



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 78 CIUDAD NEZAHUALCOYOTL  
ESTADO DE MÉXICO

**APEGO A TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN PACIENTES  
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UMF 75 DEL IMSS**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

**DRA. MARIA DE LOURDES GOMEZ VIVAS**



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.


**APEGO A TRATAMIENTO-FARMACOLOGICO EN PACIENTES  
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UMF 75 DEL IMSS**

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

**PRESENTA**


**MARIA DE LOURDES GOMEZ VIVAS**

**AUTORIZACIONES**



**DRA. MARGARITA PALACIOS BONILLA**

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN UMF 78 CD. NEZAHUALCOYOTL,  
ESTADO DE MÉXICO ORIENTE**



**DR. MARIO ENRIQUE TAPIA GARCIA  
ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS**

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN UMF 75 IMSS**



**DR. LUCIO REYES ORTIZ  
ASESOR DEL TEMA DE TESIS**

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN UMF 75 IMSS**



**DR. CARLOS BROISSIN ALVAREZ**

**COORDINADOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA UMF NO. 78  
CIUDAD NEZAHUALCOYOTL, ESTADO DE MEXICO ORIENTE**



**APEGO A TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN PACIENTES  
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UMF 75 DEL IMSS**

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

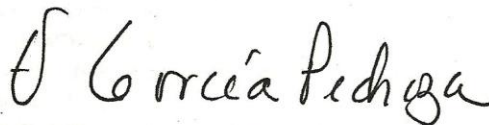
**PRESENTA:**

**DRA. MARIA DE LOURDES GOMEZ VIVAS**

**AUTORIZACIONES**



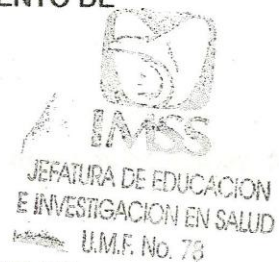
**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



## AGRADECIMIENTOS.

A DIOS.

En primer lugar que me permitió llegar al término de una etapa más de mi vida en el desarrollo como profesionista, y haberme dado salud para lograr mis objetivos.

A mis asesores de tesis y principalmente al † DR. Eduardo Márquez Cardoso que con sus conocimientos como profesor me inspiró confianza y seguridad de lograr este propósito.

A mis hijas y esposo por haberme apoyado en todo momento, por la motivación constante que me han brindado.

A mi † papá que me dejó el deseo de superación, a mi mamá, hermanos y hermanas que han estado al pendiente del desarrollo de mi profesión y la elaboración de esta tesis.

A mis compañeros de grupo y con el apoyo mutuo, llegue a encontrar grandes amigas.

“Cuando estamos enfermos, trabajar es difícil y el aprendizaje es aún más duro. La enfermedad embota nuestra creatividad, limita las oportunidades. A menos que se prevengan las consecuencias de la enfermedad, o que al menos se las reduzca al mínimo, la enfermedad mina a las personas y las lleva al sufrimiento, la desesperanza y la pobreza.”

Kofi Annan. Secretario General de las Naciones Unidas, en ocasión de la presentación del informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud. Londres, 20 de diciembre de 2001.

1 INDICE GENERAL	PAGINA
2.- Marco teórico	2
A.- Definición operativa	2
B.- Clasificación	2
C.- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, Censo IMSS 2004	3
CH.- Familia con Diabetes Mellitus	4
D.- Programas de prevención y control de Diabetes Mellitus	6
E.- Apego a tratamiento	8
F.- Definición	9
G.- Causas de desapego	10
H.- Tipos de no adherencia al tratamiento	12
i.- Métodos para medir la adherencia al tratamiento	14
2.- Planteamiento del problema	20
3.- Justificación	22
4.- Objetivos	27
5.- Metodología	29
6.- Resultados	35
7.-Discusión	63
8.-Conclusiones	65
9.- Acciones Medicas	66
10.- Referencias bibliográficas	70
11.- Anexos	75

## **I.- MARCO TEÓRICO.**

### **A.- DEFINICIÓN OPERATIVA**

La diabetes es un trastorno metabólico que es producto de defectos en la secreción de insulina, una acción defectuosa de la hormona o bien, la coexistencia de las dos condiciones anteriores. Los niveles elevados en la producción de glucosa hepática basal en presencia de hiperinsulinemia es la causa primaria de hiperglucemia. La hiperglucemia crónica de la diabetes es acompañada de daño, disfunción e insuficiencia en el largo plazo de diversos órganos, en especial ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos. <sup>(1)</sup> La palabra diabetes tiene su origen en el griego y significa “atravesar o discurrir a través”, mientras que mellitus proviene del latín y significa “dulce como la miel”.

La diabetes es una enfermedad conocida desde épocas muy antiguas. La primera referencia histórica que tenemos, figura en un papiro egipcio descubierto en una tumba de Tebas, por Ebers en 1862, papiro que había sido escrito aproximadamente en el año 1500 antes de JC. <sup>(2)</sup>

### **B.- CLASIFICACIÓN**

La OMS en 1999 publica la nueva clasificación de la DM, definiendo así cuatro grupos

- ◆ Diabetes Mellitus Tipo 1.- También llamada Diabetes Mellitus ínsulino-Dependiente o IDDM
- ◆ Diabetes Mellitus Tipo 2.- También llamada Diabetes Mellitus No Insulino-Dependiente o NIDDM
- ◆ Diabetes Gestacional. Se presenta sólo durante el embarazo.
- ◆ Otros tipos específicos de diabetes.- inducida por:
  - Ciertos virus se asocian con la destrucción de las células beta: rubéola, citomegalovirus, adenovirus, entre otros.
  - Defectos genéticos en la función celular beta (MODY I al 5 y mutación mitocondrial).
  - Defectos genéticos de la acción de la insulina.
  - Enfermedades del páncreas exócrino.
  - Endocrinopatías.



- Fármacos (ácido nicotínico, glucocorticoides, tiazídicos, dilantina, entre otros).
- Formas inmunes no comunes.
- Síndromes genéticos asociados con diabetes: síndrome de Down, de Turner, de Klinefelter, de Lawrence –Moon-Biedel, de Prader-Willi, de Wolfram, entre otros. <sup>(3, 25)</sup>

La diabetes tipo 2 se presenta entre 90 – 95 % de los pacientes, en ellos existe deficiencia relativa de la producción pancreática de insulina con un componente de resistencia a la insulina, aunque la etiología específica no es conocida, no ocurre destrucción autoinmune de las células beta. La mayoría son obesos, habitualmente es diagnosticada muchos años después de iniciado el mecanismo fisiopatológico ya que la hiperglucemia se desarrolla de forma gradual y es habitual que el paciente no presente manifestaciones clásicas de la enfermedad. Esto incrementa el riesgo de desarrollar complicaciones micro y macrovasculares. <sup>(4)</sup>

### **C.- ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN 2006, CENSO 2004 POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

México se encuentra entre los primeros 10 países con mayor número de diabéticos. Entre 1980 y 2000, la DM se convirtió en la primera causa de muerte en la población mexicana y durante los últimos cinco años su mortalidad ha crecido a un ritmo superior a 3% anual. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006), la prevalencia nacional de diabetes por diagnóstico médico previo en adultos fue de 7,0% (7,3% mujeres y 6,5% hombres). Cabe destacar que dicha prevalencia se acentúa en función de la edad; así, para el grupo de 50 a 59 años, dicha proporción llegó a 13,5% (14,2% mujeres y 12,7% hombres) y para el grupo de 60 a 69 años, 19,2% (21,3% mujeres y 16,8% hombres). El primer censo de pacientes diabéticos, realizado en 2004 por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), estimó un total de 2 334 340 personas afectadas por esta enfermedad. En ese mismo año se otorgaron 8,54 millones de consultas de medicina familiar para casos de diabetes, equivalentes a

13,0% del total de consultas en esta especialidad. En el IMSS se registran anualmente cerca de 153 000 nuevos casos de DM (420 diagnósticos diarios) y 18 170 defunciones por sus complicaciones en Individuos entre los 15 y los 64 años de edad. En 1992 los costos totales anuales de la enfermedad fueron estimados en alrededor de US\$ 430 millones, de los cuales US\$ 100 millones correspondieron a atención médica y US\$ 330 millones a pérdida de productividad y mortalidad prematura. Cálculos realizados en el 2000 arrojaron totales anuales de US\$ 2 618 millones, equivalentes a 15,5% del gasto total en salud y a 0,79% del producto interno bruto de ese año.<sup>(5, 26)</sup> En la actualidad no se conoce el número de grupos de ayuda que funcionan en las unidades del Instituto Mexicano del Seguro Social, pero se reconocen como una opción adecuada para dar respuesta a las necesidades de salud, en relación con el aprendizaje y la modificación de estilos de vida en la población derechohabiente.<sup>(6)</sup>

## **CH.- FAMILIA CON DIABETES**

Factores de riesgo.

Se han tratado ciertas características de un “perfil del prediabético”, como: ser familiar de diabético, obeso, con resistencia a la insulina, distribución central de la grasa, hiperinsulinemia, menor tolerancia a la glucosa, hipertrigliceridemia primaria e hipertensión arterial esencial, entre otras.

Es así que contamos con marcadores genéticos para desarrollar diabetes, sin embargo en muchos casos son los factores ambientales como el estilo de vida, la dieta y el hábito del ejercicio los factores que pueden sobreponerse a los factores genéticos para la aparición de la diabetes.

Al estudiar a las familias diabéticas observamos que más de la mitad tienen antecedentes diabéticos que el miembro más afectado es la madre (54%), que 3% de los hijos ya también son diabéticos, 5% son hipertensos, 82% presentan escolaridad primaria o menor, pobreza familiar baja, promedio de cuatro miembros de familia, con predominio de pertenencia a familias nucleares (54%), tradicionales (84%), en etapas de independencia (72%), urbanas (97%), predominio de rol esposa-madre (80%), las labores del hogar (80%), con tiempo

de evolución de la enfermedad desde menos de un año hasta 39 años. De los diabéticos 87% son obesos y la mitad hipertensos, sólo 13 % controlados, 56% con alguna complicación crónica, la mitad de ellos solo acudían menos de 6 veces a consulta anualmente. Aunque la convivencia de la familia con los miembros diabéticos era alta el apoyo familiar fue escaso. El mayor descontrol se asoció a familias con ciclo familiar de independencia o de retiro.

Tratamiento. El objetivo del tratamiento es lograr el control metabólico óptimo del paciente, con el fin de retardar o evitar complicaciones tanto agudas como crónicas, procurando la mejor calidad de vida del paciente. Se propone que los valores de glucosa en ayunas estén por debajo de 120 mg /dl, que la hemoglobina glucosilada sea menor de 7 %, colesterol total menor de 200 mg/dl, triglicéridos menor de 150 mg/dl, cifras de tensión arterial menores de 120/80, e índice de masa corporal menor de 25 kg/m<sup>2</sup>. Para el tratamiento de la diabetes mellitus podemos distinguir los siguientes pasos en el manejo del paciente diabético:

a).- Para el paciente delgado o que ha perdido peso prescribir terapia nutricional, actividad física, cambios en estilo de vida y sulfonilureas a dosis bajas, que se irán incrementando hasta control adecuado de glucosa, de no conseguirlo añadir acarbosa en cada alimento y de no lograr control iniciar insulina.

b).- En pacientes obesos plan alimentario para reducción de peso, actividad física y monitoreo de glucosa, de no lograrse control adecuado iniciar biguanidas a dosis bajas incrementando dosis de acuerdo a valores de glucosa e ir valorando inclusión de sulfonilureas o insulina.

Tratamiento familiar.

Además del tratamiento individual del paciente es importante considerar a la familia en todo momento a partir del diagnóstico. Se ha observado que el apoyo familiar es vital para lograr un control adecuado del padecimiento y de esta forma retardar las complicaciones crónicas. Dicho apoyo engloba diferentes aspectos, desde el emocional que incluye el sentimiento personal de sentirse amado y de confiar en alguien, el apoyo material para contar con ayuda directa en situaciones

cotidianas, así como también la posibilidad de recibir consejo o guía para resolver problemas.

El apoyo familiar es clave en el control metabólico de la enfermedad, al propiciar un ambiente favorable para reducir el estrés y mejorar el cumplimiento del tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico, sobre todo si éste deberá ser a largo plazo.<sup>(7)</sup>

Con el incremento de la esperanza de vida promedio de la población, las enfermedades crónicas suelen ser “acompañantes” cada vez más habituales de los seres humanos en la edad madura y con mayor razón en la vejez.<sup>(8)</sup>

El autocuidado es definido como un proceso por medio del cual una persona no profesional actúa en la prevención, detección y tratamiento. El autocuidado está relacionado con actividades deliberadas que el individuo debe realizar para alcanzar un mejor estado de salud y bienestar. Las capacidades de autocuidado son habilidades especializadas que se desarrollan a lo largo de la vida de las personas y son indispensables para realizar cualquier acción, especialmente cuando existen problemas de salud.<sup>(9)</sup>

#### **D.- PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DIABETES MELLITUS**

México requiere de una figura jurídica y esquemas de reingeniería en su organización y funcionamiento sectorial e interinstitucional, con la incorporación de nuevas tecnologías y el fortalecimiento de los recursos financieros para atender con mayor eficacia la problemática de la diabetes en el país. El Programa de Prevención y Control de Diabetes estableció durante el periodo 2000-2006 prioridades y estrategias orientadas a reducir la morbilidad y mortalidad de la diabetes en México, así como al establecimiento de lineamientos homogéneos de aplicación sectorial y la unificación de criterios para el diagnóstico y manejo de los casos detectados. Las acciones estratégicas incluyeron, principalmente, el desarrollo de campañas de difusión de medidas de autocuidado de la salud, aplicación de encuestas de factores de riesgo a población de más de 20 años, desarrollo de competencias y metodologías didácticas para el personal de salud y

acceso a la información entre el personal de salud y la población general. Se establecieron metas operativas de detección, control metabólico, establecimiento y acreditación de Grupos de Ayuda Mutua y campañas nacionales de comunicación de riesgos con el fin de incidir en el desplazamiento de la edad promedio de muerte asociada a diabetes en la población adulta. Durante el periodo referido, las instituciones del Sector Salud desarrollaron las acciones antes señaladas en el marco de la estrategia de Línea de Vida de la Secretaría de Salud y sus equivalentes en otras Instituciones del Sector, siendo el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud, el instrumento principal para la unificación de las mismas en mujeres y hombres en edad productiva, así como los adultos mayores. Destaca particularmente La conformación y activación de la Red Nacional de Grupos de Ayuda Mutua en las entidades federativas como base para la educación, control metabólico y adherencia terapéutica de las personas con diabetes que forman parte de dicha red. Los Grupos de Ayuda Mutua son una estrategia educativa esencial para mejorar el control de la enfermedad, ya que las personas con diabetes, sobrepeso u obesidad o hipertensión y sus familiares desempeñan un papel activo en la adherencia terapéutica, así como en la prevención de estos padecimientos.<sup>(10)</sup> La educación debe hacer énfasis en la importancia de controlar los factores de riesgo y promover cambios definitivos en el estilo de vida. Las intervenciones educativas intentan mejorar el apego al tratamiento, los pacientes que siguen indicaciones comentan que la manera que su médico les explico fue fácil de entender. Los pacientes que siguen indicaciones tienen una glicemia más baja y por lo tanto mayor control de su enfermedad.<sup>(11)</sup> La fundación IMSS en conjunto con distintas áreas de las direcciones de prestaciones médicas y sociales IMSS - Oportunidades ha diseñado una página web sobre prevención y control de la diabetes ([www.imss.gob.mx/diabetes](http://www.imss.gob.mx/diabetes)), pensada específicamente para el derechohabiente; el lenguaje empleado y los numerosos vínculos tienen la finalidad de hacer amena y facilitar la búsqueda a quien no es médico. Un derechohabiente mejor informado participará activamente en su tratamiento.<sup>(12)</sup> En la búsqueda de alternativas que ayuden a mejorar la atención de los enfermos crónicos y que sean viables en el contexto de los sistemas públicos de salud, la

diversa experiencia internacional ha demostrado que el personal de enfermería es un componente clave para otorgar educación, prevención y atención.<sup>(13)</sup> El sistema de salud mexicano se ha esforzado por la mejora en el acceso a la atención y el cumplimiento de las Guías de manejo del Paciente Diabético, sin embargo, los estudios muestran un inadecuado control metabólico de los diabéticos en el país.<sup>(14)</sup> Las guías de práctica clínica mejoran la efectividad de la atención y favorecen la toma de decisiones médicas en pacientes con problemas específicos de salud. También son herramientas que a un costo aceptable contribuyen a mejorar la calidad de la atención disminuir la frecuencia de tratamientos innecesarios, inefectivos o dañinos, facilitar la atención al paciente y minimizar la probabilidad de eventos adversos.<sup>(15)</sup>

## **E.- APEGO A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

Los grandes avances diagnósticos y terapéuticos ocurridos a escala mundial en las últimas décadas no resuelven los problemas relacionados con el cumplimiento o seguimiento por parte del paciente del tratamiento médico que se le ha indicado. Se dispone cada vez más de medicamentos altamente eficaces y se estudia con mayor profundidad la etiología y las manifestaciones de numerosas enfermedades como la hipertensión arterial, la diabetes o el cáncer, por solo citar algunas, sin embargo el grado de control sobre muchas de ellas es escaso debido a una falta de adherencia a las prescripciones. Según el análisis realizado por la OMS, en los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas es solo el 50 % y se supone que esta deficiencia sea aún mayor en países en desarrollo, dada la escasez de recursos y las iniquidades en el acceso a la atención sanitaria. En investigaciones realizadas con pacientes que padecen diabetes tipo2 se encontró que la buena adherencia al tratamiento incluidas las modificaciones higiénicas y dietéticas y las medidas de autocuidado reducen las complicaciones y la discapacidad, a la vez que mejoran la calidad y esperanza de vida de estos pacientes.<sup>(16)</sup>

## F.- DEFINICIÓN

Se realizó un análisis de las diferentes definiciones que aparecen en la literatura médica y psicológica para referirse a la adherencia al tratamiento médico. En la literatura anglosajona los más utilizados son el de cumplimiento (compliance) y adherencia (adherence), aunque se han propuestos muchos otros como: cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, observancia, adhesión y concordancia.

El término “cumplimiento” de mayor aceptación propuesta por Haynes, como el “grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”. Según el Diccionario de la Real Academia de la lengua Española vemos que se define como: “Acción y efecto de cumplir” “ejecutar o llevar a efecto”. Sin embargo, los términos cumplimiento o incumplimiento siguen siendo los más utilizados en la práctica médico farmacéutica, además es muy frecuente encontrar el uso de cumplimiento y adherencia indistintamente y como sinónimos. <sup>(17)</sup> También se define el apego al tratamiento, como el grado en que la conducta del paciente corresponde con la prescripción del médico. Esta conducta no se limita a la toma de medicamentos e incluye, las indicaciones relativas a la dieta, el ejercicio, cambios de estilo de vida y otras indicaciones higiénicas, los exámenes paraclínicos, asistencia a las citas y cualquier otra indicación o recomendación relevante para el diagnóstico, prescripción, monitoreo y control del padecimiento. La evaluación del apego al tratamiento supone como prerrequisito el cumplimiento de los siguientes supuestos: que se trate de una enfermedad relevante, que exista tratamiento eficaz, que el diagnóstico y la prescripción sean correctos, que existan métodos apropiados para medir el apego y que existan consecuencias demostrables del desapego: En padecimientos crónicos como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y las dislipidemias, se estima que no más de 60 % de los pacientes se apegan a las recomendaciones de su médico.

## **G.- CAUSAS DE DESAPEGO**

Los jóvenes abandonan el tratamiento porque no se perciben vulnerables a sus consecuencias, los más viejos lo hacen por limitaciones sensoriales, cognitivas, sociales o económicas, las causas del desapego podrían agruparse en las siguientes categorías:

Características socio demográficas de los pacientes, que incluyen pero no se limitan a: edad, género (las mujeres se apegan más), escolaridad (menor escolaridad), nivel económico (pobreza), la edad del cónyuge y muchos otros.

La enfermedad: si es aguda ó crónica y su duración (es más alto en los primeros días que a largo plazo), gravedad, co-morbilidad y su evolución (recientemente diagnosticada o avanzada con complicaciones) y otras.

El tratamiento farmacológico (más alto que los no farmacológicos), formulación (inyecciones), posología (toma única), complejidad (menor en múltiples fármacos), los efectos adversos y su gravedad.

La atención médica, disponibilidad, costo, accesibilidad, satisfacción con la relación médico – paciente y con el tratamiento entre otros.

Aspectos psicosociales, que incluyen:

Conocimientos sobre la enfermedad (se cura o se “controla”)

Actitudes y creencias que se relacionan con la disposición del paciente para aceptar su enfermedad y las conductas terapéuticas que deberá asumir, la percepción del riesgo que implica esta enfermedad para la salud de las posibles consecuencias del desapego, el significado de la enfermedad y del tratamiento; incluyendo el costo (en calidad de vida ) de las restricciones y cambios que impone el tratamiento en el estilo de vida del paciente y el balance que el paciente hace entre estos costos y los posibles beneficios que podría obtener.

Aspectos sociales y ambientales: incluyendo las redes de apoyo familiar (indispensable para el apego a la dieta) y social (amigos, situaciones de riesgo), la



interacción con el equipo de salud,(doble mensaje, en ocasiones contradictorio del médico y otros miembros del equipo), barreras al tratamiento, que incluyen las económicas (costo elevado), sociales (disponibilidad de parques o deportivos), laborales (horario, comer en la calle, temor a ser etiquetado y despedido) y muchas más.

Características del paciente

De la enfermedad y su tratamiento

La relación médico-paciente

Las actitudes y creencias del enfermo y del médico

Las barreras al tratamiento.

En el estudio del desapego terapéutico el punto de vista del paciente es de aparición reciente y seguramente es el más importante. Los médicos asumimos gratuitamente, que el apego es un valor deseable para el enfermo y con frecuencia no hemos logrado convencer al paciente de sus bondades. Es importante resaltar la escasa atención que han recibido en la investigación clínica, las actitudes y creencias del médico (insatisfacción, resentimiento, nihilismo terapéutico entre otras) con relación al apego a tratamiento.<sup>(18)</sup>

Factores que afectan la adherencia

Haynes et al. Han identificado más de 250 factores que pueden influir en la adherencia a medicamentos. Estos factores se clasifican en modificables y no modificables en función de si los podemos alterar o no. No podemos actuar sobre los no modificables como las características demográficas y psicosociales del paciente, o la naturaleza de la enfermedad a tratar. Se sabe por ejemplo que los pacientes entre 65 y 75 años, con buena capacidad cognitiva, son más buenos cumplidores que otros adultos más jóvenes; o que las enfermedades crónicas silentes registran una adherencia menor que las enfermedades agudas, ya que el enfermo al tratarse, puede observar una clara mejoría de sus síntomas. En cambio

si podemos actuar sobre los factores modificables, como los relacionados con el tratamiento farmacológico o la capacitación y motivación del equipo asistencial.

Son ejemplos de actuación sobre factores modificables, disminuir la complejidad del tratamiento (número de medicamentos prescritos, frecuencia de la dosis diaria), mejorar la relación de confianza médico-enfermo y facilitar la participación de otros profesionales de la salud (farmacéuticos, enfermeras, psicólogos, etc.)

La revisión sistemática de los trabajos publicados desde 1967 hasta 2001 sobre intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento con medicamentos ha demostrado que el 49% de las intervenciones aumentan la adherencia significativamente, pero sólo 17 de un total de 39 intervenciones afectan positivamente el resultado terapéutico. No es posible predecir la mejor estrategia en cada caso pero parece que dar instrucciones claras, la utilización de recordatorios y calendarios, y la simplificación del régimen terapéutico serían más efectivas para tratamientos agudos de menos de 2 semanas de duración. Los tratamientos crónicos requieren intervenciones más complejas o combinaciones de las anteriores con llamadas, recordatorios, automonitorización y soporte social.  
(19)

## **H.- TIPOS DE "NO ADHERENCIA" AL TRATAMIENTO**

Generalmente la adherencia al tratamiento se estima como una variable binaria (cumplidor no cumplidor, adherencia/no adherencia), pero son muchos los criterios utilizados para describir las características de la adherencia de los pacientes al tratamiento prescrito. En los estudios realizados en España se ha considerado como tal la omisión o alteración de la dosificación. Cuando el método utilizado para estudiarlo permite su valoración cuantitativa, se considera cumplidor si se toma el 100% de la dosis recomendada; aunque se admiten variaciones, como observar el tratamiento por encima del 75-80%, o bien el intervalo entre el 80 y 110 % de la dosis prescrita, considerándose en estos casos incumplidores a los que loman dosis por debajo del valor inferior e hipercumplidores a los que toman por encima del valor superior del intervalo. Los valores descritos para clasificar a los pacientes generalmente no son elegidos por la relevancia clínica basada en la

cantidad de medicación que es requerida para alcanzar un efecto terapéutico sino que, en la gran mayoría de los casos, se trata de un valor arbitrario.

Cuando se ha estudiado el período de seguimiento se puede distinguir:

- Incumplimiento parcial.- en el que el paciente se adhiere al tratamiento en algunos momentos.
- Incumplimiento esporádico.- si el individuo incumple de forma ocasional (más frecuente en los ancianos que olvidan tomas o toman dosis menores por miedo a efectos adversos).
- Incumplimiento secuencia.- en el que el tratamiento se deja durante periodos de tiempo en los que se encuentra bien pero lo restaura cuando aparecen síntomas (similar al concepto de "vacaciones terapéuticas").
- Cumplimiento de bata blanca.- si sólo se adhiere cuando está cercana una visita médica. Esta actitud junto con la anterior se dan en enfermedades crónicas como la hipertensión o la dislipidemia.
- Incumplimiento completo.- si el abandono del tratamiento es de forma indefinida. Esta falta de adherencia es más frecuente en jóvenes con enfermedades crónicas, probablemente porque el beneficio del tratamiento se plantea a largo plazo y los gastos y posibles efectos adversos son inmediatos.

Otra forma de clasificar la falta de adherencia es:

- a) Primaria, que incluye tanto no llevarse la prescripción de la consulta como el llevársela pero no retirarla de la farmacia.
- b) Secundaria, que incluye tomar una dosis incorrecta, a horas incorrectas, olvidarse de tomar una o varias dosis (o aumentar la frecuencia de la dosis) y suspender el tratamiento demasiado pronto, bien dejando de tomarlo antes de la fecha recomendada por el médico o no obteniendo una nueva prescripción.

En atención primaria se ha estimado que del 6-20% de los pacientes a los que se les prescribe un medicamento no lo retiran de la farmacia, hecho que se ha relacionado con el régimen de aportación económica de los medicamentos; motivo que no parece ser factor determinante de la falta de adherencia al tratamiento en los ancianos ya que la mayoría de ellos son pensionistas.

Una característica poco comentada es la intencionalidad de la no adherencia al tratamiento. Aspecto que diferencia entre “incumplimiento intencionado”, por ejemplo, dejar un tratamiento debido a los efectos adversos del mismo o al coste, y el “no intencionado” por ejemplo olvidar una dosis. Probablemente, una de las peculiaridades menos estudiadas es el cambio de tratamiento realizado por automedicación, por recomendación del farmacéutico o por otro médico. Aspectos que se dan con mayor frecuencia en el anciano.

## **I.- MÉTODOS PARA MEDIR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

Se clasifican en:

A.- Métodos objetivos directos.

B.- Métodos objetivos indirectos.

C.- Métodos subjetivos.

A.- Métodos objetivos directos.- se basan en la determinación del fármaco, de sus metabolitos o de sustancias trazadoras en algún fluido biológico, frecuentemente sangre u orina.

B.- Métodos objetivos indirectos.- valoran el incumplimiento a partir de circunstancias que se relacionan con él y con el grado de control de la enfermedad. Los más utilizados son:

a.- Recuento de comprimidos.- Se basa en el recuento de la medicación que queda en el envase que se ha prescrito al paciente, y que éste debe aportar en la visita siguiente (puede hacerse por sorpresa en el domicilio, lo que aumenta su fiabilidad).

b).-Monitores electrónicos acoplados al envase de los medicamentos (MENS).- Es un sistema sofisticado de recuento de comprimidos que incorpora a la tapa del envase que los contiene un monitor electrónico que registra las aperturas que se hacen; debe aceptarse que cada vez que el recipiente se abre es para retirar y tomar un comprimido. El coste de los MENS hace que queden limitados a estudios de investigación o ensayos clínicos.

c.- Valoración de la asistencia a las citas previas programadas. Se estima que la ausencia a citas concertadas es una de las formas más frecuentes y graves de incumplimiento; no obstante, no implica que los pacientes que acuden a las citas sean buenos cumplidores del tratamiento establecido, ni tampoco que los que no acuden tienen que ser Obligatoriamente incumplidores.

d).- Control de las visitas a enfermería para recoger recetas incluidas en "Cartilla de Largo Tratamiento CLT".- Se ha utilizado para conocer si se han recogido las prescripciones crónicas y cuantos días ha estado sin medicación.

e).- Valoración de la eficacia terapéutica alcanzada. Detectar el grupo de pacientes con fracaso terapéutico, es importante para analizar el porcentaje que es debido a incumplimiento. Existen con frecuencia otros factores, independientes de la adherencia al tratamiento, que pueden influir en los resultados que por tanto merman su eficacia.

f) Valoración de los efectos adversos de los medicamentos.- Es un método limitado porque muchos de los medicamentos que habitualmente se utilizan no producen efectos secundarios susceptibles de ser usados como indicadores.

C.- Métodos subjetivos (indirectos).- valoran las conductas y los conocimientos sobre la enfermedad y el tratamiento que tienen los pacientes. Son sencillos, económicos y los más adecuados cuando la población a valorar es amplia; pero son poco objetivos ya que la información que utilizan suele provenir del propio enfermo, de un familiar, o del médico lo que hace que, en general, sobreestimen la adherencia al tratamiento. Los más utilizados son:

a) Juicio del médico acerca de cómo el enfermo cumple. Es tan sencillo como inexacto

b) Técnicas de entrevista. Se basan en preguntar directamente al enfermo sobre su cumplimiento; las entrevistas permiten, además, conocer las causas de no adherencia. Son métodos muy fiables si el enfermo se confiesa mal cumplidor (alto valor predictivo positivo), pero cuando se comparan con otros métodos más exactos, se comprueba que un número importante de enfermos que aseguran tomar la medicación, no dicen la verdad.

Entre las técnicas de entrevista destacan:

1.-Cuestionarios que analizan el "grado de conocimiento" que el enfermo tiene sobre su enfermedad; se basan en que un mayor conocimiento acerca de ella mejora la adherencia. Este es el fundamento del cuestionario de "Batalla".

a) Test de batalla: Se ha utilizado en la terapéutica de la hipertensión arterial y ha sido modificado para aplicarlo a las dislipidemias. Expresa mal cumplimiento si no responden correctamente a las 3 preguntas. <sup>(27)</sup>

1. ¿Es la dislipidemia una enfermedad para toda la Vida?

2. ¿Se puede controlar con dieta y/o medicación?

3. Mencione al menos un órgano que pueda lesionarse por la dislipidemia

2. Cuestionario de Morisky-Green pretende valorar si el enfermo "adopta actitudes correctas en relación con la terapéutica" de su enfermedad, asumiendo que si esas decisiones son correctas el enfermo es buen cumplidor de la medicación. No es útil en prescripciones "a demanda"

Si responde de forma incorrecta alguna de las cuatro preguntas se considera incumplidor. <sup>(27)</sup>

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?

2. ¿Toma los fármacos a la hora indicada?

3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?

4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomarla?

3. Cuestionario de "comunicación del autocumplimiento" propuesto por "Haynes y Sackett" para valorar el cumplimiento en el tratamiento antihipertensivo. Es el más sencillo para utilizar en atención primaria.

Entre los pacientes que dicen hacerlo bien hay un elevado número que no lo hacen; sin embargo, es un método fiable si el enfermo se confiesa mal cumplidor e incluso se ha señalado que estos malos cumplidores habitualmente responden de forma positiva a las medidas e intervenciones que se les proponen, si aceptan seguirlas. Debían responder a la pregunta. <sup>(27)</sup>

1. La mayoría de los pacientes tienen dificultad en tomar todos los comprimidos todos los días; ¿tiene usted dificultad en tomar todos los suyos? Si la respuesta

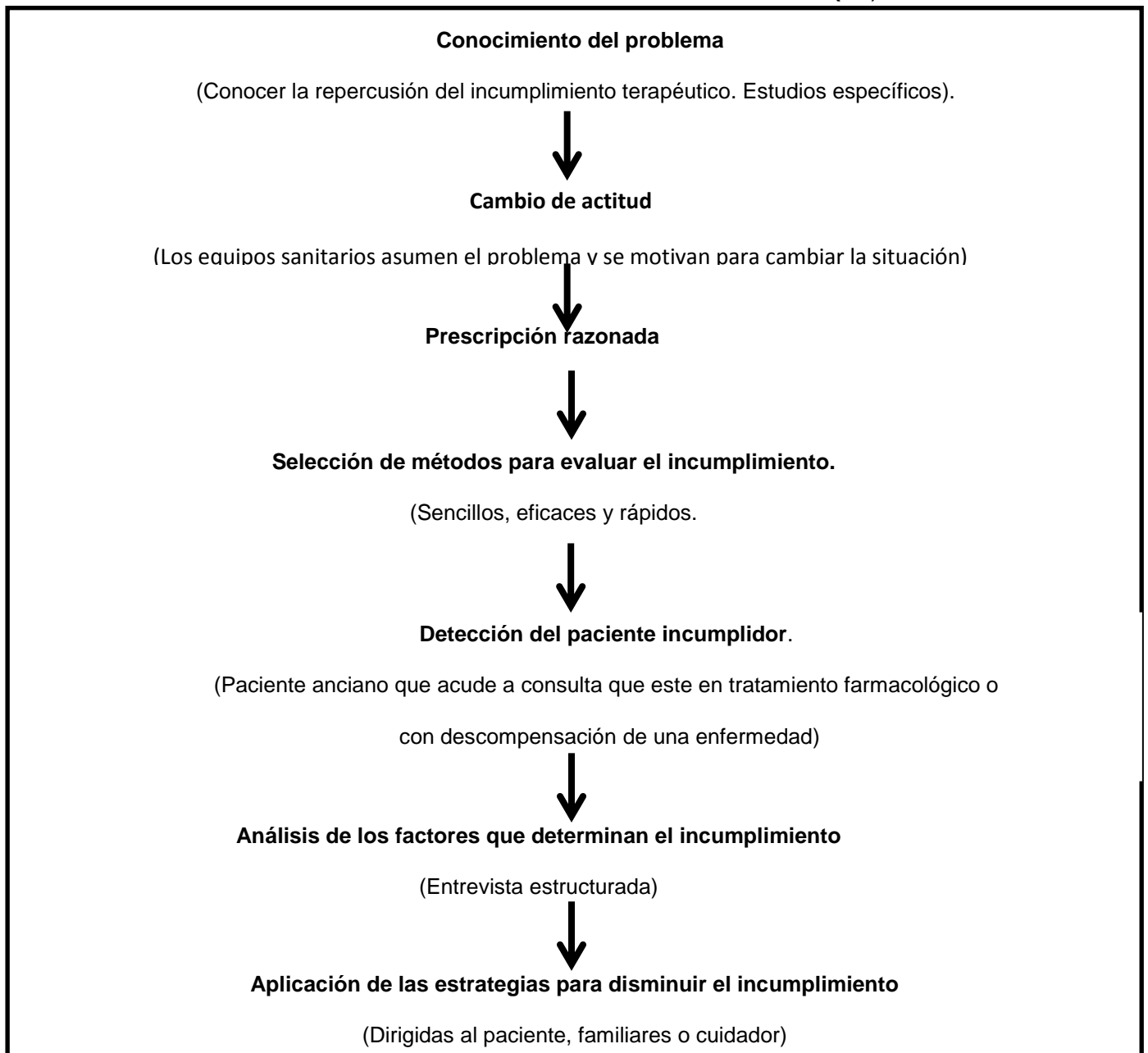
era afirmativa, se interrogaba sobre los comprimidos que habían tomado en el último mes, considerándose incumplidor al paciente cuyo PC era  $< 80\%$  ó  $> 110\%$

4. "Comprobación fingida o bogus pipeline" Consiste en proponer al paciente que se definió como cumplidor la recolección de una muestra de orina para detectar en ella restos del medicamento tomado; a continuación se le pregunta si cree que va a contener mucho, poco o nada del mismo. Si señala que contendrá mucho será un buen cumplidor, pero si la respuesta es la última, probablemente es un incumplidor.

**FIGURA 1**

**FASES DEL PROCESO PARA ABORDAR Y MINIMIZAR EL  
INCUMPLIMIENTO TERAPEUTICO**

**DESDE LA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA (16)**



(20, 27,28)



De la misma manera en estudios realizados por Manuel de Jesús Sáenz Ibarra, Esther C Gallegos Cabriales; Ricardo C. Cerda Flores; Miguel A. Echavarrri Guzmán; Emma Ibarra Costilla .el apego al tratamiento según la percepción de los participantes fue de 43.3 % por conteo de tabletas, el metformin mostró un apego del 79 % mientras que la glibenclamida del 48 %.<sup>(21)</sup>

En México la prevalencia de diabetes en mayores de 20 años es de 7.2 %. Esto hace de la diabetes un problema prioritario para los sistemas de salud.<sup>(22)</sup>

En el mundo existen alrededor de 171 millones de diabéticos y se estima que para el 2030 se llegará a 370 millones.<sup>(23)</sup>

La depresión es el desorden afectivo más frecuente en población adulta y una de las más importantes causas de incapacidad en el mundo; la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que para el año 2020, según cita Borges, la depresión mayor unipolar, será la segunda causa de enfermedad más importante a nivel mundial.

Se ha demostrado que un 27 % de personas con diabetes, pueden desarrollar depresión mayor en un lapso de 10 años lo que sugiere que estas personas tienen más riesgo de sufrir trastornos psiquiátricos debido a factores relacionados con la diabetes, como el estrés de la cronicidad, la demanda de autocuidado y el tratamiento de complicaciones, entre otras, las personas con DM2 deprimidas, además de disminuir funcionalidad y calidad de vida, presentan problemas en el autocuidado y la interacción para atender su salud, por lo que sufrir depresión se asocia con pobre cumplimiento terapéutico, bajo control glucémico y riesgo incrementado para complicaciones micro y macrovasculares. Además se ha documentado un mayor riesgo de muerte por enfermedad coronaria en personas con diabetes que padecen depresión.<sup>(24)</sup>

## 2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el mundo existen alrededor de 171 millones de diabéticos y se estima que para el 2030 se llegará a 370 millones. <sup>(23)</sup>

En nuestro país, la diabetes ocupa el primer lugar dentro de las principales causas de mortalidad y presenta un incremento ascendente con alrededor de 60 mil muertes y 400,000 casos nuevos al año. Los factores de riesgo que inciden en la distribución y frecuencia de la diabetes y sus complicaciones son bien conocidos, no obstante y a pesar de que México cuenta con un programa de acción de prevención y control, aún existen serias limitaciones que impiden la contención efectiva y eficaz de este padecimiento. <sup>(10)</sup> La prevención y el control de las enfermedades crónicas es una necesidad cada vez más apremiante. De acuerdo a lo anterior se observó en la consulta diaria, que la mayoría de consultas otorgadas, es para paciente con diabetes mellitus tipo 2 algunos se encuentran con retinopatía diabética, amputaciones, e insuficiencia renal crónica, diálisis peritoneal ambulatoria o hemodiálisis y a pesar de contar con el grupo de apoyo a los pacientes con sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial (SODHI), nutrición y con trabajo social no todos acuden al mismo, por varios factores como son: falta de dinero para el pasaje a las citas, algunos pacientes refieren que las dietas no van de acuerdo a los ingresos disponibles para la alimentación, falta de apoyo familiar para que los acompañen por múltiples ocupaciones de los familiares, además que se cocina en forma familiar, en los que dependen de los hijos o viven con ellos se tienen que adaptar al tipo de alimentación de los mismos, en la población de nuestro estudio de investigación la mayoría no acude por sus labores de trabajo que no les permite faltar con frecuencia y solo se dedican a acudir para la dotación del tratamiento farmacológico que a veces no hay en existencia o se les otorga en forma incompleta en cantidad o de medicamentos, la falta de integración a grupo de apoyo favorece el escaso o nulo conocimiento de la enfermedad, lo que ayuda a la falta de apego a tratamiento farmacológico, por lo que es necesario identificar a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 con riesgo de no apego a tratamiento farmacológico e implementar estrategias para incrementar el apego, mejorando

sus cifras de glucosa y como consecuencia se espera evitar que las complicaciones se presenten en etapas tempranas del padecimiento, lo que a su vez generaría menos gasto de servicios médicos con mejoría en la calidad de vida del paciente y sus familiares. En estudios de investigación del apego a tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 no se refieren métodos directos de bajo costo ni para todos los medicamentos, además que no siempre son accesibles para ser utilizados, por lo que es necesario utilizar un método indirecto. Por lo que se decidió utilizar el Test de Morisky-Green, para detectar a los pacientes en riesgo de no apego a tratamiento farmacológico y saber las posibles causas para poder incidir en ellos.

Pregunta de investigación:

- 1.- ¿Cuál es el apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la unidad de medicina familiar 75 del consultorio 12 turno matutino?
- 2.- ¿Cuál es la relación entre el apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la unidad de medicina familiar 75 del consultorio 12 turno matutino y: el género, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, vivienda, tiempo evolución de la diabetes mellitus, tratamiento, conocimiento de la enfermedad, grupo de apoyo, depresión?

### 3.- JUSTIFICACIÓN

Al estudiar a las familias con diabetes observamos que más de la mitad tienen antecedentes diabéticos que el miembro más afectado es la madre (54%), que 3% de los hijos ya también son diabéticos, 5% son hipertensos. <sup>(7)</sup>

En el mundo existen alrededor de 171 millones de diabéticos y se estima que para el 2030 se llegará a 370 millones. <sup>(23)</sup>

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006), la Prevalencia nacional de diabetes por diagnóstico médico previo en adultos fue de 7.0% (7.3% mujeres y 6.5% hombres). Dicha prevalencia se Acentúa en función de la edad; así, para el grupo de 50 a 59 años, dicha Proporción llegó a 13,5% (14,2% mujeres y 12,7% hombres) y para el grupo de 60 A 69 años, 19,2% (21,3% mujeres y 16,8% hombres). El primer censo de Pacientes diabéticos, realizado en 2004 por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), estimó un total de 2 334 340 personas afectadas por esta enfermedad. En ese mismo año se otorgaron 8,54 millones de consultas de Medicina familiar para casos de diabetes, equivalentes a 13,0% del total de consultas en esta especialidad. En el IMSS se registran anualmente cerca de 153 000 nuevos casos de DM (420 diagnósticos diarios) y 18 170 defunciones por sus complicaciones en Individuos entre los 15 y los 64 años de edad. En 1992 los costos totales anuales de la enfermedad fueron estimados en alrededor de US\$ 430 millones, de los cuales US\$ 100 millones correspondieron a atención médica y US\$ 330 millones a pérdida de productividad y mortalidad prematura. Cálculos realizados en el 2000 arrojaron totales anuales de US\$ 2 618 millones, equivalentes a 15,5% del gasto total en salud y a 0,79% del producto interno bruto de ese año. <sup>(5), (25,) (28)</sup>

La Delegación Estado de México Oriente cuenta con 44 unidades de medicina familiar y 44 458 diabéticos, más de 40 % hipertensos, el censo en la U.M.F 75 registró más de 9000 hipertensos y diabéticos. <sup>(6)</sup>

En el censo de pacientes diabéticos del 02 de octubre del 2006 del consultorio 12 del turno matutino en la unidad de medicina familiar 75, obtenida de la dirección de

prestaciones medicas, sistema de información de atención integral de la salud fue de 129.

El paciente con diabetes mellitus tipo 2 se considera crónicamente enfermo y es aquella persona con incapacidad total o parcial derivada de su patología irreversible que conduce a la adquisición de deficiencia, pérdida o anomalía de una función en las áreas fisiológica o psicológica. Se aborda también en este apartado a quienes necesitan de un largo periodo de observación, cuidados especiales y rehabilitación. La Dra. Amate (1995) propone que sean entendidos: Como discapacidad debe calificarse la restricción o pérdida (resultante de una deficiencia) de la capacidad para desarrollar una actividad en la manera considerada normal para un individuo, por minusvalía se propone hacer referencia a la desventaja de una persona como resultado de una deficiencia o discapacidad que limita en grado importante o impide el total desarrollo del funcionamiento normal de una persona considerando en la calificación que se dé los factores de edad, sexo, y ambiente sociocultural del afectado.

Las patologías que producen cronicidad están presentes en todos los grupos sociales; de ellos, los que cuentan con las posibilidades de establecer una temprana identificación del problema causal y tienen los medios para otorgar una oportuna y correcta atención medica, de alguna manera lograrán controlar la patología y por ello posiblemente evitarán muchas de las secuelas que convierten a los adultos en enfermos crónicos.

Toda enfermedad crónica, incapacidad y minusvalía altera en alguna dimensión las posibilidades de un correcto desarrollo biopsicosocial y frecuentemente la dinámica y salud familiar. De las secuelas invalidantes encontradas su gravedad depende de la fase de desarrollo humano en que se instalen. La posibilidad de supervivencia y aceptación del problema dependerá del logro básico obtenido en cada etapa. A mayores logros conseguidos en el proceso de desarrollo del afectado, éste tendría mayor competencia para sobrevivir psicosocialmente si es atendido de manera oportuna y correcta.

El enfermo hospitalizado, así como el que tiene diversos ingresos a la institución en un corto periodo, viven de crisis en crisis; el médico rara vez sabe si la familia aprende a vivir dichas crisis, si saca experiencia de ellas, o si trágicamente va de una crisis a otra con sus sentimientos y angustias y con pocas oportunidades de confiarse a otros, que les ayuden a sobrellevar dichos momentos y así tener un poco de espacio vital que les permita existir.

Los pacientes que demandan una total atención para su recuperación no siempre rápida y fácil como operaciones mutilantes hacen perder la autoestima, la autoconfianza y la seguridad, y que demandan atención y apoyo consumiendo no sólo los ahorros de una familia sino largas horas de la vida de todos sus integrantes, aquí los costos emocionales en ocasiones superan con mucho los costos médicos que causa el problema.

Son muchos los estudios que en el continente se han desarrollado sobre el impacto que la familia (padres, hermanos y consanguíneos convivientes) tiene cuando un miembro sufre una enfermedad cuyo diagnóstico lo condena a la cronicidad o cuyas consecuencias lo califican de discapacitado o minusválido, los efectos serán más devastadores en aquellos núcleos que no funcionan adecuadamente o que se encuentran desintegrados, lo serán también en aquellos que forman parte de minorías carentes de preparación escolar y viven sumergidos y dependientes de culturas poco integradas a los núcleos que pueden proporcionarles ayuda oportuna y orientación adecuada.

Más allá de las condiciones socioculturales y económicas de la familia, pesan mucho el tipo y grado de discapacidad que sufre el paciente; el pronóstico y la viabilidad de tratamientos que a corto y largo plazo permitan la recuperación parcial o total; los costos económicos de este proceso (por lo general muy altos aun en instituciones públicas): el que el paciente tenga o no enfermedades intercurrentes que empeoren su estado de salud; y el tipo de personalidad y las capacidades reales emocionales, cognoscitivas de adaptación al estrés y readaptación social que tengan los afectados por una parte y el núcleo familiar por otra.

El modelo interactivo de Patterson (1988,1991) de los efectos que la enfermedad crónica y la discapacidad producen en la interacción del paciente y su familia ofrece de una manera breve y clara las principales secuencias que se dan en la dinámica familiar por la presencia de este infortunio:

1.- los hijos y los padres se percatan de que este acontecimiento interrumpe de manera definitiva o por un largo tiempo la normalidad de la vida diaria del afectado y la familia.

2.- cambia la imagen de la persona en el hogar de un ser útil y con una cotidianidad sana al de una persona dependiente, limitada y enclaustrada.

3.-el tiempo que el paciente pasa en el hospital, su traslado al hogar, los continuos ires y venires a los sitios donde recibe las terapias por lo general interdisciplinarias, la continua presencia y relación con diferentes tipos de personas que dan la terapia, llegan a producir reacciones emotivas que matizan la convivencia de la familia y del paciente con esos grupos; también, como consecuencia de ello, la familia sufre cambios en su dinámica y en su interacción. Es a través de la información que van recibiendo como se enteran de los esfuerzos que tendrán que realizar ante los desafíos que no sólo para el paciente sino para la familia como grupo representa la discapacidad del afectado.

4.-quienes deciden conducir la dinámica familiar de no ser muy inteligentes y sensibles, el grupo se verá viviendo diferentes crisis sin obtener ningún beneficio de ellas y si, a pesar de todo esfuerzo, un empeoramiento de la vida familiar.

5.- el estilo de vida que adopte la familia ante esta nueva situación, cuando es bien entendido, incorpora los tipos de conducta más significativos que han aparecido en la familia como reacción al infortunio. Será a través de este nuevo enfoque de funcionamiento familiar como el grupo influirá en el desarrollo de la conducta y el proceso de rehabilitación del paciente y por lo tanto con su actitud beneficiará o afectará el proceso. <sup>(29)</sup>

Este estudio de investigación servirá para saber cuál es el apego a tratamiento farmacológico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y factores de riesgo de no apego de acuerdo a las variables sociodemográficas como son: el género, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, vivienda, tiempo de evolución, tratamiento, conocimiento de la enfermedad, grupo de apoyo y depresión, utilizando un Test de Morisky-Green, el cual es fácil de aplicar, con la aceptación del consentimiento informado y es fácil de contestar obteniendo el resultado en forma rápida y así mismo poder incidir en los mismos para retrasar las complicaciones, y tener la capacidad para orientar al paciente y a su familia por medio del equipo de salud.



#### **4.- OBJETIVOS**

##### **OBJETIVO GENERAL**

-Conocer el apego a tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del consultorio 12 turno matutino de la UMF 75.

##### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

-Conocer la relación entre el apego al tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del consultorio 12 turno matutino de la UMF 75 y: genero.

-Conocer la relación entre el apego al tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del consultorio 12 turno matutino de la UMF 75 y: edad.

-Conocer la relación entre el apego al tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del consultorio 12 turno matutino de la UMF 75 y: estado civil.

-Conocer la relación entre el apego al tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del consultorio 12 turno matutino de la UMF 75 y: escolaridad.

-Conocer la relación entre el apego al tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del consultorio 12 turno matutino de la UMF 75 y: ocupación.

-Conocer la relación entre el apego al tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del consultorio 12 turno matutino de la UMF 75 y: vivienda.

-Conocer la relación entre el apego al tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del consultorio 12 turno matutino de la UMF 75 y: tiempo de evolución de la diabetes mellitus.

-Conocer la relación entre el apego al tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del consultorio 12 turno matutino de la UMF 75 y: tratamiento.

-Conocer la relación entre el apego al tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del consultorio 12 turno matutino de la UMF 75 y: conocimiento de la enfermedad.

Conocer la relación entre el apego al tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del consultorio 12 turno matutino de la UMF 75 y: grupo de apoyo.

Conocer la relación entre el apego al tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del consultorio 12 turno matutino de la UMF 75 y: depresión.

,

## **5.- METODOLOGIA**

Tipo de estudio.- descriptiva, observacional, transversal.

El estudio se realizó en la zona oriente del estado de México, en la unidad de medicina familiar no 75 del INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL a la población adscrita al consultorio No. 12 del turno matutino, del primero al 30 de noviembre del 2009

MUESTRA: Muestreo por conveniencia en un periodo de tiempo del primero al 30 de noviembre del 2009, de la población adscrita al consultorio 12 turno matutino de la unidad de medicina familiar no 75 que acuden a control mensual de su padecimiento.

Tamaño de la muestra: se tomaron los datos del censo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del sistema de información de atención integral de la salud del 02 de octubre del 2006 con registro de 129 pacientes solo se tomaron 44

### **CRITERIOS DE SELECCIÓN.**

- a) Criterios de Inclusión: Pacientes con Diabetes Mellitus tipo2 con y sin complicaciones de 40 a 64 años de edad, Derechohabientes turno matutino del consultorio 12 ambos géneros que deseen participar, previo consentimiento informado y que sepan leer y escribir.
- b) Criterios de Exclusión: Pacientes no derechohabientes de la U.M.F. no. 75 que no deseen participar y no adscritos a consultorio 12 turno matutino.
- c) Criterios de Eliminación: Test inconclusos

Variable	definición conceptual	definición operacional	Escala de medición
Apego a tratamiento	<p>Apego es el grado en que la conducta de un paciente en relación con la toma de Medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal, sanitario. <sup>2</sup></p>	<p>Se realiza mediante las preguntas del cuestionario de Morisky-Green</p> <p>Si apego</p> <p>No apego</p>	Cualitativa nominal

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Escala de medición</b>
Genero	Se da al sexo femenino o masculino.	1.-Femenino 2.-Masculino	Cualitativa Nominal Dicotómica
Escolaridad	Grado máximo de estudios formales de una persona	1= Bajo (Primaria, Secundaria)  2 = Alto (Bachillerato, Profesional)	Cualitativa Ordinal Dicotómica
Polifarmacia	A la ingesta de 4 o más medicamentos en forma habitual	1.-Si  2.-No	Cualitativa Nominal Dicotómica
Conocimiento sobre su enfermedad	No.- si solo sabe que es la Diabetes Mellitus  Si.- si sabe que es la Diabetes Mellitus complicaciones y	1.-No  2.-Si	Cualitativa Nominal Dicotómica

	tratamiento		
Edad	Años cumplidos	años	Cuantitativa
Tiempo de evolución	Número de años desde que fue diagnosticada la diabetes	Años cumplidos	Cuantitativa discreta

Método o procedimiento para captar la información. Se tomaron a los pacientes que estaban en el rango de edad de 40 a 64 años se les aplicó el Test de Morisky-Green <sup>(27)</sup> previo consentimiento informado este cuestionario o test esta validado y valora actitudes del enfermo respecto al tratamiento, los pacientes se clasifican como cumplidores los que responden correctamente a las cuatro preguntas que lo forman <sup>(27)</sup>. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 17 para Windows.

## ANALISIS DE LOS DATOS

### Análisis estadístico

#### Estadística descriptiva

Frecuencias para las variables socio demográficas: género, escolaridad, estado civil, nivel socioeconómico, ocupación.

Medidas de tendencia central: media, desviación estándar y rango para las siguientes variables: edad, años de evolución de la Diabetes Mellitus

Se utilizará el paquete estadístico SPSS versión 17 para Windows.

#### DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO:

Previo consentimiento informado, a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acudieron a consulta durante el mes de noviembre del 2009 se les aplicó el Test de Morisky-Green instrumento validado, además de la cedula de variables sociodemográficas, para determinar si hay o no apego a tratamiento farmacológico y a los pacientes identificados de no apego a tratamiento farmacológico se le incluirá al grupo de apoyo para incrementar el mismo.

## FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS

Este estudio de investigación no tiene riesgo para el paciente pues la aplicación del cuestionario no pone en peligro la vida de los pacientes y si proporciona beneficios mediatos y, que de alcanzarse el objetivo propuesto nos dará información que será de beneficio. El estudio se apega a los principios básicos para toda investigación médica dados a conocer en la Ley General de Salud y el instructivo del CLIS del Instituto Mexicano del Seguro Social “Manual de Procedimientos para la evaluación, registro y seguimiento de proyectos de investigación en salud presentadas ante el Comité Local de Investigación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (Norma 2810-003- 002).

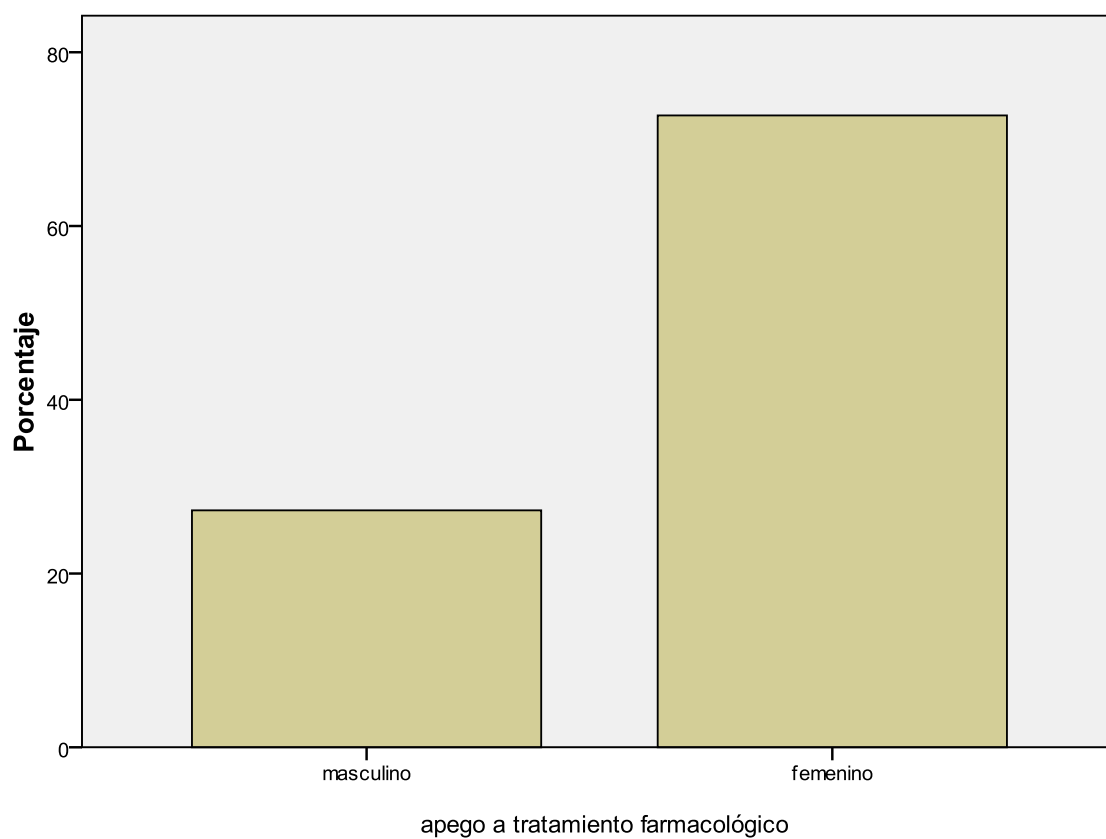


## 6.- RESULTADOS

De 44 pacientes que se estudiaron del consultorio 12 turno matutino se observó que el 72.7 % fue del género femenino, el 77.3 % casado, teniendo por ocupación el hogar un 45.5% y el 22.7 % son trabajadores independientes y un 20.5 % empleado, el 50 % de pacientes estaba en tratamiento combinado con metformina y glibenclamida con un 2.3 % con insulina de acción intermedia humana, el 36.4 tiene primaria completa y el 18.2 secundaria completa, el 52.3 % cuenta con vivienda propia y el 12.0 renta, el 90.9 % no cuentan con grupo de apoyo y el 79.5 % no presenta cuadro de depresión, y este en relación con la edad se observó que el mayor porcentaje en edad fue entre los 54.41 años +- 7.38, de acuerdo al tiempo de evolución fue de 10.52 +- 6.43 años, en el tratamiento de su Diabetes Mellitus tipo 2 el consumo de tabletas fue de 3.50 +- 2.15, en el 79.5 % no se reporta depresión, el 54.5 % no tiene apego a tratamiento farmacológico y el 45.5 si, en relación de apego a tratamiento farmacológico con el género fue mayor el del sexo femenino, el estado civil casado (a), con primaria completa, dedicados al hogar, con casa propia, en tratamiento con metformina y glibenclamida la mayoría cuentan con conocimiento de la enfermedad, y no tienen un grupo de apoyo.

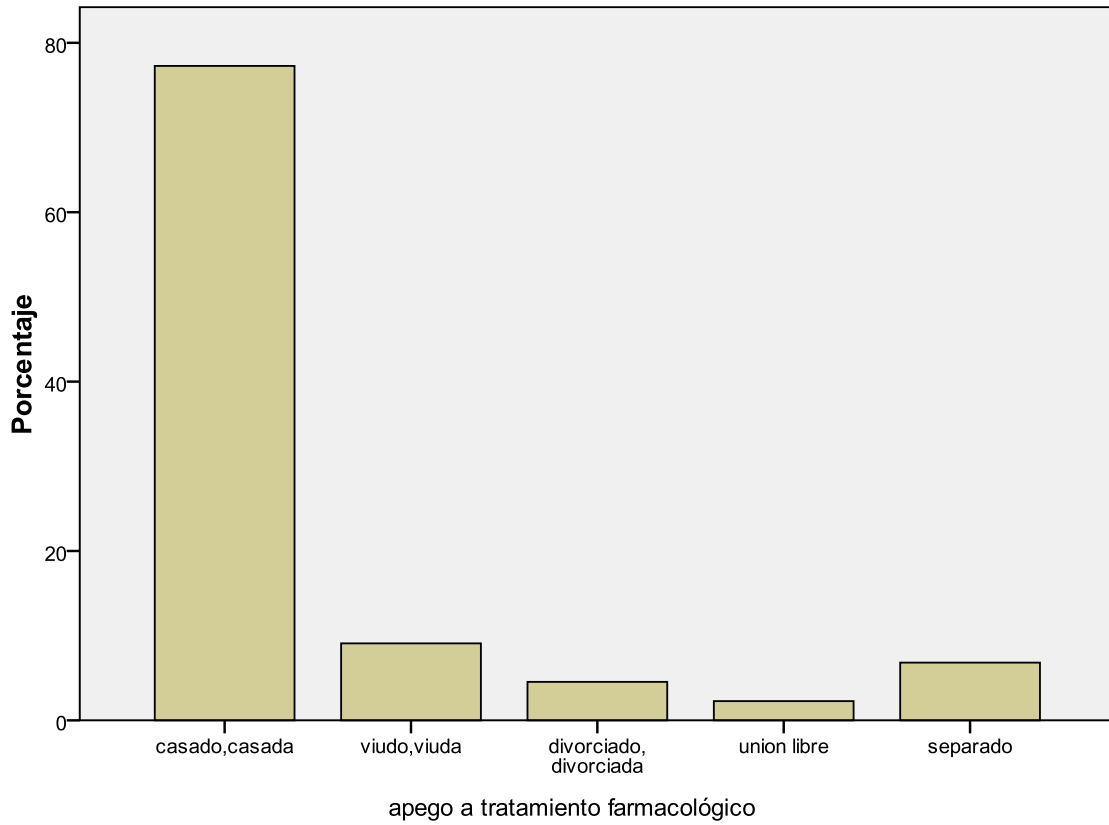
Y de acuerdo al análisis inferencial con cálculo de  $\chi^2$  existe asociación de apego entre mayor escolaridad y los que cuentan con casa propia.

**Apego a tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la UMF 75 del IMSS según género, datos obtenido del primero al 30 de noviembre del 2009**



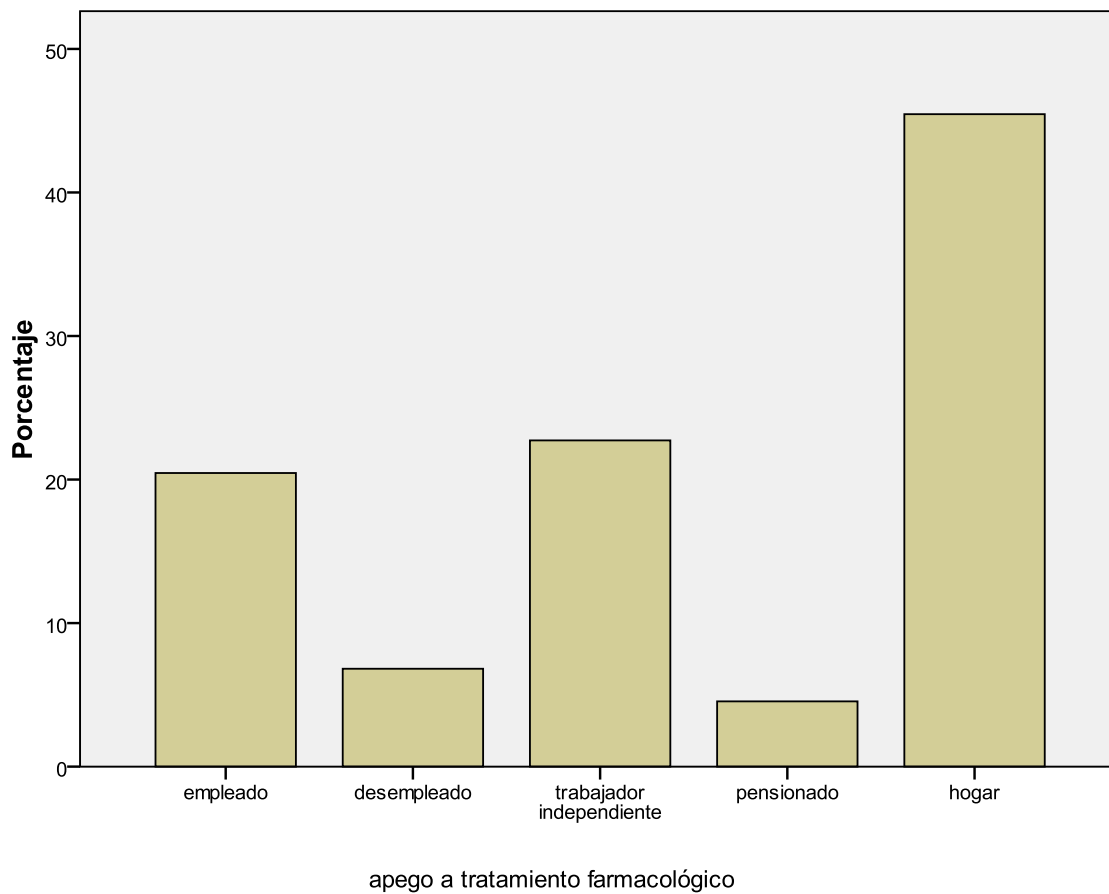
Fuente: Datos del estudio de investigación

**Apego a tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo2 en la U.M. F. 75 del I.M.S.S. según estado civil, datos obtenidos del primero al 30 de noviembre del 2009**



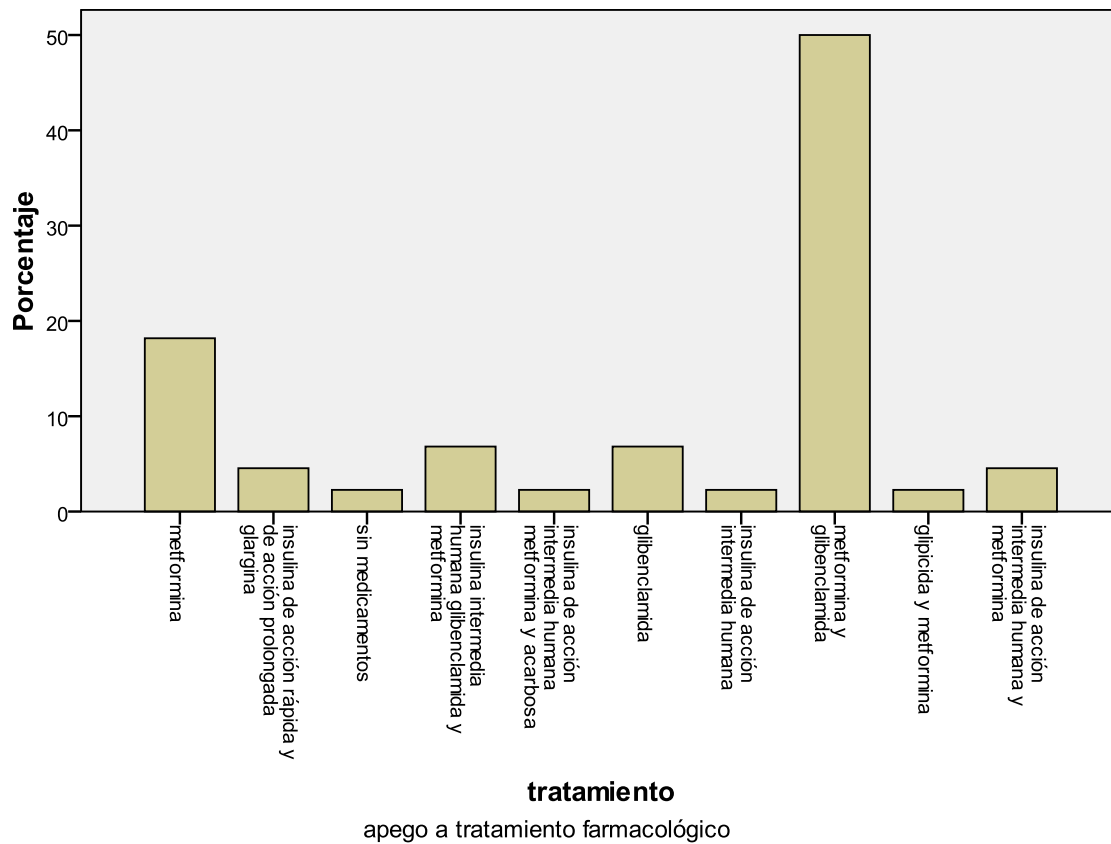
Fuente: Datos del estudio de investigación

**Apego a tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo2 en la U.M. F. 75 del I.M.S.S. según ocupación, datos obtenidos del primero al 30 de noviembre del 2009**



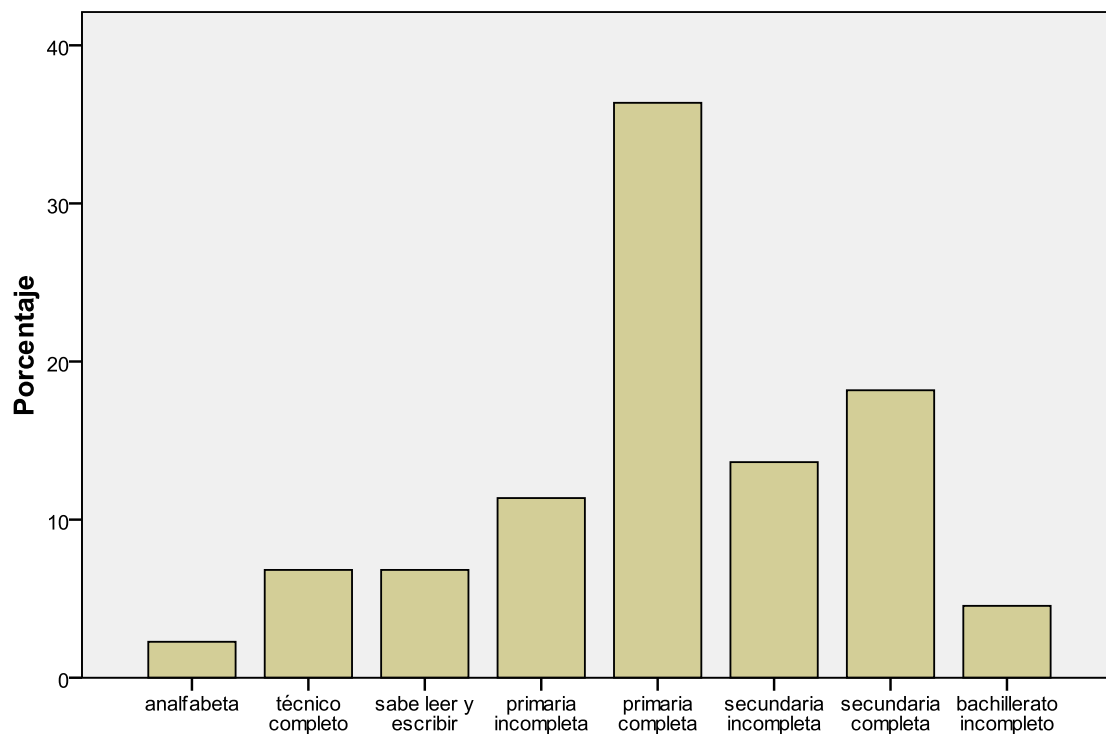
Fuente: datos del estudio de investigación.

**Apego a tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo2 en la U.M. F. 75 del I.M.S.S. según tratamiento, datos obtenidos del primero al 30 de noviembre del 2009**



Fuente: Datos del estudio de investigación

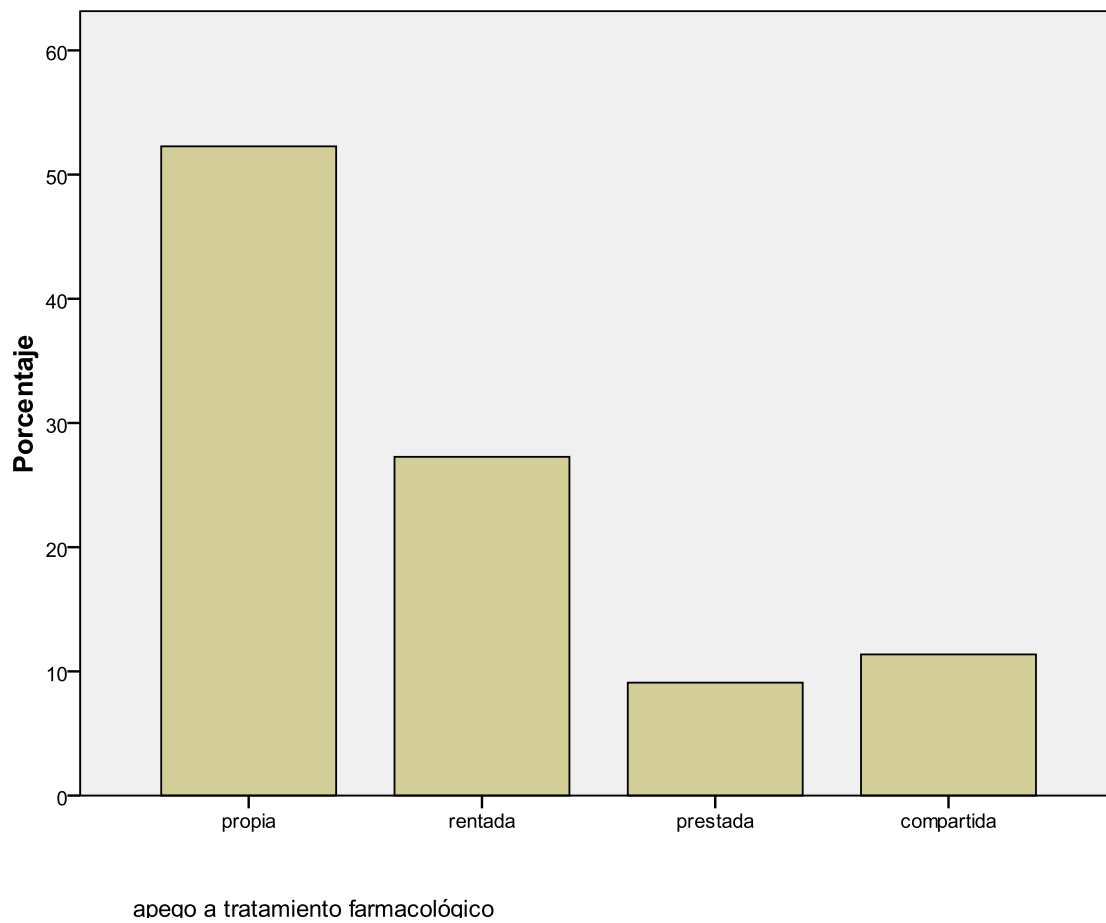
**Apego a tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo2 en la U.M. F. 75 del I.M.S.S. según escolaridad, datos obtenidos del primero al 30 de noviembre del 2009**



apego a tratamiento farmacológico

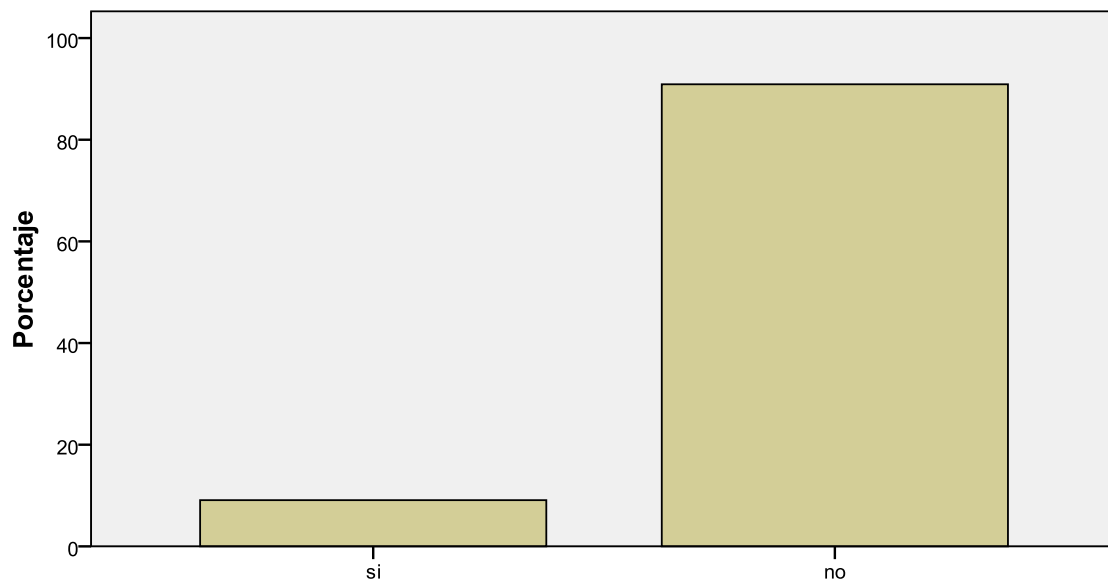
Fuente: Datos del estudio de investigación

**Apego a tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo2 en la U.M. F. 75 del I.M.S.S. según vivienda, datos obtenidos del primero al 30 de noviembre del 2009**



Fuente: Datos del estudio de investigación

**Apego a tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo2 en la U.M. F. 75 del I.M.S.S. según grupo de apoyo, datos obtenidos del primero al 30 de noviembre del 2009**

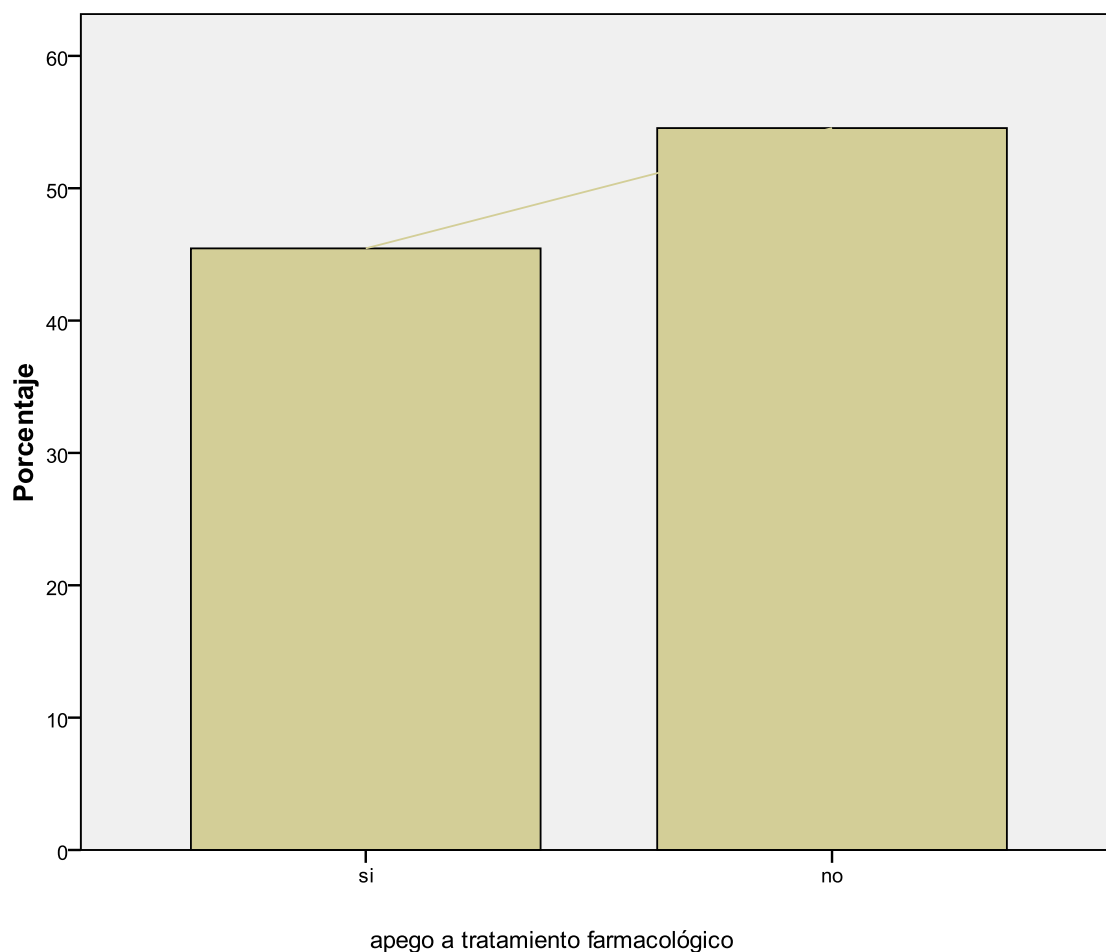


apego a tratamiento farmacológico

Fuente: Datos del estudio de investigación

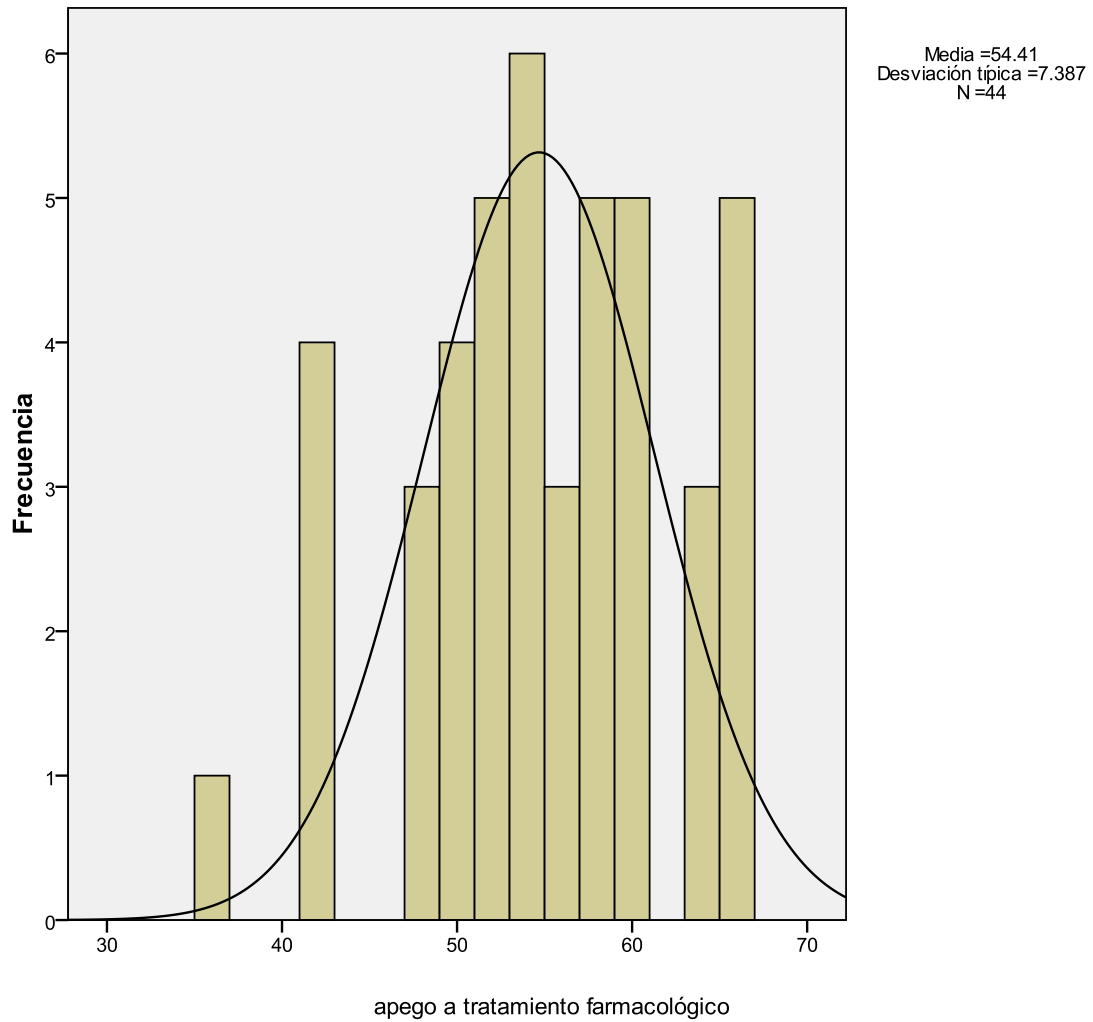


**Apego a tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo2 en la U.M. F. 75 del I.M.S.S. según si apego,no apego datos obtenidos del primero al 30 de noviembre del 2009**



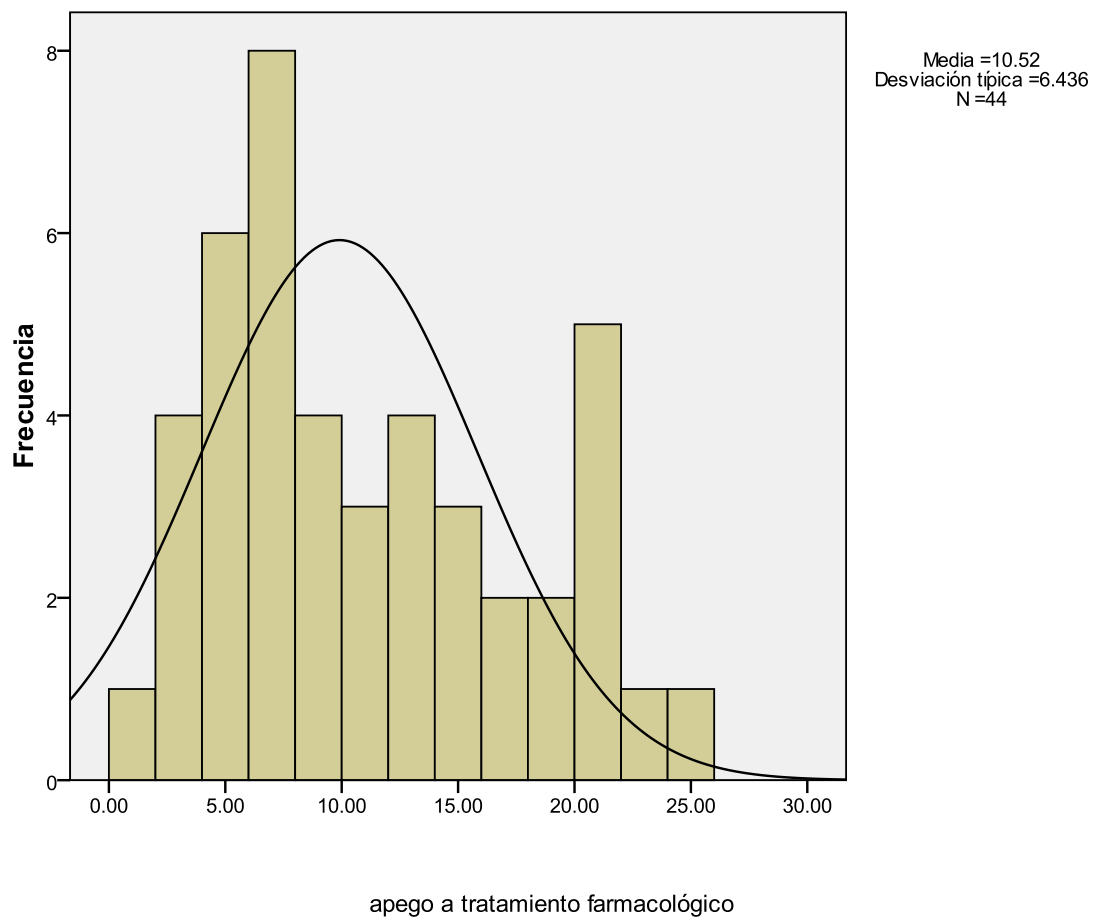
Fuente: Datos del estudio de investigación

**Apego a tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo2 en la U. M. F. 75 del I.M.S.S. según edad, datos obtenidos del primero al 30 de noviembre del 2009**



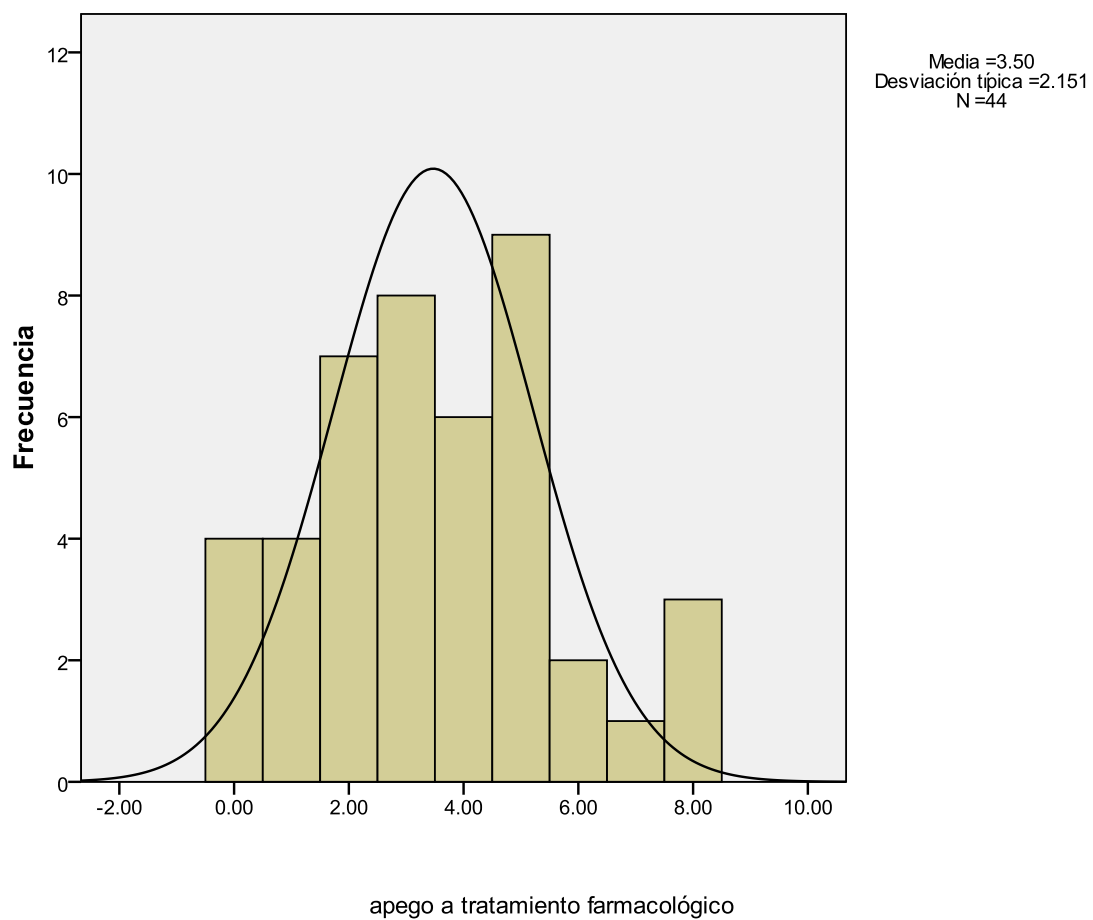
Fuente: Datos del estudio de investigación

**Apego a tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo2 en la U.M. F. 75 del I.M.S.S. según tiempo de evolución , datos obtenidos del primero al 30 de noviembre del 2009**



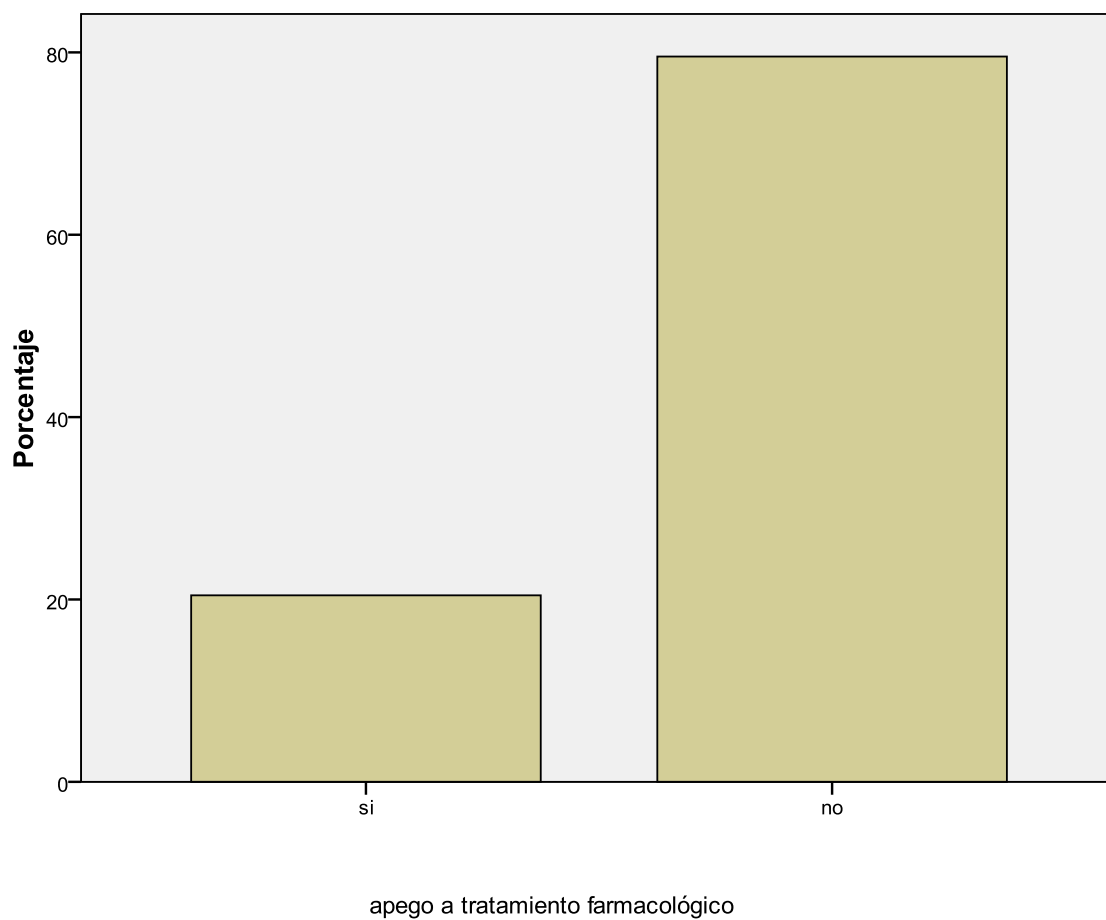
Fuente: Datos del estudio de investigación

**Apego a tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo2 en la U.M. F. 75 del I.M.S.S. según número de tabletas, datos obtenidos del primero al 30 de noviembre del 2009**



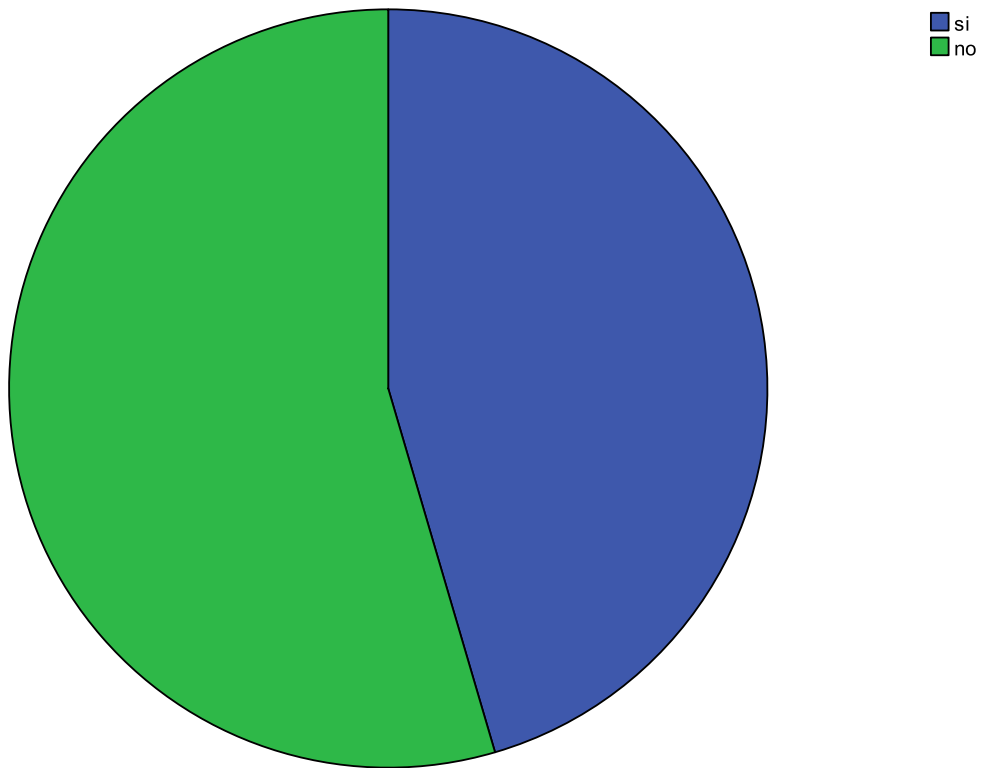
Fuente: Datos del estudio de investigación

**Apego a tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo2 en la U.M. F. 75 del I.M.S.S. según depresión, datos obtenidos del primero al 30 de noviembre del 2009**



Fuente: Datos del estudio de investigación

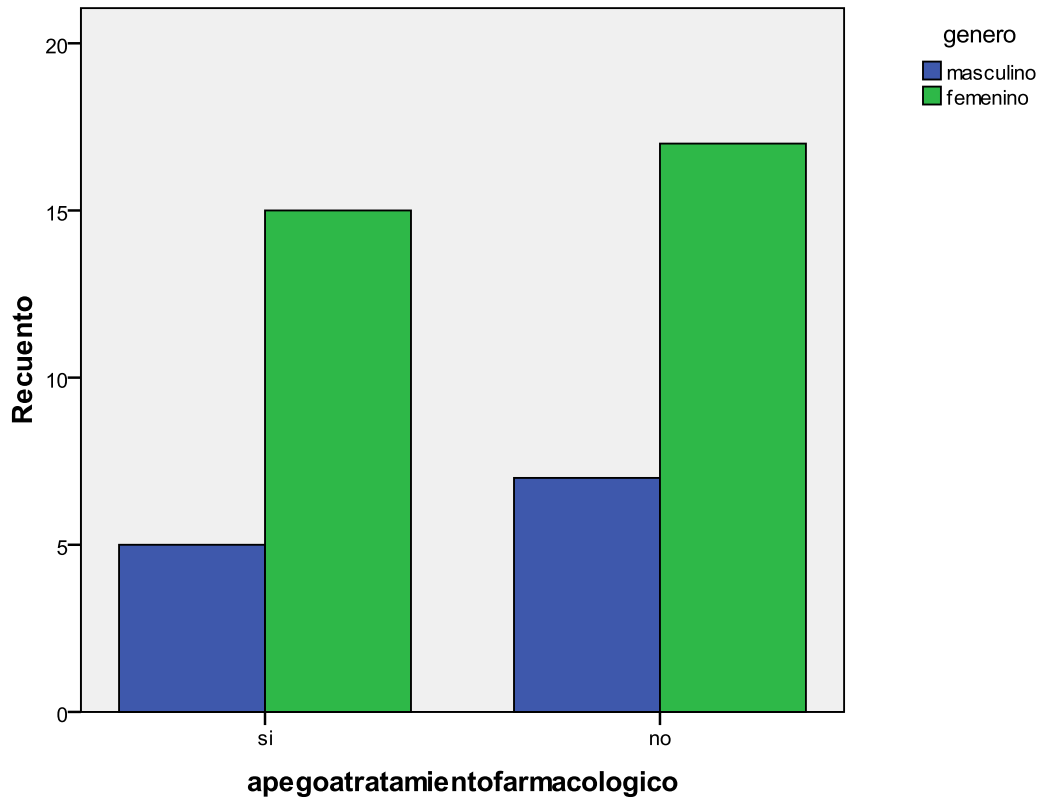
**Apego a tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en la U.M.F. 75 del I.M.S.S. de acuerdo a apego, datos obtenidos del primero al 30 de noviembre del 2009**



apego a tratamiento farmacológico

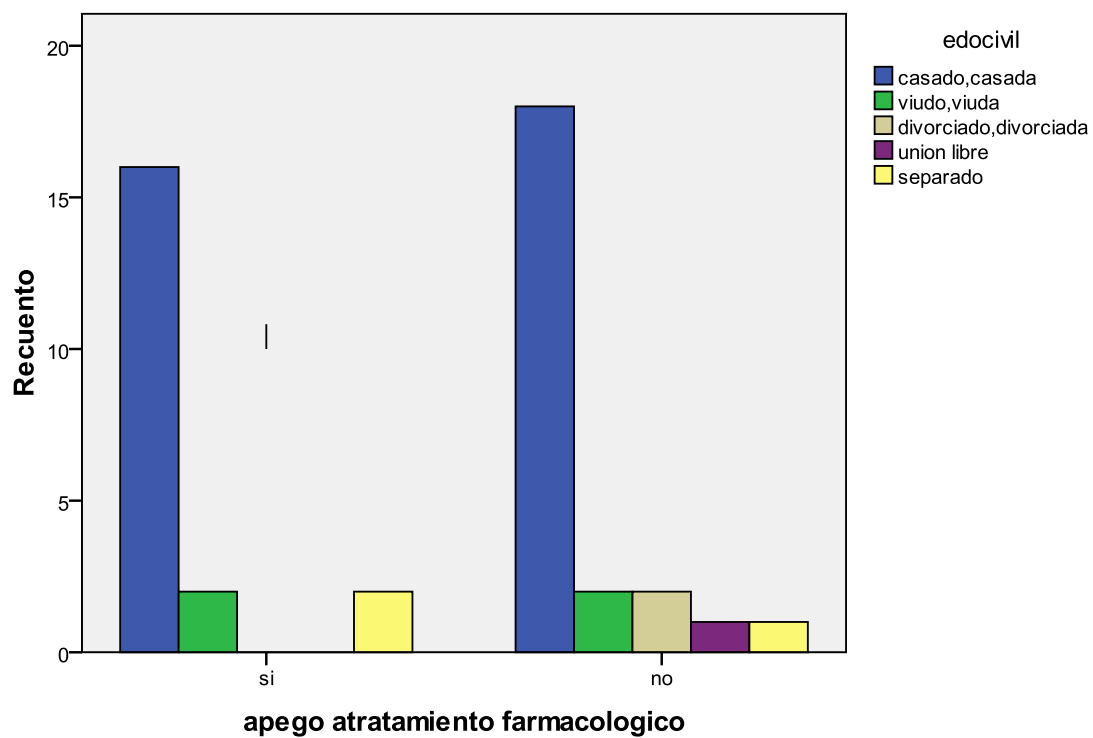
Fuente: Datos del estudio de investigación

**Apego a tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 en la U.M.F 75 del IMSS de acuerdo a género; datos obtenidos del primero al 30 de Noviembre del 2009.**



Fuente: Datos del estudio de investigación

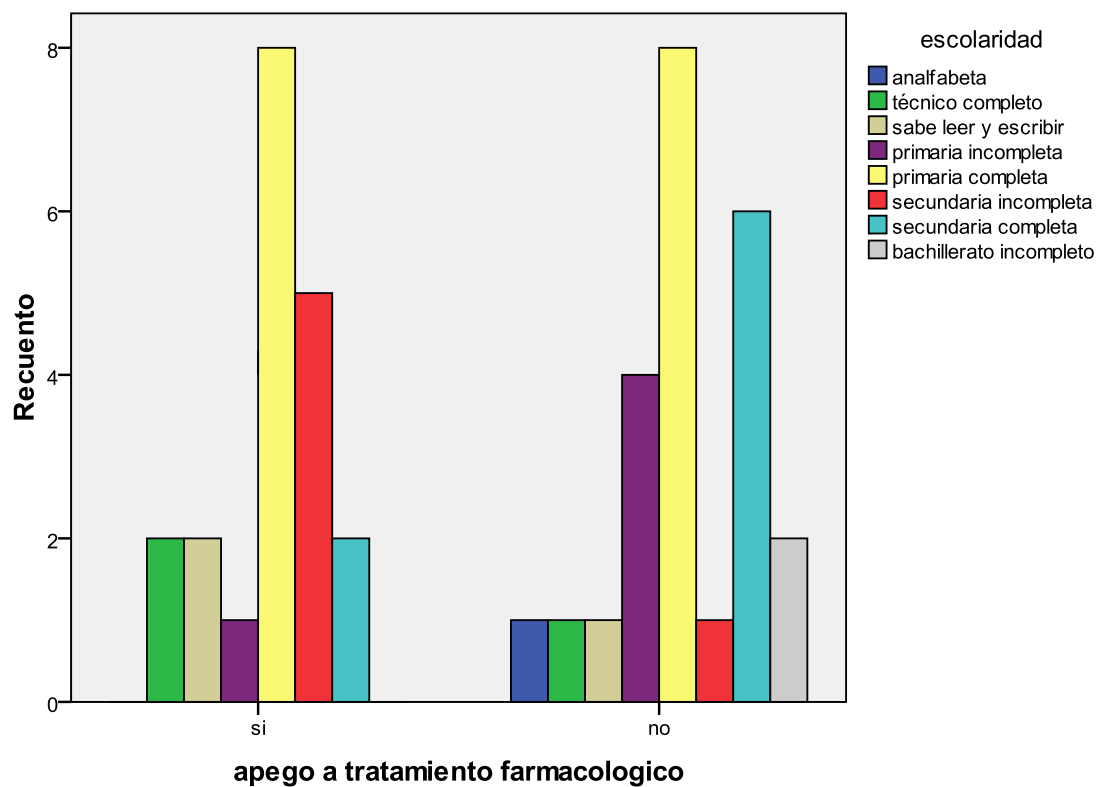
**Apego a tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo2, en la UMF 75 del IMSS de acuerdo a estado civil, datos obtenidos del primero al 30 de noviembre del 2009**



Fuente: Datos del estudio de investigación

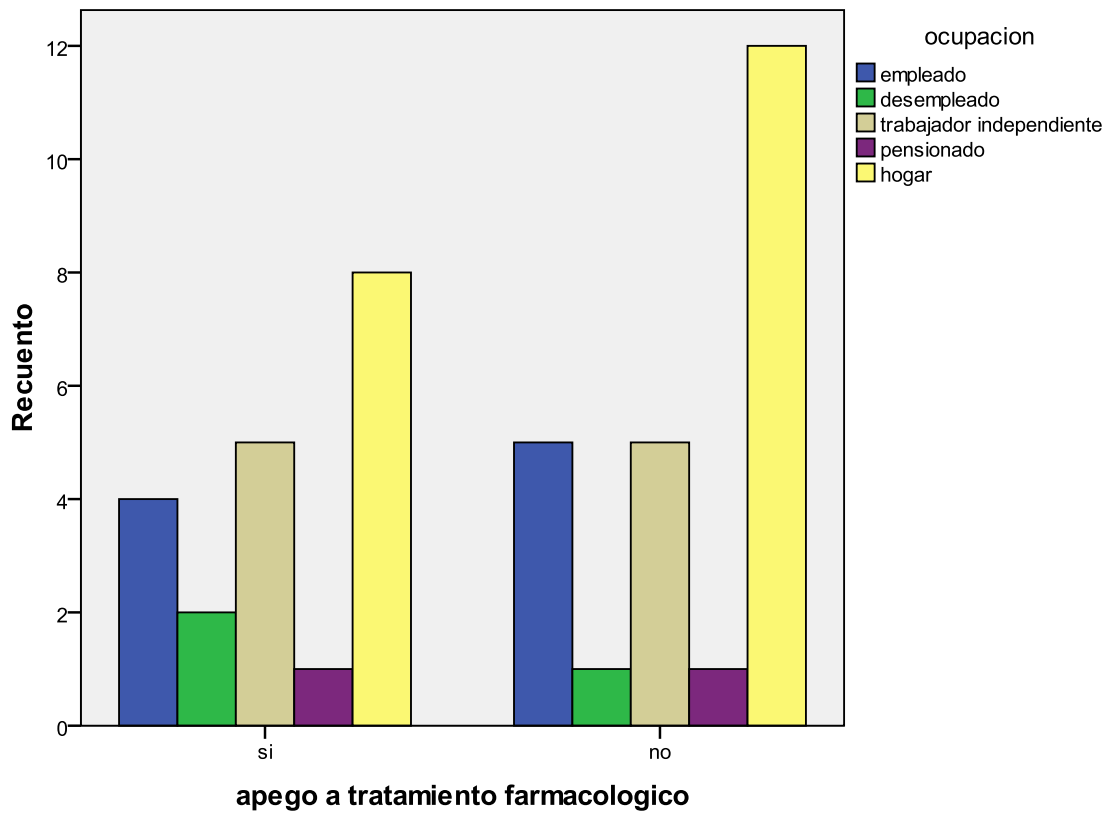


**Apego a tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo2, en la UMF 75 del IMSS de acuerdo a escolaridad, datos obtenidos del primero al 30 de noviembre del 2009**



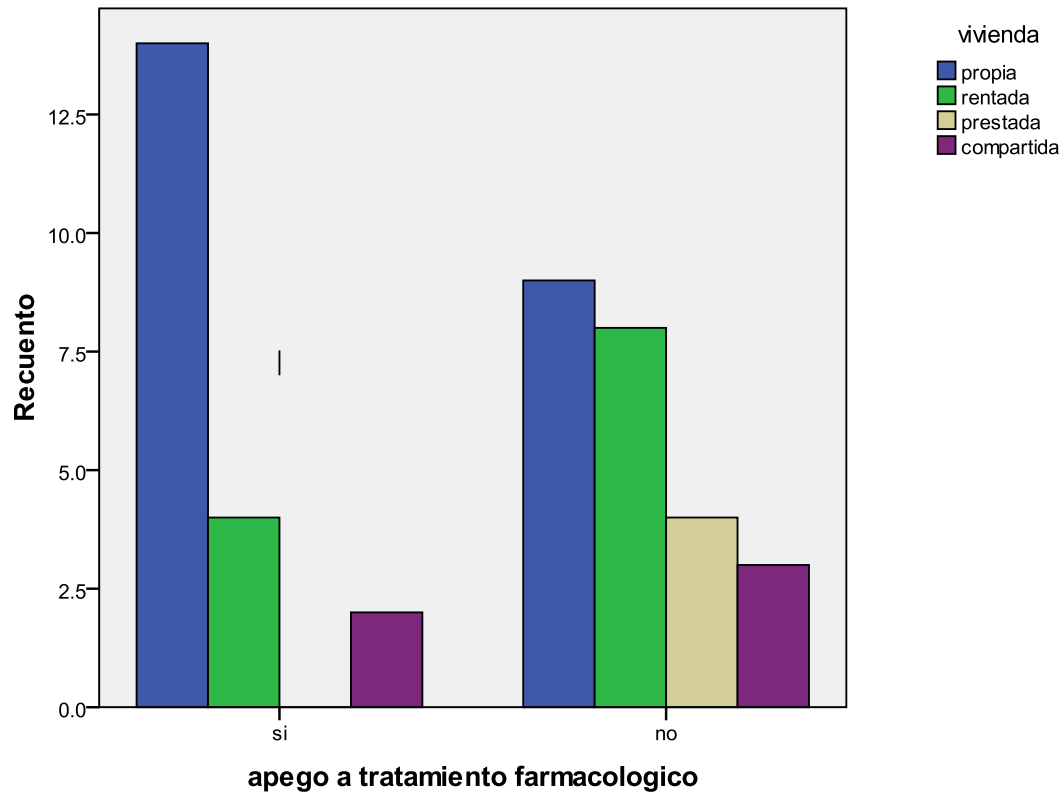
Fuente: Datos del estudio de investigación

**Apego a tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo2, en la UMF 75 del IMSS de acuerdo a ocupación, datos obtenidos del primero al 30 de noviembre del 2009**



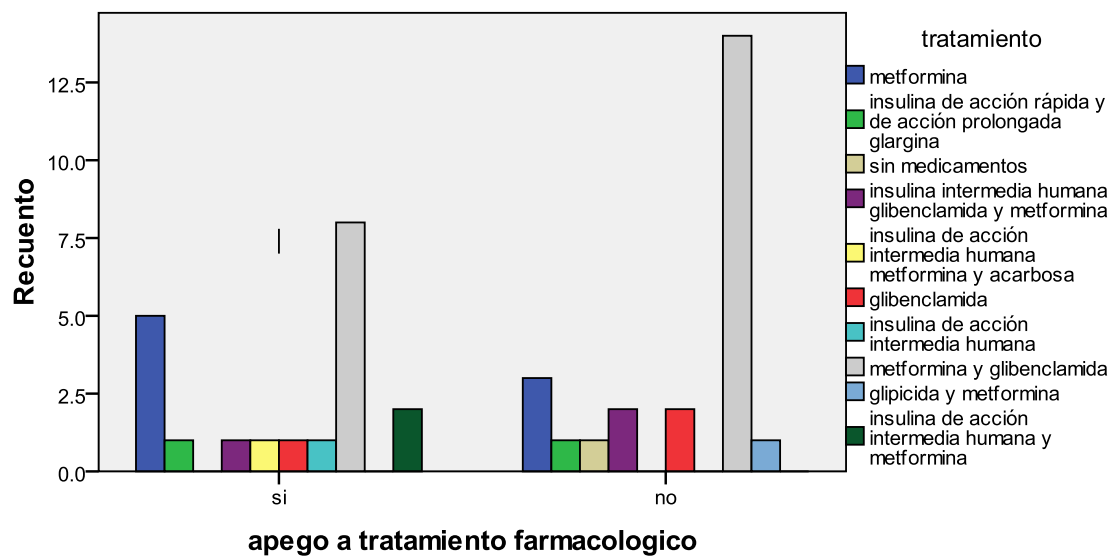
Fuente: Datos del estudio de investigación

**Apego a tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo2, en la UMF 75 del IMSS de acuerdo a vivienda, datos obtenidos del primero al 30 de noviembre del 2009**



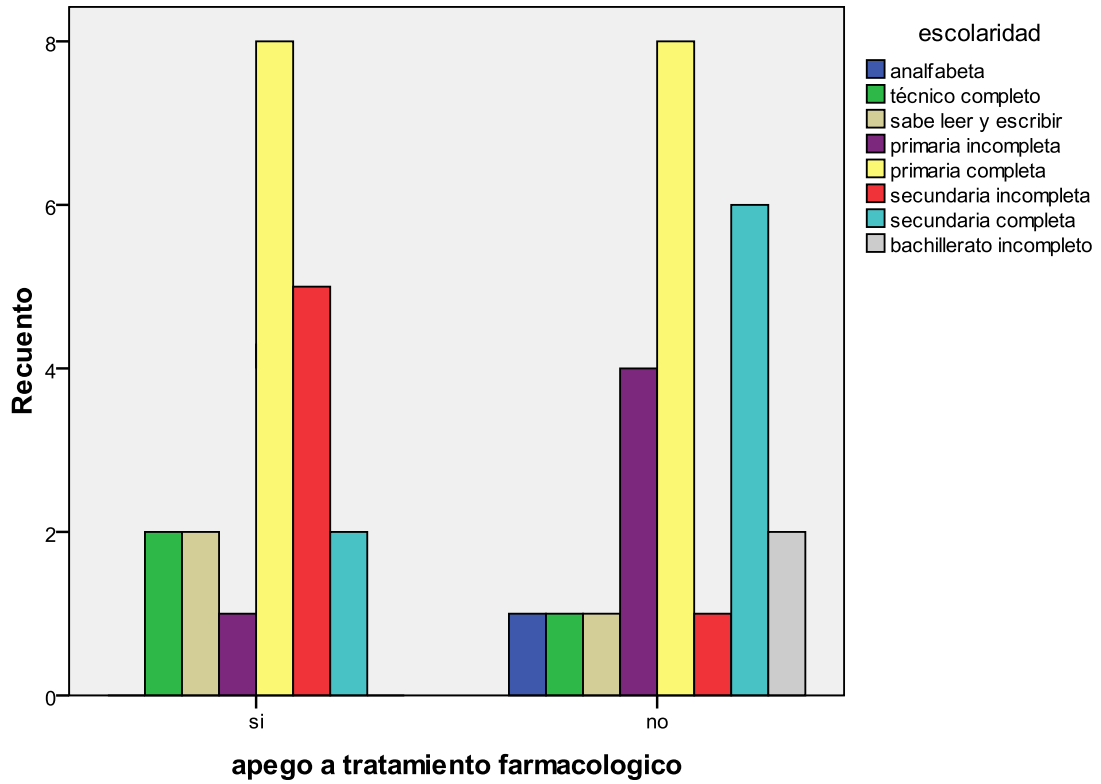
Fuente: Datos del estudio de investigación

**Apego a tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo2, en la UMF 75 del IMSS de acuerdo a tratamiento, datos obtenidos del primero al 30 de noviembre del 2009**



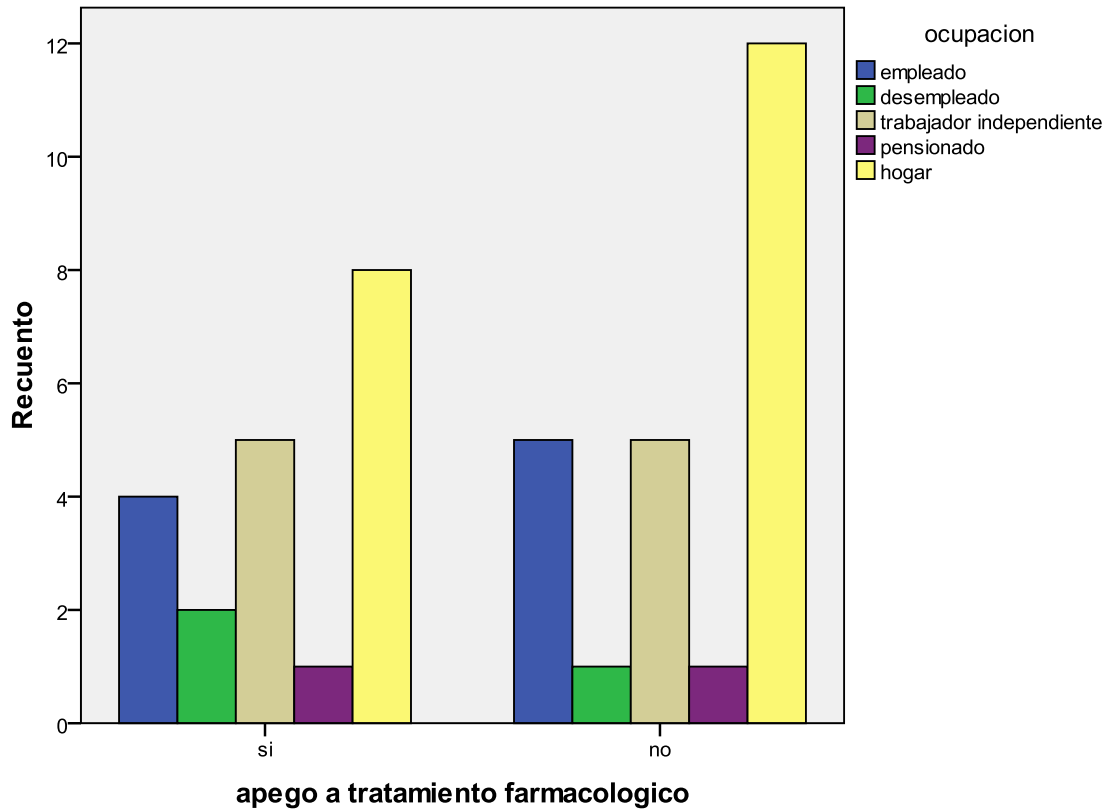
Fuente: Datos del estudio de investigación

**Apego a tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo2, en la UMF 75 del IMSS de acuerdo a escolaridad, datos obtenidos del primero al 30 de noviembre del 2009**



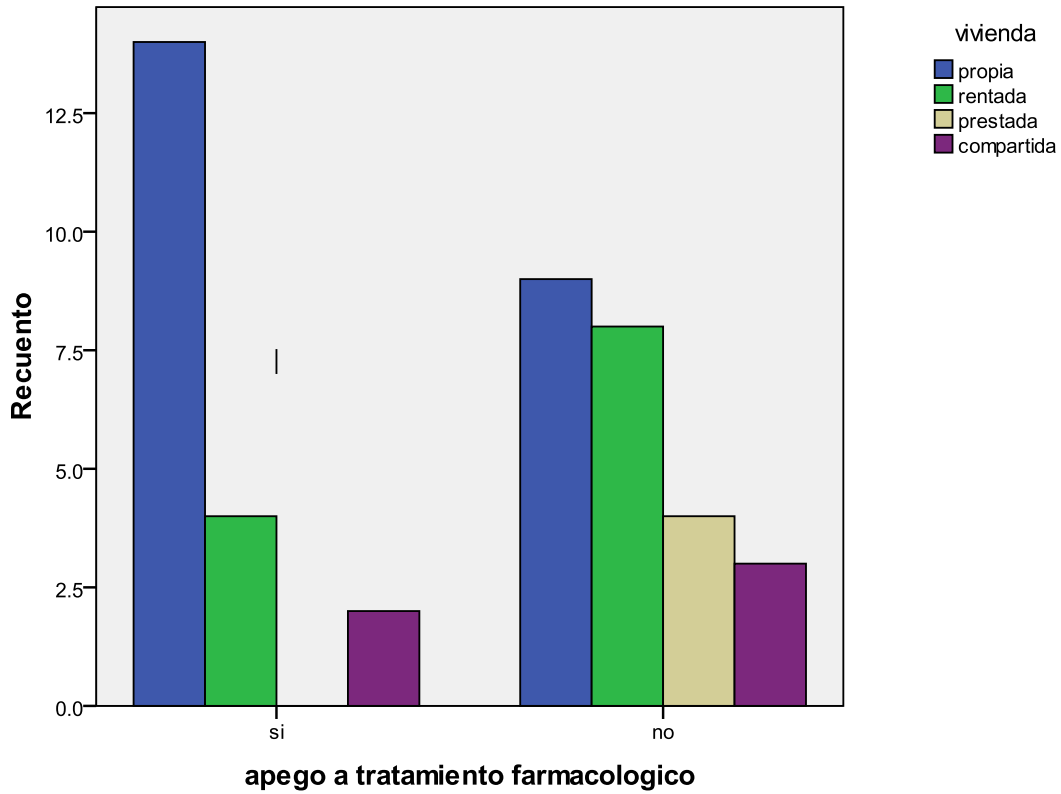
Fuente: Datos del estudio de investigación

**Apego a tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo2, en la UMF 75 del IMSS de acuerdo a ocupación, datos obtenidos del primero al 30 de noviembre del 2009**



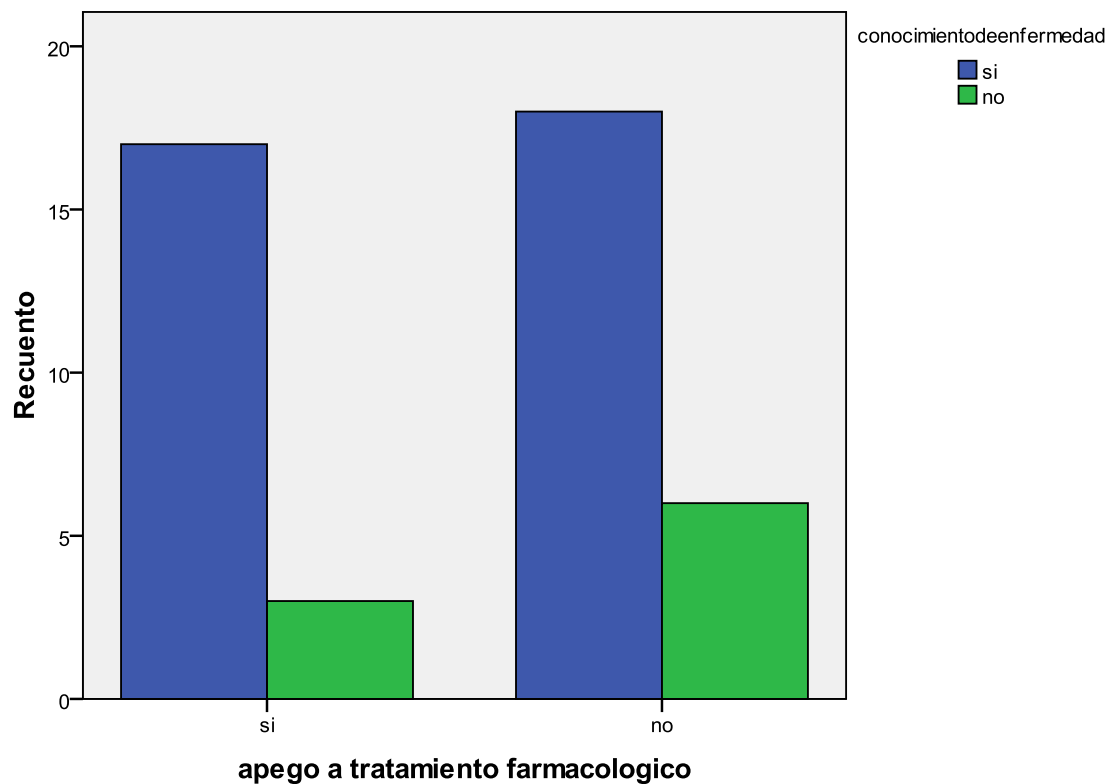
Fuente: Datos del estudio de investigación

**Apego a tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo2, en la UMF 75 del IMSS de acuerdo a vivienda, datos obtenidos del primero al 30 de noviembre del 2009**



Fuente: Datos del estudio de investigación

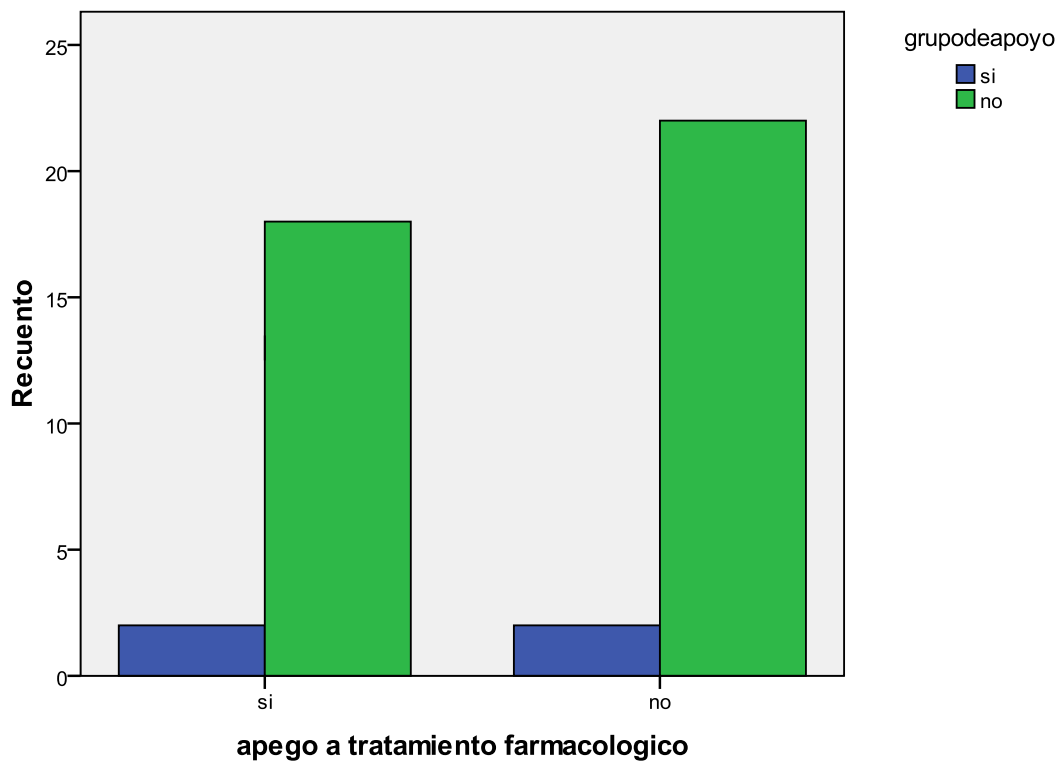
**Apego a tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo2, en la UMF 75 del IMSS de acuerdo a conocimiento de la enfermedad, datos obtenidos del primero al 30 de noviembre del 2009**



Fuente: Datos del estudio de investigación

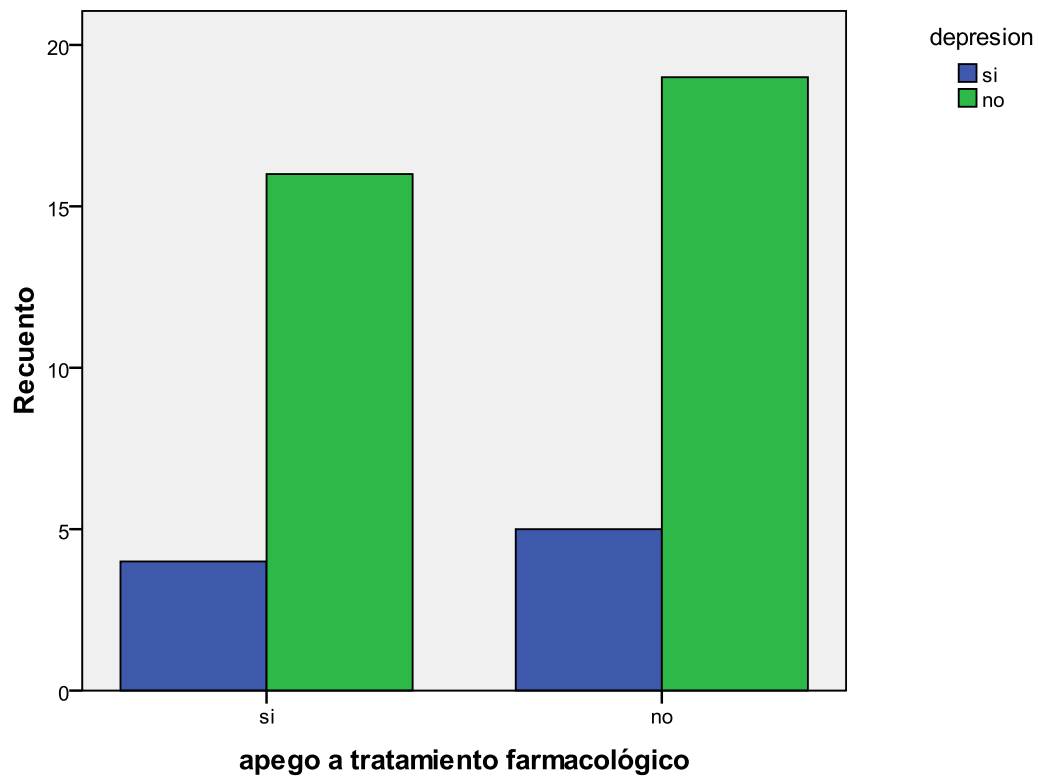


**Apego a tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo2, en la UMF 75 del IMSS de acuerdo a grupo de apoyo, datos obtenidos del primero al 30 de noviembre del 2009**



Fuente: Datos del estudio de investigación

**Apego a tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo2 en la U.M. F. 75 del I.M.S.S. según depresion, datos obtenidos del primero al 30 de noviembre del 2009**



Fuente: Datos del estudio de investigación

**ANALISIS INFERENCIAL Cálculo de  $\chi^2$**

VARIABLE	$\chi^2$	gl	P
Masculino	.095	1	.757
Escolaridad	09.851	7	.197
Analfabeta	.853	1	.356
Sabe leer y Escribir	.584	1	.445
Primaria incompleta	.584	1	.445
Primaria completa	1.474	1	.225
Secundaria incompleta	.210	1	.647
Secundaria completa	4.020	1	.045
Bachillerato incompleto	1.650	1	.199
Ocupación	.888	4	.926
Empleado	.005	1	.946
Desempleado	.584	1	.445
Trabajador independiente	.108	1	.743
Pensionado	.017	1	.895
Vivienda	6.309	3	.098
Propia	4.619	1	.032
Rentada	.978	1	.323

Prestada	3.667	1	.056
Tratamiento	8.510	9	.484
Metformina	1.146	1	.284
Glibenclamida	.017	1	.895
Acarbosa	.853	1	.356
Insulina de acción rápida	.191	1	.662
Insulina de acción intermedia	1.228	1	.268
Insulina de acción prolongada (Glargina)	.191	1	.662
Metformina más glibenclamida	1.228	1	.268
Glipicida más Metformina	1.467	1	.226
Insulina de acción intermedia más Metformina	.853	1	.356
Conocimiento de la enfermedad si	.670	1	.413
Grupo de apoyo si	.037	1	.048
Depresión si	.005	1	.946
Estadísticos Globales	33.973	31	.326

## 7.- DISCUSIÓN

La falta de adherencia es el resultado de una compleja interacción entre el ambiente social, el paciente y los profesionales de la salud. La adherencia al tratamiento no se mide de forma rutinaria en la práctica clínica, y en estándar de oro no se puede implementar, ni para propósitos de investigación. <sup>(28)</sup>

Según el análisis realizado por la OMS, en los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas es solo el 50 % y se supone que esta deficiencia sea mayor en países en desarrollo, en nuestro estudio encontramos no apego en el 54.5 % y si apego en el 45.5 %

De acuerdo a la encuesta nacional de salud ENSANUT 2006 concuerda los resultados obtenidos en el estudio que la prevalencia es mayor en mujeres, con una educación primaria de predominio, y en nuestro estudio es primaria de mayor porcentaje seguida de secundaria, de acuerdo a la encuesta nacional el 80 % se dedica al hogar en el estudio realizado fue del 45.5 % siguiendo el trabajador independiente en un 22.7 % y el empleado en un 20.5 %. En estudio realizado por Zuart A R, Ruiz M H J, Vázquez C J L, Martínez T J, Linaldi Y F. <sup>(28)</sup> se encuentran resultados similares en cuanto al estado civil, y ocupación, predominando el estado civil casado y de ocupación el hogar.

De la misma manera en estudios realizados por Manuel de Jesús Sáenz Ibarra, Esther C Gallegos Cabriales; Ricardo C. Cerda Flores; Miguel A. Echavarrí Guzmán; Emma Ibarra Costilla .el apego al tratamiento según la percepción de los participantes fue de 43.3 % por conteo de tabletas, el metformin mostró un apego del 79 % mientras que la glibenclamida del 48 %.<sup>(21)</sup> se observo en este estudio el mismo comportamiento de la metformina 18.2% y la glibenclamida 6.8% sin embargo en tratamiento combinado fue el que tuvo mayor uso 50%.

En México la prevalencia de diabéticos en mayores de 20 años es de 7.2 %. Esto hace de la diabetes un problema prioritario para los sistemas de salud. <sup>(22)</sup>

En el estudio se observó en los pacientes de 40 a 64 años la media encontrada fue de 54.41 con una desviación de 7.387

En la bibliografía se encontró que un 27 % de personas con diabetes, pueden desarrollar depresión mayor en un lapso de 10 años lo que sugiere que estas personas tienen más riesgo de sufrir trastornos psiquiátricos debido a factores relacionados con la diabetes, como el estrés de la cronicidad, la demanda de autocuidado y el tratamiento de complicaciones, entre otras, las personas con DM 2 deprimidas, además de disminuir funcionalidad y calidad de vida, presentan problemas en el autocuidado y la interacción para atender su salud por lo que sufrir depresión se asocia con pobre cumplimiento terapéutico, bajo control glucémico y riesgo incrementado para complicaciones micro y macrovasculares.<sup>(24)</sup> en este estudio se refiere un 20.5 % , menor que en la bibliografía.

De acuerdo al análisis inferencial con cálculo de  $\chi^2$  existe asociación de apego entre mayor escolaridad y los que cuentan con casa propia.

## 8.- CONCLUSIONES

El apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 fue de 45.5 %

De acuerdo al estudio de investigación se encontró que las mujeres con Diabetes Mellitus tipo 2 tienen más apego a tratamiento farmacológico y estas acuden con mayor frecuencia a consulta, corroborándose su prevalencia de la enfermedad a nivel nacional<sup>6</sup> observándose que el tener casa propia, dedicarse al hogar, casadas (os), con escolaridad de primaria y secundaria completa, con conocimiento de la enfermedad tenían más apego, así como es más frecuente el tratamiento con metformina y glibenclamida <sup>21</sup> por su combinación de acciones sobre el padecimiento posiblemente, no apego en los que no cuentan con grupo de apoyo, en cuanto a la depresión se manifestaron que fue al inicio del diagnóstico y solo algunos se reporto aun con datos de depresión por lo que es conveniente que se investigue más sobre este padecimiento cuando acudan los pacientes a consulta; para su tratamiento sobre el mismo.<sup>16</sup> de la misma manera fue posible la aplicación del Test de Morisky-Green para detectar a los pacientes con riesgo de no apego, habiendo la posibilidad de que algunos no contestaran con la verdad al cuestionario. Sin embargo es un test fácil de aplicar y rápido de obtener resultados.

## **9.- Acciones Médicas.**

Reconocer el estado emocional del paciente así como su capacidad para entender la información que se le debe dar; con base en ello procederá a informarle con la verdad el futuro de las alteraciones que él sabe que se han perpetuado en su esquema corporal.

Para proceder a dar la información tener en cuenta el proceso de desarrollo y crecimiento humano: grado de desarrollo social (deportista, asistente incansable a fiestas, comparsa de eventos o mantenía relaciones afectivas serias, oficios que demandan esfuerzos físicos e integridad corporal, grado de independencia que mantenía ya de su familia.

El equipo de atención debe ser interdisciplinario Adele Hoffman (1990) describe:

- 1.-vinculación inicial
- 2.-contrato terapéutico
- 3.- adaptación a corto plazo
- 4.- adaptación a mediano plazo
- 5.- adaptación a largo plazo

Para ser manejado conforme a las necesidades y convicciones de cada paciente y grupo familiar, todo esquema de colaboración terapéutica deberá incluir los siguientes elementos:

- 1.- información veraz señalar posibilidades, logros, limitaciones y opciones del tratamiento sin tecnicismos y de acuerdo al estado de salud del paciente.
- 2.- apertura de auténticos canales de comunicación significa que se debe de ofrecer tiempos y respeto, y demostrar interés para que el paciente y su familia expresen como sepan y puedan sentimientos, ideas, argumentos, miedos y esperanzas.



3.- fomento del desarrollo psicosocial del paciente: para esto habrá que poner ante el paciente la evidencia de los dones, capacidades y todas las habilidades que aún están presentes y funcionan, los cuales puede utilizar a la vez que engrandecer para lograr una mejor calidad de vida. En ocasiones hemos sido testigos de un serio problema limitante físico y social que hace que el paciente reflexione, busque y encuentre una gran riqueza personal con motivaciones nunca antes conocidas o puestas en acción a favor de su desarrollo integral.

4.- fomento de la terapia ocupacional en base de los intereses, apetencias, y capacidad probada del paciente.

5.- integración del paciente al esquema de su propio tratamiento.

6.- integración al esquema de tratamientos de algún o algunos pares que con su entusiasmo y constancia apoyen al paciente.

7.-uso de técnicas de autoayuda como el entrenamiento para dominar el estrés (relajación, distracción, sustitución de imágenes, dominio de los pensamientos).

8.- integración familiar. Redefinir las funciones de la familia en estas situaciones es siempre necesario. Mejorar el diálogo y las técnicas de dar afecto, y ayudar a evitar que el grupo centre su acción en la sobreprotección, en la demasía en los cuidados y atenciones minimizando con ello la posibilidad de que el paciente encuentre respuestas positivas que le ayuden a la superación personal. También deberán ayudar a evitar la ansiedad irracional, es importante que se auxilie al grupo familiar a establecer espacios y tiempo para la atención y el cuidado de los integrantes sanos y de la familia en conjunto, y reservar un espacio para la intimidad de la pareja.

9.-establecimiento de límites, deberán ser en toda circunstancia mantenidos con toda firmeza mientras demuestren ser operativos.

El grupo médico deberá ayudar a los pacientes y sus familiares a establecer relaciones y aprender a negociar con grupos sociales y organizaciones que se preocupan por el bienestar y la salud de este tipo de pacientes.

10.- asignación de un miembro del equipo de salud a la atención del paciente.

El problema se establece regularmente después de pasadas las emergencias y cuando ya el equipo de salud así como el paciente o la familia empiezan a encontrar aburrida y tediosa la interacción.

11- multidisciplinariedad. El grupo tratante debe ser multidisciplinario e interdisciplinario y actuar como tal.

12.- creación del espacio para el dialogo. Es indispensable establecer comunicación para todos los intereses, miedos, expectativas, fantasías y necesidades que tenga que plantear en relación al tema de la sexualidad.

A los jóvenes y adultos afectados les preocupa justificadamente la verdad sobre su futuro laboral, tanto como su funcionamiento sexual, la fertilidad y la posibilidad de vida en pareja así como las formas o técnicas para satisfacer sus deseos sexuales.

Es necesario en estos pacientes como medio terapéutico restablecer y mantener la correcta relación médico-paciente, que haga renacer la confianza y la objetividad y que fomente la aceptación de la realidad, por muy amarga que ésta sea. Como homeostasis psíquica el médico y el familiar, ambos enfocando al correcto manejo del paciente, se debe fomentar una clara conciencia de responsabilidad tanto en el cuerpo médico como en la familia, darles una visión de su acontecer en función del enfermo, y permitirles aceptar las limitaciones y el sincero intercambio de opiniones sobre las posibilidades, los temores y las perspectivas que circundan al paciente, así como sobre los conceptos éticos y religiosos ante el manejo de algunos recursos médicos durante la enfermedad como las mutilaciones necesarias, también les permitirá valorar y manejar con prudencia la libertad y el respeto a los símbolos de la vida y de la muerte.

La terapia familiar y la consejería familiar por personal capacitado puede ser de gran ayuda como medida preventiva del desarrollo de los conflictos entre familias, pacientes y personal hospitalario, surgidos de la incomunicación verbal, del

desarrollo de la misma enfermedad y de los sentimientos provocados por la situación.

El objetivo del manejo de la medicina técnica y de muchas acciones o determinación que parece drástica e inhumanas, pero que son necesarias, como la aceptación de las limitaciones médicas que les son impuestas por su condición y por necesidades terapéuticas, a la vez sintiendo que todos están haciendo dentro del momento oportuno y no antes ni después lo necesario e indispensable para tratar y mantener su salud. Los enfermos, su familia y el personal comprometido en el tratamiento han aprendido a canalizar sus temores, a manifestar su afecto, a comunicarlo, y también a apreciar, entender y aceptar lo que los demás dan como prueba de afecto, apoyo e identificación con su causa.

La muerte es vista y finalmente vivida, dentro de su trágica dimensión, con ayuda dirigida claramente a los tres elementos que componen el grupo, que ya la entiende como un hecho natural, no como situación normal a temprana edad, que no se haga un duelo complicado con remordimientos y culpas ni que los comprometidos se escuden en poses o mecanismos de protección que no hacen sino aplazar y complicar más la aceptación de estar involucrados emocionalmente en un hecho.

Todo esto, a querer o no, toca el alma del grupo médico en cuyas decisiones y acciones se encierra el futuro de un ser humano y de su familia, como tener que prescindir de una pierna, enfrentar la perspectiva de permanecer invalido en una silla de ruedas o en cama el resto de la vida son problemas de enorme seriedad para la integración y correcta maduración de las personas y sus grupos familiares

(29)

De la misma manera incluirlos a los grupos de apoyo en sobre peso diabetes e Hipertensión arterial (sodhi), fomentar la educación en salud, diagnosticar y tratar La depresión. Para incrementar el apego a tratamiento farmacológico en diabetes mellitus tipo 2.

## 10.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Oviedo Mota Mario A., Espinosa Larrañaga Francisco, Reyes Morales Hortensia, Trejo y Pérez Juan A, Gil Velázquez Estela. Guía clínica para el diagnóstico y el manejo de la diabetes mellitus tipo 2 cap. 8 Enfermedades Crónicas:103-22
- 2.- Vizcaíno Orozco Francisco J. "Evaluación del tratamiento combinado de glibenclamida y acarbosa comparada con glibenclamida y metformina en el control glucémico del paciente con diabetes mellitus tipo 2 ". (Tesis Maestría en Ciencias Médicas) Universidad de Colima Facultad de Medicina Maestría en ciencias médicas 2004:1-2
- 3.- Altagracia Martínez Marina, Kravzov Jinich Jaime, Moreno Santamaría María del R, Rubio Poo Consuelo, Skromne Kadlubik David, Rivas Cornejo Marina S et al. Diabetes mellitus tipo 2: ventas de los hipoglucemiantes orales y costos de los tratamientos farmacológicos en México. Rev mex de ciencias farmacéuticas; 2007 ene-mar; 38(001):23-33
- 4.- Secretaria de Salud, Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. México, D.F. Uso de insulinas en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1 y 2 Rev Mex Cardiol 2007 Abr-jun;18(2):57-86
- 5.- Rodríguez Bolaños Rosibel de los Á, Reynales Shigematsu, Luz M, Jiménez Ruíz, Jorge A, Juárez y Márquez Sergio A, Hernández Ávila Mauricio. Costos directos de atención médica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en México: análisis de microcosteo rev Panam Salud Pública 2010 dic; 28(6):1-10 Disponible en:

<http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020->

[4989201000120000&script=sci\\_erttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-4989201000120000&script=sci_erttext) 09/09/2011

- 6.- López Portillo .Armando, Bautista Vidal Rosa C., Rosales Velásquez Otilia F, Herrera Galicia Lucia, Rivera y Escamilla Juan S. Control clínico posterior a sesiones grupales en pacientes con diabetes e hipertensión. Rev IMSS 2007;45(1):29-36.
- 7.- Anzures Carro Ricardo L., Aguilar Chávez.Victor, Garcia Peña Ma. Del C., Pons Álvarez Octavio N., Medicina Familiar. La Familia con enfermedad crónica degenerativa. Familia con Diabetes Primera edición impreso en México; 2008. p. 345- 48
- 8.- Velázquez Viniegra Leonardo. Las enfermedades crónicas y la educación. La Diabetes Mellitus como paradigma. Rev Med IMSS 2006;44(1):47-59
9. - Amador Díaz MB., Márquez Celedonio FG., Sabido Sighler AS. Factores asociados al auto-cuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2. Archivos en medicina familiar Family Medicine.2007;9(2):99-107
- 10.- Secretaria de Salud Programa de acción específico 2007-2012 diabetes mellitus primera edición 2008:11-23 disponible en:  
<http://www.cenave.gob.mx/diabetes.pdf> consultado 09/02/2012
- 11.- Rivera Ortega Feliciano, Gómez Gómez Celina, Méndez Espinosa Eduardo, Avalos Espinoza Leticia. Valoración de la educación en el paciente diabético. RESPYN Rev salud pública y nutrición edición especial 2005; Edición especial;(7):1 Disponible en:  
<http://www.respyn.uanl.mx/especiales/2005/ee.07-2005/documentos/diabetes.htm>  
25/09/2007
- 12.- Comité de educación en Diabetes Fundación IMSS A.C. El papel del derechohabiente en la prevención y control de la Diabetes Mellitus. Rev Med IMSS 2007mar-abr;45(2):1-2. Disponible en:

[http://edumed.imss.gob.mx:8080/srv\\_ims\\_bsq/marabr07/editoriales/index.jsp](http://edumed.imss.gob.mx:8080/srv_ims_bsq/marabr07/editoriales/index.jsp)  
[consultado14/10/2007](#)

- 13.- Pérez Cuevas Ricardo, Reyes Morales Hortensia, Vladislavovna Doubova Svetiana, Zepeda Arias Maribel, Díaz Rodríguez Gustavo, Peña Valdovinos Abel. "et al". Atención integral de pacientes diabéticos e hipertensos con participación de enfermeras en medicina familiar. Rev Panam Salud Pública 2009 dic; 26(6):1-10 Disponible en:  
[http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892009001200006&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892009001200006&script=sci_arttext) consultado 09/02/2012
- 14.- Hernández Romieu Alfonso C, Elnecavé Olaiz Alejandro, Huerta Uribe Nidia, Reynoso Noverón Nancy. Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores asociados al control de la diabetes mellitus en México. Rev Salud pública de México 2011 ene-feb;53(1):34-9
- 15.- Pérez Cuevas Ricardo, Reyes Morales Hortensia, Flores Hernández Sergio, Rodarte wacher Niels. efecto de una guía de práctica clínica para el manejo de la diabetes tipo 2. Rev Med IMSS 2007;45(4):353-60
- 16.- Libertad Martín Alfonso. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Rev Cubana Salud pública 2006;32(3)1-8 Disponible en:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32\\_3\\_06/spu13306.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_3_06/spu13306.htm) consultado 11/01/2009
- 17.- Libertad Martin Alfonso. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud pública 2004;30(4):1-5 Disponible en:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30\\_4\\_04/spu08404.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu08404.htm) 23/08/2009 consultado 23/08/2009
- 18.- Niels H. wacher. La relación médico-paciente y su papel en el apego al tratamiento. Revista CONAMED 2002;7(3):69-73.

- 19.- Bonafont i Pujol Xavier, Costa i Pagés Joan. Adherencia al tratamiento farmacológico. *Butlletí d'informació terapèutica Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya* 2004;16(3):9-14. Disponible en:  
<http://www.gencat.net/sanitat>
- 20.- Palop Larrea V, Martínez Mir I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Rev Información terapéutica del sistema Nacional de salud* 2004; 28(5):113-20. Disponible en:  
<http://www.msc.es/farmacia/infinedic.consultado 05/05/2009>
- 21.- Sáenz Ibarra Manuel de J, Gallegos Cabriales Esther C., Cerda Flores Ricardo C., Echavarrí Guzmán Miguel A, Ibarra Costilla Emma. Apego al tratamiento farmacológico, control glucémico y mutagenicidad. 2007; Edición especial;(8):1 Disponible en:  
[http://www.respyn.uanl.mx/especiales/2007/ee-08-2007/documentos/enfermedades\\_endo... consultado 22/09/2008](http://www.respyn.uanl.mx/especiales/2007/ee-08-2007/documentos/enfermedades_endo... consultado 22/09/2008)
- 22.- Villarreal Ríos Enrique, Paredes Chaparro Alejandro, Martínez González Lidia, Galicia Rodríguez Liliana, Vargas Daza Emma, Garza Elizondo María E. Control de los pacientes con diabetes tratados sólo con esquema farmacológico. *Rev Med IMSS* 2006;44(4):303-08.
- 23.- Arcega Domínguez Arturo, Celada Ramírez Nora A. Control de pacientes con diabetes. Impacto de la educación participativa versus educación tradicional. *Rev Med IMSS* 2008;46(6):685-90
- 24.- Colunga Rodríguez Cecilia, García de Alba Javier E., Salazar Estrada José G., González Mario Ángel. Diabetes tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México. 2005. *Rev de Salud Pública* 2008; jan./feb;10(1):1-12. Disponible en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pit=S0124-00642008000100013](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pit=S0124-00642008000100013)... Consultado 27/09/2008

- 25.- Instituto Nacional de Salud Pública. Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) Boletín de práctica médica efectiva NLS 2006; Agos.1-6
- 26.- División Técnica de Información Estadística en Salud. El IMSS en cifras: El censo de pacientes diabéticos, 2004 Rev Med IMSS 2006;44(4):375-82.
- 27.- Peralta María Luisa, Carbajal Pruneda Patricia, Artículo de revisión Adherencia a tratamiento Rev Cent Dermatol Pascua 2008Sept-Dic; 17(3):85-7
- 28.- Zuart Alvarado Rubén, Ruiz Morales Héctor J, Vázquez Castellanos José L, Martínez Torres Jorge, Linaldi Yépez Filiberto. Adherencia a hipoglucemiantes en diabéticos de una unidad médica familiar del estado de Chiapas. Rev IMSS. 2010;Oct-Dic;11(4)1-10 Disponible en :  
<http://www.respyn.uanl.mx/xi/4/articulos/adherencial.htm>consultado04/05/2011
- 29.- Dulanto Gutiérrez Enrique. La familia un espacio de encuentro y crecimiento para todos. Capítulo 45 La familia con enfermos crónicos. Enfoque de manejo médico. Respecto a la primera edición en español. Academia Mexicana De Pediatría, A.C. por: Editores de Textos Mexicanos, S.A. de C.V; 2004, p.445-454.



# 11.- ANEXOS



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UMF: 75

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado: **APEGO A TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL CONSULTORIO 12 TURNO MATUTINO DE LA UMF 75.**

El objetivo del estudio es: Identificar el apego a tratamiento farmacológico y determinar factores relacionados con su cedula de variables demográficas en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del consultorio 12 turno matutino de la UMF 75 del IMSS.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Formar parte de un estudio de investigación el cual se llevara a cabo durante el mes de noviembre del 2009, durante el cual participare previo firma de consentimiento informado, contestando un cuestionario Test de Morinki Green y cedula de variables demográficos.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

No existen riesgo alguno, al contrario existen múltiples beneficios para mejorar mi estilo de vida y repercutir en mi salud.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación, el investigador se compromete a dar información oportuna sobre

cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi presencia en el mismo.

### Nombre y firma del

**Participante:** \_\_\_\_\_

**Investigadora**

\_\_\_\_\_

**Dra. Maria de Lourdes Gómez vivas**

**Matricula: 5109795**

\_\_\_\_\_  
Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Testigo 2

Cuestionario de Morisky-Green pretende valorar si el enfermo "adopta actitudes correctas en relación con la terapéutica" de su enfermedad, asumiendo que si esas decisiones son correctas el enfermo es buen cumplidor de la medicación. No es útil en prescripciones "a demanda"<sup>12</sup>

Si responde de forma incorrecta alguna de las cuatro preguntas se considera incumplidor.

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?
2. ¿Toma los fármacos a la hora indicada?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?
4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomarla?

Encuesta con las variables socio demográficas.

Apego a tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2

Consultorio: \_\_\_\_\_ Turno: Matutino: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Afiliación \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino: \_\_\_\_ Femenino: \_\_\_\_\_

Estado civil: casado (a): \_\_\_\_ viudo (a): \_\_\_\_ divorciado (a) \_\_\_\_\_ *unión libre* \_\_\_\_ *separado (a)* \_\_\_\_

Ocupación:

empleado \_\_\_\_ desempleado \_\_\_\_ trabajador independiente \_\_\_\_ Jubilado o Pensionado \_\_\_\_ Labores del hogar: \_\_\_\_\_

Que medicamentos toma para su diabetes:

Metformina: \_\_\_\_\_ Cuantas pastillas al día: \_\_\_\_\_ cuantas le sobran al mes \_\_\_\_\_

Glibenclamida: \_\_\_\_\_ Cuantas pastillas al día: \_\_\_\_\_ cuantas le sobran al mes \_\_\_\_\_ -

Acarbosa: \_\_\_\_\_ Cuantas pastillas al día: \_\_\_\_\_ cuantas le sobran al mes \_\_\_\_\_

Insulina de acción rápida \_\_\_\_\_ cuantas unidades al día

Insulina de acción intermedia: \_\_\_\_\_ Cuantas unidades al día: \_\_\_\_\_ cuantas dosis le sobran al mes \_\_\_\_\_

Insulina de acción prolongada glargina cuantas unidades al día \_\_\_\_\_ cuantas dosis le sobran al mes \_\_\_\_\_

Glipicida cuantas pastillas al día \_\_\_\_\_ cuantas le sobran al mes \_\_\_\_\_

Utiliza alguna combinación en el tratamiento cuales son y dosis de aplicación \_\_\_\_\_ cuanto le sobra de los mismos \_\_\_\_\_ Sin medicamentos \_\_\_\_\_

Escolaridad.

Analfabeta: \_\_\_\_\_ técnico completo: \_\_\_\_\_ sabe leer y escribir \_\_\_\_\_ primaria incompleta: \_\_\_\_\_ primaria completa \_\_\_\_\_ secundaria incompleta \_\_\_\_\_ secundaria completa \_\_\_\_\_ bachillerato incompleto \_\_\_\_\_ licenciatura \_\_\_\_\_

Tipo de vivienda. Propia \_\_\_\_\_ rentada \_\_\_\_\_ prestada \_\_\_\_\_ - compartida \_\_\_\_\_

Cuenta con algún grupo de apoyo SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Desde cuando le diagnosticaron la diabetes: \_\_\_\_\_

Conocimiento de su enfermedad

Sabe usted lo que es la diabetes: Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Que \_\_\_\_\_

Qué pasa si no se controla su glucosa

\_\_\_\_\_

Conoce las complicaciones de la diabetes: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Sabe cuál es el tratamiento \_\_\_\_\_

Actualmente se siente deprimido por padecer Diabetes Mellitus. SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_ curso con depresión al inicio del diagnóstico \_\_\_\_\_



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

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

**Dictamen de Autorizado**

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 1401

FECHA 28/12/2009

**Estimado MARIA DE LOURDES GOMEZ VIVAS**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle que, el protocolo de investigación en salud presentado por usted, cuyo título es:

**APEGO A TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA U.M.F 75 DEL IMSS**

fue sometido a consideración del Comité Local de Investigación en Salud, quien de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores consideraron que cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética médica y de investigación vigentes, por lo que el dictamen emitido fue de: **AUTORIZADO**.

Habiéndose asignado el siguiente número de registro institucional

No. de Registro
R-2009-1401-9

Atentamente

**Dr(a). María de la Luz Godínez Flores**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud Núm 1401

Imprimir

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL