



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION TABASCO.



**"FALTA DE APEGO AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y
DIETÉTICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO
2 DE LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR No. 18 DEL
IMSS DE TEAPA, TABASCO"**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JAIME CERINO GARCÍA

VILLAHERMOSA, TABASCO



2018

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

ASESORES:

DR. RUSVELT VÁZQUEZ ORDAZ
DR. ABEL PÉREZ PAVÓN



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.


**"FALTA DE APEGO AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y DIETÉTICO EN
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UNIDAD MÉDICA
FAMILIAR No. 18 DEL
IMSS DE TEAPA, TABASCO"**

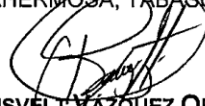
TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR


PRESENTA:


DR. JAIME CERINO GARCÍA

AUTORIZACIONES:


DR. RUSVELT VAZQUEZ ORDAZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 43
VILLAHERMOSA, TABASCO.


DR. RUSVELT VAZQUEZ ORDAZ
ASESOR DE TESIS
MÉDICO FAMILIAR


DR. ABEL PÉREZ PAVÓN
ASESOR DE TESIS
MÉDICO FAMILIAR


DR. ABEL PÉREZ PAVÓN
ASESOR ESTADÍSTICO:
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 43
VILLAHERMOSA, TABASCO.



VILLAHERMOSA, TABASCO

2018

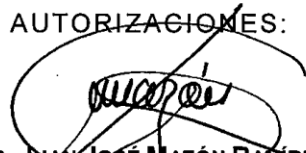
**“FALTA DE APEGO AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y
DIETÉTICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE
LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR No. 18 DEL
IMSS DE TEAPA, TABASCO”**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

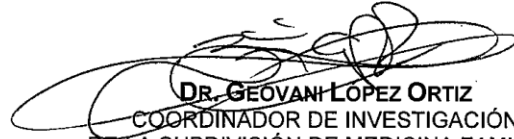
PRESENTA:

DR. JAIME CERINO GARCÍA

AUTORIZACIONES:



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

DEDICATORIA

A mi hijo, Diego de Jesús Cerino Gómez,
por ser el motor que me impulsa para seguirme superando.

A mis padres, Remedio Cerino García y Guadalupe García Ramos,
por todo su amor y su apoyo incondicional que me brindaron mediante sus consejos
cuando me veían desanimado.

AGRADECIMIENTOS

A Dios,
por ponerme en este camino para seguir ayudando a mis semejantes,
mediante mis conocimientos adquiridos.

Al Dr. Rusvelt Vázquez Ordaz,
profesor titular de la especialidad, por guiarnos en el proceso de
aprendizaje y adquisición de nuevos conocimientos.

Al Dr. Abel Pérez Pavón,
por su tiempo de tutoría y asesoramiento en mi enseñanza, correcciones
y consejos para sacar adelante mi proyecto.

A la Dra. Bertina Herrera Beltrán,
por su valioso tiempo y apoyo animándome para terminar mi proyecto.

A la vida,
por guiarme en esta noble profesión que es la medicina y permitirme seguir
superándome para realizar la especialidad en medicina familiar
y poder ayudar a mis semejantes otorgándoles una atención primaria
de calidad y con calidez, con un abordaje integral de su entorno biopsicosocial,
facilitándoles una calidad de vida óptima en el cuidado de su salud.

Contenido

RESUMEN	9
ABTRAC	10
MARCO TEORICO.....	11
JUSTIFICACION:	19
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	20
PREGUNTA DE INVESTIGACION:.....	20
OBJETIVOS. -	21
Objetivo General:.....	21
Objetivo Específico:.....	21
MATERIAL Y MÉTODO:.....	22
TIPO DE ESTUDIO	22
POBLACIÓN EN ESTUDIO (UNIVERSO DE TRABAJO)	22
MUESTRA:	22
PERIODO:	22
METODOLOGIA	23
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	24
CRITERIOS DE INCLUSION	24
CRITERIOS DE EXCLUSION	24
RESULTADOS:	32
DISCUSION:	56
CONCLUSION:.....	58
RECOMENDACIONES:.....	59
BIBLIOGRAFÍAS:	60
ANEXOS.	63

CONTENIDO DE TABLAS.

Tabla 1. Medidas de tendencia central de la edad de la población.	39
Tabla 2. Distribución de la población en estudio de la edad por quinquenio.	39
Tabla 3. Distribución por género.....	40
Tabla 4. Distribución de lugar de origen	40
Tabla. 5 Distribución por escolaridad.....	40
Tabla. 6 Distribución por Estado Civil	40
Tabla. 7 Medios de transporte del paciente.....	41
Tabla 8. Años de Evolución de la Diabetes Mellitus	41
Tabla. 9 Comorbilidad.....	41
Tabla 10. Tipo de tratamiento.	42
Tabla 11. Surtimiento de recetas.	42
Tabla. 12 Suministro de medicamentos.	42
Tabla 13. Forma de adquisición de medicamentos.....	42
Tabla 14. Satisfacción usuaria.	43
Tabla 15. Conocimiento de la Dieta	43
Tabla 16. Actividad física	43
Tabla 17. Realiza ejercicio	43
Tabla 18. Conocimiento de la Diabetes Mellitus	44
Tabla 19. Calidad de Vida.....	44
Tabla 20. Adherencia Dietética.....	44
Tabla 21. Estado nutricional.....	44
Tabla 22. Asiste a nutrición.....	45
Tabla 23. Apego Terapéutico	45
Tabla 24. Toma su medicamento	45
Tabla 25. Relación de la Apego terapéutico y la edad por quinquenios de la población.	46
Tabla 26. Relación del apego terapéutico y el género.....	46
Tabla 27. Relación del análisis del apego terapéutico con la variabilidad de origen.....	47
Tabla 28. Relación del análisis del apego terapéutico con la escolaridad.....	47
Tabla 29. Relación del análisis del apego terapéutico con el estado civil.....	47
Tabla 30. Relación de apego terapéutico y los años de evolución de la DM2.....	48
Tabla 31. Relación del apego terapéutico con el conocimiento sobre DM.....	48
Tabla 32. Relación del apego terapéutico al estado de actividad física del paciente DM2... ..	48
Tabla 33. Relación del apego terapéutico y la calidad de vida	49
Tabla 34. Relación del apego terapéutico con el estado nutricional.....	49
Tabla 35. Relación del apego terapéutico con el conocimiento de la dieta.	49
Tabla 36 Tabla 3. Relación del apego terapéutico con la asistencia a nutrición.	50
Tabla 37. Relación del apego terapéutico con adherencia dietética.	50
Tabla 38. Relación del apego terapéutico y las características sociodemográficas.....	51
Tabla 39 Relación del apego terapéutico y el género.....	51
Tabla 40. Relación del apego terapéutico y lugar de origen	52
Tabla 41. Relación del apego terapéutico y escolaridad.....	52
Tabla 42. Relación del apego terapéutico y estado civil	52

Tabla 43. Relación del apego terapéutico y tiempo de evolución	53
Tabla 44 relación del apego terapéutico y conocimiento sobre diabetes mellitus.....	53
Tabla 45 Relación del apego terapéutico y actividad física.....	53
Tabla 46 relación del apego terapéutico y calidad de vida.....	54
Tabla 47 Relación del apego terapéutico y estado nutricional	54
Tabla 48 relación del apego terapéutico y conocimiento de la dieta	54
Tabla 49 relación del apego terapéutico asistencia en nutrición.	55
Tabla 50 Relación del apego terapéutico con adherencia dietética.....	55

APEGO AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y DIETETICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

***Cerino García; **Vázquez Ordaz;* Perez Pavón

RESUMEN

INTRODUCCION: Se define apego al tratamiento como la conducta del paciente que coincide con la conducta médica, en términos de tomar los medicamentos, seguir las dietas o transformar su estilo de vida, la falta de apego a los tratamientos es un problema altamente relevante en enfermedades crónicas como la diabetes, lo que implica grandes erogaciones económicas tanto para el paciente como a la misma institución del IMSS, ya que a las secuelas físicas, se deben de sumar costos por rehabilitación, pensiones de invalidez y pérdida de productividad.

OBJETIVO:

Determinar el nivel de Apego al tratamiento farmacológico y dietético en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la unidad médica familiar n° 18 del IMSS de Teapa, Tabasco.

MATERIAL Y METODOS:

Durante el 2017 se realizará un estudio de investigación, en el cual se realizará un diseño tipo encuesta, se considerará a todos los pacientes con diabetes Mellitus, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N° 18 del municipio de Teapa Se estudiará una muestra no probabilística por conveniencia., para el apego al régimen dietético se utilizará el Mediterranean Diet Quality Index (KIDMED)., y el Test de Morisky Green que avalúa el apego al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas. Para el procesamiento de datos se utilizará la versión 20.0 del Statistics Package for the Social Sciences (SPSS, Chicago, IL, USA). Para el análisis de los datos se emplearán estadísticas descriptivas de tendencia central, tablas de contingencia y Chi Cuadrada Krus Kall Wallis.

Palabras Clave: Apego, tratamiento farmacológico, Kidmed, Morisky Green

ADHERENCE TO FARMACOLOGICO AND DIETARY TREATMENT IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS.

***Cerino García; **Vázquez Ordaz,* Perez Pavón

ABSTRAC:

Introduction: It is defined adherence to the treatment as de behavior of the patients That coincides with the medical behavior, in terms of thaking the medicines, to follow the diets or to transform his way of the live, the lack of adherence to the treatment is a highly relevant problema in chronic in the diseases such as diabetes,which implies great economic expenditure for boht the patient and the same institution of the IMSS, because the physical sequelae must be added cost for rehabilitation, disability pensions and loss of productivity.

Objective:

To determine the level of the adherence to pharmacological and dietetic treatment in patients with diabetes mellitus type 2 of the Family Medical Unit N° 18 of the IMSS of Teapa, Tabasco.

Material and Methods:

During 2017 will be conducted and research study, which will perform a design type survey, well be considered all patients with diabetes mellitus, attached to de Family Medicine Unit N° 18 of the muicipality of Teapa will study a simple no probabilistic for convenience; the Mediterranean Diet Quality Index (KIDMED) will be use to adherence, to the dietary régimen, and the Test of Morisky Green that evaluates adherence to pharmacological treatment in patients will chronic illnesses. For data processing versión 24.0 of the Stadistics Package for the Social Sciences (SPSS, Chicago, IL USA)will be used. For the analysis of the data will be used descriptive statistics of central tendency, contingency tables and Chi square Krus Kall Wallis.

Keywords: Adicction, Pharmacological Treatment, KIDMED, IMEVID, Morisky Green.

MARCO TEORICO

La Diabetes Mellitus más que una enfermedad es un conjunto de enfermedades que se caracterizan por una insuficiente acción de la insulina endógena, lo que suele provocar hiperglucemia, alteraciones en los lípidos séricos y lesiones vasculares ⁽¹⁾. Pertenece a un grupo de enfermedades metabólicas caracterizado por un defecto de la regulación de la glucemia, y es consecuencia por trastornos de la insulina la cual se produce en el páncreas con importantes alteraciones en la función endocrina o por alteraciones en los tejidos efectores que pierden su sensibilidad a la insulina ⁽²⁾. La Diabetes se clasifica en *Diabetes Mellitus tipo I* o insulino dependiente, *Diabetes Mellitus tipo II* esta puede ser no insulino dependiente e insulino dependiente, y una tercera que es la *Diabetes Gestacional* y *otros tipos específicos de Diabetes* que son productos de síndromes genéticos específicos, cirugías, medicamentos, mal nutrición, infecciones y enfermedad de otro tipo ⁽³⁾. Según la OMS la diabetes mellitus constituye un grupo de enfermedades caracterizado por glucemias altas secundario a defectos en la secreción de la insulina, la acción de la insulina o ambas ⁽⁴⁾. La diabetes es sumamente prevalente, afecta aproximadamente a 150 millones de personas en todo el mundo y se prevé que esta cifra aumentara a 300 millones en el 2025. Gran parte de este aumento ocurre en los países en desarrollo, el régimen alimentario insalubre, la obesidad y el modo de vida sedentario. El tratamiento intensivo y adecuado se relaciona con el retardo de la aparición y progresión de las complicaciones crónicas de la enfermedad, por lo que parece razonable recomendar un control estricto de su tratamiento ⁽⁵⁾. Durante los últimos decenios se han presenciado varias fases en el desarrollo de los enfoques encaminados a lograr que los pacientes sigan el tratamiento de las enfermedades crónicas durante periodos largos. Al principio, se pensó que el paciente era la causa. Se define apego al tratamiento como la conducta del paciente que coincide con la conducta médica, en términos de tomar los medicamentos, seguir las dietas o transformar su estilo de vida, la falta de apego a los tratamientos es un problema altamente relevante en enfermedades crónicas como la diabetes ⁽⁶⁾, lo que implica grandes erogaciones económicas tanto para el paciente como a la misma institución del IMSS, ya que a las secuelas físicas, se deben de sumar costos por rehabilitación, pensiones de invalidez y pérdida de productividad. Diversos factores psicológicos, demográficos y de comportamiento han sido vinculados con la adherencia al tratamiento terapéutico y dietético, los factores de riesgo para el no apego terapéutico y dietético son los relacionados con el paciente, la enfermedad, el médico tratante, el lugar donde

se prescribe el tratamiento y el medicamento entre sí. Otros factores de riesgos asociados son el desconocimiento de la enfermedad, escolaridad baja, falta de comprensión de las indicaciones médicas, intolerancia a los medicamentos, duración de la consulta, estado civil, el uso de plantas a los cuales le son atribuidas propiedades medicinales ⁽⁷⁾. El propósito de esta investigación es describir cuales son los factores que implican el desapego en el tratamiento terapéutico y dietético del paciente diabético, con el fin de implementar nuevas estrategias para el buen control metabólico en el paciente diabético ⁽⁸⁾.

(Blanca Rosa Duran Varela, 2001) Se realizó un estudio transversal comparativo se incluyeron 150 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II de 1997 a 1998. El protocolo fue autorizado por el comité local de investigación. Los pacientes fueron derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No.33 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Chihuahua, Chihuahua México, se midió el apego con cuenta de tabletas en su domicilio. El control metabólico se midió con hemoglobina glucosilada. Un cuestionario investigo factores relacionados. Se utilizó estadística descriptiva de, t de Student y razón de momios. El apego correspondió a 54.2%. Los factores asociados al no apego fueron la escolaridad primaria y la falta de información sobre la enfermedad ($p < 0.05$). Concluyendo que el apego fue bajo; los factores relacionados con la falta del mismo son modificables con educación ⁽⁹⁾.

(Sergio William Pech Estrella, 2010) Realizo un estudio descriptivo-transversal-prospectivo de tipo poblacional dirigido a pacientes diabéticos tipo 2 atendidos en la Unidad de Medicina Familiar del ISSTE de Tekax, Yucatán. Se estudió una muestra de 109 pacientes con diabetes tipo 2, mediante una encuesta se obtuvieron las características sociodemográficas, medidas antropométricas, características de la enfermedad, tratamiento actual y las características familiares. Las variables se analizaron con el programa SPSS 9.0, y se presentaron en tablas en formato Excel para su análisis. El 66% de las muestras fue del sexo femenino; el 66% correspondió al grupo de 60 y más años. Hubo 24.8% de sujetos analfabetos. La prevalencia de diabetes fue de 10.5%. el tiempo de evolución de la enfermedad predominante fue de 20 a 30 años. El 89% tenía sobrepeso; 66% estaba sin control metabólico; 51% tenía pésimos conocimientos en diabetes; 59.7% tenía nulo apego a la dieta y al ejercicio; el 65% no hacia ejercicio; el 69% se administraba incorrectamente su medicamento. En conclusión, el tiempo de

evolución de la enfermedad, el analfabetismo aunado a los pésimos conocimientos que tienen los pacientes acerca de la diabetes, la obesidad, la falta de ejercicio, el poco apego a la dieta, la administración incorrecta de los medicamentos y la falta de apoyo familiar son determinantes para no alcanzar las metas del programa ⁽¹⁰⁾.

(Pineda, 24 de Octubre 2011) Realizo un estudio observacional analítico de corte transversal en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que midió la prevalencia de no adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos tipo 2, en el programa de promoción y prevención de riesgo cardiovascular de una empresa promotora de salud de Bucaramanga; tomando como desenlace, la no adherencia al tratamiento medida a través de la hemoglobina glicosilada (mayor de 7.0%). Se utilizaron como instrumentos de medición el IMEVID que estima el estilo de vida y el apego al tratamiento farmacológico, test de adherencia farmacológica de Morisky Green, y escala de ansiedad y depresión (HADS). Se estimaron los efectos de las variables evaluadas, a través de las razones de prevalencia (RP), y un modelo multivariable con el modelo log binomial. De 484 paciente diabéticos, se evaluaron 407 que tenían registro de Hb A 1c de los últimos 3 meses. Se obtuvo una prevalencia de no adherencia al tratamiento del 65%. En el modelo binomial se encontró que las variables que se asociaron a la no adherencia al tratamiento, fueron: uso inadecuado de fármacos RP 1.37 (IC95% 1.05-1.28), uso de fármaco para gastritis 1.23 (IC95% 1.11-1.35), uso de insulina 1.23 (IC95% 1.12-1.35), diabetes de más de 10 años 1.12 (IC 95% 1.04-1.21). Conclusión existe una alta no adherencia al tratamiento en diabetes, asociada a factores clínicos como mal uso de terapia farmacológica, no dieta y mayor duración de la enfermedad ⁽¹¹⁾.

(Ibarra, 2006) Se realizó un estudio descriptivo, correlacional, el cual incluye describir las variables de interés. La población de interés la conformaron adultos diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 de ambos sexos, edades entre 20 y 75 años que acudían a recibir tratamiento médico en una unidad de medicina familiar. El muestreo fue no probabilístico. Datos generales las mediciones incluyeron para determinar el apego al tratamiento, aplicación del test de Morisky-Green-Levine, la metodología consta de cuatro preguntas, las que evaluaron el apego al tratamiento de hipoglucemiantes que observa el participante. Para el recuento de comprimidos se utilizó la metodología de Haynes-Sackett, Con estos datos se calculó el apego con la fórmula: números de comprimidos en el poder del participante/ los comprimidos recibidos más los

restantes (si procedían) el resultado se expresa en porcentajes que define el apego. Para valorar el control glucémico se determinó la hemoglobina glucosilada (HbA1c) y para evaluar el daño al ADN se hizo la prueba de Ensayo Cometa. La muestra estuvo constituida por 30 pacientes, el promedio de edad fue de 56.47%, el 53.7% correspondió al sexo femenino, para el grupo control el promedio de edad fue de 49.70 años, el 80% fue del sexo femenino, el tiempo promedio de padecer la enfermedad fue de 10.93 años y de consumir metformina y glibenclamida fue de 8.89 años, la HbA1c mostro un promedio de 8.59⁽¹²⁾.

(Noemi Selene Alarcon Luna, 2012). Se realizó estudio cuasi experimental o ensayo clínico no aleatorio ciego, longitudinal comparativo de dos grupos de pacientes diabéticos (uno con intervención educativa y otro grupo control sin intervención). La población en estudio se integró por 40 pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 que pertenecen al área de afluencia del Centro de Información Integral e Investigación en Enfermería (CEFIEN) en Nuevo Laredo. Se aplicó una cedula de datos personales de los pacientes del estudio donde se incluyó edad, sexo, peso, talla, estado civil, nivel socioeconómico, escolaridad, ingresos económicos. *Para medir el apego al tratamiento se usó el cuestionario de Moriski-Green (CATMG):* el cual está conformado por cuatro preguntas cuyas respuestas estuvieron orientadas a proporcionar respuestas negativas, excepto la pregunta 2, de naturaleza positiva. Por naturaleza negativa quiere decir que una respuesta NO indica apego, mientras que una respuesta SI es señal de apego, lo contrario para una pregunta de naturaleza positiva. El estudio lo constituyeron dos grupos con y sin intervención educativa, apreciándose poca participación masculina (solo el 20%); el 40% dijo tener una edad entre 51 y 60 años, solo el 16% tiene edad mayor de 60 años; un 25% declaro no tener estudios; un 42% presento obesidad y un 21% presento sobrepeso, se observó que no hay diferencia entre los grupos con respecto a género, grado de escolaridad, antigüedad de la enfermedad, estado civil, IMC y nivel socioeconómico. En conclusión, el nivel de apego fue regular ya que obtuvieron un promedio de 71% de apego al tratamiento, el nivel de conocimiento de la enfermedad de todos los participantes antes de la intervención educativa fue baja⁽¹³⁾.

(**Rubén ZUart Alvarado, 2010**) Durante el 2009 se realizó un estudio transversal, analítico en la UMF 24 de Cintalapa, Chiapas, basados en un censo nominal de 259 diabéticos de los cuales fueron elegidos 100 de manera aleatoria consecutiva durante la consulta de control, se administró un cuestionario estructurado, constituido de 31 ítems. Se investigaron aspectos sociodemográficos, como edad, género, estado civil, escolaridad, residencia y ocupación, asimismo aspectos antropométricos y clínicos como talla, peso, tensión arterial, IMC, cifras de glucemia, para determinar adherencia al tratamiento se utilizó el cuestionario Morisky-Green, que consta de 31 ítems con un índice de fiabilidad de 0.70, se investigó también el esquema de tratamiento con hipoglucemiantes orales, enfermedades crónicas agregadas y tratamiento correspondiente. Por último, se midieron aspectos relacionados con la ayuda familiar y facilidad de asistencia a citas médicas como factores asociados con la relación médico paciente. El plan de análisis incluyó frecuencias, medidas de tendencia central, razón de momios con intervalos de confianza del 95%, Chi cuadrada de Pearson con valores de $p < 0.05$. Se encontró una edad promedio de 58.9 ± 11.3 años, con predominio del género femenino en un 65%, el grupo de edad con mayor frecuencia fue el de 50 a 59 años (40%), predominantemente casados (80%), 51% tiene la primaria completa, 49% se dedica a labores del hogar y el 29% se encuentra empleado El tiempo de evolución de la diabetes con mayor frecuencia fue entre los 5 a 9 años, con una mediana de la glucemia de 139 mg/dL. Sólo el 19% de los pacientes presentaron un IMC, normal, el 40% sobrepeso y 41% algún grado de obesidad. Hasta el 80% de la población de acuerdo al cuestionario Morisky-Green fue adherente. El 96% contestó que su familiar le ayuda a seguir las recomendaciones médicas. El 82% de los pacientes considera que siempre se le dan las recomendaciones por parte del médico con respecto a su tratamiento, el 82% piensa que estas recomendaciones siempre son claras y oportunas, el 73% considera que el tiempo dedicado para dar estas recomendaciones es el adecuado, y por último el 81% piensa que el médico es receptivo a las preguntas e inquietudes sobre su tratamiento. Al realizar la comparación por género se encontró que la población femenina es la más adherente(84.6%), el grupo de edad más adherente fue el de mayores de 70 años (94.4%), mientras que el menos adherente fue el de 40 a 49 años (55.6%), las variables con mayor relación fueron adherencia al tratamiento y cifras de glucosa, se observó que los pacientes con glucemias menores de 100mg/dL presentaron una adherencia del 86.7% y del grupo de 101 a 125mg/dL presentaron adherencia de 95.7%, mientras que los que presentaron cifras mayores de 200mg/dL tuvieron 41.2% de adherencia. El análisis bivariado

demonstró que los pacientes con glucemias mayores de 126mg/dL tienen 4.4 más riesgo de no ser adherentes (OR 4.4 IC 95% 1.26-15.11) que los que si son adherentes. Los pacientes que declararon que no se les facilita acudir a la consulta médica de control, tienen 5.1 más probabilidad de no ser adherentes (OR 5.1, IC 95% 1.8-14.4), y aquellos que consideran que existe lejanía entre la UMF y su casa tienen 5.1 más probabilidad de no ser adherente (OR 5.1 IC 95% 1.8-14.2)⁽¹⁴⁾.

(Kompatzki J.A. 2010). El estudio de la presente investigación, se realizó bajo un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y transversal. La población en estudio abarco 150 pacientes registrados como diabéticos que se encontraban dentro del programa de salud para la diabetes del hospital de Ancud de los cuales 90 pacientes cumplen con los criterios de inclusión. Estos criterios son: haber estado recibiendo algún tratamiento farmacológico antidiabético de administración oral registrado en su ficha clínica, expresar su deseo de participar en la investigación, así como haber residido en la ciudad o domicilio señalado en su ficha clínica. La recolección de datos se realizó a través de encuestas realizadas en el domicilio de la persona, o en el hospital cuando estos asistían a solicitar su medicamento. Se utilizó en este estudio el Test de Morisky-Green-Levine que mide la adherencia al tratamiento farmacológico. Los resultados obtenidos destaco que el promedio de glicemia de esta población muestral fue de 170.4mg/dl con un promedio de edad de 66 años. De la población estudiada 59% eran del sexo femenino, y un 41% del sexo masculino, observándose un predominio de la población adulta con un 54% de la población de la muestra, por sobre la población adulto mayor que presenta un 46%. De la población que se estudió un 57% de los pacientes fueron adherentes al tratamiento farmacológico en el hospital de Ancud. Mientras que el 43% no se adhiere al tratamiento. La diferencia entre la población masculina entre adherente y no adherente fue estadísticamente no significativa al 95% de confianza. Tampoco existieron diferencias significativas en la adherencia al tratamiento farmacológico en el sexo femenino al 95% de confianza⁽¹⁵⁾.

(Neda Ratanawonga, 2013) La mala adherencia al tratamiento contribuye a un mal resultado del control de diabetes y cardiometabólico. Para investigar las asociaciones entre la clasificación de pacientes con adherencia al tratamiento cardiometabólico, se realizó un estudio de análisis transversal en 9,377pacientes en el estudio de Diabetes mellitus 2 realizado en el Norte de

California (DISTANCIA), una prueba estratificada y aleatoria mediante la prueba de encuesta Káiser permanente, los participantes encuestados recibieron ≥ 1 hipoglucemiantes o tratamiento antihipertensivo o hipolipemiantes en los 12 meses anteriores a la encuesta. La comunicación se midió con una evaluación de los consumidores 4 artículos de profesionales de la salud y la puntuación de la encuesta sistemas, y cuatro artículos de la confianza en el medico y los procesos interpersonales de instrumento para el cuidado. La mala adherencia fue $> 20\%$ la diferencia de la medicación en curso. Para este análisis los participantes, respondieron a la pregunta acerca de la comunicación entre medico paciente, informando que tenían un médico de familia, otorgándose hipoglucemiantes orales, antihipertensivos e hipolipemiantes en los 12 meses anteriores a la encuesta. En esta cohorte, el 30% tenía una mala adherencia al tratamiento cardiometabólico. Por cada 10 puntos disminuidos en la puntuación de CAHPS, la prevalencia ajustada de la baja adherencia terapéutica se incrementó en un 0.9%⁽¹⁶⁾.

(Teresa Hoyos Duque, 2011). - Comprender los factores para no adherencia al tratamiento de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), desde la visión del cuidador familiar. Se realizó Estudio etnográfico enfocado. En 2008 se realizaron 18 entrevistas a cuidadores de pacientes con DM2, pertenecientes a programas de control de diabetes de instituciones de salud de Medellín (Colombia), y también se efectuaron seis observaciones de momentos significativos del cuidado. El material de las entrevistas fue grabado y transcrito textualmente, y las observaciones fueron anotadas en diarios de campo. La recolección de la información finalizó cuando se logró la saturación. se informó a los participantes acerca de los objetivos del estudio, se les pidió consentimiento informado verbal y por escrito, se les dio libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio cuando lo vieran pertinente; se les explicó también que la información se manejaría con total confidencialidad y se les garantizó la protección de los principios éticos fundamentales: respeto, justicia y beneficencia planteados en el código de Nuremberg.¹⁶ Acogiendo el principio de beneficencia se realizaron cuatro encuentros educativos con participación de un equipo interdisciplinario, Las principales características sociodemográficas de los 18 participantes del estudio fueron: 94.4% eran mujeres, 88.9% eran amas de casa y el 11.1 % tenía trabajo remunerado estable; por edad el 44.4% tenía entre 40 y 50 años, 33.3% entre 51 y 60 años y 22.3% restante eran menores de 45 años. En cuanto al nivel educativo, el 50.0% de los cuidadores tenía estudios de primaria, 22.2%

secundaria y el 5.6% tenía formación universitaria, las demás participantes no recordaron los estudios realizados; sin embargo, todos respondieron que tenían algún tipo de estudio; por estrato socioeconómico el 22.2% de los participantes pertenecía al uno, un 50.0% al dos y el 27.8% restante al tres. Con respecto a la relación del cuidador con la persona con DM2 se encontró que 44.4% eran hijas, 33.3% eran esposas, 5.6% eran padres y 16.7% restante, amigos. Teniendo como resultado que la adherencia al tratamiento en personas con DM2 está mediada por múltiples factores que la dificultan como: concepciones culturales de la enfermedad, desencuentro entre los discursos del equipo profesional de salud y el saber popular, cansancio de tomar tantos medicamentos, miedo a las múltiples punciones por la aplicación de la insulina, insatisfacción con la calidad brindada de los servicios de salud y el costo económico de la enfermedad a largo plazo⁽¹⁷⁾.

JUSTIFICACION:

El paciente diabético por las características de su enfermedad es intervenido desde el punto de vista farmacológico y dietético, sin embargo, los logros obtenidos en los controles no son los esperados, por ello uno de los mayores desafíos en el manejo de esta enfermedad es saber que existen factores como el apego al tratamiento, la ausencia motivacional de estos individuos, el grado de conocimiento acerca de su enfermedad, entre otros, que pueden impedir que el paciente diabético alcance las metas.

Saber cuáles son las causas que provocan la falta de apego al tratamiento farmacológico y dietético de la población de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 según el censo poblacional de la U.M.F 18 que es de 450 paciente aproximadamente, ya que, la Diabetes es una de las enfermedades generadoras de discapacidad y gastos excesivos para su prevención y control, así como una de las principales causas de muertes y muerte prematura, por estas razones, desde el 2001, la OMS invita a todos los países participantes que los programas de prevención determinen los factores modificables a esta enfermedad, ya que la mayoría puede ser detectado en la consulta de control de los programas de promoción y prevención al evaluar la adherencia al tratamiento. Se sabe, además, que en algunos lugares del mundo los diabéticos tienen un grado de adherencia a los fármacos de solo un 67.7%, específicamente a insulina de un 62 a 64% y a hipoglucemiantes orales entre 36 y 96%, menos del 50% de los pacientes realizan ejercicio y solo un 40% cumplen con la dieta, y a pesar de que hay pacientes que informan ser cumplidores en adherencia a fármacos, dieta, y ejercicio en alguno de estos, no se ha visto disminución sustancial de las complicaciones cardiovasculares a mediano y largo plazo.

A pesar de que existen múltiples intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento en los diabéticos, estudios publicados en la literatura médica, señalan que los esfuerzos se quedan cortos al buscar solo errores que dependan del paciente y no del entorno que lo rodean. También influyen notoriamente las características de la enfermedad y su tratamiento y los atributos del sistema de asistencia sanitaria y la prestación de servicios. Este hecho, hace necesario estimar las dimensiones de la adherencia al tratamiento para detectar en los programas de promoción y prevención todos los factores susceptibles de modificar.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Es innegable que para muchos pacientes diabéticos es difícil seguir las recomendaciones del tratamiento farmacológico y dietético. La adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo compromete gravemente la efectividad del tratamiento de manera que es un tema fundamental para la salud de la población desde la perspectiva de la calidad de la vida y de la economía de la salud. En contraparte una terapia controlada y adecuada de apego al tratamiento farmacológico y dietético se relacionaría con el retardo en la aparición y progresión de las complicaciones crónicas de la enfermedad. Dado que la mayor parte de la atención necesaria para los procesos crónicos se basan en el autocuidado del paciente.

PREGUNTA DE INVESTIGACION:

Por lo anterior expresado nos hacemos la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las causas de falta de apego al tratamiento farmacológico y dietético en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la unidad médica familiar N° 18 del imss de Teapa, tabasco?

OBJETIVOS. -

Objetivo General:

DETERMINAR EL APEGO AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y DIETETICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UNIDAD MEDICA FAMILIAR N° 18 DEL IMSS DE TEAPA, TABASCO.

Objetivo Específico:

- Determinar las características sociales y demográficas de los pacientes sometidos al estudio.
- Determinar el grado de apego al tratamiento de los pacientes sometidos al tratamiento.
- Evaluar el tiempo de evolución de la enfermedad y grado de apego.
- Determinar los estilos de vida de los pacientes sometidos al estudio.
- Determinar el grado de adherencia de los sujetos en estudio

MATERIAL Y MÉTODO:

TIPO DE ESTUDIO

Diseño tipo encuesta;

Descriptivo:

Transversal:

POBLACIÓN EN ESTUDIO (UNIVERSO DE TRABAJO):

Se incluirán a todos los pacientes Diabéticos que se encuentran incluidos en el censo de la población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar N° 18 del municipio de Teapa Tabasco, derechohabientes vigentes.

MUESTRA:

Se estudiará una muestra no probabilística por conveniencia en la que se incluirán a todos los sujetos que cumplan los criterios de selección para el estudio. Se incluirá a todos los pacientes que acudan a su control metabólico mensual o a la consulta externa del turno matutino y por cualquier otro motivo de atención.

PERIODO:

Durante el periodo comprendido de entre inicios del mes de octubre del 2016 al mes de marzo del 2017, se realizará un estudio con uso de encuestas al inicio y al final del estudio, se Incluyeron las variables sociodemográficas como: de edad, sexo estado civil, escolaridad, profesión, tipo de ejercicio profesional, tiempo de evolución de la diabetes, y tratamiento farmacológico y dietético actual.

Dado el diseño del estudio se consideró como variable dependiente a la Diabetes Mellitus tipo 2 y como variable independiente, al control metabólico, apego al tratamiento farmacológico y dietético, así como al resto de las variables incluidas en la investigación.

METODOLOGIA

Se realizarán entrevistas personalizadas a todo paciente diabético que lleva control en la U.M.F 18 del IMSS del municipio de Teapa, Tabasco en el turno matutino a todos los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 que reúnan los criterios de selección para el estudio, para conocer cuáles son las causas principales del desapego del tratamiento farmacológico y dietético.

Se hará comparación de estudios de laboratorio Hemoglobina glucosilada, glucosa y glicemia capilar en ayunas en pacientes diabéticos en control de la U.M.F 18 del IMSS del municipio de Teapa, Tabasco para descartar desapego al tratamiento farmacológico y dietético.

Se utilizará el censo poblacional de pacientes diabéticos de la U.M.F 18 del IMSS del municipio de Teapa, Tabasco.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSION:

1. Pacientes con 6 meses a 5 años con diagnóstico de Diabetes mellitus Tipo 2
2. Pacientes diabéticos con diagnóstico de hipertensión y dislipidemia
3. pacientes diabéticos que acuden a su control de manera mensual
4. pacientes diabéticos que no acuden a su control de manera mensual
5. pacientes diabéticos que acudan a consulta externa por alguna otra patología
6. pacientes que cuenten con estudios de laboratorio recientes y glicemia capilar.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

1. Pacientes diabéticos derechohabientes no vigentes en la unidad
2. Pacientes diabéticos que se encuentren dados de baja en la unidad
3. Pacientes que no deseen firmar el consentimiento informado
4. Pacientes que no deseen participar en el estudio
5. Embarazadas con diagnóstico de diabetes gestacional

VARIABLES:**VARIABLES INDEPENDIENTES:**

VARIABLES EN ESTUDIO					
Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente
Edad	Cuantitativa	Tiempo de existencia desde el nacimiento	Igual o mayores de 30 años	Numérica	Encuesta
Genero	Cualitativa	Característica gramatical que se dividen en masculinos o femeninos	Femenino Masculino	Nominal	Encuesta
Lugar de Origen	Cualitativa	Lugar de donde procede una persona	Urbano Rural	Nominal	Encuesta
Escolaridad	Cualitativa	Periodo de tiempo durante el cual se asiste a un centro de enseñanza para llevar a cabo en el los estudios	Nivel de estudios máximos de una persona	Nominal	Encuesta
Estado Civil	Cualitativa	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	SOLTERO CASADO DIVORCIADO VIUDO UNION LIBRE SEPARADO	Nominal	Encuesta
Tiempo de evolución de la diabetes mellitus	Cuantitativa	Periodo en el cual se desarrolla una enfermedad, hasta el momento en el que se encuentra.	1-5 Años 6-10 Años Más de 10 Años	Numérica	Encuesta

VARIABLES DEPENDIENTES:

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente
Apego al Tratamiento	Nominal	Conducta del paciente que coincide con la conducta médica en términos de tomar los medicamentos, seguir las indicaciones dietéticas o transformar su estilo de vida	La falta de apego a los tratamientos: Una respuesta NO indica apego. una respuesta SI es señal de no apego	Nominal	Instrumento Morisky Green
Diabetes Mellitus	Cualitativa	La Diabetes Mellitus es el resultado de una alteración del metabolismo de los hidratos de carbono, debido a la deficiente producción de insulina	Diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento convencional	Nominal	Concensos. ADA.FID
Estilo de vida	Cualitativa/nominal	Conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal.	Cuestionario sociodemográfico	Nominal	Instrumento IMEVID.
Hemoglobina Glucosilada	Dependiente	Indica de modo indirecto, la glucemia media de las 4 semanas previas y descubre el buen o mal control por el tratamiento.	VALORES:(mg/dl) 4.2-4. 8-Objetivo 4.8-6.4-buen control. >6.4-precisa Actuación	Numérica	Laboratorio
Glucosa	Cuantitativa	principal azúcar que circula en la sangre y es la primera fuente de energía en el cuerpo para los seres vivos incluyendo a plantas y vegetales	Normal en ayunas menor a 100mg/dL, y mayor de 60mg/dL en sangre	Nominal	Laboratorio

Colesterol	Cuantitativa	Es la concentración de sustancia grasa que se encuentra en las membranas y en el plasma sanguíneo	Bueno: <200 mg/dl Regular: 200-239mg/dl Malo: >240 mg/dl	Nominal	Laboratorio
Triglicéridos	Cuantitativa	Son lípidos de almacenamiento que se emplean para obtener energía, y la mayoría se encuentran en el tejido adiposo	Bueno: <150 mg/dl Regular: 150-200mg/dl Malo: >200 mg/dl	Nominal	Laboratorio
Tensión Arterial	Cuantitativa	Energía de la contracción de las arterias proporcional a la intensidad del flujo sanguíneo	(PAS): debe ser < 140 mmHg (PAD): debe ser < 80 mmHg Bueno: <120/80 mmHg. Regular: 121-129/81-84 mmHg. Malo: <130/85mmHg	Nominal	Medición en Consultorio

INSTRUMENTOS DE MEDICION:

Acerca de los instrumentos: El primer cuestionario (IMEVID) es un cuestionario auto administrado, diseñado para conocer el estilo de vida de las personas con diabetes tipo 2, que consta de 25 ítems, que incluyen los componentes del estilo de vida que son de importancia para el curso clínico de esta enfermedad, permitiendo identificar conductas de riesgo.

Del segundo instrumento de medición: Para medir el Apego al Tratamiento se usará el cuestionario de Morisky-Green (CATMG) el cual está conformado por cuatro preguntas cuyas respuestas estuvieran orientadas a proporcionar respuestas negativas, excepto la pregunta 2, de naturaleza positiva. Por naturaleza negativa quiere decir que una respuesta NO indica apego, mientras que una respuesta SI es señal de no apego, lo contrario para una pregunta de naturaleza positiva.

Tercer instrumento:

Se utilizará el Mediterranean Diet Quality Index (KIDMED) del estudio endKid. Aunque diseñado para evaluar la adherencia a la dieta mediterránea en general, analiza adherencia a consumo de alimentos saludables para lo cual es necesario cambiar palabras como bollería por repostería, por ejemplo. Consta de 16 reactivos, constituido por preguntas dicotómicas, con la que se obtiene puntuación de 0 a 12. Las preguntas que comportan aspecto positivo (1 a 5, 7 a 11, 13, 15) valen 1 punto. Las de connotación negativa en relación con la dieta (6, 12, 14 y 16) valen -1 punto. La suma de los valores del test permite clasificar la calidad de la dieta en tres niveles: de baja calidad (puntuación ≤ 3), de calidad regular (puntuación 4 a 7) y óptima (puntuación 8 a 12).

ANALISIS DE DATOS:

Para el análisis de los datos se emplearán estadísticas descriptivas de tendencia central, así como tablas de contingencia. Se usará la prueba de muestras relacionadas para comparar las variables de los grupos de acuerdo a los marcadores bioquímicos y el género. Se hará también el grado de asociación entre el factor de riesgo y la enfermedad, en este caso específicamente de asociación de factor de riesgo sería riesgo atribuible que puede ser relacionado con el factor estudiado. Por último, se analizarán los datos obtenidos de los respectivos instrumentos para recabar los datos y hacer el análisis estadístico correspondiente para dar salida a los objetivos propuestos, para este presente estudio. Para el procesamiento de datos se utilizará la versión 20.0 del Statistics Package for the Social Sciences (SPSS, Chicago, IL, USA). Para el análisis de los datos se emplearán estadísticas descriptivas de tendencia central, tablas de contingencia y Chi Cuadrada Krus Kall Wallis.

RECOLECCION DE LA INFORMACION

Los pacientes se abordarán en los servicios de consulta externa o atención medica continua, así como en la sala de espera, se procederá a proponer si desea participar en el estudio, en caso de dar su anuencia, se procederá a aplicar la encuesta sobre los datos sociodemográficos, en segundo lugar se aplicaría la encuesta IMEVID, para medir el Apego al Tratamiento se usará el cuestionario de Morisky-Green (CATMG), Se utilizará el Mediterranean Diet Quality Index (KIDMED) del estudio endKid que analiza adherencia a consumo de alimentos saludables, en todos sus rubros con apoyo del personal de enfermería en cada caso de ser necesario así como el medico pasante del servicio social, y respectivamente a todo paciente el médico familiar en la consulta de control diaria. Se considerará si en el expediente existen estudios de laboratorio reciente en caso de tenerlos se procederá a recabar los datos que sean menores de tres meses, en caso de no contar con estudios recientes se indicarán nuevos estudios de laboratorio que incluyan, química sanguínea, hemoglobina glucosilada, así como glicemia capilar para posteriormente descargar la información en los formatos correspondientes.

El estudio contará con dos fases:

La primera fase se citará a los derechohabientes que cuenten con los criterios antes mencionados, donde se darán pláticas educativas, sobre los aspectos más sobresalientes de la Diabetes, en este caso con la finalidad de fortalecer el apego al tratamiento, la cual constará de tres sesiones de 60min cada una, que será impartida por el médico general y/o familiar con apoyo del médico pasante del servicio social y el personal de enfermería, con un espacio de tiempo de 1 vez por semana.

En la segunda fase se formarán grupos de autoayuda de 20 pacientes del propio estudio, divididos en 5 grupos, con tres sesiones respectivamente por grupos.

Al término de las tres sesiones se les aplicará nuevamente la encuesta e instrumentos para valorar el apego al tratamiento, y se procederá a dar la información a los pacientes por grupo.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación la realizará Médico General y asesorado por profesionales del campo de la salud que ostenten título y cedula legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes. Por lo que se cumplirá con lo estipulado en la Ley General de Salud, según sus últimas reformas (DOF-30-03-2012), en el Título Cuarto “Recursos Humanos para los Servicios de Salud”, Capítulo I “Profesionales, Técnicos y Auxiliares”, Artículo 79; y del Título Quinto “Investigación para la Salud”, Capítulo Único, Artículo 100⁽¹⁹⁾.

De acuerdo a la Ley General de Salud, Título Quinto “Investigación en Salud”, Capítulo Único, Artículo 100, que establece las bases para la investigación en seres humanos, y con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. El presente estudio será una investigación “sin riesgo” para la integridad física y emocional de los pacientes. A cada individuo participante en el estudio se le informará de manera previa acerca de los objetivos del mismo, para su conocimiento y beneficio.

RESULTADOS:

Análisis univariado.

En relación al análisis de medidas de tendencia central sobre la variable sociodemográfica edad, se encontraron los siguientes datos; media 56,75; mediana: 56, moda: 46 años, así también se realizaron las medidas de dispersión, donde se encontró una desviación estándar: 12.407, una varianza de 153.926, con un rango: 54, un mínimo de edad: 33 años y máximo: 87 años. (Tabla 1).

Se realizó un análisis de la edad con un rango de 30-90 años y una distribución por quinquenio de la siguiente manera: 31-35: 3 (2.8%), 36-40: 7 (6.5%), 41-45: 12 (11.2%), 46-50: 14 (13.1%), 51-55: 16 (15%); 56-60: 14 (13.1%); 61-65: 15 (14%); 66-70: 12 (11.2%); 71-75: 6 (5.6%); 76-80: 5 (4.7%); 81-85: 1 (.9%); 86-90: 2 (1.9%). (Tabla 2).

Se analizaron las características sociales y demográficas, respecto al género donde se obtuvieron los siguientes datos: masculino 43 (40.2%); femenino: 64 (59.8%). (Tabla 3).

Posterior a realizar el análisis de lugar de origen se interpretaron los siguientes datos: Urbano: 85(79.4%) Rural: 22 (20.6%). (Tabla 4).

Al analizar la distribución por escolaridad se obtuvieron los siguientes datos: Analfabeta: 11(10.3%); Primaria: 38(35.5%); Secundaria: 25(23.5%); Preparatoria: 21(19.6%); Licenciatura: 8(7.5%); Técnico: 4(3.7%). (Tabla: 5).

El análisis de la distribución por estado civil se encontraron los siguientes datos: Soltero: 5(4.7%); Casado: 65(60.7%); Divorciado: 6(5.6%); Viudo: 18(16.8%); Unión libre: 12 (11.2%); Separados: 1(.9%). (Tabla 6).

Los medios de transporte que se encontraron con mayor frecuencia fueron los siguientes datos: Autobús: 2(1.9%); Combi: 44(41.1%); A pie: 4(3.7%); Taxi: 35(32.7%); Bicicleta: 1(0.9%); Automóvil propio: 21(19.6%). (Tabla 7).

Se realizó un análisis por años de evolución de padecer diabetes agrupados por quinquenios donde se obtuvieron los siguientes datos: 1-5 años: 21(19.6%); 5-10 años: 33(30.8%); mas de 10años: 53(49.5%). (Tabla 8).

En relación por comorbilidad se encontraron los siguientes datos: Hipertensión Arterial: 48(44.9%); Dislipidemia: 18(16.8%); Gastritis: 2(1.9%); EPOC: 1(.9%); Asma: 1(0.9%); Insuficiencia venosa: 2(1.9%); Ninguna: 30(28%); Otras: 5(4.7%). (Tabla 9).

De acuerdo al tipo de tratamiento se analizó lo siguiente: Oral: 101(94.4%); Insulina: 3(2.8%); Combinado: 3(2.8%). (Tabla 10).

En base al surtimiento de recetas se encontraron los siguientes datos: Completo: 104(97.2%); Incompleto: 3(2.8%). (Tabla 11).

Con relación al surtimiento de medicamentos se encontraron los siguientes datos: No hay: 105(98.1%); Olvido: 2(1.9%). (Tabla 12).

En la forma de la adquisición del medicamento se analizó lo siguiente: consulta: 96(89.7%); Lo presta: 1(0.9%); No lo toma: 10(9.3%). (Tabla 13).

De acuerdo a la encuesta realizada para diagnosticar satisfacción del usuario se encontró lo siguiente: Satisfecho: 106(99.1%); No satisfecho: 1(0.9%). (Tabla 14).

Al realizar el análisis de la variable conocimiento de la dieta se observaron los siguiente: Si conocen la dieta: 86(80.4%); No conocen la dieta: 21(19.5%). (Tabla 15).

Con relación a la actividad física se encontró que: Sedentarios: 37(34.6%); Irregularmente Activo: 34(31.8%); Regularmente Activo: 35(32.7%); Activo: 1(0.9%). (Tabla 16).

De acuerdo a si realizan o no realizan ejercicio se demostró que: si realizan ejercicio: 72(67.3%); No realizan ejercicio: 35(32.7%). (Tabla 17).

De acuerdo al conocimiento sobre la Diabetes Mellitus II se observó lo siguiente: Aceptable: 99(92.5%); No aceptable: 8(7.5). (Tabla 18).

Se realizó un análisis de la calidad de vida en los pacientes diabéticos encontrándose lo siguiente: Favorable: 21(19,6%); Poco Favorable: 61(57.0%); Desfavorable: 25(23.4%). (Tabla 19).

En relación a la adherencia dietética se encontró lo siguiente: Optimo: 25(23.4%); Regular: 61(57.0%); Disfuncional: 21(19.6%). (Tabla 20).

Se analizó el estado nutricional en pacientes diabéticos tipo II encontrándose lo siguiente: Normal: 1(0.9%); Sobrepeso: 30(35.5%); Obesidad I: 30(35.5%); Obesidad II: 17(15.9%); Obesidad III: 1(0.9%). (Tabla 21).

Se valoró la asistencia nutricional de los pacientes con diabetes mellitus encontrándose lo siguiente: Si acudieron: 19(17.8%); No acudieron: 88(82.2%). (Tabla 22).

Se analizó el apego terapéutico en pacientes diabéticos encontrándose lo siguiente: Si Apego: 29(27.1%); No Apego: 58(72.9%). (Tabla 23).

Se valoró la toma de medicamentos en pacientes diabéticos, encontrándose lo siguiente: Si tomaron su medicamento: 17(15.9%); No tomaron su medicamento: 90(84.1%). (Tabla 24).

En el análisis estadístico de las variables apego terapéutico en relación a la edad por quinquenios encontraron los siguientes datos:

En el quinquenio de 30-35 años: Si apego: 0(0.0%); No apego: 3(3.8%); De 36-40 años: Si apego: 2(76.9%); No apego: 5(6.4%); De 41-45 años: Si apego: 3(10.3%); No apego: 9(11.5%); De 46-47 años: Si apego: 3(10.3%); No apego: 11(14.1%); De 51- 55 años: Si apego: 3(10.3%); No apego: 13(16.7%); De 56-60 años: Si apego: 5(17.2%); No apego: 9(11.5%); De 61-65 años: 5(17.2%); No apego: 10(12.8%); De 66-70 años: Si apego 5(17.2%); No apego: 7(9.0%), De 71-75 años: Si apego: 0(0.0%); No apego: 6(7.7%); De 76-80 años: Si apego: 3(10.3%); No apego: 2(2.6%); De 81-85 años: Si apego: 0(0.0%); No apego: 1(1.3%); De 86-90 años: apego alto: 0(0.0%); No apego: 2(2.6%). (Tabla 25).

En el contraste de variables entre la relación del apego terapéutico y género se encontraron los siguientes resultados: Género masculino: Si apego: 13(44.8%); No apego: 30(38.5%); Género femenino: Si apego 16(55.2%); No apego: 48(61.5%). (Tabla 26).

En relación al análisis de variabilidad de origen y apego terapéutico se observó lo siguiente:

Origen urbano: Con Apego 25(86.2%); Sin Apego 60(76.9%). Origen rural: Con Apego 4 (13.8%); Sin Apego 18(23.1%). (Tabla 27).

Con relación al análisis de variables de escolaridad y apego a la terapéutica se observó lo siguiente: Analfabeta: Con Apego 3(10.3%); Sin Apego 8(10.3%). Primaria: Con Apego 12(41.4%); Sin Apego 26(33.3%). Secundaria: Con Apego: 6(20.7%); Sin Apego: 19(24.4%). Preparatoria: Con Apego: 2(6.9%); Sin Apego: 19(24.4%). Licenciatura: Con Apego: 3(10.3%); Sin Apego: 5(6.4%). Técnico: Con Apego: 3(10.3%); Sin Apego: 1(1.3%). (Tabla 28).

En la relación del análisis de variables con el estado civil y el apego terapéutico se encontró lo siguiente: Soltero: Con Apego: 1(3.4%); Sin Apego: 4(5.1%). Casado: Con Apego: 16(55.2%); Sin Apego: 49(62.8%). Divorciados: Con Apego: 1(3.4%); Sin Apego: 5(6.4%). Viudos: Con Apego: 8(27.6%); Sin Apego 10(12.8%). Unión Libre: Con Apego: 3(10.3%); Sin Apego: 9(11.5%). Separado: Con Apego: 0(0.0%) Sin Apego: 1(1.3%). (Tabla 29).

Derivado del análisis estadístico de las tablas cruzadas evolución de la diabetes y apego terapéutico las variables que se encontraron fueron las siguientes: de 1-5 años: Con Apego: 4(15.4%); Sin Apego: 12(24.0%). De 5-10 años: Con Apego: 9(34.6%); Sin Apego: 15(30.0%). Más de 10 años: Con Apego; 13(50.0%); Sin Apego: 23(46.0%). (Tabla 30).

De acuerdo a las variables analizadas estadísticamente de las tablas del conocimiento de la diabetes y el apego terapéutico se observó lo siguiente: Aceptable; Con Apego: 27(93.1%); Sin Apego: 72(92.2%). No Aceptable: Con Apego: 2(27.1%); Sin Apego: 6(7.7%). (Tabla 31).

Se analizaron los datos de las variables actividad física y apego terapéutico se encontró lo siguiente: Sedentario: Si Apego; 7(24.1%); No Apego: 30(38.5%). Irregularmente activo: Si Apego: 9(31.0%) No Apego: 25(32.1%). Regularmente activo: Si Apego: 12(41.4%); No Apego: 23(29.5%). Activo: Si Apego: 1(3.4%) No Apego: 0(0.0%). (Tabla 32).

En el análisis de las variables calidad de vida y apego terapéutico se observó lo siguiente: Favorable: Si Apego: 8(27.6%); No Apego: 13(16.7%). Poco Favorable: Si Apego: 17(58.6%); No Apego: 44(56.4%). Desfavorable: Si Apego: 4(13.8%); No Apego: 21(26.9%). (Tabla 33).

Se realizó análisis estadístico de las variables de estado nutricional y apego terapéutico encontrándose los siguientes:

Estado nutricional normal: Si apego: 0(0.0%) No apego: 1(1.3%). Sobrepeso: Si Apego: 16(55.2%); No Apego: 22(28.2%). Obesidad I: Si Apego: 9 (31.0%); No apego: 41(52.6%). Obesidad II: Si Apego: 3(10.3%); No Apego: 14(17.9%). Obesidad III: Si Apego 1(3.4%); No Apego: 0(0.0%). (Tabla 34).

Se realizó análisis estadístico de las variables del conocimiento de la dieta y el apego terapéutico se observó lo siguiente: si conocen la dieta: Si Apego: 22(75.9%); No Apego: 64(82.1%). No conocen la dieta: Si Apego: 7(24.1%); No Apego: 14(17.9%). (Tabla 35).

De acuerdo a la realización del análisis estadístico de las variables en relación del apego terapéutico con asistencia nutricional se observó lo siguiente:

Si asiste a nutrición: Si Apego: 5(17.2%); No Apego: 14(17.9%). No acuden a nutrición: Si Apego: 24(82.2%); 64(82.1%). (Tabla 36).

En relación a la realización del análisis estadístico de las variables en relación del apego terapéutico con la adherencia dietética se analizó lo siguiente:

Optimo: Si Apego: 10(34.5%); No Apego: 15(19.2%). Regular: si Apego: 12(41.4%); No Apego: 49(62.8%); Bajo: Si Apego: 7(24.1%); No Apego: 14(17.9%). (Tabla 37).

ANALISIS BIVARIADO

Al realizar el análisis estadístico mediante la fórmula no paramétrica de Kruz Kall Wallis de las variables edad de acuerdo a los grupos etarios divididos por quinquenio, contrastada con las diferentes categorías de apego al tratamiento mediante la fórmula de kkw se encontraron los siguientes datos: χ^2 (gl:1, n=107) =0.600; p=0.440. (Tabla 38).

Al efectuar el análisis estadísticos y el contraste de las variables por genero mediante la fórmula de χ^2 se encontraron los siguientes datos: χ^2 (gl: 1; n=107)= 0.356; p=0.550. (Tabla 39).

Al realizar el análisis estadístico de las variables por lugar de origen se obtuvieron mediante la fórmula de χ^2 se obtuvieron los siguientes datos: χ^2 (gl:1, n=107) =1.116; p=0.291. (Tabla 40).

Al contrastar el análisis estadístico de las variables por apego terapéutico y escolaridad se obtuvieron mediante la fórmula no paramétrica de Kruz Kall Wallis los siguientes datos: χ^2 (gl:1; n=107)=0.115; p=0.735. (Tabla 41).

Al realizar el análisis estadístico de las variables del apego terapéutico y estado civil mediante la fórmula de Kruz Kall Wallis se obtuvieron los siguientes datos: χ^2 (gl:1; n=107)=0.562; p=0.455. (Tabla 42).

Al efectuar el análisis estadístico del apego terapéutico y tiempo de evolución de la diabetes en las siguientes variables mediante la fórmula de Kruz Kall Wallis se observa lo siguiente: χ^2 . (gl:1, n=107)=1.464; p=0.229. (Tabla 43).

Al realizar el análisis estadístico mediante la fórmula χ^2 de las variables conocimiento sobre diabetes mellitus, contrastada con las diferentes categorías de apego al tratamiento se encontraron los siguientes datos: χ^2 (gl:1; n:=107) = 0.19; p:0.889 (Tabla 44)

Al efectuar el análisis estadístico mediante la fórmula no paramétrica de Kruz Kall Wallis de las variables edad de acuerdo a la actividad física, contrastada con el apego al tratamiento se encontraron los siguientes datos: χ^2 (gl:1; n=107) = 3.303; p:0.072. (Tabla 45).

Al realizar el análisis estadístico de las variables calidad de vida de acuerdo, mediante la fórmula no paramétrica contrastada con apego al tratamiento se encontraron los siguientes datos: χ^2 (gl:1; n=107) =2.877; p:0.093. (Tabla 46).

Al realizar el análisis estadístico mediante la fórmula no paramétrica de Kruz Kall Wallis de las variables edad de acuerdo al estado nutricional, contrastada con las diferentes categorías de apego al tratamiento se encontraron los siguientes datos: χ^2 (gl:1; n=107) = 2.432; p:0.122 (Tabla 47).

Al efectuar el análisis estadístico de las variable conocimiento de la dieta, mediante la fórmula χ^2 se observó lo siguiente: χ^2 (gl:1, n=107) =0.513; p:0.474. (Tabla 48)

Al realizar el análisis estadístico mediante la fórmula χ^2 de las variables que asisten a nutrición se observó lo siguiente: χ^2 (gl:1, n=107) =0.007; p:0.932. (Tabla 49)

Al efectuar el análisis estadístico mediante la fórmula no paramétrica de Kruz Kall Wallis de las variables de adherencia dietética, contrastada con las diferentes categorías de apego al tratamiento se encontraron los siguientes datos: χ^2 (gl:1; n=107) = 0.339; p:0.529. (Tabla 50)

TABLAS DEL ANALISIS ESTADISTICO UNIVARIADO

Tabla 1. Medidas de tendencia central de la edad de la población.

Medida	Frecuencia
Media	56.75
Error estándar de la media	1.199
Mediana	56
Moda	46
Desviación estándar	12.407
Varianza	153.926
Rango	54
Mínimo	33
Máximo	87

Fuente: Cuestionario sociodemográfico n = 107

Tabla 2. Distribución de la población en estudio de la edad por quinquenio.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	30-35	3	2.8%
	36-40	7	6.5%
	41-45	12	11.2%
	46-50	14	13.1%
	51-55	16	15.0%
	56-60	14	13.1%
	61-65	15	14.0%
	66-70	12	11.2%
	71-75	6	5.6%
	76-80	5	4.7%
	81-85	1	.9%
	86-90	2	1.9%
	Total	107	100%

Fuente: Cuestionario IMEVID n = 107

Tabla 3. Distribución por género

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Masculino	43	40.2%
	Femenino	64	59.8%
	Total	107	100%

Fuente: Cuestionario IMEVID n = 107**Tabla 4. Distribución de lugar de origen**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Urbano	85	79.4%
	Rural	22	20.6%
	Total	107	100%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico n= 107.**Tabla. 5 Distribución por escolaridad**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Analfabeta	11	10.3%
	Primaria	38	35.5%
	Secundaria	25	23.4%
	Preparatoria	21	19.6%
	Licenciatura	8	7.5%
	Técnico	4	3.7%
	Total	107	100%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico n= 107**Tabla. 6 Distribución por Estado Civil**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Soltero	5	4.7%
	Casado	65	60.7%
	Divorciados	6	5.6%
	Viudos	18	16.8%
	Unión Libre	12	11.2%
	Separados	1	.9%
	Total	107	100%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico n= 107

Tabla. 7 Medios de transporte del paciente

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Autobús	2	1.9%
	Combi	44	41.1%
	A Pie	4	3.7%
	Taxi	35	32.7%
	Bicicleta	1	.9%
	Automóvil Propio	21	19.6%
	Total	107	100%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico n= 107**Tabla 8. Años de Evolución de la Diabetes Mellitus**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	1-5 Años	21	19.6%
	5-10 Años	33	30.8%
	Mas 10 Años	53	49.5%
	Total	107	100%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico n= 107**Tabla. 9 Comorbilidad**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Hipertensión Arterial	48	44.9%
	Dislipidemia	18	16.8%
	Gastritis	2	1.9%
	Epoc	1	.9%
	Asma	1	.9%
	Insuficiencia Venosa	2	1.9%
	Ninguna	30	28%
	Otras	5	4.7%
	Total	107	100%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico n= 107

Tabla 10. Tipo de tratamiento.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Oral	101	94.4%
	Insulina	3	2.8%
	Combinado	3	2.8%
	Total	107	100%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico n= 107

Tabla 11. Surtimiento de recetas.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Completo	104	97.2%
	Incompleto	3	2.8%
	Total	107	100%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico n= 107

Tabla. 12 Suministro de medicamentos.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Suministrado	105	98.1%
	No suministrado	2	1.9%
	Total	107	100%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico n= 107

Tabla 13. Forma de adquisición de medicamentos.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Consulta	96	89.7%
	Lo Presta	1	.9%
	No Lo Toma	10	9.3%
	Total	107	100%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico n= 107

Tabla 14. Satisfacción usuaria.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Satisfecho	106	99.1%
	No Satisfecho	1	.9%
	Total	107	100%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico n= 107

Tabla 15. Conocimiento de la Dieta

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	86	80.4%
	No	21	19.5%
	Total	107	100%

Fuente: Cuestionario de IMEVID n =107

Tabla 16. Actividad física

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Sedentario	37	34.6%
	Irregularmente Activo	34	31.8%
	Regularmente Activo	35	32.7%
	Activo	1	.9%
	Total	107	100%

Fuente: Cuestionario de IMEVID n=107

Tabla 17. Realiza ejercicio

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	72	67.3%
	No	35	32.7%
	Total	107	100%

Fuente: Cuestionario de IMEVID n =107

Tabla 18. Conocimiento de la Diabetes Mellitus

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Aceptable	99	92.5%
	No Aceptable	8	7.5%
	Total	107	100%

Fuente: Cuestionario de IMEVID y Sociodemográfico. n=107

Tabla 19. Calidad de Vida

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Favorable	21	19.6%
	Poco Favorable	61	57.0%
	Desfavorable	25	23.4%
	Total	107	100%

Fuente: Cuestionario de IMEVID n=107

Tabla 20. Adherencia Dietética

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Optimo	25	23.4%
	Regular	61	57.0%
	Bajo	21	19.6%
	Total	107	100%

Fuente: Cuestionario de KidMed n=107

Tabla 21. Estado nutricional

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Normal	1	0.9%
	Sobrepeso	30	35.5%
	Obesidad I	50	46.7%
	Obesidad II	17	15.9%
	Obesidad III	1	0.9%
	Total	107	100%

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico n =107

Tabla 22. Asiste a nutrición

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	19	17.8%
	No	88	82.2%
Total		107	100%

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico n =107

Tabla 23. Apego Terapéutico

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	29	27.1%
	No	58	72.9%
Total		107	100%

Fuente: Cuestionario Morisky Green n=107

Tabla 24. Toma su medicamento

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	17	15.9%
	No	90	84.1%
Total		107	100.0%

Fuente: Cuestionario Morisky Green n=107

Tabla 25. Relación de la Apego terapéutico y la edad por quinquenios de la población.

		APEGO TERAPEUTICO					
		SI APEGO		NO APEGO			
		f	%	F	%	TOTAL	
edad por	30-35	0	0.0%	3	3.8%	7	2.8%
quinquenio	36-40	2	6.9%	5	6.4%	7	6.5%
	41-45	3	10.3%	9	11.5%	12	11.2%
	46-50	3	10.3%	11	14.1%	14	13.1%
	51-55	3	10.3%	13	16.7%	16	15.0%
	56-60	5	17.2%	9	11.5%	14	13.1%
	61-65	5	17.2%	10	12.8%	15	14.0%
	66-70	5	17.2%	7	9.0%	12	11.2%
	71-75	0	0.0%	6	7.7%	6	5.6%
	76-80	3	10.3%	2	2.6%	5	4.7%
	81-85	0	0.0%	1	1.3%	1	0.9%
	86-90	0	0.0%	2	2.6%	2	1.9%
	Total		29	27.1%	78	27.9%	107
% del total							

Fuente: Cuestionario Morisky Green, y IMEVID n=107

Tabla 26. Relación del apego terapéutico y el género

		SI APEGO		NO APEGO			
		f	%	F	%	Total	
Masculino		13	44.8%	30	38.5%	43	40.2%
Femenino		16	55.2%	48	61.5%	64	59.8%
Total		29	27.1%	78	72.9%	107	100.0%

Fuente: Cuestionario Morisky Green, y IMEVID n=107

Tabla 27. Relación del análisis del apego terapéutico con la variabilidad de origen.

		Si Apego		No Apego		Total	
		F	%	F	%	F	%
Lugar	Urbano	25	86.2%	60	76.9%	85	79.4%
Origen	Rural	4	13.8%	18	23.1%	22	20.6%
Total		29	100%	78	100%	107	100%

Fuente: Cuestionario Morisky Green y Cuestionario sociodemográfico n= 107

Tabla 28. Relación del análisis del apego terapéutico con la escolaridad.

		Apego Terapéutico				Total	
		Si Apego		No Apego			
		F	%	f	%	F	%
Escolaridad	Analfabeta	3	10.3%	8	10.3%	11	10.3%
	Primaria	12	41.4%	26	33.3%	38	35.5%
	Secundaria	6	20.7%	19	24.4%	25	23.4%
	Preparatoria	2	6.9%	19	24.4%	21	19.6%
	Licenciatura	3	10.3%	5	6.4%	8	7.5%
	Técnico	3	10.3%	1	1.3%	4	3.7%
% Total		29	27.1%	78	72.9%	107	100.0%

Fuente: Cuestionario Morisky Green y Cuestionario sociodemográfico n= 107

Tabla 29. Relación del análisis del apego terapéutico con el estado civil.

		Apego terapéutico.				Total	
		Si apego		No apego			
		F	%	f	%	F	%
Estado	Soltero	1	3.4%	4	5.1%	5	4.7%
Civil	Casado	16	55.2%	49	62.8%	65	60.7%
	Divorciados	1	3.4%	5	6.4%	6	5.6%
	Viudos	8	27.6%	10	12.8%	18	16.8%
	Unión Libre	3	10.3%	9	11.5%	12	11.2%
	Separados	0	0.0%	1	1.3%	1	0.9%
	Total		29	27.1%	78	72.9%	107

Fuente: Cuestionario Morisky Green y Cuestionario sociodemográfico n= 107

Tabla 30. Relación de apego terapéutico y los años de evolución de la DM2

		Apego Terapéutico					
		Si Apego		No Apego		Total	
		f	%	F	%	F	%
Evolución Diabetes	1-5 Años	4	15.4%	12	24.0%	21	19.6%
	5-10 Años	9	34.6%	15	30.0%	33	30.8%
	Mas 10 Años	13	50.0%	23	46.0%	53	49.5%
Total		26	24.3%	50	46.7%	107	100.0%

Fuente: Cuestionario Morisky Green y Cuestionario sociodemográfico n= 107

Tabla 31. Relación del apego terapéutico con el conocimiento sobre DM.

		Apego Terapéutico				Total	
		Si Apego		No Apego			
		F	%	f	%	F	%
Conocimiento	Aceptable	27	93.1%	72	92.2%	99	92.5%
Diabetes	No Aceptable	2	6.9%	6	7.7%	8	7.5%
Total		29	27.1%	78	72.9%	107	100%

Fuente: Cuestionario Morisky Green e IMEVID n= 107

Tabla 32. Relación del apego terapéutico al estado de actividad física del paciente DM2

		Apego Terapéutico				Total	
		Si Apego		No Apego			
		f	%	f	%	F	%
Actividad Física	Sedentario	7	24.1%	30	38.5%	37	34.6%
	Irregularmente Activo	9	31.0%	25	32.1%	34	31.8%
	Regularmente Activo	12	41.4%	23	29.5%	35	32.7%
	Activo	1	3.4%	0	0.0%	1	0.9%
Total		29	27.1%	78	72.9%	107	100.0%

Fuente: Cuestionario Morisky Green y Cuestionario Sociodemográfico n= 107

Tabla 33. Relación del apego terapéutico y la calidad de vida

		Si Apego		No Apego		Total	
		f	%	f	%	f	%
Calidad de vida	Favorable	8	27.6%	13	16.7	21	19.6%
	Poco Favorable	17	58.6%	44	56.4%	61	57.0%
	Desfavorable	4	13.8%	21	26.9%	25	23.4%
% Del Total		29	24.3%	78	46.7%	107	100%

Fuente: Cuestionario Morisky Green e IMEVID n= 107

Tabla 34. Relación del apego terapéutico con el estado nutricional.

		Apego Terapéutico				Total	
		Si apego		No Apego			
		f	%	F	%	F	%
Estado Nutricional	Normal	0	0.0%	1	1.3%	1	0.9%
	Sobrepeso	16	55.2%	22	28.2%	38	35.5%
	Obesidad I	9	31.0%	41	52.6%	50	46.7%
	Obesidad II	3	10.3%	14	17.9%	17	15.9%
	Obesidad III	1	3.4%	0	0.0%	1	0.9%
Total		29	27.1%	78	72.9%	107	100.0%

Fuente: Cuestionario Morisky Green e IMEVID n= 107

Tabla 35. Relación del apego terapéutico con el conocimiento de la dieta.

			Apego terapéutico				Total	
			Si Apego		No Apego			
			f	%	f	%	F	%
Conoce Su Dieta	Si	Si	22	75.9%	64	82.1%	86	80.4%
		No	7	24.1%	14	17.9%	21	19.6%
Total			29	27.1%	78	72.9%	107	100.0%

Fuente: Cuestionario Morisky Green, IMEVID y cuestionario sociodemográfico n= 107

Tabla 36. Relación del apego terapéutico con la asistencia a nutrición.

		Apego Terapéutico				Total	
		Si Apego		No Apego			
		f	%	F	%	f	%
Asistencia	Si	5	17.2%	14	17.9%	19	17.8%
Nutrición	No	24	82.8%	64	82.1%	88	82.2%
Total		29	27.1%	78	72.9%	107	100.0%

Fuente: Cuestionario Morisky Green e IMEVID y cuestionario sociodemográfico. n= 107

Tabla 37. Relación del apego terapéutico con adherencia dietética.

		Apego Terapéutico				Total	
		Si Apego		No Apego			
		f	%	F	%	f	%
Adherencia	Optimo	10	34.5	15	19.2	25	23.4
dietética	Regular	12	41.4	49	62.8	61	57.0
	Bajo	7	24.1	14	17.9	21	19.0
Total		29	27.1	78	72.9	107	100%

Fuente: Cuestionario Morisky Green y Kid Med. n= 107

ANALISIS BIVARIADO

Tabla 38. Relación del apego terapéutico y las características sociodemográficas.

<i>Edad por quinquenios</i>	Apego Terapéutico				Anova	Gl	P
	Si Apego		No Apego				
	F	%	f	%			
30-35	0	0.0%	3	3.8%	F 0.600	1	0.440
36-40	2	6.9%	5	6.4%			
41-45	3	10.3%	9	11.5%			
46-50	3	10.3%	11	14.1%			
51-55	3	10.3%	13	16.7%			
56-60	5	17.2%	9	11.5%			
61-65	5	17.2%	10	12.8%			
66-70	5	17.2%	7	9.0%			
71-75	0	0.0%	6	7.7%			
76-80	3	10.3%	2	2.6%			
81-85	0	0.0%	1	1.3%			
86-90	0	0.0%	2	2.6%			
Total	29	27.1%	78	72.9%			
% del total							

Fuente: Cuestionario Morisky Green e IMEVID y cuestionario sociodemográfico n= 107

Tabla 39 Relación del apego terapéutico y el género

<i>Genero</i>	Apego terapéutico				Chi ²	Gl	P
	Si Apego		No Apego				
	F	%	f	%			
Masculino	13	44.8%	30	38.5%	X ² 0.356	1	0.550
Femenino	16	55.2%	48	61.5%			
Total	29	27.1%	78	72.9%			

Fuente: Cuestionario Morisky Green y cuestionario sociodemográfico n= 107

Tabla 40. Relación del apego terapéutico y lugar de origen

<i>Lugar de origen</i>	Apego terapéutico				Chi ²	Gl	P
	Si Apego		No Apego				
	F	%	f	%			
Urbano	25	86.2%	60	76.9%	X ² 1.116	1	0.291
Rural	4	13.8%	18	23.1%			
Total	29	27.1%	78	72.9%			

Fuente: Cuestionario Morisky Green y cuestionario sociodemográfico n= 107

Tabla 41. Relación del apego terapéutico y escolaridad

<i>Escolaridad</i>	Apego Terapéutico				Anova	gl	P
	Si Apego		No Apego				
	F	%	F	%			
Analfabeta	3	10.3%	8	10.3%	X ² 0.115	1	0.735
Primaria	12	41.4%	26	33.3%			
Secundaria	6	20.7%	19	24.4%			
Preparatoria	2	6.9%	19	24.4%			
Licenciatura	3	10.3%	5	6.4%			
Técnico	3	10.3%	1	1.3%			
Total	29	27.1%	78	72.9%			

Fuente: Cuestionario Morisky Green y cuestionario sociodemográfico n= 107

Tabla 42. Relación del apego terapéutico y estado civil

<i>Estado Civil</i>	Apego Terapéutico				Anova	gl	P
	Si Apego		No Apego				
	F	%	F	%			
Soltero	1	3.4%	4	5.1%	f 0.562	1	0.455
Casado	16	55.2%	49	62.8%			
Divorciados	1	3.4%	5	6.4%			
Viudos	8	27.6%	10	12.8%			
Unión Libre	3	10.3%	9	11.5%			
Separados	0	0.0%	1	1.3%			
Total	29	27.1%	78	72.9%			

Fuente: Cuestionario Morisky Green y cuestionario sociodemográfico n= 107

Tabla 43. Relación del apego terapéutico y tiempo de evolución

<i>Tiempo de evolución</i>	Apego Terapéutico				Anova	gl	P
	Si Apego		No Apego				
	F	%	F	%			
1-5 AÑOS	2	6.9%	19	24.4%	F 1.464	1	0.229
5-10 AÑOS	12	41.4%	21	26.9%			
MAS 10 AÑOS	15	51.7%	38	48.7%			
Total.	29	27.1%	78	72.9%			

Fuente: Cuestionario de Morisky Green y Sociodemográfico

Tabla 44 relación del apego terapéutico y conocimiento sobre diabetes mellitus

Conocimiento sobre la DM	Apego Terapéutico				Chi ²	gl	P
	Si Apego		No Apego				
	F	%	F	%			
Aceptable	27	93.1%	72	92.3%	X ² 0.19	1	0.889
No Aceptable	2	6.9%	6	7.7%			
Total	29	27.1	78	72.9%			

Fuente: Cuestionario Morisky Green e IMEVID n= 107

Tabla 45 Relación del apego terapéutico y actividad física

<i>Actividad Física</i>	Apego Terapéutico				Anova	gl	P
	Si Apego		No Apego				
	F	%	F	%			
Sedentario	7	24.1%	30	38.5%	f 3.303	1	0.072
Irregularmente Activo	9	31.0%	25	32.1%			
Regularmente Activo	12	41.4%	23	29.5%			
Activo	1	100%	0	0.0%			
Total	29	27.1%	78	72.9%			

Fuente: Cuestionario Morisky Green y Sociodemográfico n= 107

Tabla 46 relación del apego terapéutico y calidad de vida

Calidad de Vida	Apego Terapéutico						Anova	gl	p
	Si Apego		No Apego		Total				
	F	%	F	%	f	%			
Favorable	8	27.6%	13	16.7%	21	19.6%	X ² 2.877	1	0.093
No Favorable	17	58.6%	45	56.4%	61	57.0%			
Desfavorable	4	13.8%	21	26.9%	25	23.4%			
Total	28	27.1%	79	72.9%	107	100%			

Fuente: Cuestionario Morisky Green e IMEVID n= 107

Tabla 47 Relación del apego terapéutico y estado nutricional

Estado Nutricional	Apego Terapéutico				Anova	Gl	P
	Si Apego		No Apego				
	F	%	F	%			
Normal	0	0.0%	1	1.3%	F 2.432	1	0.122
Sobrepeso	16	55.2%	22	28.2%			
Obesidad I	9	31.0%	41	52.6%			
Obesidad II	3	10.3%	14	17.9%			
Obesidad III	1	3.4%	0	0.0%			
Total	29	27.1%	78	72.9%			

Fuente: Cuestionario Morisky Green y Sociodemográfico n= 107

Tabla 48. relación del apego terapéutico y conocimiento de la dieta

Conoce su Dieta	Apego Terapéutico				Chi ²	Gl	P
	Si Apego		No Apego				
	F	%	F	%			
Si	22	75.9%	64	82.1%	X ² 0.513	1	0.474
No	7	24.1%	14	17.9%			
Total	29	27.1%	78	72.9%			

Fuente: Cuestionario Morisky Green y Sociodemográfico n= 107

Tabla 49. relación del apego terapéutico asistencia en nutrición.

Asistencia en nutrición	Apego Terapéutico				Chi ²	gl	P
	Si Apego		No Apego				
	F	%	F	%			
Si	5	17.2%	14	17.9%	0.007	2	0.932
No	24	82.8%	64	82.1%			
Total	29	27.1%	78	72.9%			

Fuente: Cuestionario Morisky Green y Sociodemográfico n= 107

Tabla 50. Relación del apego terapéutico con adherencia dietética.

		Apego Terapéutico				Anova	Gl	P
		Si Apego		No Apego				
		f	%	F	%			
Adherencia dietética	Optimo	10	34.5	15	19.2	0.339	1	0.529
	Regular	12	41.4	49	62.8			
	Bajo	7	24.1	14	17.9			
Total		29	27.1	78	72.9			

Fuente: Cuestionario Morisky Green y Kid Med. n= 107

DISCUSION:

La diabetes es sumamente prevalente, afecta aproximadamente a 150 millones de personas en todo el mundo y se prevé que esta cifra aumentara a 300 millones en el 2025. Durante los últimos decenios se han presenciado diversas fases en el desarrollo de los enfoques encaminados a lograr que los pacientes sigan el tratamiento para la prevención de complicaciones. En el presente estudio se consideró la importancia del apego terapéutico y dietético, que son las acciones que deben coincidir con las indicaciones médicas, en términos de tomar sus medicamentos hipoglucemiantes orales o aplicar su insulina, seguir las dietas y transformar su estilo de vida.

Dentro de las características sociodemográficas la edad de los pacientes tuvo una media de 56 años con un predominio en el quinquenio de 51-55 años del 15% sin significancia estadística en su relación con el apego terapéutico farmacológico; a semejanza de (Duran Varela, 2001 y Alarcón Luna, 2012) donde la edad promedio fue de 60 ± 9 años.

El presente estudio demuestra que el género femenino también obtuvo una preponderancia del 59.8% sobre el género masculino, así como la escolaridad primaria en un 35.5%, estado civil casado en un 60.7%, y, a diferencia del tiempo de evolución de la enfermedad con un 49.5% en mayores de 10 años. donde sí se presentó significancia estadística en relación al apego terapéutico, en la variable de género y el estado civil y en la educación secundaria.

A semejanza de (Alarcón Luna, 2012): la prevalencia del género femenino fue del 80% la escolaridad más frecuente fue la de la educación primaria en un 60%, el estado civil casado 65% el tiempo de la evolución de la enfermedad \geq al 55%, y el IMC fue obesidad grado I en un 42%.

Se observó que el estado nutricional de los pacientes del estudio de la U.M.F 18 tuvo una prevalencia de obesidad grado I con un 46.7%, el cual tampoco tiene relación con el apego terapéutico, probablemente debido a que el 34.6% de los pacientes no tiene una actividad física (sedentaria) y a pesar de haber referido en un 67.3% que realiza algún tipo de ejercicio y el 82.1% conoce su dieta que debe llevar y el 82.1% no asiste a su citas a nutrición a similitud de (Duran Varela,2001) en donde el índice de masa corporal tuvo un promedio de 30.1 Kg/m^2 en los pacientes en apego y de 29.6 Kg/m^2 en pacientes con apego. (Páez, 2010) en el que el 70% de los pacientes el IMC fue $> 25 \text{ Kg/m}^2$, semejante a (Troncoso Pantoja, 2013) donde se destaca la

importancia que los usuarios codifican el consumo de fármacos y realización de la dieta sin embargo esta última no es efectuada efectivamente y el ejercicio físico no es interpretado como parte de su terapia.

El estilo de vida de los pacientes fue poco favorable en un 57% en correlación con el apego terapéutico no se presentó apego, ni tampoco presento significancia estadística en contraste con (Cuevas, 2016) el cual hay significancia con regular estilo de vida y (Romero Marques, 2011) con resultados estadísticamente significativos en los estilos de vida seleccionados (nutrición, actividad física, adicciones, autoestimas y apego al tratamiento).

En cuanto a las variables de conocimiento de DM se obtuvo un conocimiento aceptable en un 92.5%, sin embargo no presenta ninguna significancia estadística por lo que no hay relación entre el conocimiento sobre diabetes y el apego al tratamiento, en controversia con (Pascasio Vera, 2016) en el cual se encontró que el conocimiento sobre DMII fue aceptable en un 70% de la muestra y que un 72.5% de los paciente presenta buena adherencia farmacológica.

Dentro del análisis del estudio del apego terapéutico y dietético en los pacientes con diabetes de la U.M.F 18. Se determinó que no se presentó apego terapéutico farmacológico en un 72.9% y con respecto al apego dietético mostró una mayor proporción al apego regular en un 57.0%. En contraste con (Terechenko, 2015) en el cual el 56% de los pacientes presentaron buena adherencia al tratamiento farmacológico, contrastando con la investigación de Páez, 2010 quien menciona que no hubo adherencia completa a las recomendaciones nutricionales.

La relación entre apego terapéutico farmacológico y dietético en la UMF 18, demostró que no tuvo significancia presentando no apego farmacológico con regular apego dietético en un 62.8% en discrepancia con (Rodríguez Campusano, 2013) donde la adherencia dietética logro significancia estadísticas.

Dentro de las comorbilidades asociadas de mayor prevalencia en el estudio es la HTA con un 44.9%. en cuanto a las variables estadísticas de satisfacción usuaria prevaleció el estado satisfactorio con un 99% debido a que el surtimiento de recetas es completo en 97.2% y el suministro adecuado de medicamentos en un 98.1% el cual fue adquirido en un 89.7% por la consulta externa brindada.

CONCLUSION:

La falta de apego terapéutico es alta (72.8%) y el no apego dietético de igual manera es Alto (57%) en los pacientes con diabetes Mellitus de la UMF No. 18.

- Se determinó que la población más participativa por género en este estudio fueron mujeres y en menor proporción los hombres así como su grado de conocimiento de estudios obtenidos prevaleciendo la educación primaria, seguido de la educación secundaria y preparatoria, siendo minoría la población analfabeta, licenciatura y técnica. De igual forma una alta proporción de participantes se ubicaron en estado civil casados
- Dentro de las características sociales y demográficas de los pacientes con DMT2 sometidos al estudio la mayoría fue de zona urbana así como la facilidad de trasladarse de su lugar de origen a la U.M.F 18 mediante transporte colectivo (combi y taxis)
- Se valoró que el grado de apego al tratamiento terapéutico y dietético no fue significativo debido a que aun cuando refieren un buen apego terapéutico este no se cumple aun cuando tienen conocimiento de las complicaciones de la Diabetes Mellitus
- Se evaluó el tiempo de evolución del padecimiento junto con el apego terapéutico siendo este insignificante ya que la mayoría no cumple con las indicaciones medicas
- En cuanto al estilo de vida de los pacientes la falta del apego dietético no presento significancia así como el nivel de ejercicio que realiza.

RECOMENDACIONES:

Es importante mencionar, que se busca mejorar la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, en la consulta externa, destacando la importancia de la relación médico paciente, dándole seguimiento a los programas establecidos en el instituto y para lograrlo se recomienda:

Llevar acabo los procedimientos educativos en los pacientes diabéticos mediante un equipo interdisciplinario para que se puedan alcanzar los objetivos.

Saber el grado de conocimiento sobre la DMT2 en la población general de las unidades médicas para prevenir las complicaciones futuras y detectara a tiempo los factores de riesgo para la predisposición de la DM.

Reforzar las actividades educativas con la participación de los pacientes diabéticos para conocer su grado de conocimiento en el apego dietético y terapéutico para mejorar su control metabólico.

Fomentar la participación de los familiares en el apego terapéutico y dietético de los pacientes con DM2 así como las actividades deportivas para una buena adherencia.

Consideramos que es importante la participación del servicio de nutrición para un buen apego dietético en los pacientes diabéticos y disminuir la incidencia de descontrol metabólico ya que en las unidades foráneas no se cuenta con este servicio teniendo que recurrir a los hospitales de 2do nivel lo que conlleva a que no haya un buen apego dietético.

Cambiar los hábitos dietéticos mediante estrategias educativas que generen la participación.

BIBLIOGRAFÍAS:

1. A., L. P. (02 de 12 de 2010). Identificación de la adherencia al tratamiento nutricional aplicando el modelo de conocimientos, actitudes y prácticas en un grupo de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en la Asociación Colombiana de Diabetes. *Dieta*, 28(133), 17-23.
2. Albizuri., J. R. (2011). Adherencia al tratamiento Farmacologico en Patologias Cronicas. (G. VASCO, Ed.) *Infac*, Vol. 19(Nº1).
3. Barcelo A, R.S. (2001). Una intervención para mejorar el control de la Diabetes en Chile. *Rev. Panam Salud pública*, 10; 328-333.
4. Bernal, R. D.-V. (Julio-Septiembre de 2013). Fisiopatología de la Diabetes y los mecanismos de muerte de las células B pancreáticas. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, Volumen 21(Nº3), 98-106.
5. Blanca Rosa Duran Varela, B. R. (2001). Apego al Tratamiento Farmacológico en paciente con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2. *Salud Publica*. 43, 233-236.
6. Calderon T, J. Sol, C.S. (2003). Efectos de la educación en el control metabólico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Nacional arzobispo Loayza Rev. Soc. Perú. Med. Interna.
7. Conn. V. S. (2007). Metabolic effects of interventions to increase exercise in adult with type 2 diabetes. *Diabetologia*, 50(5):913-921.
8. D, M. (2004). Estudio de disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. *Revista Médica del IMSS*, 42(4).
9. Diabetes, A. L. (2013). Diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 con Medicina basada en Evidencia. *Guías ALAD*.
10. DOTA, C. d. (2010). Normas para el desarrollo de programas de educación sobre la diabetes en América, *Revista Panamericana de la Salud*; 10(5).
11. Duran Varela, B.R.-C.-G. (2001). Pharmacological therapy compliance in diabetes, *Salud pública Méx.* Vol. 43, n.3, pp. 233-236.
12. Guzmán-Pérez M. I; C. -C. A. -J. -O. (2005). Control glicémico, conocimientos y autocuidado de pacientes diabéticos tipo 2 que asisten a sesiones educativas *Rev. Enferm. Imss*, 13(1):9-13.
13. Ibarra M. D. (Junio 2006). *Apego al Tratamiento Farmacológico, control glucémico y mutagenecidad*. Tesis, Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey México.
14. Ingaromo, R.V. (2005). Estudio nacional sobre adherencia al tratamiento (ENSAT). *Revista Federal de Argentina de Cardiología*, 34; 104-111.
15. J. R. S. (S.F.). Mesa redonda XIE 96 hacia un modelo eficiente de atención al paciente diabético en México. Diabetes en el primer nivel de atención. Un modelo alternativo de atención. *Salud Pública de México*. Vol. 49, edición especial.
16. Jiménez Benavidez A, G. V. -N. (2005). Función Familiar, control de diabetes mellitus tipo 2. *Revista de Salud Pública y Nutrición (México)*, Edición especial núm. 8

17. Kompatzki, J. A. (2010). *Adherencia al Tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Hospital de ANCUD*. Universidad Austral de Chile, Facultad de Ciencias Escuela de Química y Farmacia, Valdivia-Chile.
18. Lerman, G.I. (2003). *Atención Integral del Paciente Diabético*. (3ª Ed.). México D.F. Mc Graw-Hill Interamericana
19. Lerma, G.I. (2003). La diabetes de inicio temprana en población mexicana: prevalencia, caracterización, genética, y metabólica. *Revista de Investigación Clínica* 55(3)301-307.
20. Lifshitz, A. (Mayo de 2008). Seminario Diabetes Mellitus. www.facmed.unam.mx
21. Márquez, E. (2004). Métodos de Medida del cumplimiento terapéutico. Cumplimiento terapéutico en la HTA. *Universidad Autónoma de Nuevo León, México*. 7(1) ,5-6.
22. Martínez, L. ((2004). Evolución de la mutagenicidad de tratamientos utilizados con diabetes mellitus tipo 2. *Tesis Maestría no Publicada*.
23. Neda Ratanawonga, A. J. (February de 2013). Communication and medication adherence; the Diabetes Study of Northern California. *JAMA Interd Med.*, 11(173 3), 210-218.
24. Noemí Selene Alarcón Luna, F.C. (Enero-Junio 2012). Intervención educativa de Salud en pacientes con Diabetes Mellitus para fortalecer el apego al tratamiento. *Medigraphic, Volumen 1(Nº6)*.
25. Oller –Gómez, J. y. -M. (2002). Programa de educación del diabético. Evaluación de su efecto. *Rev. Cubana. Med Gen. Integr*, 18(4).
26. OMS. (2005). Sección de investigación, caracterización de la información que le brinda el medico al paciente sobre el medicamento preescrito. Centro para el desarrollo de la fármaco-epidemiología, disponible en: <http://www.cdf.sid.cu/investigaciones/diagonal/prescripcionespdf> mayo 2011.
27. Pársec M, P. –O. M. –R. (2000). When reeducations should be repeated in order to maintain good diabetes control. *Diabetologia*. 45(Suppl 1) A 221, 849.
28. Pineda, C. L. (24 de Octubre 2011). *Factores Asociados con la no adherencia al tratamiento de pacientes Diabéticos en un programa de control de Riesgo Cardiovascular de una empresa promotora de salud de Bucaramanga, Colombia 2010*. Tesis. Universidad Industria de Santander, Facultad de Salud, Departamento de Salud Pública, Bucaramanga.
29. Polit. H. & -H (1999). *Investigación científica en ciencias de la salud* (6ª Ed.). México: Mc. Graw-Hill Interamericana.
30. Rubén Zuart-Alvarado, H.J.-C-T.-Y. (Octubre-Diciembre 2010). Adherencia a Hipoglucemiantes en Diabéticos en una Unidad Médica Familiar del Estado de Chiapas. *Revista de Salud Pública y Nutrición volumen 11(Nº4)*
31. Salazar, E.J.-2. (2009). Relación entre diabetes mellitus y calidad de vida en pacientes de Guadalajara Jalisco. Año 2006-2007. *Correo Científico Médico de Holguín*, 13(3).
32. Salud, O. M. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo lazo. *OMS*, Pag. 3-10,139
33. Salud. O. P. (Junio de 2002). La respuesta de Salud Pública a las Enfermedades Crónicas. *130ª Sesión Comité Ejecutivo*
34. Salud. O.P. (2004) Adherencia a los Tratamientos a largo plazo. *Red Mundial Interdisciplinaria sobre Adherencias Terapéutica*.

35. Sergio William Pech Estrella, J. E. (2010). Factores que inciden en el fracaso del tratamiento del paciente Diabetico en Tekax, Yucatan, Mexico. *Revista de Especialidades Medico-Quirugicas*(15(4)), 211-215.
36. Teresa Hoyos Duque M.V. (2011). Factores de Adherencia al Tratamiento en personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar. *Investigación y Educación en enfermería; volumen 29(Nº2)*.

ANEXOS.

Anexo 1



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:	Falta de apego al tratamiento farmacológico y dietético en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la unidad médica familiar n°18 del imss de Teapa, Tabasco						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica						
Lugar y fecha:	Teapa, Tabasco del 01 de Noviembre del 2016 al 30 de Marzo del 2017						
Número de registro:							
Justificación y objetivo del estudio:	El propósito de esta investigación es describir cuales son los factores que implican el desapego en el tratamiento terapéutico y dietético del paciente diabético tipo 2, con el fin de implementar nuevas estrategias para el buen control metabólico en el paciente diabético						
Procedimientos:	Aplicación de cuestionarios y sesiones educativas.						
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Cambios en su estilo de vida y apego en el tratamiento farmacológico y dietético						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Confidencial						
Participación o retiro:	La participación en este estudio es de forma voluntaria, si usted desea continuar en el, puede retirarse en cualquier momento, sin que esto afecte su seguimiento en este estudio						
Privacidad y confidencialidad:	Todos los datos registrados serán totalmente confidenciales y solo se usarán para conocer los resultados de la intervención del presente estudio						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica						
Beneficios al término del estudio:	Implementación de un modelo educativo para su control metabólico						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Dr. Jaime Cerino García						
Colaboradores:	Personal de la unidad						
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 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

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Seguridad y Solidaridad Social

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

EDAD _____ ESCOLARIDAD _____ ESTADO CIVIL _____

DOMICILIO _____ PESO _____ TALLA _____ IMC _____

SEXO: M () F () TRABAJO ACTUAL _____

SALARIO _____

PADECIMIENTOS ACTUALES _____

TIEMPO DE HABER INICIADO CON SU PADECIMIENTO _____

CONOCE QUE ES LA DIABETES: SI () NO ()

CONOCE CUALES SON LAS COMPLICACIONES DE LA DIABETES: SI () NO ()

SU MEDICO FAMILIAR LE HA EXPLICADO CUALES SON LAS COMPLICACIONES SI USTED NO SE APEGA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y DIETETICO SOBRE SU PADECIMIENTO (DIABETES):

SI () NO ()

SABE USTED CUALES SON LOS BENEFICIOS SOBRE SU PADECIMIENTO (DIABETES) SI SE APEGA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y DIETETICO:

SI () NO ()

HA TENIDO QUE SUSPENDER USTED EN ALGUNA OCASIÓN SU TRATAMIENTO FARMACOLOGICO:

SI () NO ()

¿Por qué? _____

HA LLEVADO SU DIETA A COMO SE LA A INDICADO SU MEDICO:

SI () NO ()

¿Por qué? _____

CONSIDERA USTED QUE ES IMPORTANTE LA AYUDA DE SU FAMILIA PARA EL BUEN APEGO DE SU TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y DIETETICO DE SU DIABETES:

SI () NO ()

¿Por qué? _____

APARTE DE SU TRATAMIENTO FARMACOLOGICO IMPLEMENTADO POR SU MEDICO FAMILIAR
USTED UTILIZA ALGUN TRATAMIENTO ALTERNATIVO:

SI () NO ()

¿POR QUE? _____

REALIZA EJERCICIO: (1 VEZ POR SEMANA) (2-3 VECES POR SEMANA)

(TODA LA SEMANA) (NINGUNA VEZ A LA SEMANA)

MEDICAMENTOS QUE TOMA O SE APLICA: (METFORMINA) (GLIBENCLAMIDA)

(COMBINADAS) (INSULINA) (OTRAS)

Cuestionario IMEVID

Instructivo

Este es un cuestionario destinado para conocer el estilo de vida de las personas con diabetes tipo 2. Le agradecemos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere que refleja mejor su estilo de vida en los últimos tres meses.

Elija una sola opción marcando con una cruz X en el cuadro que contenga la respuesta elegida.

Le suplicamos responder todas las preguntas.

Fecha:

Nombre	Sexo: F	M	Edad ___ años
1. ¿Con que frecuencia come verduras?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca
2. ¿con que frecuencia come frutas?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca
3. ¿Cuántas piezas de pan come al día?	0 a 1	2	3 o más
4. ¿Cuántas tortillas come al día?	0 a 3	4 a 6	7 o más
5. ¿agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente
6. ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
7. ¿Come alimentos entre comidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente
8. ¿Come alimentos fuera de casa?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente
9. ¿Cuándo termina de comer servida inicialmente pide que le sirvan más?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
10. ¿Con que frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? (caminar rápido, correr o algún otro)	3 o más veces por semana	1 a 2 veces por semana	Casi nunca
11. ¿se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
12. ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa	Trabajos en casa	Ver televisión

13. ¿Fuma?	No fumo	Algunas veces	Fumo a diario
14. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Ninguno	1 a 6	6 o más
15. ¿Bebe Alcohol?	Nunca	Rara vez	1 vez o más por semana
16. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	Ninguna	1 a 2	3 o más
17. ¿A cuántas pláticas para personas para diabetes a asistido?	4 o más	1 a 3	Ninguna
18. ¿Trata de obtener información sobre la diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
19. ¿Se enoja con facilidad?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
20. ¿Se siente triste?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
			Total

*Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos.

Gracias por sus respuestas. Marque con una X en el espacio que corresponda su respuesta

Test KIDMED	A	B
1. ¿Come una fruta todos los días?		
2. ¿Come una segunda fruta todos los días?		
3. ¿Come verduras frescas, crudas, en ensaladas o cocinadas regularmente una vez al día?		
4. ¿Come verduras frescas, crudas, en ensaladas o cocidas regularmente más de una vez al día?		
5. ¿Come pescado fresco con regularidad por lo menos 2 o 3 v/semana?		
6. ¿Come más de una vez a la semana comida rápida como tortas, tacos, pizzas, hot-dog?		
7. ¿Le gustan los frijoles, las lentejas, las habas, y los come más de una vez a la semana?		
8. ¿Come fideos, macarrones, espagueti o arroz descascarillado casi a diario?		
9. ¿Desayuna papilla de avena, tortillas, pan de sal como bolillo, pan tostado integral o arroz integral?		
10. ¿Come por lo menos 2 o 3 veces a la semana, pepitas de calabaza, cacahuates, avellanas, nueces?		
11. ¿Utiliza aceite vegetal para cocinar?		
12. ¿Desayuna?		
13. ¿Incluye en el desayuno leche descremada o yogurt sin sabor?		
14. ¿Desayuna panes como conchas, donas, cuernitos?		
15. ¿Come 2 porciones de yogurt sin sabor o 40 g de queso o tortillas diario?		
16. ¿come caramelos o toma refrescos, jugos, néctares, varias veces al día?		

Columna A – columna B =

Baja calidad (puntuación ≤ 3), necesita ajustes (puntuación 4 a 7)

Óptima (puntuación 8 a 12).

TEST MORISKY-GREEN

Valora si el paciente adopta actitudes correctas en relación con la terapéutica

¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	Si ()	No()
--	--------	-------

¿Toma los medicamentos a la hora indicada?	Si ()	No()
--	--------	-------

Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar su medicamento?	Si ()	No()
--	--------	-------

Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	Si ()	No()
--	--------	-------

Para considerar una buena adherencia, la respuesta a todas las preguntas debe ser adecuada (no, si, no, no)