



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO

C.E.S.S.A. LUIS GIL PEREZ

CSR RIO TINTO 3RA. SECCION

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

**FACTORES SOCIOECONOMICOS MAS IMPORTANTES QUE INFLUYEN EN LA
ADHERENCIA FARMACOLOGICA DE LOS PACIENTES CON**

DIABETES MELLITUS TIPO 2

PRESENTA:

DRA. ERIKA GARCIA CACHÓN

VILLAHERMOSA, TABASCO.

2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**FACTORES SOCIOECONOMICOS MAS IMPORTANTES QUE INFLUYEN EN LA
ADHERENCIA FARMACOLOGICA DE LOS PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ERIKA GARCIA CACHÓN

A U T O R I Z A C I O N E S:

DRA. EMMA PATRICIA JIMENEZ HERNANDEZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
VILLAHERMOSA, TABASCO

DR. ISAÍAS HERNANDEZ TORRES

ASESOR DE TESIS

COORDINADOR DE DOCENCIA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

ASESOR DEL TEMA

MCE. MIGUEL ANGEL LOPEZ ALEJANDRO

DR. ESMELIN TRINIDAD VAZQUEZ

DIRECTOR DE CALIDAD Y EDUCACION EN SALUD

**FACTORES SOCIOECONOMICOS MAS IMPORTANTES QUE INFLUYEN EN LA
ADHERENCIA FARMACOLOGICA DE LOS PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ERIKA GARCIA CACHÓN

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ.

JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

INDICE

	pág.
INTRODUCCION	1
I. MARCO TEORICO	2
1.1. Adherencia Terapéutica	2
1.1.1. Factores socioeconómicos	5
1.1.2. Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia de salud	5
1.1.3. Factores relacionados con la enfermedad	6
1.1.4. Factores relacionados con el tratamiento	6
1.1.5. Factores relacionados con el paciente	6
1.2. Aspectos epidemiológicos y perspectiva de la Diabetes Mellitus Tipo 2	9
1.2.1. Clasificación de la Diabetes Mellitus	10
1.2.2. Autoinmune	10
1.2.3. Idiopática	10
1.2.4. Diabetes Mellitus tipo 2	11
1.2.5. Diabetes Gestacional	11
1.3. Fisiopatología de la Diabetes Mellitus Tipo 2	11
1.4. Resistencia a la Insulina	12
1.5. Trastorno en la Secreción de Insulina	13

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
III. JUSTIFICACION	17
IV. OBJETIVOS	18
IV.1 Objetivo general	18
IV.2. Objetivos específicos	18
V. HIPÓTESIS	19
V.1. Elementos de la hipótesis	19
V.1.1. Unidades de Observación	19
V.1.2. Variables.	19
V.1.2.1. Variable Dependiente	19
V.1.2.2 Variable Independiente	19
VI. METODO	20
VI.1. Tipo de estudio	20
VI.2. Diseño de estudio	20
VI.3. Tipo de muestra y tamaño de la muestra	20
VI.3.1. Criterios de Inclusión	20
VI.3.2 Criterios de Exclusión	20
VI.3.3. Criterios de Eliminación	20

VI.3.4. Variables de Estudio	21
VI.3.5. Método o procedimiento para captar la información	22
VI.3.6. Consideraciones éticas.	24
VII. RESULTADOS	26
VIII. DISCUSION	34
IX. CONCLUSION	38
X. RECOMENDACIONES	38
XI. BIBLIOGRAFIA	40
XII. ANEXOS	43

INTRODUCCION

Se realizó un estudio sobre la adherencia terapéutica farmacológica, en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, que asisten al programa de crónicos degenerativo, en la Ranchería Rio Tinto 3era. Sección, de Villahermosa, Tabasco, a partir del 01 enero 2016 al 29 de febrero del 2016.

El concepto de adherencia terapéutica en tratamientos prolongados, ha adoptado una versión que fusiona las definiciones de Haynes y Rand: “El grado en que el comportamiento de una persona tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia en salud”.

La adherencia terapéutica en la Diabetes Mellitus tipo 2, tiene trascendencia ya que el mejor tratamiento, pierde su eficacia si el paciente no lo lleva a cabo de forma adecuada. Los pacientes diabéticos que no logran alcanzar niveles de adherencia terapéutica adecuados, tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones a futuro.

La Diabetes Mellitus tipo 2 y sus complicaciones más frecuentes son: oftalmológicas, nefropatías agudas, crónicas, pies diabéticos que puede generar la pérdida total o parcial de algunos de los extremidades inferiores. Su creciente magnitud y aumento en la prevalencia. Es por eso que el presente estudio, trata de identificar la problemática, la cual representan actualmente un problema de salud pública en nuestro país.

I. MARCO TEÓRIO

1.1 Adherencia terapéutica

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico, llega a ser un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2, estimándose entre 20 a 50% de los pacientes no toman sus medicaciones como están prescritas¹.

La mala adherencia al tratamiento de la Diabetes es causa de graves complicaciones de salud y aumento de la mortalidad.^{2,3} A pesar de contar con evidencia convincente relacionada a la eficacia de los medicamentos, es la adherencia al tratamiento reconocida como un importante problema en el paciente con patología crónica no transmisible.⁴

La mala adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional que podría deberse a los regímenes de tratamiento complejos, así como información insuficiente, incomprensible o confusa proporcionada por el personal médico, y que juega un importante rol para un buen cumplimiento de la terapéutica.⁵

La adherencia terapéutica ha sido objeto de debate y estudio en los últimos años, dada su trascendencia en el tratamiento de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, es decir, la adherencia terapéutica es entonces, la implicación activa y voluntaria del paciente en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento, aceptado de mutuo acuerdo con un profesional de la salud.

La adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas es muy importante ya que el mejor tratamiento pierde su eficacia si el paciente no lo lleva a cabo de forma adecuada. Concretamente en la Diabetes Mellitus tipo 2, dicho cumplimiento resulta crucial y es una variable de medida de las intervenciones en educación terapéutica. El control de la diabetes requiere algo más que tomar medicamentos. Se ha demostrado que otros aspectos del autocuidado, como el automonitoreo de la glucemia, las restricciones alimentarias, el cuidado de los pies y los exámenes oftálmicos regulares, reducen notablemente la incidencia y la progresión de las complicaciones diabéticas. La adhesión deficiente a las normas de cuidados reconocidas es la principal causa de la aparición de las complicaciones de la diabetes y los costos individuales, sociales y económicos que las

acompañan. La adherencia al tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas en los países desarrollados promedia 50%, en los países en desarrollo las tasas son aun menores.⁵

Existen numerosos estudios que reportan la prevalencia de la adherencia al tratamiento estimada a partir de la escala de auto informé. Sotoca –Momblona y Codina- Jane (2006) observaron que la prevalencia de pacientes con adherencia completa al tratamiento medicamentoso oscila, según la patología entre el 30 y el 60 %. D’Anello, Barreat, Escalante, D Horazio y Benítez (2009) señalaron que la prevalencia de adherencia completa al tratamiento medicamentoso ha permanecido constante desde la década de 1990, siendo del 50% en enfermedades crónicas y variando del 31 al 49% en enfermedades agudas. Tiv et al. (2012) en población francesa hallaron que solo el 39% de los pacientes con diabetes tipo 2 presentaron adherencia completa al tratamiento medicamentoso.⁶

Otro estudio menciona el perfil de las características sociodemográficas, observándose que la mediana de edad de los participantes del estudio, fue de 69 años; el 58,18% pertenecía al sexo femenino y el 41,82% al masculino, datos que coincide con diversos autores tales como Alfaro y cols. (2006), donde 62,7% de los adultos mayores fueron mujeres, con una media de edad de 68,9 ±, 6,6 años. Otros autores que llegaron a resultados similares fueron Herrera y cols. (2007), Concha y Rodríguez (2010), Quintana y cols. (2008) y Álvarez (2005).

De acuerdo al estado civil de la pareja un 63,6% indicó tener pareja, y 36,3% estar sin pareja actualmente, coincidiendo con el estudio de Alfaro (2006), donde el estado civil que predominó fue el de los que tienen pareja con un 58,7%, seguido de los que carecen de ella, con un 41,3%, al igual que los estudios de Herrera y cols. (2007).³⁰

El apoyo social constituye un factor determinante en las conductas de adherencia a los tratamientos para la Diabetes.³³

En cuanto a la situación laboral, 4 de 10 se encuentran en relación de dependencia, esto es igual para ambos sexos, 1 de cada 4 es jubilado en la población general. En los participantes de 45-60 años hubo un predominio de la dependencia laboral en cambio a mayor edad predominó la jubilación.³¹

Por otra parte García, (2008) encontró que la escolaridad en la población fue de 33,3% contaban con licenciatura, un 30% la primaria completa, y 16.7% el bachillerato completo. La literatura describe que el nivel educativo es un factor importante en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Se afirma que las personas con un nivel educativo bajo se le dificulta la comunicación con el personal de salud y tienen un mayor riesgo de abandonar los tratamientos, a diferencia de las personas con un nivel de escolaridad alta. Sin embargo los resultados obtenidos Terechenco (2014), difieren en los niveles de escolaridad, dando la similitud que el grado prevalente es primaria en un 31%.³¹

Referente al ingreso familiar de los participantes en el 43,6% se encuentra en un nivel socioeconómico bajo, lo que se asimila a lo notificado por Herrera y cols. (2007), quien señala que la mayoría de los pacientes diabéticos pertenecen al nivel socioeconómico bajo.³⁰

En México la adherencia para los tratamientos en padecimientos agudos comunes en la práctica diaria se ha reportado menor al 50%, mientras que en Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus, enfermedades crónicas más frecuentes en la consulta de atención primaria ha sido discretamente superior (52%).⁷

Datos revelan que en el Estado de Tabasco se tiene una prevalencia de Diabetes Mellitus tipo 2 de 6.2% en adultos mayores de 20 años y en el 2012 de 9.7%, durante el 2006, ocupó uno de los primeros lugares dentro de las 20 principales causas de mortalidad con 1547 defunciones al año, lo que indica que el número de muertes por esta causa aumentó en un 100%, del 2000 a 2009. Ocupa el 15vo lugar en morbilidad con 5,706 casos y una tasa de 276.9 por 100,000 habitantes hasta septiembre del 2010, la prevalencia es de un 12% en la actualidad.^{8,9}

La Diabetes Mellitus se sitúa en el 1er. lugar en morbilidad y mortalidad total, en el municipio del Centro con 729 muertes registradas al año y una prevalencia del 6% de la población de 20 años. Es catalogada como una de las principales causas de muerte en los grupos de población que se encuentran en edad reproductiva.^{8,10}

Si se comparan estas cifras con lo reportado en otros países se encuentran resultados similares, lo que demuestra que el problema no depende de una característica particular de la enfermedad o de una sociedad y que se trata de un fenómeno inherente a la práctica clínica en todo el mundo.

La adherencia terapéutica no es una responsabilidad exclusiva del paciente, como bien define la OMS, sino un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores o dimensiones los cuales se tratan brevemente a continuación.

1.1.1 Factores socioeconómicos:

Si bien no se ha detectado sistemáticamente que el nivel socioeconómico sea un factor predictivo independiente de la adherencia, en los países en desarrollo el nivel socioeconómico bajo puede poner a los pacientes en la posición de tener que elegir entre prioridades en competencia. Tales prioridades incluyen con frecuencia las exigencias para dirigir los limitados recursos disponibles para satisfacer las necesidades de otros miembros de la familia, como los hijos y los padres que los cuidan.

Algunos factores a los que se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia son: el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento, así como la disfunción familiar.

1.1.2 Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia de salud:

Se ha realizado relativamente poca investigación sobre los efectos de los factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia de salud. Una buena relación médico-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica, pero hay muchos factores que ejercen un efecto negativo. Estos son: servicios de salud poco desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguro de salud, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, personal médico y paramédico con sobrecarga de trabajo, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla.

1.1.3 Factores relacionados con la enfermedad:

Los factores relacionados con la enfermedad constituyen exigencias particulares relacionadas con la enfermedad que enfrenta el paciente. Algunos determinantes poderosos de la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Su repercusión depende de cuánto influyen la percepción de riesgo de los pacientes, la importancia del tratamiento de seguimiento y la prioridad asignada a la adherencia terapéutica. La comorbilidad, como la depresión (en la diabetes o la infección por el VIH/SIDA) y el abuso de drogas y alcohol, son modificadores importantes del comportamiento de adherencia.

1.1.4 Factores relacionados con el tratamiento:

Son muchos los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia. Los más notables, son los relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.

Las características únicas de las enfermedades y los tratamientos no son más importantes que los factores comunes que afectan la adherencia terapéutica, sino que modifican su influencia. Las intervenciones de adherencia deben adaptarse a las necesidades del paciente para lograr una repercusión máxima.

1.1.5 Factores relacionados con el paciente:

Los factores relacionados con el paciente representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente.

El conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza (autoeficacia) en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos de la enfermedad, y las expectativas con respecto al resultado del tratamiento y las consecuencias de la adherencia deficiente, interactúan de un modo todavía no plenamente comprendido para influir sobre el comportamiento de adherencia.

Algunos de los factores relacionados con el paciente que se ha comunicado influyen sobre la adherencia terapéutica son: el olvido; el estrés psicosocial; la angustia por los posibles efectos adversos; la baja motivación; el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento; el no percibir la necesidad de tratamiento; la falta de efecto percibido del tratamiento; las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento; el entender mal y no aceptar la enfermedad; la incredulidad en el diagnóstico; la falta de percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad; el entender malas instrucciones de tratamiento; la falta de aceptación del monitoreo; las bajas expectativas de tratamiento; la asistencia baja a las entrevistas de seguimiento; la desesperanza y los sentimientos negativos; la frustración con el personal asistencial; el temor de la dependencia; la ansiedad sobre la complejidad del régimen medicamentoso y el sentirse estigmatizado por la enfermedad.¹¹

La falta de cumplimiento va asociado a una mayor morbimortalidad, con aumento de costos directos e indirectos debidos a las hospitalizaciones y bajas laborales por complicaciones agudas, así como en lo personal, la enfermedad produce complicaciones que traen consigo sufrimiento, limitaciones físicas progresivas e incontrolables. En lo familiar, provoca crisis y problemas entre sus integrantes asociados a una disminución de la calidad de vida.¹²

Para que se produzca la adhesión al tratamiento es necesario:

- Aceptación convenida del tratamiento, entre el paciente y su médico: Relación de colaboración establecida entre médico y paciente, con el fin de elaborar estrategias de comportamiento que garanticen el cumplimiento y la aceptación.
- Cumplimiento del tratamiento: Medida en que la persona ejecuta todas las prescripciones médicas indicadas.
- Participación activa en el cumplimiento: Grado de participación del paciente en la búsqueda de estrategias para garantizar el cumplimiento.
- Carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento: La medida en que la persona participa en la ejecución de las acciones, realizando los esfuerzos necesarios para garantizar el cumplimiento de las prescripciones.¹³

Las barreras más comunes relacionadas con la falta de adherencia terapéutica en la Diabetes son multidimensionales y comunes a la mayoría de tratamientos crónicos complejos entre los cuales se incluyen:

- Falta de acceso a los medicamentos y a la atención sanitaria.
- Complejidad en los tratamientos.
- Percepción de que no es necesario tomar la medicación cuando uno se encuentra bien.
- Empleo de sistemas invasivos y errores técnicos en la realización de la glucemia capilar y en la administración de la insulina.
- Conflictos familiares o personales.
- Falta de apoyo escolar, laboral o social.
- Falta de conocimientos o habilidades sobre el tratamiento.
- Falta de motivación.
- Falta de esquemas de tratamiento fáciles de entender.
- Tratamientos no individualizados a las necesidades de cada paciente.
- Dificultades cognitivas o de memoria.
- Miedo a las hipoglucemias (preferir mantener niveles elevados).
- Comunicación deficiente con el equipo de salud.

- Intervenciones no pactadas.
- Falta de acceso a la atención cuando el paciente lo necesita.
- Poca coordinación entre pruebas, visitas de seguimiento y coordinación entre niveles asistenciales.
- Diferencias de criterios entre los distintos profesionales de la salud.¹⁴

Los problemas de adherencia terapéutica se observan siempre que se requiere auto administrar el tratamiento, independientemente del tipo y la gravedad de la enfermedad y de la accesibilidad a los recursos de salud. Puede parecer un tema sencillo, pero son muchos los factores que contribuyen a causar los problemas de adherencia.

Aunque algunos de estos factores se relacionan con el paciente, también influyen notoriamente las características de la enfermedad y su tratamiento y los atributos del sistema de asistencia de salud y la prestación de servicios. Se ha dado poca importancia a los problemas de adherencia terapéutica y como resultado han recibido escasa intervención directa y sistemática.

1.2 Aspectos epidemiológicos y perspectiva de la Diabetes Mellitus Tipo 2.

La Diabetes Mellitus (DM) es el nombre que se le da a un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia. Existen varios tipos de DM que son debidos a una compleja interacción entre genética y factores ambientales. Dependiendo de la causa de la DM, los factores que contribuyen a la hiperglucemia pueden ser: deficiencia de la secreción de insulina, decremento del consumo de glucosa o aumento de la producción de ésta. El trastorno de la regulación metabólica que acompaña a la DM provoca alteraciones fisiopatológicas secundarias en muchos sistemas orgánicos, y supone una pesada carga para el individuo que padece la enfermedad, y para el sistema de salud.¹⁵

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) la Diabetes se encuentra entre las cuatro enfermedades no transmisibles prioritarias junto con las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, y la enfermedad respiratoria crónica ¹⁶. Se calcula que alrededor del mundo hay más de 347 millones de personas con Diabetes, y se prevé que para el 2030 esta cifra habrá aumentado

hasta alcanzar los 552 millones. Se estima que el 80% de las personas con Diabetes viven en países de ingresos medios y bajos y la mayoría de estas tienen entre 40 y 59 años de edad.¹⁷

La Región del Pacífico Occidental tiene el mayor número de personas con Diabetes, con 132 millones, mientras que en la región de África el número es más pequeño, con 14,7 millones en 2011. El Medio Oriente y África del Norte tienen las mayores tasas de prevalencia de adultos con Diabetes, que alcanzaba el 11% de la población adulta en el 2011; seguido de cerca por la región de América del Norte y el Caribe con 10,7%. Después de África, la prevalencia de Diabetes en Europa es la más baja con 6,7%.¹⁸

En el 2012 se registraron 4.8 millones de muertes por Diabetes.¹⁹ Más del 80% de las muertes por Diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios. La OMS prevé que las muertes por Diabetes se multipliquen por dos entre el 2005 y 2030, y que en este año sea la séptima causa de defunción a nivel mundial.²⁰

1.2.1 CLASIFICACION DE LA DIABETES

La DM se clasifica con base en el proceso patógeno que culmina en hiperglucemia; en contraste con criterios previos como edad de inicio o tipo de tratamiento. Las dos categorías amplias de la DM se designan tipo 1 y tipo 2.²¹ Diabetes tipo I: previamente conocida como Diabetes insulino dependiente, o Diabetes juvenil, es una enfermedad crónica que destruye las células β pancreáticas productoras de insulina.

1.2.2 Autoinmune: Es responsable de 5-10% del total de la Diabetes a nivel mundial. Generalmente se desarrolla en niños y adultos jóvenes, pero puede ocurrir a cualquier edad. En esta forma de Diabetes, la tasa de destrucción de células β es muy variable, siendo rápida en algunos individuos (principalmente niños) y lenta en otros (principalmente adultos). La destrucción autoinmune de las células β tiene varias predisposiciones genéticas y también se relaciona con factores ambientales que aún no están bien definidos.

1.2.3 Idiopática: Algunas formas de Diabetes tipo 1 no tienen causas conocidas. Algunos de estos pacientes tienen insulinoopenia permanente y son propensos a la cetoacidosis, pero no tienen evidencia de autoinmunidad. Aunque sólo una minoría de los pacientes con Diabetes tipo 1 se encuentran dentro de esta categoría, los que lo hacen, en su mayoría son de origen africano o

ascendencia asiática. Este tipo de Diabetes es heredada, carece de pruebas inmunológicas para autoinmunidad de células β , y no está asociada HLA.²¹

1.2.4 Diabetes Mellitus tipo 2: Representa aproximadamente el 90-95% de las personas con Diabetes. Previamente fue conocida como Diabetes no insulino dependiente o Diabetes del adulto y abarca individuos que tienen resistencia a la insulina y por lo general tienen relativa (no absoluta) deficiencia de insulina.

Incluye un grupo heterogéneo de trastornos que se caracterizan por grados variables de resistencia a la insulina, menor secreción de dicha hormona y una mayor producción de glucosa. Al menos inicialmente, y muchas veces durante toda su vida, estas personas no necesitan tratamiento con insulina para sobrevivir.

Otros tipos específicos de Diabetes: son las que se dan por otras causas, como alteraciones genéticas en la función de las células β , defectos genéticos en la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exocrino (como la fibrosis quística) y Diabetes inducida por fármacos o productos químicos (como en el tratamiento del VIH/sida) o después de un trasplante de órganos.²¹

1.2.5 Diabetes Mellitus Gestacional: La intolerancia a la glucosa que se desarrolla durante el embarazo se clasifica como Diabetes Gestacional. La resistencia a la insulina relacionada con las alteraciones metabólicas del final del embarazo aumenta las necesidades de insulina y puede provocar IGT (Trastorno de Intolerancia a la Glucosa) o Diabetes. Esta patología afecta al menos a 1 de cada 25 embarazos a nivel mundial. La mayoría de las mujeres recupera una tolerancia a la glucosa normal después del parto, pero tienen un riesgo sustancial (35 a 60%) de padecer DM en los siguientes 10 a 20 años. La Diabetes Mellitus Gestacional no diagnosticada o tratada inadecuadamente puede causar macrosomía fetal y mayores tasas de mortalidad materna e infantil, además de anomalías fetales.²¹

1.3 FISIOPATOLOGIA DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

La Diabetes Mellitus tipo 2 se caracteriza por menor secreción de insulina, resistencia a dicha hormona, producción excesiva de glucosa por el hígado y metabolismo anormal de las grasas.²¹ En etapas iniciales del problema, la tolerancia a la glucosa sigue siendo casi normal, a pesar de la

resistencia a la insulina, porque las células beta del páncreas logran la compensación al incrementar la producción de la hormona. Al evolucionar la resistencia a la insulina, y surgir hiperinsulinemia compensatoria, los islotes pancreáticos en algunas personas no pueden ya conservar el estado hiperinsulinémico y en ese momento surge IGT (Trastorno de Intolerancia a la Glucosa), que se caracteriza por un incremento en la concentración de glucemia postprandial. La disminución en la secreción de insulina, y el incremento de la producción de glucosa por el hígado culminan en la Diabetes franca con hiperglucemia en el ayuno. Por último, surge insuficiencia de las células beta.²¹

1.4. RESISTENCIA A LA INSULINA

Un signo notable de la DM tipo 2 es la resistencia a la insulina, que es la menor capacidad de la hormona para actuar eficazmente en los tejidos blanco (en particular músculo, hígado y grasa), que es consecuencia de una combinación de susceptibilidad genética y obesidad.²¹

La resistencia a la acción de la insulina altera la utilización de glucosa por los tejidos sensibles a insulina y aumenta la producción hepática de glucosa; ambos efectos contribuyen a la hiperglucemia de la Diabetes. Aunque el mecanismo fisiopatológico de la Diabetes Mellitus tipo 2 no está completamente entendido, está claro que la resistencia a la insulina juega un papel importante en su desarrollo. La evidencia obtenida en estudios previos demuestra que la resistencia a la insulina ocurre 10-20 años antes del inicio de la enfermedad, y es el mejor predictor si una persona será o no diabética.²¹

Aún no se conoce el mecanismo molecular preciso de la resistencia a la insulina en la DM tipo 2, pero se piensa que el generar mayor demanda a la célula β para que hipersecrete insulina, influiría en la falla progresiva de estas células en la Diabetes Mellitus tipo 2.²¹

La obesidad es una de las causas más importantes en el desarrollo de la resistencia a la insulina y se ha demostrado que el determinante crítico de la sensibilidad a la insulina no es el grado de obesidad, sino la distribución de la grasa corporal; siendo particularmente importante la obesidad central o visceral en el proceso patógeno. El exceso de masa grasa abdominal se asocia con un aumento de la liberación de ácidos grasos no esterificados que pueden desencadenar una reducción en la sensibilidad a la insulina, tanto a nivel hepático como muscular.

Una mayor producción de ácidos grasos libres y de algunas adipocinas, puede causar resistencia a la insulina en los músculos esqueléticos y en el hígado.²²

1.5 TRASTORNO DE LA SECRECIÓN DE INSULINA

La secreción de insulina y la sensibilidad a la misma están relacionadas entre sí. En la DM tipo 2, la secreción de insulina aumenta inicialmente en respuesta a la resistencia a la misma, con el fin de mantener una tolerancia normal a la glucosa. Al principio, el defecto de la secreción de insulina es leve y afecta selectivamente la secreción de insulina estimulada por glucosa.²¹

La producción de insulina en sujetos normales implica la división de la insulina desde la proinsulina; 10 a 15 por ciento de la insulina secretada es proinsulina y sus intermedios de conversión. Las alteraciones en el procesamiento de la proinsulina se reflejan en un incremento de la secreción de proinsulina en la diabetes tipo 2. La proporción de la insulina inmunorreactiva que es proinsulina se incrementa considerablemente en el estado basal (> 40 por ciento) en la diabetes tipo 2. Finalmente, el defecto de la secreción de insulina avanza a un estado de secreción de insulina inadecuado.

La razón (o razones) del declive de la capacidad secretora de insulina en la DM tipo 2 no está clara, a pesar de que se supone que un segundo defecto genético (superpuesto a la resistencia a insulina) lleva al fracaso de las células beta.²¹

Basado en resultados obtenidos en modelos de la enfermedad, en cultivos de células de los islotes humanos y de roedores, parece razonable asumir que la dislipemia e hiperglucemia afectan negativamente la masa celular, mediante el aumento de la apoptosis de células β en la diabetes. Por ejemplo, la hiperglucemia crónica altera de manera paradójica la función de los islotes ("toxicosis por glucosa") y lleva a empeoramiento de la hiperglucemia. Los mecanismos por los que la hiperglucemia afecta negativamente a la masa de células funcionales son todavía objeto de debate: células de roedores crónicamente expuestas a niveles altos de glucosa muestran varias alteraciones de su fenotipo, incluyendo cambios en el acoplamiento estímulo-secreción de la glucosa, la expresión de genes así como en la supervivencia, y el crecimiento celular. Estas alteraciones podrían resultar de cambios inducidos en la expresión génica y la supervivencia celular, o de cambios funcionales que no están directamente relacionados con la apoptosis celular, tales como la acumulación de glucógeno.²¹

La elevación de las concentraciones de ácidos grasos libres ("lipotoxicosis") también empeora el funcionamiento de los islotes.

La mayor masa de adipocitos; hace que aumenten las concentraciones de ácidos grasos libres circulantes, y de otros productos de los adipocitos. Estas células adiposas secretan diversos productos biológicos que desempeñan un papel directo en la disfunción de las células β pancreáticas y su muerte.

La Diabetes Mellitus tipo 2 y sus comorbilidades representan un problema de salud pública de creciente magnitud. A nivel mundial, actualmente afecta a 180 millones de personas, pero en las próximas dos décadas la padecerán 300 millones de individuos según reportes de la OMS.²²

En Latinoamérica se estima una prevalencia global de 5.7%, las proyecciones indican que en el año 2025 sea de 8.1%. El país latinoamericano con mayor incremento de la prevalencia es México ya que en menos de una década es decir de 1993 a 2000 la prevalencia se incrementó en 1.5%, actualmente con una prevalencia nacional del 7.7%, convirtiéndose así en la primera causa de muerte al contribuir con 12% del total de muertes.²³

En el Estado de México la proporción de la Diabetes Mellitus tipo 2, en los adultos de 20 años o más es de 7.4 % con mayor porcentaje entre los grupos de edad de 40 a 59 años y de 60 años o más; según resultados de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.⁹

En menos de cuatro décadas, la diabetes se ha convertido en el problema principal de salud en México. Es la principal causa de muerte en las mujeres y el segundo entre los hombres desde el año 2000. Es la causante principal de insuficiencia renal, ceguera y jubilación prematura.²⁴

El incremento continuo de su prevalencia, ha motivado su estudio con los enfoques de la historia natural de la enfermedad y del contexto familiar, todos ellos con influencia del contexto psicosocial, que pueden favorecer o perjudicar el proceso salud enfermedad de la Diabetes Mellitus tipo 2. El impacto del crecimiento de la proporción de la diabetes es ya un hecho palpable en las instituciones de salud. En México, la demanda de atención ha aumentado aceleradamente de tal manera, que en varias unidades e instituciones sanitarias el tiempo de consulta por número de pacientes se ha reducido progresivamente, el número de pacientes por consultorio ha aumentado y los intervalos entre cada cita se han incrementado.

La Secretaria de Salud en México ha hecho grandes esfuerzos para optimizar los servicios, desarrollando unidades médicas especializadas con equipos multidisciplinarios aportando educación a los pacientes, ayuda a la solución de obstáculos que limitan la adherencia terapéutica que se espera tengan buen resultado y disminuyan los costos.

No obstante lo anterior debemos prepararnos para la carga que se avecina con el incremento de la prevalencia de estos problemas que pueden sobrepasar estas intenciones y los elementos para llevarlos a cabo no sólo desde el punto de vista económico, sino también desde el punto de vista de espacios servicios disponibles.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Diabetes Mellitus tipo 2 afecta al paciente y también a su sistema familiar, esto es porque la enfermedad repercute sobre sus distintas dimensiones: biológica, psicológica y socioeconómica.

En el aspecto biológico, incluye a largo plazo la retinopatía con potencial pérdida de la visión, nefropatía que conduce a insuficiencia renal, neuropatía periférica con riesgo de úlceras en los pies, precursora de gangrena y amputaciones, la neuropatía autonómica que causa síntomas gastrointestinales, genitourinarios, cardiovasculares; así como mayor incidencia de aterosclerosis cardiovascular, hipertensión arterial y enfermedad cerebrovascular.

En la esfera psicológica, provoca alteraciones en el estado de ánimo del paciente generando crisis familiares que afectan el funcionamiento familiar.

En lo socioeconómico, significa un enorme costo para el paciente y las instituciones de salud la necesidad de ocupar y proporcionar servicios, tratamientos prolongados, así como medicamentos, cuando se presentan recaídas, readmisiones y complicaciones que podrían evitarse.

Debido al alto porcentaje de pacientes diabéticos que no logran alcanzar niveles de adherencia terapéutica adecuados y que por tanto tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones a futuro, se estima necesario visualizar al individuo desde un enfoque integral, que involucre a su entorno más próximo, para identificar aspectos que pueden estar incidiendo en su adherencia terapéutica.

De ahí la importancia del presente estudio para el cual se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores socioeconómicos más importantes, que influyen en la adherencia farmacológica de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2?

III. JUSTIFICACION

Los programas de atención y educación sobre la Diabetes Mellitus tipo 2, se han desarrollado en los tres niveles de atención dirigidos específicamente al paciente, sin incorporar al grupo familiar o entorno socioeconómico, pese a la gran importancia que tiene ésta como fuente de apoyo para la adecuada adhesión al tratamiento. Existe escasa literatura que fundamente científicamente el comportamiento de la adherencia terapéutica con el entorno familiar y sociocultural, esta situación corrobora también en los resultados de las exploraciones realizadas sobre el tema, lo que avala la necesidad de proyectar el presente trabajo de investigación en dicha dirección, permitiendo así; generar conocimientos sobre los ya existentes, que ayuden a establecer en la práctica médica de la consulta externa de medicina familiar , estrategias de intervención y prevención adecuadas para lograr una buena adherencia terapéutica.

Las intervenciones destinadas a mejorar la adherencia terapéutica permitirían un mayor rendimiento de los recursos destinados a la prevención primaria de factores de riesgo y a la prevención secundaria de los resultados de salud adversos, lo cual se traduce en un ahorro de costos y aumentos significativos de la efectividad de las intervenciones de salud como médicos familiares, ya que el 10% de los ingresos hospitalarios son debido a esta problemática.²⁸

La familia es un recurso valioso y una fuente de apoyo para el adecuado apego al tratamiento en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, se ha demostrado mejorar los resultados en cuanto a la adherencia terapéutica; en contraposición a la falta de este recurso, se asocia a peores indicadores de salud como así lo demuestra el aumento de la morbimortalidad debido a una falta de adherencia terapéutica en personas sin familia. El tratamiento intensivo y adecuado de la Diabetes Mellitus tipo 2, se relaciona con el retardo en la aparición y progresión de las complicaciones crónicas de la enfermedad, un control estricto de su tratamiento está estrechamente ligado con una adecuada adherencia terapéutica., como refiere Fernández y Pérez Álvarez que solo entre un 7% y un 20% de los pacientes cumplen con el seguimiento terapéutico farmacológico, mientras que un 75% no cumple su dieta. De hecho cuando las recomendaciones son de tipo profiláctico, y no hay síntomas, la adherencia es baja (Hayes et.al.).²⁹

IV. OBJETIVOS

IV.1.- Objetivo general:

Identificar los factores socioeconómicos más importantes, que influyen en la adherencia farmacológica de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

IV.2.- Objetivos específicos:

- Identificar el grado de adherencia farmacológica, por rango de edad en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.
- Identificar el grado de adherencia farmacológica, por género de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.
- Identificar el grado de adherencia farmacológica, por su actividad laboral de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.
- Identificar el grado de adherencia farmacológica, por el nivel de ingreso mensual de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.
- Identificar el grado de adherencia farmacológica, por estado civil de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.
- Identificar el grado de adherencia farmacológica por el nivel de escolaridad de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.
- Determinar la asociación entre la adherencia al tratamiento y los factores socioeconómicos más importantes de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

V. HIPÓTESIS

La edad, el género, actividad laboral, estado civil, el nivel de escolaridad y el salario en ingreso mensual; pueden influir en la adherencia farmacológica de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, que asisten a la consulta externa del Centro de Salud de la Ranchería Rio Tinto 3era Sección, del Municipio de Centro, Tabasco, México.

V.1 Elementos de la hipótesis.

- Factores socioeconómicos más importantes.
- Adherencia farmacológica de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

V.1.1 Unidades de Observación.

- Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que asisten a la consulta externa del Centro de Salud de la Ranchería Rio Tinto 3era Sección, del Municipio de Centro, Tabasco, México.

V.1.2 Variables.

V.1.2.1 Dependiente.

Adherencia farmacológica

V.1.2.2 Independientes.

Factores socioeconómicos más importantes.

VI. METODO

VI.1. Tipo de estudio.

Es un estudio observacional, prospectivo, descriptivo y transversal.

VI.2. Diseño de estudio.

Población, lugar y tiempo de estudio.

La población con la que se realizara este estudio, serán pacientes, que al momento del levantamiento de la información tengan diagnóstico definitivo de Diabetes Mellitus tipo 2, del Centro de Salud de la R/a Rio Tinto 3ra. Sección a partir de 01 de enero del 2016 al 29 de febrero del 2016.

VI.3 Tipo de muestra y tamaño de la muestra.

Se estudiara al total de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, adscritos al Centro de Salud de la Ranchería Rio tinto 3ra. Sección, que participaran de manera voluntaria en la investigación.

VI.3.1. Criterios de Inclusión.

- Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, con más de 6 meses de evolución
- Ambos géneros.
- Todo paciente con Diabetes Mellitus tipo 2, que acudan a la consulta externa.
- Todo paciente con Diabetes Mellitus tipo 2, que acepte participar en el estudio de investigación y firmen la hoja de consentimiento informado.
- Pacientes a quienes se les pueda entender o escuchar correctamente sus respuestas.

VI.3.2. Criterios de Exclusión.

- Todo paciente con Diabetes Mellitus tipo 2, que no acepte colaborar en el estudio o no firmen el consentimiento informado.
- Pacientes que presenten alteraciones mentales.
- Pacientes a quienes no se les pueda entender o escuchar correctamente sus respuestas.

VI.3.3 Criterios de Eliminación.

- Paciente con Diabetes Mellitus tipo 2, que se retire antes de concluir la encuesta, al momento de la aplicación del mismo.
- Paciente con Diabetes Mellitus tipo 2, que no acuda de forma periódica a la consulta.

VI.3.4. Variables de Estudio.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	NIVEL DE MEDICION	INDICADORES	ITEM
ADHERENCIA FARMACOLOGICA	Dependiente	Grado en que el comportamiento de una persona, tomar el medicamento, el seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida, corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.	Implicación activa y voluntaria del paciente en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento aceptado de mutuo acuerdo con su médico.	Cualitativa nominal	Adherencia Total Adherencia Parcial No adherencia	Cuestionario de MBG (Martín-Bayarre-Grau) 12 ITEMS 1.- Cumplimiento del tratamiento ítems 1,2,3y 4 2. Implicación personal. ítems 5,6,8,9,10 3.Relacion Transaccional ítems 7,11 y 12
GENERO	Independiente	Está directamente relacionado con la biología y la identidad sexual de los seres vivos.	Características físicas	Cualitativa continua	Masculino Femenina	Encuesta Socio-económico . (ESC)
EDAD	Independiente	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Termino que se utiliza para hacer mención para el tiempo que ha vivido una persona.	Cuantitativa continua	Años de edad reportados	Encuesta Socio-económico . (ESC)
OCUPACION	Independiente	Acción o función que desempeña para ganar el sustento	Reporte del paciente de la ocupación	Cualitativo nominal	Ama de Casa Empleado Profesionista Desempleado Otros	Encuesta Socio-económico . (ESC)
ESTADO CIVIL	Independiente	Son los vínculos personales con individuos de otro sexo o del mismo sexo-.	Situación de una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente.	Cualitativa nominal	Soltero(a) Casado (a) Unión libre Viudo (a) Divorciado (a)	Encuesta Socio-económico . (ESC)
ESCOLARIDAD	Independiente	Es el número de años que un alumno, asiste a la escuela o a cualquier enseñanza.	Grado máximo de estudios obtenido una persona.	Cualitativa nominal	Analfabeta Primaria Completa Primaria Incompleta Secundaria completa. Secundaria incompleta Bachillerato completo Bachillerato incompleto Carrera incompleta Licenciatura	Encuesta Socio-económico . (ESC)
NIVEL DE INGRESO MENSUAL	Independiente	Posición de un individuo dentro de una estructura social jerárquica.	Es la situación económica que tiene un individuo en la familia.	Cuantitativa nominal	Pobreza extrema Clase Pobre Clase media baja Clase media alta Clase rica	Encuesta Socioeconómico (ESC)

VI.3.5. Método o procedimiento para captar la información.

Para llevar a cabo la investigación se utilizaron dos instrumentos. El primer instrumento es donde se evalúa los factores socioeconómicos más importantes, que incluyen edad, género, ocupación, estado civil, escolaridad, e ingreso mensual, y el segundo instrumento fue el cuestionario validado por Martín. A Bayarre V. Grau. A. (MBG) En la Habana en el 2008. Rev. Q. Salud Pública. El primer instrumento (ANEXO 1) evaluó los factores socioeconómicos (EFS) más importantes. El segundo instrumento (ANEXO 2) consta de 12 ítems, con 5 posibles respuestas, siempre, casi siempre, a veces, casi nunca, nunca, el grado de adherencia se medirá de la siguiente forma: la calificación se establece a partir de la estimación de la totalidad de los puntos obtenidos en el cuestionario (GAM-B) por cada paciente, para calcular la puntuación obtenida por cada paciente se asignó el valor 0 a la columna Nunca, 1 a Casi nunca, 2 para A veces, 3 a Casi Siempre y 4 a Siempre, siendo 48 la totalidad de puntos posibles a alcanzar. Se califica a partir de la estimación de un puntaje que divide en proporciones la totalidad de los puntos obtenidos por cada paciente, considerando como Adheridos Totales a los que obtienen de 38 a 48 puntos, Adheridos Parciales de 18 a 37 puntos y No Adheridos a los que obtienen entre 0 y 17, de modo que se pueda cuantificar con rapidez la respuesta del paciente y determinar tres tipos o niveles de adherencia al tratamiento: Total, Parcial y No adherido. Se realizó previo a aplicación de estos instrumentos, una prueba piloto, en 11 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 al azar, ayudándonos a determinar la validez de la encuesta, errores, y comprensión de la misma. Arrojando los datos que se buscaba, por lo que no hubo necesidad de modificar dichos instrumentos. Para fines de este estudio se tomó como grado de adherencia terapéutica farmacológica, a lo reportado por el propio paciente.

Técnica: En la encuesta se utilizó la entrevista directa.

Los instrumentos que se aplicó en el Centro de Salud, perteneciente a la Ranchería Rio Tinto 3ra. Sección, del Municipio del Centro, del Estado de Tabasco. Está conformada con las siguientes características, a todos los participantes, se procedió a leer ambos instrumentos, previo a un consentimiento informado (ANEXO 3). Se garantizó al participante la confiabilidad de los datos obtenidos de dichos instrumentos, agradeciéndole su participación en este estudio de investigación.

Después se inició la recolección de la muestra para después registrar los datos en el programa SPSS. Se dividió en:

Estadística descriptiva; frecuencia y porcentaje para las variables cuantitativas.

Estadística analítica; para determinar la asociación entre la variables, se usó la prueba de Chi-Cuadrado (X^2) de Pearson, siendo necesario un nivel de significancia $\leq 0,05$ con intervalo de confianza del 95%.

Este estudio se realizó con la finalidad de identificar los factores socioeconómicos más importantes que puedan influir en la adherencia farmacológica de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

VI.3.6.Consideraciones éticas.

El presente estudio se respaldó con lo estipulado en la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, (Secretaría de Salud, 1987). En donde establece que para el desarrollo de investigación en salud se tendrán que tomar en cuenta aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de las personas. Para el estudio se tomara en cuenta lo determinado en el Título segundo, de los Aspectos Éticos de los Seres Humanos, Capítulo I, Artículo 13, que menciona el respeto a la, protección de los derechos y bienestar. Para cumplir con lo anterior mencionado, la dignidad de la persona se cumplirá llamándole al paciente por su nombre, y respetando la decisión de entrar o no al estudio y de abandonar en cualquier momento que así lo decida, en caso de aceptar y llevar a cabo los procedimientos necesarios, se brindara atención profesional en cuanto a lo técnico, se resguardara y se protegerá la información obtenida así como los resultados de investigación solo se confirmarán al mismo participante. De acuerdo al Artículo 14, en sus fracciones V, VI, VII y VIII, se solicitara el consentimiento informado por escrito de los participantes (Anexo). Los procedimientos se apegaran al Artículo 114 realizados por profesional de salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del participante del estudio. Se contó con la aprobación y autorización de las Comisiones de Investigación, Ética de la Jurisdicción Sanitaria 04.

El estudio se llevó a cabo cuando se autorizó por la Institución de salud acordada. Del Artículo 16, Fracción VIII, se protegió la privacidad de los pacientes llevando a cabo la recolección de datos en una sala privada de la institución. La información se resguardo en un lugar asignado por el autor principal del estudio, esto permanecerá durante un período de 6 meses y al término del lapso mencionado, serán destruidos.

Los resultados encontrados se presentaron de forma general y no de manera individual. De acuerdo al artículo 17, Fracción I y II, el estudio se considera de riesgo mínimo, debido a que la recolecta de información fue de lápiz y papel. Respecto al Artículo 21, Fracción I, II, VI,

VIII y XI, se le brindo información clara y completa al participante sobre los objetivos de la investigación, los procedimientos a realizar y en caso de aceptar participar en el estudio, se garantizara que recibirá respuestas adecuadas a sus dudas. El participante tendrá la libertad de retirarse en cualquier momento que así lo decidiera, sin que esto interfiriera en su atención de salud.²

VII. RESULTADOS

En este apartado de esta investigación se presentan, los resultados más relevantes, obtenidos de los instrumentos aplicados a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, en la R/a Rio Tinto 3ra. Sección, del municipio del Centro del Estado de Tabasco.

Tabla 1. Datos socioeconómicos de la edad de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

EDAD	F	%
20-30 Años	2	2.8
31-40 Años	6	8.5
51-60 Años	17	23.9
61-70 Años	13	18.3
71- 80 Años	11	15.5
81 o más	6	8.5
Total	71	100

Fuente: Encuesta de Factores Socioeconómicos.

En la tabla 1, se observa que el rango de edad que predomina es de 51-60 años, con una frecuencia de 17 participantes, en un porcentaje del 23.9 %.

Tabla 2. Datos socioeconómicos de la edad de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

GENERO	F	%
Femenino	43	60.6
Masculino	28	39.4
Total	71	100

Fuente: Encuesta de Factores Socioeconómicos.

En la Tabla 2, se muestra que el género que predominó fue el femenino con una frecuencia de 43 participantes, que equivale a un 60.6%.

Tabla 3. Datos socioeconómicos de la actividad laboral de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

ACTIVIDAD LABORAL	F	%
Labores del Hogar	34	47.9
Empleado	10	14.1
Desempleado	12	16.9
Otros	15	21.1
Total	71	100

Fuente: Encuesta de Factores Socioeconómicos.

En la Tabla 3, se muestra que la actividad laboral, predominante fue labores del hogar con una frecuencia de 34 participantes, que equivale a un 47.9 %.

Tabla 4. Datos socioeconómicos del estado civil de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

ESTADO CIVIL	F	%
Soltero (a)	7	9.9
Casado (a)	36	50.7
Unión Libre	11	15.5
Divorciado (a)	1	1.4
Viudo (a)	16	22.5
Total	71	100

Fuente: Encuesta de Factores Socioeconómicos.

En la Tabla 4, se observa, que el estado civil, que predominó fue el de casado con una frecuencia de 36 participantes, que equivale a un 50.7%.

Tabla 5. Datos socioeconómicos del nivel de estudio de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

NIVEL DE ESTUDIO	F	%
Analfabeta	18	25.4
Primaria Completa	11	15.5
Primaria Incompleta	30	42.3
Secundaria Completa	9	12.7
Secundaria Incompleta	2	2.8
Carrera Técnica	1	1.4
Total	71	100

Fuente: Encuesta de Factores Socioeconómicos.

En la Tabla 5, se observa, que el nivel de estudio, que predominó fue el de primaria incompleta con una frecuencia de 30 participantes, que equivale a un 42.3 %.

Tabla 6. Datos socioeconómicos de la clase social según su ingreso mensual de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

CLASE SOCIAL	F	%
Pobreza extrema	63	88.7
Clase Pobre	8	11.3
Total	71	100

Fuente: Encuesta de Factores Socioeconómicos.

En la Tabla 6, se muestra, que la clase social, predominante fue la pobreza extrema, en 63 de los participantes, que equivale a un 88.7%.

Tabla 7. Resultados de Adherencia Terapéutica Farmacológica de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

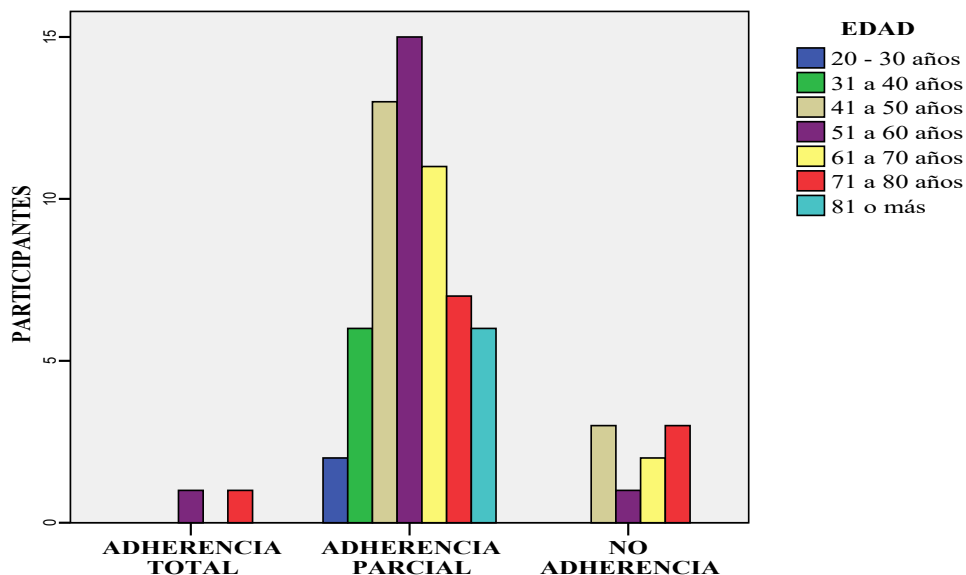
ADHERENCIA TERAPEUTICA	F	%	
Adherencia Total	2	2.8	
Adherencia Parcial	60	84.5	
No Adherencia	9	12.7	
Total	71	100	

Fuente: Martín. A Bayarre V. Grau. A. (MBG).

En la Tabla 7, se muestra, que de los 71 participantes, se observa que solo un 2.8%, presenta adherencia terapéutica farmacológica total.

Gráfica 1.

ASOCIACION ENTRE ADHERENCIA TERAPEUTICA Y RANGO DE EDAD



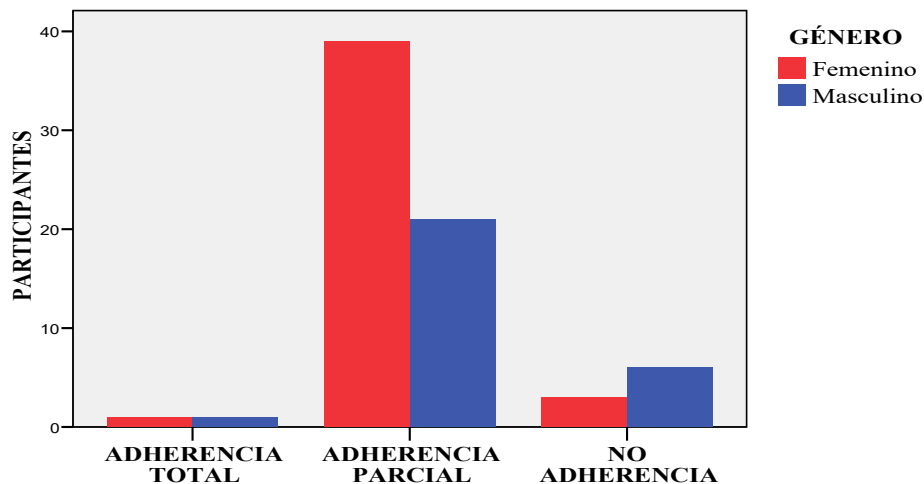
Fuente: Encuesta de Factores Socioeconómicos y MBG.

n:71

En la gráfica 1, se muestra la adherencia farmacológica parcial, predominando el rango de edad de 51 a 60 años, en 17 participantes.

Gráfica 2.

ASOCIACION ENTRE ADHERENCIA TERAPEUTICA Y GÉNERO

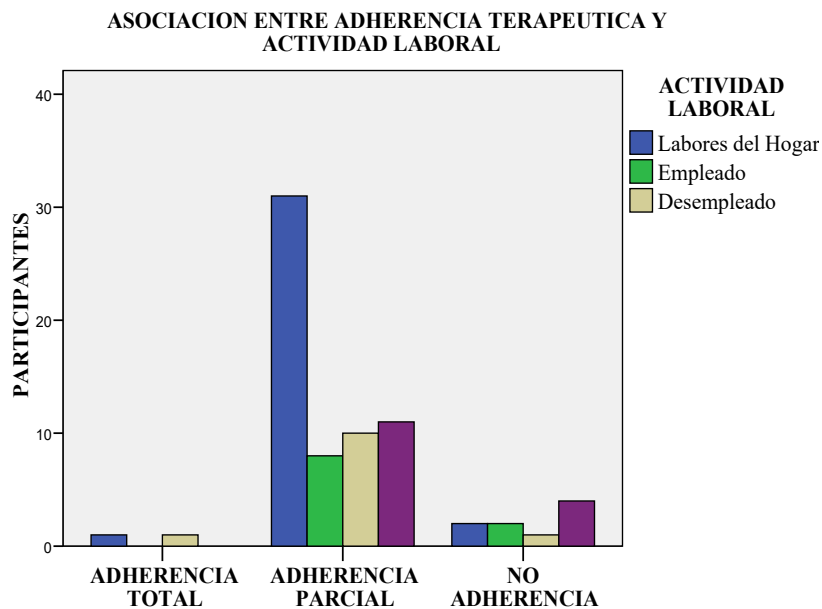


Fuente: Encuesta de Factores Socioeconómicos y MBG.

n: 71

En la gráfica 2, se muestra la adherencia farmacológica en relación con el género, predominó el femenino en la adherencia parcial, en 43 participantes.

Gráfica 3.

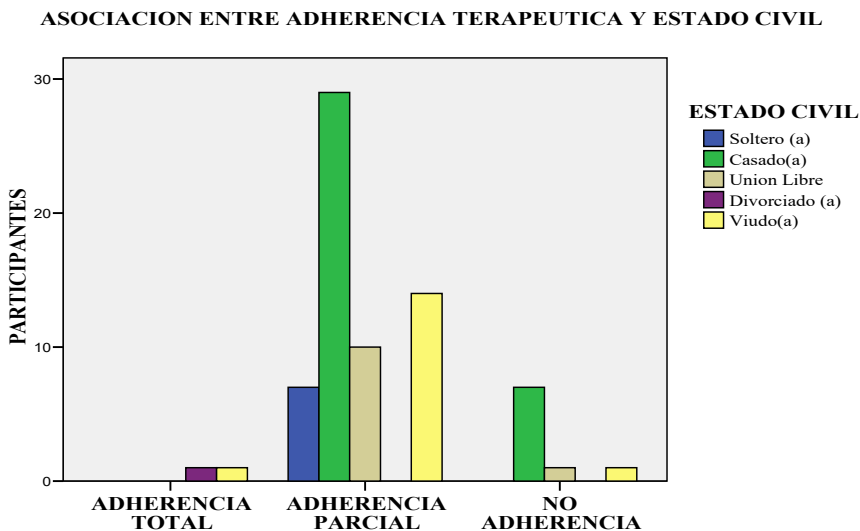


Fuente: Encuesta de Factores Socioeconómicos y MBG.

n:71

En la gráfica 3, se observa la adherencia farmacológica en relación con la actividad laboral, predominando las labores del hogar en la adherencia parcial, en 34 participantes.

Gráfica 4.

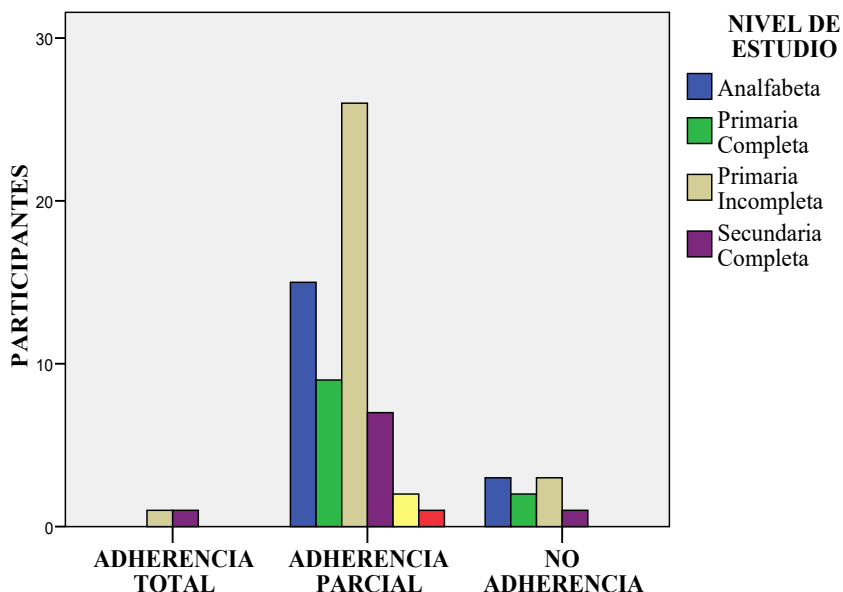


Fuente: Factores Socioeconómicos y MBG

En la gráfica 4, se muestra la adherencia farmacológica en relación con el estado civil, predominando el casado(a), en la adherencia parcial, con 36 participantes.

Gráfica 5.

ASOCIACION ENTRE ADHERENCIA TERAPEUTICA Y NIVEL DE ESTUDIO



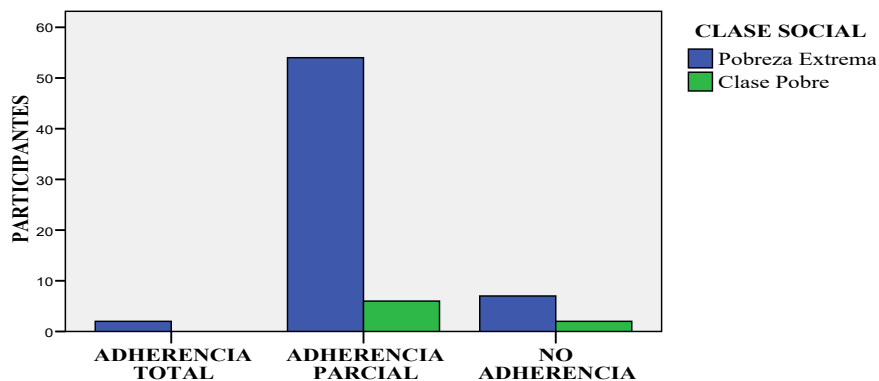
Fuente: Encuesta de Factores Socioeconómicos y MBG.

n: 71

En la gráfica 5, se observa la adherencia farmacológica en relación con el nivel de estudio, predominando la primaria incompleta en la adherencia parcial, con 30 participantes.

Gráfica 6.

ASOCIACION ENTRE ADHERENCIA TERAPEUTICA Y CLASE SOCIAL SEGUN INGRESO MENSUAL



Fuente: Encuesta de Factores Socioeconómicos y MBG.

n: 71

En la gráfica 6, se observa la adherencia farmacológica en relación con la clase social, según su ingreso mensual, predominando en 63 participantes, la pobreza extrema.

Tabla 8. Relación de variables socioeconómicas con el nivel de adherencia terapéutica farmacológica.

	Edad	Género	Actividad Laboral	Estado Civil	Nivel estudio	Ingreso mensual
Adherencia Terapéutica	.693	.184	.361	.001	.930	.489

Significancia ≤ 0.05 ; correlación de Pearson.

Fuente: Fuente factores socioeconómicos y MBG

De acuerdo a los factores socioeconómicos más importantes que influye en la adherencia terapéutica farmacológica, en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, la única variable en la que se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa fue el estado civil ($X^2 = .001$, $p = \leq 0.05$).

DISCUSION

Los resultados del presente estudio permitieron conocer la falta de adherencia terapéutica farmacológica total en un 12.7%, y parcialmente adheridos el 84.5%, en los participantes con Diabetes Mellitus tipo 2. Con respecto a la prevalencia a la adherencia al tratamiento estimada a partir de la escala de auto informé Sotoca- Momblona y Codina-Jane (2006), observaron que los pacientes con adherencia completa al tratamiento oscila según la patología entre el 30 al 60%. Tiv et al. (2012) en la población francesa hallaron que solo los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, presentaron adherencia completa al tratamiento farmacológico.⁶

Esta diferencia probablemente entre los hallazgos encontrados por estos autores, y este estudio, predomino la adherencia terapéutica farmacológica parcial (84.5%), por lo que se pone de manifiesto la ardua labor del personal de salud. Así mismo a la promoción y prevención que se manejan en primer nivel de atención medica primaria, en conjunto con el equipo de salud conformado (médico, enfermería, odontología y comité de salud); que actúan como redes de apoyo. Bajo la premisa de que el paciente desee recibir la información del personal de salud, que incida el proceso de aprendizaje, a través de las asesorías personalizadas, platicas educativas, que se otorgan en las salas de espera en un tiempo de 15 a 20 minutos, apoyados con material didáctico, rotafolios, folletos y videos. Así como talleres autodidácticos que se imparten de forma mensual enfocados al conocimiento de sus padecimientos y autocuidado de su salud, dirigidos a los Grupos de Autoayuda Mutua, que sirven como coadyuvantes para concientizar a los pacientes en sus actividades de estilos de vida saludables.

Respecto a la adherencia terapéutica farmacológica total, se presentó en menor frecuencia (12.7%). Este control probablemente se deba al surtimiento de los medicamentos, ya que dependiendo de la evolución y de las características clínicas de cada paciente, así como de sus complicaciones, deben ser referidos a un tercer nivel de atención médica, por indicaciones de la Secretaria de Salud del Estado de Tabasco, para ser evaluados por el médico especialista, indicando el nuevo esquema terapéutico, actuando como una barrera para el mismo paciente, ya que por el traslado a otra institución , genera un costo adicional a su ingreso mensual.

Con relación de las variables socioeconómicas se identifican que casi dos terceras partes son mujeres, que corresponde al 60.6 %. Otros autores que llegaron a resultados similares fueron Herrera y cols, Quintana y cols. Y Concha y Rodriguez, donde mostraron que el 58.18%

pertenecen al género femenino., siendo similar a lo encontrado en esta investigación, ya que el crecimiento poblacional en nuestro estado, predomina el género femenino.³⁰

En el análisis de la variable de rango de edad, encontrada en este estudio fue de mayor incidencia de los 51 a 60 años de edad, que corresponde a un 23.9%, comparado con Alfaro y Col., siendo diferente el rango de edad promedio, ya que ellos encontraron que es de 68.9±. , ya que la muestra estudiada fue más grande.³⁰

En cuanto a la situación laboral, teniendo en cuenta que casi un tercio de los participantes es del género femenino, las labores del hogar ocupa un 47.9%. El 14.1% se encuentra en un trabajo formal, el resto se encuentra desempleado o con una actividad laboral inconstante. En el estudio de Terechenko Nadia, Baute Ana, Zamonsky José, en cuanto a la situación laboral, demostraron una relación 4 de 10 con desempleados., siendo semejante lo encontrado con el estudio.³¹

Con respecto a la variable de estado civil el 50.7% es casado (a) en este estudio. Según Alfaro, el 58.7% tienen pareja, seguido de los que carecen de ella, con un 41,3%, al igual que los estudios de Herrera y cols. La similitud que tienen estos estudios con respecto al estado civil, puede ser por la visión de las parejas como red de apoyo.³⁰ Afirmando este concepto López en su estudio, el cual da a conocer la importancia del apoyo social con el que cuenta el paciente Diabético, teniendo un efecto amortiguador y beneficioso sobre muchos eventos de la salud.³³

Por otra parte García, encontró que la escolaridad en la población fue de un 33.3% contaban con licenciatura, el 30% con primaria completa comparado con el nivel máximo de estudio de la población estudiada, solo es carrera técnica con el 1.4%. En el estudio de Terechenko difieren en los niveles de escolaridad, dando la similitud que el grado prevalente es primaria en un 31%.

El resultado de esta variable fue de 42.3 % que corresponden al nivel de escolaridad de primaria incompleta, siendo semejante al estudio de Terechenko, difiriendo del estudio de García, se afirma que las personas con un nivel educativo bajo se le dificultad la comunicación con el personal de salud y tiende a presentar un mayor riesgo de abandono al tratamiento.³¹

Con respecto al nivel de ingreso mensual predomino la pobreza extrema en un 88.7%, de los participantes. Según la OMS, el nivel socioeconómico bajo puede poner a los pacientes en la

posición de tener que elegir entre otras prioridades de su vida diaria. Esta característica que marca a estos participantes, puede deberse a la zona geográfica y a todo lo que le rodea en su entorno tanto familiar.³⁰

Los resultados de la asociación de la adherencia terapéutica farmacológica parcial por cada una de las variables, se describen a continuación, el rango de edad de los participantes, fue de 51 a 60 años. En relación al género, predominó el femenino en 43 participantes. Con respecto a la actividad laboral, las labores del hogar se presentaron en 34 participantes. En la variable estado civil, casado(a), en 36 participantes. Respecto al nivel de escolaridad, predominó la primaria incompleta en 30 pacientes. Por último en la clase social, fue la pobreza extrema, la que predominó en 63 pacientes.

Sin embargo, la asociación entre la adherencia terapéutica total, con el rango de edad, de 20 a 30 años, se presentó en 2 participantes. Con respecto al género se presentó uno femenino y uno masculino. En la actividad laboral, predominó un participante en labores del hogar y otro desempleado. En relación al estado civil, fue un participante divorciado(a), y uno viudo(a). A sí mismo, en el nivel de estudio, fue un participante con primaria incompleta y otro de secundaria completa. La última variable de clase social según su ingreso mensual, fue de pobreza extrema en 2 participantes.

Al analizar la asociación de variables socioeconómicas con adherencia terapéutica farmacológica en este estudio; la importancia clínica que se observó en las variables género y ocupación, son relevantes al seguimiento del tratamiento terapéutico, ya que la mujer y el desarrollo de las actividades laborales, son impedimentos para lograr una adherencia terapéutica farmacológica total.

En relación a la edad, no fue la esperada, ya que si una enfermedad se diagnostica a menor edad, se obtendrá un mejor pronóstico de vida.

En la variable ingreso mensual, el bajo nivel de escolaridad, así como la pobreza extrema, son factores de riesgo en el aspecto clínico, para que la adherencia terapéutica farmacológica, no se fortalezca en los pacientes que asistan a la unidad médica.

Con relación al estado civil casado, se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa, ya que influye como red de apoyo en la seguridad económica y social.³⁰

Los resultados de esta investigación fueron los esperados en este estudio, porque se demostró que existen factores socioeconómicos que influyen en la adherencia terapéutica farmacológica, que pueden servir para otros estudios de investigación.

Este estudio podría orientar al personal de salud ampliar el conocimiento con respecto a la adherencia terapéutica farmacológica, lo que permitirá diseñar estrategias educativas.

Cabe mencionar que existen factores, para que los objetivos planteados se llevaran a cabo como es el instrumento mismo, que mide los factores socioeconómicos, el cual no integra variables que amplíen más la problemática del estudio.

IX. CONCLUSION

En este estudio los factores socioeconómicos más importantes que presenta esta investigación que influyen en la adherencia terapéutica farmacológica, son el estado civil casado, donde se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa, el cual nos afirma la importancia de que la pareja actúa como apoyo social, demostrándose que se produce mejoras en la salud. Este tipo de apoyo puede tener un carácter subjetivo como la percepción que lleva al individuo a creer que lo cuidan, que es amado, estimado y valorado, que pertenece a una red de comunicaciones y obligaciones mutuas; como también influyeron el nivel de escolaridad de primaria incompleta y la pobreza extrema.

Con respecto al instrumento que mide adherencia terapéutica, predominó en primer lugar la adherencia terapéutica farmacológica parcial, y en segundo lugar la adherencia terapéutica total.

En relación a la asociación de adherencia terapéutica parcial, con el nivel de escolaridad, predominó la primaria incompleta y en la clase social según su ingreso mensual, fue la pobreza extrema, en los participantes del estudio. Con respecto, a la asociación entre la adherencia terapéutica total, se presentó en el rango de menor edad y la última variable de clase social según su ingreso mensual, fue de pobreza extrema.

X. RECOMENDACIONES

Se recomienda que para futuras investigaciones, sea una muestra más amplia con otras unidades médicas de la misma micro red y un mayor tiempo de estudio a fin de representar mejor a la población con Diabetes Mellitus tipo 2.

Una de las recomendaciones en las variables estudiadas, es aplicar instrumentos que evalúen la funcionalidad familiar, con respecto a la función del médico familiar.

Diseñar un plan educativo con objetivos claros, en caso de cambiar los estilos de vida de los pacientes.

Continuar en la actualización médica continua, para el personal de salud.

Fomentar más la relación médico paciente, a través de la comunicación, empleando un lenguaje claro y preciso.

Concientizar a los participantes que acudan a sus citas programadas, así como a sus talleres de los grupos de autoayuda mutua.

Fomentar la responsabilidad del paciente con respecto a su enfermedad, así como su conocimiento de la misma.

Se recomienda a los coordinadores de enseñanza, la aplicación del instrumento MBG para medir adherencia terapéutica farmacológica.

El sector salud en la actualidad tiene la tarea de responder de la mejor manera posible la gran cantidad de usuarios, y debe emplazar esfuerzos para mejorar la manera en que estos enfrentan sus enfermedades, una de ellas es la Diabetes Mellitus tipo 2, y como los pacientes encaran la adherencia al tratamiento terapéutico farmacológico.

Es bien sabido que un equipo multidisciplinario bien coordinado y con canales adecuados de comunicación favorecen la adherencia terapéutica, por lo tanto se sugiere que la unidad de salud este conformada por un médico familiar, profesional de enfermería ,un promotor de salud, un nutriólogo , psicología, trabajo social y un activador físico.

XI. BIBLIOGRAFIA

1. Valera B, et al. The Ethno epidemiology of Obesity. *Can J Cardiol.*2015; 31(2):131-141.
2. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care.* 2015, 38(1):1-93.
3. Kim T, Chun K, Kim H, et al. Direct medical costs for patients with type Diabetes and related complications: a prospective cohort study based on the Korean National Diabetes Program *Korean Med Sci.* 2012; 27:876-82
4. Escalante M, Gagliardino J, Guzman J, Tschiedel B .Call-to-action: Timely and appropriate treatment for people with type2diabetesin Latin America. *Diabetes Research and Clinical Practice.* 2014; 104(3):343-352.
5. World Health Organization (WHO). *Adherence to Long-term Therapies.* Washington, D.C. 2004; 3.
6. Tiv, M., Viel, J. F., Mauny, F., Eschwège, E., Weill, A., Fournier, C., Fagot-Campagna, A., y Penformis, A. (2012). Medication adherence in type 2 diabetes: The ENTRED Study 2007, a French population- based study. *PLoSOne*, 7(3), e32412.
7. Gigoux J, Moya P, Silva J. Adherencia al tratamiento farmacológico y relación con el control metabólico en pacientes con DM2. *Rev. Chil Salud Pública.* 2010; 14 (3): 238-270.
8. Rullan S., Avalos G., Priego A. Desempeño del médico familiar en el control metabólico del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 en una Institución de Seguridad Social en Tabasco. *SALUD EN TABASCO* Vol. 20, No. 3, Septiembre- Diciembre 2014, pp. 71-79.
9. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. México: Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud.2012.
10. Izquierdo VA, Boldo LX, Muñoz CJM. Riesgo para desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 en una comunidad rural de Tabasco. *Salud en Tabasco.*México.2010;16(1):861-868.
11. Martin A., Grau A., Espinosa B., Marco Conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónica. *Revista Cubana de Salud Pública.* 2014. 40 (2): 225- 238.

12. Troncoso C, Delgado D, Rubilar C. Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2. Rev. Costar Salud Pública. 2013; 22: 9-13.
13. Martinez A. Family adaptability and cohesion evaluation scale (FACES). International Journal of clinical and Health Psychology. 2006; 6 (2):317-338.
14. Jansa M. Importancia del Cumplimiento terapéutico en la Diabetes Mellitus. Avances en diabetología. 2009; 25:55-56.
15. Fauci A.; Braunwald E.; Kasper D.; Longo D.; Hauser S.; Jameson J.; Loscalzo J., Harrison Principios de Medicina Interna, 17^a edición. Capítulo 338. Diabetes Mellitus.
16. International Diabetes Federation. GLOBAL DIABETES PLAN 2011-2021. Bélgica, Bruselas; 2011.
17. International Diabetes Federation. The Global Burden, Diabetes and Impaired Glucose Tolerance. https://www.idf.org/sites/default/files/The_Global_Burden.pdf
18. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas, Regional Over views, Diabetes and impaired glucose tolerance (igt) prevalence 2011.
<http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/regional-overviews>
19. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas, Actualización 2012.
http://www.idf.org/sites/default/files/5E_IDFAtlasPoster_2012_ES.pdf
20. Organización Mundial de la Salud. Diabetes, Datos y Cifras, Septiembre de 2012; Nota descriptiva N°312.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
[.idf.org/sites/default/files/5E_IDFAtlasPoster_2012_ES.pdf](http://www.idf.org/sites/default/files/5E_IDFAtlasPoster_2012_ES.pdf)
21. Fauci A.; Braunwald E.; Kasper D.; Longo D.; Hauser S.; Jameson J.; Loscalzo J., Harrison Principios de Medicina Interna, 18^{va} edición. Capítulo 338. Diabetes Mellitus.
22. Up To Date[®], Wolters Kluwer Health, Pathogenesis of type 2 diabetes mellitus;
http://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-of-type-2-diabetes-mellitus?source=search_result&search=diabetes+fisiopatolog%C3%ADa&selectedTitle=1~150

23. Hernández R. Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores asociados al control de la Diabetes Mellitus en México. *Salud Pública de México*.2011; 53 (1): 34-35.
24. Hernández R. Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores asociados al control de la Diabetes Mellitus en México. *Salud Pública de México*.2011; 53 (1): 34-35.
25. *Acta Bioethica* 2000; año VI, n° 2 Declaración De Helsinki: Principios Éticos Para La Investigación Médica Sobre Sujetos Humanos.
26. Polit DF, Hungler BP. Diseño y métodos en la investigación cualitativa. En Polit DF, Hungler BP. *Investigación Científica en ciencias de la Salud*. 6ª. Ed. México: McGraw Hill Interamericana; 2000.
27. Vera Romero O., Vera Romero F. *Evaluación del nivel Socioeconómico*. Lima, Perú. 2013.
28. Duran-Varela, et, al. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, *Salud Pública de México*, vol.43, no.3, mayo-junio del 2010.
29. Azollini, Susana, Bail Pupko. *La adhesión a los tratamientos en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2: Como resolver un problema social*. Universidad de Buenos Aires, 2010.
30. García Mónica. *Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con post infarto agudo de miocardio en una institución de cuarto nivel*. Universidad Javeriana, Bogotá D. 2010.
31. Terechenko Nadia; Baute Ana; Zamonsky José. *Adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2*. *Biomedicina* 2014.
32. www.economia.com.mx/niveles_socioeconomicos_en_mexico.html. Revisado 13 de febrero del 2016.
33. M. López, *Control glucémico y la relación de apoyo social en pacientes diabéticos tipo 2, adscritos a la UMF 66, Xalapa, Veracruz*, 2014, pág. 5 y 9.

XII. ANEXOS

ANEXO 1. ENCUESTA SOCIOECONOMICO (ESC)

Estimado paciente:

Solicito su colaboración para estudiar si cumple o no cumple con su tratamiento farmacológico indicado para su padecimiento. Sólo debe dar respuesta a las preguntas con una X a la respuesta que considere usted correcta. Le garantizo la mayor discreción y confiabilidad con los datos que pueda aportarnos, los cuales son de gran valor para este estudio. De antemano gracias por su colaboración.

1. Edad _____.

2. Género: (1) Masculino. (2) Femenino

3. Ocupación:

(1) Labores Del Hogar (2) Empleado (3) Pensionado (4) Profesionista (5) Desempleado (6) Otros

4. Estado Civil:

(1) Soltero (2) Casado (3) Unión Libre (4) Divorciado. (5) Viudo(a).

5. Escolaridad:

(1) Analfabeta (2) Primaria completa (3) Primaria incompleta (4) Secundaria completa (5) Secundaria incompleta (6) Bachillerato incompleto (7) Bachillerato completo (8) Carrera técnica (9) Licenciatura.

6. Nivel de ingreso mensual.

1. () 0 A 2,699.00

2. () 2,700.00 A 6,799.00

3. () 6,800.00 A 11,599.00

4. () 11,600.00 A 34,999.00

5. () 35,000.00 A 84,999.00

6. () 85,000.00 O MAS

ANEXO 2.

CUESTIONARIO MBG (MARTIN -BAYARRE - GRAU)

A continuación usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Por favor, no se preocupe en pensar si otras personas estarían de acuerdo con usted y exprese exactamente lo que piense en cada caso. Marque con una X la casilla que corresponda a su situación particular:

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

ANEXO 3.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

La Dra. Erika García Cachón, ha solicitado mi consentimiento para participar en su proyecto de Investigación para identificar los factores socioeconómicos más importantes, que influyen en la adherencia farmacológica de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, también ha informado que este estudio es requisito para obtener el título de la especialidad en Medicina Familiar, además me informo que los datos que proporcione serán confidenciales y no se dará a conocer información individual solo grupal, además teniendo la libertad de retirarme si así lo deseo al momento de la entrevista.

Así mismo, me explico que no tendré ningún riesgo y mi atención no será afectada al participar en este estudio.

Firma del Entrevistado

Autor del Estudio

ANEXO 4.



Jurisdicción Sanitaria Centro

CESSA Luis Gil Pérez

Dirección

Oficio No.: 129/2016

Asunto: Solicitud de registro de Tesis

Villahermosa, Tabasco a 18 de abril de 2016

**DR. ESMELIN TRINIDAD VAZQUEZ
DIRECTOR DE CALIDAD Y EDUCACION EN SALUD
SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO
P R E S E N T E.**

Por medio de la presente informo a Usted que la **Dra. Erika García Cachón** realizo la Tesis con título "**Factores socioeconómicos más importantes que influyen en la adherencia farmacológica de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2**" del Centro de Salud Rural Rio Tinto 3ª Sección, en el periodo de diciembre 2015 a abril de 2016, la cual requiere número de folio y registro para trámites correspondientes de titulación en Medicina Familiar, misma que se envía en físico y digital para revisión, colocación de sello, número de folio y registro.

Agradeciendo su atención y esperando una respuesta favorable, me es grato quedar a sus órdenes.

ATENTAMENTE.

**DRA. MARIA EUGENIA MORALES RIVAS
DIRECTORA DEL CESSA LUIS GIL PÉREZ**



C.c.p. Archivo

Calle 5 de Mayo S/N
Tel. 338.83.24
Villa Luis Gil Pérez, Centro, Tabasco
www.saludtao.gob.mx