



PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE
QUERÉTARO
SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E

INVESTIGACIÓN

SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO

SEDE: SESEQ QUERÉTARO, QUERÉTARO

“CAUSAS DE NO APEGO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICODEGENERATIVAS EN LA UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA DE SAN NICOLÁS, TEQUISQUIAPAN, QUERÉTARO (MÉXICO)”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MONICA RESENDIZ ALVAREZ

DIRECTOR DE TESIS: DR RAMON ALFONSO MANCILLAS ORTIZ

SANTIAGO DE QUERÉTARO, QRO. DICIEMBRE 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

“CAUSAS DE NO APEGO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICODEGENERATIVAS EN LA UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA DE SAN NICOLÁS, TEQUISQUIAPAN, QUERÉTARO (MÉXICO)”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MONICA RESENDIZ ALVAREZ

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

MTRA. MARIA DE LOS ANGELES SANTOYO CRISTIANI
SUBDIRECTORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DE SESEQ

DR. RAMÓN ALFONSO MANCILLAS ORTIZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
SANTIAGO DE QUERÉTARO, QUERÉTARO

ASESOR METODOLÓGICO DE LA TESIS

ASESOR DEL TEMA DE TESIS

SANTIAGO DE QUERÉTARO, QRO. DICIEMBRE 2017

“CAUSAS DE NO APEGO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICODEGENERATIVAS EN LA UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA DE SAN NICOLÁS, TEQUISQUIAPAN, QUERÉTARO (MÉXICO)”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

MONICA RESENDIZ ALVAREZ

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

DR. JUAN JOSE MAZON RAMIREZ

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROSA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

SANTIAGO DE QUERETARO, QRO. DICIEMBRE 2017

AGRADECIMIENTOS

Expreso mis agradecimientos a todas las personas que de una u otra manera han dado valiosas aportaciones para realizar esta investigación

Mi sincero agradecimiento:

A la secretaría de salud del estado de Querétaro

A universidad nacional autónoma de México

A los profesores que compartieron tiempo y conocimientos Dr. Ramón Alfonso Mancillas Ortiz y Dr. Javier López Sánchez, médicos familiares

A mi familia que me apoyo para realizar este sueño, ya que sin ellos no estaría donde estoy haciendo lo que me gusta.

1.- TITULO

“CAUSAS DE NO APEGO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICODEGENERATIVAS EN LA UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA DE SAN NICOLÁS, TEQUISQUIAPAN, QUERÉTARO (MÉXICO)”

ÍNDICE GENERAL

| | |
|---|-----------|
| AGRADECIMIENTOS | 4 |
| 1. TÍTULO | 5 |
| 2. ÍNDICE GENERAL | 6 |
| 3. INTRODUCCIÓN | 7 |
| 4. MARCO TEÓRICO | 9 |
| 5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 19 |
| 6. JUSTIFICACIÓN | 20 |
| 7. OBJETIVOS | 21 |
| GENERAL | 21 |
| ESPECÍFICOS | 21 |
| 8. METODOLOGÍA | 22 |
| TIPO DE ESTUDIO | 22 |
| POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO | 22 |
| TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA..... | 23 |
| CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION..... | 23 |
| VARIABLES | 23 |
| MÉTODO DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN | 24 |
| 9. RESULTADOS | 25 |
| DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS | 25 |
| TABLAS Y GRÁFICAS | 29 |
| 10. DISCUSIÓN (ANÁLISIS) DE RESULTADOS | 54 |
| 11. CONCLUSIONES | 56 |
| 12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 57 |
| 13. ANEXOS | 61 |

3.- INTRODUCCIÓN

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas. Se estima que, en general, un 20-50% de los pacientes no toma sus medicaciones como están prescritos, aunque la tasa de incumplimiento puede variar según la patología.

En el contexto de las enfermedades crónicas, la OMS considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios. ¹

Así, en un estudio sobre diabetes y enfermedad cardíaca, los pacientes con falta de adherencia tenían tasas de mortalidad significativamente más altas que los pacientes cumplidores (12,1% vs 6,7%), y en otro estudio en pacientes con diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia e insuficiencia cardíaca, encontraron que para todas estas patologías las tasas de hospitalización eran significativamente más altas en pacientes con baja adherencia (13% vs 30% paradiabéticos; 19% vs 28% en hipertensión). ²

Resulta sorprendente que, si bien todos conocemos que aproximadamente uno de cada dos pacientes crónicos no toma adecuadamente su medicación, en la práctica diaria no hemos integrado este hecho como causa del fracaso terapéutico, conduciendo frecuentemente a la realización de pruebas innecesarias o intensificación de tratamientos que pueden incrementar los riesgos para el paciente.

En este trabajo se pretende llamar la atención sobre este problema y hacer notar cuáles son las causas principales en nuestra población específicamente, para posteriormente poder incidir en ellas. Se hará referencia exclusivamente a la adherencia al tratamiento farmacológico, especialmente de patologías crónicas, aunque también puede existir falta de adherencia a recomendaciones

sobrecambiosde estilo de vida u otras recomendaciones en materia de salud.

Se estima que alrededor del 30% de los medicamentos formulados son utilizados en adultos mayores o ancianos, pero cerca del 50% de ellos no siguen los esquemas de tratamiento prescritos por el médico tratante. Esto es especialmente grave si tenemos en cuenta que el 86% de las personas de edad avanzada padecen de al menos una enfermedad crónica que requiere mediación. ¹

4.- MARCO TEÓRICO

Desde el decenio de 1980 y principios de 1990 se ha resaltado la importancia del apego a los tratamientos, entendiendo esto como la conducta del paciente que coincide con la indicación médica prescrita en relación con la forma y tiempos de administrar los medicamentos, las dietas y los cambios en el estilo de vida.³

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las enfermedades crónicas (cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, cáncer y diabetes) son la principal causa de muerte en el mundo y su impacto aumenta continuamente, así mismo se resaltan las repercusiones económicas de las enfermedades crónicas. Se propuso una disminución del 2% anual en la mortalidad desde el 2005 hasta el 2015, lo cual no se ha logrado. Los planteamientos de la OMS en relación a detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas refuerzan la necesidad de tener a disposición estrategias de intervención eficaces y al alcance de todas las personas afectadas. Un adecuado apego al tratamiento farmacológico representa mayor porcentaje de control metabólico lo cual disminuye el riesgo de complicaciones³

El mundo moderno y sus avances tecnológicos han permitido el desarrollo de potentes medicamentos que han incrementado la esperanza de vida, puesto que pueden corregir y prevenir la progresión de muchos padecimientos. Sin embargo, el impacto positivo de dichos avances pierde fuerza en la medida en que los pacientes no siguen las indicaciones médicas.

La adherencia al tratamiento debe ser considerado como una pieza clave en el éxito de los programas de intervención en salud. La adhesión al tratamiento es entendida como la colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento, para obtener unas mejores condiciones de salud y de vida, que van más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud. Según Meichenbaum y Turk (1991) el término adhesión se emplea para hacer referencia a una implicación más activa y de colaboración voluntaria del

paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado.

Este fenómeno de falta de apego al tratamiento puede ocurrir en pacientes con padecimientos agudos o crónicos, el problema es más evidente en los tratamientos a largo plazo.⁴ Existe mucha experiencia en este tema en pacientes con tuberculosis, entre las causas del mal apego destacan: desconocimiento de la enfermedad, mala relación con el médico, tiempos de consulta muy pequeños, escolaridad baja, situación económica, intolerancia al medicamento, uso de tratamientos alternativos, etcétera.⁵⁻⁷ La falta de apego a los tratamientos repercute en el escaso o nulo control de las enfermedades,^{13, 14} lo que favorece la aparición de complicaciones, así como en términos económicos; por ejemplo, se calcula que más de 10% de las hospitalizaciones son por esta causa.⁸⁻⁹

Así mismo Bimbela (2002), propone que es la estrategia que permite que el paciente se mantenga y continúe el tratamiento y de esta manera logre cambios significativos en su comportamiento que mejoren su vida. Por su parte Amigo, Fernández y Pérez (1998) definen la adhesión terapéutica o conducta meta, como la incorporación en las rutinas cotidianas de la persona de nuevos hábitos beneficiosos para el sujeto.³

Para la OMS la adherencia al tratamiento está definida como el grado en el cual el comportamiento del paciente, la toma de los medicamentos, la dieta, y la introducción de los cambios en sus estilos de vida, responden a las indicaciones y recomendaciones dadas por el profesional de la salud.³

A su vez la OMS plantea que es fundamental la conformidad del paciente con su tratamiento respecto a las recomendaciones que le da el prestador de salud, ya que apoya que los pacientes deben ser socios activos con los profesionales de la salud en su propia atención, y que es necesaria una buena comunicación entre ambos, como requisito esencial para una práctica clínica efectiva. Por lo anterior

es factible considerar que la mayoría de las enfermedades de alta incidencia en la población se podrían prevenir, tratar y curar con un compromiso activo por parte del paciente y la entidad de salud que lo atiende. ³

Su contraparte, la no-adherencia es un fenómeno mundial de graves consecuencias, pérdida del control de la enfermedad, altos costos en el sistema de salud por incremento en ingresos y readmisiones hospitalarias, altos costos familiares y pérdida de la calidad de vida.

La no-adherencia al tratamiento es un problema que se presenta en todas las edades, desde los niños hasta los ancianos. Se observa en casi todos los estadios de las enfermedades crónicas y tiende a empeorar a medida que el paciente lleva más tiempo con la terapia. ¹

La adherencia o apego se ha definido como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para:

- asistir a las consultas programadas
- tomar los medicamentos como se le prescribieron
- realizar cambios de estilo de vida recomendados
- completar los análisis o pruebas recomendadas

Por el contrario la no-adherencia o no apego se define como la falta en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida; un ejemplo de ello son los problemas relacionados con los medicamentos. La falla en seguir los esquemas de tratamiento indicados por el médico o por el personal de salud, en esencia, una decisión personal de causa multifactorial.

Muchos pacientes hacen un análisis propio del riesgo-beneficio de la necesidad versus conveniencia de tomar el o los medicamentos considerando cuatro factores:

- qué tan alta es la prioridad de tomar la medicación
- la percepción de la gravedad de la enfermedad
- la credibilidad en la eficacia de la medicación
- aceptación personal de los cambios recomendados

Se considera a la no-adherencia o no-apego como la mayor causa de falla terapéutica, generalmente atribuida al paciente.

Sin embargo, la complejidad del fenómeno requiere un abordaje multidimensional, que integre la perspectiva paciente-médico-sistema de salud.

La frecuencia de la no-adherencia puede variar, inclusive un mismo individuo puede cumplir con un esquema de medicación y con otro no. Además el comportamiento del individuo puede variar en el tiempo debido a la percepción del individuo, de la eficacia de la medicación, factores económicos, ambientales, socioculturales, ambientales, etcétera.

Meichembaum y Turk (1991) identificaron cuatro factores asociados a la no-adherencia terapéutica; asociados con el paciente, factores ambientales, factores asociados al medicamento y la interacción médico-paciente.

Entre los factores asociados al paciente se encuentran el deterioro sensorial, ya que si el paciente presenta pérdida de la visión y/o audición, esto puede conducir a que el paciente no obtenga la información adecuada cuando se le imparten las instrucciones verbales o escritas, a esto aunado la dificultad para desplazarse, la pérdida de destreza para abrir envases, etcétera. También el deterioro cognoscitivo y los estados alterados de ánimo influyen en el procesamiento de la información acerca de su tratamiento.

Hay aspectos de la enfermedad, por ejemplo ocasiones en las que el paciente se adapta a los síntomas y prefiere vivir con ellos que seguir el esquema de tratamiento. Hay menor adherencia cuando el tratamiento es preventivo o cuando no hay consecuencias inmediatas.

En cuanto al factor ambiental o social el paciente que vive solo con frecuencia falla en cumplir con la adherencia al tratamiento. Aquí podemos incluir varios factores influyentes como el aislamiento social, las creencias sociales, los mitos en salud.

Ahora el factor asociado al medicamento, en general se considera que hay alta adherencia al tratamiento cuando este es corto y por tiempo limitado y se disminuye la adherencia en el caso de procesos crónicos, polifarmacia, dosificación con esquema complicado y vía de administración que requiera personal entrenado y cuando el medicamento exhibe eventos adversos de consideración. Esto conlleva situaciones tales como: omitir dosis, duplicar dosis, tomarlo a horas inadecuadas o con alimentos o bebidas inadecuadas, tomar medicamentos caducados o mal almacenados. Y de esto se deriva que las fallas en recibir la medicación ocasionan el 54% de las consultas hospitalarias y el 58% de las hospitalizaciones ^{1,3}

Según la American Heart Association en investigaciones realizadas en el 2005 en Estados Unidos de América reporta que se realizan cerca de 2.7 billones de prescripciones al año, de esas son despachadas solo el 44%. El 66% de los estadounidenses toman medicamentos, 44% son prescritos y el resto automedicados.

Alrededor de 32 millones de estadounidenses toman 3 o más medicamentos, de estos el 22% toman menos de la cantidad prescrita, el 12% no completan la prescripción o no la toman luego de comprarla; el 59% toman los medicamentos inadecuadamente.

En lo que se refiere a la interacción médico-paciente es muy importante la calidad y la claridad de las instrucciones dadas por el médico tratante con relación a la duración, forma y horarios de la medicación. La adherencia se puede afectar si el paciente no resuelve sus dudas o si la comunicación médico-paciente es deficiente en ambos sentidos. La duración de la consulta también es causa de no-

adherencia si no se dispone del tiempo suficiente para explicar el tratamiento sobre todo si el esquema es complejo. ²

La adherencia a los tratamientos y la prevención de la aparición y progresión de los factores de riesgo, son objetivos que demandan un cambio sostenido en las conductas de las personas frente al cuidado de su salud. Es aquí donde el modelo de atención tradicional encuentra una barrera. Es evidente que no basta con que el médico entregue las indicaciones adecuadas a cada paciente en una consulta que, con suerte, se prolonga por 20 minutos. Es durante el período intermedio entre una atención y la próxima donde realmente se pone en juego la efectividad del tratamiento y la prevención del daño en salud. ²

Conocer el grado de apego al tratamiento se ha convertido en una necesidad para los servicios de salud en México y en el mundo. Y más específicamente las causas a nivel local.

Los resultados de los estudios de adherencia son bastante sombríos, ya que se considera que los pacientes cumplen aproximadamente el 75% de las citas que toman por sí mismos, pero solo el 50% de las citas asignadas para ellos por el profesional de la salud, por la necesidad de un seguimiento. Para la toma de medicamento a corto plazo, la adhesión es de 75% en los primeros días, y se cree que menos del 25% de los pacientes ambulatorios completan el curso del tratamiento.

La adhesión con las medicaciones, en general, es de 50%, independientemente de si se intentan prevenir o aliviar los síntomas. Se estima que el 40% de los pacientes no cumplen con las recomendaciones terapéuticas en general. ¹⁰

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL APEGO ASOCIADOS AL PACIENTE

Las personas diagnosticadas con alguna enfermedad crónica, tienden a pasar por una serie de reacciones emocionales que incluyen síntomas depresivos, ansiedad,

enojo o estrés, que *per se* causan desequilibrios metabólicos, si a esto se le agrega falta de adherencia al tratamiento, el resultado puede ser catastrófico.

Entre los principales factores que dificultan la adherencia están: el deterioro cognoscitivo, los estados alterados de ánimo, el deterioro sensorial y la pérdida de visión o audición. Pese a que se sabe que el estrés juega un papel importante dentro del conjunto de trastornos a la salud física, así como emocional y psicológica, en México no se cuenta con estadísticas para apreciar su magnitud y su relación con el control metabólico en pacientes con Diabetes tipo 2.

Sánchez y colaboradores encontró una asociación entre deterioro sensorial y alteraciones del estado de ánimo (estrés y depresión) con el no apego al tratamiento farmacológico y el descontrol metabólico en el que el 67% de los pacientes presentan estrés y el 27 % presentan algún grado de depresión e invariablemente se encuentran descontrolados metabólicamente. ¹¹

En otro estudio se identificaron 1326 pacientes diagnosticados con diabetes tipo 2, de estos el 35.5% con depresión y el resto sin ella. Los resultados del estudio indicaron que los pacientes con depresión presentaban una adherencia significativamente menor que los (66%) que los pacientes sin depresión (73%) ¹²

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS RELACIONADAS CON EL APEGO AL TRATAMIENTO

EDAD

No hay unificación respecto a la edad de mayor riesgo para el abandono. Orozco y colaboradores encontraron que por cada año más que la persona tenía, su apego al tratamiento mejoraba. ¹³ Galvan y Santiuste encontraron que pacientes con edades extremas (menores de 15 años y mayores de 54 años) tenían mejores tasas de adherencia que los de edad intermedia (84%

frente a 63%) (14). Esta discrepancia entre los hallazgos encontrados sustenta la necesidad de más investigación y estandarización de los rangos de edad en las distintas poblaciones y comunidades.

GENERO

La literatura apoya la premisa de que los hombres tienden a abandonar más que las mujeres. Gaviria y colaboradores estudiaron el abandono en hombres comparado con mujeres en el grupo de 15-44 años, y encontraron que los hombres abandonaban 1.5 veces más que las mujeres ¹⁵, en otro estudio realizado en Ghana, se encontró que las mujeres además de tener el mejor apego también representaban las mejores tasas de curación ¹⁶.

ESCOLARIDAD

A menor nivel educativo mayor probabilidad de abandono, esto explicado principalmente porque a menor nivel educativo se hace más difícil la comunicación tanto con el personal de salud como con la familia. En Barcelona encontraron que los pacientes analfabetas tenían un mayor riesgo de abandonar el tratamiento que aquellos con algún grado de escolaridad. ¹⁷

ESTADO CIVIL

Estudios señalan que los pacientes solteros tienen la mitad del riesgo de abandono (6.1%), comparado con los casados (12.6%), mientras que los viudos, separados y divorciados tienen un 14.3%. El estado civil casado y la convivencia con su familia como un componente del apoyo familiar que se brinde al paciente es un factor que conlleva mejor apego al tratamiento. ¹⁸

OCUPACIÓN

Esto se encuentra más relacionado al hecho de que los pacientes con algún empleo la literatura los señala con mayor poder adquisitivo lo que representa acceso a mejores tratamientos y a la asistencia constante a citas

médicas por la situación económica mejor que le representa su ingreso por empleo.¹⁹

FACTORES ASOCIADOS AL MEDICAMENTO RELACIONADOS CON EL APEGO AL TRATAMIENTO

Es fundamental tener en cuenta que la toma del medicamento es importante para el avance hacia un control metabólico adecuado, evitando las diferentes complicaciones.

Hay un consenso en la literatura de que las tasas de apego declinan con el tiempo de tratamiento por lo cual se admite que un buen nivel de apego en el inicio del tratamiento es predictor de buen apego a largo plazo.²⁰

Un estudio en Estados Unidos evaluó los factores de apego al tratamiento antidepresivo por 3 meses; este reveló que el apego fue bueno en el primer mes (82%) y se redujo de modo lineal y significativo a los 3 meses (69%).

Está comprobado que la cantidad de medicamentos que el paciente tiene que tomar es inversamente proporcional al apego al tratamiento. Es importante mencionar que la polifarmacia es definida como el uso de dos o más medicamentos durante mínimo 240 días del año y la polifarmacia mayor, más de cinco medicamentos durante el mismo periodo de tiempo.²¹

En un estudio realizado por Pérez y colaboradores, en pacientes con VIH se observó que los pacientes que presentaron efectos secundarios como malestar estomacal, mareo, cefalea y náusea, tuvieron 2.2 más probabilidad de abandonar el tratamiento que los que no los presentaron.²² Por otra parte, es difícil calcular el porcentaje de surtimiento en general en los servicios de salud pero es otro de los factores que influyen en el apego al tratamiento farmacológico.

INTERACCIÓN MÉDICO-PACIENTE Y APEGO A TRATAMIENTO.

La adecuada comunicación entre el personal de salud y el paciente esta descrita como un factor que determina el apego. Los profesionales han sido señalados como responsables del cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes, ya que se ha planteado que un elevado porcentaje de los pacientes son dados de alta con insuficiente planificación de su tratamiento y escasa información sobre las características de su enfermedad, la forma de tomar los medicamentos, los posibles efectos secundarios, e incluso sobre los riesgos. ^{23, 24}

Un estudio menciona que el 84.3% de los pacientes se encuentran sin riesgo de no apego ya que se considera que la interacción del profesional de la salud del paciente cobra una notable importancia por la existencia de una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente en cuanto a esta relación. ^{25, 26}

Como consecuencia de una mala relación entre el médico y el paciente se observan mayores tasas de no adherencia al tratamiento médico, automedicación y asistencia tardía a los centros de salud. Todo esto acarrea consigo un aumento en la morbilidad, resistencia medicamentosa, seguimientos inadecuados de las enfermedades y altos costos de los tratamientos. ²⁷

Para que el plan terapéutico se lleve a cabo debemos lograr el mayor apego posible, teniendo en cuenta todos los elementos planteados y los que específicamente influyen sobre ella. Con especial énfasis en brindar información y derribar las barreras derivadas de las creencias, prejuicios, miedos respecto a la enfermedad, y considerando esencial la participación activa de la familia en todo el proceso. ²⁸

5.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Las enfermedades crónico degenerativas (Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, Dislipidemias, Obesidad y Síndrome Metabólico) son un problema de salud pública, cuyas repercusiones económicas en los sistemas de salud son invariablemente catastróficas, la gran variedad de factores involucrados en el control de estos padecimientos genera un conflicto importante en la práctica médica lo cual redundará en la inminente aparición de complicaciones en la salud de los pacientes. Hasta el momento se han propuesto diversas alternativas de acompañamiento a los pacientes en aras de lograr el control del padecimiento crónico y las complicaciones del mismo a largo plazo, por lo tanto un panorama acerca de las causales involucradas en la falta de apego a tratamiento en los pacientes con enfermedades crónicas, y específicamente en una unidad de atención médica rural, representaría una herramienta valiosa en las estrategias de control y el logro de metas de tratamiento de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas. El centro de salud San Nicolás no es la excepción, en el ejercicio de la práctica diaria en la consulta hemos observado mal apego a tratamiento y por lo tanto descontrol en el tratamiento por lo que nos hacemos la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las causas de no apego al tratamiento en pacientes con enfermedades crónico degenerativas?

6.-JUSTIFICACION:

Actualmente en el centro de salud existe un porcentaje variable, en cuanto a control de enfermedades crónicas y sería de gran utilidad aumentar la tasa de control, por lo que al existir una relación directa entre el apego farmacológico de los pacientes con enfermedades crónicas y el control de las enfermedades crónicas, así como la progresión de las complicaciones, se obtiene la pauta para implementar estrategias en la mejora del mismo, lo cual redundaría directamente en la disminución de la incidencia de complicaciones en la población con enfermedades cronicodegenerativas, las cuales como sabemos generan altos costos en los sistemas de salud actualmente y a su vez en cada una de la familias de estos pacientes. Siendo de gran utilidad la caracterización de la población objetivo de este estudio en particular.

7.- OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar las causas de no apego farmacológico en pacientes con enfermedades crónico degenerativas en la unidad de consulta externa de San Nicolás, Tequisquiapan, Querétaro.

ESPECIFICOS

- Especificar las características sociodemográficas relacionadas con el apego:
 - Genero
 - Edad
 - Estado civil
 - Escolaridad
 - Ocupación
- Determinar los factores asociados al medicamento :
 - Intensidad de los efectos adversos
 - Disponibilidad
 - Dificultad para tomarlo
- Investigar la percepción del paciente hacia la relación médico paciente
- Determinar factores asociados al paciente
 - Uso de recordatorio para tomar el medicamento
 - Estrés
 - Depresión

8.- METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Estudio prospectivo, analítico y transversal.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

Todos los pacientes con diagnóstico de alguna enfermedad crónico degenerativa que acuden a la consulta externa del centro de salud de San Nicolás, Tequisquiapan de enero 2016 a diciembre 2016.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se encuestó a la totalidad de pacientes usuarios del centro de salud de San Nicolás, Tequisquiapan con diagnóstico de enfermedad crónica.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes con diagnóstico de alguna enfermedad crónico degenerativa que estén registrados en el control de pacientes del centro de salud de San Nicolás, Tequisquiapan.

Que acepte participar en el presente estudio mediante la firma del consentimiento informado

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Paciente que no acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Pacientes con cuestionario incompleto

Pacientes con cuestionario mal contestado

VARIABLES A RECOLECTAR

Variable dependiente: la situación metabólica de los padecimientos crónicos de los sujetos de estudio.

Variable independiente: variables sociodemográficas, factores relativos al medicamento, a la relación médico paciente y relacionados al paciente.

MÉTODO

Una vez realizado el anteproyecto se puso a consideración del comité estatal de investigación para obtener su registro y visto bueno para llevarlo a cabo, de la misma forma se presenta el proyecto en la unidad de salud para su realización. Para aplicar el cuestionario se capacito un personal de enfermería. (Anexo B) en el que se registraron información sobre datos sociodemográficos generales. (Edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil.) así como ítems dirigidos a determinar los factores relacionados al apego al tratamiento médico, se realizó de lunes a viernes en turno matutino de 8:30 a las 14:00 horas, conforme el paciente fue a demandar los servicios de la unidad. se les invito e informo de la participación del estudio, en todo momento se especificó que la participación es exclusivamente voluntaria, al aceptar participar, y otorgarse el consentimiento informado, se procedió a la recolección de datos, hasta completar la totalidad de los pacientes adscritos a la unidad de salud, se completó en 3 meses ya que en el primer mes aún faltaban pacientes por encuestar. El tiempo promedio de utilización para la aplicación del cuestionario fue de 3 - 5 minutos, al terminar la captura de datos finaliza la participación del sujeto de estudio.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud de Materia de la investigación sin riesgo alguno para las personas sometidas a este estudio, ya que la información que se obtendrá de los cuestionarios no atenta de ninguna manera contra la integridad física ni moral de ellas. Ya que este estudio es de tipo observacional, Ninguno de los datos a recolectarse implica algún tipo de afectación en la reputación, condición social, civil o legal de la persona. No

existirá ningún tipo de compensación a los sujetos participantes. El beneficio de participación será exclusivamente social, al permitir mejorar los conocimientos sobre la patología en estudio y sus posibles determinantes, además previa toma de información de cada paciente se obtiene el consentimiento informado (ANEXO A)

Confidencialidad: Toda la información será manejada confidencialmente y su empleo será exclusivamente estadístico

9.- RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

Cuadro y gráfica n° 1: en el presente estudio se entrevistaron 279 sujetos mostraron una media de edad de 58.5 años, una mediana de 58 años, una moda de 52, una desviación estándar de 14.4 años, una edad mínima de 18 años y una máxima de 94 años.

Cuadro y grafica n° 2: según el género de los sujetos de estudio el 28.7% (80) correspondieron a masculinos y el 71.3% (199) fueron femeninos.

Cuadro y grafica n° 3: en cuanto al estado civil se encontró que de los 279 sujetos de estudio, el 53% (148) eran casados, el 42.3% (118) estaban en unión libre, el 2.9% (8) eran viudos y el 1.8% (5) eran solteros.

Cuadro y grafica n° 4: dentro del grupo de estudio se encontró que el 52.7% (147) tenían secundaria terminada, el 29.4% (82) tenían primaria terminada, el 14% (39), solo leen y escriben, el 2.2% (6) sin ninguna escolaridad, el 1.4% (4) con preparatoria y el 0.4% (1) con estudios técnicos.

Cuadro y grafica n° 5: en cuanto a la ocupación se encontró que el 65.6% (183) se dedicaban al hogar, el 21.1% (59) eran jornaleros, el 9.7% (27) eran empleados, el 0.7% (2) eran obreros y el 0.7% (2) tenían otra ocupación que en este caso eran mecánicos.

Cuadro y grafica n° 6: respecto a los diagnósticos de los sujetos de estudio, se observó que 41.2% (115) tenían síndrome metabólico, el 40.9% (114) tenían hipertensión esencial y el 17.9% (50) tenían diabetes tipo 2.

Cuadro y grafica nº 7: de acuerdo a la situación de control del padecimiento de los sujetos de estudio se observó que el 64.5% (180) estaban controlados y el 35.5% (99) estaban descontrolados.

Cuadro y grafica nº 8: con relación al apego o no apego atribuible al paciente se encontró que el 67.4% (188) si tenían apego al tratamiento y el 32.6% (91) no tenían apego al tratamiento.

Cuadro y grafica nº 9: en cuanto a cómo calificaron la relación con su médico tratante se encontró que el 46.2% (129) calificaron la relación como regular, el 39.8% (111) como mejorable, el 9.7% (27) como buena, el 2.2% (6) algo mala y el 2.2% (6) como mala.

Cuadro y grafica nº 10: respecto a los efectos secundarios ocasionados por el medicamento, los sujetos manifestaron el 81% (226) como buenos y el 19% (53) como malos.

Cuadro y grafica nº 11: al considerar la dificultad para tomar los medicamentos el 71% (198) no tuvo dificultad y el 29% (81) si tuvieron dificultad.

Cuadro y grafica nº 12: de los sujetos de estudio el 60.2% (168) si recordaban el nombre de los medicamentos prescritos y el 39.8% (111) no recordaban el nombre.

Cuadro y grafica nº 13: respecto a los días que han dejado de tomar los medicamentos se encontró una media de 2.3 días, una mediana de 0 días, una desviación estándar de 5.1 días, un máximo de 60 días y un mínimo de 0 días.

Cuadro y grafica n° 14: de los sujetos estudiados el 55.6% (155) utilizaron alguna estrategia como recordatorio para tomar sus medicamentos y el 44.4% (124) no la tienen.

Cuadro y grafica n° 15: con relación a la situación actual metabólica de los 279 sujetos, 180 (64.5%) estaban controlados y 99 (35.5%) no lo estaban. Por grupos de edad se encontró que los grupos de edad 41-60, 61-80 y 81-100, el 61.8%, 68.2%, 64% estaban controlados respectivamente.

Cuadro y grafica n° 16: el control metabólico en relación al género se observó que de 199 mujeres el 64.8% (129) estaban controladas, y de 80 hombres el 63.8 (51) también lo estaban.

Cuadro y grafica n° 17: en el control metabólico y la escolaridad se encontró que los que están controlados fueron: escolaridad técnica el 100%, preparatoria el 75%, ninguna con el 66.7%, primaria 65.9%, lee y escribe 64.1%, secundaria 63.3%.

Cuadro y grafica n° 18: en el control metabólico y la ocupación de los sujetos de estudio se encontró que los que estaban controlados al momento del estudio fueron; obreros el 100%, desempleados el 83.3%, empleado el 81.5%, al hogar el 63.3%, jornalero el 61%.

Cuadro y grafica n° 19: con relación al control metabólico y si recuerdan el nombre de los medicamentos que toman se encontró que, los que sí lo recuerdan el 85.1% (143) están controlados y los que no lo recuerdan solo el 33.3% (37) están controlados.

Cuadro y gráfica n° 20: se observa que de los sujetos estudiados sin apego a tratamiento el 24.2% se encuentra controlado y el 75.8% descontrolado y de los

sujetos con apego a tratamiento el 84% se encuentran controlados y el 16% descontrolados.

Cuadro y gráfica nº 21: de acuerdo a la calificación dada a la relación médico paciente se encuentran controlados el 100% de los que la calificaron como mala, el 76.6% de los que la calificaron como mejorable, el 63% de los que la calificaron como buena, el 54.3% de los que la calificaron como regular y el 33.3% de los que la calificaron como algo mala.

Cuadro y gráfica nº 22: según los efectos del medicamento, el 69.8% de los sujetos de estudio con efectos malos estaban controlados y el 63.3% de los sujetos de estudio con efectos buenos del medicamento estaban controlados.

Cuadro y gráfica nº 23: el 86.5 % de los sujetos de estudio que usan una estrategia para recordar sus medicamentos se encuentran controlados y de los que no tiene estrategia de recordatorio el 37.1% se encuentran controlados.

Cuadro y gráfica nº 24: se encuentra controlados el 68.2% (101) de los sujetos casados, el 63.6% (75) de los sujetos en unión libre, el 40% (2) de los sujetos solteros y el 25% (2) de los sujetos viudos.

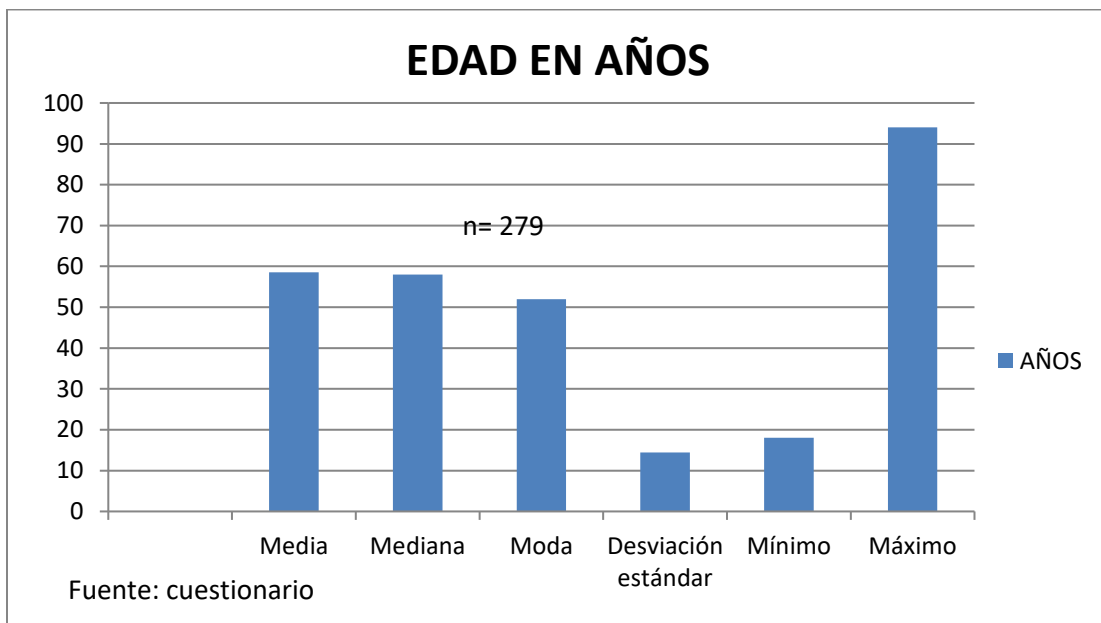
Cuadro y gráfica nº 25: de acuerdo a los diagnósticos de las enfermedades crónicas de los sujetos de estudio se encuentran controlados el 44% (22) de los sujetos con diabetes tipo 2, el 77.2% (88) de los sujetos con hipertensión arterial y el 60.9% (70) de los sujetos con síndrome metabólico.

TABLAS Y GRÁFICAS

CUADRO Y GRÁFICA N°1

EDAD EN AÑOS DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO

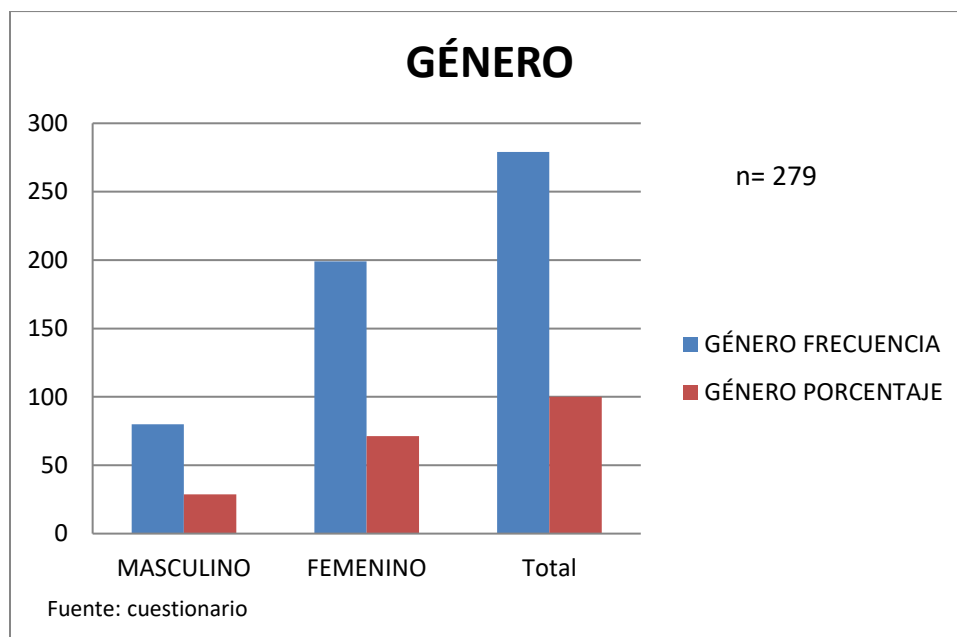
| | |
|---------------------|--------|
| Media | 58.54 |
| Mediana | 58.00 |
| Moda | 52 |
| Desviación estándar | 14.451 |
| Mínimo | 18 |
| Máximo | 94 |



CUADRO Y GRÁFICA N° 2

GÉNERO DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO

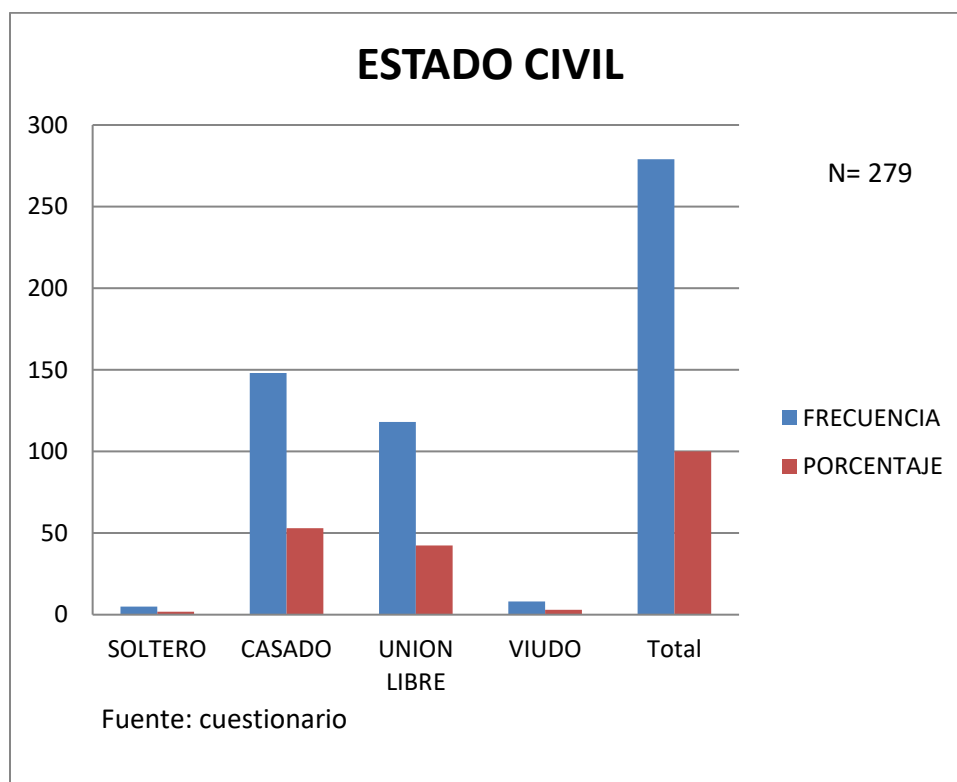
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------|------------|------------|
| MASCULINO | 80 | 28.7 |
| FEMENINO | 199 | 71.3 |
| Total | 279 | 100 |



CUADRO Y GRÁFICA N° 3

ESTADO CIVIL DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO

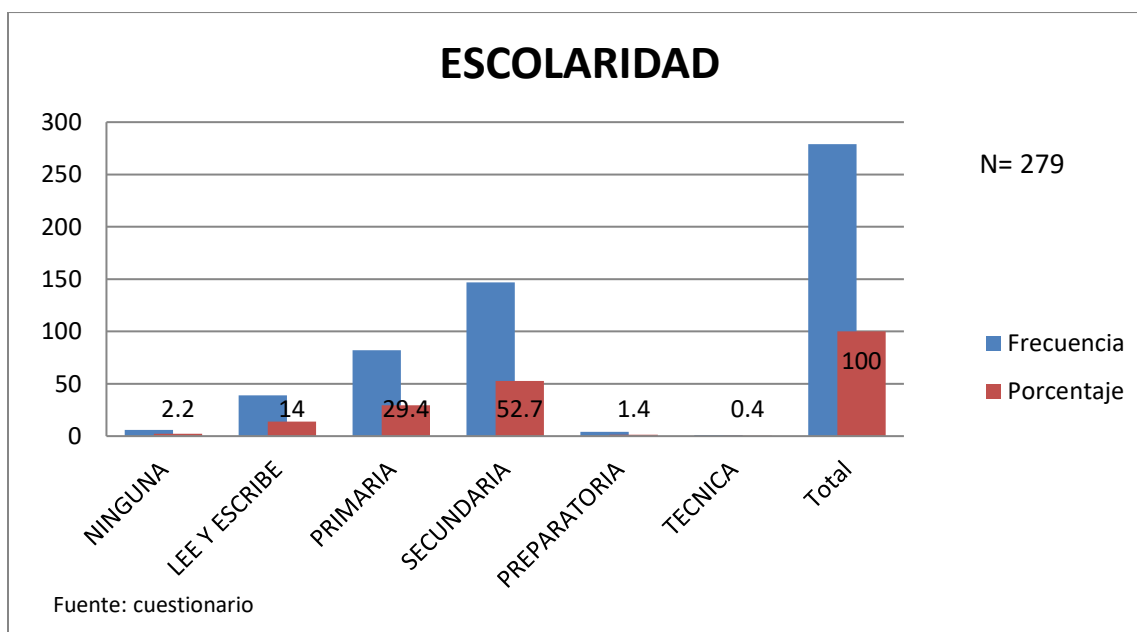
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------|------------|------------|
| SOLTERO | 5 | 1.8 |
| CASADO | 148 | 53.0 |
| UNION LIBRE | 118 | 42.3 |
| VIUDO | 8 | 2.9 |
| Total | 279 | 100.0 |



CUADRO Y GRÁFICA N° 4

ESCOLARIDAD DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO

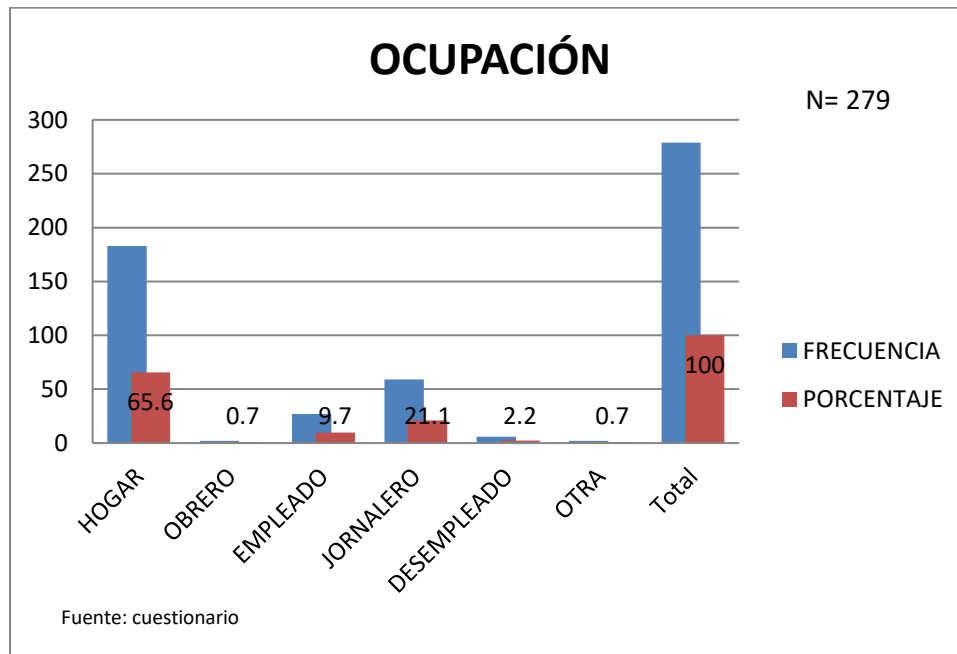
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------|------------|------------|
| NINGUNA | 6 | 2.2 |
| LEE Y ESCRIBE | 39 | 14.0 |
| PRIMARIA | 82 | 29.4 |
| SECUNDARIA | 147 | 52.7 |
| PREPARATORIA | 4 | 1.4 |
| TECNICA | 1 | .4 |
| Total | 279 | 100.0 |



CUADRO Y GRÁFICA N° 5

OCUPACION DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO

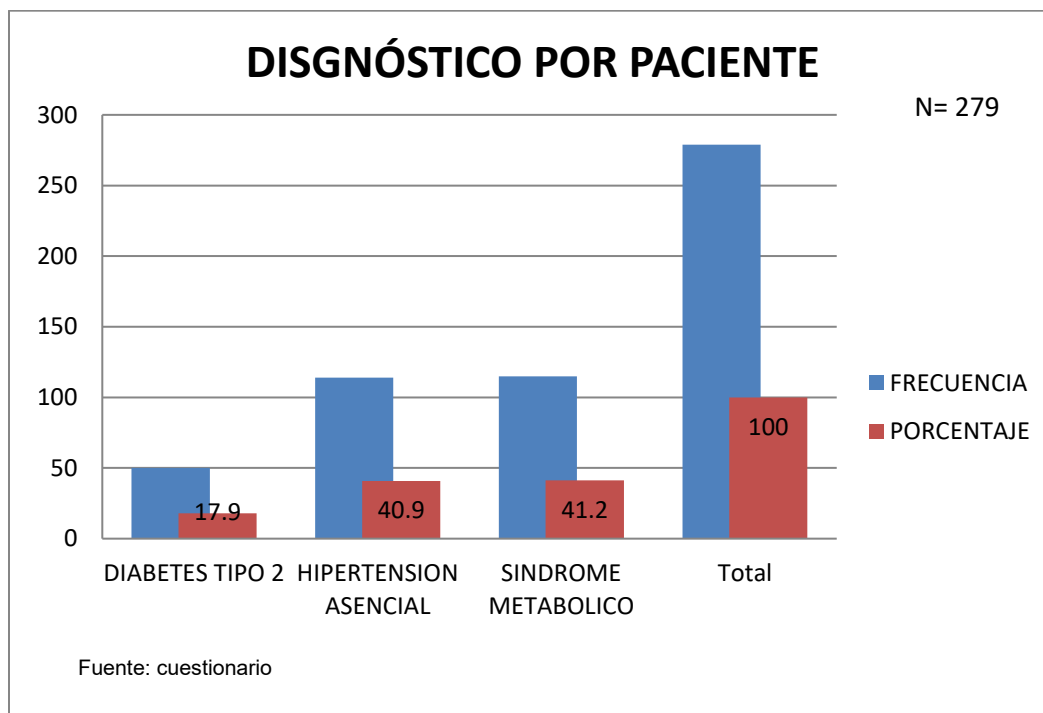
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------|------------|------------|
| HOGAR | 183 | 65.6 |
| OBRERO | 2 | .7 |
| EMPLEADO | 27 | 9.7 |
| JORNALERO | 59 | 21.1 |
| DESEMPLEADO | 6 | 2.2 |
| OTRA | 2 | .7 |
| Total | 279 | 100.0 |



CUADRO Y GRÁFICA N° 6

DIAGNOSTICO DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO

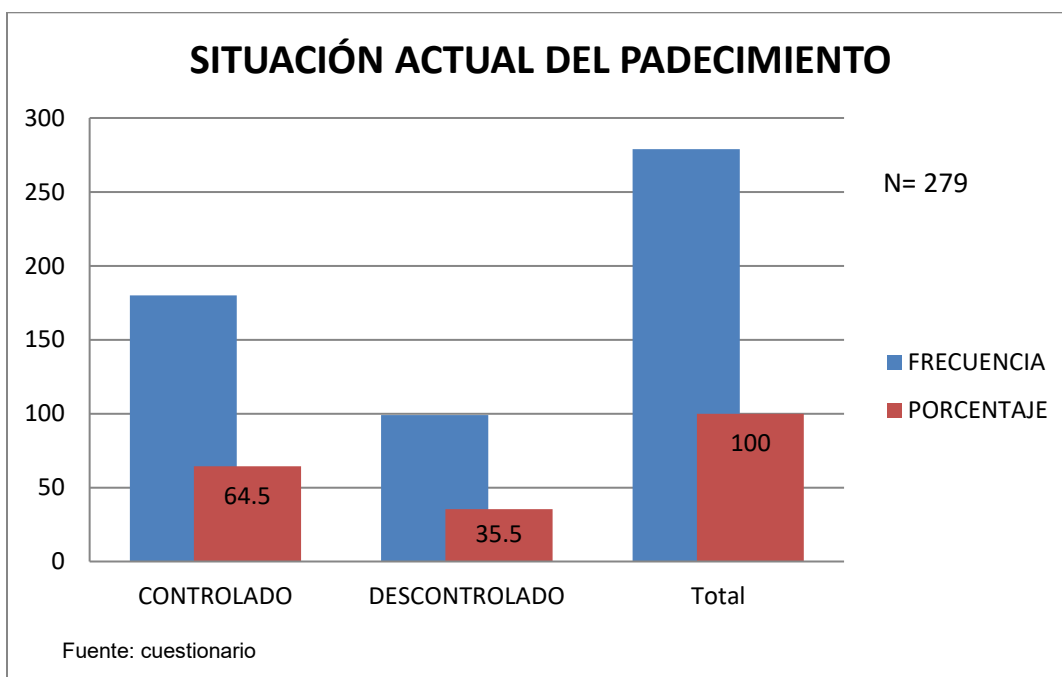
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------------|------------|------------|
| DIABETES TIPO 2 | 50 | 17.9 |
| HIPERTENSION ASENCIAL | 114 | 40.9 |
| SINDROME METABOLICO | 115 | 41.2 |
| Total | 279 | 100.0 |



CUADRO Y GRÁFICA N° 7

SITUACION ACTUAL METABOLICA

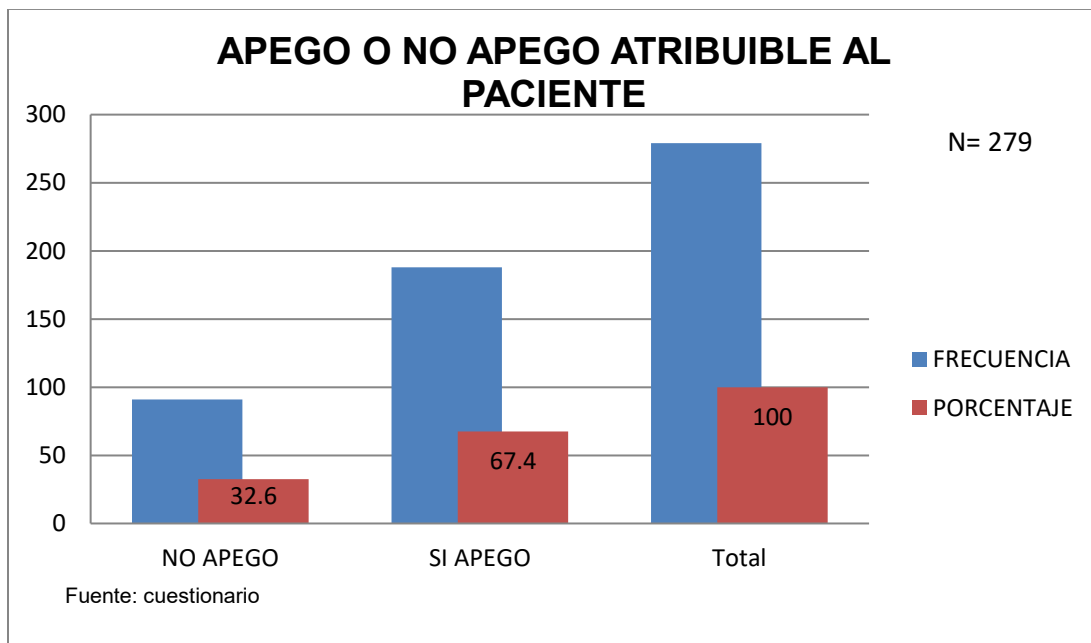
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------|------------|------------|
| CONTROLADO | 180 | 64.5 |
| DESCONTROLADO | 99 | 35.5 |
| Total | 279 | 100.0 |



CUADRO Y GRÁFICA N° 8

APEGO O NO APEGO ATRIBUIBLE AL PACIENTE

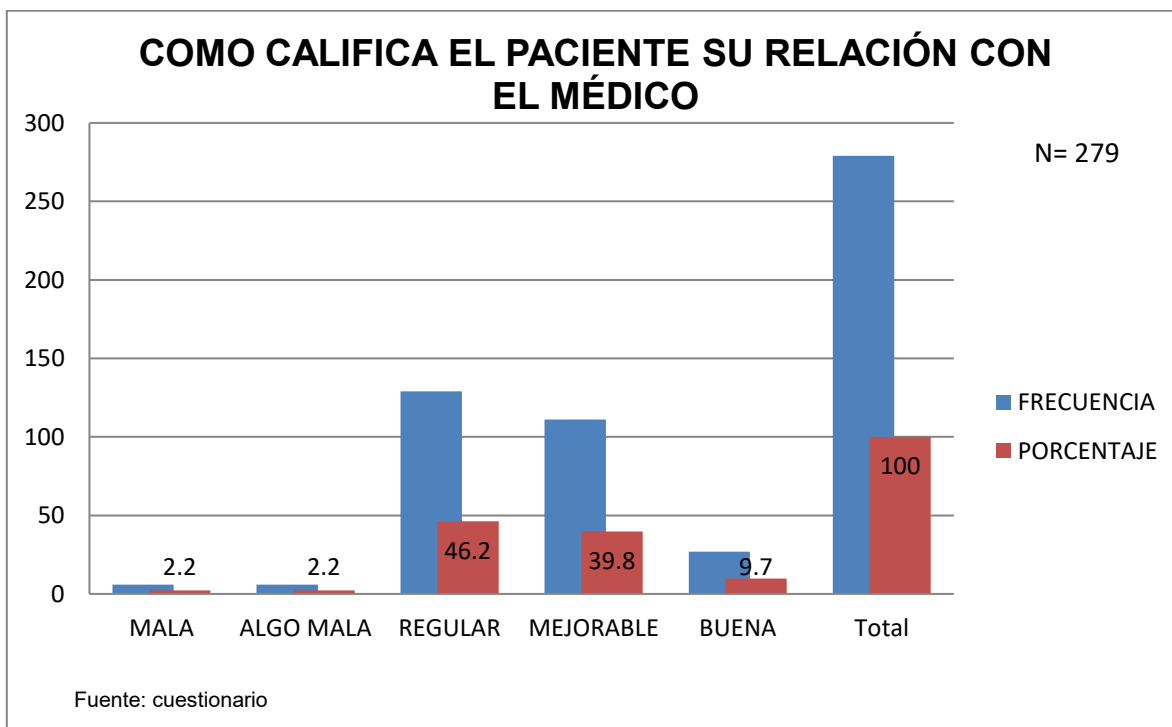
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------|------------|------------|
| NO APEGO | 91 | 32.6 |
| SI APEGO | 188 | 67.4 |
| Total | 279 | 100.0 |



CUADRO Y GRÁFICA N° 9

COMO CALIFICA LA RELACION MEDICO PACIENTE

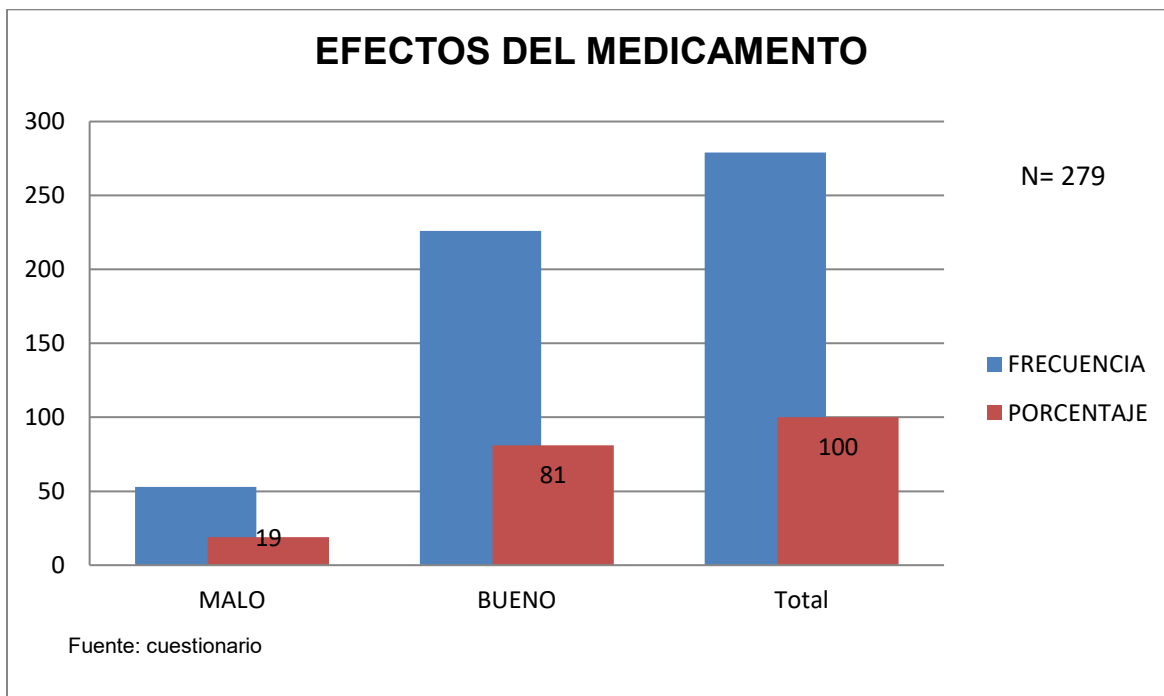
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------|------------|------------|
| MALA | 6 | 2.2 |
| ALGO MALA | 6 | 2.2 |
| REGULAR | 129 | 46.2 |
| MEJORABLE | 111 | 39.8 |
| BUENA | 27 | 9.7 |
| Total | 279 | 100.0 |



CUADRO Y GRÁFICA N° 10

COMO CALIFICA LOS EFECTOS DEL MEDICAMENTO

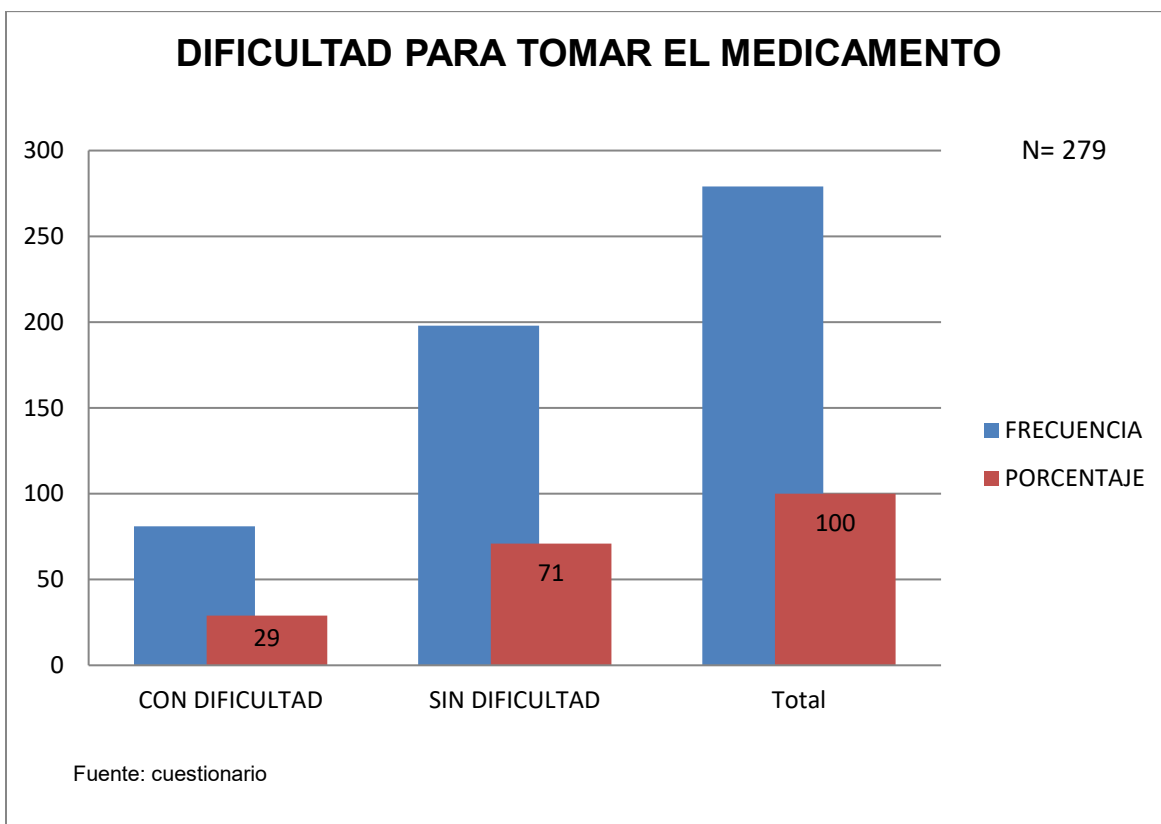
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------|------------|------------|
| MALO | 53 | 19.0 |
| BUENO | 226 | 81.0 |
| Total | 279 | 100.0 |



CUADRO Y GRÁFICA N° 11

COMO CALIFICA LA DIFICULTAD PARA TOMAR MEDICAMENTOS

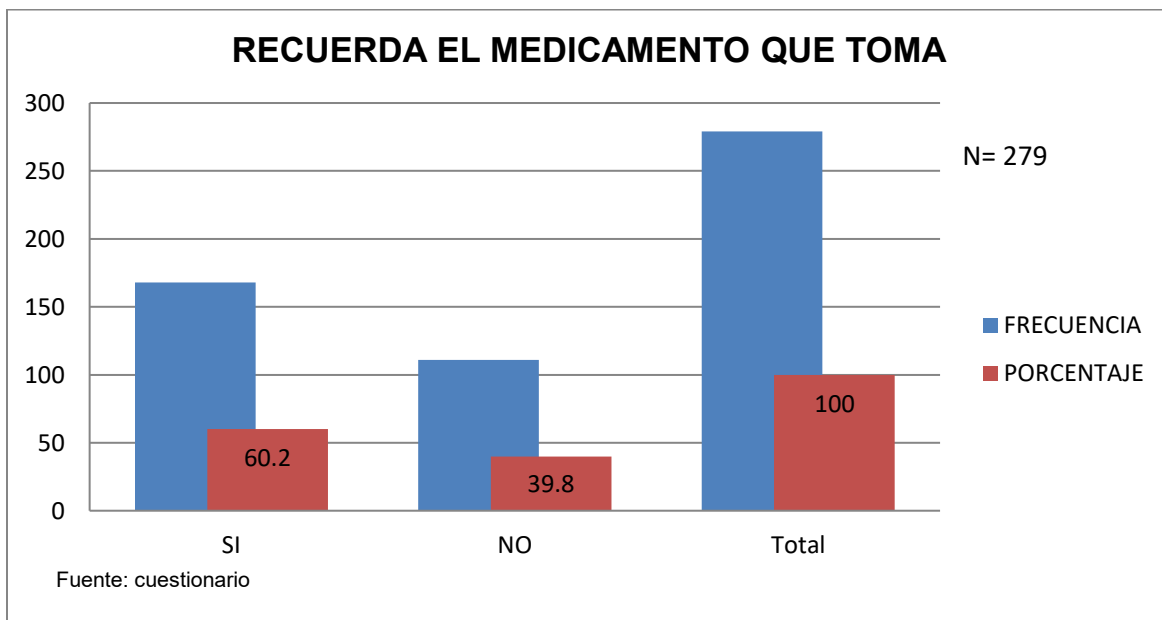
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------|------------|------------|
| MALO | 81 | 29.0 |
| BUENO | 198 | 71.0 |
| Total | 279 | 100.0 |



CUADRO Y GRÁFICA N° 12

RECUERDA EL NOMBRE DE LOS MEDICAMENTOS QUE TOMAN

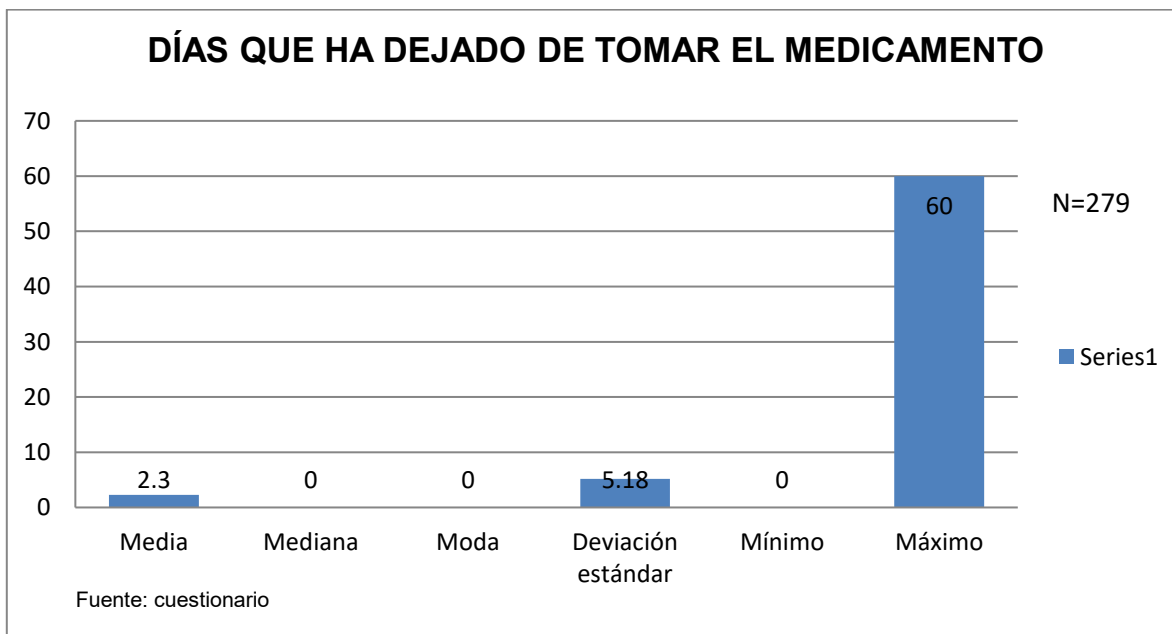
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------|------------|------------|
| SI | 168 | 60.2 |
| NO | 111 | 39.8 |
| Total | 279 | 100.0 |



CUADRO Y GRÁFICA N° 13

**DIAS QUE HAN DEJADO DE TOMAR EL
MEDICAMENTO**

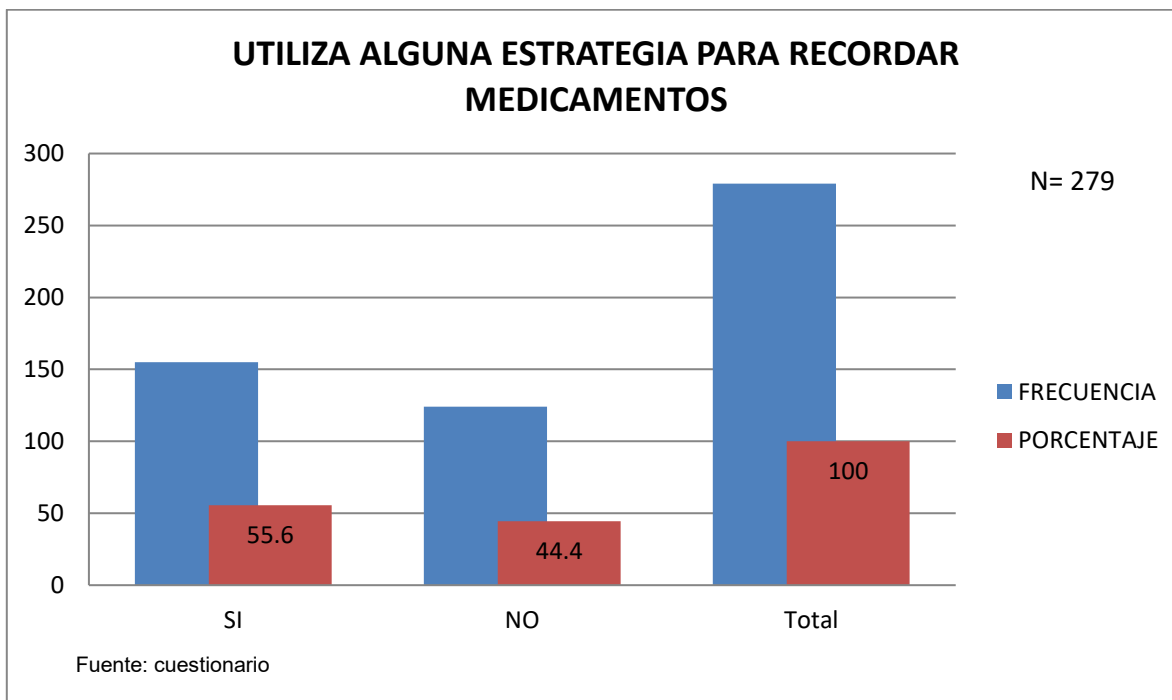
| | |
|---------------------|-------|
| Media | 2.30 |
| Mediana | .00 |
| Moda | 0 |
| Desviación estándar | 5.180 |
| Mínimo | 0 |
| Máximo | 60 |



CUADRO Y GRÁFICA N° 14

**UTILIZA ALGUNA ESTRATEGIA PARA RECORDAR
MEDICAMENTOS**

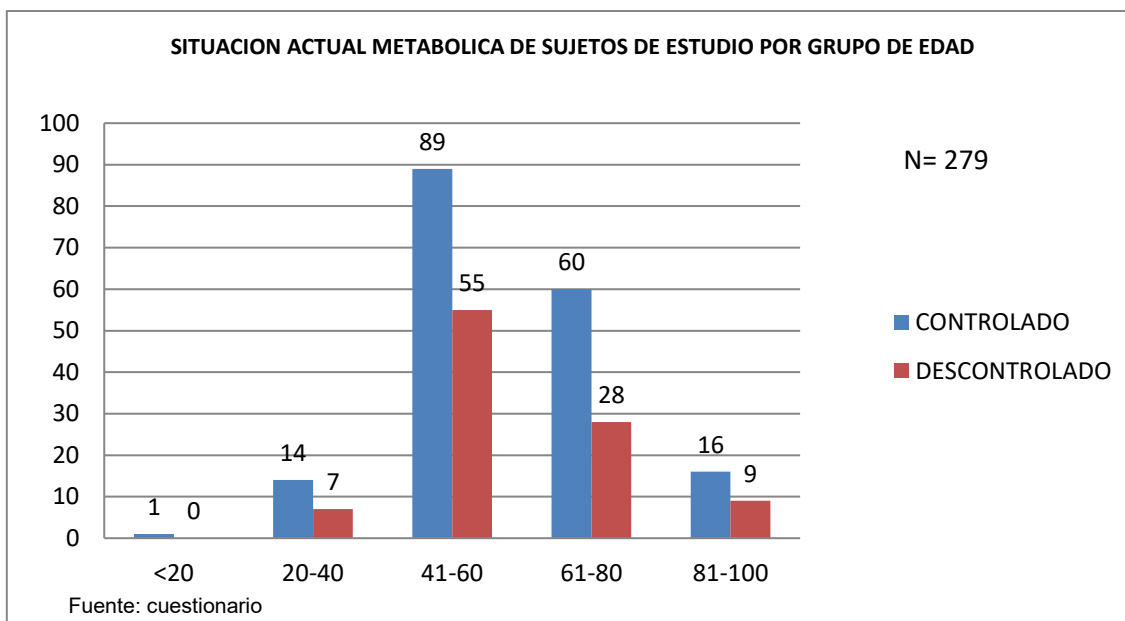
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------|------------|------------|
| SI | 155 | 55.6 |
| NO | 124 | 44.4 |
| Total | 279 | 100.0 |



CADRO Y GRÁFICA N° 15

SITUACION ACTUAL METABOLICA DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO POR GRUPO DE EDAD DE EDAD

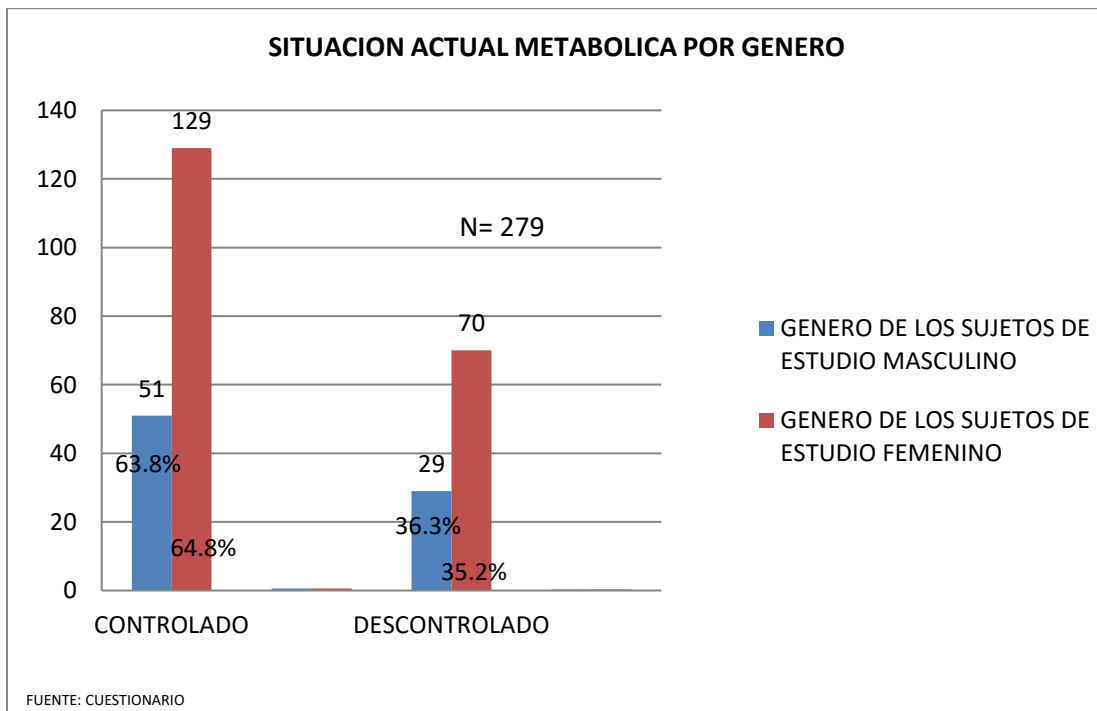
| | SUJETOS DE ESTUDIO POR GRUPO DE EDAD | | | | | Total |
|---------------|--------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | <20 | 20-40 | 41-60 | 61-80 | 81-100 | |
| CONTROLADO | 1 | 14 | 89 | 60 | 16 | 180 |
| | 0.6% | 7.8% | 49.4% | 33.3% | 8.9% | 100.0% |
| | 100.0% | 66.7% | 61.8% | 68.2% | 64.0% | 64.5% |
| DESCONTROLADO | 0 | 7 | 55 | 28 | 9 | 99 |
| | 0.0% | 7.1% | 55.6% | 28.3% | 9.1% | 100.0% |
| | 0.0% | 33.3% | 38.2% | 31.8% | 36.0% | 35.5% |
| Total | 1 | 21 | 144 | 88 | 25 | 279 |
| | 0.4% | 7.5% | 51.6% | 31.5% | 9.0% | 100.0% |
| | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |



CUADRO Y GRAFICA N° 16

SITUACION ACTUAL METABOLICA POR GENERO DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO

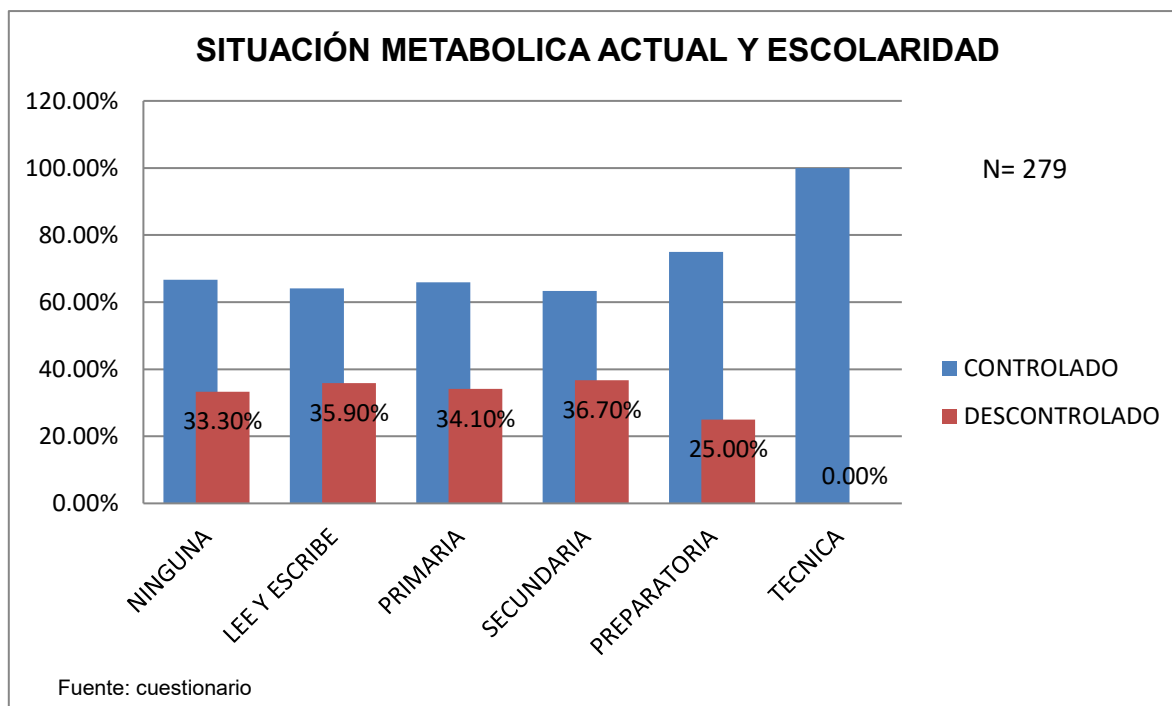
| | GENERO DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO | | Total |
|---------------|----------------------------------|------------------------|-------------------------|
| | MASCULINO | FEMENINO | |
| CONTROLADO | 51 28.3% 63.8% | 129 71.7% 64.8% | 180 100.0% 64.5% |
| DESCONTROLADO | 29 29.3% 36.3% | 70 70.7% 35.2% | 99 100.0% 35.5% |
| | 80 28.7% 100.0% | 199 71.3% 100.0% | 279 100.0% 100.0% |



CUADRO Y GRÁFICA N° 17

SITUACION ACTUAL METABOLICA POR ESCOLARIDAD DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO

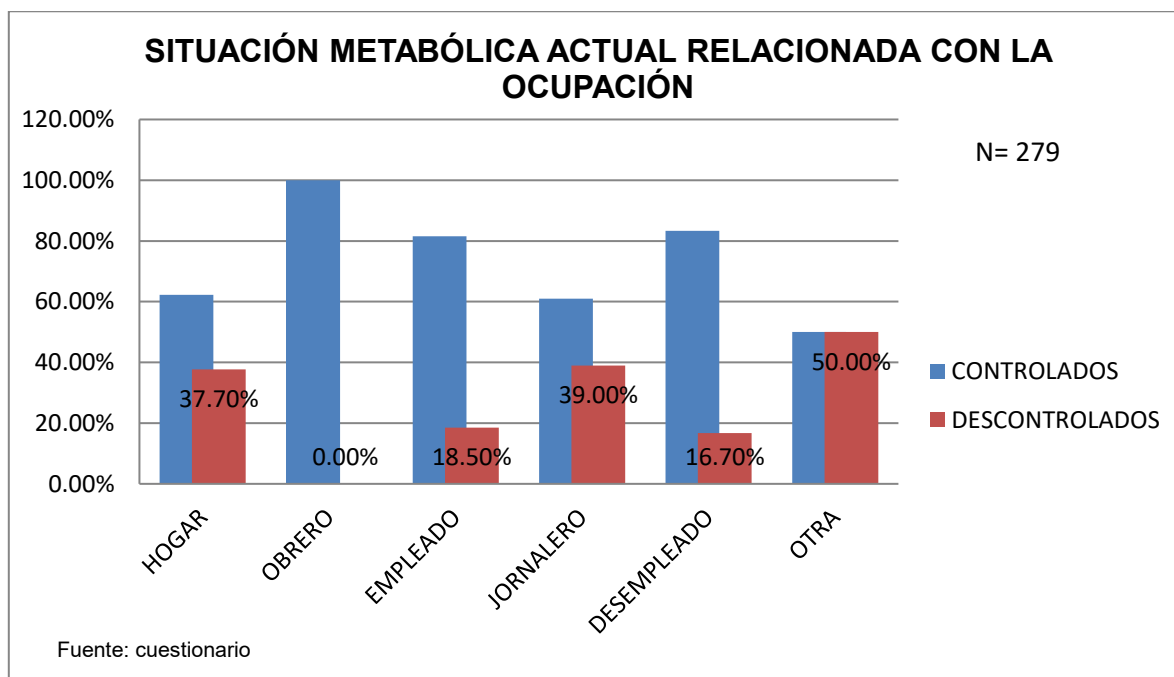
| | ESCOLARIDAD DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO | | | | | | Total |
|---------------|---------------------------------------|---------------|----------|------------|--------------|---------|--------|
| | NINGUNA | LEE Y ESCRIBE | PRIMARIA | SECUNDARIA | PREPARATORIA | TECNICA | |
| CONTROLADO | 4 | 25 | 54 | 93 | 3 | 1 | 180 |
| | 2.2% | 13.9% | 30.0% | 51.7% | 1.7% | .6% | 100.0% |
| DESCONTROLADO | 66.7% | 64.1% | 65.9% | 63.3% | 75.0% | 100.0% | 64.5% |
| | 2 | 14 | 28 | 54 | 1 | 0 | 99 |
| DESCONTROLADO | 2.0% | 14.1% | 28.3% | 54.5% | 1.0% | 0.0% | 100.0% |
| | 33.3% | 35.9% | 34.1% | 36.7% | 25.0% | 0.0% | 35.5% |
| Total | 6 | 39 | 82 | 147 | 4 | 1 | 279 |
| | 2.2% | 14.0% | 29.4% | 52.7% | 1.4% | .4% | 100.0% |
| | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |



CUADRO Y GRÁFICA N° 18

SITUACIÓN METABÓLICA ACTUAL DE ACUERDO A LA OCUPACIÓN DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO

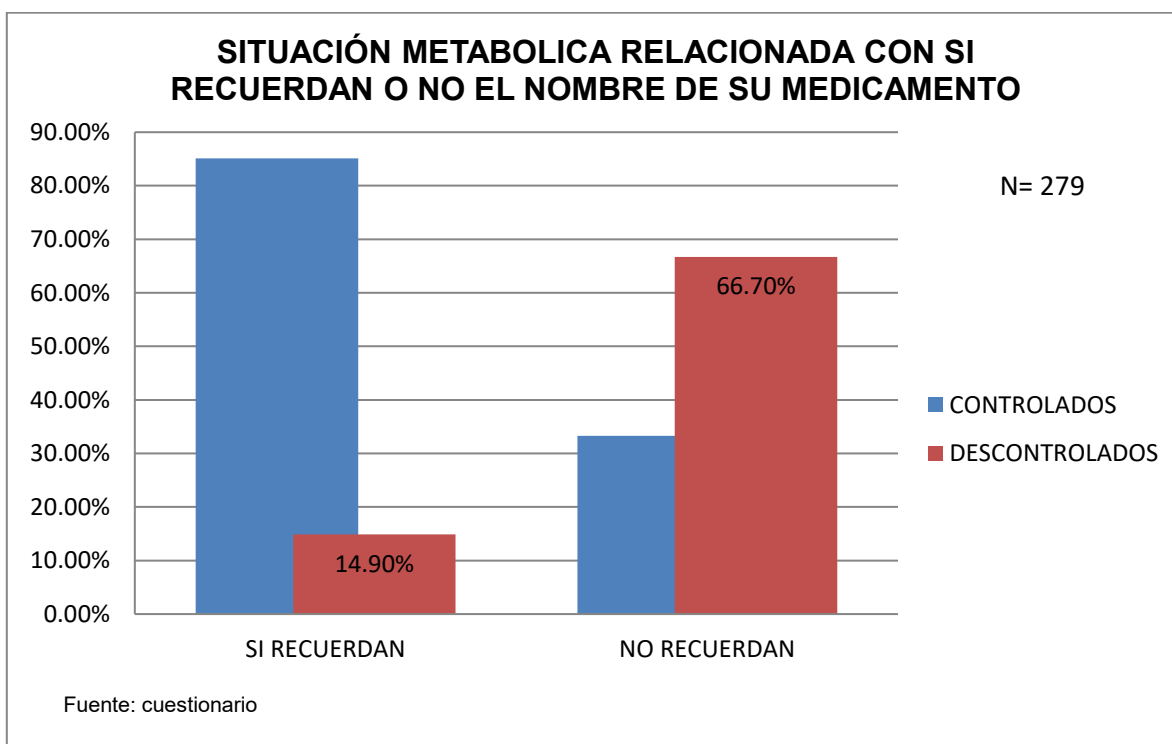
| | OCUPACION DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO | | | | | | Total |
|---------------|-------------------------------------|---------|----------|-----------|-------------|--------|--------|
| | HOGAR | OBRAERO | EMPLEADO | JORNALERO | DESEMPLEADO | OTRA | |
| CONTROLADO | 114 | 2 | 22 | 36 | 5 | 1 | 180 |
| | 63.3% | 1.1% | 12.2% | 20.0% | 2.8% | .6% | 100.0% |
| | 62.3% | 100.0% | 81.5% | 61.0% | 83.3% | 50.0% | 64.5% |
| DESCONTROLADO | 69 | 0 | 5 | 23 | 1 | 1 | 99 |
| | 69.7% | 0.0% | 5.1% | 23.2% | 1.0% | 1.0% | 100.0% |
| | 37.7% | 0.0% | 18.5% | 39.0% | 16.7% | 50.0% | 35.5% |
| | 183 | 2 | 27 | 59 | 6 | 2 | 279 |
| | 65.6% | .7% | 9.7% | 21.1% | 2.2% | .7% | 100.0% |
| | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |



CUADRO Y GRÁFICA N° 19

SITUACIÓN METABÓLICA RELACIONADO CON SI RECUERDA O NO EL NOMBRE DE LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA

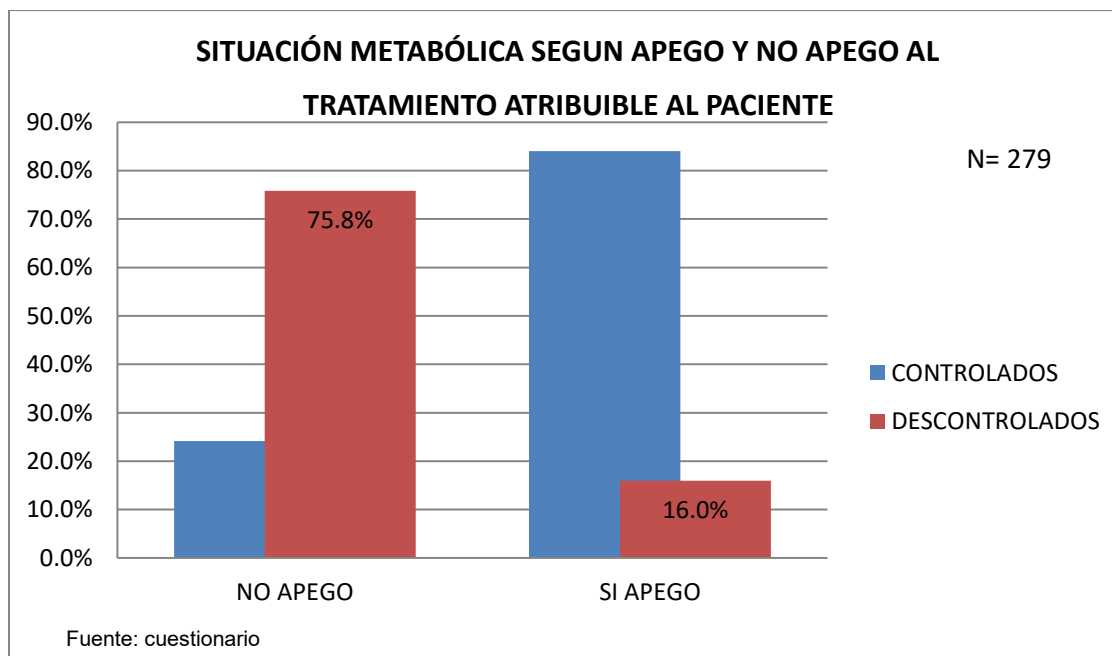
| | RECUERDA EL NOMBRE DE LOS MEDICAMENTOS QUE TOMAN | | Total |
|---------------|--|--------|--------|
| | SI | NO | |
| CONTROLADO | 143 | 37 | 180 |
| | 79.4% | 20.6% | 100.0% |
| | 85.1% | 33.3% | 64.5% |
| DESCONTROLADO | 25 | 74 | 99 |
| | 25.3% | 74.7% | 100.0% |
| | 14.9% | 66.7% | 35.5% |
| | 60.2% | 39.8% | 100.0% |
| | 100.0% | 100.0% | 100.0% |



CUADRO Y GRÁFICA N° 20

SITUACIÓN METABÓLICA DE ACUERDO AL APEGO O NO APEGO POR FACTORES ATRIBUIBLES AL PACIENTE

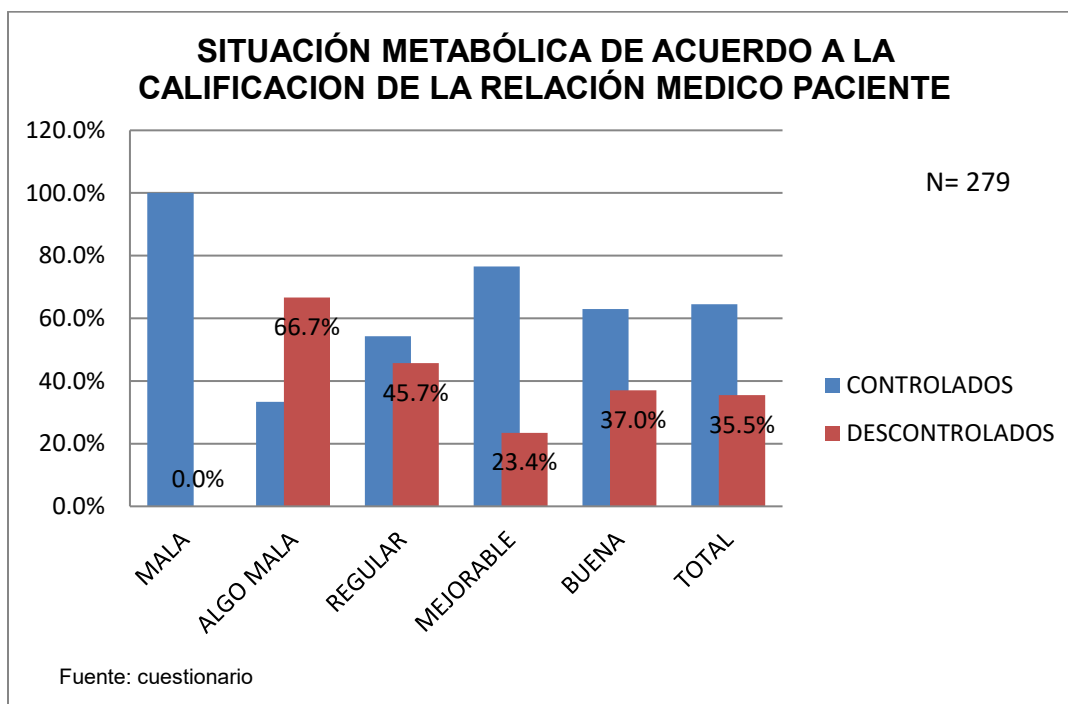
| | CAUSAS DE APEGO O NO APEGO ATRIBUIBLE AL PACIENTE | | Total |
|---------------|---|------------------------|-------------------------|
| | NO APEGO | SI APEGO | |
| CONTROLADO | 22 12.2% 24.2% | 158 87.8% 84.0% | 180 100.0% 64.5% |
| DESCONTROLADO | 69 69.7% 75.8% | 30 30.3% 16.0% | 99 100.0% 35.5% |
| TOTAL | 91 32.6% 100.0% | 188 67.4% 100.0% | 279 100.0% 100.0% |



CUADRO Y GRÁFICA N° 21

SITUACIÓN METABÓLICA DE ACUERDO A LA CALIFICACIÓN OTORGADA A LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

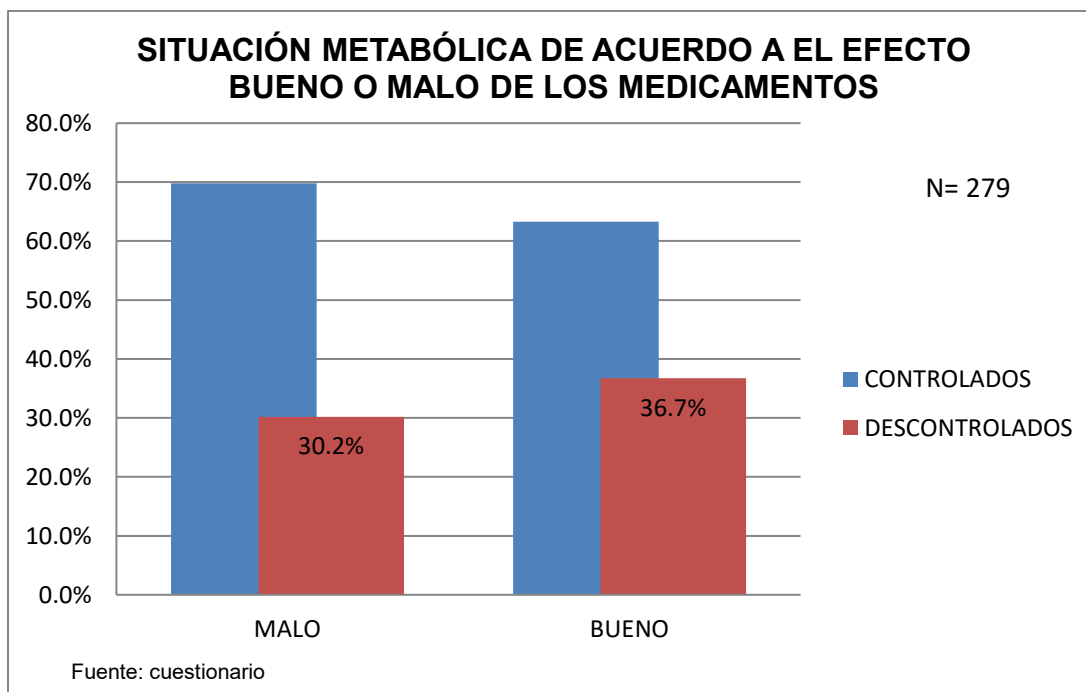
| | COMO CALIFICA LA RELACION MEDICO PACIENTE | | | | | Total |
|---------------|---|-----------|---------|-----------|--------|--------|
| | MALA | ALGO MALA | REGULAR | MEJORABLE | BUENA | |
| CONTROLADO | 6 | 2 | 70 | 85 | 17 | 180 |
| | 3.3% | 1.1% | 38.9% | 47.2% | 9.4% | 100.0% |
| | 100.0% | 33.3% | 54.3% | 76.6% | 63.0% | 64.5% |
| DESCONTROLADO | 0 | 4 | 59 | 26 | 10 | 99 |
| | 0.0% | 4.0% | 59.6% | 26.3% | 10.1% | 100.0% |
| | 0.0% | 66.7% | 45.7% | 23.4% | 37.0% | 35.5% |
| | 6 | 6 | 129 | 111 | 27 | 279 |
| | 2.2% | 2.2% | 46.2% | 39.8% | 9.7% | 100.0% |
| | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |



CUADRO Y GRÁFICA N° 22

SITUACIÓN METABÓLICA DE ACUERDO A EFECTOS BUENOS O MALOS DE LOS MEDICAMENTOS

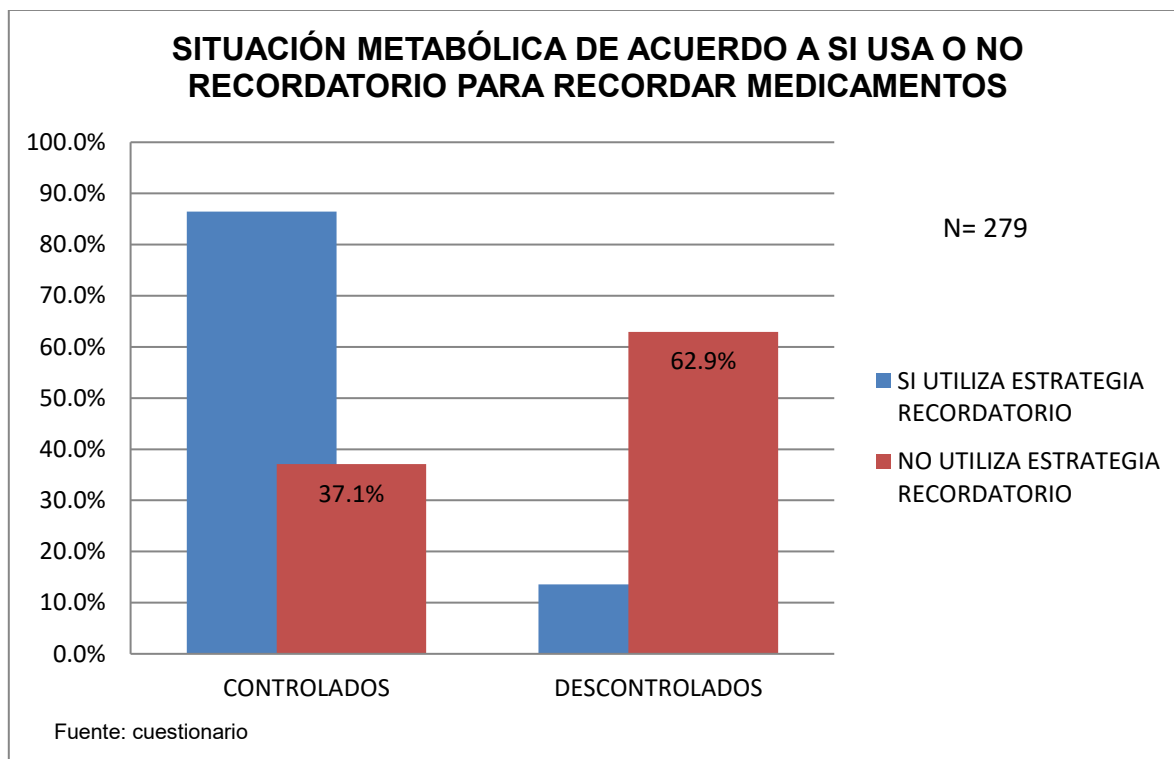
| | | COMO CALIFICA LOS EFECTOS DEL MEDICAMENTO | | Total |
|-----------------------------|---------------|---|--------------|---------------|
| | | MALO | BUENO | |
| SITUACION ACTUAL METABOLICA | CONTROLADO | 37 20.6% | 143 79.4% | 180 100.0% |
| | DESCONTROLADO | 16 16.2% | 83 83.8% | 99 100.0% |
| Total | | 53 19.0% | 226 81.0% | 279 100.0% |



CUADRO Y GRÁFICA N° 23

SITUACIÓN METABÓLICA DE ACUERDO A SI UTILIZAN ESTRATEGIA COMO RECORDATORIO DE MEDICAMENTOS

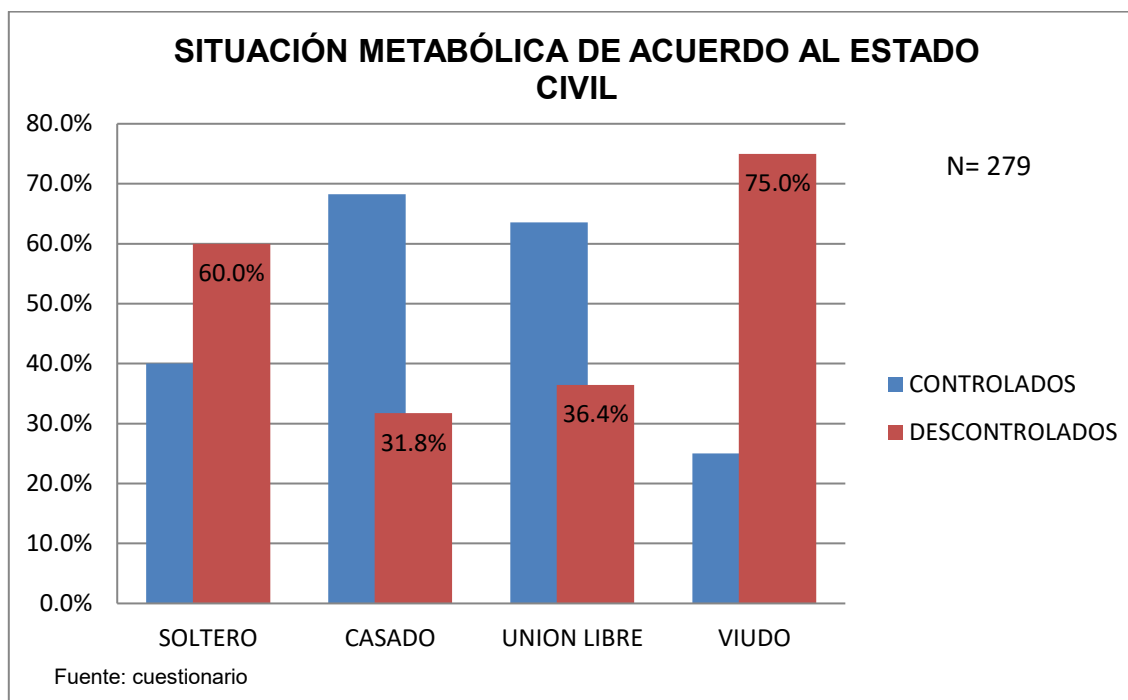
| | UTILIZA ALGUNA ESTRATEGIA PARA RECORDAR MEDICAMENTOS | | Total | |
|-----------------------------|--|--------------|--------------|---------------|
| | SI | NO | | |
| SITUACION ACTUAL METABOLICA | CONTROLADO | 134 74.4% | 46 25.6% | 180 100.0% |
| | DESCONTROLADO | 21 21.2% | 78 78.8% | 99 100.0% |
| | | 86.5% | 37.1% | 64.5% |
| Total | | 155 55.6% | 124 44.4% | 279 100.0% |
| | | 100.0% | 100.0% | 100.0% |



CUADRO Y GRÁFICA N° 24

SITUACIÓN METABÓLICA DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO

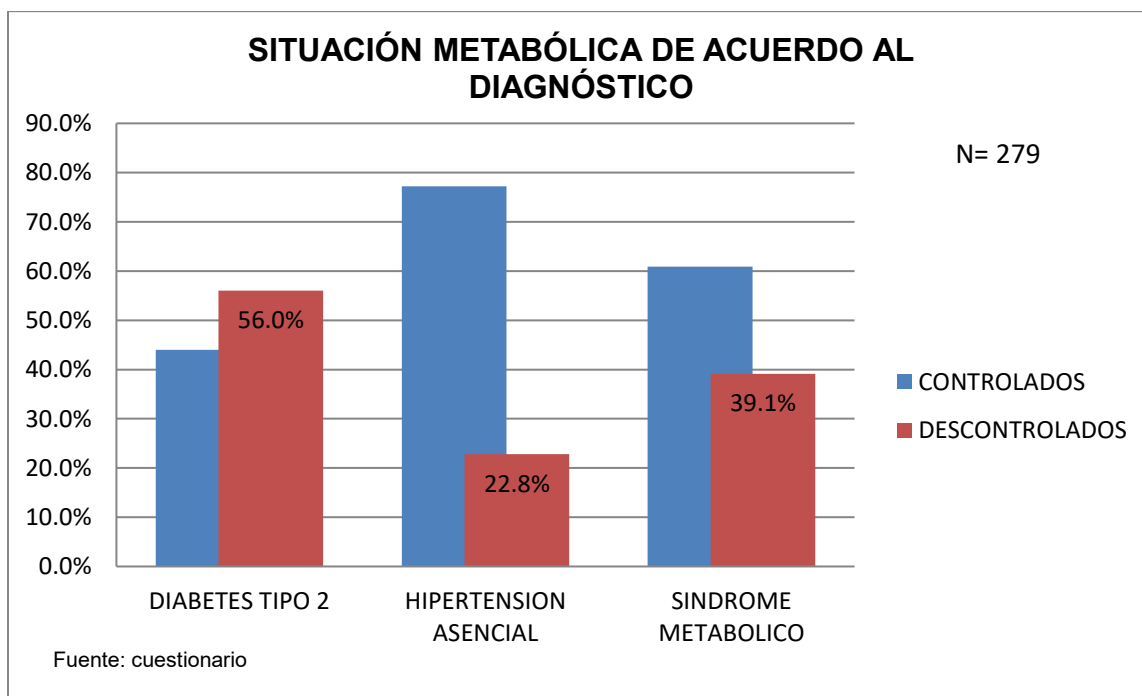
| | ESTADO CIVIL DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO | | | | Total |
|---------------|--|------------------------|------------------------|---------------------|-------------------------|
| | SOLTERO | CASADO | UNION LIBRE | VIUDO | |
| CONTROLADO | 2 1.1% 40.0% | 101 56.1% 68.2% | 75 41.7% 63.6% | 2 1.1% 25.0% | 180 100.0% 64.5% |
| DESCONTROLADO | 3 3.0% 60.0% | 47 47.5% 31.8% | 43 43.4% 36.4% | 6 6.1% 75.0% | 99 100.0% 35.5% |
| | 5 1.8% 100.0% | 148 53.0% 100.0% | 118 42.3% 100.0% | 8 2.9% 100.0% | 279 100.0% 100.0% |



CUADRO Y GRÁFICA N° 25

SITUACIÓN METABÓLICA DE ACUERDO AL DIAGNÓSTICO DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO

| | | DIAGNOSTICO DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO | | | Total |
|-----------------------------|---------------|---------------------------------------|-----------------------|---------------------|--------|
| | | DIABETES TIPO 2 | HIPERTENSION ASENCIAL | SINDROME METABOLICO | |
| SITUACION ACTUAL METABOLICA | CONTROLADO | 22 | 88 | 70 | 180 |
| | | 12.2% | 48.9% | 38.9% | 100.0% |
| | | 44.0% | 77.2% | 60.9% | 64.5% |
| | DESCONTROLADO | 28 | 26 | 45 | 99 |
| | | 28.3% | 26.3% | 45.5% | 100.0% |
| | | 56.0% | 22.8% | 39.1% | 35.5% |
| Total | | 50 | 114 | 115 | 279 |
| | | 17.9% | 40.9% | 41.2% | 100.0% |
| | | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |



10.-DISCUSIÓN (ANALISIS) DE RESULTADOS

De los 279 sujetos de estudio, el 41.2% están diagnosticados con síndrome metabólico, el 40.9% con hipertensión arterial y el 17.9% con diabetes mellitus. De estos el 71.3% son mujeres y el 28.7% son hombres, esto coincide con la literatura al respecto.^{C2,6}

Se encuentran controlados el 64.5% de los sujetos de estudio y descontrolados el 35.5% de los sujetos de estudio, esto es diferente a lo reportado en la literatura en la cual se reporta ser inferior el control de cualquiera de las enfermedades crónicas. ^{C7}

Al cruzar las variables de situación metabólica con el estado civil se observó que al igual que lo que refiere la literatura los casados o en unión libre son los que obtiene un mejor apego a tratamiento y por lo tanto mejor control metabólico. ^{C24}

La literatura refiere que una de las causas de no apego es la baja escolaridad en este estudio se cruzaron variables, de nivel educativo y situación metabólica al momento de la encuesta. Donde se demostró que la mayoría de los sujetos descontrolados tienen nivel educativo básico. Observándose que en el presente estudio la mejoría en el control de la glicemia es a partir del nivel medio superior (preparatoria en adelante) ^{C17}

Se observa que las variables que más se relacionan con el mejor apego al tratamiento médico es una buena relación médico paciente, lo cual coincide con la literatura. ^{C21}

También otra de las variables que refleja impacto positivo hacia el mejoramiento del apego a tratamiento, es el tener alguna estrategia como recordatorio para la toma de medicamentos.

Así mismo se observa que el aprender el nombre de sus medicamentos impacta positivamente en el apego a tratamiento. Estas son variables que a cerca de las cuales no hay tantos datos estadísticos en la literatura y en este estudio se observó que impactan de manera positiva en el apego del paciente y por lo tanto en su control metabólico.

11.- CONCLUSIONES:

- Las enfermedades crónicas son de alta frecuencia, con componente genético y sociocultural en la cual el tratamiento médico es la piedra angular para el control metabólico y poder retardar la aparición de complicaciones tanto micro como macro vasculares.
- El apoyo familiar es un factor importante para el control metabólico de la enfermedad al propiciar un ambiente favorable para el cumplimiento de la terapia alimenticia
- La educación en consultorio para inculcar al paciente más acerca de su enfermedad, así como aprender los medicamentos que consume es de suma importancia porque esto impacta directamente en la relación médico paciente y a su vez en el apego a tratamiento médico.
- La falta de comprensión a las recomendaciones médicas lleva al paciente a una falta de adherencia al tratamiento, por lo que es imperativo establecer estrategias para verificar lo comprendido.
- Los factores que influyen en el apego al tratamiento farmacológico son multifactoriales; en este estudio se concluye que los más relevantes son la relación médico paciente y el aprendizaje del paciente acerca de su padecimiento y tratamiento.

12.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Palop Larrea V, Martínez Mir I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Inf Ter SistNac Salud*. 2004;28:113-120.
- 2.- Thinkingoutsidethepillbox. A system-wideapproach to improvingpatientmedicationadherenceforchronicdisease. New EnglandHealthcareInstitute; 2009.
- 3.- Durán Varela VR, Rivera Chavira B, Franco Gallegos E. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública Mex* 2001;43:233:236.
- 4.- Mejia J, Carmona F. Abandono al tratamiento antituberculoso. Factores asociados. *RevMedInst Seguro Soc* 1995;33:481-485.
- 5.- Ortíz-Dominguez ME, Garrido-Latorre F, Orozco R, Pineda Pérez D, Rodríguez-SalgadoM. Sistema de Protección Social en Salud y calidad de la atención de hipertensión arterial y diabetes mellitus en centros de salud. *Salud Pub Mex*. 2011; 53:436-444.
- 6.- American Diabetes Association. Standards of Medical Carein Diabetes 2013, *Diabetes Care*, Volumen 36, Supplement 1, January 2013, The JNC Report. *JAMA* 2003;289:2560-2572.
- 7.- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT)
- 8.- Flores HS, et al. Diabetes en adultos; urgente mejorar la atención y el control. INS. ENSANUT 2012.
- 9.- Vázquez F, Arreola F, Castro G, Escobedo J, y col. Aspectos psicosociales de la diabetes mellitus. *RevMedInstMex Seguro Soc* 1994;32:267-270.
- 10.- Sepúlveda Carrillo, Gloria Judith. Adhesión de los pacientes a las consultas de control ambulatorio. *Investigación en enfermería: imagen y desarrollo*. Vol 9, no 1:51-62.

- 11.- Sánchez JF, Hipolito AL y col. Estrés y depresión asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Aten Fam* 2016; 23(2):43-47
- 12.- *Anales de Farmacoterapia*. Depresión en pacientes con Diabetes tipo 2: impacto en la adherencia a hipoglicemiantes orales. Vol 40, no 4, 2006.
- 13.- Orozco LC, Hernandez R, Cerra M. factores de riesgo para el abandono del tratamiento antituberculoso. *médicas UIS* 1998; 12: 169-72.
- 14.- Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005;353(5):487-97.
- 15.- Galvan F, Santiuste C. Factores relacionados con el cumplimiento de la quimioprofilaxis contra la tuberculosis. *Med Clin (Barc)*1998;111:655-7.
- 16.- Van Der Werf TS, Dade GK. Patient compliance with tuberculosis treatment in Ghana: factors influencing adherence to therapy in a rural service programme. *Tubercle* 1990;71:247-52.
- 17.- Poszik CJ. Compliance with tuberculosis therapy. *Med Clin North Am* 1993;77:1289-301.
- 18.- Ferrer X, Toro J, y cols. Adherencia al tratamiento de la tuberculosis en adultos en Santiago, Chile. *Bol of Sanit Panam* 1991;111:423-31.
- 19.- Sabate Eduardo. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción 2003. OMS
- 20.- Viniegra Velázquez I. Las enfermedades crónicas y la educación la diabetes mellitus como paradigma. *Rev med instmex seguro Soc*. 2006; 44(1):47-59.
- 21.- Brown C, Battista DR, Thase ME y colaboradores. Evaluación de los factores que influyen en la adhesión al tratamiento antidepresivo. *Journal of Family Practice* 2007;56(6):356-363.

22.- Perez Rodriguez I, perez Salgado D y colaboradores. Efectos secundarios del tratamiento antirretroviral y apego en pacientes con VIH de dos instituciones públicas. Med Int Mex 2016;32(4):396-406.

23.- Lobo-Barrero CA, Pérez-Escolano E. Control y supervisión del enfermo tuberculoso. Arch Bronconeumol 2001;37:43-7.

24.- Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. La eficacia de la intervención motivacional: un metaanálisis de casos clínicos controlados. J Consult Clin Psychol. 2003;71:843-61.

25.- Soria TR, Vega VZ, Nava QC. Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. LIBERABIT. 2011; 17(2):223-230.

26.- D'Anello y colaboradores. Relación médico paciente y adherencia al tratamiento. MedULA. 2009; 18:33-39.

27.- Forguione-Pérez V. Comunicación entre médico y paciente: más allá de una consulta, un proceso educativo. Med UIS 2015;28(1):7-13.

28.- Del Duca M y colaboradores. Adherencia al tratamiento desde la perspectiva del médico familiar. Biomedicina 2013;8(1):6-15.

13.- ANEXOS

ANEXO A:

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN CLINICA

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación
TITULO: “CAUSAS DE NO APEGO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON
ENFERMEDADES CRONICODEGENERATIVAS EN LA UNIDAD DE CONSULTA
EXTERNA DE SAN NICOLÁS, TEQUISQUIAPAN, QUERÉTARO (MÉXICO)”

El objetivo del estudio es: IDENTIFICAR LAS CAUSAS DE NO APEGO
FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES
CRONICODEGENERATIVAS.

*Se me ha explicado que mi participación consistirá en: contestar el cuestionario
que se me ha proporcionado*

Declaro que se me ha informado ampliamente en que consiste el presente estudio.

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 centro de salud de San Nicolás, Tequisquiapan Querétaro.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

ANEXO B

SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERETARO

JURISDICCIÓN SANITARIA NO 2

CENTRO DE SALUD SAN NICOLÁS, TEQUISQUIAPAN.

Lea cuidadosamente y conteste las siguientes preguntas y conteste. El peso, talla, IMC, glucosa y tensión arterial lo anotará la enfermera (o)

- 1.- Edad _____ 2.- Sexo _____ 3.- Peso _____ 4.- Talla _____ 5.- IMC _____
- 6.- Glucosa actual _____ 7.- Tensión arterial _____
- 8.- Estado civil: Soltero (a) _____ Casado (a) _____ Unión libre _____ Viudo (a) _____
- 9.- escolaridad: Ninguna _____ Lee y escribe _____ Primaria _____ Secundaria _____
Preparatoria _____ Técnica _____ Licenciatura _____
- 10.- Ocupación: Al hogar _____ Obrero _____ Empleado _____ Jornalero _____
Desempleado _____ Otra _____ ¿Cuál? _____

Conteste también la siguiente tabla de preguntas

| Durante la última semana | | Siempre | Más de la mitad de las veces | La mitad de las veces | Alguna vez | Nunca |
|--------------------------|--|---------|------------------------------|-----------------------|------------|-------|
| 11 | ¿Ha dejado de tomar sus medicamentos en alguna ocasión? | | | | | |
| 12 | Si en alguna ocasión se ha sentido mejor, ¿ha dejado de tomar sus medicamentos? | | | | | |
| 13 | Si en alguna ocasión después de tomar sus medicamentos se ha sentido peor, ¿ha dejado de tomarlos? | | | | | |
| 14 | Si en alguna ocasión se ha encontrado deprimido o triste, ¿ha dejado de tomar los medicamentos? | | | | | |
| 15 | ¿Suele tomar los medicamentos a la hora correcta? | | | | | |
| 16 | ¿Qué tan frecuente es que no cuente | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | con el abastecimiento de sus medicamentos? | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

17.- ¿Recuerda que medicamentos está tomando actualmente?

18.- ¿Cómo califica la relación que tiene con su médico?

| | | | | |
|------|-----------|---------|-----------|-------|
| Mala | Algo mala | Regular | Mejorable | Buena |
| | | | | |

| | | | | | | |
|----|--|------|------|---------|----------|-------|
| | | Nada | Poco | Regular | Bastante | Mucho |
| 19 | ¿Cómo califica los beneficios que le traen el uso de los medicamentos? | | | | | |
| 20 | ¿Considera que su salud ha mejorado desde que empezó a tomar los medicamentos? | | | | | |
| 21 | ¿Hasta qué punto se siente capaz de seguir con el tratamiento? | | | | | |

| | | | | | | |
|----|--|------------------|-----------------|-------------|--------------------|----------------|
| 22 | ¿Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios relacionado con la toma del medicamento | Muy insatisfecho | Insatisfecho | Indiferente | Satisfecho | Muy satisfecho |
| 23 | ¿Cuánto tiempo cree que pierde ocupándose de la toma de los medicamentos? | Mucho tiempo | Bastante tiempo | Regular | Poco tiempo | Nada de tiempo |
| 24 | ¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto de la toma de los medicamentos? | Nada cumplidor | Poco cumplidor | Regular | Bastante cumplidor | Muy cumplidor |
| 25 | ¿Qué dificultad percibe al tomar los medicamentos | Mucho | Bastante | Regular | Poco | Nada |

| | | | |
|----|---|----|----|
| | | Si | No |
| 26 | Desde que está en tratamiento ¿En alguna ocasión ha dejado de tomar sus medicamentos un día completo o más de uno? Si responde si, ¿cuántos días aproximadamente? | | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| 27 | ¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar sus medicamentos? ¿Cuál? | | |
|----|--|--|--|