

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

**Adherencia terapéutica en los pacientes diabéticos
del servicio de endocrinología del
Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"
y factores que la condicionan**

Registro de protocolo: 154.2008

T E S I S

**que para obtener el diploma de la
subespecialidad de Endocrinología**

presenta el

Dr. David Arturo Bernal González



Asesor de Tesis: Dra. Alma Vergara López

México D.F., Agosto de 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

HOJA DE FIRMAS

Dr. Mauricio Di Silvio López
Subdirector de Enseñanza e Investigación
CMN "20 de Noviembre"

Dra. Alma Vergara López
Asesor de tesis
Profesor adjunto del curso

Dr. Miguel Angel Guillén González
Jefe de Servicio de Endocrinología
Profesor titular del curso

Dr. David Arturo Bernal González
Autor de tesis

Mi agradecimiento especial para:

Todos mis compañeros del curso, entre los cuales hay verdaderos amigos, por su apoyo y complicidad para juntos lograr todos este objetivo de ser endocrinólogos, especialmente al Dr. Julio Mayorga, siempre dispuesto a ayudar y aconsejar.

A todo el personal del servicio: Cristy, Evita, Sofi, Lupita, Manolo; a nuestros médicos adscritos: Dra. Valdés, Dra. Karla Martínez, Dr. Escudero, siempre apoyándonos y transmitiéndonos sus conocimientos y su experiencia; y muy especialmente a nuestros maestros: Dr. Miguel A. Guillén y Dra. Alma Vergara, por la disposición y preocupación constante hacia nosotros, por su compromiso de hacer de nosotros buenos subespecialistas, y el sacrificio personal que ello les implica.

En todos mis años de preparación académica, no he conocido a dos personas más entregadas y comprometidas con su trabajo e ideales, como ustedes. Gracias por darme la oportunidad de ser su alumno.

A mi familia: Emilia, Dalia, Adolfo, Susy, Fabiola, Aydeé, Luis, Jorge, etc., siempre pendientes de mis logros y pidiendo por mi bienestar.

A Mariana, que ha permanecido a mi lado en las buenas y sobre todo en las malas: ayudando, escuchando, aconsejando, empujándome; gracias amor.

Este esfuerzo lo dedico a ti mi querido DAVID EMILIO, que eres mi adoración y motivo de vida, y la inspiración constante para ser una mejor persona...POR TI.

INDICE

Introducción	5
Marco Teórico	7
Justificación	14
Problema	15
Hipótesis	16
Objetivos	17
Material y Métodos	18
Resultados	23
Discusión	35
Conclusión	40
Referencias	42
Anexos	44

INTRODUCCION

La diabetes mellitus es la enfermedad crónica más frecuente, con mayor comorbilidad y por tanto la más discapacitante y la que genera mayor gasto de recursos financieros en su atención.

En nuestro país ocupa los primeros lugares de prevalencia. Está íntimamente ligada a los infartos al miocardio y a la insuficiencia renal crónica, la cual es una complicación crónica de la enfermedad en más de la mitad de los casos; también es la principal causa de ceguera en personas mayores de 55 años.

Derivado de todo esto, las diversas instituciones de salud del país implementan constantemente programas encaminados a la prevención y/o mejor atención de los pacientes diabéticos para evitar o retrasar sus complicaciones crónicas, y con ello aprovechar mejor los recursos aplicados en salud y favorecer la productividad y calidad de vida de los pacientes, es decir, disminuir el índice de invalidez por la enfermedad, que finalmente también afecta a la economía de los pacientes y sus familias, y vuelve a la diabetes un factor determinante de problemas psicosociales.

Entendida como un padecimiento incurable, pero sí controlable, con una atención que requerirá el paciente durante toda la vida; cobra importancia que uno de los problemas a los que nos enfrentamos cotidianamente, es que una gran parte de los diabéticos tiene bajo apego al tratamiento, lo que conduce a un deficiente control del padecimiento.

Sólo una pequeña fracción de los afectados acude con regularidad a los servicios de salud y de éstos, solo entre el 25 y 40% logran el control metabólico deseado, en el mejor de los casos.

Por tanto el compromiso más importante es de las personas con diabetes hacia ellas mismas; porque si bien existen medicamentos y recomendaciones de cambios en el estilo de vida que pueden reducir al mínimo sus complicaciones, los pacientes no siguen adecuadamente las acciones marcadas por sus médicos en las instituciones de salud, y finalmente el cumplimiento de metas de tratamiento en ellos es verdaderamente bajo, y alarmante, puesto que el daño micro y macrovascular seguirá su curso, así que el objetivo principal de

beneficiar al paciente no se cumple, y la optimización de los tiempos y recursos dedicados para ello, no se logra.

El presente estudio es motivado por todos estos argumentos, y busca determinar el porcentaje de nuestros pacientes que está cumpliendo sus metas de tratamiento y por tanto retrasando la aparición de complicaciones. Al mismo tiempo busca identificar los factores que favorecen esta adherencia terapéutica y los factores que la dificultan, para posteriormente ofrecer alternativas de atención que ayuden al mayor cumplimiento de metas de tratamiento, en este caso la glucosa sanguínea en ayuno y la hemoglobina glucosilada, además del resto de metas que deben cumplirse y cuidarse en el diabético, como las cifras de presión arterial o de lípidos.

Es importante no perder de vista la adecuada relación médico-paciente como principal factor de adherencia terapéutica, y situaciones propias del paciente como pueden ser rasgos de su personalidad y experiencias previas, o su patrón de apego a los tratamientos. Con este estudio también se busca determinar el sentimiento que tiene el paciente con respecto a la atención que recibe de parte del equipo de salud y si un determinado patrón de apego está asociado con mayor o menor adherencia terapéutica, y con ello, proponer un escrutinio intencionado de estos datos desde la primera consulta para tener mejor definidas las estrategias que deberán seguirse con determinado paciente para lograr su mejor control metabólico.

MARCO TEORICO

Está bien comprobado que el paciente diabético que cumple sus metas de tratamiento sobre todo en relación al control metabólico, disminuye con mucho el riesgo de desarrollar complicaciones microvasculares; y que en conjunto, todo el manejo multidisciplinario y el abordaje intensivo de todas sus patologías concomitantes también disminuye importantemente las complicaciones macrovasculares.

La baja o nula adherencia al autocuidado del paciente diabético está asociada con un alto riesgo de complicaciones de la diabetes. Por esta razón el manejo médico debe estar encaminado al cumplimiento estricto de sus metas de tratamiento, pero haciendo un análisis constante de los factores que pueden afectar el cumplimiento de las mismas. Muchos estudios han demostrado que la calidad de la relación médico paciente está asociada con la adherencia al tratamiento, y enfatizan la importancia, de que tanto pacientes diabéticos tipo 1 como tipo 2, logren un control óptimo de la glucosa sanguínea mediante una adherencia estricta a los medicamentos indicados, a la dieta y al ejercicio, para minimizar las complicaciones a largo plazo. [1,2]

La Asociación Americana de Diabetes (ADA, por sus siglas en inglés) ha emitido como recomendaciones para el control glucémico del paciente diabético adulto: Tener una glucosa capilar preprandial entre 70 y 130mg/dl, una glucosa capilar postprandial menor a 180mg/dl, con una hemoglobina glucosilada (HbA1c) igual o menor al 7%, considerando ésta como el objetivo primario en el control glucémico. [3]

Para lograr el cumplimiento de esta meta, además del tratamiento dietético y farmacológico adecuado y bien supervisado, se hace necesario el valorar constantemente la situación psicológica y social del paciente, sobre todo con respecto a la idea, experiencias y actitudes que tiene hacia su enfermedad; expectativas que tiene con respecto al manejo médico y los resultados; su estado de ánimo y la calidad de vida que tiene como diabético, así como en general su situación financiera, social, cultural y emocional.

Cuando no se logra el cumplimiento de las metas de tratamiento es mandatorio investigar o hacer escrutinio sobre los problemas psicosociales que pueden estar provocando una pobre adherencia terapéutica.

Los factores emocionales juegan un papel muy importante en el control de la diabetes. La activación emocional en respuesta al estrés se considera uno de los principales factores implicados en la desestabilización del control metabólico.

El estrés puede actuar sobre los niveles de glicemia mediante un efecto directo a través de las hormonas contrarreguladoras ya que se estimula la secreción de catecolaminas y glucocorticoides, o indirectamente por su impacto sobre las conductas de adherencia al tratamiento. [4]

Este efecto indirecto del estrés se refiere a la posibilidad de una interferencia de ciertas estrategias conductuales de afrontamiento en las conductas de adherencia al tratamiento. La gente que hace frente a sus problemas comiendo, fumando o bebiendo por ejemplo; emplea estrategias de afrontamiento con repercusiones negativas para su salud.

En el caso de la diabetes, el uso de un determinado tipo de estrategia de afrontamiento del estrés puede impactar negativamente en un adecuado manejo de la enfermedad. Algunas de estas estrategias cognitivas y conductuales son: culpar a otros por lo que le pasa, resignarse, buscar apoyo (información sobre el problema, valoración por un profesional), buscar soluciones (hacer un plan de acción), o los pacientes pueden recurrir a estrategias de evitación como recluírse, pasar más tiempo solo, esperar un milagro, comer más, beber más; o definitivamente no confiar y apartarse de la gente; es decir la enfermedad por sí misma afecta la personalidad del individuo, influenciado por la experiencia personal previa en todos los ámbitos. [4]

La adherencia terapéutica puede valorarse cuando se inicia o cuando se realiza algún cambio al tratamiento de un paciente, y en el caso de los pacientes diabéticos se puede determinar la adherencia o no adherencia por la diferencia entre la HbA1c de un paciente entre una consulta y otra; y por el tiempo que tarda ese paciente, con un tratamiento determinado, en llegar a la meta de HbA1c que es menos de 7%.

Por tanto, en el manejo de la diabetes mellitus, la adherencia se define como: El lograr una HbA1c igual o menor de 7% entre una consulta y otra, con por lo menos tres meses de diferencia; sin haber interrumpido el tratamiento indicado. En el caso contrario, la No Adherencia al tratamiento se definirá como: La imposibilidad para llegar a la meta de tratamiento de HbA1c igual o menor de 7% entre una consulta y otra con por lo menos tres meses de diferencia, independientemente del factor que lo haya condicionado.

Se tiene la oportunidad de investigar el estado psicosocial del paciente al momento de diagnosticarlo o durante las múltiples consultas u hospitalizaciones, o cuando no logramos un adecuado control glucémico y por lo tanto no hay adherencia terapéutica.

Uno de los factores determinantes en la falta de cumplimiento de metas es el tipo de apego que puede tener un paciente para su tratamiento. Identificar el estilo de apego al tratamiento puede orientar al trabajador de salud sobre a qué pacientes se les debe supervisar y cuidar con más esmero del habitual, y cuáles por su misma personalidad, es más probable cumplan y mantengan metas de tratamiento y por lo tanto adherencia terapéutica.

Diversos estudios han enfatizado la importancia de obtener y mantener un control de glucosa óptimo a través de una estricta adherencia a los medicamentos prescritos, a la dieta y el ejercicio; con el objeto de minimizar las complicaciones a largo plazo. Está bien reconocido que una relación de colaboración entre el paciente y el médico que le da la atención, puede mejorar la adherencia del paciente y por lo tanto los resultados y la mejor evolución de las enfermedades crónicas. Ahora bien, llevar este conocimiento a la práctica clínica habitual es todo un reto, por eso se han descrito teorías del apego a los tratamientos, en un intento por entender la satisfacción del paciente y su grado de participación o colaboración en la relación médico-paciente.

El Dr. John Bowlby, quien fuera el primero en describir esta teoría del apego en la década de los 70's, proponía que los individuos de acuerdo a sus experiencias cercanas o personales, se forman un modelo cognitivo que influye en el aspecto que tienen de sí mismos (y por tanto en su autocuidado), y en la confianza que pueden tener a otros en el servicio que le proveen, en este caso, médico.

Estos modelos cognitivos (o modelos de trabajo internos), influyen en el tipo de interacción que el individuo tiene con otros y en la interpretación que dá a esas interacciones. [5, 6]

Como resultado de esto, se han descrito cuatro formas principales de estilo de apego: seguro, indiferente, preocupado y miedoso. [5]

Quienes tienen un estilo de apego seguro son más responsables y obedientes de las instrucciones del médico y se sienten conformes con ello, ya que tienen una imagen positiva tanto de sí mismos como de los otros.

Las personas con el estilo de apego indiferente han tenido experiencias personales o con cualquier persona relacionada a su atención, que emocionalmente les impide ser sensible a las instrucciones y seguirlas, no obedecen las indicaciones; y como resultado desarrollan estrategias que los vuelven compulsivamente confiados (una impresión positiva de sí mismos), pero que les impide tener cercanía o confianza en otros (impresión negativa de los otros), en este caso, no sentir confianza por el equipo de la salud que lo atiende.

Por otra parte, los pacientes con un apego “preocupado” ya han tenido experiencias con un equipo de salud que derivó en que la respuesta fuera inconsistente y por consecuencia se han vuelto muy vigilantes del cumplimiento de las metas (adherencia) y dependientes de la aprobación de otros (impresión positiva de otros), pero generalmente tienen baja autoestima (impresión negativa de sí mismo).

El individuo miedoso comparte muchas características con el preocupado, sobre todo en relación a su deseo de contacto con los demás, pero este deseo se ve inhibido por miedo o rechazo, y por tanto se vuelven muy duros y críticos o incluso rechazan la relación médico-paciente (impresión negativa tanto de sí mismos como de los demás).

El estudio de Ciechanowski y colaboradores, realizado en 276 pacientes diabéticos atendidos en una unidad de tercer nivel reportó un efecto significativo del patrón de apego del paciente sobre la HbA1c. Los pacientes con patrón de apego de tipo miedoso tuvieron niveles significativamente más altos de HbA1c (8.1 +/- 1.5%), comparado con los que tuvieron un patrón seguro (7.5 +/- 1.1%), y a su vez, con una diferencia menor con respecto al patrón llamado indiferente (8 +/- 1.2%).

De todos los pacientes, el 62% de los que tenían un patrón de apego indiferente resultaban con HbA1c >8%, comparado con el 34% de aquellos con un patrón seguro, y el 39% de los que tenían el patrón preocupado.

Este estudio concluyó que los pacientes diabéticos con un patrón de apego indiferente tienen mayor riesgo de tener HbA1c por arriba de 8% comparado con los pacientes con un patrón de apego seguro. Así mismo, junto con el patrón indiferente, aquellos con patrón miedoso también se asocian a mayores niveles de HbA1c. Por otra parte, con respecto a la relación médico paciente se enfatiza que cuando el médico se informa y aprende sobre los distintos tipos de apego de tratamiento éste se vuelve más empático y menos susceptible a la frustración cuando se encuentra ante retos o dificultades de la relación médico paciente, porque en esencia lo entiende más.

El identificar el estilo de apego de un paciente, sobre todo en el manejo de una enfermedad crónica degenerativa como lo es la diabetes y sus complicaciones, permite utilizar las estrategias necesarias para lograr que nuestro paciente cumpla sus metas de tratamiento, por tanto tenga adherencia terapéutica.

Resulta prácticamente evidente que aquellos pacientes con un estilo de apego indiferente no tendrán una adecuada relación médico-paciente y que por tanto no cumplirán sus metas de tratamiento o que la posibilidad de no cumplir adherencia terapéutica en quienes tienen este tipo de apego, será mucho mayor en comparación con quienes tienen otro tipo de apego. En sentido inverso quienes tienen un estilo de apego “seguro” tienen más posibilidad de tener adherencia terapéutica. [7].

En un estudio reciente donde se valora la relación entre la adherencia y la inercia clínica en el manejo de la glicemia en diabéticos tipo 2 [10], se midió la adherencia de acuerdo al cumplimiento de la meta de HbA1c por lo menos tres meses después de haber iniciado un tratamiento o intensificado uno preestablecido, para dar suficiente tiempo a que dicha medición fuera de validez.

Este estudio incluyó a pacientes diabéticos mayores de 18 años en quienes se comparó el nivel de HbA1c con su patrón de adherencia, resultando que el 62% de los pacientes con patrón de apego “indiferente” tuvieron una media de HbA1c igual o mayor de 8%, comparado con un 34% de pacientes con estilo de apego “seguro” que tenían niveles por arriba del 8% de HbA1c, reportando una

$p = 0.002$; concluyendo que el tener un estilo de apego “indiferente” está asociado con un mayor riesgo de tener un pobre control metabólico.

Esto toma relevancia si consideramos que el 25% de la población general tiene un patrón de apego indiferente, y que determinar qué tipo de patrón de apego tiene un paciente es relativamente sencillo aplicando un instrumento con respuestas rápidas y fáciles de los pacientes.

Ya se ha comentado que una pobre adherencia terapéutica y un pobre autocuidado del paciente diabético se asocia con mayor riesgo de complicaciones de la diabetes. Muchos estudios han reportado que la calidad de la atención médico-paciente se asocia con una mejor adherencia al tratamiento, en este caso de la diabetes.

Aunque hay una fuerte evidencia de que el tratamiento adecuado y oportuno previene o retrasa la aparición de complicaciones, y que las metas están bien definidas, con tratamientos adecuados y eficaces al alcance, y guías diagnósticas y terapéuticas; existe otro factor por el que los pacientes, en este caso diabéticos, no cumplen criterio de adherencia terapéutica, esto es, cuando a pesar de todas las herramientas, el médico que provee la atención no inicia o intensifica los tratamientos apropiada y oportunamente durante las visitas.

Esta conducta se define como “inercia clínica”, es decir, se reconoce el problema, pero no se actúa inmediatamente para tratar de corregir o mejorar la situación. [8].

Un buen tratamiento, en este caso para la diabetes, requiere de dos pasos: primero reconocer la anormalidad, y segundo, en consecuencia, iniciar o intensificar el tratamiento hasta que las metas de tratamiento se cumplan.

Con respecto a la comorbilidad principal de la diabetes se ha descrito un control adecuado de la presión arterial apenas en el 45% de los pacientes tratados, el colesterol LDL se lleva a metas de tratamiento de acuerdo a las guías del NCEP (siglas en inglés del *National Cholesterol Education Program*) en solo un 14 a 38%; y principalmente, la HbA1c alcanza valores menores a 7% de acuerdo a la meta marcada por la Asociación Americana de Diabetes (ADA) en solo un 33% de los pacientes como máximo, considerando atención en centros especializados en diabetes. [12]

Entonces, aunque la adherencia terapéutica se ha asociado a factores propios del paciente como son la edad, los años de educación, ocupación, y la

información que obtienen sobre la enfermedad, también está bien reconocido que el empeño o empatía del médico y del sistema de seguridad social pueden aumentar la adherencia, por tanto la inercia clínica es un problema tanto del profesional de la salud como del sistema de atención a la salud del que depende el mismo.

La inercia clínica se debe a tres problemas principales: primeramente el que el equipo médico subestima la importancia del seguimiento y cumplimiento de las guías diagnósticas y terapéuticas, por ejemplo no examinar los pies en el diabético, no realizar o referir para valorar el fondo de ojo, no valorar a los pacientes con base en HbA1c o no medir depuración de creatinina o cuantificación de proteínas en orina por lo menos una vez al año. [3,17]

Como segunda causa de inercia clínica sucede que el médico no modifica el tratamiento a pesar de que el paciente esté fuera de metas porque “va mejorando paulatinamente”, o porque “el problema es que el paciente no está siguiendo su dieta y una vez que lo haga logrará cumplir las metas”.

La tercera causa, pero tal vez la principal, es el hecho de que el médico tiene poco entrenamiento o experiencia en “tratar a los pacientes por objetivos”, es decir, que su educación, entrenamiento y práctica clínica sea basada en metas terapéuticas y no aprecian la importancia de escalar las dosis de los fármacos al máximo y de agregar otro cuando sea necesario, siempre con el objetivo de lograr la meta.

Bernard y colaboradores [18] describieron cómo los pacientes diabéticos atendidos por residentes de medicina interna que trabajan con base en metas terapéuticas, aún así solo logran promedios de HbA1c de 8.5%. En otro estudio en ese mismo hospital se midió la HbA1c a todos los pacientes que acudían a la clínica de diabetes resultando con un promedio de 9.3%, por lo que la clínica instituyó un programa de mejoramiento de la calidad en la atención para intensificar el tratamiento cuando fuera necesario, resultando que a un año de iniciado el programa el valor promedio de HbA1c disminuyó a 8.4% y un año después a 7.6% de promedio de HbA1c en todos los pacientes de esa clínica.

Por lo que eso nos demuestra que el hacer mejoras en los procesos de atención está asociado con mejores resultados, en nuestro caso con respecto a valores de HbA1c. [13]

JUSTIFICACION

Día a día, las Instituciones de salud del país gastan millones de pesos en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento en general de los pacientes con enfermedades cronicodegenerativas como la diabetes mellitus.

La identificación y el tratamiento oportuno de esta enfermedad puede evitar o por lo menos retrasar la presencia de complicaciones importantes e irreversibles que merman o acaban con la vida productiva de una persona, y más aún, que propician una mayor morbimortalidad. [1,2,3]

Por tal motivo, en un servicio con una afluencia tan importante de pacientes diabéticos, es importante determinar, utilizando a éstos como muestra representativa, el porcentaje que cumple metas de tratamiento y los posibles factores que influyen en ese cumplimiento. Así mismo, en caso contrario, los factores que influyen en la falta de adherencia terapéutica.

Con base en estos resultados se podrán ofrecer alternativas acordes con nuestro medio y con el tipo específico de derechohabiente que es atendido en esta Institución.

En un estudio reciente donde se valora la relación entre la adherencia y la inercia clínica en el manejo de la glicemia en diabéticos tipo 2 [10], se midió la adherencia de acuerdo al cumplimiento de la meta de HbA1c por lo menos tres meses después de haber iniciado un tratamiento o intensificado uno preestablecido, para dar suficiente tiempo a que dicha medición fuera de validez; por tanto en el estudio de nuestros pacientes es conveniente medir el cumplimiento de la meta solo entre consulta y consulta que es habitualmente por lo menos cada tres meses y así determinar el porcentaje de adherencia que cumplimos al momento, y en segunda instancia, los factores que intervienen para el cumplimiento o no en las metas de tratamiento.

Este estudio puede plantear con sus resultados, la importancia y el beneficio (en costos y menores efectos secundarios) de tratar a nuestros pacientes con base en objetivos terapéuticos, y en el caso de nuestros pacientes diabéticos, la necesidad de realizar una practica rutinaria y bien estructurada que facilite un manejo efectivo y mejores resultados, para beneficio de nuestros enfermos.

PROBLEMA

¿Que porcentaje de los pacientes diabéticos del servicio de endocrinología del CMN 20 de Noviembre tienen adherencia terapéutica cumpliendo la meta de HbA1c y que factores influyen en ésta?

HIPOTESIS

Menos del 50% de los pacientes diabéticos del servicio de endocrinología del CMN 20 de Noviembre cumplen su meta de HbA1c debido a factores sociales, culturales y al tipo de apego llamado indiferente; más que a la percepción de una mala comunicación médico-paciente o falta de medicamentos.

OBJETIVOS

PRIMARIO

Identificar el porcentaje de pacientes diabéticos que cumplen criterio de adherencia terapéutica al estar en meta de HbA1c igual o menor a 7%

SECUNDARIOS

Identificar los factores asociados con la adherencia terapéutica del paciente diabético.

Identificar el tipo de personalidad de apego del paciente que influye en el cumplimiento o no de la meta de HbA1c

MATERIAL Y METODOS

Se realizará un estudio transversal, observacional, comparativo y abierto; donde se incluirán todos los pacientes diabéticos del servicio de endocrinología del CMN "20 de Noviembre", de 18 años de edad o más, que hayan sido valorados por lo menos en dos ocasiones por el servicio, que acudan a su consulta programada entre el 23 de mayo y el 31 de julio de 2008, y que cumplan los siguientes criterios de inclusión:

- 1.- Ser paciente del servicio de endocrinología del CMN "20 de noviembre" con diagnóstico de diabetes mellitus
- 2.- Edad igual o mayor a los 18 años
- 3.- Acudir por lo menos a su segunda consulta en el servicio de endocrinología, con una diferencia de tres meses entre una y otra.
- 4.- Aceptar llenar el cuestionario con el cual se medirán las variables

El único criterio de exclusión a considerar es:

- 1.- Pacientes con enfermedades que limiten su autosuficiencia, la adherencia al tratamiento, su capacidad para entender las indicaciones médicas o para opinar acerca de su relación médico-paciente.

Los criterios de eliminación que se tomarán son:

- 1.- Llenado incompleto del cuestionario aplicado
- 2.- Que no se haya realizado HbA1c para la última consulta

Se realizará un estudio observacional y transversal; en todos los pacientes diabéticos que son atendidos en el servicio de endocrinología del CMN "20 de noviembre", que hayan recibido por lo menos dos consultas en el servicio.

En la primera consulta, como es habitual en el servicio, se realiza una historia clínica completa que permite emitir una indicación formal de tratamiento, con una amplia explicación, con el objetivo de lograr metas de control.

En la consulta habitual de seguimiento de los pacientes se aplicará la herramienta de evaluación de adherencia y de identificación del tipo de personalidad del paciente de acuerdo al tipo de apego al tratamiento.

La aplicación de esta herramienta de evaluación, se realizará previo consentimiento del paciente y respondiendo un cuestionario (ANEXO A) mientras espera su consulta.

Una vez ingresando a su consulta, el médico encargado de otorgarla llenará el apartado específico que incluye las siguientes variables: Tipo de diabetes, tiempo de evolución, tratamiento actual, HbA1c previa y actual, índice de masa corporal (IMC), previo y actual.

Este cuestionario y recolección de datos se realizará a todos los pacientes diabéticos que acudan a la consulta externa del servicio de endocrinología del CMN "20 de noviembre" entre el 23 de mayo y 31 de julio de 2008 y que cumplan los criterios de inclusión.

La variable dependiente a medir es: La adherencia terapéutica de los pacientes diabéticos, entendida como el cumplimiento de la meta de control de HbA1c, que es igual o menos de 7%.

Los pacientes que cumplan este criterio de adherencia terapéutica formarán un grupo; y los que no cumplan, formarán otro grupo; para comparar entre sí las diferentes variables.

Las variables independientes a estudiar son:

Variables demográficas:

- Edad (cuantitativa).
- Género (nominal), identificando con el número "1" a la "mujer", y con el "2" al hombre.
- Grado de educación (nominal) con las siguientes posibilidades: "hasta primaria", la cual se identificará con el número "1" en la hoja de recolección de datos; "hasta secundaria", con el número "2"; "preparatoria o carrera técnica", "3"; "profesional", "4"; "posgrado", "5"
- Ocupación (nominal), con las siguientes posibles respuestas y su valor asignado: "1" para quienes se dedican al hogar, "2" para quienes son profesores en activo, "3" en los pensionados, "4" trabajadores de la salud, "5" aquellos con un trabajo administrativo, burocrático; "6" para los estudiantes, "7" para comerciantes, y "8" otros.

VARIABLES NOMINALES PROPIAS DEL PACIENTE:

- ¿Vive solo?
- ¿Tiene pareja?
- ¿Ha buscado información sobre la diabetes?
- ¿Conoce los nombres y dosis de los fármacos que toma?
- ¿Ha descontinuado su tratamiento?
- ¿Se mide la glucosa capilar en su casa?

Todas estas variables con dos posibles respuestas solamente: "SI", identificada con número "1"; o "NO", identificada con número "2".

- Número de medicamentos que toma en total para el tratamiento de todas sus enfermedades.

Con dos posibles respuestas solamente: "4 ó menos", la cual se identificará con "1"; y "5 ó más", que se identificará con "2".

VARIABLES NOMINALES PROPIAS DEL EQUIPO MÉDICO:

- ¿El paciente sintió agrado y buena comunicación con los médicos que lo atendieron?
- ¿Recibió explicación detallada de su condición actual?
- ¿Se le han explicado las metas de tratamiento para un diabético?
- ¿Le han mencionado a la HbA1c como parte de sus metas?
- ¿Le han explicado cuáles son las complicaciones de la diabetes?

Todas estas variables con dos posibles respuestas solamente: "SI", identificada con número "1"; o "NO", identificada con número "2".

Estas preguntas son adaptadas de dos instrumentos distintos bien validados. Uno es el "The Diabetes Knowledge Assessment scale", un instrumento de 15 ítems que busca determinar el conocimiento que tiene el paciente sobre la diabetes y su tratamiento; y por otra parte del "Summary of Diabetes Self Care Activities Questionnaire", un instrumento de medición de 12 ítems que es válido para determinar el autocuidado del paciente diabético y el estimado de actividades recomendadas por el médico que debe seguir el paciente. [11,19]. Además se determinará el tipo de personalidad o patrón de apego (variable nominal) de cada paciente, utilizando el cuestionario modificado tomado de la base del "Cuestionario de escalas de medición de la capacidad de

relacionarse”, del inglés “Relationship Scales Questionnaire” (RSQ, de Bartholomew and Griffin, 1994). Del total de 30 puntos considerados en la prueba original, se aplicarán solo las 17 preguntas relacionadas con los patrones de apego, de las cuales se repite una en dos distintos grupos de preguntas para definir el patrón, por tanto el total de ítems a responder es 18.

Dicho cuestionario está perfectamente validado con reproducibilidad comprobada en múltiples estudios. [14]

Los cuatro patrones de apego son: Seguro, Indiferente, Preocupado, Miedoso.

Cada uno se define como:

- Seguro: Son pacientes más responsables y obedientes de las instrucciones del médico y se sienten conformes con ello, ya que tienen una imagen positiva tanto de sí mismos como de los otros.
- Indiferente: Pacientes que han tenido experiencias personales o con cualquier persona relacionada a su atención, que emocionalmente les impide ser sensible a las instrucciones y seguirlas, no obedecen las indicaciones; y como resultado desarrollan estrategias que los vuelven compulsivamente confiados (una impresión positiva de sí mismos), pero que les impide tener cercanía o confianza en otros (impresión negativa de los otros), en este caso, no sentir confianza por el equipo de la salud que lo atiende.
- Preocupado: Ya han tenido experiencias con un equipo de salud que derivó en que la respuesta fuera inconsistente y por consecuencia se han vuelto muy vigilantes del cumplimiento de las metas (adherencia) y dependientes de la aprobación de otros (impresión positiva de otros), pero generalmente tienen baja autoestima (impresión negativa de sí mismo).
- Miedoso: Comparte muchas características con el preocupado, sobre todo en relación a su deseo de contacto con los demás, pero este deseo se ve inhibido por miedo o rechazo, y por tanto se vuelven muy duros y críticos o incluso rechazan la relación médico-paciente (impresión negativa tanto de sí mismos como de los demás).

Cada una de las 17 preguntas tiene cinco posibles respuestas: 1.- No estoy de acuerdo, 2.- Estoy algo de acuerdo, 3.- De acuerdo, 4.- Bastante de acuerdo,

5.- Muy de acuerdo; otorgando un puntaje de 1 a 5 para cada respuesta respectivamente.

En las preguntas 4, 5 y 13 del cuestionario modificado que se aplicará a nuestra muestra, el puntaje será a la inversa, es decir, 5 puntos para la respuesta "No estoy de acuerdo" y sucesivamente hasta 1 punto para "Muy de acuerdo".

De acuerdo al grupo de preguntas para cada patrón de apego, que son cinco para los patrones seguro e indiferente, y cuatro para los patrones miedoso y preocupado, se obtendrá el promedio de puntos para cada grupo. El grupo de preguntas que acumule mayor promedio de acuerdo al puntaje, corresponde al patrón de apego de ese paciente.

Se determinará la frecuencia de cada patrón de apego en el grupo de estudio que cumple criterio de adherencia terapéutica y en el que no cumple criterio de adherencia, para determinar su asociación.

Se valorarán las frecuencias y proporciones de todas las variables independientes en cada grupo, determinando la Razón de Prevalencias.

Se anexa instrumento de recolección de datos, el cuestionario aplicado. (ANEXO A).

Se utilizará el paquete estadístico SPSS 15 para el vaciamiento de los datos obtenidos y el análisis estadístico de los mismos, así como para la conversión en tablas y gráficas de los resultados.

RESULTADOS

Se realizó encuesta y recolección de datos a 131 pacientes que aceptaron participar en el estudio mediante consentimiento informado y que cumplían criterios de inclusión, sin embargo de acuerdo a criterios de eliminación fue necesario descartar a 16 sujetos por llenado incompleto de la encuesta realizada y a 9 sujetos por no contar con HbA1c reciente al momento de acudir a consulta en el servicio.

En total se analizaron el valor de HbA1c y las respuestas de la encuesta de 106 pacientes que cumplieron todos los requisitos para participar en el estudio, obteniendo los siguientes resultados:

Resultados de HbA1c en el grupo estudiado

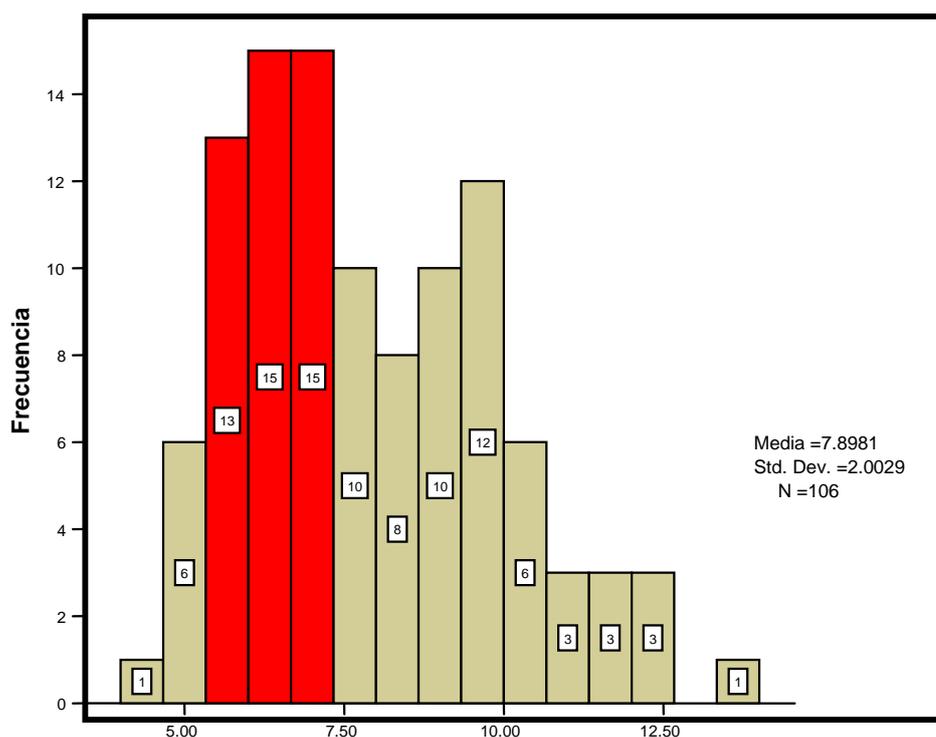


Fig. 1 HbA1c

El objetivo primario del estudio es identificar el porcentaje de adherencia terapéutica que tienen los pacientes diabéticos del servicio de endocrinología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, encontrando que el 40% de nuestros pacientes cumplen el criterio de adherencia definido como el tener una HbA1c igual o menor a 7%.

Como se puede apreciar en la gráfica 1 la media de HbA1c en nuestros pacientes es de 7.89% con una desviación standard de 2.0029. Cuarenta y tres de los 106 pacientes incluidos en el estudio cumplen esta meta, es decir una proporción de 0.40.

Se valoró el índice de masa corporal (IMC) de todos los pacientes encontrando que 65 de los 106 pacientes están en el rango de sobrepeso y obesidad y algunos de ellos con obesidad mórbida. Un 50% del total de pacientes se encuentran en el rango entre sobrepeso y obesidad grado I; con una media de IMC en todos nuestros pacientes de 28.52 kg/m². (Figura 2).

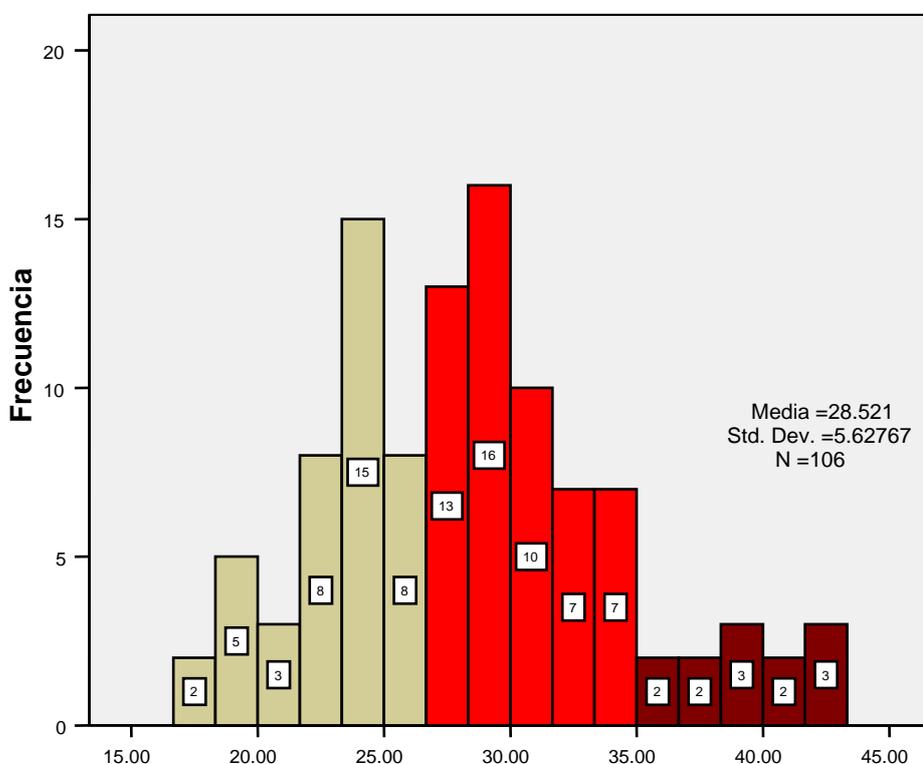


Fig 2: Índice de Masa Corporal

Se analizaron diferentes variables con alta probabilidad de asociación con la adherencia o ausencia de la misma, obteniendo los siguientes resultados, los cuales están resumidos en las tablas 1, 2 y 3:

Tabla 1: Adherencia de acuerdo a variables generales

Variable	Total de casos	Total de casos con adherencia	Proporción
Por género			
Mujeres	76	33	0.43
Hombres	30	10	0.33
Tipo de Diabetes			
DM tipo 1	7	3	0.42
DM tipo 2	96	39	0.40
DM secundaria	3	1	0.33
Tiempo de evolución de la DM			
Menos de 1 año	4	2	0.50
De 1 a 5 años	27	13	0.48
De 6 a 10 años	27	12	0.44
Más de 10 años	48	16	0.33
Tipo de tratamiento			
Solo hipoglucemiantes	59	28	0.47
Solo insulina	31	11	0.35
Combinación insulina/vía oral	14	3	0.21
Solo dieta	2	1	0.50
Por grupo de edad			
18 a 25 años	6	3	0.50
26 a 40 años	9	3	0.33
41 a 50 años	14	5	0.35
51 a 60 años	37	13	0.35
61 a 75 años	31	17	0.54
76 años o más	9	2	0.22
Por grado escolar			
Hasta primaria	22	8	0.36
Hasta secundaria	26	11	0.42
Hasta preparatoria	19	8	0.42
Hasta profesional	32	14	0.44
Hasta posgrado	7	2	0.28
Por ocupación			
Hogar	22	10	0.45
Profesor	6	2	0.33
Pensionado	32	12	0.37
Personal de salud	12	7	0.58
Administrativo	18	7	0.38
Estudiante	6	3	0.50
Comerciante	2	1	0.50
Otra	8	1	0.12

El promedio de HbA1c de acuerdo al tipo de diabetes resultó ser de 9.2% (DS 2.64) para los diabéticos tipo 1, con una proporción de adherencia de 0.42. Para los diabéticos tipo 2 el promedio de HbA1c es de 7.77% (DS 1.93), con una proporción de adherencia del 0.40, a pesar de los niveles notablemente más bajos de la misma con respecto a los primeros; los pacientes con diabetes secundaria presentaron una media de HbA1c de 8.87% (DS 2.00) y una proporción de adherencia en esos pacientes de 0.33. Todas estas proporciones en general se traducen en que un 40% de nuestros pacientes está en meta de HbA1c. (Fig. 3)

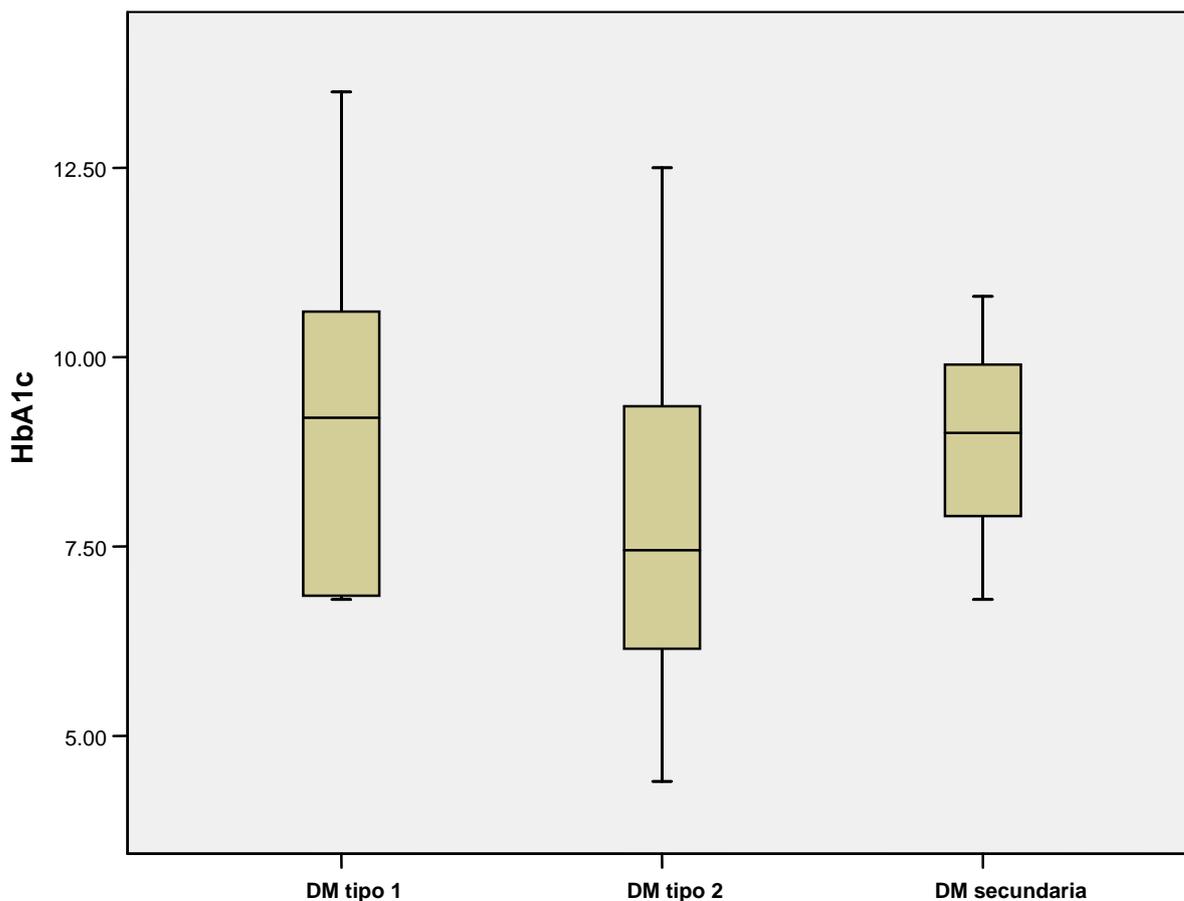


Fig. 3: Valores de HbA1c por tipo de Diabetes mellitus

De acuerdo al tiempo de evolución de la diabetes, los pacientes con menos de un año de diagnóstico tienen la media de HbA1c más baja de todos los grupos de edad con 7.4% (DS 3.13) y una proporción de adherencia de 0.50.

Quienes tienen una evolución entre 1 y 5 años resultaron con una media de HbA1c de 7.7% (DS 2.06) y una proporción de adherencia de 0.48. A los 6 a 10 años de evolución el promedio es de 7.55% (DS 1.66) con una proporción de adherencia de 0.44.

Después de los 10 años de evolución los pacientes muestran en general valores más elevados de HbA1c con un menor índice de adherencia terapéutica. En nuestro estudio el promedio de HbA1c en este grupo de pacientes fue de 8.24%, considerablemente más alta, con una disminución evidente en el apego y cumplimiento de meta mostrando una proporción de adherencia de 0.33.

Con respecto al tratamiento de la diabetes, el 55% de nuestros pacientes son tratados solo con hipoglucemiantes orales, los cuales logran en promedio una HbA1c de 7.51% (DS 1.85) con una proporción de adherencia de 0.47.

Los pacientes tratados solo con insulinas en general tienen HbA1c más altas, con un promedio de 8.75% (DS 2.24) y un cumplimiento de meta que disminuye a un 0.35, mientras que los que utilizan combinaciones de insulinas con medicamentos por vía oral, generalmente metformina, solo logran un 0.21 de adherencia aunque sus niveles de HbA1c promedio sean un poco más bajos.

El cumplimiento de metas del paciente muy joven siempre es difícil, situación corroborada en este estudio donde el promedio más alto de HbA1c de 9.17% (DS 2.99) corresponde al grupo de hasta 25 años, con una proporción de adherencia de 0.50 la cual disminuye a 0.35 en la edad madura aunque con HbA1c en general más baja; es de llamar la atención que el grupo de pacientes que mejor controla la enfermedad en términos generales, es aquel que está entre los 61 a 75 años, donde independientemente del tratamiento, los niveles generales de HbA1c disminuyen hasta un 7.29% (DS 1.87), con la proporción de adherencia más alta de 0.54, misma que cae importantemente después de los 76 años hasta un 0.22.

Las mujeres tienen una discreta tendencia a mantener niveles más estables de HbA1c con un promedio de 7.84% (DS 2.04), comparado con un 8.04% (DS 1.91) en promedio para los hombres, y con una proporción de adherencia de 0.43 y 0.33 respectivamente, lo cual confiere una razón de prevalencia de 1.30 a favor del sexo femenino.

La profesión parece influir también en los niveles de HbA1c, pues se puede apreciar que las personas dedicadas al hogar tienen un promedio de 7.55% (DS 1.88) con una proporción de adherencia de 0.45; diferencia notable con los profesores en activo que demuestran un promedio de 9.22% (DS 2.72) con una proporción de adherencia que disminuye a 0.33.

Los pensionados tienen un nivel promedio de HbA1c de 7.94%, con una proporción de adherencia de 0.37 para dicho grupo.

Los trabajadores de la salud tienen mayor frecuencia de adherencia terapéutica, siendo el único subgrupo de profesión que en promedio logra la

meta de HbA1c con un promedio general de 6.9% y un porcentaje de adherencia de 58%.

De aquellos pacientes con una actividad administrativa, de oficina, solo cumplen adherencia el 38%.

De los estudiantes incluidos, si bien el 50% está en meta, el nivel promedio de HbA1c es de 9.17%.

Con respecto al nivel de educación se puede notar que la HbA1c es cada vez menor, aunque siempre fuera de la meta, conforme se ha estudiado más desde la primaria hasta la preparatoria. Se infiere que quienes estudian hasta primaria tienen menor frecuencia de adherencia con un promedio de HbA1c de 8.04%, 7.91% en secundaria y 7.62% en quienes estudiaron hasta preparatoria, sin diferencia evidente entre quienes cursan una u otra; si bien en los profesionales la HbA1c aumenta en promedio a 8.09%, en general la proporción de adherencia en este grupo es de 0.44, la mayor en los subgrupos por profesión. Los profesionales que tienen un nivel de posgrado, aunque tienen promedio de HbA1c de 7.24%, el más bajo, no alcanzan valores menores de 7% en la mayoría de los casos, con una adherencia tan baja como del 28% en este subgrupo.

Tabla 2: Adherencia de acuerdo a variables propias del paciente

Variable	Total de casos	Total de casos sin adherencia	Proporción
Paciente que viven solos	9	7	0.77
Pacientes sin pareja	40	23	0.57
No han buscado por su cuenta información sobre la diabetes	28	20	0.71
Toma 5 ó más medicamentos	65	40	0.61
No conoce nombres y dosis de los fármacos que toma	9	8	0.88
Ha discontinuado su tratamiento por lo menos una vez	24	15	0.63
No se realiza automonitoreo de glucosa	35	24	0.68
No conoce las complicaciones de la Diabetes	10	8	0.80

Por otra parte y de acuerdo al primero de los objetivos secundarios, tomando en cuenta situaciones propias de los pacientes que pueden afectar su adherencia terapéutica (tabla 2), de los 106 pacientes incluidos en el estudio, nueve viven solos, y de estos, siete no cumplen criterio de adherencia, lo que representa un porcentaje de adherencia del 22% en quienes viven solos, comparado con quienes viven acompañados que tienen un porcentaje de adherencia del 42%, con una razón de prevalencia de 0.52, es decir, el vivir acompañado confiere una posibilidad 48% mayor de lograr adherencia terapéutica, comparado con quienes viven solos.

Ahora bien, el vivir acompañado, no es igual a tener pareja. De nuestro grupo estudiado de 106 pacientes diabéticos del servicio, 66 pacientes tienen pareja, y de estos el 39% está en meta de tratamiento, pero también de quienes no tienen pareja, un 42% está en meta, con promedios de HbA1c entre un grupo y otro sin una diferencia marcada, con 7.85% (DS 2.03) para el primero, y 7.96% (DS 1.96) para los segundos.

Cuando se preguntó a los pacientes si habían buscado información por su cuenta sobre la diabetes mellitus, el 74% respondió que sí, y de éstos la proporción de adherencia es de 0.49, con una HbA1c promedio de 7.75% (DS 1.87); con una proporción de adherencia de 0.28 entre quienes no buscan información de la enfermedad que tienen promedio de HbA1c en 8.3%; resultando una razón de prevalencia de 1.75.

Otro factor que interviene en la adherencia es la polifarmacia, definida como el que un paciente tome 5 ó más medicamentos para el tratamiento de sus padecimientos. En esta intervención se encontró que quienes tienen prescrito 4 ó menos medicamentos tienen una proporción de adherencia de 0.44, con un promedio de HbA1c de 7.7% (DS 2.05), comparado con aquellos que toman 5 ó más medicamentos en quienes la proporción de adherencia disminuye a 0.38 con valores promedio de HbA1c en 8.03% (DS 1.97); con una razón de prevalencia de 1.15.

También se buscó una asociación entre aquellos pacientes que no conocen los nombres, presentaciones o dosis de los fármacos que se les prescriben y la falta de adherencia al tratamiento, resultando con una razón de prevalencia de 1.40 y una proporción de adherencia de 0.20 en quienes desconocen lo que se les indica, con un promedio de HbA1c de 8.3% (DS 1.93) en éstos.

Al intentar asociar el que un paciente haya discontinuado el tratamiento indicado por lo menos una vez con la falta de apego a la meta de tratamiento, se encontró una proporción de 0.62, con una RP 1.07 y una media de HbA1c en este grupo de 8.06% (DS 1.9). Además, de los 24 pacientes que habían suspendido su tratamiento en alguna ocasión, 20 de ellos, es decir el 84%, lo justificó por una falta de abasto del medicamento indicado.

Con respecto al automonitoreo de glucosa capilar como factor para lograr adherencia, resultó que la proporción de adherencia en quienes sí lo hacen es del 0.45 con una media de HbA1c de 7.7% (DS 2.04); comparada con una proporción de adherencia de 0.31 en quienes no lo realizan habitualmente, los cuales resultaron con media de HbA1c en 8.23% (DS 1.89); reportando una razón de prevalencia de 1.45.

Los pacientes que conocen las complicaciones de la DM muestran una mayor proporción de adherencia (0.43), comparado con quienes no las conocen donde la proporción de adherencia cae a 0.20, con una RP de 2.15, y valores promedio de HbA1c en general 0.71% menor.

Tabla 3: Adherencia de acuerdo a intervención del equipo médico

Variable	Total de casos	Total de casos con adherencia	Proporción
El paciente sintió agrado y buena comunicación con el médico que lo atendió	104	42	0.40
Si recibió explicación de la condición actual de su enfermedad	96	40	0.42
Se le explicó cuáles son las metas de tratamiento para un diabético	92	38	0.42
Se le mencionó la HbA1c como meta importante del tratamiento	62	25	0.41

La encuesta aplicada también midió situaciones en las que se pudiera asociar la relación médico paciente con el cumplimiento o no de las metas de tratamiento. Se le preguntó específicamente a los pacientes si sentían agrado y buena comunicación con el equipo médico que les atiende, a lo cual el 98% respondió que “sí sentía agrado y buena comunicación con su médico”; sin embargo la proporción de adherencia en estos pacientes fué de 0.40, con un promedio de HbA1c de 7.91% (DS 2.00).

Solo dos personas del total de encuestados respondieron no tener ese sentimiento de agrado y buena comunicación con su médico, de los cuales uno

cumplía con el criterio de adherencia, resultando finalmente con una proporción de adherencia de 0.50 y una razón de prevalencia de 0.80.

El 91% de los 106 pacientes encuestados refirió haber recibido información detallada de la condición actual de su enfermedad en las consultas previas, con una proporción de adherencia en estos de 0.42 y un promedio de HbA1c de 7.84% (DS 2.02) comparado con el 9% que refirió no haber recibido información por parte de sus médicos en quienes la proporción de adherencia disminuyó a 0.30, con una HbA1c promedio de 8.37% y una RP de 1.40.

Con respecto a las otras dos preguntas sobre las metas de tratamiento para el diabético y especialmente la HbA1c como meta, no se encontró diferencia en la proporción de adherencia de los pacientes a pesar de que con menor frecuencia los pacientes identificaban la HbA1c como una de las metas primordiales en el manejo y control de su enfermedad. (ver tabla 3).

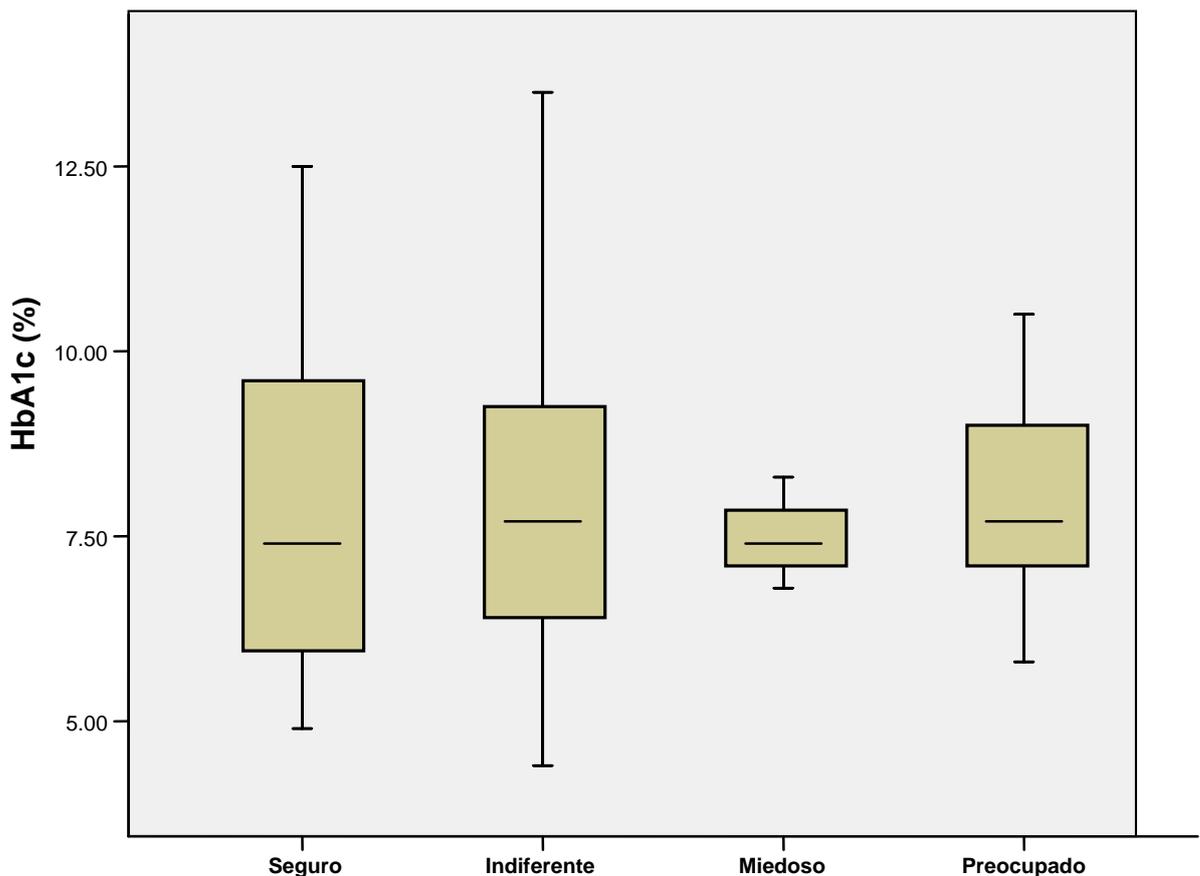


Fig. 4: Patrón de Adherencia

El segundo de los objetivos secundarios del estudio es identificar si alguno de los patrones de adherencia terapéutica, descritos por múltiples autores en el mundo, influye en el control metabólico o no, en nuestra población de estudio; para cumplir este objetivo se aplicó dentro de la encuesta el cuestionario validado para tal efecto, con el fin de identificar el tipo de patrón de apego de cada paciente (seguro, indiferente, miedoso o preocupado), encontrando lo siguiente con respecto a este punto:

Cuarenta y siete pacientes del total de 106 incluidos resultaron, de acuerdo al puntaje, con un patrón de apego seguro, lo cual corresponde al 44.4% del total de la muestra; de los cuales solo 21 pacientes cumplieron criterio de adherencia, lo cual equivale a una proporción de adherencia de 0.44.

El patrón de apego indiferente estuvo presente igualmente en 47 pacientes del total de 106, es decir, otro 44.4% del total, con una diferencia mínima en el cumplimiento de la meta de tratamiento para estos pacientes con respecto al patrón seguro, ya que 19 pacientes tenía HbA1c igual o menor a 7%, con una proporción de adherencia de 0.40.

Los patrones de apego del tipo miedoso y preocupado fueron mucho menos frecuentes con sólo 3 casos para el primero y 9 casos para el segundo, lo que equivale a un 2.8% y un 8.4% respectivamente, del total de pacientes estudiados.

Las medias de HbA1c de acuerdo al patrón de apego no mostraron diferencias importantes, reportando 7.89% para el patrón “seguro”, 7.90% para el “indiferente”, una disminución discreta en el patrón “miedoso” con 7.5%, y finalmente 8.01% para aquellos con patrón de apego “preocupado”. (Ver Fig. 4)

Tabla 4: Características generales de acuerdo al patrón de adherencia

Variables	Seguro	Indiferente	Miedoso	Preocupado	
Total de pacientes	47 (*21)	47 (*19)	3 (*1)	9 (*2)	106
Sexo					
Femenino	31 (16)	40 (15)	3 (1)	2 (1)	76
Masculino	16 (5)	7 (4)	0	7 (1)	30
Tipo de Diabetes					
DM tipo 1	4	2	1	0	7
DM tipo 2	42	44	2	8	96
DM secundaria	1	1	0	1	3
Tiempo de evolución de DM					
Menos de 1 año	3	1	0	0	4
De 1 a 5 años	8	17	0	2	27
De 6 a 10 años	11	12	0	4	27
Más de 10 años	25	17	3	3	48
Tipo de tratamiento					
Solo hipoglucemiantes	28	26	1	4	59
Solo insulina	13	14	1	3	31
Combinación insulina/oral	6	6	1	1	14
Solo dieta	0	1	0	1	2
Edades					
18 a 25 años	2	4	0	0	6
26 a 40 años	3	4	1	1	9
41 a 50 años	7	7	0	0	14
51 a 60 años	18	15	1	3	37
61 a 75 años	13 (8)	13 (7)	1	4 (2)	31
Más de 75 años	4	4	0	1	9
Grado escolar					
Hasta primaria	8	11	1	2	22
Hasta secundaria	11	11	0	4	26
Hasta preparatoria	11	5	1	2	19
Hasta profesional	15 (7)	16 (7)	1	0	32
Hasta posgrado	2	4	0	1	7
Ocupación					
Hogar	10	10	1	1	22
Profesor	3	3	0	0	6
Pensionado	15	11	0	6	6
Personal de salud	6	6	0	0	12
Administrativo	7	9	2	0	18
Estudiante	2	4	0	0	6
Comerciante	1	1	0	0	2
Otra	3	3	0	2	8
(*) Número de pacientes que tuvieron adherencia en ese subgrupo					

Haciendo una comparativa de las distintas variables con respecto al patrón de apego de los pacientes, se pudo apreciar que el patrón “indiferente” es más frecuente en las mujeres, presentándose en un 53% de las mujeres incluídas en el estudio; así como entre los hombres el patrón “seguro” es más frecuente con un 53.3% del total de hombres incluídos, comparado con un 23.3% que tienen un patrón “indiferente” y el restante 23.3% con un patrón preocupado; ya que entre los hombres no se presentó un solo caso con el patrón llamado “miedoso”.

En las mujeres con patrón de apego “seguro”, la proporción de adherencia fue de 0.51, en cambio en aquellas con un patrón indiferente la adherencia fue solo de 0.37, por tanto en el sentido inverso, las mujeres con un patrón de apego indiferente en el 63% de los casos no lograrán cumplir las metas de tratamiento en diabetes.

Por otro lado, de los diez hombres que sí cumplieron con el criterio de adherencia, cinco tenían un patrón “seguro”, cuatro tenían un patrón “indiferente”, y sólo un caso con patrón preocupado; pero en quienes no cumplían el criterio de adherencia terapéutica el patrón “seguro” fue el más frecuente con once casos de un total de 16 en ese subgrupo de patrón de apego.

Poniendo énfasis sobre todo en los patrones de apego “seguro” e “indiferente”, ya que los otros dos patrones se presentaron en muy pocos casos; se aprecia como no hay diferencia importante, de acuerdo al tipo de diabetes mellitus, entre los casos de uno u otro patrón (Ver tabla 4), pero con respecto al tiempo de evolución de la enfermedad se aprecia que en aquellos con menos de 5 años es más frecuente el patrón “indiferente”; al aumentar el tiempo de evolución se equilibran los casos de patrón indiferente y patrón seguro.

Por grupos de edad tampoco se nota una diferencia entre la frecuencia de un patrón u otro; ni siquiera en el grupo de edad de nuestros pacientes que mostró mejor adherencia terapéutica y en general niveles más bajos de HbA1c, es decir, en aquellos con edades entre los 61 a 75 años.

De acuerdo al grado de escolaridad se pudiera pensar en una cierta tendencia a tener un patrón indiferente entre aquellos con un nivel de posgrado, sin embargo el número de pacientes en este rubro es bajo en comparación a los otros. En relación a la profesión o actividad que desempeñan los pacientes, tampoco se aprecian diferencias entre un patrón u otro.

Esta falta de diferencias con respecto a la tendencia de un subgrupo a tener un patrón de adherencia u otro, en realidad corrobora la homogeneidad del grupo a este respecto y permite ser más objetivos con respecto a si el patrón de adherencia puede ser un factor aislado que coadyuve en la adherencia terapéutica, o si este patrón es dependiente o asociado a otras condiciones del paciente.

DISCUSION

Al hacer el análisis de los resultados del presente estudio y conforme a la hipótesis y objetivos planteados, se definió que el 40% de los pacientes diabéticos del servicio de Endocrinología del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, cumplen con el criterio de control adecuado de la enfermedad al mantener niveles de HbA1c por niveles iguales o abajo de 7%, lo cual corrobora la hipótesis de que la adherencia terapéutica en este centro era menor al 50%; sin embargo es más alta que en otros grandes centros, incluso especializados en la atención de la diabetes, donde se ha reportado adherencia terapéutica que va desde un 13 a un 33%.

Este porcentaje alcanzado en el servicio estudiado, y en otros centros mencionados si bien no es el ideal, ya que ese sería el 100%, es un buen parámetro del tipo de atención que se otorga. Seguramente que por tratarse de un servicio de endocrinología y en el hospital más grande y con mayores recursos de una Institución, los resultados a este respecto son más favorables. Sería conveniente comparar los resultados de este estudio con los resultados de otros hospitales de tercero y segundo nivel, así como con clínicas de especialidad y de medicina familiar, en servicios tanto de endocrinología, como de medicina interna y en la consulta de primer contacto, para evaluar el verdadero impacto que tiene la atención del paciente diabético en los distintos niveles de atención, con relación al cumplimiento de sus metas de tratamiento.

La principal limitante de este estudio es la muestra limitada de pacientes, ya que se realizó en un corto periodo de tiempo, dos meses; lo cual no otorga suficiente poder a los resultados reportados. Por tanto será conveniente un seguimiento del mismo estudio que permita reportar en un futuro resultados más sólidos y con mayor reproducibilidad en otros centros hospitalarios.

No fué posible determinar si un patrón de apego en particular es determinante en la adherencia terapéutica, pero si hay cierta tendencia, que hace inferir que el tener un patrón “indiferente” confiere una mayor posibilidad de no lograr adherencia terapéutica.

Las mujeres que tienen adherencia no muestran diferencia entre el patrón seguro o indiferente, pero en las mujeres que no cumplen adherencia hay una tendencia en ellas a tener el patrón indiferente, ya que un 59% de las mujeres que no cumplen criterio de adherencia tienen un patrón de apego "indiferente", comparado con un 35% que tienen un patrón "seguro", 4% un patrón "miedoso", y 2% un patrón "preocupado".

Entre los hombres que cumplen adherencia no hay diferencias entre un patrón "seguro" o "indiferente"; pero en los hombres que no cumplen criterio de adherencia es más frecuente que tengan un patrón de apego "seguro", 55% de los casos en hombres sin adherencia; comparado con un 15% que tienen patrón indiferente, y un incremento del patrón "preocupado" con un 30% para este subgrupo.

Por tanto, a diferencia de reportes de otros centros de atención a diabéticos, donde se asegura que pacientes con patrón de apego "seguro" logran más frecuentemente adherencia terapéutica, y que en sentido inverso aquellos con patrón "indiferente" tienen menos adherencia terapéutica, nuestros resultados indican que en la población derechohabiente que acude a nuestro servicio de endocrinología para la atención de la diabetes, el patrón de apego no es un determinante de la adherencia terapéutica, pero sí puede ser un indicador de en quiénes será más difícil el lograr las metas de tratamiento.

Al analizar los resultados por tipo de diabetes, se corrobora que es más difícil controlar a los diabéticos tipo 1 que en general mostraron valores de HbA1c de 9.2% en promedio, aunque su porcentaje de adherencia fue discretamente mayor, de 42%, comparado con el 40% de los diabéticos tipo 2 que en general mantienen niveles de HbA1c más bajos, 7.7% en promedio; esta situación es esperable, ya que en general es más fácil lograr las metas en etapas iniciales de una diabetes tipo 2, en quienes el tratamiento es predominantemente con fármacos por vía oral. En ese sentido, de acuerdo a la evolución de la enfermedad, el control es menos favorable a medida que la enfermedad va avanzando en años, con promedios de HbA1c de 7.4% en los recién diagnosticados y que elevan paulatinamente hasta un promedio de 8.2% hacia los diez años de evolución de acuerdo a este estudio, evidenciando el cada vez menor apego, que disminuye desde un 50% al inicio hasta un 33% hacia los diez años de la enfermedad.

Con respecto al género y el cumplimiento de la adherencia, este estudio reporta una razón de prevalencias de 1.30 a favor del sexo femenino, es decir que en general las mujeres tienen 30% más posibilidades de lograr un adecuado control de la enfermedad.

Con este estudio se corrobora que a mayor nivel de estudios, los pacientes entienden mejor las indicaciones de su médico así como el contexto de la enfermedad y que por tanto tienen mayor frecuencia de adherencia o por lo menos, en este caso, de valores de HbA1c más cercanos a la meta. Este es el caso de quienes tienen un nivel de posgrado, que en general lograron un promedio de HbA1c de 7.2%, aunque el porcentaje de los que lograron la meta del 7% o menos, no fue muy significativo.

En una población derechohabiente donde prácticamente la tercera parte tiene estudios profesionales y de posgrado, el nivel de adherencia terapéutica se esperaría mucho mayor; ésta puede ser causa importante del mejor porcentaje de adherencia (40%) de este centro, comparado con otros, hipótesis que pudiera ser corroborable si se aplicara este mismo estudio en distintos niveles de atención a enfermos con otro nivel sociocultural y educacional.

Por otro lado, el hecho de no encontrar diferencias en la adherencia terapéutica de quienes tienen pareja o no, demuestra que para el mejor control del paciente diabético el factor no es el tener pareja sentimental, sino simplemente que el paciente se sienta acompañado o cuidado. La posibilidad de que quienes no viven solos cumplan su meta de tratamiento en el control metabólico es del 48%, como factor aislado.

De acuerdo a las proporciones analizadas con respecto a si los pacientes buscan por su cuenta información sobre la diabetes, se infiere que la posibilidad de lograr la meta de tratamiento será 75% mayor en quienes sí lo hacen.

Aquellos pacientes que cumplen con criterio de polifarmacia tienen 15% más posibilidad de no lograr meta de HbA1c, situación preocupante en nuestro medio, ya que la gran mayoría de los pacientes toma cinco o más medicamentos para el manejo de sus comorbilidades, lo cual además no es infrecuente en un centro de alta especialidad.

Sin salir del tema de los fármacos, el que un paciente no conozca los nombres y dosis de los fármacos que se le prescriben, aunque los tome con la ayuda de alguien más, le confiere un riesgo de un 40% de no lograr adherencia terapéutica con base en la razón de prevalencias.

Con este estudio también se corrobora que el llevar un adecuado automonitoreo de glucosa capilar aumenta un 40% más la probabilidad de lograr adherencia terapéutica y que los niveles de HbA1c son sensiblemente más bajos en estos pacientes con una media de 7.73% (DS 2.04), es decir, aproximadamente 0.5% menos en comparación con quienes no hacen automonitoreo que tienen una media de 8.23% (DS 1.89). Hay fármacos en el tratamiento de la diabetes mellitus que apenas si bajan ese 0.5% de HbA1c, por tanto el automonitoreo es mecanismo idóneo de contribución a la adherencia terapéutica.

Los pacientes bien informados con respecto a las complicaciones de la diabetes mellitus, en general logran una mayor adherencia terapéutica con niveles promedio de HbA1c más bajos que quienes no se preocupan por conocer de la enfermedad y sus posibles complicaciones o evolución natural.

De acuerdo a la razón de prevalencias, en estos pacientes sin información, la probabilidad de no lograr adherencia terapéutica incrementa un 115%, de tal suerte que el simple hecho de saber lo que puede ocurrir cuando no se cumplen las metas de tratamiento, estimula a los pacientes a llegar a la misma, aunque la mayor parte de las veces sólo se acercan a la meta del 7%.

El mantener una adecuada relación médico paciente se ha relacionado en diversos estudios con mejores índices de cumplimiento de metas terapéuticas. En este estudio se evaluó someramente la percepción que tiene el paciente sobre el equipo médico que le atiende, encontrando que un 98% de ellos en general tiene sentimientos positivos con respecto a la atención que recibe de parte del equipo de salud pero que finalmente ese sentimiento positivo no influye importantemente en el cumplimiento de la meta de tratamiento.

De acuerdo a la razón de prevalencias esta situación aislada, solo confiere un 20% más de probabilidad de alcanzar la meta de tratamiento, comparado con quien no siente agrado y buena comunicación con el equipo de salud que le atiende. Nuevamente, estos resultados tendrían que ser corroborados en un seguimiento del mismo estudio donde la muestra sea más representativa.

En los pacientes a quienes no se les otorga una explicación detallada de la condición actual de su enfermedad, la HbA1c generalmente es más alta, con una diferencia de 0.53 puntos porcentuales, diferencia importante al traducirlo en valores promedio de glucosa en sangre, aproximadamente 19 mg/dl más, solo por este factor.

Igualmente, los pacientes que no reciben explicación sobre cuáles son las metas de tratamiento de la diabetes tienden a valores promedio de HbA1c discretamente más altos en comparación con quienes si reciben la información. En este estudio el 87% de los pacientes afirmó haber recibido dicha información, con promedio de HbA1c entre éstos de 7.87% (DS 1.99), comparado con los pocos que no recibieron esta explicación que tuvieron en general un promedio de HbA1c de 8.05% (DS 2.1), una diferencia tal vez mínima en los valores de HbA1c, pero lograda solo con el hecho de mantener un constante flujo de información entre el médico y el paciente.

CONCLUSION

En la población de diabéticos del Servicio de Endocrinología del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el patrón de apego, sin distinción de género, no es un factor que determine o influya en el cumplimiento de las metas de tratamiento, es decir, en la adherencia terapéutica. Sin embargo en las mujeres con un patrón de apego "indiferente" es más probable que no logren sus metas de tratamiento, al igual que en los hombres que tengan un patrón de apego "seguro".

En varios estudios se ha afirmado que en ausencia de una buena comunicación médico-paciente, la adherencia terapéutica de aquellos pacientes con patrón de apego indiferente, será mucho menor, y con niveles altos de HbA1c, pero tal vez en nuestro medio no es tan evidente la relación directa entre patrón indiferente y falta de adherencia basados en que en general los mismos pacientes incluidos en el estudio han evidenciado agrado y buena comunicación con el equipo médico que le atiende, tomando este factor como un punto de equilibrio en el logro de mejores niveles de HbA1c que los reportados en otras series que comparan los patrones de apego.

Aún así, la limitante de este estudio es la muestra de pacientes utilizada, por lo que un seguimiento a este estudio y un futuro reporte con una muestra más representativa, así como otros estudios similares que deriven de éste, podrá aclarar si realmente el patrón de apego de un paciente influye en su adherencia terapéutica, o son más influyentes los otros factores, como el nivel socioeconómico, cultural y de educación, así como la atención en un centro hospitalario mejor capacitado para la atención de estos pacientes que, como se sugiere por los resultados de este estudio, son las situaciones que se corroboraron como factores que influyen en la adherencia terapéutica, además de una adecuada relación médico paciente, y la información constante y oportuna sobre todos los aspectos de la enfermedad y su evolución.

Otra limitante para la reproducibilidad de este estudio está en que el tipo de derechohabiente del ISSSTE es muy especial; en general con mayor nivel de educación, la mayoría burócratas o maestros, con un estatus socioeconómico aceptable o por lo menos no son pacientes que vivan en condiciones de

pobreza; por ello tal vez, más que buscar reproducibilidad exacta, se debería realizar un nuevo estudio enfocado en comparar otro tipo de población diabética.

Finalmente, podemos inferir que la atención brindada a los pacientes diabéticos en este centro hospitalario: más apegada, con visitas extemporáneas para vigilar sus automonitoreos y surtimiento de recetas, y la insistencia constante en el apego a la dieta, disminución de peso, mayor actividad física rutinaria, exploración física completa y rutinaria en las consultas de seguimiento, y el acceso prácticamente constante a los exámenes de laboratorio necesarios, sobre todo la hemoglobina glucosilada, son todos en conjunto, factores que favorecen la adherencia terapéutica y que permiten que al momento actual 4 de cada 10 pacientes diabéticos estén es su meta de tratamiento para evitar las complicaciones crónicas tan temidas de la diabetes mellitus.

El identificar rutinariamente el patrón de apego y todos los factores mencionados, en cada uno de nuestros pacientes diabéticos; deberá permitir un mayor porcentaje de adherencia terapéutica en el servicio estudiado, lo cual puede ser motivo de otro estudio, ahora prospectivo.

REFERENCIAS

- 1.- The DCCT Research Group. Influence of Intensive diabetes treatment on quality life outcomes in the Diabetes Control and Complications Trial. *Diabetes Care* 19:195-203, 1996.
- 2.- UKPDS Group. Intensive blood glucose control with sulfonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patient with type 2 diabetes. (UKPDS 33). *Lancet* 1998; 352:837-853
- 3.- Standard of medical care in diabetes-2008. *Diabetes Care*. Vol 31, 1, Jan 2008
- 4.- Méndez F, Meléndez M. Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención. *Anales de Psicología*. Vol 10 (2). 1994
- 5.- Ciechanowski P, et al. The patient provider relationship: Attachment theory and adherence to treatment in diabetes. *American Psychiatric Association*. Vol 158 (1) Jan 2001
- 6.- Bartholomew K, Horowitz LM: Attachment styles among young adults. A test of a four category model. *J Pers Soc Psychol* 1991; 61:226-244
- 7.- Grant R, et al. Relations between patient medication adherence and subsequent clinical inertia in type 2 diabetes glycemic management. *Diabetes Care*. Vol 30, 4, Apr 2007
- 8.- Phillips L, et al. Clinical Inertia. *Annals of Internal Medicine*. Vol 135, 9, Nov 2001
- 9.- Kurdek L. On being insecure about assessment of attachment styles. *Journal of Social and Personal Relationships*. Vol 19 (6): 2002
- 10.- Ciechanowski P, et al. Interpersonal predictors of HbA1c in patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care*. Vol 25, 4, Apr 2002
- 11.- Toobert D, et al. The summary of diabetes selfcare activities measure. *Diabetes Care*, Vol 23, 7, Jul 2000
- 12.- Harris MI. Racial and Ethnic differences in glycemic control of adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 1999; 22:403-8.
- 13.- Cook CB. Diabetes in urban African Americans. Overcoming Clinical inertia improves glycemic control in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 1999.

- 14.- Griffin DW, Bartholomew K. The metaphysics of measurement: the case of adult attachment. *Advances in Personal Relationships* 1994; 5: 17-52
- 15.- Ognibene TC, Collins NL: Adult Attachment styles, perceived social support and coping strategies. *J Soc and Personal Relationships*. 1998; 15:323-45.
- 16.- Pearson TA et al. The lipid treatment assessment project: a multicenter survey to evaluate the percentages of dyslipidemic patients receiving lipid lowering therapy and achieving LDL-C goals. *Arch Intern Med*. 2000; 160: 459-67
- 17.- Drass J et al. Diabetes care for medicare beneficiaries. Attitudes and behaviors of primary care physicians. *Diabetes Care* 1998; 21: 1282-7
- 18.- Bernard AM et al. What do internal medicine residents need to enhance their diabetes care? *Diabetes care*. 1999; 22: 661-6
- 19.- Dunn SM et al: Development of the diabetes knowledge (DKN) scales. *Diabetes care* 1984; 7:36-41

ANEXO A

Servicio de Endocrinología

Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"

Questionario para pacientes diabéticos

Este formato tiene como único objetivo el conocer mejor a nuestros pacientes para poder ofrecer más alternativas de tratamiento y calidad en la atención. La información que nos proporcione será estricta-mente confidencial y valorada por un único investigador, por lo que rogamos ser sincero en sus respuestas.

Nombre..... Fecha.....

Edad:

Hasta 25 años () 26 a 40 años () 41 a 50 años () 51 a 60 años ()

61 a 75 años () Mayor de 76 años ()

Sexo: Mujer () Hombre () Ocupación..... Lugar de residencia.....

Educación:

Hasta Primaria () Hasta Secundaria () Preparatoria () Profesional () Posgrado ()

Vive solo.... SI () NO () Tiene pareja.... SI () NO ()

Ha buscado por su cuenta información sobre qué es la diabetes mellitus?.....SI () NO ()

En qué medio: TV__ Libros__ Revistas__ Periódico__ Internet__ Otros__
especifique_____

¿Cuántos medicamentos toma en total para el control de sus enfermedades?
4 ó menos () 5 ó más ()

¿Conoce los nombres y dosis de los fármacos que toma o se aplica?.....SI () NO ()

¿Alguna vez ha discontinuado su tratamiento por más de 1 semana?.....SI () NO ()

¿Por qué causas?.....Desabasto en farmacia () Por mejoría () Por no notar mejoría ()

Por no haber entendido las indicaciones del médico () Por no querer tomar medicamentos ()

¿Sintió agrado y buena comunicación con los médicos que lo atendieron la consulta previa?
SI () NO ()

¿Recibió explicación detallada de la condición actual de su enfermedad?.. SI () NO ()

- ¿Sus médicos le han explicado cuáles son las metas de tratamiento para un diabético? SI () NO ()
- ¿Le han mencionado a la hemoglobina glucosilada, como parte importante de sus metas? SI () NO ()
- ¿Se mide la glucosa en su casa y la anota?..... SI () NO ()
- ¿Le han explicado cuáles son las complicaciones de la diabetes?..... SI () NO ()

Si su respuesta fué afirmativa,
anótelas:.....

Por favor, lea las siguientes situaciones y responda de acuerdo a lo que mejor describa sus sentimientos:
 Marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente. Tiene cinco posibilidades de respuesta:
1. No estoy de acuerdo; 2. Algo de acuerdo; 3. De acuerdo; 4. Bastante de acuerdo; 5. Muy de acuerdo
 No hay respuestas buenas o malas: Todas sirven. No deje frases sin responder.

	No estoy de acuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Bastant e de	Muy de acuerdo
1.- Para mi es muy fácil vincularme emocionalmente a los demás					
2.- Me siento a gusto dependiendo de los demás					
3.- Me siento a gusto teniendo a otras personas dependiendo de mí					
4.- Temó a la posibilidad de quedarme solo (I)					
5.- Me molesta que haya personas que no me acepten (I)					
6.- Encuentro difícil importarle a otras personas					
7.- Temó que me puedan producir daño si me vinculo afectivamente a los demás					
8.- Tengo dificultades para confiar completamente en los demás					
9.- Me siento incómodo cuando me vinculo emocionalmente a la gente					
10.- Deseo estar absolutamente apegado emocionalmente a los demás					
11.- Temó que otras personas no me valoren tanto como yo las valoro					
12.- Encuentro que las personas no desean estar tan unidos emocionalmente como yo desearía					
13.- Me siento a gusto sin establecer relaciones afectivas (I)					
14.- Es muy importante para mí sentirme independiente					
15.- Es muy importante para mí realizar cosas por mi mismo					
16.- Prefiero no tener a personas que dependan de mí					
17.- Prefiero no depender de las personas					
18.- Me siento a gusto sin establecer relaciones afectivas					

Este apartado será llenado por el médico de la consulta

- 1.- Qué tipo de diabetes padece 1 () 2 () Secundaria ()
- 2.- Tiempo de evolución desde el diagnóstico de Diabetes < 1 año () 1-5 a () 5-10 a () >10 a ()
- 3.- Tratamiento actual HGO _____ Insulina _____ Combinado _____
- 4.- Valor de Hemoglobina glucosilada: Actual _____ Hace 3 meses _____ Hace 6 meses _____
- 5.- Índice de masa corporal: Actual _____ Hace 3 meses _____ Hace 6 meses _____
- 6.- Porcentaje de apego a dieta: Actual _____ Hace 3 meses _____ Hace 6 meses _____
- 7.- En los últimos tres meses, ha interrumpido o modificado su tratamiento, cualquiera que sea la causa.....
SI () NO ()

Este apartado será llenado por el investigador

- 1.- De acuerdo a lo anterior, cumple criterio de **Adherencia terapéutica**.....SI () NO ()
- 2.- De acuerdo a las respuestas cumple con el siguiente patrón de estilo de adherencia:
- SEGURO () PREOCUPADO () INDIFERENTE () MIEDOSO ()