio bajo (10-12), obrero (13 a 16) y marginal (17 a 20).

FACTORES CLINICOS

NOMBRE DE LA VARIABLE:	TIEMPO DE DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD
DEFINICION CONCEPTUAL:	tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la hipertensión arterial o diabetes mellitus tipo 2, hasta la actualidad.
DEFINICION OPERACIONAL:	Tiempo en años expresados por el paciente al momento de levantar la encuesta.
ESCALA DE MEDICION:	nominal
CATEGORIAS:	menos de 10 años / más de 10 años
NOMBRE DE LA VARIABLE:	DESCONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD POR PARTE DEL PACIENTE
DEFINICION CONCEPTUAL:	modelo del paciente cumplidor donde se obtienen datos más básicos sobre la enfermedad conocida por la mayoría de la población
DEFINICION OPERACIONAL:	conocimiento del inicio, curso y complicaciones de alguna enfermedad, mediante 4 preguntas, que al responder en forma afirmativa a las 4 preguntas se toma como paciente cumplidor.
ESCALA DE MEDICION:	test de morisky - green
CATEGORIAS:	si cumple / no cumple
NOMBRE DE LA VARIABLE:	CONTROL DE HIPERTENSION

DEFINICION CONCEPTUAL:	cuando las cifras promedio de tensión arterial sistólica y diastólica, medidas al menos en 3 visitas son iguales o mayores a 140/90 mmHg.
DEFINICION OPERACIONAL:	valores reportados en el expediente clínico
ESCALA DE MEDICION:	nominal
CATEGORIAS:	controlado (menos de 140/90 mmHg). Descontrol (mas de 140/90 mmHg)

NOMBRE DE LA VARIABLE:	CONTROL GLUCEMICO
DEFINICION CONCEPTUAL:	Valores encontrados al realizar determinación de glucemia a nivel central en un paciente determinado.
DEFINICION OPERACIONAL:	Valores reportados por laboratorio en pacientes diabético, los cuales no han ingerido alimentos o calorías durante un período de 6 a 8 horas, mínimo.
ESCALA DE MEDICION:	Nominal
CATEGORIAS:	controlado (- 126 en ayuno y 200 post prandial) / descontrol (+126 en ayuno y 200 post prandial)

NOMBRE DE LA VARIABLE:	COMPLICACIONES PROPIAS DE LA ENFERMEDAD
DEFINICION CONCEPTUAL:	Aparición de otras nuevas enfermedades por ende a la primera como es en el caso de hipertensión: hipertrofia ventricular izquierda, insuficiencia cardiaca, isquemia miocárdica, arritmias; y en el caso de la

	diabetes como nefropatía, neuropatía, pie diabético, retinopatía, hipoglucemias, cardiopatía, enfermedad periodontal.
DEFINICION OPERACIONAL:	mediante una pregunta: si presentaba alguna de las patologías antes mencionadas
ESCALA DE MEDICION:	nominal
CATEGORIAS:	si / no

FACTORES TERAPEUTICOS

NOMBRE DE LA VARIABLE:	EFFECTOS SECUNDARIOS DE LOS MEDICAMENTOS
DEFINICION CONCEPTUAL:	cualquier efecto in intencionado producido por un medicamento.
DEFINICION OPERACIONAL:	clasifican los síntomas en base a la gravedad y la frecuencia de los mismos
ESCALA DE MEDICION:	Nominal
CATEGORIAS:	si / no

NOMBRE DE LA VARIABLE	PLANTAS CON PROPIEDADES MEDICINALES (MEDICINA ALTERNATIVA)
DEFINICION CONCEPTUAL:	sistemas completos de teoría y práctica de cantidades pequeñas de sustancias Medicinales altamente diluidas que en dosis bajas se administran para curar síntomas, incluyen asesoramiento sobre nutrición y el estilo de vida, suplementos dietéticos,

	plantas medicinales, homeopatía y tratamientos de la medicina china tradicional. (fuerzas que equilibran el cuerpo. Yang=+ y el ying = -)
DEFINICION OPERACIONAL:	tipo de tratamiento farmacológico empleado por naturistas
ESCALA DE MEDICION:	Nominal
CATEGORIAS:	si / no

NOMBRE DE LA VARIABLE:	NÚMERO DE MEDICAMENTOS
DEFINICION CONCEPTUAL:	Diferentes medicamentos que Toma para su tratamiento.
DEFINICION OPERACIONAL:	conteo de los medicamentos
ESCALA DE MEDICION:	nominal
CATEGORIAS:	menos de 4 / mas de 5 medicamentos

NOMBRE DE LA VARIABLE:	TOTAL DE PASTILLAS AL DIA
DEFINICION CONCEPTUAL:	número total de pastillas que ingiere el paciente en un día
DEFINICION OPERACIONAL:	total de pastillas a tomar al momento del estudio
ESCALA DE MEDICION:	nominal
CATEGORIAS:	menos de 6 pastillas al día / mas de 7 pastillas

FACTORES DE RELACION MEDICO PACIENTE

NOMBRE DE LA VARIABLE: **CONFIANZA HACIA EL MEDICO**
DEFINICION CONCEPTUAL: capacidad de creer lo que dice y le recomienda el médico
DEFINICION OPERACIONAL: mediante la pregunta de si confía en su médico
ESCALA DE MEDICION: Nominal
CATEGORIAS: si / no

NOMBRE DE LA VARIABLE: **COMPRESION DE LAS INDICACIONES TERAPEUTICAS**
DEFINICION CONCEPTUAL: el entender de los pacientes sobre las Indicaciones médicas.
DEFINICION OPERACIONAL: mediante una pregunta
ESCALA DE MEDICION: Nominal
CATEGORIAS: si / no

NOMBRE DE LA VARIABLE: **MALA RELACION MEDICO PACIENTE**
DEFINICION CONCEPTUAL: arte del médico de poder obtener la información necesaria para poder llegar junto a la exploración física a un diagnóstico de certeza para llegar a un tratamiento adecuado.
DEFINICION OPERACIONAL: mediante una pregunta
ESCALA DE MEDICION: Nominal
CATEGORIAS: si / no

NOMBRE DE LA VARIABLE: **MENOR CONFIANZA DEL PACIENTE HACIA EL MEDICO**

**DEL SEGUNDO NIVEL QUE AL
DE PRIMER NIVEL DE ATENCION.**

DEFINICION CONCEPTUAL:	lo constituyen los hospitales generales de subzona .Región en donde se Atiende a los pacientes, remitidos por los servicios de los distintos niveles de atención, de acuerdo a la regionalización de los mismos, para recibir atención, diagnóstica, terapéutica y de rehabilitación de conformidad a la complejidad de su padecimiento.
DEFINICION OPERACIONAL:	primer nivel (médico familiar), Segundo nivel (médico no familiar)
ESCALA DE MEDICION:	nominal.
CATEGORIAS:	primer nivel / segundo nivel.

FACTORES INSTITUCIONALES

NOMBRE DE LA VARIABLE:	SURTIMIENTO DE MEDICAMENTOS
DEFINICION CONCEPTUAL:	medicamentos indicados en la Receta médica
DEFINICION OPERACIONAL:	expedición de medicamentos en la Receta médica
ESCALA DE MEDICION:	nominal
CATEGORIAS:	total (100 %) / parcial (menos del 99%)

NOMBRE DE LA VARIABLE:	TIEMPO DE DURACION DE LA CONSULTA
DEFINICION CONCEPTUAL:	tiempo de duración que tiene una consulta

	médica.
DEFINICION OPERACIONAL:	Lo referido al momento de la aplicación de la encuesta
ESCALA DE MEDICION:	numérica
CATEGORIAS:	menos 15 minutos / mas de 16 minutos

FACTORES FAMILIARES

NOMBRE DE LA VARIABLE:	ESTRUCTURA DE LA FAMILIA
DEFINICION CONCEPTUAL:	Forma en que se agrupa a la familia pos sus Integrantes
DEFINICION OPERACIONAL:	La familia nuclear esta compuesta por Padre, madre e hijos: La familia extensa compuesta, esta formada Por padre. Madre e hijos y además de primo Suegra y gente no consanguíneas
ESCALA DE MEDICION:	nominal
CATEGORIAS:	nuclear / extensa compuesta

NOMBRE DE LA VARIABLE:	DESARROLLO FAMILIAR
DEFINICION CONCEPTUAL:	desarrollo en su forma de vida que ha tenido la familia a través de su historia.
DEFINICION OPERACIONAL:	se compone en moderna aquella familia donde Papá y mamá trabajan; y tradicional, donde el El padre es el que trabaja.
ESCALA DE MEDICION:	nominal
CATEGORIAS:	moderna / tradicional

NOMBRE DE LA VARIABLE:	DEMOGRAFIA FAMILIAR
DEFINICION CONCEPTUAL:	población urbana es donde sus integrante rebasan más de 2500 pobladores.

DEFINICION OPERACIONAL: población urbana es aquella que vive en la ciudad; y población rural es la que vive fuera de la ciudad y habita en una ranchería

ESCALA DE MEDICION: nominal

CATEGORIAS: urbana / rural

NOMBRE DE LA VARIABLE: **INTEGRACION FAMILIAR**

DEFINICION CONCEPTUAL: Conformación de un núcleo familiar: padre, madre, e hijos donde todos cumplan con sus respectivos roles.

DEFINICION OPERACIONAL: La familia integrada es aquella en donde viven juntos y cumplen sus funciones y la familia desintegrada es cuando no viven juntos o no cumplen sus funciones

ESCALA DE MEDICION: nominal

CATEGORIAS: integrada / desintegrada

NOMBRE DE LA VARIABLE: **ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR**

DEFINICION CONCEPTUAL: aquellos hechos nodales que están ligados a la pericia de los miembros de la familia, como el nacimiento y crianza de los hijos, la partida de éstos del hogar, el retiro y la muerte.

DEFINICION OPERACIONAL: etapas que vive una familia conforme pasa el Tiempo; como son: matrimonio (unión de la pareja), expansión (nacimiento del primer hijo), dispersión (cuando un hijo entra a estudiar: llamase desde kinder en adelante), independencia (cuando los hijos de casan); retiro y muerte (cuando papá y/o mamá son pensionados o mueren).

ESCALA DE MEDICION: nominal

CATEGORIAS: matrimonio/ expansión / dispersión / Independencia / retiro o muerte

NOMBRE DE LA VARIABLE:	TIPOS DE APOYO FAMILIAR
DEFINICION CONCEPTUAL:	Apoyo Social percibido: confidencial (posibilidad de contar con personas para comunicarse), afectivo (demostraciones de amor, cariño y empatía), e instrumental (ayuda o asistencia en necesidades tangibles)
DEFINICION OPERACIONAL:	Mediante el cuestionario de Duke Unc 11 a través de 11 preguntas que evalúan los diferentes tipos de apoyo con el que puede contar un paciente
ESCALA DE MEDICION:	ordinal
CATEGORIAS:	Apoyo social máximo 34-55/ medio 12-33/ mínimo 1- 11 puntos. El apoyo afectivo máximo 16-25/ medio 6- 15/ mínimo 1- 5 puntos. El apoyo confidencial máximo de 19-30 puntos/ medio 7-18 / mínimo con 1-6 puntos.

NOMBRE DE LA VARIABLE:	RED SOCIAL
DEFINICION CONCEPTUAL:	relaciones de los individuos entre ellos y no que los simile por alguna característica de los mismos (raza, edad, ingresos, educación...)
DEFINICION OPERACIONAL:	número de individuos que tenga relación social con el paciente de acuerdo al método simplificado de Mc
ESCALA DE MEDICION:	nominal
CATEGORIAS:	escasa (menos de 3) / Apropiaada (mas de 4)

NOMBRE DE LA VARIABLE:	COHESION FAMILIAR
DEFINICION CONCEPTUAL:	Cierto grado de fidelidad o pertenencia al

grupo. Grado de separación o conexión de los miembros de la familia a la familia. Fuerza de los lazos que unen a los miembros de una familia y se traduce en conductas tales como hacer muchas cosas juntos, tener intereses y amigos comunes, establecer coaliciones, compartir el tiempo y el espacio, etc. Cuando la cohesión es excesiva, se trata de un sistema enredado y existe un exceso de identificación con la familia, de manera tal que la lealtad hacia ella y el consenso interno impiden la individuación de sus miembros. En el extremo opuesto, los sistemas desunidos estimulan un alto grado de autonomía: los miembros de la familia "hacen cada uno lo suyo" y tienen un apego o compromiso limitado hacia ella.

DEFINICION OPERACIONAL:	a través de un cuestionario "Faces III" que evalúa la cohesión familiar.
ESCALA DE MEDICION:	nominal
CATEGORIAS:	no relacionada 10- 34 / semi – relacionada de 35 a 40 / relacionada de 41 a 45 / y aglutinada de 46 a 50 puntos

NOMBRE DE LA VARIABLE:	ADAPTABILIDAD FAMILIAR
DEFINICION CONCEPTUAL:	Es la capacidad de un sistema familiar de

cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo.

DEFINICION OPERACIONAL: La adaptabilidad marca el potencial de desarrollo o crecimiento, es la capacidad de cambio cuando éste es necesario de acuerdo al Faces III.

ESCALA DE MEDICION: nominal

CATEGORIAS: rígido de 10-19/ estructurado de 20 a 24/ flexible 25 a 28/ caótico de 29 a 50 puntos.

NOMBRE DE LA VARIABLE: **FUNCIONALIDAD FAMILIAR:**

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: grado de capacidad de los integrantes de una familia para manejar adecuadamente el estrés, así como de cumplir con las funciones familiares básicas mínimas como: cuidado, afecto, reproducción y estrato socioeconómico.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: de acuerdo al Apgar familiar

ESCALA DE MEDICIÓN: ordinal

CATEGORÍAS: funcional de 7- 10 puntos, disfunción moderada 4-6 puntos y disfunción severa de 0-3 puntos.

6.6 PROCEDIMIENTOS PARA CAPTURAR LA INFORMACION.

Se incluyeron todos los pacientes diabético y/o hipertensos de la UMF no 43 que acudieron a la clínica del IMSS del 30 de noviembre al 31 de diciembre del 2005 y se les aplicó una cédula de recolección de datos. A los pacientes se les explicó ampliamente el propósito del proyecto en el que voluntariamente aceptaron participar, teniendo en cuenta los criterios de inclusión, exclusión y eliminación se procedió a la aplicación de una encuesta, que contenía las variables de estudio, los instrumentos de medición: faces III (adaptación y cohesión familiar), modelo de Graffar (estrato socioeconómico), Apgar Familiar (funcionalidad familiar), cuestionario Duke – Unc – 11 que mide el apoyo social (posibilidad de contar con personas para comunicarse), afectivo (demostraciones de amor, cariño y empatía), e instrumental (ayuda o asistencia en necesidades tangibles), cuestionario Mos (tipos de apoyo), método simplificado de Blake y McKay (red social) y Modelo del paciente no cumplidor “test de Morisky - Green (recuento de comprimidos) y fue aplicado por el investigador. Los datos se fueron capturando en Excel, para posteriormente analizarlos en el programa SPSS versión 11; se utilizó estadística descriptiva para determinar la media, desviación estándar para variables cuantitativas. Se determinó la asociación de factores de riesgo mediante razón de momios y el intervalo de confianza del 95% estableciendo la significación estadística del valor $p < 0.05$.

6.7.- ASPECTOS ETICOS

Se sometió para su aprobación ante el Comité Local de investigación del IMSS de HGZ no. 2, de Fresnillo, Zac., para obtener aprobación y su registro fue con el No de folio. 2006-3302-00

Los procedimientos humanos realizados se ajustan a las disposiciones éticas contempladas en la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial de octubre del 2000, así como lo dispuesto en la Ley General de la Salud de los Estados Unidos Mexicanos.

A todos los pacientes se les dio a conocer y firmar carta de consentimiento informado y se guarda la confidencialidad de los resultados de cada paciente.

7. RESULTADOS

Se incluyeron 162 pacientes con un promedio de edad de 52.5, con una desviación estándar del 12.5 con un rango de 30 a 75 años, de los cuales 115 casos si presentaron apego al tratamiento. La prevalencia de falta de apego al tratamiento en Tlaltenango SR, Zac; fue del 57 %. (Cuadro 1, gráfica 1)

Dentro de los factores sociodemográficos que afectan el apego al tratamiento en este estudio se encontraron que: predominó ligeramente en acudir a atención médica el sexo femenino con 75% (n=92). Con una razón de Momios (RM) de 1.57 con intervalos de confianza del 95% (IC del 95%) de 0.75-3.28 y de p 0.1970. y el sexo masculino que presenta un 75% (n=69) se encontró con falta de apego (Cuadro 2, gráfica 2).

En la falta de apego al tratamiento, el estado civil predominan los pacientes sin pareja siendo 77 (80%) (Cuadro 3, gráfica 3); con escolaridad baja predomina con el 86% (n=75), con una RM 1.56, con intervalos de confianza de 0.69-3.58 y de p= 0.2490 (Cuadro 4, gráfica 4). Predomina el estrato socioeconómico bajo con 73 (84%) con una RM de 1.11, con un IC de 0.52-2.42 y un valor de p de 0.7651 (Cuadro 5, gráfica 5).

Dentro de los factores clínicos, con falta de apego al tratamiento, en mas de 11 años de diagnóstico de la enfermedad con 62 (73%) con una OR de 1.22, un IC de 0.59 – 2.55 y valor de p de 0.5648. (Cuadro 6, gráfica 6). En el conocimiento de la enfermedad por parte del paciente, encontramos que el 85% (n=79) de los pacientes con no apego al tratamiento, no tienen conocimientos sobre la enfermedad, con un OR de 0.84, IC 0.37-1.89 y un valor de p de 0.6467 (Cuadro 7, gráfica 7). De los pacientes con hipertensión arterial con apego al tratamiento, se ve un incremento notable con 82 (87%) un OR de 1.37, un valor de IC de 0.57-3.27 y un valor de p con 0.4375. (Cuadro 8, gráfica 8), de igual manera, en los pacientes diabéticos controlados se observó un apego al tratamiento en el 96% (N= 87) con una RM de 2.55, un IC de 1.02-6.38 y una de 0.0255. (Cuadro 9, gráfica 9). La presentación de complicaciones propias de la enfermedad encontramos que el 76% (n=70) de los pacientes con falta de apego al tratamiento, si presentan complicaciones. (Cuadro 10, gráfica 10).

Dentro de los factores de relación médico paciente, encontramos que el 85% (n=85) de los pacientes con no apego tienen una mala relación médico paciente ; no les inspira confianza el médico tratante en un 76% (n=77) de los pacientes con no apego, con un OR de 0.28, un IC de 0.04-1.33 y un valor de p de 0.558. (Cuadro 11, gráfica

11). De el entendimiento del paciente de las indicaciones médicas terapéuticas, se encontró que el 63 casos (78%) no entienden las indicaciones y no hay apego al tratamiento, con un OR de 1.62, un IC de 0.68-3.82 y un valor de p de 0.2312 (Cuadro 12, gráfica 12). Como falta de apego al tratamiento y una mala relación médico paciente existe un 85% (n=85) con una RM del 1.33, con IC de 0.59-2.96 con un valor de p= 0.4523. (Cuadro13, gráfica 13). Dentro de la confiabilidad del nivel de atención encontramos que existe menos confiabilidad en el segundo nivel de atención con 75 casos (88%), un OR de 0.19, un IC de 0.01-1.45 y un valor de p de 0.773 (Cuadro 14, gráfica 14).

Dentro de los factores terapéuticos, encontramos que el uso de plantas con propiedades medicinales el 71% (n=66) si usan plantas, los pacientes que no llevan apego, con un OR 1.10, un IC de 0.27-4.19 y un valor de p de 0.8842 (Cuadro 15, gráfica 15). Se observó que en mas de 5 medicamentos prescritos por el medico, existe no apego al tratamiento en un 76% (n=77) con un OR de 1.17, un IC de 0.27-4.19 y un valor de p de 0.7133 (Cuadro 16, gráfica 16). Así mismo, en mas de 7 pastillas prescritas por día hay una falta de apego al tratamiento en 84 casos (76%) con un OR de 1.10, un IC de 0.27-4.19 y un valor de p de 0.8842 (Cuadro 17, gráfica 17). De los 3 principales efectos secundarios a los medicamentos encontrados (gastritis, nauseas, colitis) en este estudio de vio que el 72% (n=65) no hay apego al tratamiento con un OR de 0.61, un IC de 0.28 -1.32 y un valor de p de 0.1729 (Cuadro 18, gráfica 18).

Dentro de los factores institucionales, se encontró que el surtimiento de la receta en forma parcial existe un no apego al tratamiento en un 79% (n=84) con un OR de 0.19, un IC de 0.01-1.45 y un valor de p de 0.773 (Cuadro 19, gráfica 19). En la duración de la consulta menor de 15 minutos, se observó falta de apego al tratamiento en 88 casos (84%) con un OR de 0.19, un IC de 0.01-1.45 y un valor de p 0.773 (Cuadro 20, gráfica 20).

Dentro los factores familiares asociados a la falta de apego al tratamiento se encontró que la familia en cuanto a su desarrollo predomina la familia moderna (donde trabaja mamá y papá) con un 76% (n=68) con un OR de 0.79, un IC de 0.38-1.64 y un valor de p de 0.4878 (Cuadro 21, gráfica 21). En cuanto a su demografía se observó que predomina la falta de apego al tratamiento en familias urbanas con 86 casos (62%) con un OR de 0.91, un IC de 0.38-2.14 y un valor de p de 0.8081 (Cuadro 22, gráfica 22). En cuanto integración familiar se observa que existe una falta de apego en las familias semi – integradas (que no cumplen con sus funciones y no viven bajo un mismo techo los integrantes de la familia) en el 76% (n=71) con un OR de 1.68, un IC de 0.80-3.53 y un valor de p de 0.1340 (Cuadro 23, gráfica 23). En cuanto la estructura familiar se observa la falta de apego en las familias extensas (compuesta por papá, mamá y un familiar consanguíneo, llámese abuelo, tío primo, etc.) en un 56% (n= 59) con un OR de 1.05, un IC de 0.50-2.21 y un valor de p de 0.8802 (Cuadro 24, gráfica 24). En cuanto a la etapa del ciclo vital de la familia, se encontró que en la falta de apego al tratamiento predomina la familia en fase de retiro con un 96% (n=44). (Cuadro 25, gráfica 25). En cuanto a los diferentes tipos de apoyo que recibe el paciente por parte de la familia con falta de apego al tratamiento, se encontró que existe un mínimo apoyo afectivo en 80 de los casos (97%) (Cuadro 26, gráfica 26); con un mínimo apoyo instrumental (ayuda o asistencia en necesidades tangibles) en el 83% (n=79) (Cuadro 27, gráfica 27); un apoyo social (posibilidad de contar con personas para comunicarse) mínimo(de 0-5 personas para comunicarse) con un 84% (n=88) (Cuadro 28, gráfica 28); y un apoyo emocional mínimo (demostración de amor, cariño y empatía) en 80 casos (90%) (Cuadro 29, gráfica 29); con una red social escasa (grado de relación con individuos que comparten características similares como edad, raza, ingresos, etc.) con 63 casos (84%) (Cuadro 30, gráfica 30); con una cohesión familiar (grado de fidelidad o pertenencia al grupo)

donde predomina la falta de apego en la familia semirelacionada (No hay suficiente fuerza en los lazos que unen a los miembros de la familia por lo que no hacen cosas juntos, no tienen intereses y amigos en común) con un 91% (n=68) (Cuadro 31, gráfica 31); en cuanto a adaptabilidad familiar(capacidad de la familia de cambiar ante una situación de estrés situacional o evolutivo) se encontró que predomina la familia caótica (familia donde es difícil cambiar su estructura de poder, de relaciones de roles y reglas) con un 89% (n= 53) (Cuadro 32, gráfica 32); En cuanto a funcionalidad familiar (grado de la familia para maneja el estrés y cumplir con las funciones básicas mínimas como: cuidado, afecto, reproducción y estrato socioeconómico) encontramos que la falta de apego al tratamiento predomina en familias disfuncionales en 85 casos (65%) (Cuadro 33, gráfica 33).

CUADRO 1.

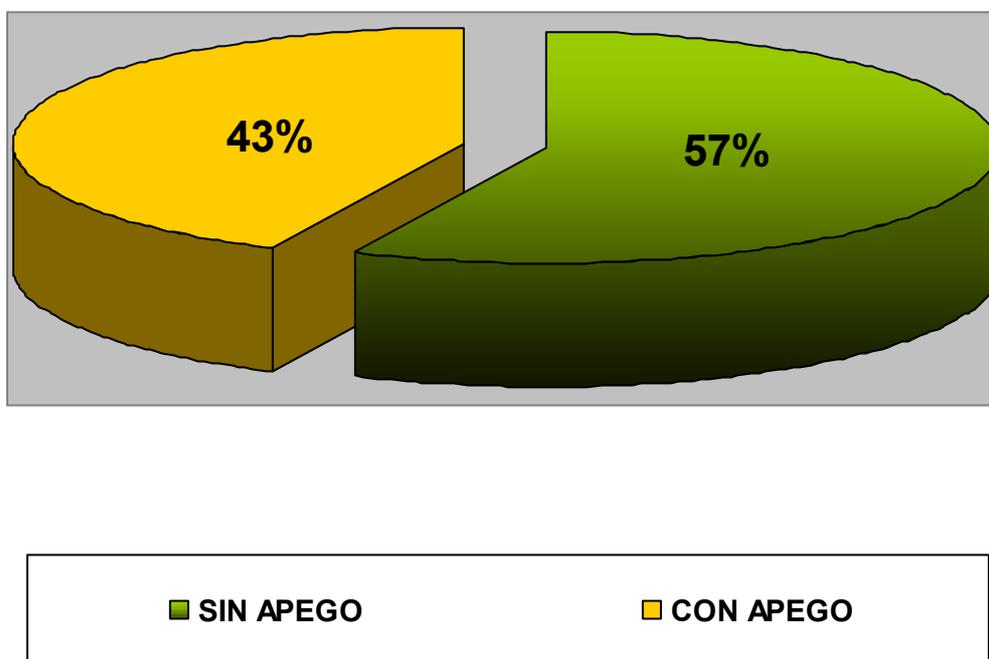
Prevalencia en la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango, Zacatecas en el 2006.

SEXO	NO APEGO		SI APEGO		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Masculino	69	75	23	25	70
Femenino	24	35	46	65	92
TOTAL	93	57	69	43	162

Fuente: Encuestas

GRAFICA 1.

Prevalencia en la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango, Zacatecas en el 2006.



Fuente: Cuadro 1

CUADRO 2.

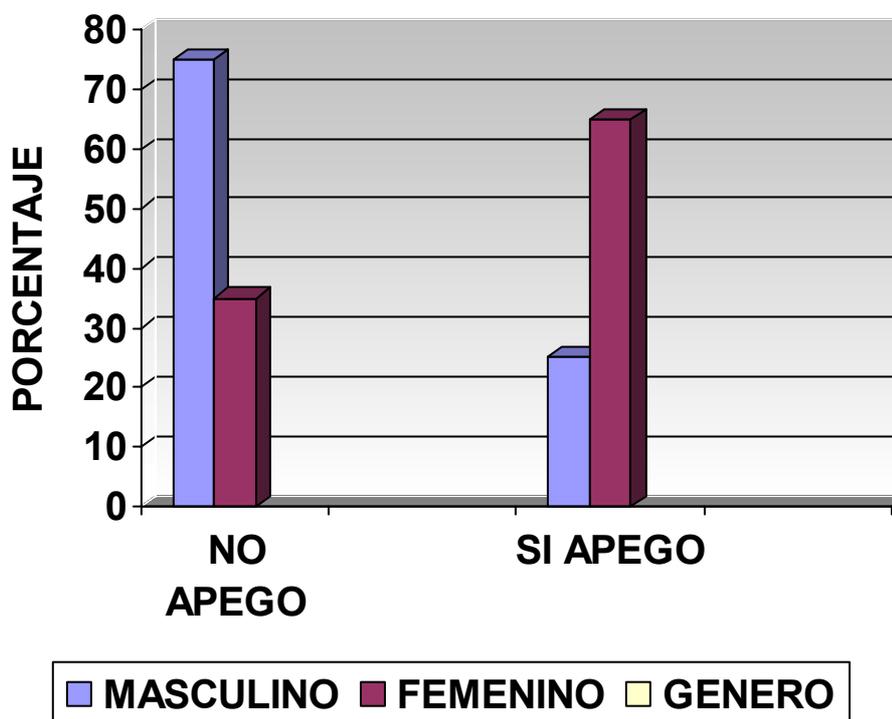
Sexo como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango ,Zacatecas en el 2006.

SEXO	NO APEGO		SI APEGO		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Masculino	69	75	23	25	70
Femenino	24	35	46	65	92

Fuente: Encuestas

GRAFICA 2.

Sexo como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango ,Zacatecas en el 2006.



Fuente: Cuadro 2

CUADRO 3.

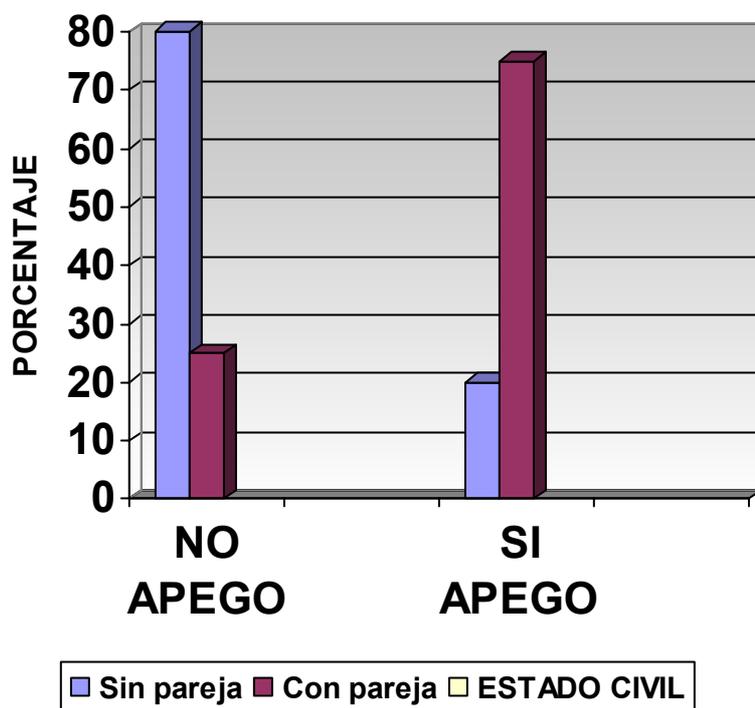
Estado civil como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabeticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango, Zacatecas en el 2006.

Estado civil	NO APEGO		SI APEGO		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Con pareja	16	25	49	75	65
Sin pareja	77	80	20	20	97

Fuente: Encuestas

GRAFICA 3

Estado civil como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabeticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango, Zacatecas en el 2006.



Fuente: Cuadro 3

CUADRO 4

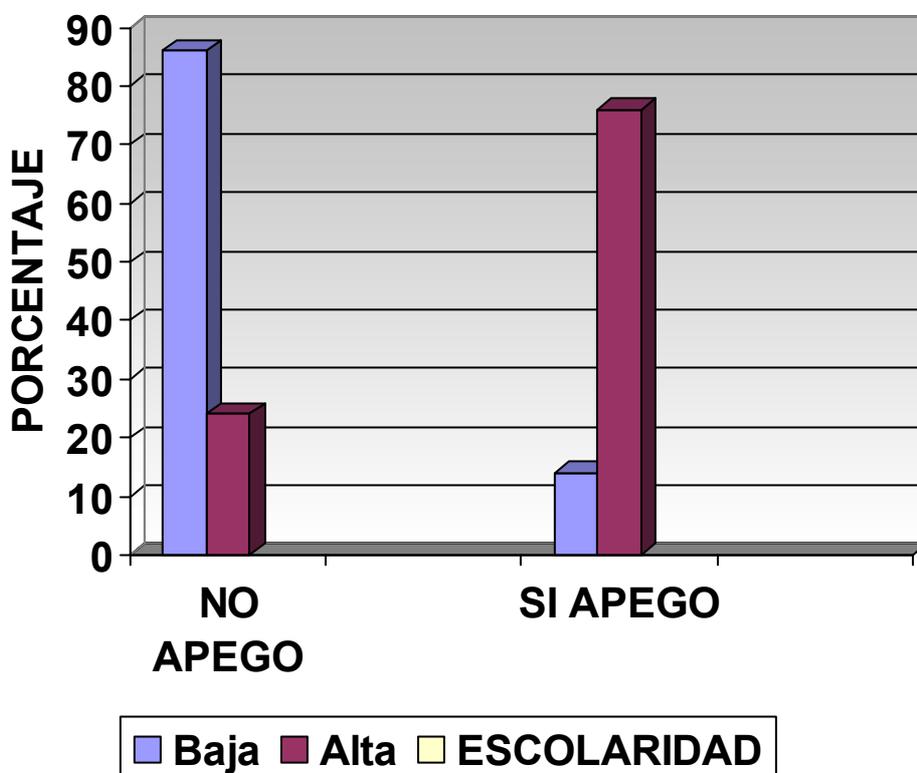
Escolaridad como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango , Zacatecas en el 2006.

ESCOLARIDAD	NO APEGO		SI APEGO		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Baja	75	86	12	14	87
Alta	18	24	57	76	75

Fuente: Encuestas

GRAFICA 4

Escolaridad como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango , Zacatecas en el 2006.



Fuente: Cuadro 4

CUADRO 5

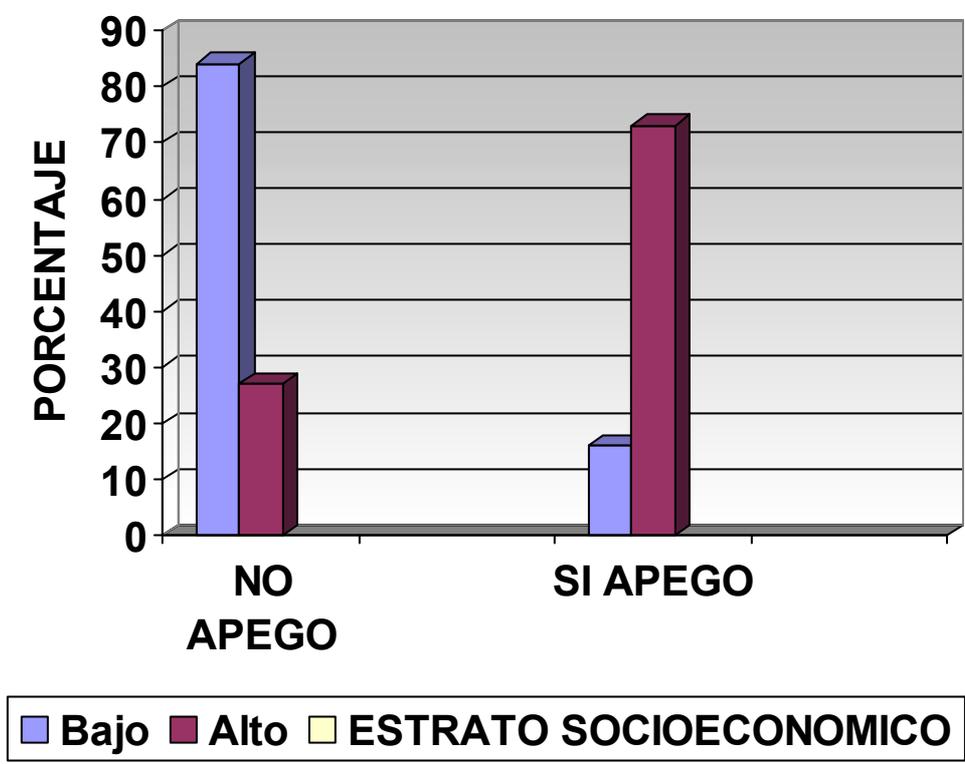
Estrato socioeconómico como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango ,Zacatecas en el 2006.

ESTRATO SOCIOECONOMICO	NO APEGO		SI APEGO		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Bajo	73	84	14	16	87
Medio alto	20	27	55	73	75

Fuente: Encuestas

GRAFICA 5

Estrato socioeconómico como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango ,Zacatecas en el 2006.



Fuente: Cuadro 5

CUADRO 6

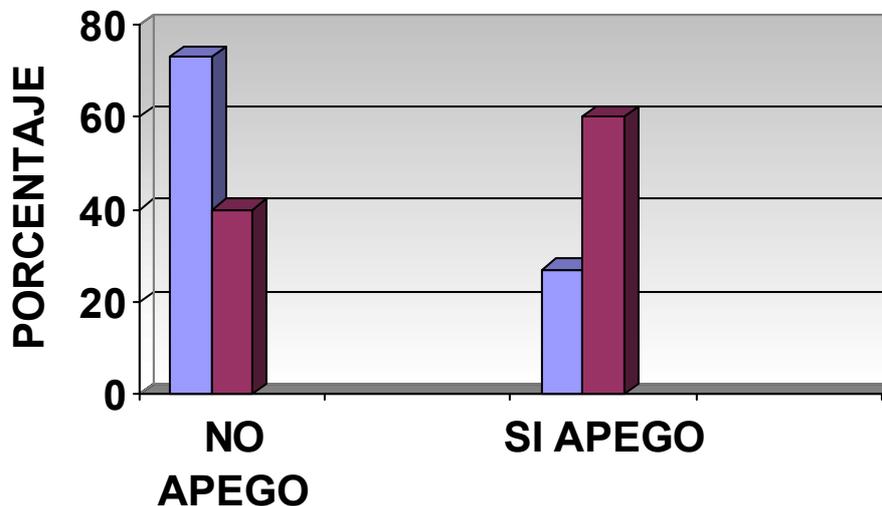
Años de diagnostico de la enfermedad como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos ala U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango ,Zacatecas en el 2006.

AÑOS DE DIAGNOSTICO	NO APEGO		SI APEGO		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Mas de 11 años	62	73	23	27	85
Menos de 10 años	31	40	46	60	77

Fuente: Encuestas

GRAFICA 6

Años de diagnostico de la enfermedad como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos ala U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango ,Zacatecas en el 2006.



Fuente: Cuadro 6

CUADRO 7

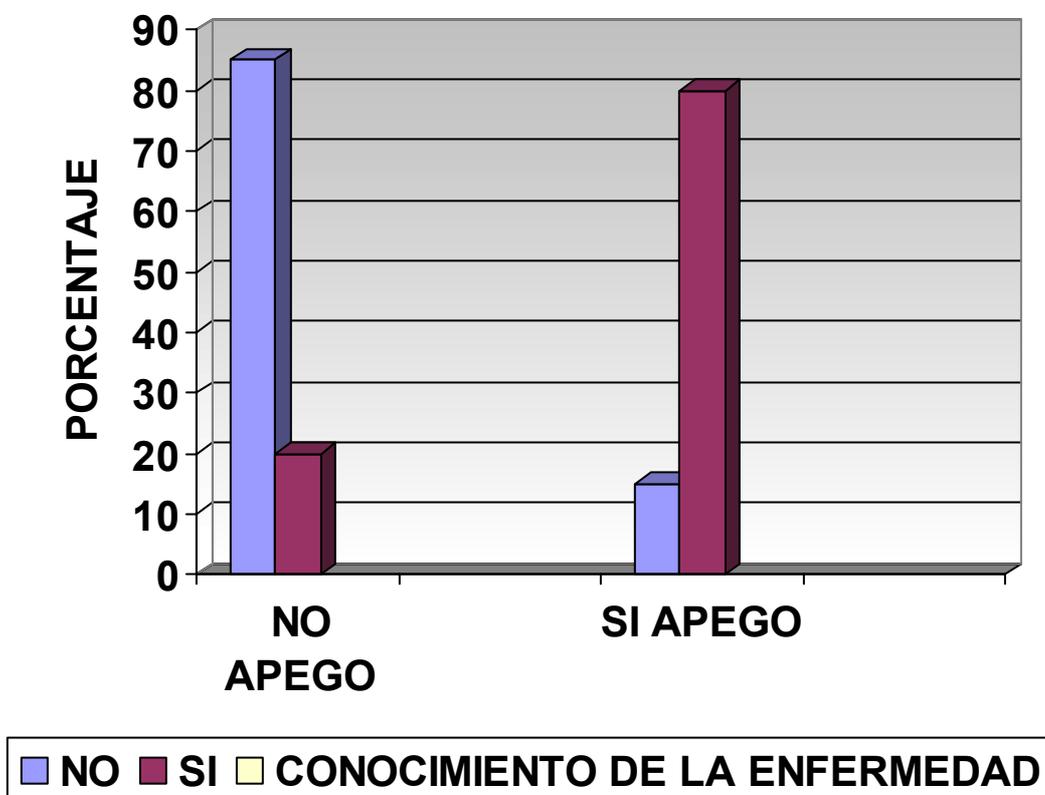
Conocimiento de la enfermedad por parte del paciente como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango ,Zacatecas en el 2006.

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD	NO APEGO		SI APEGO		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
No	79	85	13	15	92
Si	14	20	56	80	70

Fuente: Encuestas

GRAFICA 7

Conocimiento de la enfermedad por parte del paciente como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango ,Zacatecas en el 2006.



Fuente: Cuadro 7

CUADRO 8

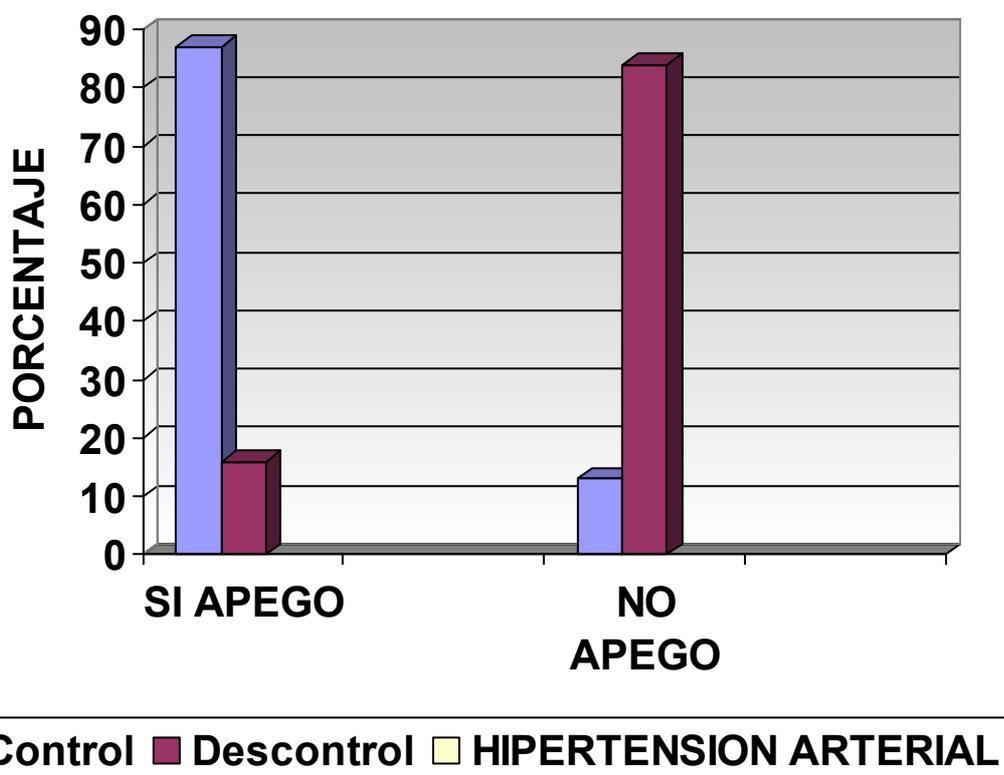
Tensión arterial como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango , Zacatecas en el 2006.

HIPERTENSION ARTERIAL	NO APEGO		SI APEGO		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Descontrol	11	16	57	84	68
Control	82	87	12	13	94

Fuente: Encuestas

GRAFICA 8

Hipertensión arterial como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango , Zacatecas en el 2006.



Fuente: Cuadro 8

CUADRO 9

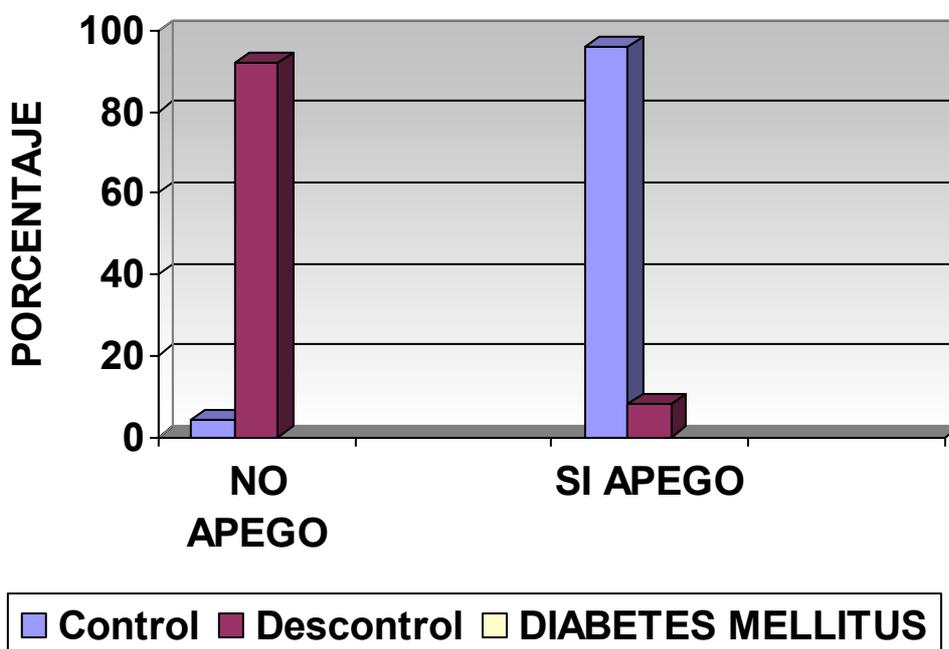
Diabetes mellitus como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango , Zacatecas en el 2006.

DIABETES MELLITUS	NO APEGO		SI APEGO		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Descontrol	65	92	6	8	71
Control	4	4	87	96	91

Fuente: Encuestas

GRAFICA 9

Diabetes mellitus como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango , Zacatecas en el 2006.



Fuente: Cuadro 9

CUADRO 10

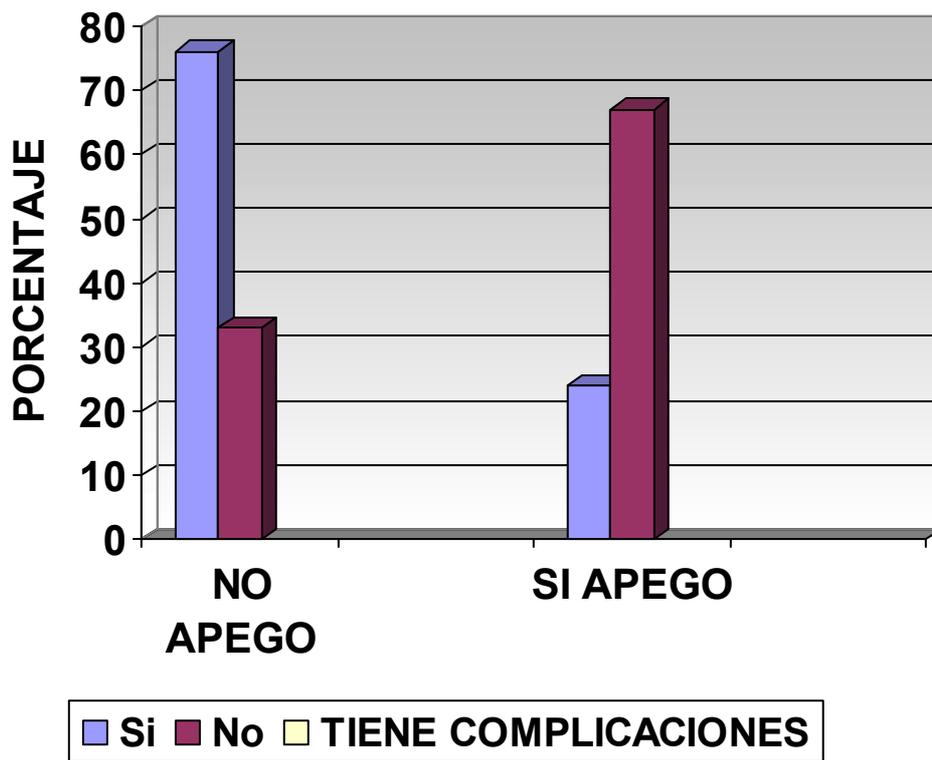
Presentación de complicaciones propias de la enfermedad como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango ,Zacatecas en el 2006.

TIENE COMPLICACIONES	NO APEGO		SI APEGO		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Si	70	76	22	24	92
No	23	33	47	67	70

Fuente: Encuestas

GRAFICA 10

Presentación de complicaciones propias de la enfermedad como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos



Fuente: Cuadro 10

CUADRO 11

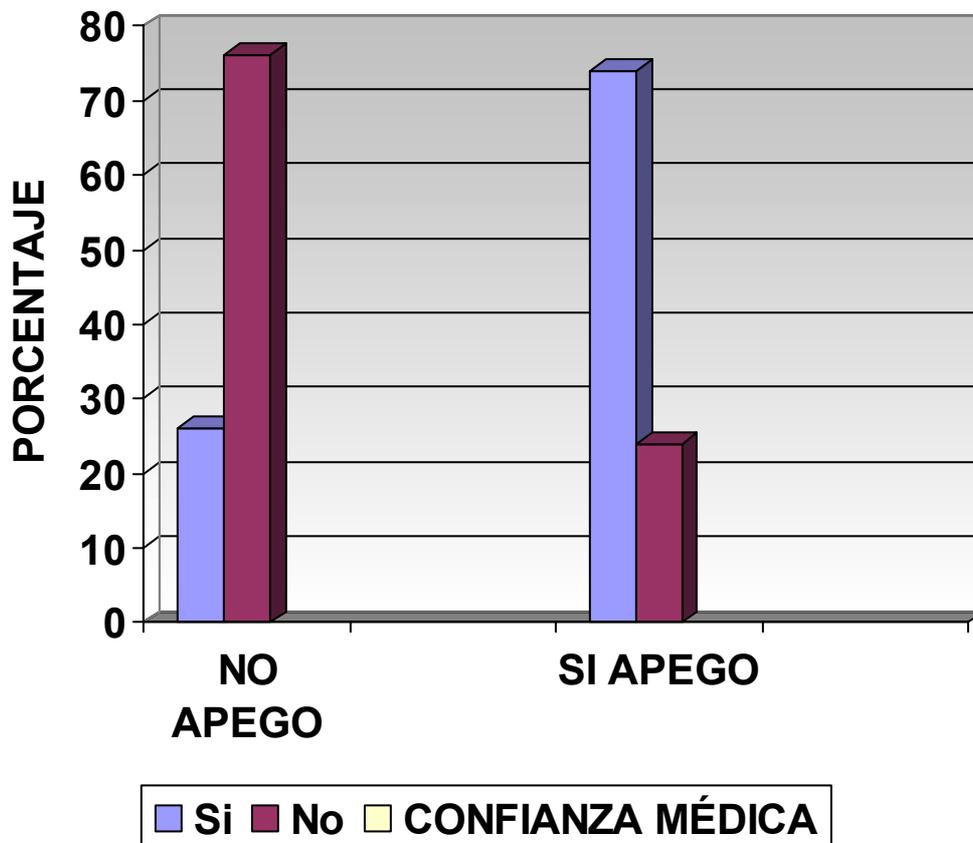
Que al paciente le inspire confianza el medico como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango ,Zacatecas en el 2006.

CONFIANZA MEDICA	NO APEGO		SI APEGO		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Si	16	26	45	74	61
No	77	76	24	24	101

Fuente: Encuestas

GRAFICA 11

Que al paciente le inspire confianza el medico como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango ,Zacatecas en el 2006.



Fuente: Cuadro 11

CUADRO 12

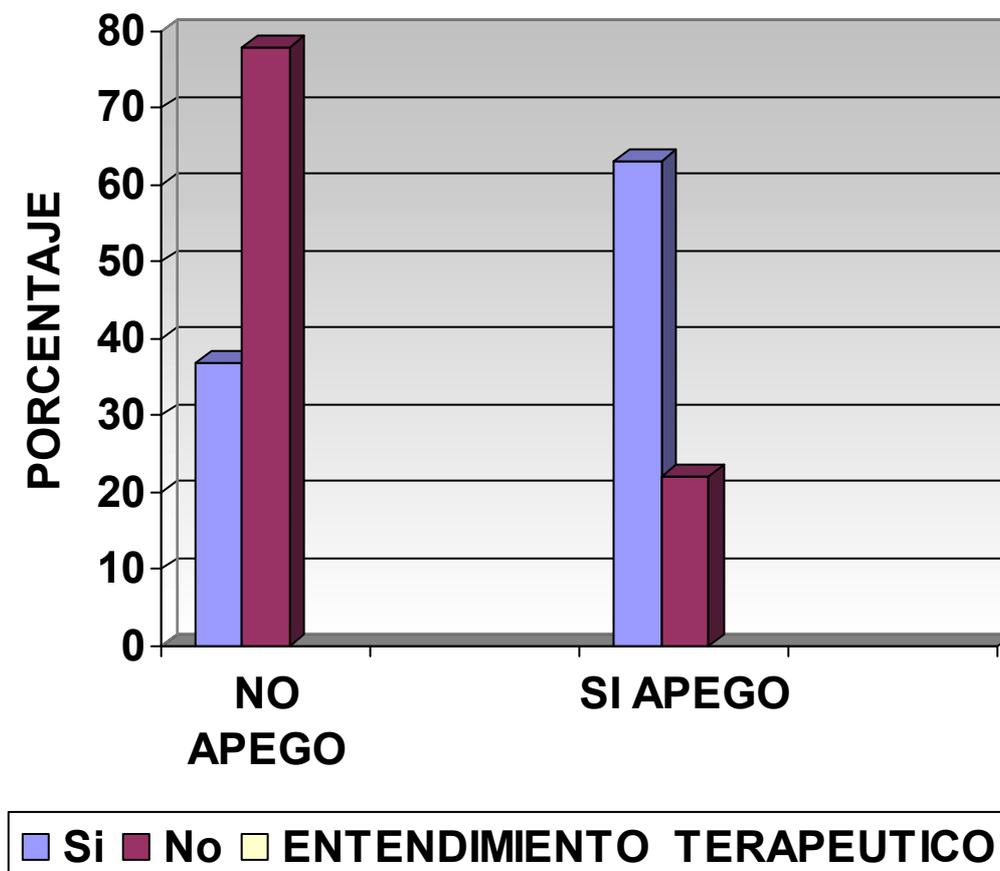
Entendimiento del paciente de las indicaciones medicas terapéuticas como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango, Zacatecas en el 2006.

ENTENDIMIENTO TERAPEUTICO	NO APEGO		SI APEGO		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
No	63	78	17	22	80
Si	30	37	52	63	82

Fuente: Encuestas

GRAFICA 12

Entendimiento del paciente de las indicaciones medicas terapéuticas como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango, Zacatecas en el 2006.



Fuente: Cuadro 12

CUADRO 13

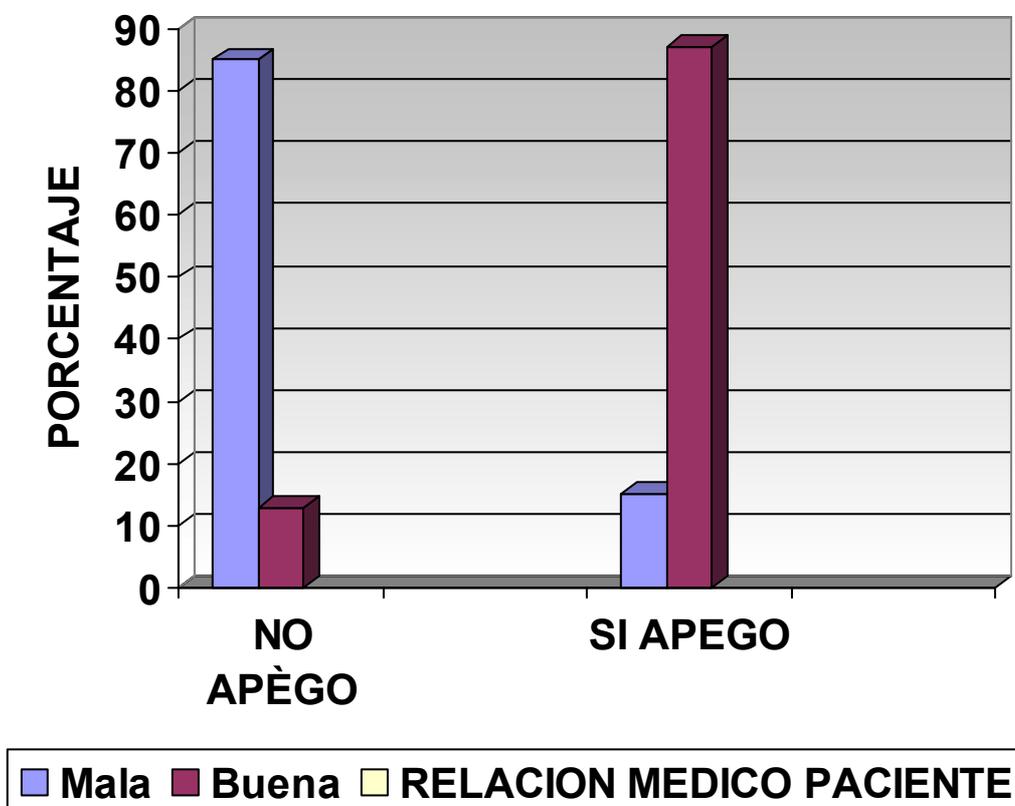
Relación médico paciente como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango ,Zacatecas en el 2006.

RELACION MEDICO PACIENTE	NO APEGO		SI APEGO		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Mala	85	85	15	15	100
Buena	8	13	54	87	62

Fuente: Encuestas

GRAFICA 13

Relación médico paciente como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango ,Zacatecas en el 2006.



Fuente: Cuadro 13

CUADRO 14

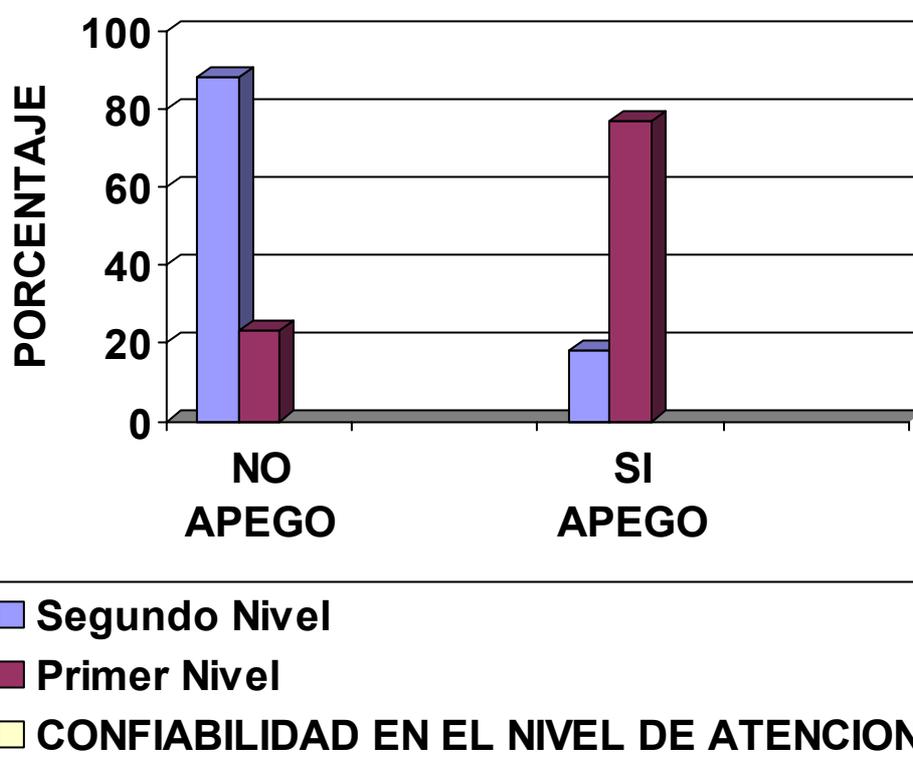
Confiabilidad del nivel de atención como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango ,Zacatecas en el 2006.

CONFIABILIDAD DEL NIVEL DE ATENCION	NO APEGO		SI APEGO		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Segundo Nivel	75	88	10	12	85
Primer Nivel	18	23	59	77	77

Fuente: Encuestas

GRAFICA 14

Confiabilidad del nivel de atención como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango ,Zacatecas en el 2006.



Fuente: Cuadro 14

CUADRO 15

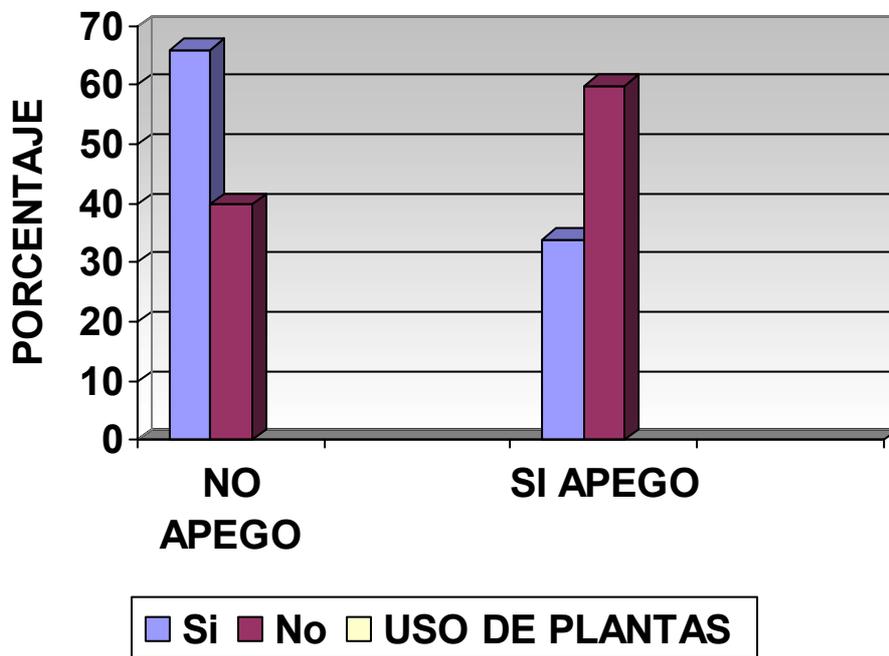
Uso de plantas como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango , Zacatecas en el 2006.

USO DE PLANTAS	NO APEGO		SI APEGO		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Si	71	66	36	34	107
No	22	40	33	60	55

Fuente: Encuestas

GRAFICA 15

Uso de plantas como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango , Zacatecas en el 2006.



Fuente: Cuadro 15

CUADRO 16

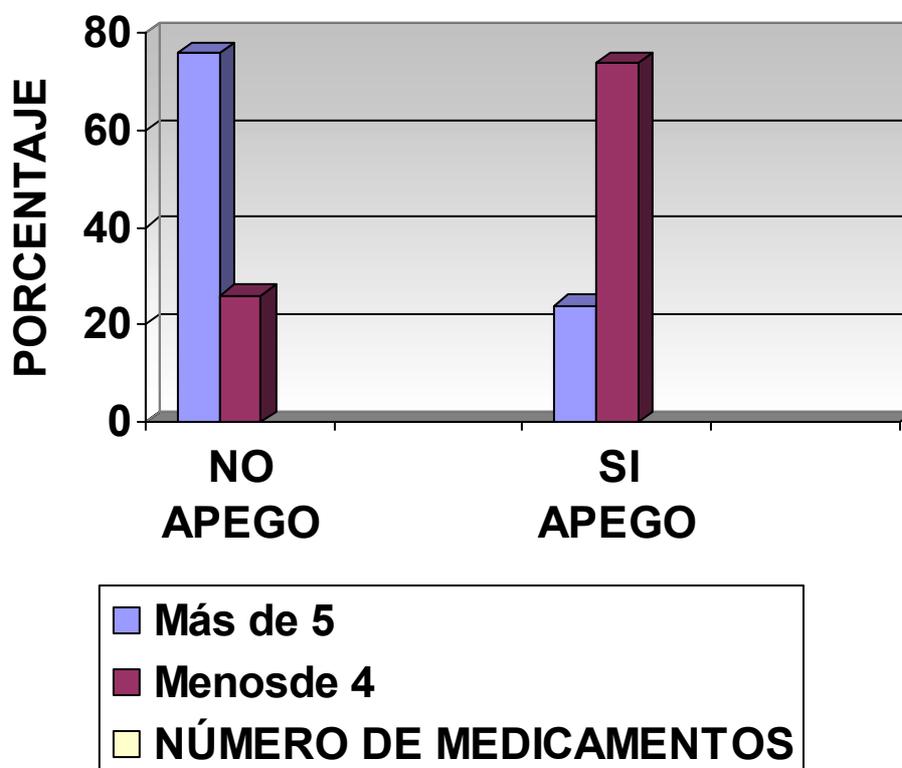
Numero de medicamentos como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango, Zacatecas en el 2006.

NUMERO DE MEDICAMENTOS	NO APEGO		SI APEGO		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Más de 5	77	76	24	24	101
Menos de 4	16	26	45	74	61

Fuente: Encuestas

GRAFICA 16

Numero de medicamentos como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango, Zacatecas en el 2006.



Fuente: Cuadro 16

CUADRO 17

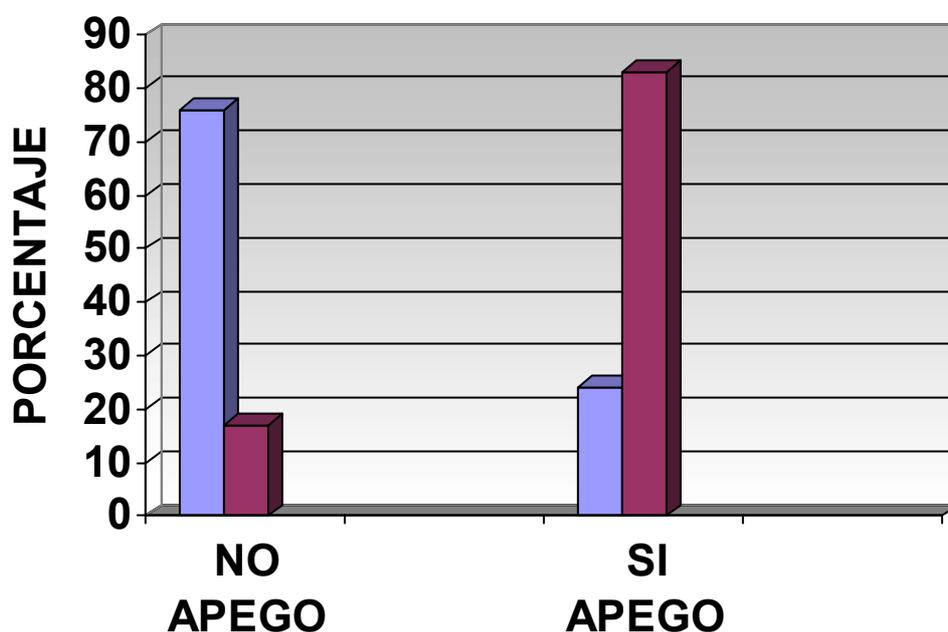
Número de pastillas como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango , Zacatecas en el 2006.

NUMERO DE PASTILLAS	NO APEGO		SI APEGO		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Más de 7	84	76	26	24	110
Menos de 6	9	17	43	83	52

Fuente: Encuestas

GRAFICA 17

Número de pastillas como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango , Zacatecas en el 2006.



■ Más de 7 ■ Menos de 6 ■ NÚMERO DE PASTILLAS

Fuente: Cuadro 17

CUADRO 18

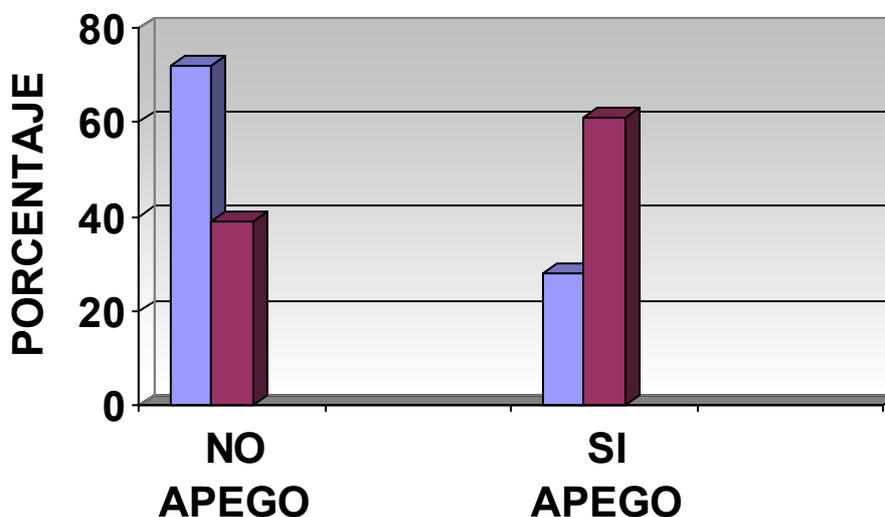
Adversidad a medicamentos como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango ,Zacatecas en el 2006.

EFECTOS SECUNDARIO A LOS MEDICAMENTOS	NO APEGO		SI APEGO		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Si	65	72	25	28	90
No	28	39	44	61	72

Fuente: Encuestas

GRAFICA 18

Efecto secundario a medicamentos como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango , Zacatecas en el 2006.



Fuente: Cuadro 18

CUADRO 19

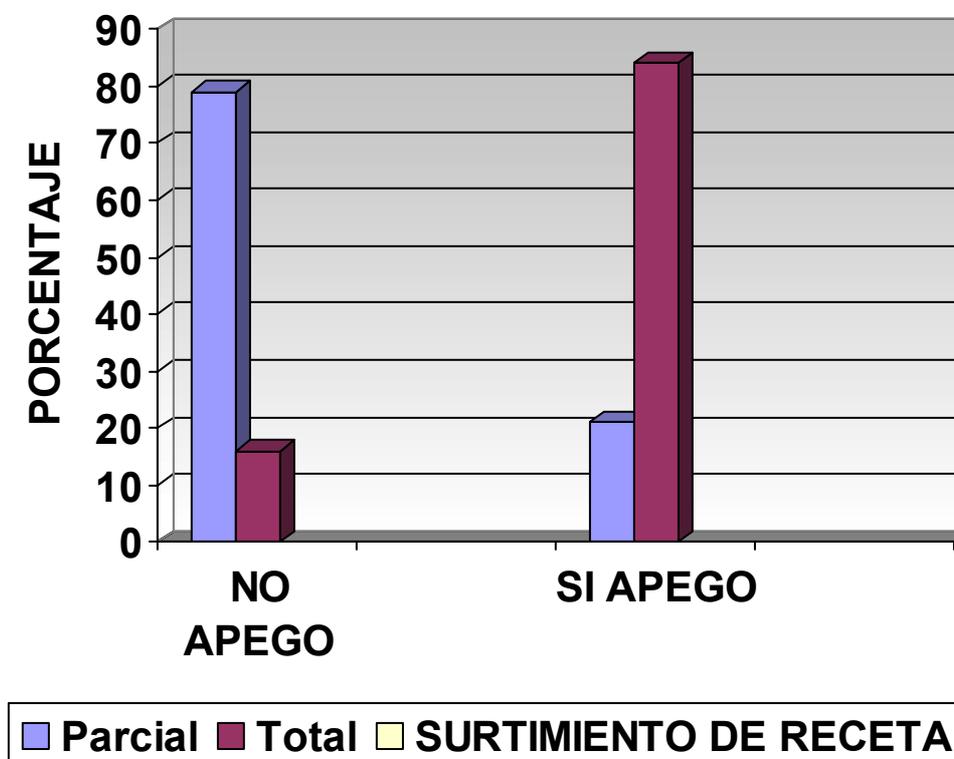
Surtimiento de receta como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango ,Zacatecas en el 2006.

SURTIMIENTO DE RECETA	NO APEGO		SI APEGO		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Parcial	84	79	22	21	106
Total	9	16	47	84	56

Fuente: Encuestas

GRAFICA 19

Surtimiento de receta como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos ala U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango ,Zacatecas en el 2006.



Fuente: Cuadro 19

CUADRO 20

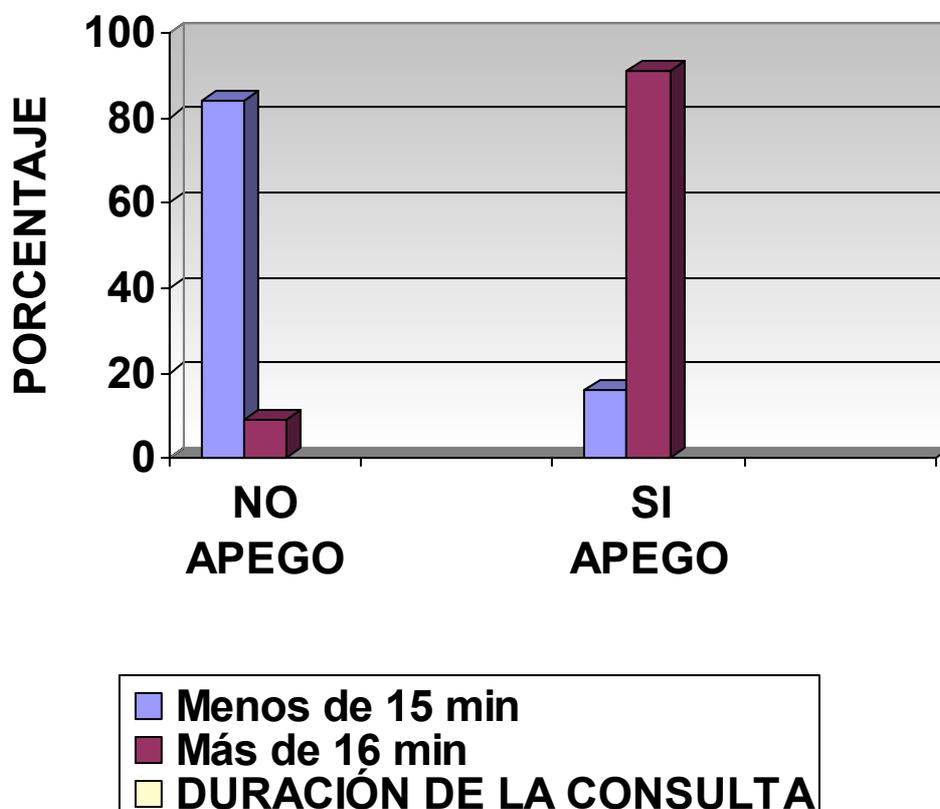
Tiempo de duración de la consulta como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango ,Zacatecas en el 2006.

DURACION DE LA CONSULTA	NO APEGO		SI APEGO		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Menos de 15 minutos	88	84	17	16	105
Mas de 16 minutos	5	9	52	91	57

Fuente: Encuestas

GRAFICA 20

Tiempo de duración de la consulta como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango ,Zacatecas en el 2006.



Fuente: Cuadro 20

CUADRO 21

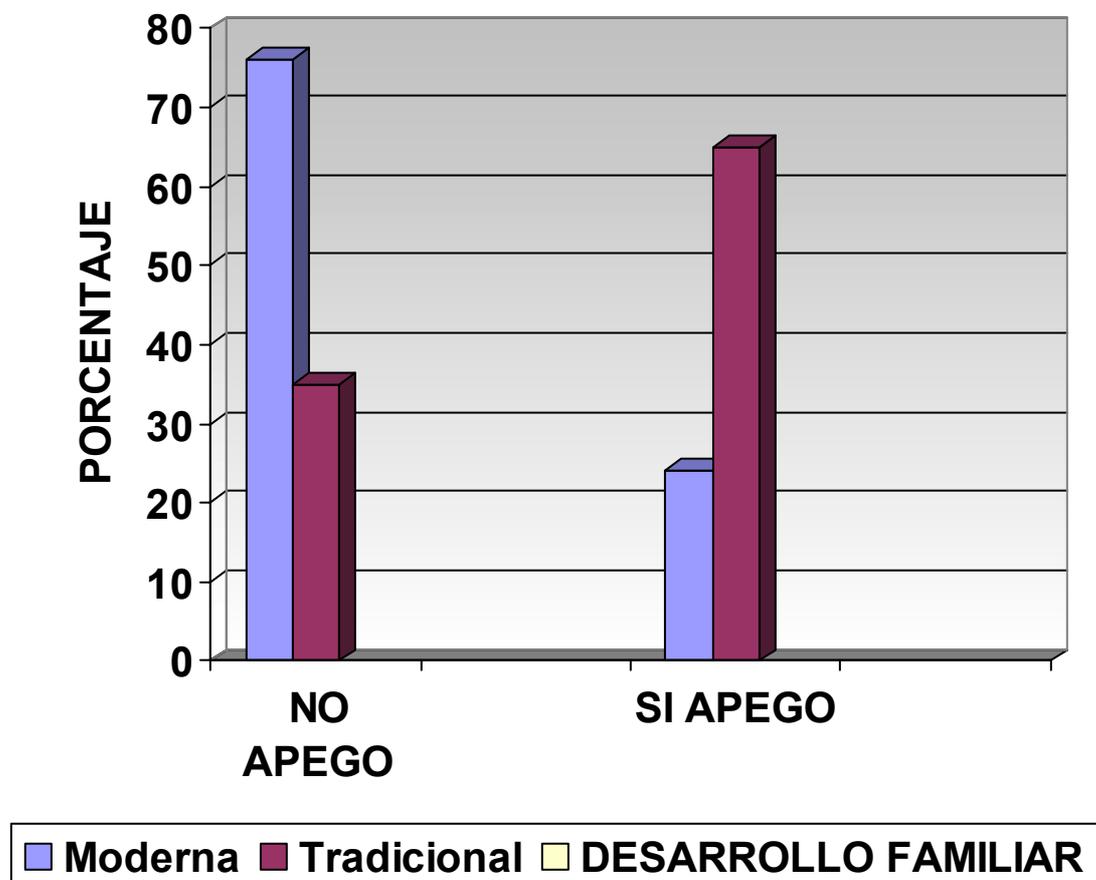
La familia en su desarrollo como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango ,Zacatecas en el 2006.

DESARROLLO FAMILIAR	NO APEGO		SI APEGO		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Moderna	68	76	22	24	90
Tradicional	25	35	47	65	72

Fuente: Encuestas

GRAFICA 21

Tipo de familia de acuerdo a su desarrollo como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango ,Zacatecas en el 2006.



Fuente: Cuadro 21

CUADRO 22

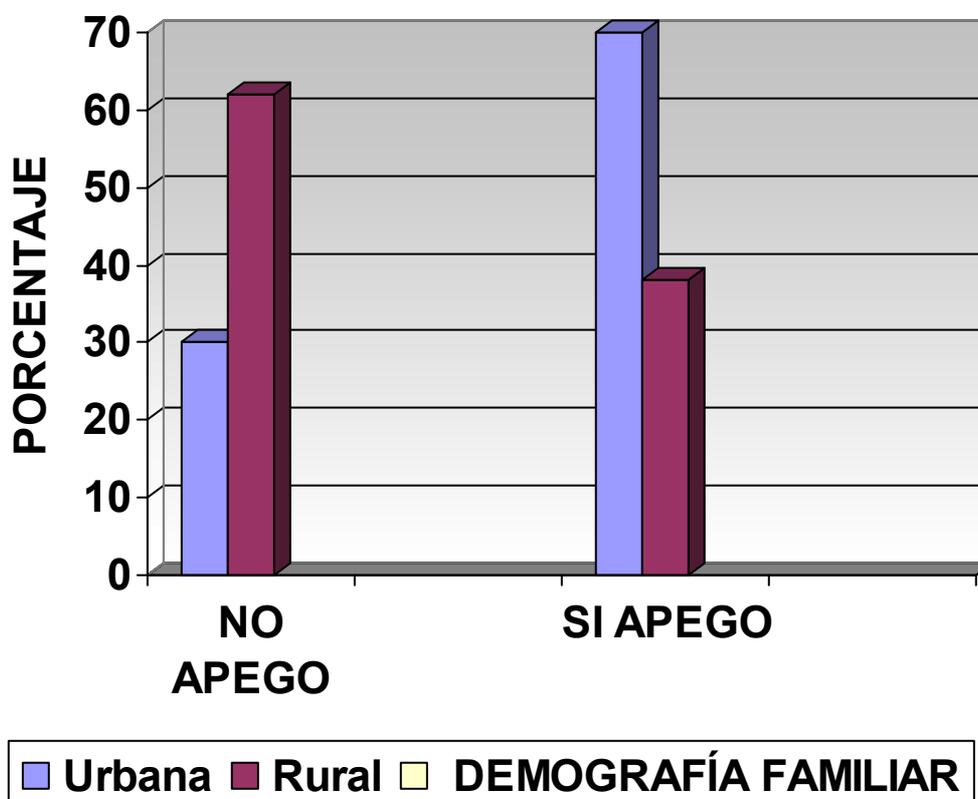
La familia en cuanto a su geografía como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango ,Zacatecas en el 2006.

DEMOGRAFIA FAMILIAR	NO APEGO		SI APEGO		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Urbana	86	62	53	38	139
Rural	7	30	16	70	23

Fuente: Encuestas

GRAFICA 22

La familia en cuanto a su geografía como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango ,Zacatecas en el 2006.



Fuente: Cuadro 22

CUADRO 23

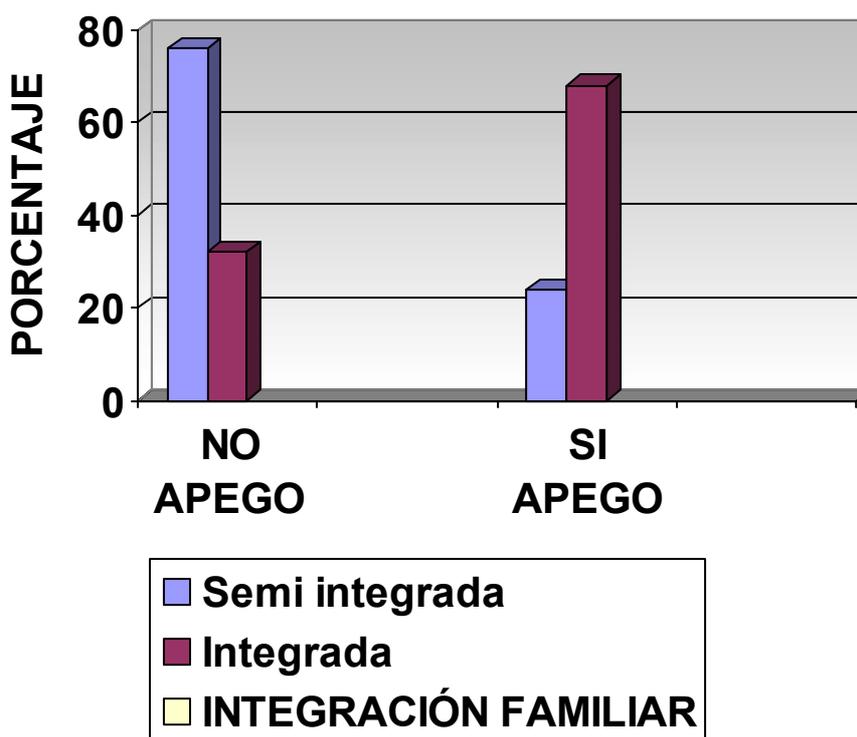
La familia en cuanto a su integración como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango ,Zacatecas en el 2006.

INTEGRACION FAMILIAR	NO APEGO		SI APEGO		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Semi -Integrada	71	76	22	24	93
Integrada	22	32	47	68	69

Fuente: Encuestas

GRAFICA 23

La familia en cuanto a su integración como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango ,Zacatecas en el 2006.



Fuente: Cuadro 23

CUADRO 24

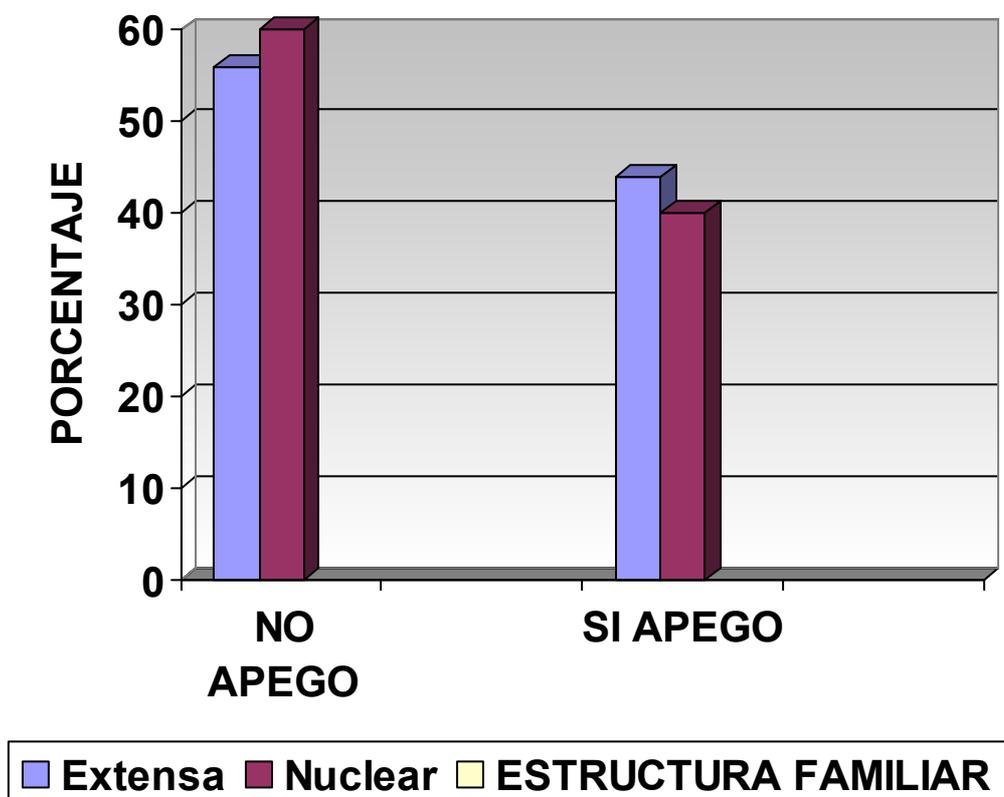
La familia en cuanto a su estructura como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango ,Zacatecas en el 2006.

ESTRUCTURA FAMILIAR	NO APEGO		SI APEGO		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Extensa	59	56	46	44	105
Nuclear	34	60	23	40	57

Fuente: Encuestas

GRAFICA 24

La familia en cuanto a su estructura como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango ,Zacatecas en el 2006.



Fuente: Cuadro 24

CUADRO 25

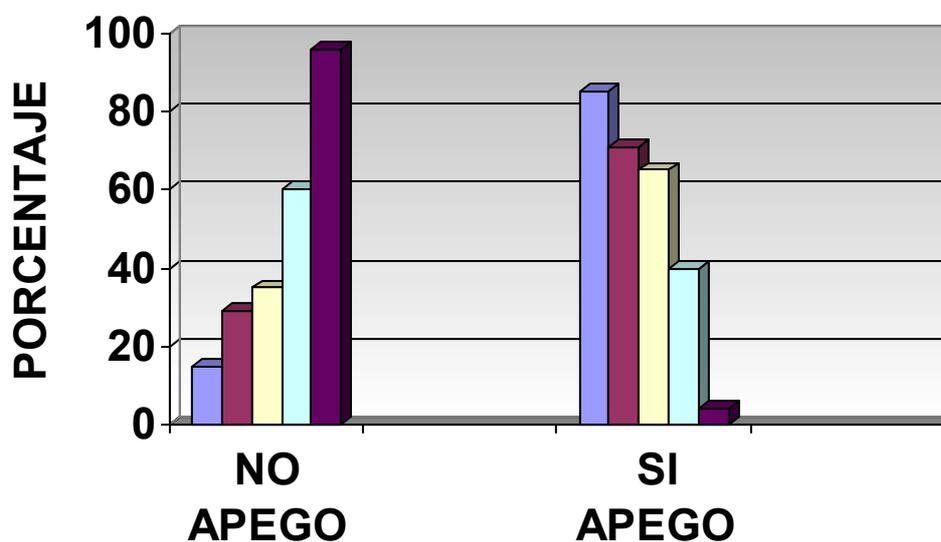
Etapa del ciclo vital de la familia como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos ala U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango ,Zacatecas en el 2006.

CICLO VITAL FAMILIAR	NO APEGO		SI APEGO		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Matrimonio	1	15	6	85	7
Expansión	7	29	17	71	24
Dispersión	13	35	25	65	38
Independencia	28	60	19	40	47
Retiro o Muerte	44	96	2	4	46

Fuente: Encuestas

GRAFICA 25

Etapa del ciclo vital de la familia como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos ala U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango ,Zacatecas en el 2006.



Fuente: Cuadro 25

CUADRO 26

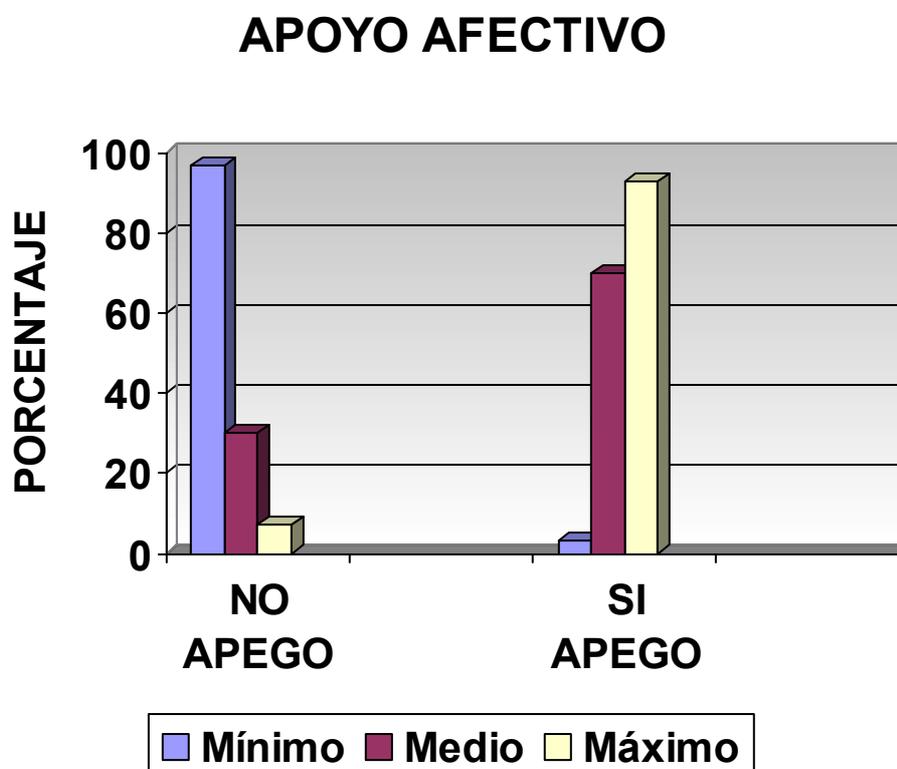
Apoyo afectivo como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos ala U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango, Zacatecas en el 2006.

APOYO AFECTIVO	NO APEGO		SI APEGO		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Mínimo	80	97	3	3	83
Medio	10	30	23	70	33
Máximo	3	7	43	93	46

Fuente: Encuestas

GRAFICA 26

Apoyo afectivo como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos ala U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango, Zacatecas en el 2006.



Fuente: Cuadro 26

CUADRO 27

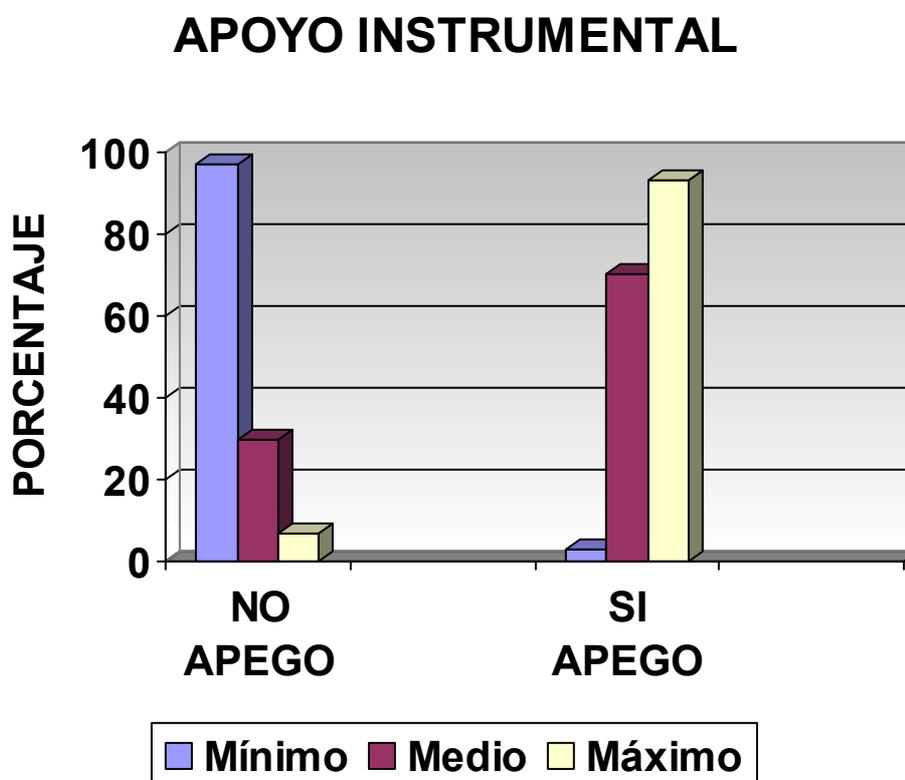
Apoyo instrumental como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos ala U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango , Zacatecas en el 2006.

APOYO INSTRUMENTAL	NO APEGO		SI APEGO		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Mínimo	79	83	16	17	95
Medio	12	40	18	60	30
Máximo	2	5	35	95	37

Fuente: Encuestas

GRAFICA 27

Apoyo instrumental como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos ala U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango, Zacatecas en el 2006.



Fuente: Cuadro 27

CUADRO 28

Tipos de apoyo social como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos ala U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango ,Zacatecas en el 2006.

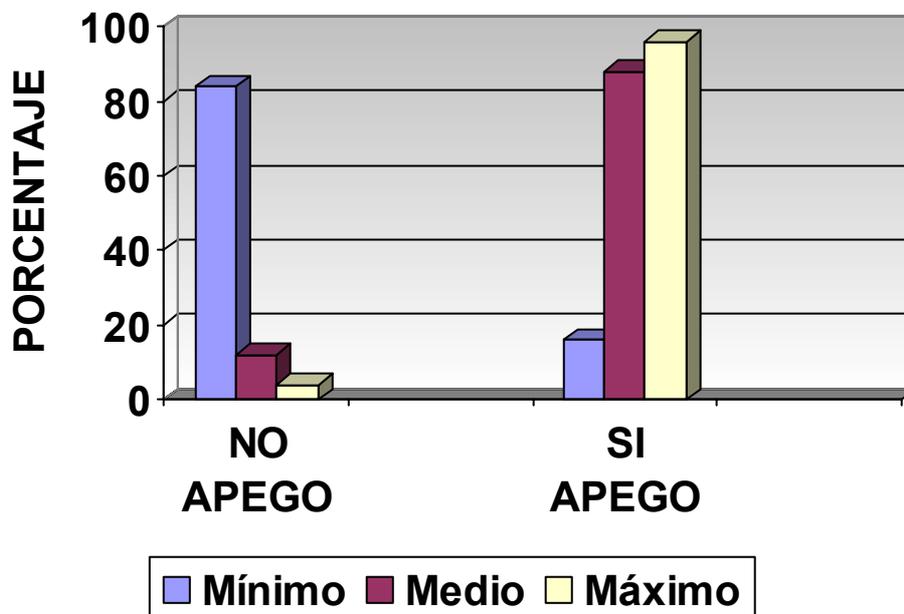
TIPO DE APOYO SOCIAL	NO APEGO		SI APEGO		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Mínimo (0-5 *)	88	84	17	16	105
Medio (6-9*)	4	12	30	88	34
Máximo (+ de 10*)	1	4	22	96	23

Fuente: Encuestas * personas

GRAFICA 28

Tipos de apoyo social como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos ala U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango ,Zacatecas en el 2006.

APOYO SOCIAL



Fuente: Cuadro 28

CUADRO 29

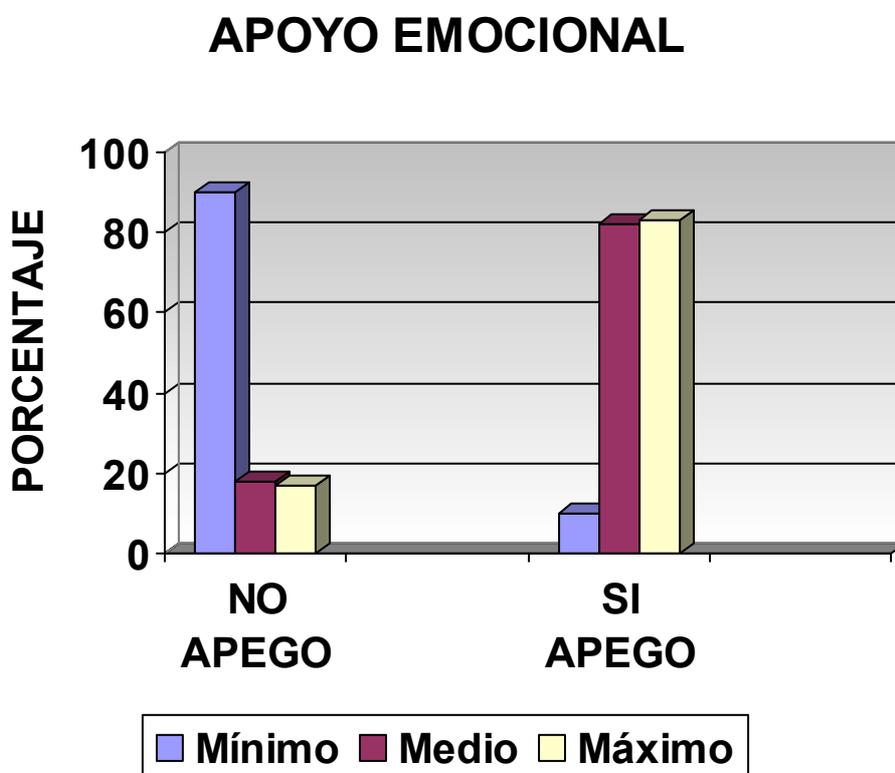
Apoyo emocional como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos ala U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango, Zacatecas en el 2006.

APOYO EMOCIONAL	NO APEGO		SI APEGO		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Mínimo	80	90	9	10	89
Medio	6	18	27	82	33
Máximo	7	17	33	83	40

Fuente: Encuestas

GRAFICA 29

Apoyo emocional como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos ala U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango, Zacatecas en el 2006.



Fuente: Cuadro 29

CUADRO 30

Redes sociales como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango, Zacatecas en el 2006.

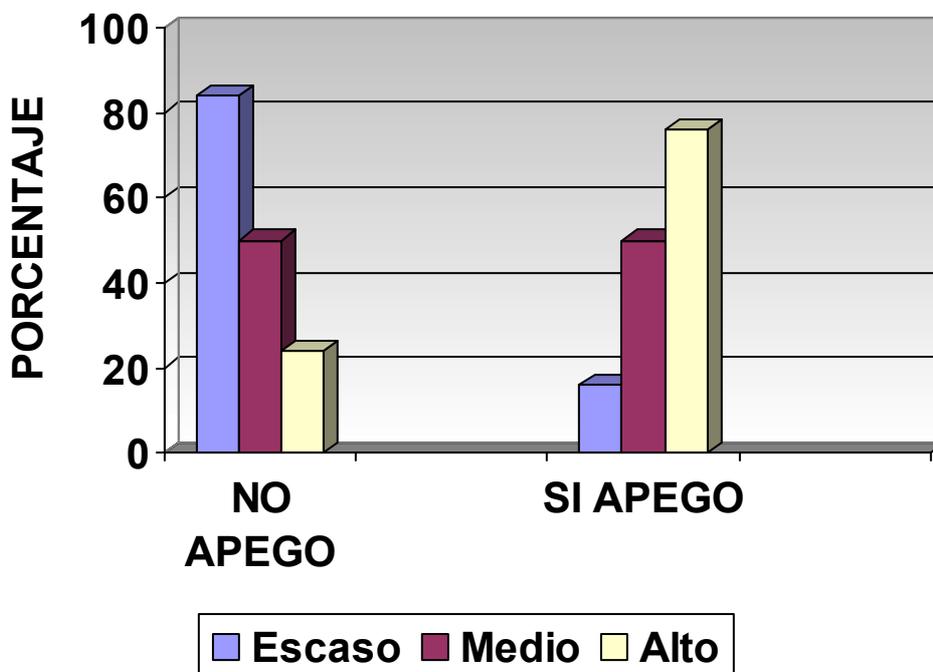
REDES SOCIALES	NO APEGO		SI APEGO		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Escasa	63	84	12	16	75
Media	18	50	18	50	36
Alta	12	24	39	76	51

Fuente: Encuestas

GRAFICA 30

Redes sociales como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango, Zacatecas en el 2006.

RED SOCIAL



Fuente: Cuadro 30

CUADRO 31

Cohesión familiar como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango , Zacatecas en el 2006.

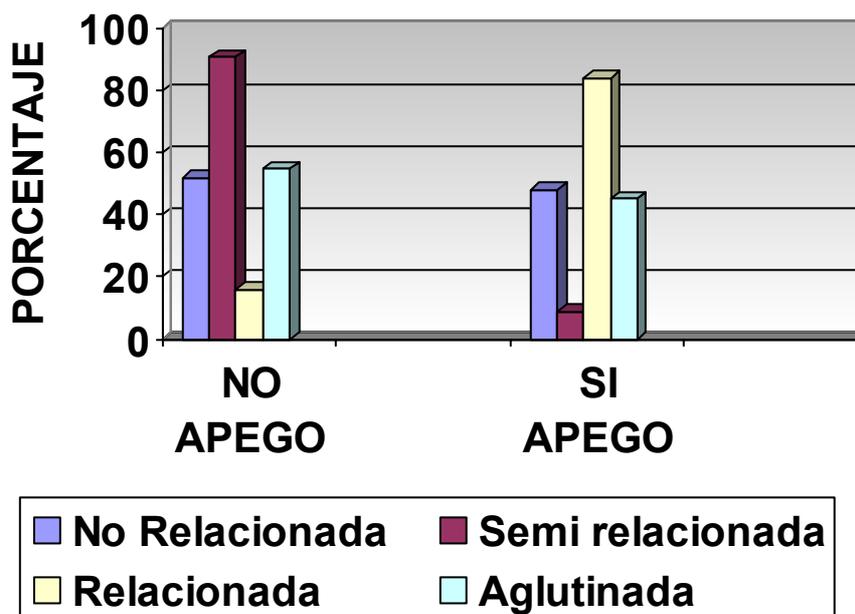
COHESION FAMILIAR	NO APEGO		SI APEGO		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
No relacionada	11	52	10	48	21
Semi - relacionada	68	91	7	9	75
Relacionada	9	16	48	84	57
Aglutinada	5	55	4	45	9

Fuente: Encuestas

GRAFICA 31

Cohesión familiar como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos a la U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango , Zacatecas en el 2006.

COHESIÓN FAMILIAR



Fuente: Cuadro 31

CUADRO 32

Adaptabilidad familiar como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos ala U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango ,Zacatecas en el 2006.

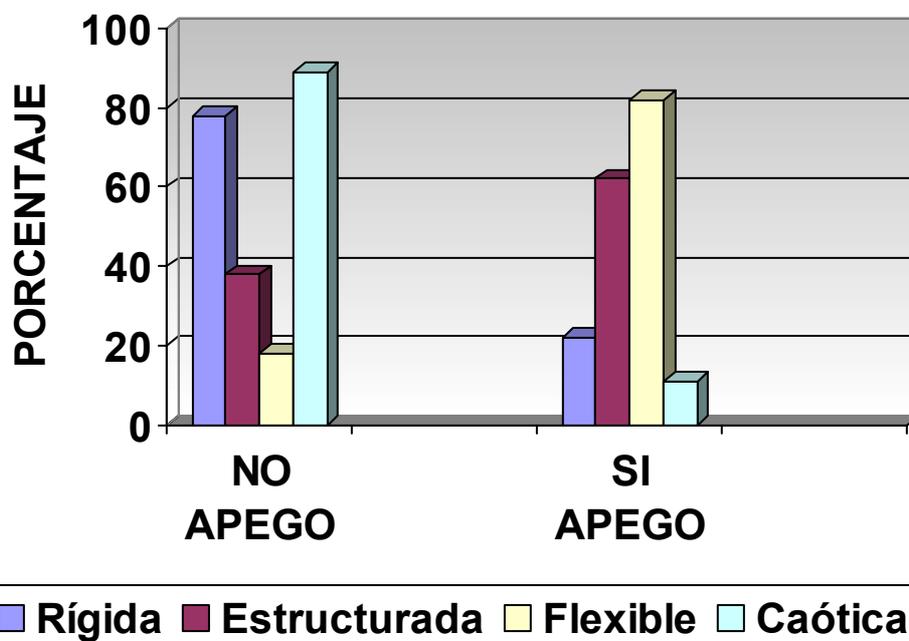
ADAPTABILIDAD FAMILIAR	NO APEGO		SI APEGO		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Rígida	18	78	5	22	23
Estructurada	15	38	25	62	40
Flexible	7	18	32	82	39
Caótica	53	89	7	11	60

Fuente: Encuestas

GRAFICA 32

Adaptabilidad familiar como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos ala U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango ,Zacatecas en el 2006.

ADAPTABILIDAD FAMILIAR



Fuente: Cuadro 32

CUADRO 33

Funcionalidad familiar como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos ala U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango ,Zacatecas en el 2006.

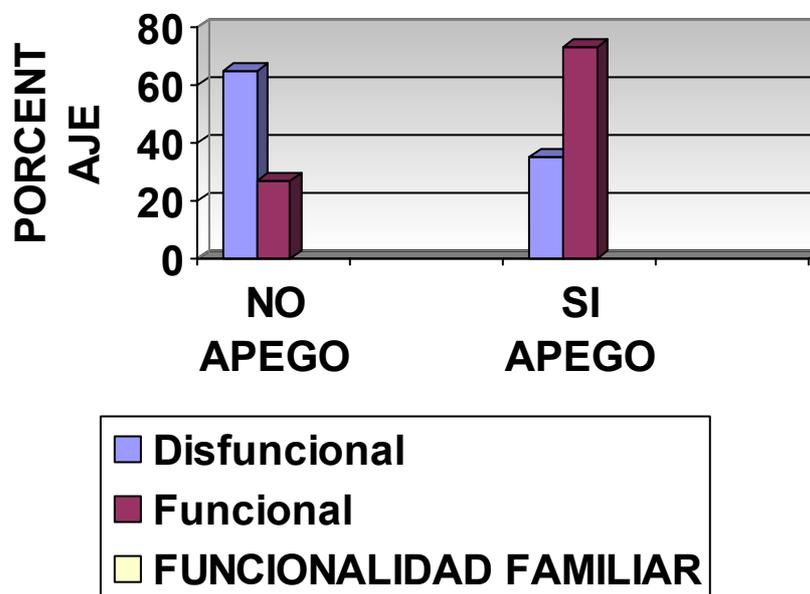
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	NO APEGO		SI APEGO		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Disfuncional	85	65	47	35	132
Funcional	8	27	22	73	30

Fuente: Encuestas

GRAFICA 33

Funcionalidad familiar como factor asociado a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos adscritos ala U.M.F No 43 del IMSS de Tlaltenango ,Zacatecas en el 2006.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR



Fuente: Cuadro 33

Cuadro no 34. Factores asociados a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos, Tlaltenango SR, Zac, 2006

	<i>NO apego</i>	<i>%</i>	<i>SI Apego</i>	<i>%</i>	<i>OR</i>	<i>IC</i>	<i>P</i>
<i>Factores Sociodemográficos</i>							
SEXO							
Masculino	69	75	23	25	-----	-----	-----
Femenino	24	35	46	65	1.57	0.75-3.28	0.1970
ESCOLARIDAD							
Baja	75	86	12	14	-----	-----	-----
Alta	18	24	57	76	1.56	0.69- 3.58	0.2490
ESTADO CIVIL							
Sin pareja	77	80	20	20	-----	-----	-----
Con pareja	16	25	49	75	1.20	0.57-.52	0.6120
ESTRATO SOCIO ECONOMICO							
Bajo	73	84	14	16	-----	-----	-----
Medio alto	20	27	55	73	1.11	0.52-2.42	0.7651
<i>Factores Clínicos</i>							
AÑOS DE DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD							
Mas de 1 años	62	73	23	27	-----	-----	-----
Menos de 10 años	31	40	46	60	1.22	0.59-2.55	0.5648
CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD POR PARTE DEL PACIENTE							
No	79	85	13	15	-----	-----	-----
Si	14	20	56	80	0.84	0.37-1.89	0.6467
HIPERTENSIÓN ARTERIAL							
Descontrol	57	84	11	16	-----	-----	-----←
Control	12	13	82	87	1.37	0.57-3.27	0.4375
DIABETES MELLITUS							
Descontrol	65	92	6	8	-----	-----	-----
Control	4	4	87	96	2.55	1.02-6.38	0.0255 ←
PRESENTACIÓN DE COMPLICACIONES PROPIAS DE LA ENFERMEDAD							
Si	70	76	22	24	-----	-----	-----
No	23	33	47	67	1.37	0.65-2.87	0.3678

Factores Terapéuticos

PRESENTACION DE EFECTOS ADVERSOS A LOS MEDICAMENTOS

Si	65	72	25	28	-----	-----	-----
No	28	39	44	61	0.61	0.28-1.32	0.1729

USO DE PLANTAS

Si	71	66	36	34	-----	-----	-----
No	22	40	33	60	1.15	0.36-3.54	0.7930

NÚMERO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS AL MES

Mas de 5	77	76	24	24	-----	-----	-----
Menos de 4	16	26	45	74	1.17	0.47-3.00	0.7133

NUMERO DE PASTILLAS PRESCRITAS POR DIA

Mas de 7	84	76	26	24	-----	-----	-----
Menos de 6	9	17	43	83	1.10	0.27-4.19	0.8842

Factores de Relación médico paciente

INSPIRACIÓN DE CONFIANZA DEL MÉDICO AL PACIENTE

No	77	76	24	24	-----	-----	-----←
Si	16	26	45	74	0.28	0.04-1.33	0.558

ENTENDIMIENTO AL MÉDICO DE LAS INDICACIONES TERAPÉUTICAS

No	63	78	17	22	-----	-----	-----
Si	30	37	52	63	1.62	0.68-3.82	0.2312

RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE

Mala	85	85	15	15	-----	-----	-----
Buena	8	13	54	87	1.33	0.59-2.96	0.4523

Factores Institucionales

SURTIMIENTO DE RECETA

Parcial	84	79	22	21	-----	-----	-----
Total	9	16	47	84	0.65	0.30-1.43	0.2438

DURACIÓN DE LA CONSULTA

Menos de 15 minutos	88	84	17	16	-----	-----	-----
Más de 16 minutos	5	9	52	91	1.50	0.58-3.95	0.3648

CONFIABILIDAD EN EL NIVEL DE ATENCIÓN

Segundo nivel	75	88	10	12	-----	-----	-----
Primer nivel	18	23	59	77	0.19	0.01-1.45	0.773

Factores familiares

DESARROLLO FAMILIAR							
Moderna	68	76	22	24	-----	-----	-----
Tradicional	25	35	47	65	0.79	0.38-1.64	0.4878
DEMOGRAFIA FAMILIAR							
Urbana	86	62	53	38	-----	-----	-----
Rural	7	30	16	70	0.91	0.38-2.14	0.8081
ESTRUCTURA FAMILIAR							
Extensa	59	56	46	44	-----	-----	-----
Nuclear	34	60	23	40	1.05	0.50-2.21	0.8802
INTEGRACION FAMILIAR							
Semintegrada	71	76	22	24	-----	-----	-----
Integrada	22	32	47	68	1.68	0.80-3.53	0.1340

En el cumplimiento terapéutico (Test de Batalla) la proporción global de pacientes que resultaron cumplidores mediante este método fue del 15.6%. Distribución de pacientes según test de conocimientos, referido a la hipertensión arterial (HTA), de 148 pacientes piensan que la HTA es para toda la vida el 58%, y el 30% no saben/ no contestan. En cuanto a si se puede controlar con dieta y/o medicación el 75.7% piensan que sí. La distribución de pacientes según test de conocimientos, referido a la diabetes mellitus tipo 2 (DM2): de 148 pacientes, 64% piensan que la diabetes mellitus es una enfermedad para toda la vida, y en cuanto a que si se puede controlar con dieta y / o medicación 60.8% responden afirmativamente. En comparación con los conocimientos en relación a la HTA, los pacientes están mas inseguros y saben menos de su DM2. Respecto a los conocimientos sobre que órganos pueden lesionarse por HTA o DM2, el corazón es el órgano más frecuentemente identificado como susceptible de afectarse por estas enfermedades, y el sistema circulatorio el que menos. En general conocen escasamente los órganos que pueden verse afectados por la diabetes o la HTA, siendo los sujetos que conocen 2 ó más órganos afectados el 23%.

En el test de Morisky-Green, la proporción global de pacientes que resultaron cumplidores del tratamiento fue del 76.8%.

En el recuento de comprimidos el porcentaje global de pacientes cumplidores con el recuento fue del 34.6%.

La relación entre los métodos de medida del cumplimiento terapéutico, Test de Batalla y recuento de comprimidos (Morinsky – Green), al relacionar estos dos métodos observamos como de los 41 pacientes que realizaron incorrectamente el test de Batalla, 29 resultaron incumplidores al efectuar el recuento de comprimidos; y de los 11 que realizaron correctamente el Batalla, 5 fueron cumplidores y 6 no lo fueron al hacer el recuento de comprimidos. El test de Batalla, considerando el recuento de comprimidos como patrón para diagnosticar el cumplimiento, obtiene los siguientes valores: Sensibilidad= 85%, Especificidad= 33%, Valor predictivo positivo =70% y Valor predictivo negativo=54%.

En relación al test de Morisky-Green y recuento de comprimidos, al relacionar estos dos métodos de valoración del cumplimiento del tratamiento farmacológico de nuestros pacientes se ha puesto de manifiesto que existe significación estadística entre ellos, de tal forma que con una $p= 0.028$ los pacientes que contestaron incorrectamente el test de Morisky-Green, es decir no cumplidores del tratamiento, también resultaron no cumplidores al realizarles el recuento de comprimidos en domicilio.

Por otra parte los pacientes que realizaron correctamente el test de Morisky-Green, en un bajo porcentaje resultaron ser cumplidores en el recuento de comprimidos en domicilio, mientras que el porcentaje de incumplidores detectados por este test respecto a patrón oro (recuento de comprimidos por sorpresa) fue muy superior

8.- DISCUSIÓN

En primer lugar debemos considerar las pérdidas ocurridas a lo largo del estudio; los diversos motivos que las ocasionaron fueron los siguientes: realización de la entrevista por un médico desconocido para el paciente, gran número de pacientes que cambiaron de domicilio, pérdidas acontecidas en la visita domiciliaria (por sorpresa), como no encontrarse el paciente en su domicilio a la hora de la visita, por lo que se tuvo que insistir en una segunda visita (ya no tan de sorpresa) aunque de igual manera que la primer visita, el paciente desconocía la finalidad de la misma, lo que trajo por consecuencia, demora en el registro de los datos, lo que concuerda con otros estudios acerca de los inconvenientes de las visitas a domicilio ⁸.

El hecho que la mayoría de nuestros pacientes pertenezcan al sexo femenino coincide con otros estudios analizados, donde según Lawler, ha demostrado que acuden en un 65% las mujeres a recibir atención médica contra el 35% de hombres; por lo que se pudiera considerar sesgo el pensar que las mujeres se ven afectadas en mayor porcentaje a las diferentes patologías en la mayoría de los estudios realizados, sino tomamos en cuenta esta significativa diferencia, que va en proporción de 2:1. ⁹

Son pocos los estudios realizados en el ámbito nacional sobre el apego terapéutico. Sackett describe varios métodos para medir el cumplimiento terapéutico como son la cuenta de tabletas y la entrevista con el paciente cuando no se puede hacer el estándar de oro (medición del fármaco en sangre y orina) ^{1, 14, 15, 18}

El control glucémico fue la variable estadísticamente significativa para el apego al tratamiento y esto concuerda con lo notificado por otros autores al estudiar enfermedades crónicas. ^{1, 8, 13}

El grupo de pacientes presento características sociodemográficas similares a la de otras series consultadas. ^{7, 10, 14}

Las bajas puntuaciones en el aislamiento social son similares a las del estudio catalán. La frecuencia de disfunción familiar valorada mediante la prueba de apgar familiar en este estudio fue (70%) similar a la referida en otros estudios de la bibliografía médica donde se menciona esta disfunción familiar entre un 60 a 79% ^{1, 7, 16}

Tanto los que refirieron buen apoyo familiar como buen *apoyo social* presentaron mejores tasas de cumplimiento terapéutico, por lo que se podría interpretar que ambos son aspectos que refuerzan la conducta individual de apego al tratamiento.

Lo novedoso de este estudio es que se determinaron las características de familia como son: tipo de familia, desarrollo familiar, demografía familiar, integración familiar, etapa del ciclo vital familiar, tipo de apoyos familiar, red social, cohesión y adaptabilidad familiar, funcionalidad familiar; que influyen en el ámbito familiar y que por tanto podrían constituir una aportación en este trabajo. Sin embargo en éste estudio se muestra que los paciente con diabetes y/o hipertensos tienen un mayor control de la glucemia y de las cifras tensionales, respectivamente, con mayor apego al tratamiento cuando reciben apoyo familiar, de lo que se desprende la necesidad de dirigir acciones de intervención orientada al mejoramiento del entorno familiar, independientemente de las características de la familia.

Por otro lado, llama la atención que los pacientes con presión arterial descontrolada, también presentaban en un 66% apego al tratamiento. Lo anterior pudiera ser indicativo de una prescripción inadecuada, circunstancia que no se abordó en éste estudio ya que se rebasa sus objetivos, por lo que su evaluación será motivo de otros trabajos con el diseño apropiado.

La prevalencia de cumplimiento, valorada mediante el recuento de comprimidos en domicilio, resulto ser de un 70.9%, lo que nos sitúa en límites bajos referidos en la bibliografía. Probablemente nuestra población cuenta con unas características que, según diversos autores ^{7, 12, 17, 18}, favorecen a una mayor tasa de olvidos como podría ser: edad elevada, existencia de pluripatología y pluricomplejidades; ya que implican una mayor complejidad en el tratamiento, mas el alto grado de analfabetismo o estudios básicos como primaria, puede conducir a conocimiento escasos sobre su enfermedad, y finalmente larga evolución de la enfermedad y tratamiento prescrito para ella.

Al comparar el porcentaje del cumplimiento obtenido con los métodos de medida empleados para este estudio, observamos como con cada uno de ellos resultó un grado distinto de apego al tratamiento; esto podría ser explicado porque cada método utilizado, valora y examina distintos factores implicados en el apego al tratamiento

Sería de suma importancia evaluar los métodos de enseñanza que se imparte en las unidades médicas donde se atiende a pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus e hipertensión; sobre todo si se considera que éstas enfermedades son crónicas y que requieren un control adecuado - con el fin de evitar complicaciones graves a corto y

largo plazo -, en el cual intervienen múltiples disciplinas, sobre todo educativas, y no solo el apego farmacológico.

Se le puede recomendar al IMSS que debido a la gran diversidad del arsenal terapéutico disponible actualmente para el manejo de la HAS y de la DM, el éxito del tratamiento depende fundamentalmente del apego, por lo que es necesario desarrollar estrategias dirigidas a determinar cuales son los factores para que el paciente se apegue al manejo.

No obstante queda por aclarar y definir un perfil del paciente cumplidor, así como profundizar en un mejor conocimiento de los múltiples factores y sus interacciones, que acaban determinando el abandono al apego al tratamiento, entre esos factores, sería motivo de otro estudio abordar el tipo de personalidad que predomina tanto en pacientes diabéticos e hipertensos; y hacer una comparativa con el tipo de familia y el apoyo familiar que reciben estos pacientes, para poder determinar si esto influye en un determinado momento para el apego o el abandono al tratamiento

9.- CONCLUSIONES

La prevalencia a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos en Tlaltenango, Zacatecas es del 54%, siendo inferior a la anteriormente reportada de 80 % en población mexicana.

Podemos concluir que existen factores asociados a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos y/o hipertensos como lo son los factores sociodemográficos, esto es, ser del sexo masculino , mayor de 60 años, de escolaridad baja, con un nivel socioeconómico bajo y no contar con una pareja con la cual viva; factores clínicos como: tener mas de 10 años de diagnosticada la enfermedad , pobre conocimiento de la enfermedad por parte del paciente, o el presentar ya complicaciones propias de la enfermedad; factores terapéuticos como : presentar efectos secundarios a los medicamentos (entre ellos los 3 principales encontrados en este estudio fueron: gastritis, nauseas y colitis, en ese orden de frecuencia) , mas de 6 medicamentos prescritos al mes, y mas de 7 pastillas ingeridas por día; factores en la relación médico – paciente como la no confianza al médico tratante, no entender las indicaciones terapéuticas, o la no confianza en el segundo nivel de atención médica dada la mala relación médico paciente que manifiestan los pacientes; factores institucionales como el surtimiento de la receta en forma parcial, o que la consulta médica dure menos de 15 minutos; factores familiares como contar con una familia de estructura extensa, de desarrollo moderna, con una demografía urbana, semi integrada, que se encuentre en el ciclo vital familiar en la fase de retiro, que tenga pobre apoyo familiar, escasa red social, mínima cohesión y adaptabilidad familiar y cuente con una familia disfuncional. Todo esto podemos decir que pueden ser factores de riesgo que conlleven a una alta probabilidad de abandono al tratamiento.

10.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. García G.M. Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. *Semergen* 2004; 30 (2): 55-59
2. Rodríguez M. M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Sal Publ Méx.*, 2001;43: 336-339
3. Valcuende M.L. Autoanálisis en la diabetes mellitus. *Aten primaria* 2003; 31 (6) : 394-396
4. Fernández F. I. Diabetes mellitus tipo 2. *Atenc prim.* 2002; 29 (2): 101-108
5. López J.M. Estilo de vida y control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. validación por constructor del IMEVID. *Aten prim.* 2004; 33(1): 20-27
6. Carlos Ch.N. Factores de riesgo en diabetes mellitus tipo 2. *Med Interna Méx.* 2003; 19(.5) : 301 – 309
7. López B. L. Perfil de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en la atención primaria española. *Rev Clín Española* 2004; 204 (1): 18-24
8. De la calle HR.. Evaluación del cumplimiento de los objetivos de control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2. estudio tranSTAR. *Medic Clín Barcelona* 2003; 120 (12): 446 – 450.
9. Rodríguez M.R. Factores de los médicos familiares asociados al control glucémico de sus pacientes con diabetes mellitus. *Gac med Méx.* 2003; 139 (2) : 112-116
10. Pulgar S. M. Validez de los nuevos criterios diagnósticos de la diabetes mellitus tipo 2. impacto de aplicación en un área de salud. *Aten prim.* 2001; 27. (2) : 89-95.
11. De los Rios J.L. Calidad de vida en pacientes diabéticos tipo 2. *Rev. med del IMSS* 2004; 42 (2): 109-116
12. Montemayor D.M.. diabetes mellitus tipo 2 en niños y adolescentes: un problema emergente. *Med univ.* Vol. 6, No. 24, julio- septiembre, 2004: 204-210
13. López B.J. Los costos socioeconómicos de la diabetes mellitus. *Aten prim.* 2002; 29 (3): 145 – 150

14. Gil VF, Belda J, Piñeiro F. El cumplimiento terapéutico. Madrid: Doyma; 1999; 1:13-19
15. Cuenca Boy R, Ortiz de Apodaca Ruiz MA. Incumplimiento terapéutico ambulatorio en ancianos tratados con digoxina. Aten Primaria 1998; 21: 302-306.
16. Grupo de Trabajo en Hipertensión. Observancia terapéutica en el paciente hipertenso. Madrid: Sociedad Española de Hipertensión- Liga Española para la lucha contra la Hipertensión arterial; 1996.
17. MacFadyen RJ, Struthers AD. The practical assessment of compliance with ACE-Inhibitor therapy-a novel approach. J Cardiovasc Pharmacol 1997; 29:119-124.
18. Puigventós Latorre F, Llodrá Ortola V, Vilanova Bolto M, Delgado Sánchez O, Lázaro Ferreruella M, Forteza-Rey Borralleras, J. Cumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión: 10 años de publicaciones en España. Med Clín (Barc) 1997; 109: 702-706.
19. García G.M. Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. Semergen 2004; 30 (2): 55-59
20. Rubio AF. Apego al tratamiento: un aspecto olvidado en el manejo del paciente hipertenso. Med int. Méx. 1999; 15 (6): 260-264.
21. Ariza CR. Apego al tratamiento antibiótico. Rev. Méx. de puericultura y ped; 1998, 5 (29): 69
22. Duran B R.. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Salud publica de México. 2001; 43(3): 233-236.
23. Jáuregui J.J. Control del padecimiento en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial: impacto de un programa multidisciplinario. Rev Med IMSS 2002; 40 (4): 307-318.
24. Torres E.I. Intervención para mejorar el apego al tratamiento en pacientes con VIH. Medicina interna México. 2003 ; 19. (5), : 280-284
25. Quiroz P.J. Salud competencia de las familias. Diabetes tipo 2. Rev Med IMSS 2002; 40 (3): 213-220
26. Rodríguez M. M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Sal Publ Méx., 2001;43: 336-339
- 27 López B.J. Los costos socioeconómicos de la diabetes mellitus. Aten prim. 2002; 29 (3): 145 – 150

28. Merino J, Gil V, Belda J Métodos de conocimiento y medida de la observancia. En: Martínez Aménos A. La observancia en el tratamiento de la hipertensión arterial. Barcelona: Doyma, 1993; 7-30.
29. López J.M. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Sal publ Méx.* 2003; 45(4) : 20-27
30. Gil V, Pineda M, Martínez JL, Belda J, Santos ML, Merino J Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial. *Med Clin (Barc)* 1994; 102: 532-536.
31. Márquez E, Gutiérrez C, Jiménez C, Franco C, Baquero C, Ruiz R Observancia terapéutica en la hipertensión arterial. Validación de métodos indirectos que valoran el cumplimiento terapéutico. *Aten Primaria* 1995; 16: 496-500.
32. Morisky DE, Green LW, Levine DM Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986; 24: 67-74.
33. Batalla C, Blanquer A, Ciurana R, García M, Cases E, Pérez A et al Cumplimiento de la prescripción farmacológica en pacientes hipertensos. *Aten Primaria* 1984; 1: 185-191.
34. Piñeiro Chousa F, Gil Guillen VF, Donis Otero M, Orozco Beltrán D, Pastor López R, Merino Sánchez J. Validez de seis métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en la diabetes no insulino dependiente. *Rev Clín Esp* 1997; 197: 555-559.
35. Piñeiro F, Gil V, Donis M, Orozco D, Pastor R, Merino J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial. *Aten Primaria* 1997; 19: 372-376

11.- ANEXOS:



(ANEXO 1)

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES
DIABETICOS Y/O HIPERTENSOS**

Número de Folio: _____

Fecha: _____

INSTRUCCIONES: Le agradecemos que lea cuidadosamente las preguntas y conteste lo que usted considera que refleja mejor el apego al tratamiento en el último mes.

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1. NOMBRE: _____ AFILIACION _____
2. DOMICILIO: _____ TELEFONO _____
3. EDAD: _____
4. SEXO: masculino femenino
5. OCUPACION _____
6. ESTADO CIVIL :
 Soltero casado viudo divorciado unión libre
7. ESCOLARIDAD : Analfabeta primaria incompleta primaria completa
 Secundaria incompleta Secundaria terminada preparatoria incompleta
 Preparatoria completa

II. DATOS TERAPEUTICOS.

1. TA _____ Glucemia(mg/dl) _____
2. TIEMPO DE EVOLUCION DE SU ENFERMEDAD (en Años) _____
3. ¿Cuanto tiempo duró aproximadamente la consulta? 5 min 10 min 15 min
 20 min 25 min 30 min mas de 30 min
6. ¿le entendió al médico como se tomara su medicamento? Si no
7. ¿conoce acerca de su enfermedad? Si no
- 8.- ¿presenta alguna complicación propia de la enfermedad? Si no
9. ¿tiene usted efectos adversos con los medicamentos? Si no
10. ¿usa plantas a los que atribuyen propiedades medicinales? Si no
- 11.- ¿le inspira confianza el médico? Si no

12. Mencione que medicamentos toma y a que hora se los toma:

13. el surtimiento de su receta fue: total (100%) parcial (50%) no hubo nada (0%)

14. ¿a quien le hace mas caso de cómo tomar su medicamento?

15. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad (especificar)?
 si no

16. ¿Toma los medicamentos a las horas que le han indicado? si no

17. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?

18. Si alguna vez la medicación le sienta mal, ¿deja de tomarla? si no

III. DATOS DE LA FAMILIA.

1. ¿Cuántas personas viven en su casa? _____

2. ¿cuenta con casa propia? si no

3. ¿vive con una pareja? si no

4. ¿cuántos hijos tiene? _____

5. ¿Cuántos hijos tiene estudiando? _____

6. ¿Tiene hijos casados? _____

7. ¿Desde cuando es usted pensionado? _____

8. ¿Con cuantas personas puede usted contar realmente para que le ayuden cuando tiene un problema o dificultad? 0-1 2-5 mas de 6

9. LA PROFESION DEL JEFE DE FAMILIA:

Universitario, alto comerciante, gerente, ejecutivo de empresas

Profesionista, técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria

Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa

Obrero especializado: tractoristas, taxistas.

Obrero no especializado, servicio domestico.

10. NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE:

Universitaria o su equivalente

Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa

Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos)

Educación primaria completa

Primaria incompleta, analfabeta

11. PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS DE LA FAMILIA_

Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios)

Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados) deportistas profesionales.

Sueldo quincenal o mensual

Salario diario o semanal

Ingresos de origen público o privado

12. CONDICIONES DE TU VIVIENDA:

- Vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias
- Vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias
- Vivienda con espacios reducidos pero confortables y buenas condiciones sanitarias
- Vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias
- Vivienda improvisada, construida con materiales de deshecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias.

12.- De acuerdo a las siguientes aseveraciones DESCRIBA A SU FAMILIA con una "X", como la considere en este momento	NUNCA 1	CASI NUNCA 2	ALGUNAS VECES 3	CASI SIEMPRE 4	SIEMPRE 5
Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si					
Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia					
Nos gusta convivir con los familiares mas cercanos					
Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia					
Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
Nos sentimos muy unidos					
	NUNCA 1	CASI NUNCA 2	ALGUNAS VECES 3	CASI SIEMPRE 4	SIEMPRE 5
Cuando se toma una decisión importante, toda la familia esta presente					
Con facilidad podemos planear actividades en familia					
Consultamos unos con otros para tomar decisiones					
La unión familiar es muy importante					
En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas					
Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad					
Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas					
Padres e hijos se ponen de acuerdo en delación con los castigos					
En nuestra familia los hijos toman decisiones					
En nuestra familia las reglas cambian					
Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
En nuestra familia es difícil					

identificar quien tiene la autoridad					
Es difícil decir quien hace las labores del hogar					
13.- CONTESTE ¿SI USTED? ...	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA		
	2	1	0		
¿Está usted satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?					
¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con usted en la solución de ellos?					
¿Encuentra usted, que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?					
¿Está usted satisfecho en la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos; ya sea de bien estar o malestar?					
¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?					
14.- CONTESTE ¿ SI USTED ?...	Mucho menos de lo que deseo				Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1.- recibo visitas de mis amigos y mis familiares					
2.- recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- recibo elogios y reconocimiento cuando hago bien mi trabajo					
4.- cuento con personas que se preocupan por lo que me sucede					
5.- recibo amor y afecto					
6.- tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en casa					
7.- tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					

15.- CONTESTE: ¿ SI HAY ALGUIEN ? ...	Nunca 1	Pocas veces 2	Algunas veces 3	La mayoría de veces 4	Siempre 5
Alguien quien le ayude cuando tenga que estar en cama					
Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar					
Alguien que le aconseje cuando tenga problemas					
Alguien que le lleve al medico cuando lo necesita					
Alguien que le muestre amor y afecto					
Alguien con quien pasar un buen rato					
Alguien que le informe y le ayude a entender una situación					
Alguien en quien confiar y con quien hablar de si mismo y sus preocupaciones					
Alguien que le abrace					
Alguien con quien pueda relajarse					
Alguien que le prepare la comida sino puede hacerlo					
Alguien cuyo consejo realmente desee					
Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas					
Alguien que le ayude en sus tareas domesticas si esta enfermo					
Alguien con quien compartir sus temores y sus problemas mas íntimos					
Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales					
Alguien con quien divertirse					
Alguien que comprenda sus problemas					
Alguien a quien amar y hacerle sentir querido					

11.2 INSTRUMENTOS DE EVALUACION
(ANEXO 2)

NOMBRE: _____

F A C E S I I I
(ADAPTABILIDAD Y COHESION FAMILIAR)

DESCRIBA A SU FAMILIA:	NUNCA 1	CASI NUNCA 2	ALGUNAS VECES 3	CASI SIEMPRE 4	SIEMPRE 5
1.-COHESION					
Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si					
Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia					
Nos gusta convivir con los familiares mas cercanos					
Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia					
Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
Nos sentimos muy unidos					
Cuando se toma una decisión importante, toda la familia esta presente					
Con facilidad podemos planear actividades en familia					
Consultamos unos con otros para tomar decisiones					
La unión familiar es muy importante					
2.-ADAPTABILIDAD					
En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas					
Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad					
Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas					
Padres e hijos se ponen de acuerdo en delación con los castigos					
En nuestra familia los hijos toman decisiones					
En nuestra familia las reglas cambian					
Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad					
Es difícil decir quien hace las labores del hogar					
COHESION FAMILIAR		ADAPTABILIDAD FAMILIAR			
10-34	No relacionada	10-19	Rígida		
35-40	Semi relacionada	20-24	Estructurada		
41-45	Relacionada	25-28	Flexible		
46-50	Aglutinada	29-50	Caótica		

(ANEXO 3)

NOMBRE: _____

**METODO DE GRAFFAR
(ESTRATO SOCIOECONOMICO)**

Subraye la respuesta que mas lo identifique.

A) PROFESION DEL JEFE DE FAMILIA

- 1.- universitario, alto comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.
- 2.- profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc.
- 3.- empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa
- 4.- obrero especializado: tractorista, taxista, etc.
- 5.- obrero no especializado, servicio domestico, etc.

B) NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE

- 1.- universitaria o su equivalente
- 2.- enseñanza técnica superior y/o secundaria completa
- 3.- secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos)
- 4.- educación primaria completa
- 5.- primaria incompleta, analfabeta

C) PRINCIPAL FUENTE DE INGRESO

- 1.- fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar)
- 2.- ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales
(Médicos, abogados, etc.) deportistas profesionales.
- 3.- sueldo quincenal o mensual
- 4.- salario diario o semanal
- 5.- ingresos de origen público o privado (subsidios)

D) CONDICIONES DE LA VIVIENDA

- 1.- vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias.
- 2.- vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias
- 3.- vivienda con aspecto reducido pero confortable y bueno condiciones sanitarias
- 4.- vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias
- 5.- vivienda improvisada, construida con materiales de deshecho o de construcción relativamente solida pero con deficientes condiciones sanitarias.

PUNTAJE	ESTRATO
4-6	Estrato alto
7-9	Medio alto
10-12	Medio bajo
13-16	Obrero
17-20	marginal

(ANEXO 4)

NOMBRE: _____

APGAR FAMILIAR

Escriba una "X" que mas le satisfaga.

	PREGUNTA	CASI SIEMPRE 2	ALGUNAS VECES 1	CASI NUNCA 0
ADAPTABILIDAD o apoyo o solidaridad	¿Está usted satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?			
PARTICIPACION	¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con usted en la solución de ellos?			
CRECIMIENTO (GROWTH)	¿Encuentra usted, que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?			
AFECTO	¿Está usted satisfecho en la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos; ya sea de bien estar o malestar?			
RESOLUCION (compartir tiempo y recursos)	¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?			
	TOTAL			

PUNTAJE	VALOR
0-3	Disfunción severa
4-6	Disfunción moderada
7-10	Familia funcional

(ANEXO 5)

NOMBRE: _____

CUESTIONARIO DE DUKE – UNC-11

(APOYO SOCIAL)

	Mucho menos de lo que deseo				Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1.- recibo visitas de mis amigos y mis familiares					
2.- recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- recibo elogios y reconocimiento cuando hago bien mi trabajo					
4.- cuento con personas que se preocupan por lo que me sucede					
5.- recibo amor y afecto					
6.- tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en casa					
7.- tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
TOTAL					

VALORES	MAXIMO	MEDIO	MINIMO
Apoyo social	55	33	11
Apoyo afectivo	25	15	5
Apoyo confidencial	30	18	6

(ANEXO 6)

CUESTIONARIO MOS (TIPOS DE APOYO)

NOMBRE:

PREGUNTA	Nunca 1	Pocas veces 2	Algunas veces 3	La mayoría de veces 4	Siempre 5
Alguien quien le ayude cuando tenga que estar en cama					
Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar					
Alguien que le aconseje cuando tenga problemas					
Alguien que le lleve al medico cuando lo necesita					
Alguien que le muestre amor y afecto					
Alguien con quien pasar un buen rato					
Alguien que le informe y le ayude a entender una situación					
Alguien en quien confiar y con quien hablar de si mismo y sus preocupaciones					
Alguien que le abrace					
Alguien con quien pueda relajarse					
Alguien que le prepare la comida sino puede hacerlo					
Alguien cuyo consejo realmente desee					
Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas					
Alguien que le ayude en sus tareas domesticas si esta enfermo					
Alguien con quien compartir sus temores y sus problemas mas íntimos					
Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales					
Alguien con quien divertirse					
Alguien que comprenda sus problemas					
Alguien a quien amar y hacerle sentir querido					
TOTAL					
VALORES	MAXIMO	MEDIO		MINIMO	
Apoyo emocional	40	42		8	
Apoyo instrumental	20	12		4	
Apoyo de interaccion social positiva	20	12		4	
Apoyo afectivo	15	9		3	
Indice global	95	57		19	

(ANEXO 7)

Nombre: _____

**METODO SIMPLIFICADO
DE
BLAKE – Y Mc KAY
(RED SOCIAL)**

Con cuantas personas puede usted contar realmente para que le ayuden cuando tiene un problema o dificultad? _____

VALORACION DE LAS RESPUESTAS

NO DE PERSONAS	VALORACION DE LA RED
0-1	Escasa o ninguna
2-5	Media
6 O MAS	Elevada

(ANEXO 8)

Nombre: _____

**TEST DE MORINSKY-GREEN
(EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO)**

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad (especificar)?
 si no

2. ¿Toma los medicamentos a las horas que le han indicado?
 si no

3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?
 si no

4. Si alguna vez la medicación le sienta mal, ¿deja de tomarla?
 si no

CALIFICACIÓN: Se toma como paciente cumplidor, aquel que responda en forma afirmativa a los 4 reactivos, por consecuencia, aquel que responda alguna aseveración en negativo se toma como paciente incumplidor.



ANEXO 9

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

“FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DIABETICOS E HIPERTENSOS”

Registrado ante el Comité Local de Investigación del Hospital General de Zona No.2 del IMSS en Fresnillo, Zac.

El objetivo de este estudio es Identificar factores asociados a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2 y / o hipertensos.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar una encuesta personal.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los beneficios derivados de mi participación en el estudio, que será identificar factores asociados a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2 y / o hipertensos y en su caso darle seguimiento al padecimiento así como su derivación oportuna para recibir atención especializada.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en el momento en que lo considere conveniente.

El investigador principal me ha asegurado que no me identificara en la presentación y publicación que deriven de éste y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información que se derive de este estudio.

Tlaltenango de Sánchez Román, Zac.,
a _____ de _____ del 2005.

Los números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de alguna duda o aclaración son: 01 437 95 40717 y 01 493 93 20038

Nombre y firma del paciente

Dra. Janoyerena Ruiz Ortega
Matricula IMSS 11322446

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma del testigo