



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**Factores sociofamiliares presentes en el desapego al
tratamiento en pacientes de diabetimss de la UMF 94**

TESIS

**Que para obtener el título de
Médico Especialista en Medicina Familiar**

P R E S E N T A

Dr. Miguel Ángel López Zúñiga

**DIRECTOR DE TESIS
Dra. Esther Azcárate García**

Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2017



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.

ÍNDICE

RESUMEN	4
MARCO TEÓRICO.....	5
INTRODUCCIÓN	5
Factores socioeconómicos y demográficos	8
Factores del sistema de salud y el equipo de asistencia sanitaria	9
Factores relacionados con la enfermedad y el tratamiento.....	9
Factores relacionados con el paciente.....	9
Antecedentes históricos	15
JUSTIFICACIÓN	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	17
OBJETIVO GENERAL	17
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
EXPECTATIVA EMPÍRICA.	18
MATERIAL Y MÉTODOS.....	18
UNIVERSO DE TRABAJO.....	18
POBLACIÓN DE ESTUDIO	18
MUESTRA.	18
CRITERIOS DE INCLUSIÓN:.....	18
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:.....	19
TIPO DE MUESTREO	19
PROGRAMA DE TRABAJO. ANEXO 1	19
PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA.....	20
LUGAR DONDE SE DESARROLLARÁ EL ESTUDIO.....	20
DISEÑO DEL ESTUDIO	20
PROCESAMIENTO DE LOS DATOS Y ASPECTOS ESTADÍSTICOS	20
VARIABLES DE ESTUDIO.....	22
Factores personales:.....	22
Factores socio-familiares:	22
Variables universales	23

ASPECTOS ÉTICOS	23
RIESGOS DE LA INVESTIGACIÓN	23
NORMAS DE APEGO.....	23
BALANCE RIESGO-BENEFICIO	24
CONFIDENCIALIDAD.....	24
PROCESO PARA LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO...	24
FORMA DE LA SELECCIÓN DE LOS PACIENTES.....	24
RECURSOS Y FINANCIAMIENTO	24
BIBLIOGRAFÍA	25
ANEXOS.	28

RESUMEN.

FACTORES SOCIOFAMILIARES PRESENTES EN EL DESAPEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DE DIABETIMSS DE LA UMF 94

Azcarate-García E¹ López-Zúñiga M²

ANTECEDENTES

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2011 se contabilizaron más de 346 millones de personas con Diabetes Mellitus (DM) en el mundo. En 2009, México ocupó el 2° lugar mundial en prevalencia de DM; con 6 millones de personas diagnosticadas y 1000 casos nuevos por año; sin embargo, se estima que para el 2018 México podría ocupar el primer lugar, pues existe un subregistro de 2 millones de personas. La OMS ha señalado que para el 2025 ocupará el 7° lugar después de la India, China, Indonesia, Estados Unidos y Rusia, con una prevalencia aproximada de más de 10,8 millones de personas con el padecimiento.

OBJETIVO

Identificar los factores sociofamiliares en el desapego al tratamiento en pacientes de DIABETIMSS de la UMF.94.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizará en estudio descriptivo transversal con una muestra de 100 pacientes diabéticos elegidos por muestreo no probabilístico en donde se determinara cuales son los factores sociofamiliares que influyen en el no apego al tratamiento de diabetes mellitus. Se utilizará estadística descriptiva.

RECURSOS E INFRAESTRUCTURA

Áreas físicas de la unidad médica, materiales y financieros propios del investigador.

TIEMPO A DESARROLLAR

3 años

PALABRAS CLAVE

Diabetes mellitus, factores, tratamiento.

1. Médico Familiar. Profesor Titular de la Residencia UMF 94 IMSS.

2. Médico residente de segundo año de medicina familiar

MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

La diabetes se está convirtiendo rápidamente en la epidemia del siglo XXI y en un reto de salud global. Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud indican que a nivel mundial, de 1995 a la fecha casi se ha triplicado el número de personas que viven con diabetes, con cifra actual estimada en más de 347 millones de personas con diabetes. El desafío para la sociedad y los sistemas de salud es enorme, debido al costo económico y la pérdida de calidad de vida para quienes padecen diabetes y sus familias, así como por los importantes recursos que requieren en el sistema público de salud para su atención.¹

En 2009, México ocupó el 2° lugar mundial en prevalencia de DM; con 6 millones de personas diagnosticadas y 1000 casos nuevos por año; sin embargo, se estima que para el 2018 México podría ocupar el primer lugar, pues existe un subregistro de 2 millones de personas. La OMS ha señalado que para el 2025 ocupará el 7° lugar después de la India, China, Indonesia, Estados Unidos y Rusia, con una prevalencia aproximada de más de 10,8 millones de personas con el padecimiento.²

En el IMSS, entre 2004 y 2010 fue la primera causa de muerte, con 21 096 defunciones en. Los dictámenes de invalidez por este padecimiento constituyen 12.9 % del total, con una relación hombre mujer de 8 a 1 (83 y 17 %) (División de Información en Salud. IMSS, 2010).³

La diabetes mellitus pertenece a un grupo de enfermedades metabólicas y es consecuencia de la deficiencia en el efecto de la insulina, causada por una alteración en la función endocrina del páncreas o por la alteración en los tejidos efectores, que pierden su sensibilidad a la insulina. Los islotes pancreáticos están constituidos por cuatro tipos celulares: células β , α , δ y PP o F, las cuales sintetizan y liberan hormonas como insulina, glucagón, somatostatina y el polipéptido pancreático, respectivamente.⁴

Durante la diabetes mellitus, la glucemia se eleva a valores anormales hasta alcanzar concentraciones nocivas para los sistemas fisiológicos, provocando daño en el tejido nervioso (neuropatías), alteraciones en la retina (retinopatía), el riñón (nefropatía) y en prácticamente el organismo completo, con un pronóstico letal si no se controla.⁴

Las hiperglucemias se clasifican principalmente en diabetes tipo 1, tipo 2, hiperglucemias asociadas a mutaciones y algunas hiperglucemias producto de circunstancias traumáticas o secundarias a otras enfermedades.⁴

La diabetes se relaciona con daños de la microcirculación, los cuales se pueden manifestar como nefropatía, neuropatía y retinopatía. La hiperglucemia crónica se asocia con aumento en la actividad de la proteína-quinasa-C, la acumulación de sorbitol y la formación y depósito de productos de glucosilación no enzimática de las proteínas, estas alteraciones originan una insuficiencia renal crónica en el 40% de los casos; también se estima que hasta 70% de los diabéticos sufren de alguna forma de neuropatía, y se sabe que los sujetos con antecedentes familiares de hipertensión arterial desarrollan de manera temprana complicaciones microvasculares. Las complicaciones que se han mencionado son similares para la diabetes tipo 1 y tipo 2.⁵

Las anomalías macrovasculares se asocian con un trastorno metabólico originado por la resistencia a la insulina más que por la hiperglucemia, en este sentido, se ha determinado que la resistencia a la insulina induce un 40% de pacientes con enfermedades coronarias. En general, la enfermedad cardiovascular está vinculada a un estado de aterosclerosis acelerada y un mayor riesgo de trombosis, lo que explica que el enfermo diabético tenga una frecuencia de infarto al miocardio 2 a 4 veces mayor que la población normal.⁵

En el caso de la diabetes tipo MODY, los pacientes no son obesos y la afección se produce por una disfunción de las células pancreáticas. En estos pacientes son frecuentes las disfunciones renales y las mujeres pueden desarrollar anomalías en el útero y la vagina.⁵

Los pacientes con defectos genéticos en la acción de la insulina, como el leprechaunismo, el síndrome de Rabson- Mendenhall y el síndrome de resistencia a la insulina tipo A, tienen una severa resistencia a la insulina. En el leprechaunismo se pueden presentar defectos intrauterinos y retraso en el crecimiento neonatal, lo que puede provocar la muerte del infante. En el síndrome de Rabson-Mendenhall y el síndrome tipo A se puede presentar un leve retraso mental e hiperandrogenización con ovario poliquístico.⁵

Todo manejo terapéutico parte de las medidas para llevar al paciente a un peso óptimo y entusiasmarlo a realizar actividad físicas; para posteriormente seleccionar la mejor intervención médica.⁶

La conducta de seguimiento de las indicaciones por el paciente depende entonces de su propia responsabilidad y también de las acciones efectuadas por el médico, en cuanto a claridad de las indicaciones y uso adecuado de los recursos de la comunicación para lograr su implicación activa y participativa en el proceso de tratamiento.⁷

En la Escuela Nacional de Salud Pública de La Habana, Cuba, se desarrolló un proyecto de investigación desde el 2003 hasta el 2007 en el que se evaluó la adherencia al tratamiento de personas hipertensas en áreas de salud del nivel primario. Para esta investigación se redimensionó el concepto de "adherencia al tratamiento" a partir de las consideraciones teóricas expuestas y las limitaciones formuladas desde hace décadas al concepto "cumplimiento". También se tuvieron

en cuenta las diferencias apuntadas por algunos autores, entre "adherencia" y "adhesión", quienes proponen el análisis de la primera como "categoría de proceso" y la segunda como "categoría de resultados".⁷

La falta de adherencia a los tratamientos es un problema con repercusiones desde el punto de vista médico, económico y psicosocial. Entre estas se encuentran la falta de respuesta terapéutica generadora de retrasos en la curación, recaídas y aparición de complicaciones, la valoración errónea de la efectividad real del tratamiento con un aumento o disminución innecesario del número de dosis; el cambio de tratamiento con la introducción de otros medicamentos más potentes y tóxicos que acrecientan el riesgo de la aparición de efectos secundarios agudos o la dependencia a largo plazo del uso del medicamento.⁷

Desde el punto de vista económico constituye un gasto en tiempo y recursos invertidos en la producción, así como en el estudio de la eficacia y seguridad de medicamentos que el paciente no consume o no utiliza adecuadamente.⁷

Los padecimientos crónicos requieren de tratamientos de larga duración o a largo plazo para su adecuada evolución y control. Estos deben ser mantenidos de manera sistemática durante toda la vida del paciente y exigen un comportamiento responsable y persistente. En la búsqueda de procedimientos y estrategias que contribuyan al control de las condiciones crónicas, el hecho de que la persona cumpla o no con las prescripciones médicas es de gran importancia.⁷

El cumplimiento de las prescripciones médicas, en tanto comportamiento humano relacionado con la salud y la enfermedad, ha sido objeto de constante atención en la psicología de la salud; se considera una de sus principales líneas de investigación por ser un problema importante y no estar aun totalmente resueltos su definición e incidencia, los factores que la afectan, los procedimientos para su evaluación y las estrategias para su intervención.⁷

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la elevada magnitud que presentan las deficiencias en la adherencia terapéutica así como sus repercusiones para la salud de la población y considera que su atención debe ser una estrategia de trabajo priorizada por los sistemas de salud, los científicos e investigadores de las disciplinas de las ciencias de la salud.⁷

Por otra parte, puede generar pérdidas desde el punto de vista personal, social y familiar. El paciente puede presentar complicaciones y secuelas que traigan consigo una carga de sufrimiento físico y psicológico, que pudiera evitarse, así como limitaciones irreversibles y progresivas que afectan de modo significativo su calidad de vida. En la esfera laboral puede implicar un reajuste de metas y propósitos que afectan la vida económica y suelen interferir en la comunicación con las otras personas o en los roles y responsabilidades que la persona tiene en la familia.⁷

Los problemas de la adherencia terapéutica han sido insuficientemente atendidos, se realizan pocas investigaciones y escasas intervenciones de modo directo y sistemático en este asunto sin embargo, la mayoría de los profesionales de la salud reconocen, de modo empírico y anecdótico, la existencia de grandes deficiencias en este proceso en todas las enfermedades crónicas.⁷

La adherencia al tratamiento es un comportamiento complejo con carácter de proceso conformado por una estructura y dinámica interna, que integra un componente personal, un componente relacional en el que se encuentra implicado el profesional de salud y uno comportamental propiamente dicho, dirigidos al logro de un resultado beneficioso para la salud.⁷

Esta definición representa un avance en la comprensión de la naturaleza psicológica del problema discutido por las siguientes razones: el paciente participa de manera activa y voluntaria, es decir se compromete, se involucra, se responsabiliza en un comportamiento dirigido a un beneficio para su salud que se traduce en acciones prácticas a partir sus configuraciones psicológicas personales.⁷

No es una simple conducta de respuesta a algo que le indican. También se adhiere a un plan comportamental con el que está de acuerdo, que se supone ha aceptado y a cuya elaboración ha podido contribuir. Este plan terapéutico lo elabora a propuesta y de conjunto con su médico, por tanto el profesional está presente, en interacción con el paciente. Esta es una dimensión muy importante del proceso que se debe considerar.⁷

Diversos autores expresan que la adherencia al tratamiento es un proceso modulado por la influencia de factores de diversa naturaleza: sociales, psicológicos, económicos, propios de la enfermedad y del tratamiento y de la organización de los servicios de salud.⁷

La OMS plantea en su informe técnico cinco dimensiones interactuantes que influyen sobre la adherencia, las cuales están integradas por la acción recíproca de un conjunto de factores que afectan la capacidad de las personas para adherirse a su tratamiento: los relacionados con la enfermedad, el tratamiento, el paciente, además los factores sociales, demográficos y económicos y los relacionados con el sistema de salud y el equipo de asistencia sanitaria.⁷

Factores socioeconómicos y demográficos

La OMS señala que las dificultades en la adherencia a los tratamientos de larga duración se presentan tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. A algunos aspectos socioeconómicos tales como: la pobreza, el analfabetismo, el desempleo, la lejanía del centro de atención médica, el costo elevado del transporte y el alto costo de la medicación, se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia terapéutica; señala que la interrupción o abandono de una terapia encarece los costos de la salud pública al menos en el

20 %. El gasto del paciente se puede traducir en pérdidas sensibles a la economía familiar relacionadas con la capacidad disponible para enfrentar la enfermedad en cuanto a adquisición de medicamentos, alimentos y la ejecución de otras indicaciones que pueden implicar recursos monetarios.⁷

Factores del sistema de salud y el equipo de asistencia sanitaria y social.

En cuanto al sistema de asistencia sanitaria, la OMS plantea el efecto sobre la adherencia de los servicios de salud poco desarrollados, los sistemas deficientes de distribución de medicamentos, la falta de conocimientos y adiestramiento del personal de salud en el control de las enfermedades crónicas así como la falta de incentivos para ello. Dentro de la organización de los servicios de salud, son elementos a tener en cuenta: las dificultades en el acceso a los centros asistenciales, la falta de médico en el momento que el paciente lo requiere y los cambios reiterados del profesional de asistencia.⁷

La influencia de la relación con el equipo de asistencia sanitaria está representada por la satisfacción del paciente con el proceso de atención de salud y las características de la comunicación que establecen el paciente y sus familiares con los equipos de salud.⁷

Los profesionales con insuficientes capacidades y con actitudes negativas para informar el tratamiento y que exhiben torpeza, falta de empatía y desmotivación, contribuyen a la falta de adherencia al mismo.⁷

Factores relacionados con la enfermedad y el tratamiento

Se refiere a las características del régimen terapéutico. La complejidad del tratamiento, incluye el grado de cambio en los comportamientos que exige, si implica cambios en los hábitos y estilos de vida o si exige pautas nuevas de comportamiento, también incluye el número, la frecuencia del consumo y la combinación de distintos tipos de fármacos y además, es importante destacar, la presencia de efectos secundarios o indeseables.⁷

Los factores de la enfermedad están referidos a la naturaleza de la misma y a las exigencias particulares derivadas de ella con que se enfrenta el paciente. Las enfermedades agudas con síntomas de dolor o incomodidad producen mayor tasa de cumplimiento, mientras que en las enfermedades crónicas y sobre todo en las que tienen un carácter asintomático, son más difíciles de seguir las recomendaciones como modificaciones de estilos de vida y cambios de comportamiento.⁷

Factores relacionados con el paciente y familia.

Se refiere a aspectos psicológicos moduladores de la adherencia como los conocimientos que han adquirido los enfermos acerca de la enfermedad y el tratamiento.

Estos permiten actuar de manera consciente, sobre bases claras y reales, teniendo en cuenta las principales características para el manejo de la misma. Se señalan las creencias del paciente relacionadas con la percepción de gravedad de la enfermedad, la estimación de su propio riesgo de enfermarse o vulnerabilidad percibida, la creencia de la persona de ser capaz de ejecutar la respuesta necesaria o autoeficacia percibida, la creencia de que la respuesta será más eficaz que los costos ocasionados por la conducta o utilidad percibida y la motivación por la salud.⁷

La motivación hacia la salud dirige el comportamiento del paciente con mayor facilidad hacia la ejecución de acciones que la conserven; es importante la motivación mantenida y sostenida en el tiempo desde una óptica optimista y positiva como una vía para vivir más plenamente. La persona con un proyecto de vida a largo plazo, con metas y propósitos a lograr será más capaz de estructurar su campo de actuación en función de proteger su calidad de vida en la que incluirá la adherencia a un tratamiento que lo garantice.

El "Modelo de atención crónica" de *Wagner* y otros, ofrece una visión integradora y salubrista de los diferentes componentes que se deben tener en cuenta para la atención a las enfermedades crónicas y ha sido utilizado como guía para realizar numerosas intervenciones dirigidas al mejoramiento de la calidad de la vigilancia sanitaria.⁷

Según *Epping-Jordan*, el manejo médico depende de la enfermedad específica pero los componentes de la organización de los cuidados son esencialmente similares para todas las condiciones, siendo uno de estos el monitoreo de la adherencia. Entre las estrategias para mejorar la atención a las enfermedades crónicas se debe contemplar ayudar al paciente a mejorar la adherencia a través de intervenciones efectivas y viables, aspecto muchas veces deficiente por el equipo de salud que no repara en la importancia de este eslabón.

La mejora de la adherencia a los tratamientos debe tenerse en cuenta desde la formulación de Políticas y Programas de Prevención. El informe de la OMS plantea que "los problemas de la adherencia terapéutica han sido en general obviados por los directivos y, como resultado, esta ha recibido escasa intervención directa y sistemática"⁷

Esta demanda impone la necesidad de elevar el diagnóstico y la intervención en la adherencia terapéutica a estrategia prioritaria reflejada en las propuestas de objetivos

y acciones de los programas nacionales de atención, prevención y control de las enfermedades crónicas.

La utilización de los recursos que están disponibles en la comunidad son fundamentales; la participación social permite la identificación de los recursos comunitarios que colaboren en las acciones preventivas y en la mejoría de la calidad de vida de las personas.

El respaldo social recibido por los pacientes de otros miembros de la comunidad, de sus compañeros de trabajo y personal de asistencia es un factor importante que puede mejorar la adherencia. Las redes de apoyo social y familiar cumplen una función de retroalimentación, refuerzo y estímulo para la adopción de conductas saludables, así en este sentido el informe de la OMS plantea "los pacientes necesitan apoyo, no ser culpados".⁷

La preparación del equipo de salud es una condición importante para obtener resultados en la intervención. Según informe de la OMS: los profesionales necesitan herramientas de orientación sobre la adherencia terapéutica adaptables a los diferentes entornos y tal adiestramiento debe abordar tres temas: el conocimiento sobre la adherencia, el razonamiento clínico de toma de decisiones y las acciones a realizar.

Una condición imprescindible para mejorar la adherencia terapéutica es lograr una buena relación de comunicación entre profesionales de salud y pacientes. Los recursos comunicativos que se movilicen cumplen un rol importante en todo el proceso, desde el momento de la instauración del tratamiento y durante el curso de la enfermedad. La capacidad del paciente para ser activo en la comunicación así como, también decisiva, la que tenga el profesional para involucrar al paciente en el proceso y a la vez informarle con amplitud prudencial las características de su enfermedad y el tratamiento. Por ejemplo, los efectos indeseables más frecuentes de los medicamentos, la explicación detallada de las medidas higiénicas y dietéticas recomendables para cada caso.⁷

También hacer partícipe al paciente de la decisión del plan terapéutico a seguir tratando de simplificar lo más posible el tratamiento elegido; confeccionar de manera conjunta con el paciente, de modo detallado y claro, un régimen de cumplimiento que se ajuste a los hábitos y rutinas diarias de su vida para evitar que la multiplicidad de roles interfiera la adherencia, y elaborar un convenio explícito entre el profesional y el paciente, que garantice el compromiso de ambos dirigido al logro de la adherencia.

Otro aspecto es, que la mayor parte de la atención necesaria para las enfermedades crónicas se basa en el autocuidado por parte del paciente, es decir, el empeño y ocupación con respecto al uso adecuado de la terapia medicamentosa y los cambios necesarios en el estilo de vida, lo cual evita riesgos potencialmente graves relacionados con su enfermedad. Por esto las estrategias de trabajo deben conducir al desarrollo en el paciente de competencias para la autorregulación, de la capacidad para dirigir su comportamiento de manera autónoma, independiente y responsable con respecto a su rol de enfermo.⁷

Es conocido como un número importante de personas con DM2 no cumple con su tratamiento cuando están en casa. Estudios realizados a nivel mundial afirman que la mitad de los pacientes no siguen adecuadamente el tratamiento y que menos del 30% cambia sus hábitos o estilos de vida.⁸

En Colombia aunque no se encontraron los estudios sobre no adherencia al tratamiento en personas con diabetes, la Federación Diabetológica Colombiana ha manifestado que ésta es poca,¹⁴ en el estudio de Villegas *et al.*⁵ las frecuencias para algunas de las conductas de riesgo de la adherencia al tratamiento no farmacológico fueron: 43% no hacían ejercicio, 15% fuman, 21% consumían azúcar regularmente, otro 25% consumía grasas saturadas y tan solo el 20% realizaba automonitoreo de la glucemia con una frecuencia semanal o mayor, lo que revela que es un problema en nuestro medio y nos motiva a indagar sobre los factores que podrían estar influyendo en esta situación. Nos interesa especialmente la forma en que el *cuidador familiar* es actor dentro de la complejidad de este fenómeno, ya que se ha visto que su participación tiene un impacto positivo en el control glucémico de la persona enferma.⁸

Las familias con infantes y adolescentes se ven sumergidas en un período de rápidos cambios físicos, psicológicos y sociales; la presencia de DM1 puede influir significativamente en su adaptación a esta época evolutiva. Son muchos los factores asociados que pueden interrumpir el normal funcionamiento familiar.⁹

Para el tratamiento efectivo de las enfermedades crónico-degenerativas, es necesario incluir el tratamiento psicológico-emocional del paciente, de tal manera que el manejo sea integral y garantice su bienestar.¹⁰

El duelo es una reacción adaptativa natural ante la pérdida de la identidad como persona sana. La elaboración del duelo comienza cuando se tiene conciencia de la pérdida tras recibir el diagnóstico o conocer el pronóstico de incurabilidad. La negación reduce la respuesta al estrés; sin embargo, tiene un efecto negativo en la adquisición de conocimiento, habilidades y disciplinas para enfrentar la enfermedad.

En diversos estudios se reporta que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 son dos veces más propensos a sufrir depresión. Algunos hallazgos confirman la relación significativa entre la depresión y las complicaciones crónicas de la diabetes, como: retinopatía, nefropatía, neuropatía, alteraciones vasculares y disfunción sexual, lo cual conlleva a deterioro del bienestar y de la calidad de vida.¹⁰

Se ha comprobado que la depresión incide significativamente en el apego al tratamiento y en la aceptación de la enfermedad. Se sugiere incluir una evaluación de la depresión en el protocolo de tratamiento de estos pacientes.

La prevalencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 es de incluso 49.3% en unidades de atención primaria. Para los pacientes con diabetes, la enfermedad y el tratamiento tienen una repercusión significativa en muchos aspectos de su vida, como el trabajo, las relaciones interpersonales, el funcionamiento social y el bienestar físico y emocional. No sólo necesitan integrarse a un régimen de tratamiento y vivir con él, sino que también están

expectantes ante la posibilidad de complicaciones de la enfermedad. Este efecto se expresa como “calidad de vida”.

Para lograr un tratamiento exitoso de la diabetes es necesario que exista una relación congruente entre la salud mental del paciente, el entorno emocional de la familia y el cuidado de las concentraciones de glucosa en sangre.¹⁰

Un mayor apoyo social percibido permite a la persona lograr una mayor estabilidad y control de sus procesos, lo que contribuye a la construcción de una percepción más positiva de su ambiente y facilita la interacción con el personal sanitario, que es el que finalmente entrega las indicaciones que debe cumplir el paciente. Además, el apoyo social favorece el autocuidado y un uso más eficiente de los recursos personales y sociales, actitudes que se relacionan directamente con el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas.¹¹

Asimismo, la relación entre estrés crónico y la activación persistente del eje adrenérgico hipotalámico pituitario, generan una cascada de eventos fisiológicos que finalmente conllevan la liberación de glucocorticoides y por tanto, elevación de niveles de glicemia¹², dado el hecho de que la mayoría de los pacientes diabéticos no se ven en centros especializados.¹³

Actualmente, no existe una medida única aceptada como el estándar de oro para medir la adherencia a la medicación, debido a que todos los métodos comúnmente empleados tienen inconvenientes.¹⁴

Recientemente, percepción de la enfermedad se han asociado con la adhesión a recomendaciones de dieta y ejercicio, monitoreo de glucosa en la sangre, la asistencia clínica, y los niveles de glucosa en sangre.¹⁵

La adherencia al tratamiento sigue siendo un gran obstáculo para mejorar la atención, sobre todo entre los pacientes con diabetes con comorbilidades y depresión.¹⁶ Un paciente diabético con otra enfermedad concomitante normalmente requiere varios fármacos para lograr los objetivos glucémicos y objetivos clínicos. Requieren los regímenes complejos, con frecuencia para alcanzar el nivel deseado de control glucémico plantea un reto para los pacientes.¹⁷

La iniciación de la terapia farmacológica oral es un importante enfoque de la gestión eficaz de la diabetes tipo 2. No hay datos sobre el mejor momento para agregar terapias orales o para modificaciones de estilo de vida; por lo tanto, para evitar una carga inaceptable en los pacientes, otros factores de complicación deben ser considerados, como la esperanza de vida del paciente, la presencia o ausencia de complicaciones microvasculares y macrovasculares, riesgo de eventos adversos relacionados con el control de la glucosa del paciente, etc.¹⁸

Un tema crucial es el costo de medicamentos y se ha reportado que el alto costo de los medicamentos fue asociado significativamente con la falta de adherencia al tratamiento.¹⁹

Los familiares pueden tener un efecto positivo y / o impacto negativo en la salud de las personas con diabetes, interferir o facilitar actividades de cuidado personal (por ejemplo, la compra de comestibles o surtir una receta), y contribuir o amortiguar los efectos deletéreos del estrés sobre el control glucémico.²⁰

El mecanismo exacto por el cual el apoyo social contribuye a los resultados de salud no se entiende todavía completamente. La investigación sugiere, sin embargo, que el apoyo social puede beneficiar la salud de los pacientes por amortiguar el estrés, el cambio de estados afectivos, aumentando la auto-eficacia.²¹

La mayoría de las teorías de la salud y el cambio de comportamiento sugieren la necesidad de apoyo social como un componente crucial; los miembros de la familia son la fuente más significativa de soporte.²¹

No se puede ofrecer una explicación definitiva, pero parece que los pacientes que toman su medicamento se benefician de la supervisión por parte de la familia, mientras que aquellos que no los hacen tomar sus medicamentos según lo prescrito no parecen beneficiarse para retrasar complicaciones de la enfermedad.²²

En un estudio realizado por Avedillo et al. en 2003 donde trataron de analizar qué factores del medio familiar y social se asocian a mayor o menor bienestar emocional en los adolescentes diabéticos. Para ello emplearon un estudio correlacional y encontraron que los adolescentes masculinos que cuentan con ambos padres, presentan mayor bienestar en comparación a las féminas pospúber que cuentan con un sólo padre. No se encontró asociación entre control metabólico y bienestar, mientras que en investigaciones previas sí.²³

Por otra parte, Siqueira et. al. en 2007 realizaron una investigación para tratar de identificar las dificultades de los pacientes diabéticos en relación al tratamiento para el control de la enfermedad. Para tal fin, realizaron un análisis de contenido de los reportes obtenidos. Encontraron que la felicidad, bienestar, gratitud y la satisfacción aumentan la adherencia al tratamiento; pero las emociones o estados contrarios la disminuyen.

Por otra parte, Salazar et. al. 2007 se plantearon investigar la calidad de vida en sujetos con o sin diabetes. Para tal fin, se empleó un estudio comparativo. Se encontró que las personas con diabetes consideran mejor su calidad de vida en comparación a los sujetos que no poseen la enfermedad, estos autores no esperaban estos resultados y recomiendan para futuras investigaciones tomar en consideración la edad de los participantes, debido a que creen que como la muestra de diabético poseía un promedio en edad de 56 años (existiendo diferencias significativa con la otra muestra) eran más proclive a sentirse satisfecho con lo que hasta el momento habían obtenido en su vida.²³

Sin embargo, en un estudio correlacional realizado por Cardenás, Pedraza y Lerma 2005 encontraron que la calidad de vida no era influenciada ni por la edad ni por el estado marital, pero si diferencias en el género, reportando con mayor

calidad de vida los hombres. Mientras que en un estudio transversal realizado por Árcega et. al. 2005 donde el objetivo era determinar la relación de algunos factores clínicos y psicosociales con la percepción global de la calidad de vida de pacientes con diabetes; encontraron que las mujeres presentaban una mejor calidad de vida que los hombres, y el tener una pareja y apoyo social correlacionaba positivamente con la calidad de vida. Entre los factores psicológicos el impacto emocional de la enfermedad y su rechazo correlacionaba negativamente con el constructo. Concluyen que los factores emocionales influyen más en la calidad de vida que las características de la enfermedad.²³

Antecedentes históricos

Fernández y Pérez (2003) sostienen que el tratamiento médico de la diabetes consiste en ejercer un control externo sobre la glucosa, es decir, es el comportamiento del sujeto lo que debe modificarse para ejercer un adecuado control de la glicemia. Derivado de su característica de “ser social”, el hombre se encuentra en constante intercambio con el medio que le rodea a través de sus conductas, cambiando el entorno y éste cambiándolo a él, por tal motivo, concebir al hombre como un ente “biopsicosocial” permite implementar diversas estrategias de índole psicosociales para contrarrestar los avatares de lo biológico, en este sentido, los psicólogos especialmente los orientados al área de la salud, encuentran un espacio de gran aceptación y productividad en el control de la Diabetes Mellitus.²³

Martín & Grau (2005) afirman que el estudio de la adherencia a los tratamientos de las enfermedades crónicas resulta especialmente relevante, pues se estima que en la actualidad las cifras de la no adherencia bordean el 50%. Gallegos, Cárdenas & Salas, 1999 afirman que en el caso de la DM2, la no adherencia al tratamiento tiene efectos a corto plazo (hiperglicemia) y largo plazo (complicaciones micro y macrovasculares tales como pie diabético, retinopatía y falla renal).²⁴

Guthrie, Bartsocas, Jarros - Chabot & Konstantinova, 2003 afirman que en pacientes con DM, el estrés tiende a estar más presente desde los inicios de la enfermedad y a lo largo de todo su curso, ya que se considera estresante el solo hecho de padecer una enfermedad metabólica, crónica e incapacitante. El estrés está relacionado significativamente con un pobre control glicémico en pacientes diabéticos establecen dos estilos básicos de afrontamiento: el centrado en la emoción (con objeto de cambiar el significado de una situación estresante y para regular el resultado negativo de las emociones) y el centrado en el problema (con objeto de cambiar o controlar algunos aspectos de una situación percibida como estresante). Al respecto, pareciera que las estrategias de afrontamiento al estrés que tenga un paciente se relacionaran con la adherencia al tratamiento.²⁴

Peyrot, McMurray & Kruger (1999) demostraron que ambos estilos de afrontamiento pueden estar asociados con el control glicémico. Ortiz (2006)

sugiere que aquellos sujetos que afrontan conductualmente presentan un mejor control metabólico que aquellos que lo hacen emocionalmente. Por su parte Boland & Grey (1996) sugieren que centrarse en el afecto se asocia con un pobre control metabólico, incluyendo el no cumplimiento del régimen terapéutico.²⁴

Lin, Katon, von Korff, Rutter, Simon, & Oliver (2004) mencionan con respecto a la sintomatología depresiva, que se ha demostrado que puede afectar el control glicémico, la disminución de la actividad física, el aumento de obesidad, junto con potenciar las complicaciones asociadas al daño del. La prevalencia de la depresión en la población diabética es de un 23,6%, comparado con un 17,1% de la población no diabética.²⁴

Coffman, 2008; Di Matteo, 2004; van Dam et al., 2005 afirman que El apoyo social es otra variable que estaría asociada con la adherencia a los tratamientos, ya que entregaría al paciente mayores recursos para afrontar el evento estresante y de este modo conducir a un mejor control de las glicemias, aumentando la adherencia al tratamiento y reduciendo el estrés reportan una relación estadísticamente significativa entre apoyo social y calidad de vida de pacientes DM2.²⁴

Sanchez Vidal, 1991 comenta que el apoyo social (y su contrapartida socioestructural, las redes de apoyo) es el amortiguador más importante en los efectos del estrés.²⁵

Tomando en consideración los antecedentes teóricos y empíricos antes señalados, el propósito de este estudio fue evaluar los factores psicosociales presentes en la adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos tipo 2 tratados en Diabetimss de la UMF 94.

JUSTIFICACIÓN

La prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM) va en incremento alrededor del mundo, especialmente entre los países en vías de desarrollo, estimándose para el año 2030 en 439 millones de personas que se verán afectadas por la mencionada patología, así como un incremento del 69% de pacientes con la mencionada patología, los cuales se ubicarían en los países en vías de desarrollo.

El impacto de la diabetes mellitus sobre sistema de salud amerita el desarrollo de estrategias, de esta manera mejorar la eficiencia del sistema de atención. Promover, coordinar campañas que aborden sobre los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos terapéuticos existentes. Para cristalizar esta práctica se requiere profesionales con adiestramiento en la gestión sobre adherencia terapéutica, de manera que aseguren su aplicabilidad en su práctica diaria.

La adherencia deficiente al tratamiento de Diabetes Mellitus da lugar a complicaciones evitables en los pacientes, así como la sobrecarga en costos al sistema de salud.

La falta de mediciones, los datos en cuanto a la prevalencia y los factores correlativos de la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes son escasos. La OMS recalca la necesidad apremiante de emprender investigaciones en los países en desarrollo, ya que indican que el mayor aumento absoluto de las tasas de prevalencia de la diabetes en todo el mundo ocurrirá en esos países.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el ámbito mundial y nacional la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) ocupa los primeros lugares de morbi-mortalidad, según la Organización Mundial de la Salud, en septiembre del 2016 hay más de 346 millones de personas con diabetes. En México se estima un total de 11.7 millones de sujetos, en 2006 la encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT) en un comunicado informó una prevalencia de 9.5, primera causa de mortalidad con un crecimiento anual del 3% en éste rubro. En la UMF no. 94, en el año 2010, representó la quinta causa de patología no transmisible y es la segunda causa de consulta con 27,094 casos.

El IMSS es el pionero de las Guías de Práctica Clínica y una de ellas es la guía de diagnóstico y tratamiento del portador de DM, encaminado a favorecer factores relacionados con la adherencia terapéutica, ya que la evidencia científica relaciona el descontrol con una pobre adherencia. Al respecto se han implementado estrategias educativas, sin embargo el dato que se tiene documentado proviene de la práctica cotidiana y en especial en la UMF. 94 de la supervisión de jefes de departamento clínico médico y más cercanamente del encargado de módulo como DIABETIMSS, quienes indican una adherencia del 30 hasta el 70%, el reconocimiento de factores relacionados validaría otras estrategias de apoyo, sin embargo no se cuenta con dicha información, de ahí la importancia del presente trabajo.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores sociofamiliares presentes en el desapego al tratamiento en pacientes de DIABETIMSS de la UMF 94?

OBJETIVO GENERAL

Identificar cuáles son los factores sociofamiliares en el desapego al tratamiento en pacientes de DIABETIMSS de la UMF.94.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Conocer los factores personales como: Higiene y autocuidado, Dieta, Ejercicio físico en el diabético tipo 2 atendido en DIABETIMSS en la UMF. 94

Identificar los factores socio-familiares como: Apoyo familiar, Organización y apoyo comunal, Control médico, Valoración de la Condición Física en el diabético tipo 2 atendido en DIABETIMSS en la UMF. 94

Conocer el grado de adherencia terapéutica del diabético tipo 2 participante.
Determinar los factores personales y socio-familiares que predominan en el diabético tipo 2.

EXPECTATIVA EMPÍRICA.

Los factores sociofamiliares están presentes en el desapego al tratamiento en pacientes de DIABETIMSS de la UMF 94.

MATERIAL Y MÉTODOS

UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes portadores de DM tipo 2 descontrolados.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes diabéticos tipo 2 derechohabientes del IMSS de la UMF 94

MUESTRA.

Diabéticos tipo 2, con descontrol glucémico, derechohabientes del IMSS, atendidos en módulo de DIABETIMSS en la UMF 94.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes de 40-60 años
- Género indistinto
- Derechohabiente de la UMF. 94, portador de DM Tipo 2.
- Incorporado a DIABETIMSS ambos turnos.
- Que cuente con hemoglobina glicada mayor a 7.0 mg/dl.
- Ambos sexos, cualquier edad, escolaridad, ocupación, estado civil.

- Que acepten participar bajo consentimiento informado.
- Respuestas completas del instrumento de factores psicosociales asociados a la adherencia terapéutica.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con discapacidad
- Pacientes que no acepten firmar el consentimiento informado
- Pacientes que se nieguen a participar
- Pacientes menores de 40 años y mayores de 60 años
- Hipoacusia severa o sordera

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- No necesario

TIPO DE MUESTREO

No probabilístico por conveniencia.

PROGRAMA DE TRABAJO. ANEXO 1

En el primer año de la residencia se llevó a cabo el seminario de investigación y se seleccionó el tema para la tesis, se inició el protocolo con búsquedas bibliográficas, marco teórico e instrumento de estudio. Durante el segundo año se recolectara la muestra y se obtendrán los resultados con tablas y gráficas además de analizar los resultados y conclusiones el cuál, será entregado y revisado por el asesor y el CLIES.

DETERMINACION ESTADISTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Considerando una población reportada de diabéticos tipo II en el censo del 2017 de la UMF. 94 con un total de 1000 pacientes y la utilización del programa estadístico EPI-Info V 6.0, con una prevalencia esperada de apoyo familiar y adherencia del 50%, un peor esperado del 35% de ejercicio y adherencia nivel de confianza de 99.9% más 20% de pérdidas se obtuvo una muestra de 100 participantes.

Resolviéndose de la siguiente manera

$$n = \frac{[250 \times 1.96^2] \times [0.35 \times 0.65]}{[(0.05)^2(250 - 1) + [1.96^2 \times 0.35 \times 0.65]}$$

$$n = \frac{[960.4] \times [0.227]}{[.6225] + [0.8739]}$$

$$x = \frac{218.01}{1.501} = 100$$

PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA

Se aprovechará en el consultorio de DIABETIMSS, a los pacientes citados para consulta ordinaria de ambos turnos, para ello el investigador residente y médico encargado del módulo realizará invitación personalizada al finalizar su consulta, indicando el objetivo del estudio y forma de participación en el mismo, Aquellos aceptantes se les indicará pasar al cubículo anexo en el mismo consultorio con la finalidad de recabar los datos pertinentes y aplicar el instrumento propuesto para la investigación.

LUGAR DONDE SE DESARROLLARÁ EL ESTUDIO

Unidad de medicina familiar 94

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se planea realizar un estudio transversal, observacional, descriptivo en pacientes hombres y mujeres entre 40 a 60 años adscritos a la UMF No. 94 con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

PROCESAMIENTO DE LOS DATOS Y ASPECTOS ESTADÍSTICOS

Escala de factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo II-Versión III. (Anexo 3). Es un instrumento orientado a medir una serie de factores que pueden indicar el nivel de adherencia integral del paciente con Diabetes Mellitus II, Fue creado por El Dr. Alfonso Villalobos Pérez y Cols. en Costa Rica en el año 2006 y quien autoriza su aplicación en la presente investigación.

El cuestionario está integrado por cincuenta y cinco ítems tipo oración que tratan sobre factores comportamentales, vinculados a la adherencia al tratamiento en Diabetes Mellitus II, utiliza una escala Likert de cinco opciones que evalúan frecuencia de ejecución de la situación las cuales son: 0 Nunca lo hago, 1 Casi nunca lo hago, 2 Lo hago regularmente, 3 Casi siempre lo hago, 4 Siempre lo hago. Incluye cuatro variables sociodemográficas que la literatura y las

investigaciones realizadas por el Dr. Alfonso Villalobos Pérez y Cols., se reportan como valiosas y contribuyentes a mantener o no la adherencia al tratamiento en esa enfermedad.

La escala identifica a través de una serie de afirmaciones los factores que conforman la valoración para determinar los factores psicosociales asociados a la adherencia terapéutica. La estructura comprende en el primer apartado los siguientes datos:

Ficha de identificación del paciente, cuyos parámetros son: sexo, edad, nivel educativo y estado civil.

En el segundo apartado son los factores personales y sociofamiliares siguientes, cuyos respectivos ítems son:

- a) Apoyo familiar: 33 y 44.
- b) Apoyo comunal: 31, 32, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 54.
- c) Ejercicio físico: 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23.
- d) Control médico: 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30.
- e) Higiene y autocuidado: 9, 11, 12, 52, 53, 55.
- f) Dieta: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10
- g) Valoración de la actividad física: 18, 19.

Para calificar cada uno de estos rubros, se utiliza una escala liker con una ponderación de 0 a 4 puntos según corresponda así se tiene la siguiente relación.

- 0: Nunca lo hago
- 1: Casi nunca lo hago
- 2: Lo hago regularmente
- 3: Casi siempre lo hago
- 4: Siempre lo hago

La escala se califica de acuerdo a los valores obtenidos con la sumatoria del puntaje, por cada uno de los factores permitirá establecer el percentil que corresponda, con ello se tendrá la siguiente clasificación de adherencia terapéutica:

Percentil 33 (bajo), 66 (medio), 99 (alto), son para uso clasificatorio, la limitante de este instrumento de acuerdo a los autores (Dr. Alfonso Villalobos y cols), es no tener un grupo de comparación normal (sin diabetes), por lo que deben usarse con cuidado. En la medida de las posibilidades el usuario debe re-estandarizar a sus condiciones culturales o al menos adaptar lingüísticamente.

ANALISIS ESTADISTICO

1. Se utilizará estadística descriptiva, procesados con el programa estadístico SPSS v21.0 para Windows.
2. Los resultados se presentaran en tablas y gráficas.

VARIABLES DE ESTUDIO

Factores personales: definición conceptual: Son aquellos elementos propios de un individuo que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos.²⁶ Definición operacional: Son aquellos elementos propios de un individuo que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos. Cuyos indicadores son: higiene, autocuidado, dieta y ejercicio físico, medidos para ésta investigación conforme a la frecuencia de realización reportada en la escala EATDM-III, la cual es una variable cualitativa categórica y para fines del proyecto de calificará en baja, media y alta.

Factores socio-familiares: definición conceptual: Son aquellos elementos propios de un individuo y su familia que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos.²⁶ Definición operacional: Son aquellos elementos propios de un individuo que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos. Cuyos indicadores son: Apoyo familiar, organización y apoyo comunal, control médico y valoración de la condición física. Para ésta investigación categorizados conforme a la frecuencia de realización reportada en la escala EATDM-II, la cual es una variable cualitativa categórica y para fines de este estudio se calificará como alta, media o baja adherencia.

Grado de adherencia terapéutica: definición conceptual: Grado de cumplimiento respecto a la toma de medicamento, régimen alimentario y cambios del estilo de vida, que corresponden con las recomendaciones acordadas con el personal sanitario.²⁶ Definición operacional: Grado de cumplimiento de una persona respecto a la toma de medicamentos y seguimiento de las indicaciones del médico, medido a través de la Escala de Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo II-Versión III (EATDM-III), la cual es una variable cualitativa ordinal y para fines del estudio se calificará de acuerdo al percentil 33 (baja), 66 (media) y 99 (alta).

Variables universales

Sexo: definición conceptual: conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo ya sea masculino o femenino.²⁶ Definición operacional: Características fenotípicas observadas en el participante, la cual es una variable cualitativa dicotómica con una escala de medición nominal, utilizando como categorías: femenino o masculino, para fines del proyecto se medirá con un cuestionario de preguntas básicas.

Edad: definición conceptual: tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.²⁶ Definición operacional: años cumplidos hasta la fecha actual expresado por el participante. Para fines del proyecto se medirá con un cuestionario de preguntas básicas. Es una variable cuantitativa discreta utilizando el rango de 40 a 60 años.

Estado civil: Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales.²⁶ Definición operacional: situación personal en que se encuentra una persona física en relación con otra con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos, la cual es una variable cualitativa politómica en escala de medición nominal con las siguientes categorías: soltero, casado, divorciado, unión libre o viudo. Para fines del proyecto se medirá con un cuestionario de preguntas básicas y solicitando una identificación oficial para corroborar la concordancia.

Escolaridad, definición conceptual: conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.²⁶ Definición operacional: Último año escolar cursado en un sistema escolar formal referido por el participante, la cual es una variable cualitativa politómica, con escala de medición ordinal, utilizando como categorías primaria, secundaria, licenciatura. Para fines del proyecto se medirá con un cuestionario de preguntas básicas.

ASPECTOS ÉTICOS

RIESGOS DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación no representa ningún riesgo.

NORMAS DE APEGO

El trabajo de investigación se ajusta a lo establecido en la Ley General de Salud en materia de investigación, reglamento del IMSS, Declaración de Helsinki en su última revisión en Tokio y apegados a los siguientes principios de ética como:

Respeto por las personas y a la autonomía de cada participante, a través del consentimiento informado (Artículo 13,17, 20 y 22), especificando objetivo, riesgos, beneficios e inconvenientes, así como garantizando la confidencialidad de los datos al participante, los cuales se recabarán a través de instrumento validado y de auto aplicación, con retroinformación de los mismos de manera personalizada por el investigador, con el beneficio de saber de manera directa los resultados y la posibilidad de referencia con su médico tratante.

La justicia será aplicando la selección de los participante, teniendo todos la misma oportunidad de integrarse a la investigación, a través de una selección sin sesgos o favoritismos, sin formar parte del equipo que se les atiende, al igual que la permanencia en el mismo, manteniendo la libertad de retirarse sin perjuicio de sus derechos como derechohabiente del IMSS.

BALANCE RIESGO-BENEFICIO

Este estudio es considerado una investigación con riesgo mínimo, ya que la intervención va a consistir en aplicar un cuestionario, sin ninguna intervención instrumentada en el participante.

CONFIDENCIALIDAD

La información obtenida se manejará con estricta confidencialidad y para asegurar esto los investigadores del estudio se referirán a cada paciente utilizando el número de registro del expediente clínico.

PROCESO PARA LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Una vez leído el consentimiento informado y aclarando toda duda que este mismo genere se procederá a la firma validando el que el paciente acepto entrar a esta investigación.

FORMA DE LA SELECCIÓN DE LOS PACIENTES

Basados en los criterios de Inclusión, exclusión y eliminación previamente establecidos los pacientes quienes cumplan con dichos criterios tendrán las mismas posibilidades de entrar en el estudio ya que se hará una selección aleatoria en el cual el investigador no podrá manipular los resultados de la aleatorización.

RECURSOS Y FINANCIAMIENTO

Humanos: Investigadores

Físicos: Se utilizaran las instalaciones internas de la UMF como la sala de espera, oficina del investigador.

Materiales: Artículos de oficina y papelería, como son hojas, pluma, lápiz, goma, computadora, impresora.
Financiamiento por parte del investigador.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Hernández-Ávila M et al, **Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia**, Salud Pública Mex 2013; 55 (2) 129-136.
- 2.- De la Cruz M, Vargas J, Ledezma E, Holguin M, Martinez A, Fragoso L. **Causas de desapego al tratamiento, dieta y seguimiento de pacientes con diabetes y posibles factores asociados con la enfermedad**. Rev Salud Publica. 2013; 15 (3): 478-485.
- 3.- Gil-Velázquez L et al, **Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2**, Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013; 51(1):104-19.
- 4.- Cervantes-Villagrana R et al, **Revista de Endocrinología y Nutrición**. 2013; 21 (3): 98-106.
- 5.- Guzman N, Madrigal E, **Revisión de las características clínicas, metabólicas y genéticas de la diabetes mellitus**, Asociación Mexicana de Bioquímica Clínica, 2013; 28 (2): 14-23.
- 6.- Saucedo R et al, **Actualización sobre el manejo de la diabetes**, Acta Médica Grupo Ángeles. 2012; 10 (4): 214-219.
- 7.- Libertad A et al, **Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas**. Revista Cubana de Salud Pública. 2014;40 (2):225-238.
- 8.- Hoyos T et al. **Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar**. Invest Educ Enferm. 2011; 29 (2): 194-203.
- 9.- Perez Marín M et al, **Diabetes mellitus tipo 1: factores psicosociales y adaptación del paciente pediátrico y su familia**. Arch Argent Pediatr 2015;113(2):158-162.
- 10.- Molina A et al. **Comparación de las prevalencias de duelo, depresión y calidad de vida asociados con la enfermedad entre pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados y controlados**. Rev Esp Méd Quir. 2013;18(1):13-18.

- 11.- Canales S et al, **Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II.** *Psicología y Salud* 2014 (2):167-173.
- 12.- Ortiz M et al, **Propiedades Psicométricas de la Escala de Estrés para Diabéticos en una muestra de pacientes diabéticos tipo II Chilenos.** Sociedad Chilena de Psicología Clínica. 2013, 31 (3): 281-286.
13. - See Inzucchi et al. **American Diabetes Association– European Association for the Study of Diabetes Position Statement: Due Diligence Was Conducted.** *Diabetes care* 2012 35(1): 1201-1203.
- 14.- Wabe N et al, **Medication adherence in diabetes mellitus and self management practices among type-2 diabetics in Ethiopia.** *North American Journal of Medical Sciences* 2011, 3(9): 418-423
- 15.- Broadbent B et al, **illness and treatment perceptions are associated with adherence to medications, diet, and exercise in diabetic patients.,** *Diabetes Care* 2011, 34 (1): 340, 2011.
- 16.- Bogner H et al, **Integrated Management of Type 2 Diabetes Mellitus and Depression Treatment to Improve Medication Adherence: A Randomized Controlled Trial.** *Annals of family medicine* 2012 , 10 (1); 15-22.
- 17.- Sufiza N et al, **Medication adherence in patients with type 2diabetes mellitus treated at primaryhealth clinics in Malaysia.** *Patient Preference and Adherence* 2013, 7(1) 525–530.
- 18.- Qaseem A et al, **Oral Pharmacologic Treatment of Type 2 Diabetes Mellitus: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians.** *American College of Physicians*, 2012;156: 218-231.
- 19.- Koprulu F et al, **Evaluation of Adherence to Diabetic Treatment in Northern Region of United Arab Emirates.** *Tropical Journal of Pharmaceutical Research*, 2014; 13 (6): 989-995.
- 20- Mayberry I. Osborn ch, **Family Support, Medication Adherence, and Glycemic Control Among Adults With Type 2 Diabetes.** *Diabetes Care* 2012; 35(1); 1239–1245.
- 21.- Miller A et al, **Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy.** *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy.* 2013;6 (1);421–426.
- 22.- Currie J et al, **The Impact of Treatment Noncompliance on Mortality in People With Type 2 Diabetes.** *Diabetes Care*, 2012, 35(1);1279–1284.
- 23.- Rondón J et al, **Variables psicosociales implicadas en el mantenimiento y control de la diabetes mellitus: aspectos conceptuales, investigaciones y**

hallazgos. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México. 2011, 14 (2): 126-162.

24.- Ortiz M. et al, **Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la Diabetes mellitus tipo 2.** Sociedad Chilena de psicología médica. 2011; 25 (11): 5-11.

25.- Azzollini S. et al, **El apoyo social y el autocuidado en diabetes tipo 2.** Facultad de psicología - uba anuario de investigaciones, 2012, 19 (1): 109-113.

26.- Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (22^aed).

Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>

ANEXOS.

FACTORES SOCIOFAMILIARES PRESENTES EN EL DESAPEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DE DIABETIMSS DE LA UMF 94.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	MES (año)	SEPT-DIC 2016	ENE 2017	FEB 2017	MAR 2017	ABR 2017	MAY 2017
Elaboración del Protocolo		P					
		R					
Selección del Instrumento		P					
		R					
Presentación al CLIEIS para registro de protocolo			P	P			
			R	R			
Recolección de la información					P		
Elaboración de la base de datos					P		
Captura de la información					P		
Procesamiento de Datos						P	
Análisis de los Resultados						P	
Elaboración del escrito científico							P

P=Programado

R=Realizado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION NORTE DEL D.F.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94

Escala Factores Sociofamiliares Asociados a la Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus II, versión III

Folio no.

Edad: Sexo: Edo. Civil: Escolaridad: Ocupación:

Este instrumento tiene como objetivo evaluar el nivel de adherencia que tienen las personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II. La información recopilada será confidencial.

I parte. Ficha de identificación: Marque con una X dentro del paréntesis, el ítem correspondiente a su condición actual.

Sexo (1) Mujer (2) Hombre

Edad en años:

(1) 31 – 40 (2) 41 – 50

(3) 51 – 60 (4) 61 – 70

(5) 71 – 80

Nivel educativo (Por favor marque el último nivel educativo alcanzado, ya sea que lo haya concluido o no):

(1) Primaria

(2) Secundaria

(3) Universidad

Estado civil

(1) Soltero (a)

(2) Casado (a)

(3) Viudo (a)

(4) Unión libre



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: FACTORES SOCIOFAMILIARES PRESENTES EN EL DESAPEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DE DIABETIMSS DE LA UMF 94.

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha:

UMF 94 MEXICO D.F. FEBRERO 2017

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

Mucho se ha descrito de la formación e intervención preventiva anticipatoria del médico familiar, sin embargo la realidad de la práctica cotidiana deja ver que el paciente frecuentemente se observa con descontrol, o bien que la adherencia terapéutica se ve inmersa en una serie de factores personales, institucionales, sociofamiliares, sociales, etc. Por lo que se considera una oportunidad fundamental objetivamente de que manera cuales y como estos factores influyen en el grado de adherencia que el paciente portador de diabetes tipo 2 pueda tener, con la intención de sentar un precedente y proponer estrategias encaminadas a mejorar dicha adherencia

Identificar los factores sociofamiliares presentes en el desapego al tratamiento en pacientes de DIABETIMSS de la UMF. 94.

Procedimientos:

Posibles riesgos y molestias:

Ninguno

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Identificar los factores psicosociales que afectan su apego al tratamiento

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

El investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre los factores sociofamiliares que influyen en el desapego al tratamiento en pacientes diabéticos integrados al programa DIABETIMSS:

Participación o retiro:

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.

Privacidad y confidencialidad:

El Investigador me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados de forma confidencial en caso de que el trabajo sea publicado.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

- Autoriza que se tome la muestra.
- Autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- Autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

Identificar los factores sociofamiliares presentes en el desapego al tratamiento.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. ESTHER AZCARATE GARCIA. , Matricula: 99362280 teléfono: 5767 27 99 EXT. 21407 correo electrónico esther.azcartateg@imss.gob.mx.
Dr. Miguel Ángel López Zúñiga. Matricula 98368712 teléfono: 57672799 EXT 21407
Correo electrónico: mickardo9@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**DELEGACION NORTE DEL D.F.****UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94****Escala de Factores Sociofamiliares asociados a la Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus II, versión III**

Folio no.____

Edad:_____ Sexo:_____ Edo. Civil:_____ Escolaridad: _____

Ocupación:_____

Este instrumento tiene como objetivo evaluar el nivel de adherencia que tienen las personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II. La información recopilada será confidencial.

I parte. Ficha de identificación: Marque con una X dentro del paréntesis, el ítem correspondiente a su condición actual.

Sexo

(1) Mujer (2) Hombre

Edad en años:

(1) 31 – 40

(2) 41 – 50

(3) 51 – 60

(4) 61 – 70

(5) 71 – 80

Nivel educativo (Por favor marque el último nivel educativo alcanzado, ya sea que lo haya concluido o no):

(1) Primaria

(2) Secundaria

(3) Universidad

Estado civil

(1) Soltero (a)

(2) Casado (a)

(3) Viudo (a)

(4) Unión libre

II parte. Instrucciones

Abajo se le presentan una serie de situaciones, las cuales están relacionadas con la diabetes mellitus tipo II. Por favor señale para cada situación la cantidad de ocasiones en que se presenta la misma. Las columnas numeradas se deben leer de la siguiente forma:

0: Nunca lo hago

1: Casi nunca lo hago (entre el 1% y el 33% de las ocasiones).

2: Lo hago regularmente (entre el 34% y el 66% de las ocasiones).

3: Casi siempre lo hago (entre el 67% y el 99% de las ocasiones).

4: Siempre lo hago (el 100% de las ocasiones).

Por ejemplo, si para usted el ***Evitar consumir pan dulce*** ocurre casi siempre, es decir lo hace casi todos los días entonces usted deberá haber marcado de la siguiente forma:

Opciones				
0	1	2	3	4

Sólo debe marcar una opción.

PARÁMETRO / FRECUENCIA QUE LO REALIZA	Nunca (o)	Casi	Regularm	Casi	Siempre
1. Evito consumir pan dulce					
2. Evito consumir postres dulces					
3. Evito consumir golosinas o confites, dulces					
4. Evito consumir leche entera o cualquier derivado de los lácteos					
5. Evito consumir carne con grasa					
6. Evito cocinar con manteca vegetal o animal					
7. Evito consumir bebidas alcohólicas					
8. Evito utilizar condimentos y salsas al cocinar					
9. Utilizo sustituto del azúcar					
10. Evito consumir comidas muy saladas					
11. Equilibro mi dieta cuando consumo más de un grupo alimenticio					
12. Consumo frutas al menos una vez al día					
13. Consumo ocho vasos de agua diarios					
14. Camino para sentirme mejor					
15. Realizo algún juego con mis hijos o nietos					
16. Consumo alimentos antes de realizar ejercicio					
17. Tengo un horario fijo para realizar ejercicio					

18.*Sufro de menos cansancio cuando realizo alguna actividad física
19.Me siento menos triste o decaído cuando realizo una actividad física
20.Mejoro mi condición física cuando realizo alguna actividad física
21.Siento mejores resultados en el tratamiento después del ejercicio
22.Realizo paseos cortos durante el día
23.Mantengo un control de mi peso dentro de lo ideal para mi edad y estatura
24.Visito al médico de la clínica en caso de alguna complicación
25.Asisto puntualmente a las citas de control de diabetes
26.Asisto al laboratorio para realizar las pruebas respectivas
27.El equipo de salud me brinda información sobre mi enfermedad
28.Me realizo la glucemia cuando el médico lo solicita
29.Recibo los medicamentos el mismo día de la cita
30.Tengo accesibilidad para ir a traer medicamentos al centro de salud
31.Existe personal capacitado en la comunidad para tomar los niveles glucemia
32.Existe personal capacitado que brinde atención inmediata en caso de alguna complicación relacionada con la diabetes mellitus
33.Mi familia conoce lo que es la diabetes mellitus
34.Mi familia permite que prepare mis alimentos aparte del de

los demás
35. Mis familiares me facilitan los alimentos que necesito para la dieta especial
36. Mis familiares están pendientes de mis medicamentos durante el día
37. Mis familiares colaboran con los implementos de uso personal especiales (zapatos, limas para uñas)
38. Recibo estímulos verbales de parte de mis familiares para que no abandone el tratamiento
39. Recibo premios o recompensas de parte de mis familiares para que no abandone el tratamiento
40. Mis familiares me instan en la práctica de alguna actividad recreativa
41. Mis familiares me instan a la práctica de algún deporte
42. Mis familiares me ayudan en el secado de mis pies
43. Mis familiares están pendientes de que no pierda las citas de control de la diabetes en la clínica
44. *Mis familiares están pendientes de que el baño u otros lugares de la casa se encuentren limpios y desinfectados
45. Se realiza en la comunidad charlas educativas acerca de la diabetes con el fin de informar a las personas
46. Se organizan en grupos para la práctica de algún deporte en la comunidad donde vive
47. Se realizan actividades recreativas en la comunidad donde vive
48. La comunidad se organiza para la realización de actividades como la compra de medicamentos especiales para la diabetes

49. La comunidad se organiza para la realización de actividades como la compra de instrumentos de control de glucemia
50. Asisto a charlas brindadas por miembros del área de salud de mi comunidad
51. Participo en actividades deportivas organizadas en mi comunidad
52. Me preocupo de estar al tanto de mi cuidado personal como diabético
53. Después del baño seco mis pies
54. Asisto a algún lugar (hospital, clínica, quiropráctico.) para que me limen las uñas de manera adecuada
55. Me he preocupado por saber cómo debo tomar los medicamentos para la diabetes

