



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO, PONIENTE



Factores de la no adherencia a las recomendaciones dietéticas del médico familiar en
pacientes hipertensos y diabéticos tipo 2 en la UMF 58

TITULACIÓN POR TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
VIOLETA GARCÉS CORONA

TUTOR O TUTORES PRINCIPALES
DR. CÉSAR CARLOS LÓPEZ GARCÍA

MIEMBRO DEL COMITÉ TUTOR
DRA. ROCÍO BAUTISTA DE ANDA

ÁREA DE ADSCRIPCIÓN: COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD Y SECRETARÍA DEL CLIS 1503

CD. MX.

HGZ No.58, OCTUBRE DEL 2021



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.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1503.
H GRAL ZONA NUM 58

Registro COFEPRIS 17 CI 15 104 037
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 15 CEI 002 2017033

FECHA Viernes, 26 de febrero de 2021

M.E. César Carlos López García

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Factores de la no adherencia a las recomendaciones dietéticas del médico familiar en pacientes hipertensos y diabéticos tipo 2 en la UMF 58** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2021-1503-012

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

GERARDO VARGAS SANCHEZ

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1503

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 58 "GENERAL MANUEL ÁVILA CAMACHO"

COORDINACION CLÍNICA DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD

AUTORIZACION DE TESIS:

"Factores de la no adherencia a las recomendaciones dietéticas del médico familiar en pacientes hipertensos y diabéticos tipo 2 en la UMF 58"



DRA. AURORA ZUÑIGA MURO
ENCARGADA DE DIRECCION HGZ 58



DRA. ROCIO BAUTISTA DE ANDA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD



DRA. SANDRA GRISEL GARCÍA CAMPOS
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR



DR. CARLOS CÉSAR LÓPEZ GARCÍA
ASESOR DE TESIS

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a Dios por darme vida

Doy gracias a la vida que me ha dado tanto

Gracias a mi esposo por su paciencia, apoyo y amor en todo

Gracias a mis padres por el pilar que sostiene mi vida

Gracias a mis suegros y cuñada por ser un apoyo vital en mi vida

Gracias a todos mis maestros a los que admiro y aprecio en gran medida y que con gran dedicación y cariño me han compartido sus enseñanzas y sabiduría.



Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Estado de México Poniente
Coordinación de Investigación en Salud

Factores de la no adherencia a las recomendaciones dietéticas del médico familiar en pacientes hipertensos y diabéticos tipo 2 en la UMF 58

Investigador Principal:

Nombre: Dr. César Carlos López García

Lugar de trabajo: UMF No. 51 IMSS

Área de adscripción: Coordinación clínica de educación e investigación en salud

Teléfono: 53612121 EXT 114

Correo electrónico: cesar.lopezga@imss.gob.mx

Investigadores asociados:

Nombre: Dra. Rocío Bautista de Anda

Área de adscripción: Coordinación clínica de educación e investigación en salud y secretaria del CLIS 1503

Lugar de trabajo: HGZ No. 58 IMSS

Teléfono de la unidad de atención médica: (55) 539774515 Extensión: 52315

Correo electrónico: rocio.bautistaa@imss.gob.mx ; comité.etica15038@imss.gob.mx

Tesista:

Nombre: Violeta Garcés Corona

Área de adscripción: Unidad de Medicina Familiar con adscripción al HGZ No.58

Teléfono: 55 30 45 46 91

Correo electrónico: argunamedea@gmail.com

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	4
Resumen:	8
INTRODUCCIÓN:	10
MARCO TEÓRICO:	10
JUSTIFICACIÓN:.....	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	16
OBJETIVO GENERAL:	17
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	17
HIPÓTESIS:.....	17
MATERIAL Y MÉTODOS:	17
DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO:	17
GRUPOS DE ESTUDIO:	18
Criterios de inclusión:	18
Criterios de exclusión:.....	18
Criterios de eliminación:	18
TAMAÑO DE LA MUESTRA:	18
DEFINICIÓN DE VARIABLES:.....	19
Variables Independientes:.....	19
Variables dependientes:	19
Variables Descriptoras:	19
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:	21
ANÁLISIS DE DATOS:	22
Gráfica 1	22
Gráfica 2.	22
Gráfica 3	23
Gráfica 4.	24
Gráfica 5.	25
Resultados.....	26
Tabla 1	26
Tabla 2.....	27

Tabla 3.....	28
Tabla 5.....	29
Tabla 4.....	30
Conclusiones	32
Discusión	32
Impacto	34
ASPECTOS ÉTICOS DE ESTE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN:.....	35
RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD:	37
RECURSOS HUMANOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD:.....	37
RECURSOS ECONÓMICOS:.....	37
CRONOGRAMA	38
Bibliografía	39
ANEXOS:	42
CUESTIONARIO:	45
CARTA DE NO INCONVENIENCIA	47
CARTA DE CONFIDENCIALIDAD.....	48

Resumen:

Título: Factores de la no adherencia a las recomendaciones dietéticas del médico familiar en pacientes hipertensos y diabéticos tipo 2 en la UMF 58

César Carlos López García (Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud)

Rocío Bautista de Anda (Coordinación de Enseñanza e Investigación Clínica)

Violeta Garcés Corona (Médico Residente de Medicina Familiar)

Antecedentes: Como se ha encontrado en diversos países, la adherencia a la dieta es una meta difícil de lograr y hay varios factores que inciden en la adherencia terapéutica y pueden ser factores personales, del sistema de salud, de la propia enfermedad, de la persona o del tratamiento (1,7,9). Las causas y los factores que se relacionan con la falta de adherencia son numerosos, entre los que se encuentran: los olvidos de toma de medicación, la desmotivación para seguir el tratamiento en enfermedades crónicas asintomáticas, los efectos secundarios de la medicación, la falta de información sobre su enfermedad, el tratamiento y las consecuencias del abandono, baja autoestima, depresión, así mismo se establece la relación: a mayor complejidad del tratamiento, menor adherencia terapéutica (1,2,7,8). Por lo que en este estudio decidimos encuestar a los diabéticos e hipertensos de la UMF 58 para saber los factores que los llevan a alejarse del apego a la dieta recomendada para su enfermedad.

Objetivo: Determinar los factores por los que los pacientes portadores de hipertensión y diabetes mellitus 2 no siguen las recomendaciones dietéticas del médico familiar en la U.M.F. No. 58.

Material y métodos: Se realizará un estudio transversal, observacional, no probabilístico, descriptivo, prolectivo y abierto, del tipo de diseño de cuestionarios y entrevistas/estudios en la comunidad sin grupo de control en la Unidad de Medicina Familiar número 58 del IMSS en el primer nivel de atención.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 191 pacientes, con una media de edad de 65.43 ± 10.84 años, se observó una mayor participación de pacientes mujeres, con un 66% del grupo. En lo referente a la escolaridad, encontramos que el nivel de primaria fue el que se presentó con mayor frecuencia, mientras que la ocupación con una mayor proporción de participantes fue hogar/desempleado. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de comorbilidades en edad, sexo, escolaridad y ocupación entre los pacientes con y sin adherencia a las recomendaciones dietéticas.

Análisis de resultados: se analizaron los datos sociodemográficos y de apego a las recomendaciones de dieta de 191 pacientes con enfermedades crónicas (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y con ambas). No encontramos relación de las características sociodemográficas como edad, sexo, escolaridad y ocupación con el seguimiento de estas. Sin embargo, al analizar los grupos de pacientes por comorbilidad, encontramos que la ocupación se relaciona con el apego a las recomendaciones sólo en los pacientes con hipertensión arterial, no encontrándose esta relación en los pacientes con diabetes ni con ambas condiciones.

Conclusiones: los factores culturales y los relacionados con los servicios de salud tuvieron una relación relevante para que los pacientes sigan las recomendaciones dietéticas, por lo tanto, constituyen un blanco importante para las futuras intervenciones en esta población.

Impacto: Si bien ya se han hecho muchos estudios de investigación acerca de la adherencia terapéutica tanto farmacológica como no farmacológica en pacientes con enfermedades crónicas, pocos estudios prestan atención a la percepción que tienen los pacientes acerca de sus fallos en el tratamiento el cual fue el objetivo de este estudio. Este estudio abre una pauta para seguir mejorando la investigación acerca de los factores percibidos por los pacientes para la adherencia.

Experiencia del grupo. Investigador principal: con 20 años de experiencia clínica en atención a pacientes diabéticos e hipertensos, 8 años de experiencia en investigación clínica. Investigadora asociada: con 20 años de experiencia clínica en atención en medicina del trabajo, 8 años de experiencia en investigación clínica. Tesista: con experiencia clínica general desde hace 10 años.

INTRODUCCIÓN:

La hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 se relacionan con un riesgo aumentado de morbilidad y mortalidad no solamente cardiovascular sino de otras complicaciones progresivamente discapacitantes para quienes los padecen y más para quienes no están dentro de cifras de control. Esto se ha visto principalmente en pacientes en quienes presentan una resistencia a la adherencia al uso de medicamentos, pero sobre todo en personas que no realizan cambios en su alimentación ni en sus hábitos como integrarse a una rutina de ejercicios. Por lo que se decidió estudiar los motivos que las personas tienen para no adherirse a las dietas indicadas en estos pacientes y que en las guías de práctica clínica se hacen hincapié.

MARCO TEÓRICO:

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018 presentada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP): se da a conocer que la diabetes pasó de 6.4 millones a 8.6 millones, lo que significó un aumento de 10.3% en comparación con 2012, el problema es aún mayor, porque se acentuó en las mujeres, con 11.4% comparado con 9.1% de los varones y para la población hipertensa, de 9.3 millones de hipertensos en el 2012 se incrementó para el 2018 a 15.2 millones de personas principalmente a partir de los 50 años, llegando al 26.7% en el grupo de 70 a 79 años en 2018 (5). Ambas enfermedades tienen una repercusión directa en la calidad de vida, sin embargo, no es inmediata. Además, se han visto los efectos de la obesidad y el sobrepeso sobre estas enfermedades, lo que ha provocado guiar la atención médica a una con forma más integral, por lo que se comprende que la dieta, el ejercicio y el cambio en los estilos de vida son importantes para la prevención, pero también para el control de estas enfermedades con el fin de evitar sus fatídicas consecuencias (1, 2, 3, 4, 5). En la actualidad se hace un gran esfuerzo para prevenir o disminuir la obesidad y con ello impactar en la salud pública (1,2,3, 4, 5).

Mediante el adecuado control de la hipertensión arterial sería posible prevenir hasta el 20% de la mortalidad coronaria y el 24% de la cerebrovascular (2). La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad que rara vez causa síntomas y es producida por factores de riesgo conductuales como una dieta poco saludable, inactividad física, ingesta excesiva de sodio, otros factores como la edad avanzada, el tabaquismo y por otros factores metabólicos como obesidad, diabetes y dislipidemias; es el principal factor de riesgo prevenible de muerte prematura y discapacidad en el mundo (2, 3). El diagnóstico oportuno, el conocimiento de la enfermedad, acceso a fármacos antihipertensivos y servicios de salud de calidad son fundamentales para el control de la hipertensión (3).

La HTA causa anualmente 9.4 millones de muertes en el mundo y contribuye al 12.8% de la mortalidad por todas las causas (3). En los últimos años, la prevalencia de HTA en países de bajos ingresos ha sido de ≈40% y en México durante el año 2016 la prevalencia fue de 30.2% (2, 3). Desde el año 2000, la prevalencia de HTA ha incrementado en los países de bajos ingresos, pero ha disminuido en los países de altos ingresos (2, 3, 5). En países latinoamericanos como México, la prevalencia de HTA ha mostrado una gran disparidad entre poblaciones de acuerdo con el nivel de vulnerabilidad socioeconómica (3).

Las guías clínicas recomiendan que la mayoría de los hipertensos requieren terapia combinada de dos o más medicamentos para controlar su TA (13). Por ello, es muy importante asegurar que la totalidad de los hipertensos dispongan de un tratamiento farmacológico completo. La evidencia referida en la ENSANUT 100k, muestra que en 87.8% de los casos, el costo de los fármacos puede ser un obstáculo para que los adultos con HTA no sigan su tratamiento farmacológico (3).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016 (Ensanut 2016 (2)), 24.6% de los mexicanos con nivel socioeconómico bajo tenía HTA y sólo 47.1% de ellos habían sido diagnosticados (3). En algunas poblaciones con vulnerabilidad socioeconómica la prevalencia de HTA es más alta y la proporción de personas con tratamiento y control es más baja (3).

Hablando en términos de vulnerabilidad, en la encuesta ENSANUT 100k, refiere un índice de capacidades económicas, el cual se construyó a través del análisis de componentes principales con base en características de la vivienda y posesión de enseres en los hogares (3). El estrato con menores capacidades se identificó como el tercil con muchas carencias y el estrato con mayores capacidades como el tercil con menos carencias (3).

La prevalencia de hipertensión arterial en adultos mexicanos en condición de vulnerabilidad fue de 49.2% (46.8% en mujeres y 52.2% en hombres); en los residentes de áreas urbanas fue 27.7% más alto el porcentaje de adultos con HTA que en los residentes de áreas rurales, los adultos con obesidad tuvieron una prevalencia de HTA 1.8 veces más alta que los adultos con IMC normal (3). El porcentaje de adultos que tienen cifras de TA consideradas bajo control varía entre hombres y mujeres y según el nivel socioeconómico y el nivel de escolaridad (3). En México, el porcentaje de hipertensos con TA controlada fue de 67.6% (3), esta prevalencia es considerablemente más baja que la registrada en Cuba (85.8%) o Estados Unidos (81.9%) (3); donde los sistemas de salud utilizan a médicos especialistas en el manejo de la hipertensión arterial y en mejorar la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas.

La diabetes es una enfermedad crónica, progresiva e incurable con una alta morbilidad y mortalidad, así como un elevado costo económico para quienes la padecen (1). La diabetes mellitus tipo 2 es un problema de salud pública mundial; se estima que a nivel global hay 451 millones de adultos que viven con diabetes y que para 2045 serán 693 millones y que los casos de diabetes alcanzarán los 592 millones en 2035, lo que afectará a 8.8% de la población (1). En México, es la segunda causa de muerte y la primera causa de años de vida saludables perdidos; en 2011 el costo de atención a la diabetes se estimó en 7.7 mil millones de dólares; la prevalencia total de esta enfermedad aumentó de 7.5% en la Encuesta Nacional de Salud (Ensa) 2000 a 14.4% en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2006 (1, 4). Por estas razones, en 2016 la diabetes fue declarada emergencia epidemiológica en el país. (1, 4). La prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en las últimas Ensanut fue de 9.2% en la de 2012 y de 8.4% en la de 2016 (4). Se estima que para 2030, la prevalencia total de diabetes estará entre 12 y 18%, y para 2050, entre 14 y 22% (4).

Ajustando por factores socioeconómicos y demográficos, se muestra que las mujeres presentan una prevalencia de diabetes 32% mayor que los hombres y que la prevalencia aumenta 5% por cada año de edad (1). No obstante, la diferencia en el diagnóstico de esta enfermedad en los hombres (21.8%) y las mujeres (78.2%) del nivel económico bajo es mayor que en el resto de los grupos (4). Cuando se incluyen los factores causales proximales a la diabetes, la asociación con la edad se mantiene, pero la asociación con el sexo se atenúa y deja de ser significativa (1). En comparación con las personas que recibían atención en la Secretaría de Salud o el IMSS Prospera, quienes se atendían en sistemas de seguridad social presentaron 28% menor prevalencia de descontrol, mientras que los usuarios de consultorios de farmacias u otros presentaron 33% mayor prevalencia (1).

En estas encuestas se consideraron 5 acciones básicas a realizar por parte del personal de salud en la consulta de los pacientes con diabetes las cuales son revisión de los niveles de glucosa, medición de la tensión arterial, medición del peso, revisión de los pies y explicación sobre los medicamentos recetados, reportando que, sin distinción del nivel económico más de 80% de los informantes refirió que el personal de salud les revisó el nivel de glucosa, les midió la tensión arterial y los pesó; de igual forma, alrededor de 73% recibió orientación sobre cómo tomar los medicamentos recetados y que de las cinco acciones consideradas como básicas en este análisis,

la que se realiza con menor frecuencia es la revisión de los pies, la cual fue reportada aproximadamente por una tercera parte de la población en ambos grupos (4). De forma global, destaca que 74.5% y 76.8% de las personas en el estrato bajo y medio-alto, respectivamente, indicó que el médico no realizó las cinco acciones mencionadas previamente (4).

En relación a medidas prioritarias de autocuidado que realizan las personas que viven con diabetes, se encontró que el tratamiento farmacológico para el control de la diabetes ocupa el mayor porcentaje en ambos grupos; además, la revisión oftalmológica fue más frecuente en quienes residen en hogares de nivel económico medio-alto (17.1%) que en el nivel bajo (1.8%), pero la práctica de ejercicio muestra un patrón inverso (20% nivel bajo vs. 7.7% nivel medio alto) y de manera global, cerca de 5% de las personas no realiza ninguna de las medidas prioritarias (4). Datos interesantes que arrojan que el nivel socioeconómico de alguna manera afecta las medidas de autocuidado y a factores de apego al tratamiento en general de las enfermedades. Además, 67.1% de las personas con diabetes en el nivel económico bajo y 71.4% de las del medio-alto presentan una o más complicaciones; las principales complicaciones observadas en los adultos que viven con diabetes son: reducción en la visión (nivel económico bajo 51.2%, medio-alto 59.8%) y ardor o pérdida de sensibilidad en la planta de los pies (nivel económico bajo 35.4%, medio-alto 28.4%) (4).

Dentro de los factores que inciden en no realizar medidas de autocuidado y no haber recibido las cinco acciones básicas en la última consulta médica, la edad se asocia con menores posibilidades de no realizar medidas de autocuidado; mientras que tener menor escolaridad, acudir a una unidad de seguridad social o a un servicio público de salud y la interacción que indica que pertenecer a un hogar indígena o a un estrato económico bajo disminuyen la posibilidad de que la persona que vive con diabetes realice medidas de autocuidado (4). Por otra parte, que el médico no realice todas las acciones básicas durante la consulta resultó asociado con la edad (4). Adicionalmente, se encontró una interacción que indica que cuando se pertenece a un hogar indígena y al estrato económico bajo, la posibilidad de no recibir todas las acciones básicas durante la consulta médica se incrementa (4).

En México, la prevalencia de pacientes con tratamiento farmacológico se ha mantenido elevada de 2006 a 2016 (entre 94 y 88%), mientras la utilización de insulina ha aumentado (de 7 a 21%) (1). La utilización de medicamentos no se asoció con un mejor control glucémico, lo que se puede explicar por el escalamiento proporcional del tratamiento al nivel de avance de la enfermedad (1). Sin embargo, también debe considerarse que en México se ha reportado una carencia al apego a la guía de práctica clínica y las recomendaciones de la ADA, lo que dificulta el seguimiento del paciente y su adherencia al tratamiento (1). En estos estudios se identificaron varios factores asociados con el descontrol glucémico: se encontró que tener más años de diagnóstico, vivir en el centro y sur del país y ser atendido en consultorios de farmacias están asociados con descontrol glucémico, mientras que ser atendido en sistemas públicos de salud se asoció con un mejor control glucémico (1, 4). La duración de la enfermedad es un factor conocido de descontrol glucémico, el cual puede ser resultado de años de enfermedad sin apego al tratamiento o medidas preventivas mínimas o nulas (1). La atención en consultorios de farmacias también se asoció con descontrol glucémico; esto es preocupante si se considera que estos proveedores atienden a más de 750 000 individuos con diabetes (1). Hasta el momento, no se ha logrado asegurar un control glucémico adecuado en pacientes que viven con diabetes (1, 4).

Lograr que las personas apliquen medidas de autocuidado de forma regular es uno de los retos en el manejo de las enfermedades crónicas, pues implica que la persona conozca sobre su enfermedad y genere capacidades para cuidar de sí misma a través de acciones que favorezcan el manejo de su padecimiento; en este sentido, 5% de la población no realiza acciones prioritarias de autocuidado (1, 4).

La detección oportuna y el control metabólico, así como la prevención de las complicaciones crónicas, la hospitalización y la muerte prematura asociadas con la diabetes son prioridades para el sistema de salud mexicano (4). Para alcanzar estos propósitos se ha buscado que en los servicios de salud se cumplan las pautas de práctica clínica, se dé continuidad a la atención y se brinde información y educación sobre el manejo de la enfermedad en los pacientes y sus familias (4). Adicionalmente, en el control interviene el seguimiento de las prácticas de autocuidado, como la adopción de estilos de vida saludable, el apego al tratamiento farmacológico y el monitoreo de los valores de la glucosa, entre otros parámetros físicos y biológicos relacionados con el manejo de la enfermedad (4). También se ha documentado que entre áreas de residencia puede haber diferencias en los estilos de vida, las prácticas alimentarias y la prevalencia de enfermedades asociadas al desarrollo de HTA. En países como China o India, las áreas urbanas han presentado una mayor prevalencia de hipertensión que las áreas rurales debido a que los factores de riesgo son más frecuentes, en estas encuestas se encontraron que este mismo patrón donde la prevalencia de HTA y diagnóstico médico previo fue mayor en el área urbana que en la rural (3).

Como se ha encontrado en diversos países y en las encuestas del INEGI (ENSANUT), la adherencia a la dieta es una meta difícil de lograr ya que hay varios factores que inciden en la adherencia terapéutica y son factores tan variados como factores personales, del sistema de salud, de la propia enfermedad, de la persona o del tratamiento (1,4,7,6,8,9). Las causas y los factores que se relacionan con la falta de adherencia son muy diversos, entre los que se han llegado a mencionar y documentar: los olvidos de toma de medicación, la desmotivación para seguir el tratamiento en enfermedades crónicas asintomáticas, los efectos secundarios de la medicación, la falta de información sobre su enfermedad, el tratamiento y las consecuencias del abandono, baja autoestima, depresión, así mismo se establece la relación: a mayor complejidad del tratamiento, menor adherencia terapéutica (1,4,7,8,9). Ante lo expuesto, los expertos consideran que la adherencia al tratamiento es un fenómeno múltiple y complejo (1,4,7,6,8,9,15). Múltiple porque influye una gran variedad de conductas por parte del paciente, como la toma correcta de la medicación, acudir a las visitas programadas en las consultas médicas y de enfermería, evitar las conductas de riesgo, etc., y es complejo porque se puede dar en un momento determinado, pero no en otro, en unas circunstancias, pero en otras no y puede afectar a una parte del tratamiento, pero no a otra (1,4,7,6,8,9,15).

Se han realizado investigaciones sobre la relación entre conocimiento (información) y adherencia, en las que se concluye que el conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento resulta esencial para la adherencia del paciente, sin embargo, por sí sola, esta adherencia parece no ser suficiente para promover los cambios requeridos como parte del manejo de la enfermedad (11,16). Esto ha llevado a la creación y desarrollo de distintos modelos cognitivos para el estudio de la adherencia terapéutica como por ejemplo: el Modelo Trans teórico predice que los pacientes con alguna enfermedad crónica que se encuentran en las etapas de acción (acción y mantenimiento), en contraposición con los que se encuentran en las etapas de pre acción (pre contemplación, contemplación y preparación), van a ingerir menos alimentos hipercalóricos y van a comer más frutas y vegetales (7,10,11), con base en este modelo diversos autores exploraron medidas de estudio para la conducta alimenticia en pacientes diabéticos que recibían atención en una Clínica Central de Washington, la primer medida se centró en torno al logro de objetivos en el control de la dieta a través de etapas a través de un instrumento que adaptado de las seis fases propuestas por Prochaska y que se respondía en una escala tipo Likert y la segunda, se focalizó en la medición de la adherencia, que se midió de la forma tradicional, es decir, registrando el número de días en que los pacientes reportaron haber seguido el plan alimenticio, tomando como referencia la última semana (11).

A partir de un modelo psicológico llamado Modelo psicológico de la Salud Biológica creado por Ribes en 1990 (11) que es una propuesta interconductual que explica que la dimensión psicológica de la salud (el comportamiento), se desglosa como un proceso que se origina en la historia de cada persona y que tiene una doble resultante, por

un lado, afecta al propio comportamiento y, por el otro, a las condiciones del organismo y que este proceso y sus resultantes culminan en el estado de salud o enfermedad de una persona, así que desde este modelo la psicología se entiende como niveles de prevención secundario y terciario (7,11). Por tanto, la adherencia a la dieta, en este modelo, se ubica conceptualmente como una conducta asociada a enfermedad y que además tiene relación con la posesión de competencias específicas de cuidado de la salud y con la emisión de conductas instrumentales de riesgo y preventivas por parte de los pacientes portadores de enfermedades crónicas (11), solo que este trabajo se enfocó a pacientes diabéticos, pero como se ha comentado en otros artículos, también se muestra el mismo patrón ya que este modelo es aplicable y replicable (7,8,11,19). Esto nos lleva a hablar de Competencias para el cuidado de la salud pertinentes a cada persona portadora de enfermedades crónicas que se refiere a sus conocimientos sobre la enfermedad y los cuidados que implica (11,16); estas competencias no deben estar constituidas simplemente por la disponibilidad de información, sino que deben entenderse como conductas instrumentales preventivas específicas como hacer ejercicio, comer de forma saludable, vigilar niveles de glucosa, o acudir a revisiones médicas periódicas(7,11,15,16). Las competencias preventivas eficaces se traducen en acciones concretas: implica que la persona que lo hace tiene conocimientos sobre el cuidado de su salud, es decir, sabe qué se tiene que hacer, sabe cómo hacerlo, sabe por qué tiene que hacerlo, reconoce su tendencia personal o falta de ella para hacerlo, sabe reconocer las circunstancias en que tiene que hacerlo y conoce acciones alternativas o maneras distintas de hacerlo (11,15). Esto significa que el conocimiento que tiene no es una mera repetición de información, sino su incorporación a un hacer en la vida cotidiana (11,15,21). Las conductas para establecer en el paciente con enfermedades crónico-degenerativas y que constituyen adherencia terapéutica, tienen que ver con la prevención de complicaciones de la enfermedad, o al menos, con su demora (6,21). El paciente diabético y/o hipertenso presenta conductas instrumentales de riesgo, como, por ejemplo, comer de manera poco saludable y/o llevar un estilo de vida sedentario, que compiten con aquellas conductas de adherencia que habría que lograr (1,2,6,15,21). Estas conductas de riesgo son uno de los mayores retos a los que se enfrenta el sistema de salud y las que nos llevan a indagar en que causas podrán tener estos pacientes que les impiden o limitan a tener un adecuado estilo de vida que ayude a que se retrasen o se eviten las desagradables complicaciones de estas enfermedades.

El incumplimiento terapéutico es un problema importante en la práctica clínica. Se cree que un 20 a 50 % de los pacientes no siguen el plan terapéutico de forma adecuada, siendo estas tasas de incumplimiento diferentes según la patología (1,4,6,7,8,9,14). Por lo tanto, la OMS considera el incumplimiento terapéutico una prioridad en la salud pública de la población por las consecuencias que pueda causar, así como por el aumento del coste sanitario que esta situación ocasiona; por lo que la mejora de la adherencia en los pacientes crónicos supondría una reducción de las consultas en urgencias e ingresos hospitalarios, así como un ahorro de los recursos sanitarios disponibles (8). Según la OMS la adherencia se define como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta, o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario” (8,9,14,15). También, la adherencia terapéutica ha implicado un reto en términos de definición; la definición de Di Mateo & Di Nicola (1985) es: la implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado (11).

La falta de adherencia terapéutica a los tratamientos prescritos es generalmente atribuida al paciente. Sin embargo, es un fenómeno multidimensional y complejo, determinado por la acción recíproca de múltiples factores y requiere de un abordaje que los integre (15). La creencia común de que solo los pacientes se encargan de su tratamiento refleja una concepción errónea sobre como los de más factores pueden afectar el comportamiento de los individuos y su capacidad para adherirse o no al tratamiento (15). También se describe

influencia del grado de amenaza que la enfermedad representa para la salud de la persona enferma como la percepción de los síntomas (la mayoría de los pacientes con enfermedades crónicas no presentan síntomas por lo cual no perciben los beneficios del tratamiento) y la evolución natural de la enfermedad (las tasas de adherencia por lo general son menores cuando se trata de patologías crónicas) (15).

El conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarse, la confianza (autoeficacia-competencias) (11,15) en su capacidad para involucrarse con los aspectos terapéuticos, las expectativas con respecto al resultado del tratamiento y las consecuencias de la adherencia deficiente son factores que interactúan para influir sobre el comportamiento de adherencia (14,15,16)

Se asume que la adherencia al tratamiento es multidimensional y está compuesta por la acción recíproca de los 5 factores que promulga la OMS (8,11,19). Estos factores, llamados también “dimensiones”, señalan que no son solo los pacientes son los responsables exclusivos del cumplimiento de su tratamiento, pues existen otros factores que afectan al comportamiento del paciente y a su capacidad para poder adherirse correctamente al tratamiento prescrito (7). Las cinco dimensiones son (7):

- Factores socioeconómicos
- Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria
- Factores relacionados con la enfermedad
- Factores relacionados con el tratamiento y
- Factores relacionados con el paciente.

La motivación para conseguir una buena adhesión al tratamiento viene dada por el valor que el paciente le da al régimen terapéutico y por el grado de confianza que tiene para conseguirlo. Una buena motivación y confianza en su autocuidado deben ser abordadas para aumentar la adherencia a los tratamientos (6,7,21). En general, la efectividad de un tratamiento puede evaluarse a partir de tres elementos (7):

- La estrategia de intervención
- La adherencia al tratamiento y
- El beneficio-daño terapéutico

En general, se ha observado que los pacientes con enfermedades crónicas que presentan una tasa elevada de no adherencia tienen también una menor calidad de vida (7). En personas con enfermedades crónicas, la falta de adherencia terapéutica puede fluctuar entre 40 y 75% (7) y que en estos pacientes la mayor falta de adherencia terapéutica es principalmente al seguimiento de las dietas (41.0%) y, en segundo lugar, a la medicación (20.6%) (7).

Por otro lado, la adherencia se ha evaluado con distintas herramientas como exámenes de laboratorio, registros, o entrevistas; los dos últimos se usan ampliamente porque presentan la propia evaluación del paciente respecto de su adherencia (21). Tradicionalmente, lo que se hace es considerar la frecuencia reportada de la conducta de comer; de hecho, se ha encontrado que los métodos de auto reporte son muy útiles y mejores que métodos más objetivos (Grant, De Vita, Singers & Meigs, 2003; OMS. 2004, Markowitz, et. al. 2011) (7,20,19,21), por lo que se planteó la realización de la encuesta como método de estudio para determinar las causas de la falta de adherencia al plan dietético recomendado para diabéticos e hipertensos a pesar de que la principal.

JUSTIFICACIÓN:

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018 presentada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP): se da a conocer que la diabetes pasó de 6.4 millones a 8.6 millones, lo que significó un aumento de 10.3% en comparación con 2012, el problema es aún mayor, porque se acentuó en las mujeres, con 11.4% comparado con 9.1% de los varones y para la población hipertensa, de 9.3 millones de hipertensos en el 2012 se incrementó para el 2018 a 15.2 millones de personas y se reporta que conforme se incrementa la edad, crece el porcentaje de población con diagnóstico previo de hipertensión, principalmente a partir de los 50 años, llegando al 26.7% en el grupo de 70 a 79 años en 2018. (5). La hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 se relacionan con un riesgo aumentado de morbilidad y mortalidad no solamente cardiovascular sino de otras complicaciones progresivamente discapacitantes para quienes los padecen y más para quienes no están dentro de cifras de control. Son enfermedades que se relacionan con la obesidad y el sobrepeso y que se ha visto que estas a su vez están relacionadas con los hábitos de la vida diaria como una dieta no balanceada, por lo que este estudio pretende conocer los factores que los pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 58 relacionan con su falta de apego al plan dietético específico para sus padecimientos crónicos y así, poder adecuar un plan dietético más flexible y adaptado a lo que el paciente reporte como un problema para continuar con la dieta, ya que se ha demostrado que la dieta es uno de los importantes para lograr un adecuado control metabólico y del peso.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Como se mencionó anteriormente, de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018 presentada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP): se da a conocer que la diabetes pasó de 6.4 millones a 8.6 millones, lo que significó un aumento de 10.3% en comparación con 2012, el problema es aún mayor, porque se acentuó en las mujeres, con 11.4% comparado con 9.1% de los varones y para la población hipertensa, de 9.3 millones de hipertensos en el 2012 se incrementó para el 2018 a 15.2 millones de personas y se reporta que conforme se incrementa la edad, crece el porcentaje de población con diagnóstico previo de hipertensión, principalmente a partir de los 50 años, llegando al 26.7% en el grupo de 70 a 79 años en 2018. (6).

En la actualidad se hace un esfuerzo para prevenir o disminuir la obesidad y con ello, impactar en la salud pública. En México el sector salud cuenta con diversos programas institucionales que persiguen este fin, desde campañas hasta la oferta de consultas preventivas (4), sin embargo, es probable que no se esté "llegando" al paciente de forma efectiva y la causa podría ser que aún no tenemos un factor específico; se han planteado varias posibilidades desde el factor estimulación, factor información, se sabe que es un fenómeno multidimensional que supone la acción recíproca de varios factores y entre ellos factores personales de cada paciente (7), ya que por lo menos en la Unidad de Medicina Familiar No. 58 se ha visto que a pesar de las campañas de educación, educación acerca de la dieta y envíos a los servicios de nutrición por parte del personal de salud, aún existe bastante prevalencia de obesidad y descontrol metabólico de diabetes e hipertensión; pero para poder tomar acciones que nos lleven a intervenciones de calidad habrá que detectar el eslabón débil, esto es lo que nos ha llevado a plantearnos la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles serán los factores por los que los pacientes portadores de hipertensión y diabetes mellitus 2 no siguen las recomendaciones dietéticas del médico familiar?

OBJETIVO GENERAL:

Determinar los factores por los que los pacientes portadores de hipertensión y diabetes mellitus 2 no siguen las recomendaciones dietéticas del médico familiar en la U.M.F. No. 58.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar las características sociodemográficas de los pacientes diabéticos que no siguen las recomendaciones dietéticas.
2. Determinar las características sociodemográficas de los pacientes hipertensos que no siguen las recomendaciones dietéticas.
3. Determinar los factores por los que por los que los pacientes diabéticos no siguen las recomendaciones dietéticas.
4. Determinar los factores por los que los pacientes hipertensos no siguen las recomendaciones dietéticas.
5. Analizar cuál de los dos grupos tienen más apego a la dieta.

HIPÓTESIS:

Los factores por los que los pacientes portadores de hipertensión y diabetes mellitus 2 no siguen las recomendaciones dietéticas del médico familiar en la Unidad de Medicina Familiar No. 58 del IMSS, son los encontrados en la literatura: costumbres alimentarias (30%), rechazo al cambio (20%), no aceptar su enfermedad (15%), no estar conforme con las indicaciones (15%) y bajos recursos económicos (20%).

MATERIAL Y MÉTODOS:

CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO:

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar número 58, es una clínica de primer nivel de atención en salud, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) delegación poniente, que se encuentra ubicada en zona urbana en Periférico Boulevard Manuel Ávila Camacho sin número, Las Margaritas, Tlalneptla de Baz, Estado de México. Cuenta con 32 consultorios de medicina familiar, un consultorio de epidemiología, 3 consultorios para medicina preventiva, un módulo para atención a casos de enfermedades respiratorias y toma de muestras rápidas y para PCR, un consultorio para planificación familiar, un consultorio para atención de DiabetIMSS, consultorio dental y de nutrición y una oficina de trabajo social.

DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO:

Se realizó un estudio transversal, observacional, no probabilístico, descriptivo, prolectivo y abierto, del tipo de diseño de cuestionarios y entrevistas/estudios en la comunidad sin grupo de control en la Unidad de Medicina Familiar número 58 del IMSS en el primer nivel de atención; se realizó una encuesta de 20 preguntas de pacientes pertenecientes a esta unidad del primer nivel de atención del mes de diciembre del 2020 a junio del 2021 que sean portadores de diabetes e hipertensión o ambos, no se tomó en cuenta la escolaridad, sin embargo, si hay pacientes que no saben leer ni escribir se les ayudó leyéndoles las preguntas y anotando fielmente sus respuestas sin intervenir de ninguna manera en su forma de expresión o pensamiento.

GRUPOS DE ESTUDIO:

Se encuestaron sujetos portadores de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica de un total de 191 pacientes que se pudieron captar en la unidad, cifra que se tuvo que modificar debido a la contingencia, no se tomaron en cuenta los años de evolución de las enfermedades, con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Ser diabético, hipertenso o tener ambas enfermedades,
- Con complicaciones o sin ellas,
- Con obesidad o sobrepeso
- Que sean derechohabientes de la U.M.F. número 58 del IMSS.
- Pacientes de 18 a 80 años

Criterios de exclusión:

- Que estuvieran bajo tratamiento para perder peso
- Que tuvieran algún trastorno alimenticio
- Pacientes con síndrome de fragilidad

Criterios de eliminación:

- Que los pacientes decidan no seguir adelante con la encuesta, una vez iniciado el instrumento

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se realizó una encuesta de 26 preguntas tipo Likert a pacientes con los criterios de inclusión que se lograron captar del 1 de diciembre del 2020 al 31 de junio del 2021, de un universo de 11,513 diabéticos y 26,875 hipertensos adscritos a ambos turnos de la unidad de medicina familiar número 58. con un intervalo de confianza de 95%. Utilizando la fórmula:

$$n_o = \frac{\frac{z^2q}{E^2p}}{1 + \frac{1}{N} \left[\frac{z^2q}{E^2p} \right] - 1}$$

Sustituyendo los valores comentados obtuvimos un tamaño de muestra de **381** pacientes diabéticos e hipertensos, cifra que se tuvo que modificar debido a la contingencia por Covid-19, ya la mayoría de los pacientes con estas patologías se apegaron a la normatividad de la contingencia.

DEFINICIÓN DE VARIABLES:

Variables Independientes:

- **Hipertensión arterial:** Cualitativa
 - o **Definición conceptual:** Síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de cifras de presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg (11).
- **Diabetes Mellitus tipo 2:** Cualitativa
 - o **Definición conceptual:** enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce (12).

Variables dependientes:

- **Adherencia terapéutica:**
 - o **Tipo de variable:** Cualitativa
 - o **Indicador:** presentar adherencia o no presentar adherencia
 - o **Definición conceptual:** Según la OMS “es el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de los hábitos de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario” (7,8,17).
 - o **Definición operacional:** referir seguir las indicaciones del médico, personal de salud o personal de nutrición.
- **Dieta:**
 - o **Tipo de variable:** Cualitativa
 - o **Indicador:** adecuada o no adecuada
 - o **Definición conceptual:** es la composición, frecuencia y cantidad de comida y bebidas (sustancias) que constituye la alimentación de los seres vivos, por lo que constituye un hábito (alimentario) que permite al ser humano incorporar los nutrientes esenciales para la vida. La dieta humana se considera equilibrada si aporta los nutrientes y energía en cantidades tales que permiten mantener las funciones del organismo en un contexto de salud física y mental (19).
 - o **Definición operacional:** la indicada por el paciente.

Variables Descriptoras:

Dominio sociodemográfico:

- **Edad:**
 - o **Tipo de variable:** Cuantitativa
 - o **Indicador:** años
 - o **Definición conceptual:** Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.
 - o **Definición operacional:** Pacientes que cumplan el rango de edad establecido.
- **Sexo:**
 - o **Tipo de variable:** Cualitativa
 - o **Indicador:** femenino o masculino
 - o **Definición conceptual:** Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.
 - o **Definición operacional:** ser hombre o mujer.

- **Nivel de estudios:**
 - **Tipo de variable:** Cuantitativa
 - **Indicador:** primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura, técnico, posgrado, maestría o doctorado.
 - **Definición conceptual:** Es el nivel de educación más alto que una persona ha terminado.
 - **Definición operacional:** Preguntar el nivel de estudios más alto que la persona tiene.
- **Ocupación:**
 - **Tipo de variable:** Cualitativa
 - **Definición conceptual:** conjunto de tareas laborales determinadas por el desarrollo de la técnica, la tecnología y la división del trabajo y que comprende la función laboral del trabajador y los límites de su competencia.
 - **Definición operacional:** trabajo o actividad que el paciente refiera.

Dominio económico:

- **Ingreso económico:**
 - **Tipo de variable:** Cualitativa
 - **Indicador:** alto, medio o bajo
 - **Definición conceptual:** Cantidad de Dinero que una familia puede gastar en un periodo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos netos.
 - **Definición operacional:** Si la cantidad que recibe una persona le es suficiente para sustentar gastos en las necesidades básicas.

Dominio Inherente al paciente:

- **Gusto por algún alimento en particular:** Cualitativa
 - **Definición conceptual:** Manera de apreciar los alimentos de cada persona.
 - **Definición operacional:** Predilección de cada persona por ciertos alimentos.
- **Interés:** Cualitativa
 - **Definición conceptual:** Valor o importancia que tiene una cosa para alguien. Actitud de la persona a quien le importa cierta cosa.
 - **Definición conceptual:** Actitud del paciente a quien le interesa estar saludable.
- **Organización:** Cualitativa
 - **Definición conceptual:** Conjunto de acciones armónicas relacionadas entre sí que un sujeto establece para alcanzar sus propios fines.
 - **Definición operacional:** Acciones que un paciente realiza para mantener un estilo de vida saludable.

Dominio Sociocultural:

- **Cultura:** Cualitativa
 - **Definición conceptual:** Conjunto de conocimientos, ideas, tradiciones y costumbres que caracterizan a un pueblo, a una clase social, a una época, etc.
 - **Definición conceptual:** Forma en la que preparan sus alimentos, ideas de que es lo que deben comer que están basadas en las ideas aprendidas de otros sujetos ya sea familiares, vecinos, amigos, etc.
- **Costumbres:** Cualitativa
 - **Definición conceptual:** Manera habitual de obrar una persona o colectividad, establecida por un largo uso o adquirida por la repetición de actos de la misma especie.
 - **Definición operacional:** Manera habitual de consumir o preparar alimentos u organizar sus comidas de un paciente, adquirido por repetición y rebosamiento de otros miembros de su comunidad.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

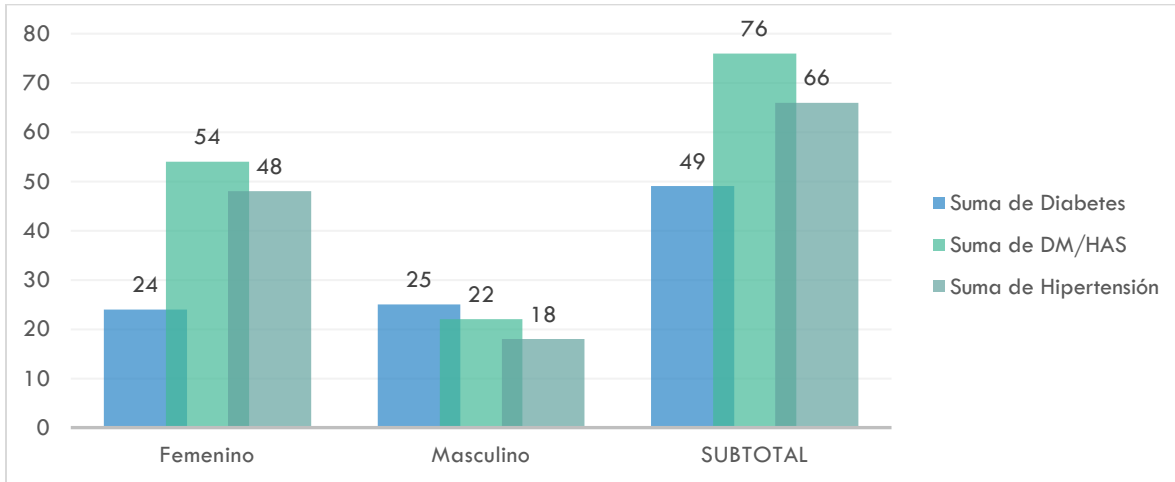
Posterior a la autorización del comité local de investigación 1503 y del comité de ética en investigación 1503-8 y el visto bueno de las autoridades de la unidad se realizó la encuesta con el instrumento modificado en el siguiente orden:

Se les presentó el consentimiento informado a los potenciales participantes y se les dejó que lo leyeran, se hizo una muy breve sesión para responder sus dudas, se les aclaró que no recibirán ningún pago económico por su participación pero que tampoco su salud ni integridad sería expuesta y que su participación sería confidencial y que no afectaba en su atención por parte del personal de la unidad, se explicaron las ventajas de su participación en este estudio; cuando aceptaban se les solicitó su firma y nombre en el consentimiento significando su aprobación a participar, luego se le entregó el instrumento para proceder a su llenado. Al concluir se archivó el instrumento modificado junto con el consentimiento informado, el fin de semana se hizo el concentrado del instrumento modificado y se procedió a analizar los datos de acuerdo con lo expresado en el análisis de datos.

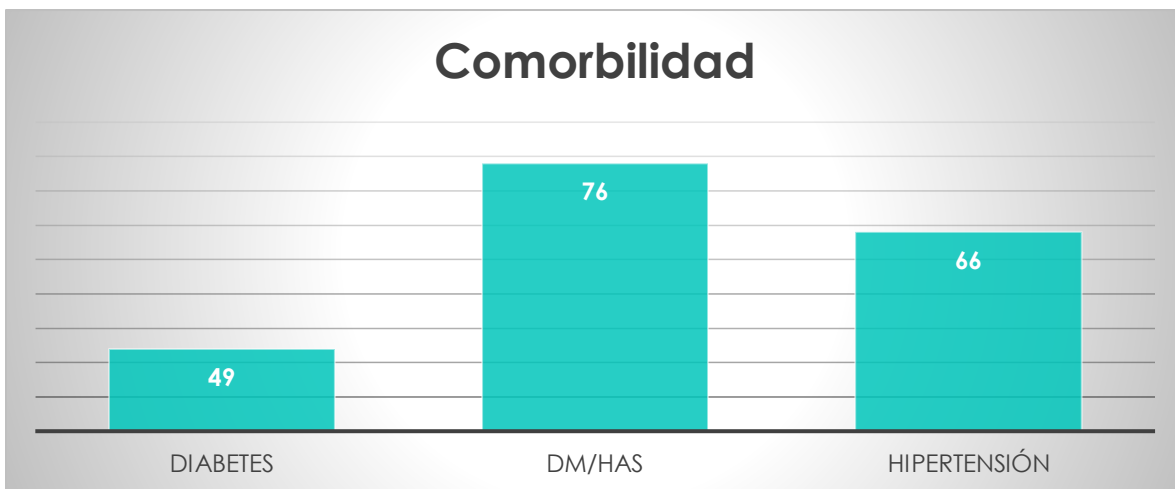
La confidencialidad del participante es resguardada con claves alfanuméricas y las bases de datos están protegidas por una clave de acceso que solo el equipo de investigación posee, cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en foros o conferencias no existirá información que pudiera revelar su identidad.

ANÁLISIS DE DATOS:

Una vez realizada la captura electrónica y la configuración de la base de datos, revisión en busca de errores de captura como perdida de datos, errores de ingreso, cambios numéricos etc. Se obtuvo una muestra de 191 pacientes de los cuales 125 fueron de género femenino (65.44%) y 66 masculino (34.55%), con rango de edad mínimo de 35 años y máximo de 88. De las enfermedades dentro de la muestra se obtuvieron que 76 personas fueron portadoras de diabetes más hipertensión (39.79%), 49 personas portadoras de diabetes (25.65%) y 66 personas portadoras de hipertensión (34.55%).

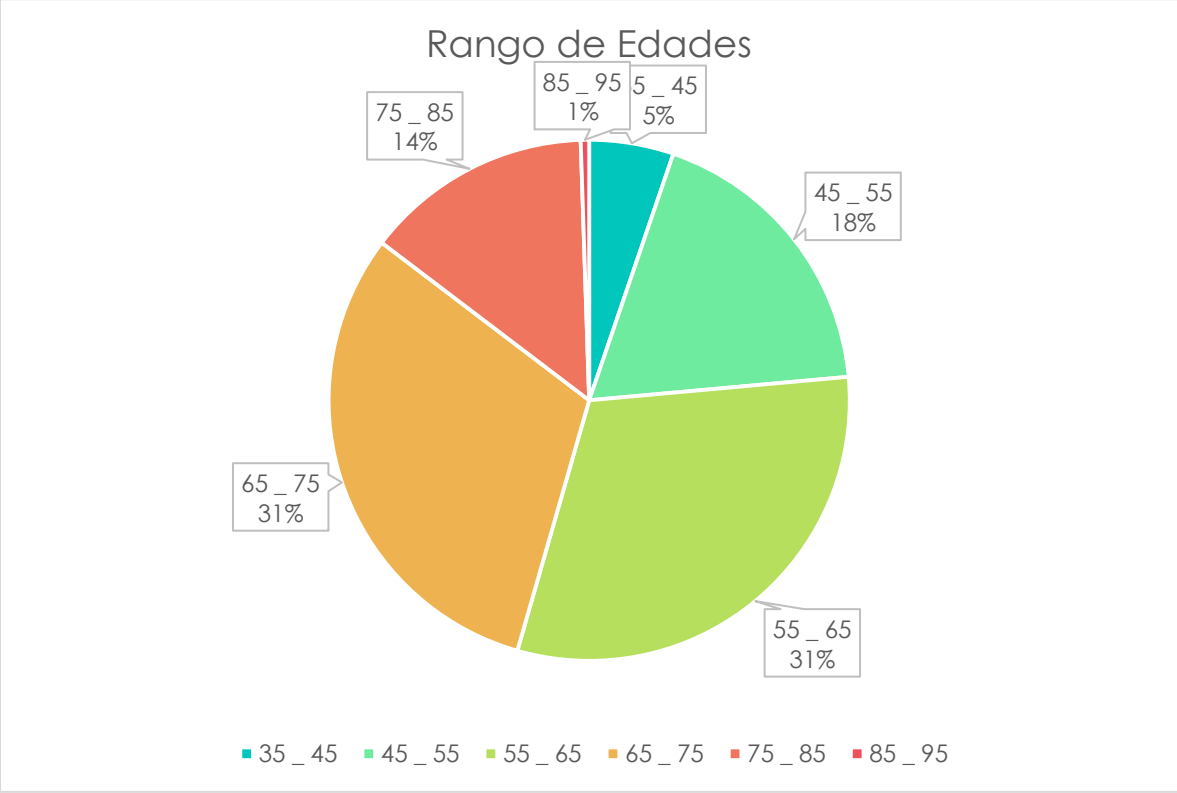


Gráfica 1. Distribución de comorbilidades según la edad.



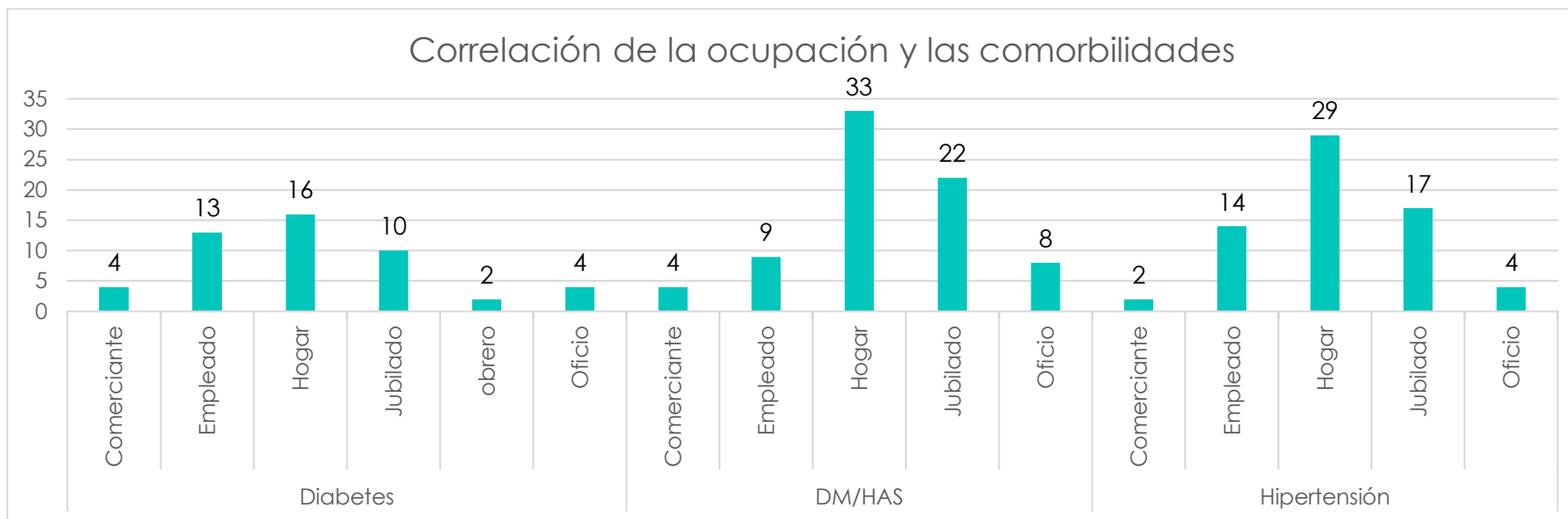
Gráfica 2. Distribución de las comorbilidades.

En cuanto al rango de edad de la muestra se obtuvieron para el rango de 35 a 45 años 10 personas (5%), de 45 a 55 años 35 personas (18%), de 55 a 65 años 59 personas (31%), de 65 a 75 años 59 personas (31%), de 75 a 85 años 27 personas (14%) y de 85 a 95 años el 1%.



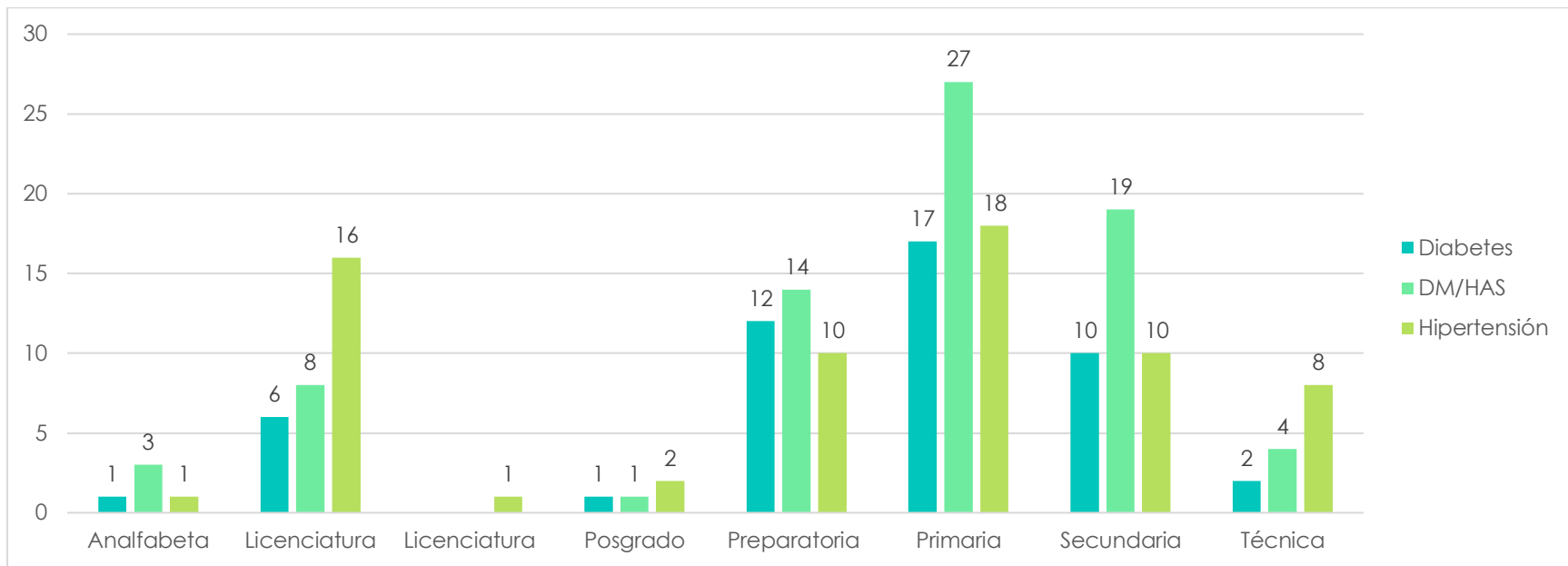
Gráfica 3. Rango de edad.

También se analizaron la distribución de las comorbilidades según la ocupación, obtenido que las personas diabéticas 4 fueron comerciantes, 13 empleados, 16 al hogar, 10 jubilados, 2 obreros y 4 a un oficio; de las personas portadoras de diabetes e hipertensión: 4 fueron comerciantes, 9 empleados, 33 se ocupan al hogar, 22 jubilados y 8 a un oficio y de las personas hipertensas: 2 comerciantes, 14 empleados, 29 al hogar, 17 jubilados y 4 a un oficio.



Gráfica 4. Correlación ocupación – comorbilidades.

Se correlacionó al escolaridad con las comorbilidades, obteniendo que de las personas diabéticas una fue analfabeta, 6 tenían licenciatura, una posgrado, 12 preparatoria, 17 primaria, 10 secundaria y 2 carrera técnica. Para las personas con diabetes e hipertensión 3 fueron analfabetas, 8 tenían licenciatura, una persona posgrado, 14 la preparatoria, 27 la primaria, 19 secundaria y 4 carrera técnica. De las personas portadoras solo de hipertensión una persona fue analfabeta, 16 reportaron tener licenciatura, 2 posgrado, 10 preparatoria, 18 primaria, 10 secundaria y 8 carrera técnica.



Gráfica 5. Correlación de las comorbilidades con la escolaridad.

Resultados

Se obtuvo una muestra de 191 pacientes, con una media de edad de 65.43 ± 10.84 años, se observó una mayor participación de pacientes mujeres, con un 66% del grupo. En lo referente a la escolaridad, encontramos que el nivel de primaria fue el que se presentó con mayor frecuencia, mientras que la ocupación con una mayor proporción de participantes fue hogar/desempleado. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de comorbilidades en edad, sexo, escolaridad y ocupación entre los pacientes con y sin adherencia a las recomendaciones dietéticas (tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes con y sin apego a las recomendaciones dietéticas				
	Total N=191 (100%)	Sin apego a las recomendaciones n=48 (25%)	Con apego a las recomendaciones n= 143 (75%)	Valor-p
Edad (años)	65.43 \pm 10.84*	63.75 \pm 10.67*	62.50 \pm 11.38*	0.489 ¹
Sexo				
Femenino	126 (65.97%)	31 (64.58%)	95 (66.43%)	0.815 ²
Masculino	65 (34.03%)	17 (35.42%)	48 (33.57%)	
Escolaridad				
Analfabeta	5 (2.62%)	2 (4.17%)	3 (2.10%)	0.461 ³
Primaria	62 (32.46%)	18 (37.50%)	44 (30.77%)	
Secundaria	39 (20.42%)	9 (18.75%)	30 (20.98%)	
Preparatoria	36 (18.85%)	12 (25.00%)	24 (16.78%)	
Técnica	14 (7.33%)	2 (4.17%)	12 (8.39%)	
Licenciatura	31 (16.23%)	5 (10.42%)	26 (18.18%)	
Posgrado	4 (2.09%)	0 (0.00%)	4 (2.80%)	
Ocupación				
Hogar/Desempleado	83 (43.46%)	21 (43.75%)	62 (43.36%)	0.823 ³
Empleado	35 (18.32%)	10 (20.83%)	25 (17.48%)	
Comerciante	10 (5.24%)	3 (6.25%)	7 (4.90%)	
Oficios	16 (8.38%)	4 (8.33%)	12 (8.39%)	
Obrero	2 (1.05%)	1 (2.08%)	1 (0.70%)	
Jubilado	45 (23.56%)	9 (18.75%)	36 (25.17%)	
Comorbilidad				
DM2	49 (25.65%)	10 (20.83%)	39 (27.27%)	0.591 ²
HAS	66 (34.55%)	19 (39.58%)	47 (32.87%)	
HAS y DM2	76 (39.79%)	19 (39.58%)	57 (39.86%)	
*Se reporta media \pm desviación estándar				
¹ Prueba T de Student				
² Prueba Chi-cuadrada				
³ Prueba Exacta de Fisher				

En lo referente a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en edad, sexo, escolaridad y ocupación entre los pacientes con y sin adherencia a las recomendaciones dietéticas (tabla 2).

Tabla 2. Características sociodemográficas de los participantes con diabetes mellitus tipo 2 con y sin apego a las recomendaciones dietéticas.				
	Total N=49 (100%)	Sin apego a las recomendaciones n= 10 (20%)	Con apego a las recomendaciones n= 39 (80%)	Valor-p
Edad (años)	59.34 ± 10.70	56.70 ± 12.59	60.02 ± 10.24	0.386 ¹
Sexo				
Femenino	31 (63.27%)	8 (80.00%)	23 (58.97%)	0.288 ²
Masculino	18 (36.73%)	2 (20.00%)	16 (41.03%)	
Escolaridad				
Analfabeta	1 (2.04%)	0 (0.00%)	1 (2.26%)	0.758 ³
Primaria	17 (34.69%)	6 (60.00%)	11 (28.21%)	
Secundaria	10 (20.41%)	1 (10.00%)	9 (23.08%)	
Preparatoria	12 (24.49%)	2 (20.00%)	10 (25.64%)	
Técnica	2 (4.08%)	0 (0.00%)	2 (5.13%)	
Licenciatura	6 (12.24%)	1 (10.00%)	5 (12.82%)	
Posgrado	1 (2.04%)	0 (0.00%)	1 (2.56%)	
Ocupación				
Hogar/Desempleado	16 (32.65%)	4 (40.00%)	12 (30.77%)	0.717 ³
Empleado	13 (26.53%)	2 (20.00%)	11 (28.21%)	
Comerciante	4 (8.16%)	1 (10.00%)	3 (7.69%)	
Oficios	4 (8.16%)	1 (10.00%)	3 (7.69%)	
Obrero	2 (4.08%)	1 (10.00%)	1 (2.56%)	
Jubilado	10 (20.41%)	1 (10.00%)	9 (23.08%)	
*Se reporta media ± desviación estándar				
¹ Prueba T de Student				
² Prueba Chi-cuadrada				
³ Prueba Exacta de Fisher				

En lo referente a los pacientes con hipertensión arterial, se encontró una mayor proporción de pacientes sin apego a las recomendaciones de dieta en las ocupaciones empleado (31.58% vs 14.89%) y oficios (15.79% vs 2.13%); mientras que las ocupaciones donde se observa una mayor proporción de personas con apego son hogar/desempleado (53.19% vs 36.84%) y jubilado (27.66% vs 10.53%), siendo estas diferencias estadísticamente significativas. En el resto de las variables no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con y sin adherencia a las recomendaciones dietéticas (tabla 3).

Tabla 3. Características sociodemográficas de los participantes con hipertensión arterial con y sin apego a las recomendaciones dietéticas.				
	Total N=56 (100%)	Sin apego a las recomendaciones n= 19 (29%)	Con apego a las recomendaciones n= 47 (71%)	Valor-p
Edad (años)	66.12 ± 10.88	63.63 ± 10.77	67.12 ± 10.87	0.240 ¹
Sexo				
Femenino	41 (62.12%)	12 (63.16%)	29 (61.70%)	0.912 ²
Masculino	25 (37.88%)	7 (36.84%)	18 (38.30%)	
Escolaridad				
Analfabeta	1 (1.52%)	0 (0.00%)	1 (2.13%)	0.653 ³
Primaria	18 (27.27%)	6 (31.58%)	12 (25.53%)	
Secundaria	10 (15.15%)	3 (15.79%)	7 (14.89%)	
Preparatoria	10 (15.15%)	5 (26.32%)	5 (10.64%)	
Técnica	8 (12.12%)	1 (5.26%)	7 (14.89%)	
Licenciatura	17 (25.76%)	4 (21.05%)	13 (27.66%)	
Posgrado	2 (3.03%)	0 (0.00%)	2 (4.26%)	
Ocupación				
Hogar/Desempleado	32 (48.48%)	7 (36.84%)	25 (53.19%)	0.046 ³
Empleado	13 (19.70%)	6 (31.58%)	7 (14.89%)	
Comerciante	2 (3.03%)	1 (5.26%)	1 (2.13%)	
Oficios	4 (6.06%)	3 (15.79%)	1 (2.13%)	
Obrero	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	
Jubilado	15 (22.73%)	2 (10.53%)	13 (27.66%)	
*Se reporta media ± desviación estándar				
¹ Prueba T de Student				
² Prueba Chi-cuadrada				
³ Prueba Exacta de Fisher				

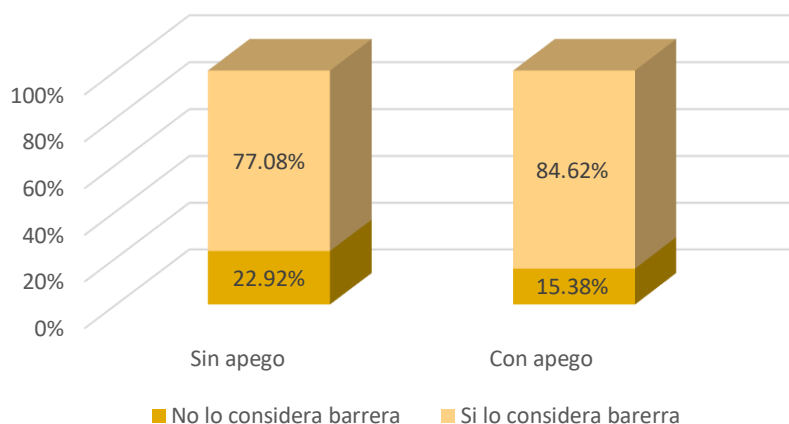
En lo referente a los pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en edad, sexo, escolaridad y ocupación entre los pacientes con y sin adherencia a las recomendaciones dietéticas (tabla 4).

Tabla 5. Características sociodemográficas de los participantes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 con y sin apego a las recomendaciones dietéticas.				
	Total N=68 (100%)	Sin apego a las recomendaciones n= 19 (25%)	Con apego a las recomendaciones n= 57 (75%)	Valor-p
Edad (años)	63.75 ± 10.21	64.42 ± 10.92	63.52 ± 10.06	0.743
Sexo				
Femenino	54 (71.05%)	11 (57.89%)	43 (75.44%)	0.144 ²
Masculino	22 (28.95%)	8 (42.11%)	14 (24.56%)	
Escolaridad				
Analfabeta	3 (3.95%)	2 (10.53%)	1 (1.75%)	0.302 ³
Primaria	27 (35.53%)	6 (31.58%)	21 (36.84%)	
Secundaria	19 (25.00%)	5 (26.23%)	14 (24.56%)	
Preparatoria	14 (18.42%)	5 (26.23%)	9 (15.79%)	
Técnica	4 (5.26%)	1 (5.26%)	3 (5.26%)	
Licenciatura	8 (10.53%)	0 (0.00%)	8 (14.04%)	
Posgrado	1 (1.32%)	0 (0.00%)	1 (1.75%)	
Ocupación				
Hogar/Desempleado	35 (46.05%)	10 (52.63%)	25 (43.86%)	0.510 ³
Empleado	9 (11.84%)	2 (10.53%)	7 (12.28%)	
Comerciante	4 (5.26%)	1 (5.26%)	3 (5.26%)	
Oficios	8 (10.53%)	0 (0.00%)	8 (14.04%)	
Obrero	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	
Jubilado	20 (26.32%)	6 (31.58%)	14 (24.56%)	
*Se reporta media ± desviación estándar				
¹ Prueba T de Student				
² Prueba Chi-cuadrada				
³ Prueba Exacta de Fisher				

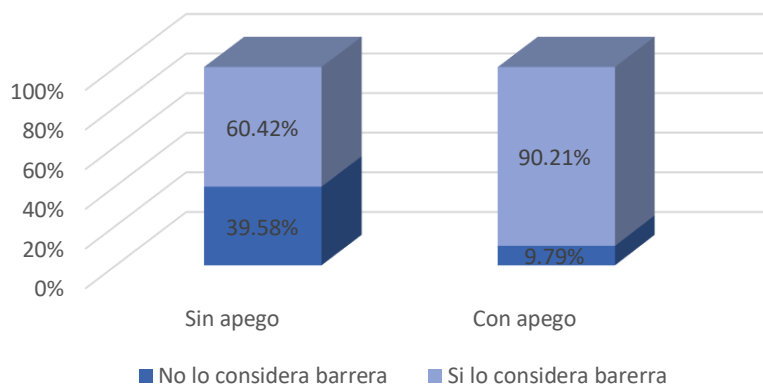
Se analizaron también los factores económicos, los relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria y los culturales. Encontramos que, entre los pacientes con apego a las recomendaciones, existe una mayor proporción de participantes que consideran que los factores relacionados con los servicios de salud (90.21%) son una barrera para el apego a las recomendaciones, en comparación con el grupo sin apego a las recomendaciones (60.42%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$). De igual observamos que los factores culturales influyen en el apego a las recomendaciones ya que se observa una mayor proporción de participantes que lo consideran una barrera entre los que tienen apego a las recomendaciones (62.94%) en comparación con los que no siguen las recomendaciones (37.50%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.002$).

Tabla 4. Relación de los factores económicos, relacionados con los servicios de salud y culturales con el apego a las recomendaciones de dieta			
	Sin apego a las recomendaciones n= 48 (25%)	Con apego a las recomendaciones n= 143 (75%)	Valor-p
Factores económicos			
No	11 (22.92%)	22 (15.38%)	0.232 ¹
Si	31 (77.08)	121 (84.62%)	
Factores relacionados con los servicios de salud			
No	19 (39.58%)	14 (9,79%)	<0.001 ¹
Si	29 (60.42%)	129 (90.21%)	
Factores culturales			
No	30 (62.50%)	53 (37.06%)	0.002 ¹
Si	18 (37.50%)	90 (62.94%)	
¹ Prueba Chi-cuadrada			

Gráfica 6. Relación de los factores económicos con el apego a las recomendaciones dietéticas

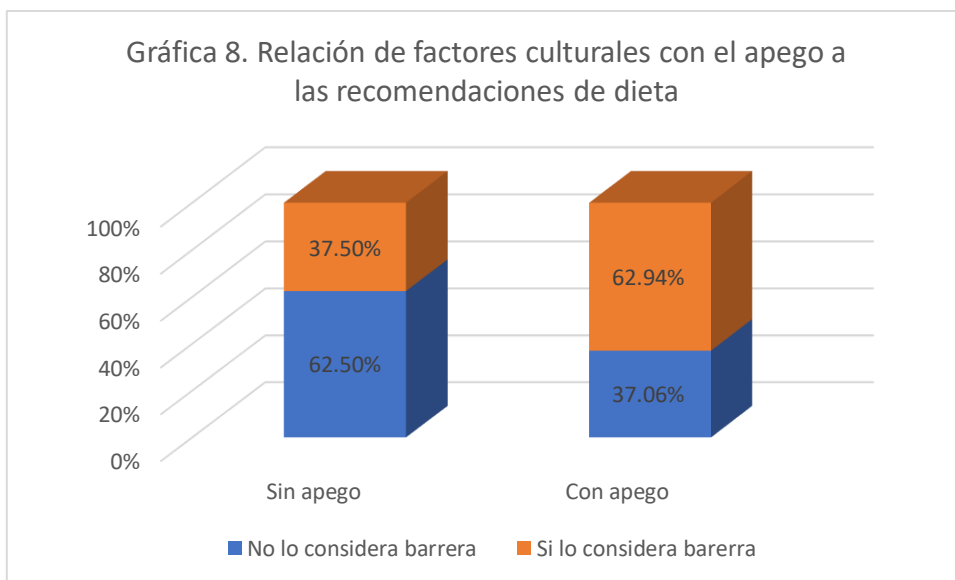


Gráfica 7. Relación de los factores relacionados con los servicios de salud y el apego a las recomendaciones de dieta



Prueba Chi-cuadrada $p < 0.001$

De igual modo, observamos que los factores culturales influyen en el apego a las recomendaciones ya que se observa una mayor proporción de participantes que lo consideran una barrera entre los que tienen apego a las recomendaciones (62.94%) en comparación con los que no siguen las recomendaciones (37.50%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0.002$).



Prueba Chi-cuadrada $p=0.002$

Conclusiones

En este estudio se analizaron los datos sociodemográficos y de apego a las recomendaciones de dieta de 191 pacientes con enfermedades crónicas (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y con ambas). No encontramos relación de las características sociodemográficas como edad, sexo, escolaridad y ocupación con el seguimiento de estas. Sin embargo, al analizar los grupos de pacientes por comorbilidad, encontramos que la ocupación se relaciona con el apego a las recomendaciones sólo en los pacientes con hipertensión arterial, no encontrándose esta relación en los pacientes con diabetes ni con ambas condiciones.

Es interesante que, al analizar los factores relacionados con la adherencia, los factores económicos no resultaron importantes. Sin embargo, los factores culturales y los relacionados con los servicios de salud tuvieron una relación relevante para que los pacientes sigan las recomendaciones dietéticas, por lo tanto, constituyen un blanco importante para las futuras intervenciones en esta población.

Discusión

El presente estudio transversal, observacional, no probabilístico, descriptivo, prolectivo y abierto, del tipo de diseño de cuestionarios y entrevistas/estudios en la comunidad sin grupo de control en la Unidad de Medicina Familiar número 58 del IMSS en el primer nivel de atención, no encontró relación del apego con las características sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad, ocupación).

La escolaridad predominante en ambos grupos fue la primaria sin relevancia estadísticamente significativa para la adherencia, difiere a lo reportado por Zambrano en 2012, el cual observó en su estudio que a medida que aumenta la escolaridad, existe mejor adherencia al tratamiento (14).

De la muestra obtenida de 191 pacientes, con una media de edad de 65.43 ± 10.84 años, se observó una mayor participación de pacientes mujeres, con un 66% del grupo. Lo que concuerda con varios estudios realizados para adherencia terapéutica en pacientes diabéticos e hipertensos que también concuerdan que en los grupos de comorbilidades en edad, sexo, escolaridad y ocupación no tienen diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con y sin adherencia a las recomendaciones dietéticas (14,16,25,26). Pero al analizar los grupos por comorbilidad, se encontró que la ocupación se relaciona con la adherencia terapéutica a las recomendaciones dietéticas sólo en los pacientes con hipertensión arterial, no encontrándose esta relación en los pacientes con diabetes ni con ambas enfermedades. Las ocupaciones relacionadas con mayor apego son las personas dedicadas al hogar, jubilados y desempleados, contrario a lo encontrado en lo reportado por Figueroa en su estudio observacional analítico de corte transversal en donde la no adherencia al tratamiento fue más frecuente en pacientes desempleados (24).

Es interesante que, al analizar los factores relacionados con la adherencia, los factores económicos no resultaron importantes. Sin embargo, los factores culturales y los relacionados con los servicios de salud tuvieron una relación relevante para que los pacientes sigan las recomendaciones dietéticas contrario a lo que se esperaba encontrar en este estudio; sin embargo, concuerda con lo reportado con Jiménez et al, Rodríguez et al, Castillo et al, Ramírez et al, Maidina et al que realizaron encuestas tipo Likert en que los motivos de la no adherencia más prevalentes fueron la atención por parte de los servicios de salud. Inclusive, respecto a lo estudiado sobre la adherencia desde el punto de vista psicológico, Rodríguez et al menciona que el autor Ginarte en un estudio del 2001 a la adherencia como una conducta de salud que se encuentra estrechamente relacionada con los valores de salud generales o con la motivación para la salud; además, señala que está modulada por la experimentación de un riesgo o la percepción de vulnerabilidad, el juicio sobre la severidad de la enfermedad, la autoeficacia y la utilidad de adherirse al tratamiento (25), por lo tanto, constituyen un blanco importante para las futuras intervenciones en esta población.

Hay que tomar en cuenta que si bien, la mayoría de los estudios se realizaron mediante el instrumento de Morisky-Green-Levine (14,26,27)

; estos solo clasificaban a sus grupos de estudio por características sociodemográficas y en pacientes con poco, mediano o sin riesgo de no adherencia, lo cual no expresa los factores sentidos por los enfermos, es decir, no toma en cuenta la percepción de su situación cotidiana. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue diseñado para tratar de acercarse lo más posible a los escenarios reales por los que pudieran estar pasando los pacientes; por lo que en los estudios tipo Likert o con preguntas abiertas encaminadas a explorar las 5 dimensiones según la OMS se obtuvieron resultados similares a este estudio solo que con una muestra más grande de pacientes y con mejor organización ya que contaron con el apoyo de entrevistadores a los cuales se les capacitaba para aplicar el instrumento.

Hay estudios en los que también los factores relacionados con los servicios de salud tuvieron una relación relevante para que los pacientes sigan las recomendaciones dietéticas y entre estos a los proveedores de salud, quienes constituyen un gran potencial para influir en el comportamiento de

la adherencia; los factores relacionados con la terapia (complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos), a veces influyen en el comportamiento de adherencia. La constancia en el tratamiento influye positivamente en el factor de la adherencia, fortaleciendo el autocuidado (14)

De acuerdo con los factores relacionados con el paciente, que es el dominio cultural, podríamos explicar la relevancia significativa que se encontró en este estudio, que concuerda con estudios como el de Ramírez et al que influyen de manera determinante en el comportamiento de adherencia (conocimiento, actitudes, creencias, percepciones y expectativas del paciente, el conocimiento y las creencias acerca de su enfermedad, la motivación, la autoeficacia, el involucramiento en comportamientos terapéuticos y las expectativas en relación con su enfermedad), siendo este el primer factor que influye en el comportamiento de adherencia, lo cual permite visualizar la gran necesidad de implementar estrategias educativas y de aprendizaje diversas y no encasilladas solo a pláticas informativas o trípticos (14,23,24).

En este estudio se refuerza la teoría de la importancia de la buena relación médico – paciente ya que se ve reflejado que tan importante es la educación que se le da al paciente para que este realice cambios significativos en su estilo de vida con conocimiento de causa, es decir, enseñarle los riesgos y complicaciones de la no adherencia, porque necesita el tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico y resolver sus dudas; esto se logra con la garantía de que los prestadores de servicios de salud tengan una educación de calidad y enfocada en enfermedades crónicas (14,24).

Impacto

Hay una diferencia significativa entre adherencia y cumplimiento. En este sentido, la OMS aclara que la diferencia principal está dada por el hecho que la adherencia requiere del consentimiento del paciente en cuanto a las recomendaciones, mientras que el segundo término implica que el propósito de recetar es conseguir que el paciente siga las instrucciones del médico. Se recomienda que los pacientes deben colaborar activamente con los profesionales de la salud (25). 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 vida y de la economía de la salud (14).

Si bien ya se han hecho muchos estudios de investigación acerca de la adherencia terapéutica tanto farmacológica como no farmacológica en pacientes con enfermedades crónicas, pocos estudios prestan atención a la percepción que tienen los pacientes acerca de sus fallos en el tratamiento, el cual fue el objetivo de este estudio y la mayoría se han enfocado solo a pacientes diabéticos, por lo que la ventaja de este estudio es que además de comparar grupos de adherencia se compararon entre grupos de comorbilidades.

Estos resultados nos hacen reflexionar acerca de que debemos mejorar las intervenciones que hacemos a los pacientes, mejorar la actitud del personal de salud, sensibilizar al personal de salud mediante una educación de calidad en conocimientos y humanidades, mejorar nuestros programas de salud como DIABETIMSS, NUTRIMSS, etc. Tanto en calidad de su contenido y hacerlo práctico, utilizando métodos didácticos y adaptables a las personas con horarios igualmente flexibles.

Este estudio también abre una pauta para seguir mejorando la investigación acerca de los factores percibidos por lo pacientes para la adherencia, ya que conocer sus motivos podría dirigir las técnicas de enseñanza, ya que desde un punto de vista conductual, la adherencia implica acciones complejas que involucran 4 factores principales que son la interacción medico paciente, régimen terapéutico, características de la enfermedad y aspectos psicosociales del paciente (24), así enfocar nuestro esfuerzo a educar (lo que implica ver reflejado un cambio en la conducta) contra solo enseñar teoría; la Teoría de la Acción Razonada considera que las creencias, actitudes, intenciones y conducta, son las variables más importantes para la adherencia. En dicha teoría se señala que el mejor predictor de la conducta es la intención de llevarla a cabo; mientras que el Modelo de Creencias de salud enfatiza aspectos tales como el grado de motivación (11).

ASPECTOS ÉTICOS DE ESTE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN:

Con base al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su Título Segundo, capítulo uno, artículo 17, según la clasificación del riesgo de la investigación, este estudio entra en la clasificación de la categoría I. Investigación sin riesgo, ya que es un estudio retrospectivo que utilizó como herramienta el cuestionario y no es necesaria la publicación de datos personales del paciente ni se trataron aspectos sensitivos de su conducta; además de que no está dirigido a población vulnerable.

Con apego a los principios éticos y libre de conflicto de intereses, este estudio cumple con los principios éticos de RESPETO al individuo, BENEFICENCIA (reducir al mínimo los riesgos y buscando siempre el bienestar del individuo) y JUSTICIA (participación equitativa de todos los sujetos candidatos a un estudio de investigación), todos principios vertidos en la Declaración de Helsinki vigente y se apega al proceder descrito en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud descritos principalmente en su Título primero, disposiciones generales, capítulo único, artículo 3°: este estudio comprende el desarrollo de acciones que contribuyen al: I. conocimiento de los procesos biológicos en los seres humanos, II. al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; III. a la prevención y control de los problemas de salud; IV. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud y V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud. Título segundo: de los aspectos Éticos de la Investigación en seres humanos, capítulo I disposiciones comunes: artículo 13 ya que en el presente estudio prevalece el criterio de respeto a la dignidad y la protección a los derechos y bienestar del paciente; artículo 14 con base en los rubros I, III, IV, V, VI, VIII ya que este estudio se adapta a los principios científicos y éticos de la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica, se priorizan los beneficios esperados sobre los riesgos predecibles; se realizó bajo consentimiento informado de las personas que decidieron de forma libre participar, fue realizado por profesionales de la salud con conocimiento y experiencia siempre cuidando la integridad del ser humano y además se solicitó la autorización del titular de la institución de atención a la salud. Del artículo 16: la privacidad de los

individuos que decidan participar en el estudio es protegida ya que para fines de este protocolo no requiere sean públicos los datos personales. El presente estudio también se apega a lo estipulado en los artículos 20, 21 y 22 y en sus fracciones, ya que se obtuvo la aprobación de los individuos que decidieron participar mediante un consentimiento informado por escrito y fueron explicados ampliamente los procedimientos y los riesgos por mínimos o nulos que fuesen a los que se sometieron a la herramienta cuestionario con la que se trabajó y que podían retirarse del estudio en cuanto ellos lo decidían. La confidencialidad del participante es resguardada con claves alfanuméricas y las bases de datos estarán protegidas por una clave de acceso que solo el equipo de investigación tendrá, cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en foros o conferencias no existirá información que pudiera revelar su identidad. El proceso para la obtención del consentimiento informado: se les presentó el documento a los potenciales participantes y se les dejó leerlo libremente haciendo una breve sesión para responder sus dudas, se les aclaró que no recibirían ningún pago económico por su participación pero que tampoco su salud ni integridad sería expuesta y que su participación sería confidencial, que por ningún motivo se vería afectada su atención por parte del personal de la clínica, se explicaron las ventajas de su participación en este estudio y a las personas que aceptaron se les solicitó su firma y nombre, luego se le entregó el instrumento para proceder a su llenado. Al concluir se archivaron el instrumento modificado junto con el consentimiento informado, el fin de semana se hizo el concentrado del instrumento modificado y se procedió a analizar los datos de acuerdo con lo expresado en el análisis de datos

La hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 se relacionan con un riesgo aumentado de morbilidad y mortalidad no solamente cardiovascular sino de otras complicaciones progresivamente discapacitantes para quienes los padecen y más para quienes no están dentro de cifras de control. Son enfermedades que se relacionan con la obesidad y el sobrepeso y que se ha visto que estas a su vez están relacionadas con los hábitos de la vida diaria como una dieta no balanceada, por lo que este estudio pretendió conocer los factores que los pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 58 relacionan con su falta de apego al plan dietético específico para sus padecimientos crónicos y así, poder adecuar un plan dietético más flexible y adaptado a lo que el paciente reportase como un problema para él para continuar con la dieta, ya que se ha demostrado que la dieta es uno de los rubros más importantes para lograr un adecuado control metabólico y del peso y que a pesar de los programas de salud institucionales no se han visto grandes resultados en cuanto a mejoría de la dieta. Así mismo, es importante destacar que el cuestionario solo se mide desde la percepción propia de cada persona.

En cuanto al balance riesgo/beneficio, el riesgo es mucho menor al beneficio ya que solo se realizó una encuesta que no fue invasiva, no puso en riesgo al paciente y pretendió abrir un foro para entender mejor a los pacientes y así mejorar los programas de salud ya establecidos.

Para el aspecto de bioseguridad se realizó la aplicación del instrumento modificado tipo encuesta con el encuestador con equipo de protección personal completo, uso de alcohol gel para el encuestador y los encuestados antes de darles el instrumento y cumpliendo con el protocolo de sana distancia. No se contemplan otros aspectos ya que no se realizó ningún estudio invasivo ni que atentase contra la integridad de los encuestados.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD:

No existió financiamiento externo para el estudio, solo la inversión de los investigadores como: papel, impresiones, tabla para recargarse, lápices, plumas, transporte para desplazarse.

RECURSOS HUMANOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD:

Una tesista residente de la especialidad de Medicina Familiar, un Coordinador Clínico de Educación en Investigación en Salud, una Investigadora Asociada, expediente electrónico, computadora, programa Excel, plumas, lápices, papel, impresora, tablas, consultorio.

RECURSOS ECONÓMICOS:

Loa suficientes que fueron aportados por los Investigadores.

CRONOGRAMA

Actividades	2020	2020	2020	2020	2020	2020	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	
Mes	Julio	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic	Enero	Feb	Marzo	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	
Realizar pregunta de investigación	R															
Delimitación del tema y redacción de protocolo		R														
Investigación bibliográfica y redacción del marco teórico		R	R													
Delimitación de las variables				R												
Correcciones subsecuentes y armado del instrumento				R	R	R										
Envío a evaluación por el comité de ética e investigación							R	R	R							
Recolección de la muestra										R	R	R	R			
Descripción de los resultados													R	R		
Análisis de los resultados discusión y conclusiones														R	R	
Presentación																P
Preparación de los manuscritos para difusión																P

P=Planeado R=Realizado

Bibliografía

1. Basto-Abreu A, Barrientos-Gutiérrez T, Rojas-Martínez R, Aguilar-Salinas C, López-Olmedo N, De la Cruz-Góngora V et al. Prevalencia de diabetes y descontrol glucémico en México: resultados de la Ensanut 2016. *Salud Pública de México*. 2019;62(1, ene-feb):50. La diabetes en México - Federación Mexicana de Diabetes [Internet]. Federación Mexicana de Diabetes. 2020 [Acceso el 9 August 2020]. Disponible en: <http://fmdiabetes.org/la-diabetes-mexico/>
2. Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Pedroza-Tobías A, Medina C, Barquera S. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. *Ensanut MC 2016. Salud Pública de México*. 2018;60(3, mayo-junio):233. Ensanut.insp.mx. 2020 [Acceso el 12 August 2020]. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
3. Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Flores-Coria A, Gómez-Álvarez E, Barquera S. Prevalencia, diagnóstico y control de hipertensión arterial en adultos mexicanos en condición de vulnerabilidad. *Resultados de la Ensanut 100k. Salud Pública de México*. 2019;61(6, nov-dic):888.
4. Villalobos A, Rojas-Martínez R, Aguilar-Salinas C, Romero-Martínez M, Mendoza-Alvarado L, Flores-Luna M et al. Atención médica y acciones de autocuidado en personas que viven con diabetes, según nivel socioeconómico. *ENSANUT-Salud Pública de México*. 2019;61(6, nov-dic):876.
5. Página: Ensanut.insp.mx. 2020. Disponible e: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
6. Maldonado M, Morales J, Tristán E, Carrillo M, Castellanos A, Morales L. Causas de desapego a tratamiento, dieta y seguimiento de pacientes con diabetes y posibles factores asociados con la enfermedad. *Revistas.unal.edu.co*. 2020 [citado 9 septiembre 2020]. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/27728>
7. Leija Alva G, Peláez Hernández V, Pérez Cabañas E, Pablo Santiago R, Orea Tejeda A. Factores cognitivos predictivos de adherencia terapéutica en personas con sobrepeso y obesidad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 2019 [Acceso el 16 August 2020] págs. 85-94. Available from: <http://journals.iztacala.unam.mx/>
8. Ventura Carmona M, Ruiz-Muelle A, López Rodríguez M. Adherencia al Tratamiento en el Paciente Crónico: Hipertensión y Diabetes Mellitus. *Hospital de Navarra Departamento de Enfermería 2019*. *
9. Ramos J, Robles V, Suquinaga J, Terám C. Factores para la adherencia terapéutica en personas con hipertensión y diabetes. *FAC SALUD UNEMI Facultad de Ciencias de la Salud*. 2019;2(3):25-33. *
10. Zurera Delgado I, Caballero Villarraso M, Ruíz García M. Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. *Enfermería Nefrológica*. 2014;17(4):251-260.
11. Rodríguez Campuzano M, Rentería Rodríguez A, García Rodríguez J. Adherencia a la dieta en pacientes diabéticos: efectos de una intervención. *Summa Psicológica*. 2013;10(1):91-101.

12. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico Y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel De Atención 076-08. Ciudad de México: CENTEC; 2014 p. 14-40.
13. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico Y Tratamiento Farmacológico de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de atención 718-18. Ciudad de México: CENTEC; 2018 p. 13-40.
14. Ramírez García M, Anlehu Tello A, Rodríguez León A. Factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2. Scielo. 2018; p.383-392. Disponible en: <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte>
15. Torrent M, Arriva S, Gentiletti G, Buffarini R. Adherencia a la restricción dietética de sodio en pacientes con hipertensión arterial esencial. INVENIO. 2014;17(31-32):157-156. Ramos-Rangel, Y. Morejón-Suárez, R. Gómez-Valdivia, M. Reina-Suárez, M. Rangel Díaz, C. Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Finlay. 2017;7(2): 89-97.
16. Maidana, G, Lugo, G, Acosta, P, Morinigo, M, rangel-díaz, C. Factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabéticos a la terapia medicamentosa. Mem Inst Investig Cienc Salud. [Online] 2016;14(1): 70-75. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v14n1/v14n1a11.pdf>
17. Azorín Ras M, Sánchez López A, de la Ossa Moreno M, Hernández Cerón I. Adherencia a la dieta mediterránea en pacientes hipertensos en Atención Primaria. Revista Clínica de Medicina de Familia. 2018;11(1):15-22 (cuestionario).
18. Arrijoa Morales G. Estilo de Vida en paciente con Hipertensión Arterial [Maestría]. Universidad Autónoma de Nuevo León; 2001. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/76593529.pdf> (cuestionario)
19. Cruz Turpo P, Humaní Canchari E, RUIZ FLORES J. ESTILOS DE VIDA EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO [licenciatura]. Universidad María Auxiliadora; 2019. (cuestionario)
20. Arrijoa Morales G. Estilo de vida en el paciente con hipertensión arterial tesis. Nuevo León. 2001.
21. De Luis Román D, Aller R, Bustamante Bustamante J. Aspectos terapéuticos de la dieta en la hipertensión arterial. nefroPlus [Internet]. 2008 [citado 10 enero 2021];1(1):39–46. Disponible en: <http://www.senefro.org>
22. Morales R, Estela L. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vasculat [Internet]. 2015 Dic 1;16(2):175–89. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006
23. Figueroa Pineda CL. 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 [Maestría en epidemiología]. Universidad Industrial de Santander Facultad de Salud; 2011.
24. Rodríguez Campuzano M de L, Rentería Rodríguez A. Factores que impiden la adherencia a un régimen terapéutico en diabéticos: un análisis descriptivo. Psicología y Salud. 2016;26(enero-junio):51–61.
25. Jiménez Fernández L, Siverio Mota CD, Chala Tandrán JM. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos del Policlínico XX Aniversario.

- Diseño de un programa educativo. Sociedad Cubana de Cardiología. 2017;9(Ene-Mar):11–16.
26. Pascacio-Vera GD, Ascencio Zarazua GE. Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Salud en Tabasco [Internet]. 2016 [citado 10 enero 2021];22(1 y 2):24–30. Disponible en: <http://salud.tabasco.gob.mx/content/revista>
27. Castillo Morejón M, Martín Alonso L, Almenares Rodríguez K. Adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2017 [citado 10 enero 2021];33(4):3–8. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>

ANEXOS:



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA 58
(ADULTOS)

Anexo X. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Factores de la no adherencia a las recomendaciones dietéticas del médico familiar en pacientes hipertensos y diabéticos tipo 2 en la UMF 58

Investigador Principal	Dr. Carlos César López
Investigador Asociado	Dra. Rocío Bautista de Anda
Tesista	Garcés Corona Violeta
Número de registro:	R-2021-1503-012
Financiamiento (si Aplica)	No aplica
Lugar y fecha:	Estado de México septiembre 2020. Hospital General de Zona 58 con Unidad de Medicina Familiar.
Riesgo de la Investigación:	Estudio con riesgo mínimo
Justificación y Objetivos del estudio:	<p>La hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 se relacionan con un riesgo aumentado de morbilidad y mortalidad no solamente cardiovascular sino de otras complicaciones progresivamente discapacitantes para quienes los padecen y más para quienes no están dentro de cifras de control. Esto se ha visto principalmente en pacientes en quienes presentan una resistencia a la adherencia al uso de medicamentos, pero sobre todo en personas que no realizan cambios en su alimentación ni en sus hábitos como integrarse a una rutina de ejercicios.</p> <p>El objetivo de esta investigación es conocer los factores que llevan a no realizar estos cambios tan importantes en la dieta a los enfermos de diabetes, hipertensión y/o ambas en personas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar 58 del IMSS.</p> <p>Usted ha sido invitado a participar porque de acuerdo con su historial o características personales es un buen candidato y así como usted será invitadas otras personas más que comparten algunas características. Por favor lea la información y haga las preguntas que desee antes de decidir si participará o no en la investigación.</p>
Procedimientos:	Si usted decide participar ocurrirá lo siguiente: Se le proporcionará información acerca del estudio de investigación que se realizará. Si usted acepta participar, se le otorgará una tabla, un bolígrafo y un cuestionario de forma impresa para que sea respondido por usted en su totalidad. La aplicación del cuestionario será en una sola ocasión.
Posibles riesgos y molestias:	Sin riesgos o molestias.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	No recibirá pago por su participación, ni implica gasto alguno para usted, si bien; los beneficios directos para usted pudieran no existir, los resultados de este estudio brindarán información relevante y se incrementará el conocimiento científico sobre el tema de investigación.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento (ensayos clínicos):	No aplica
Participación o retiro:	Su participación es completamente voluntaria, si decide NO participar no se verá afectada la atención que recibe por parte del IMSS, Si decide participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento, lo cual tampoco modificará los beneficios que usted tiene como derechohabiente del IMSS.
Privacidad y confidencialidad:	La información que nos brinde es estrictamente confidencial y será resguardada con claves alfanuméricas y las bases de datos estarán protegidas por una clave de acceso, solo el equipo de investigación tendrá acceso a la información, cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en foros o conferencias no existe información que pudiera revelar su identidad.

En caso de colección de material biológico:

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con esta investigación podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dr. Carlos César López García. Avenida convento de Santa Mónica esquina convento de la merced sin número. Col. Jardines de Santa Mónica. Tlanepantla Edo de México. CP 52480. Tel. 5553612121 Ext. 114

Investigador Asociado Dra. Rocío Bautista de Anda
Tesisista Violeta Garcés Corona. Médico residente de segundo año de la especialidad de Medicina Familiar.
Teléfono: 55 30 45 46 91

En caso de dudas, aclaraciones o quejas sobre sus derechos como participante en un estudio de investigación, podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación 1503-8, Hospital General de Zona número 58 del IMSS: Calle Boulevard Manuel Ávila Camacho sin número, fraccionamiento las Margaritas, Colonia Santa Mónica, Tlanepantla de Baz, Estado de México, C.P.54050. teléfono (55) 53974515 Extensión 52315, de lunes a viernes, en un horario de 8:00 a 16:00hrs, Correo electrónico comite.etica15058@gmail.com

Nombre, firma y fecha del participante

Violeta Garcés Corona

Nombre, firma y fecha de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Mi firma como testigo certifica que la participante firmó este formato en mi presencia, de manera voluntaria

Testigo 2

Mi firma como testigo certifica que la participante firmó este formato en mi presencia, de manera voluntaria

Nombre, relación y firma

Nombre, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

43

CUESTIONARIO:

CUESTIONARIO SOBRE LOS FACTORES QUE CONDICIONAN NO ADHERENCIA DIETÉTICA

Edad: _____ Sexo: F M NSS: _____

Ocupación: _____ Escolaridad: _____

Es usted portador de:

Diabetes Hipertensión Diabetes e Hipertensión

INSTRUCCIONES: Lea cada pregunta y responda marcando con una "X" en cada pregunta en la opción que crea más se apega a su situación.

	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi Nunca	Nunca
1. Tengo un horario establecido para cada comida					
2. Consumo alimentos balanceados indicados por el nutricionista o por el personal de salud.					
3. Considero que una dieta que incluya frutas y verduras es más cara de realizar que la dieta actual que llevo.					
4. Considero que es más caro cocinar con aceite de oliva que con el aceite tradicional del super.					
5. Considero que es mejor comer carne que otras alternativas como el pollo y el pescado.					
6. Considero que mi dieta actual es adecuadamente balanceada y saludable.					
7. Consumo dulces, pan de dulce, pastas, frituras, etc.					
8. Consumo diariamente las porciones recomendadas para mí de frutas y verduras.					
9. Siempre que tengo una duda se la hago saber a mi médico familiar.					
10. Creo que no como más saludable porque no sé hacer más platillos.					

11. Los platillos que hago son los típicos de la región de donde soy originaria/o y no me atrevería a modificar la receta					
12. Prefiero consumir bebidas azucaradas en vez de consumir agua natural.					
13. Mi médico familiar me envió a nutrición y me explica adecuadamente mi enfermedad.					
14. No acudo a nutrición porque no me gusta la atención.					
15. No acudo a nutrición porque sus recomendaciones no son alcanzables para mi economía.					
16. Creo que tendría una mejor nutrición si la comida saludable no fuera cara.					
17. Tomo agua 2 litros por día (entre 4 a 8 vasos).					
18. Me he acostumbrado a comer alimentos con poca o nada de sal.					
19. Mi médico familiar y/o personal de salud me explican adecuadamente mi enfermedad.					
20. Creo que tener más dinero me haría mejorar la dieta que llevo actualmente.					
21. Escoge comidas que no tengan ingredientes artificiales o químicos para preservar la comida					
22. No consumo frutas ni verduras porque no estoy acostumbrado.					
23. No tengo tiempo para llevar una dieta saludable.					
24. En mi casa no acostumbrábamos a tomar agua natural.					
25. Lee las etiquetas de las comidas empaquetadas para identificar los nutrimentos y escoger los que estén bajos en colesterol y sal.					
26. Planea o escoge comidas que incluyan los cuatro grupos básicos.					

CARTA DE NO INCONVENIENCIA



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



2020
LEONA VICARIO
INTEGRANTE JUBILADA DE LA SECRETARÍA

Toluca o Naucalpan, Estado de México a octubre del 2020

Nombre de la Unidad: Unidad de Medicina Familiar No. 58 IMSS

Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS)

Asunto: Carta de No inconveniente para la realización de Protocolo de Investigación

Por medio de la presente, me permito informar que No existe inconveniente alguno para que se realice el protocolo de investigación que a continuación se describe, una vez que haya sido evaluado y aprobado por el comité Nacional de Investigación Científica y el comité de Ética en Investigación que le corresponde.

Título de la Investigación.

"Factores de la no adherencia a las recomendaciones dietéticas del médico familiar en pacientes hipertensos y diabéticos tipo 2 en la UMF 58."

Investigador Principal.

Dr. César Carlos López García

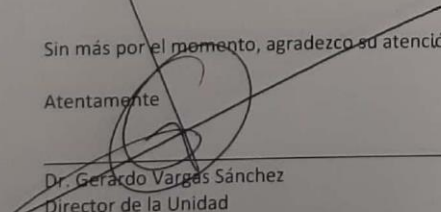
Investigadora Asociada: Dra. Rocío Bautista de Anda

Investigación Vinculada a Tesis.

Alumno (s): Violeta Garcés Corona

Sin más por el momento, agradezco su atención y envío cordial Saludo

Atentamente


Dr. Gerardo Vargas Sánchez
Director de la Unidad

Cp. Investigador Principal

Ccp. CCEIS



CARTA DE CONFIDENCIALIDAD



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Carta de confidencialidad

Estado de México a 02 de Diciembre 2020.

Manifiesto que, como Investigador principal, no tengo interés personal, laboral, profesional, familiar o de negocios que puedan afectar el desempeño independiente e imparcial en emitir una opinión en los protocolos de investigación que me designen.

Conste por el presente documento que Yo: Dr. César Carlos López García en mi carácter Coordinador de educación e investigación en salud que como consecuencia de la labor que desempeño en la Unidad de medicina familiar Número 51, participaré como Investigador principal, teniendo acceso a los protocolos de investigación que se realizan en el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de SIRELCIS con mi ID y contraseña personal e intransferible.

Conste por el presente documento que yo: Violeta Garcés Corona, residente adscrito a la UMF 58/HGZ 58 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la especialidad de Medicina Familiar participaré como investigador tesista.

Me comprometo indefinidamente a:

- Mantener la reserva y confidencialidad de dicha información.
- No divulgar a terceras personas físicas o morales el contenido de la información.
- No usar la información directa o indirectamente en beneficio propio o de terceros, excepto para cumplir a cabalidad mis funciones relacionadas al cargo que desempeño.
- No revelar total ni parcialmente a ningún tercero la información obtenida como consecuencia directa o indirecta de las conversaciones a que haya habido lugar.
- No enviar a terceros, archivos que contengan la información precisada del CEI o establecimiento a través de correo electrónico u otros medios a los que tenga acceso, sin la autorización respectiva.
- En general, guardar reserva y confidencialidad de los asuntos que lleguen a mi conocimiento con motivo del trabajo que desempeño y en específico a la información precisada.

En caso de incumplimiento de lo estipulado en el presente documento, me someto a las sanciones contenidas en Ley Federal de Responsabilidad de los Servidores Públicos, el Código de Conducta del Servidor Público del IMSS y las que de acuerdo a la falta apliquen.

Dr. César Carlos López García.

Nombre completo y firma.

Violeta Garcés Corona R2 MF.

Nombre completo y firma.